

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра української мови, психології та педагогіки

Магістерська робота
за спеціальністю 053 Психологія

на тему: «Вивчення психологічних особливостей осіб з депресивними розладами як підґрунтя для розробки ефективних консультативних підходів»

Виконав здобувач вищої освіти

2 курсу, групи 1-24-277

I медичного факультету

спеціальності 053 Психологія

Яцина Михайло Володимирович

Керівник: Соколова І.М., д. психол.н.,

професор кафедри української мови,

психології та педагогіки

Рецензенти: Алієва Т.А., к.психол.н.,

доцент кафедри сексології, психотерапії та
медичної психології;

Абасалієва О.М., к. психол.н., доцент

кафедри української мови, психології та

педагогіки

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСІБ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ	7
1.1. Психологічна характеристика депресивних розладів	7
1.2. Психологічні особливості осіб з депресивними розладами та чинники їх виникнення	11
1.3. Теоретичні підходи до консультування та психокорекції осіб із депресивними розладами	19
Висновки до першого розділу	23
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ	27
2.1. Організація, стратегія та методики емпіричного дослідження	27
2.2. Аналіз рівня депресії, самоствавлення та соціальної підтримки у військовослужбовців	33
2.3. Розробка консультативних підходів до роботи з військовослужбовцями з депресивними розладами	61
Висновки до другого розділу	70
ВИСНОВКИ	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	78

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасних умовах соціально-політичної нестабільності, зростання психоемоційних навантажень та тривалого перебування особистості в ситуаціях хронічного стресу проблема депресивних розладів набуває особливої актуальності. Депресивні розлади є одними з найбільш поширених психічних порушень, що суттєво знижують якість життя, працездатність, соціальну активність і психологічне благополуччя. Їх багатокомпонентність і значний суспільний тягар послідовно підкреслювалися у працях А. Бека (когнітивна теорія депресії), М. Селігмана (концепція «вивченої безпорадності»), П. Левінсона (поведінкова модель депресії), а також у сучасних психіатричних підходах, узагальнених Асоціацією психіатрів США в діагностичних класифікаціях. Особливо вразливою категорією щодо розвитку депресивних проявів є військовослужбовці, діяльність яких пов'язана з постійним ризиком для життя, кумуляцією травматичного досвіду, моральними дилемами та хронічним виснаженням. Проблематику психічних наслідків бойового стресу, включно з депресивними станами, широко висвітлювали М. Хоге, Ч. Гогг та інші дослідники військової психічної медицини, які показували, що депресія у військових нерідко поєднується з посттравматичними реакціями, порушенням сну та зниженням функціонування.

У психологічній науці депресивні розлади розглядаються як багатофакторне явище, що включає емоційні, когнітивні, мотиваційні та особистісні компоненти. Значну роль у формуванні та перебігу депресії відіграють когнітивні схеми й дисфункціональні переконання, описані в межах когнітивного напрямку А. Беком і розвинуті в роботах А. Вейсман (зокрема щодо дисфункціональних установок). Важливим психологічним механізмом вважається і негативне самоствавлення: питання самооцінки та самоцінності як чинників уразливості до афективних порушень досліджували М. Розенберг, К. Роджерс, а в сучасних моделях – також П. Гілберт (роль самокритики та дефіциту самоспівчуття у підтримці депресивних переживань). Окремий пласт

досліджень стосується соціального контексту депресії: у теоріях стресу й копіngu Р. Лазаруса та С. Фолкман підкреслено, що суб'єктивна оцінка стресора й доступних ресурсів визначає ризик дезадаптації, а в роботах Ш. Коена та Т. Вілса обґрунтовано «буферну» роль соціальної підтримки щодо наслідків стресу. Саме тому суб'єктивне сприйняття підтримки розглядається як важливий протективний фактор, тоді як відчуття ізоляції, занижена самоцінність і стійка самокритика можуть виступати як чинниками виникнення депресивних станів, так і факторами, що ускладнюють процес психологічної допомоги.

Попри значну кількість наукових праць, актуальною залишається проблема комплексного вивчення психологічних особливостей осіб із депресією саме в контексті їх практичного застосування для побудови ефективних консультативних підходів. Для військового контингенту це питання набуває особливої практичної ваги, оскільки депресивна симптоматика часто формується на тлі поєднання бойового стресу, втрат, порушення життєвих смислів і специфіки військової культури, що може знижувати готовність звертатися по допомогу та ускладнювати підтримання терапевтичного альянсу. У цьому контексті інтеграція емпіричних даних про рівень депресії, особливості дисфункціональних установок, самоствалення та сприйняття соціальної підтримки є необхідною умовою для підвищення адресності, доказовості та ефективності психологічного консультування військовослужбовців.

Таким чином, актуальність даного дослідження зумовлена потребою поглибленого аналізу психологічних чинників депресивних розладів у військових (когнітивних, особистісних і соціально-ресурсних) та використання отриманих результатів як підґрунтя для удосконалення консультативної психологічної допомоги, профілактики ускладнень і підтримки відновлення психічної стійкості.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості осіб із депресивними розладами як основу для розробки ефективних консультативних підходів у психологічній практиці.

Завдання дослідження

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення психологічних особливостей осіб із депресивними розладами.
2. Визначити рівень прояву депресії, особливості самоствавлення та сприйняття соціальної підтримки у осіб із депресивними розладами.
3. Встановити взаємозв'язок між рівнем депресії, особистісним самоствавленням та відчуттям соціальної підтримки військових.
4. Розробити рекомендації щодо побудови ефективних консультативних підходів до роботи з особами, які мають депресивні розлади.

Об'єкт дослідження: особливості депресивних розладів.

Предмет дослідження: психологічні особливості осіб із депресивними розладами як основу для розробки ефективних консультативних підходів у психологічній практиці.

Методи дослідження.

Теоретичні методи: аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукових джерел з проблеми депресивних розладів; порівняльний аналіз сучасних психологічних підходів до вивчення депресії, самоствавлення та соціальної підтримки; теоретичне моделювання консультативних підходів.

Емпіричні методи: шкала депресії Гамільтона; методика дисфункціональних установок (DAS); багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки.

Методи математико-статистичної обробки: описова статистика; кореляційний аналіз для виявлення взаємозв'язків між досліджуваними показниками.

Характеристика вибірки. У дослідженні брали участь військовослужбовці, які проходили лікування та реабілітацію в «Інституті

неврології, психіатрії та наркології ім. П.В. Волошина» НАМН України. До вибірки увійшли особи віком від 25 до 47 років. Вибірка склала 36 осіб.

Наукова новизна одержаних результатів визначається тим, що в роботі:

– *поглиблено* наукові уявлення про психологічні особливості осіб із депресивними розладами як цілісного мультифакторного феномена, що поєднує рівень депресивних проявів, дисфункціональні когнітивні установки та особливості самоствавлення;

– *уточнено* роль соціальної підтримки, зокрема сімейного середовища, як значущого захисного чинника у зниженні інтенсивності депресивних проявів і пом'якшенні негативних когнітивних схем;

– *отримали* подальший розвиток уявлення про доцільність інтеграції когнітивно-орієнтованих технік психологічного консультування з активізацією ресурсів соціальної підтримки та залученням сімейного середовища у роботі з особами, які мають депресивні розлади.

Практична значущість роботи полягає в можливості використання отриманих результатів у діяльності практичних психологів, психотерапевтів та консультантів, які працюють з особами, що мають депресивні розлади, зокрема з військовослужбовцями. Розроблені рекомендації можуть бути використані при побудові індивідуальних та групових консультативних програм, спрямованих на корекцію негативного самоствавлення, підвищення рівня усвідомленої соціальної підтримки та зниження депресивних проявів. Матеріали дослідження можуть бути застосовані у навчальному процесі під час викладання психологічних дисциплін та у системі психологічного супроводу військових.

Апробація результатів дослідження здійснювалася шляхом публікації тез доповідей на III Міжнародній науково-практичній конференції «Innovation and development in world science» (м. Цюрих, Швейцарія, 29-31.12.2025 р).

Структура роботи: дипломна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг дипломної роботи – 83 сторінки комп'ютерного тексту, містить 6 таблиць, 4 рисунка.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСІБ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

1.1. Психологічна характеристика депресивних розладів

Депресивні розлади належать до найпоширеніших форм афективної патології, які характеризуються стійким зниженням настрою, втратою інтересу до життя, порушеннями мислення, мотивації та поведінки. У психологічному аспекті депресія – це не лише емоційний стан смутку чи пригніченості, а комплексна зміна когнітивних, емоційних, поведінкових і фізіологічних компонентів психічної діяльності [11].

Науковці А. Бек, А. Елліс, Е. Фромм, К. Роджерс, В. Франкл, В. Татенко розглядають депресію як втрату життєвого сенсу, внутрішньої мотивації та цілісності «Я», що призводить до викривленого сприйняття себе і навколишнього світу [1;6].

У когнітивній теорії А. Бека депресія визначається як система негативних автоматичних думок, спрямованих на себе («я нікчемний»), на світ («світ ворожий») і на майбутнє («нічого не зміниться»). Ця «когнітивна тріада» формує деструктивне сприйняття реальності, що підтримує депресивний стан [7].

Психоаналітична концепція (З. Фрейд, К. Абрахам) розглядає депресію як результат внутрішнього конфлікту, спричиненого втратою значущого об'єкта та перенесенням агресії на власне «Я». Людина несвідомо ототожнює себе з утраченим об'єктом і починає спрямовувати гнів усередину, що проявляється у самозвинуваченні та заниженій самооцінці [9].

Гуманістична психологія (К. Роджерс, А. Маслоу, В. Франкл) підкреслює, що депресія часто є наслідком екзистенційної фрустрації – втрати сенсу життя,

неможливості самореалізації або розриву між «реальним» і «ідеальним» «Я» [14].

Отже, у широкому розумінні депресія – це багатовимірний психічний розлад, що поєднує емоційні, когнітивні, поведінкові та соматичні компоненти, які взаємопосилюють одне одного, створюючи замкнене коло психічного виснаження. Депресивні розлади розглядаються в сучасній психологічній науці як комплексне біопсихосоціальне явище, що формується під впливом взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників [16].

Біологічний аспект охоплює генетичну схильність, нейрохімічні порушення (дефіцит серотоніну, норадреналіну, дофаміну), зміни в роботі гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, що відповідає за стресову реакцію.

Психологічний аспект пов'язаний з когнітивними викривленнями, порушенням самооцінки, відчуттям безпорадності та втрати контролю над життям. Згідно з когнітивною теорією А. Бека, депресія виникає як наслідок негативних автоматичних думок про себе, світ і майбутнє.

Соціальний аспект охоплює проблеми міжособистісних стосунків, соціальну ізоляцію, втрату значущих ролей, економічну нестабільність або травматичні життєві події [7].

Таким чином, депресія – це не лише емоційний розлад, а системне порушення цілісного функціонування особистості, що впливає на всі сфери життя: когнітивну, емоційну, поведінкову і соціальну [7].

У психологічній і клінічній літературі виокремлюють кілька типів депресивних розладів залежно від їх походження, інтенсивності проявів і перебігу.

Основними типами є [13]:

1. Реактивна (ситуаційна) депресія – виникає як відповідь на психотравмуючу подію (втрата близької людини, розлучення, втрата роботи, соціальна ізоляція). Для неї характерний зв'язок між стресовим фактором і

емоційною реакцією, а також поступове зниження симптоматики після адаптації до події.

2. Ендогенна депресія – має біологічне походження, зумовлена дисфункцією нейромедіаторних систем мозку (серотонін, норадреналін, дофамін). Часто проявляється без очевидних зовнішніх причин, супроводжується глибокою апатією, порушенням сну, анедонією та суїцидальними думками.

3. Невротична депресія – формується на ґрунті тривалого внутрішнього конфлікту, невпевненості, емоційного виснаження. Людина зберігає критичність до свого стану, однак відчуває безсилля щось змінити. Часто супроводжується соматичними скаргами (головний біль, серцебиття, слабкість).

4. Дистимія – це хронічна, легка форма депресії, яка триває роками й характеризується постійним зниженим настроєм, песимізмом, байдужістю, низькою самооцінкою. Незважаючи на помірну інтенсивність симптомів, дистимія суттєво знижує якість життя [21].

5. Біполярний афективний розлад (депресивна фаза) – характеризується чергуванням депресивних і маніакальних епізодів. У періоди депресії спостерігається виражена апатія, загальмованість, відчуття безнадії, у маніакальній – гіперактивність і підвищений настрій.

6. Сезонна депресія (афективний розлад, пов'язаний із сезоном) – виникає переважно восени та взимку через скорочення світлового дня. Супроводжується втому, підвищеною потребою у сні, зниженням енергії та настрою.

7. Постпологова депресія – спостерігається у жінок після народження дитини, спричинена гормональними змінами, втому, емоційним виснаженням і почуттям відповідальності. Без належної підтримки може перейти у тяжку форму [20].

Кожен тип депресії має власну психологічну динаміку, проте всіх їх об'єднує порушення системи саморегуляції, негативна оцінка себе й світу, зниження життєвої активності та втрату сенсу [3].

Депресивні розлади проявляються як комплекс порушень у кількох взаємопов'язаних сферах психічного функціонування – емоційній, когнітивній та поведінковій, а також супроводжуються вираженими фізіологічними (соматичними) симптомами [20].

У емоційній сфері домінує стійке зниження настрою, відчуття смутку та внутрішньої спустошеності, нерідко – безпідставне переживання провини. Типовою ознакою є анедонія – втрата здатності відчувати задоволення та інтерес до діяльності, яка раніше була значущою. Часто спостерігається внутрішня напруга, тривога, відчуття безнадії, а емоційні реакції стають притупленими: людина перестає радіти навіть позитивним подіям. У деяких випадках емоційний стан може проявлятися не лише пригніченістю, а й підвищеною дратівливістю, плаксивістю або емоційною холодністю.

У когнітивній сфері депресія супроводжується зниженням концентрації уваги, погіршенням пам'яті та уповільненням мислення [1]. Характерними є негативні автоматичні думки (наприклад, переконання у власній неспроможності чи непотрібності), а також песимістичне сприйняття майбутнього з тенденцією до катастрофізації подій. Відбувається спотворення самооцінки: посилюються почуття неповноцінності, безпорадності, домінують самокритика, самоосуд і нав'язливі ідеї провини.

Поведінкові прояви депресивних розладів найчастіше виявляються у зниженні активності, униканні соціальних контактів та поступовій ізоляції [11]. Людина втрачає мотивацію до праці, навчання, спілкування, відчуває труднощі з виконанням навіть звичних повсякденних завдань. Частими симптомами є порушення сну (безсоння або, навпаки, надмірна сонливість), а також зміни харчової поведінки – від зниження апетиту до переїдання. У руховій сфері може спостерігатися загальмованість або тривожна метушливість. У тяжких випадках можливе виникнення суїцидальних думок чи намірів.

Окрім психічних симптомів, депресія нерідко має виразні фізіологічні прояви [13]: хронічну втому, слабкість, головний біль, розлади травлення, зниження енергетичного тону та лібідо. Часто виникають соматичні скарги без очевидних органічних причин. Важливою ознакою є порушення біологічних ритмів, насамперед сну та апетиту, що ще більше підсилює загальний стан виснаження [12].

Психологічний стан особи з депресивним розладом характеризується втратою внутрішнього відчуття цілісності, порушенням самоідентифікації, спотвореним сприйняттям часу та простору. Такі люди часто відчують себе «виключеними» з життя, спостерігають його ніби збоку, не маючи внутрішніх ресурсів для дії [11].

Для консультанта чи психолога важливо розуміти, що депресія не є проявом слабкості або лінощів – це порушення балансу між емоційними, когнітивними та поведінковими структурами психіки, яке потребує делікатного, індивідуального підходу та глибокого розуміння особистісного контексту клієнта [15].

Таким чином, депресивні розлади являють собою багаторівневу психологічну дисфункцію, що проявляється в емоційному, когнітивному, поведінковому та фізіологічному вимірах. Їх сутність полягає у втраті здатності до переживання радості, самоактуалізації та конструктивного ставлення до реальності [1]. Розуміння типів і проявів депресії є ключовим для розробки ефективних консультативних стратегій, адже воно дає змогу обрати оптимальні методи психологічної допомоги – від когнітивно-поведінкової корекції до екзистенційної чи гуманістичної підтримки [16].

1.2. Психологічні особливості осіб з депресивними розладами та чинники їх виникнення

Особи, які страждають на депресивні розлади, характеризуються специфічною структурою особистості, світосприйняттям і стилем емоційного

реагування. Їхня психіка відзначається підвищеною чутливістю до негативних впливів, схильністю до самоаналізу, тривожністю та нестійкістю самооцінки [11].

Психологічна структура осіб із депресивними проявами зазвичай характеризується низкою типових спільних рис, що охоплюють емоційно-афективну, когнітивну, мотиваційну, особистісну та соціально-поведінкову сфери [21]. У емоційно-афективному плані переважає стійкий негативний емоційний фон, який проявляється пригніченістю, тугою, тривогою, емоційною холодністю або апатією. Досить характерною є емоційна лабільність – коливання настрою від відчуття безнадії та виснаження до дратівливості й внутрішньої напруги, а також знижена здатність до позитивних переживань: людина втрачає емоційну насолоду навіть від звичних приємних подій.

У когнітивній сфері домінує когнітивна ригідність, що зумовлює труднощі зміни негативних установок і переконань, навіть за наявності логічних аргументів [11]. Самосприйняття часто спотворене, з вираженою схильністю до самозвинувачення, песимізму та недооцінки власних ресурсів. Типовими є мисленнєві схеми за принципом «усе або нічого», узагальнені негативні висновки на кшталт «усе погано», «я нікому не потрібен», а також надмірний внутрішній контроль і гіперрефлексія, що проявляється у постійному «прокручуванні» минулих подій, фіксації на помилках і самозосередженості на невдачах.

Мотиваційна сфера за таких станів вирізняється домінуванням мотивації уникання, а не досягнення: людина більше зосереджується на тому, щоб не допустити помилок чи відторгнення, ніж на реалізації особистих цілей. Спостерігається зниження рівня домагань, втрата ініціативності та енергетичного ресурсу для активних дій, навіть тоді, коли зберігається усвідомлена потреба щось змінити.

На рівні особистісних характеристик у багатьох людей із депресією виявляються підвищене почуття відповідальності, перфекціонізм та схильність до жорсткої самокритики [12]. Нерідко спостерігаються риси інтроверсії,

замкненості й самозаглиблення, що посилює внутрішню ізоляцію та суб'єктивне відчуття самотності. Важливою ознакою також є низький рівень самооефективності – переконання у власній беспорядності та нездатності впливати на життєві обставини. У структурі особистості може підтримуватись внутрішній конфлікт між потребою в прийнятті й схваленні та страхом бути відкинутим, що підсилює тривожність і соціальне уникання.

Соціально-поведінкові прояви найчастіше виражаються у відчутті соціальної ізоляції, труднощах встановлення контактів та зниженні соціальної активності [11]. Людина уникає взаємодії, надає перевагу самотності, демонструє пасивність у міжособистісних стосунках, а інколи – потребує надмірної підтримки та підтвердження значущості. Загалом відбувається редукція життєвої активності: зникає інтерес до захоплень, звужується коло контактів, зменшується спонтанність, що поступово формує стан емоційного та соціального «згасання» [10].

За словами А. Бека, такі особи часто демонструють когнітивну вразливість – схильність до сприйняття подій через призму негативних схем, які сформувалися внаслідок попереднього досвіду втрат, критики чи травматичних подій. Ці схеми спотворюють інтерпретацію реальності, створюючи підґрунтя для депресивних думок і поведінки [11].

Для депресивних особистостей характерний внутрішній локус контролю з негативною спрямованістю: вони приписують невдачі собі, а успіхи – зовнішнім обставинам, що підсилює почуття безсилля [6].

Відповідно до класифікації DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition), для діагностики Великого депресивного розладу (ВДР) необхідна наявність щонайменше п'яти симптомів протягом двох тижнів, один із яких обов'язково – депресивний настрій або втрата інтересу/задоволення (ангедонія).

До основних симптомів належать [16]:

1. Депресивний, пригнічений настрій більшу частину дня.
2. Зниження інтересу або задоволення від більшості видів діяльності.

3. Значна зміна маси тіла або апетиту.
4. Порушення сну (безсоння або гіперсомнія).
5. Психомоторна загальмованість або збудження.
6. Відчуття втоми, енергетичне виснаження.
7. Почуття провини, нікчемності або надмірне самозвинувачення.
8. Зниження концентрації уваги, труднощі прийняття рішень.
9. Суїцидальні думки або спроби [11].

Симптоми мають спричиняти значне погіршення функціонування в соціальній, професійній або інших важливих сферах життя та не бути наслідком фізіологічного впливу речовин чи соматичних захворювань [18].

Депресивні стани формуються під впливом комплексу взаємопов'язаних біологічних, психологічних і соціальних чинників, які не діють ізольовано, а взаємно підсилюють один одного. У сучасній психології депресію розглядають як мультифакторне явище, в основі якого лежить біопсихосоціальна модель: біологічна вразливість поєднується з особистісними особливостями та впливом життєвих обставин, що в результаті може запускати або підтримувати депресивну симптоматику [1]. Важливо, що у кожної людини співвідношення цих причин може бути різним: для одних провідним чинником стає нейробиологічна дисфункція, для інших – психологічна травма або хронічний соціальний стрес, однак найчастіше депресія виникає саме як наслідок їх поєднання.

Перший блок становлять біологічні чинники, які формують базову схильність організму до депресивних реакцій. Одним із найбільш підтверджених чинників є генетична схильність: якщо депресивні розлади були у родичів першої лінії, ризик розвитку депресії зростає приблизно у 2–3 рази, що свідчить про спадковий компонент у регуляції емоційної стабільності. Біологічна основа депресивних станів також пов'язана з нейрохімічними змінами – дисбалансом нейромедіаторних систем (серотонінової, норадреналінової, дофамінової), які відповідають за емоційний тонус, мотивацію, відчуття задоволення та здатність адаптуватися до стресу. Значну

роль відіграють порушення гормональної регуляції: зміни у функціонуванні щитоподібної залози, наднирників, порушення роботи гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі та хронічно підвищений рівень кортизолу формують стан виснаження, емоційної нестійкості та зниження життєвої енергії. Крім того, депресія може бути вторинною щодо соматичних захворювань: хронічний біль, серцево-судинні патології, ендокринні порушення, неврологічні захворювання та тривалі запальні процеси не лише знижують якість життя, але й впливають на мозкові механізми регуляції настрою, підвищуючи ризик депресивних реакцій.

Другий блок становлять психологічні чинники, які формують особистісну вразливість до депресії та визначають спосіб, у який людина інтерпретує події й переживає стрес [11]. Важливе місце займає травматичний досвід дитинства: емоційне нехтування, психологічне або фізичне насильство, нестабільність у сім'ї, ранні втрати чи дефіцит безпечної прив'язаності можуть закладати дисфункціональні механізми самосприйняття і регуляції емоцій. На цьому ґрунті часто формується низька самооцінка, стійке почуття провини або сорому, а також перфекціоністичні установки, коли людина висуває до себе завищені вимоги та переживає будь-яку помилку як доказ власної неспроможності. Психологічними передумовами депресії виступають також тривожність, схильність до песимізму та внутрішня ригідність, тобто труднощі адаптації до змін і тенденція «застрягати» у негативних переживаннях.

У межах когнітивного підходу особливо значущими є негативні когнітивні схеми, описані А. Беком: депресивні стани підтримуються стійкими переконаннями про власну неповноцінність, ворожість або байдужість світу та безнадійність майбутнього. Такі когнітивні структури призводять до викривлень мислення – катастрофізації, узагальнення негативного досвіду, ігнорування позитивних подій, мислення «все або нічого». Важливим чинником ризику є й недостатність навичок емоційної саморегуляції: якщо людина не володіє ефективними способами проживання, вираження та переробки емоцій, її психіка частіше реагує на труднощі пригніченням, униканням або внутрішнім

виснаженням. Окремо слід виокремити екзистенційні чинники: втрата сенсу життя, неможливість самореалізації, відчуття внутрішньої порожнечі та «безперспективності» власного шляху створюють глибокий фон, на якому депресія стає не лише емоційним станом, а кризою цінностей і життєвих орієнтирів.

Третій блок – соціальні чинники – відображає той факт, що психічне здоров'я значною мірою залежить від соціального середовища та якості міжособистісних зв'язків. Одним із найбільш потужних тригерів депресії є соціальна ізоляція: самотність, дефіцит емоційної підтримки, відчуття «від'єднаності» від інших людей знижують рівень психологічної безпеки та підсилюють внутрішню вразливість. Конфлікти у сім'ї, на роботі, у навчальному середовищі або хронічна напруга у стосунках можуть формувати стійкий стресовий стан, який поступово виснажує адаптаційні ресурси. Значущими соціальними детермінантами виступають і події втрати: безробіття, зниження соціального статусу, фінансові труднощі, вимушена міграція, розлучення. У таких умовах у людини підвищується відчуття нестабільності та безсилля, що є ґрунтом для формування депресивних думок і переживань.

Варто також враховувати вплив культурних установок і соціальних норм. Наприклад, виховання у середовищі, де заборонено виражати емоції, прийнято «терпіти» або демонструвати лише успішність і силу, часто призводить до пригнічення переживань та несформованості культури звернення по допомогу. У такому випадку депресивні прояви можуть маскуватися, затягуватися та поглиблюватися через відсутність підтримки й своєчасної психокорекції.

Окремим пластом у сучасних дослідженнях виділяють екзистенційно-духовні чинники, які пов'язані з кризою смислу та ідентичності. Депресивні стани можуть виникати на тлі втрати життєвих орієнтирів, руйнування системи цінностей, розчарування у власних переконаннях або віровизнанні. У таких випадках провідним механізмом стає глибоке переживання безнадії, відсутність віри в майбутнє, відчуття «знецінення життя» та втрати внутрішньої опори. Цей рівень не завжди проявляється прямо, проте часто стає прихованою основою

депресивних переживань, особливо у періоди вікових криз, життєвих втрат або соціальних потрясінь.

Таким чином, депресія формується як результат складної взаємодії багатьох чинників: біологічна вразливість може «запускатися» травмою, хронічним стресом або соціальною ізоляцією; психологічні установки підтримують негативне бачення себе й світу; а соціальне середовище або поглиблює кризу, або, навпаки, може стати ресурсом для відновлення. Саме тому профілактика і допомога при депресивних станах потребують комплексного підходу, який враховує одночасно психофізіологічні механізми, особистісні особливості та реальний соціальний контекст життя людини.

Депресивний розлад розвивається поступово – від емоційного виснаження до глибокої психічної дезадаптації [11]. На першому етапі людина переживає стрес або травму, але не має достатніх ресурсів для адаптації. Якщо внутрішні захисні механізми не спрацьовують, формується внутрішній конфлікт – протиріччя між очікуваннями та реальністю, що згодом переходить у стан фрустрації й безпорадності [16].

Поступово змінюється система переконань: людина перестає вірити у власну ефективність, світ починає сприйматися як небезпечний, а майбутнє – як безперспективне. Такі когнітивні зміни підтримують депресивний стан, формуючи замкнене коло самозвинувачення і безнадії [7].

У психологічному сенсі депресія – це криза самосприйняття, коли особа втрачає контакт зі своїм автентичним «Я», не може інтегрувати негативний досвід і знайти нові життєві сенси. Саме тому консультативна робота має бути спрямована не лише на подолання симптомів, а й на відновлення суб'єктивного відчуття цінності, контролю і сенсу [9].

Для забезпечення надійної психодіагностики та коректної побудови маршруту психологічної допомоги принципово важливим є відмежування депресивних станів від інших афективних розладів, які можуть мати подібні симптоми, однак відрізняються за етіологією, перебігом, динамікою та провідними психопатологічними механізмами [11]. Диференційна діагностика

дає змогу уникнути діагностичних помилок, неправильної терапевтичної тактики та неефективного добору психокорекційних і психотерапевтичних методів, а також є необхідною умовою визначення показань до фармакотерапії чи консультування суміжних фахівців [7].

Зокрема, істотною діагностичною відмінністю є розмежування великого депресивного розладу та дистимії (персистентного депресивного розладу). Дистимія характеризується хронічним, відносно менш інтенсивним, але тривалим зниженням настрою, яке зберігається щонайменше два роки та супроводжується субдепресивними проявами. На відміну від епізодичної депресії, її симптоматика є більш «приглушеною», стабільною та стійко інтегрованою у спосіб переживання, мислення й поведінки, формуючи своєрідний стиль особистісного функціонування, який у клініко-психологічному описі часто позначають як «субдепресивний» фон. При цьому дистимія може поєднуватися з епізодами вираженої депресії (так звана «подвійна депресія»), що ускладнює діагностичну картину та потребує комплексного підходу.

Не менш важливою є диференціація депресивних проявів у межах рекурентного (уніполярного) депресивного розладу та депресивної фази біполярного афективного розладу (БАР) [10]. Ключовою відмінністю БАР є наявність маніакальних або гіпоманіакальних епізодів, для яких характерні патологічно підвищений або дратівливий настрій, зростання психічної та фізичної активності, прискорення мислення, імпульсивність і зниження критичності. Саме ці епізоди визначають іншу внутрішню логіку перебігу розладу, інші ризики (зокрема поведінкові та соціальні) і принципово іншу тактику лікування. Водночас депресивна фаза при БАР може мати більш тяжкий, затяжний та резистентний характер, що обумовлює потребу в особливо уважному аналізі анамнезу, темпів зміни фаз і характеру коливань настрою, а також застосуванні стандартизованих скринінгових інструментів.

Окремого діагностичного аналізу потребує ситуаційна (реактивна) депресія, яка є психогенно зумовленою реакцією на значущу кризову подію –

втрату, психологічну травму, різкі зміни життєвих обставин. Її симптоматика часто формується у тісному часовому зв'язку зі стресором, а ключовою особливістю є домінування переживань, пов'язаних зі змістом травмувальної ситуації. Зазвичай реактивна депресія має відносно короткочасний перебіг, більшою мірою піддається психотерапевтичній корекції, а потреба в медикаментозному втручанні визначається ступенем тяжкості, тривалістю симптомів і рівнем дезадаптації. Важливо підкреслити, що за несприятливих умов реактивна депресія може хронізуватися або трансформуватися у клінічно оформлений депресивний розлад, тому потребує раннього виявлення та підтримувального супроводу.

Отже, диференційна діагностика депресивних станів є базовою умовою правильної побудови консультативного процесу, визначення прогнозу та вибору ефективних методів психологічної допомоги [7]. Узагальнюючи, психологічні особливості осіб із депресивними розладами проявляються у підвищеній емоційній вразливості, схильності до самокритики та песимістичних інтерпретацій, редукції активності, звуженні мотиваційної сфери й спотворенні самосприйняття та сприйняття соціальної реальності [2]. Депресія має мультифакторну природу, що формується на перетині біологічних передумов, психологічної вразливості та соціальних впливів, а розуміння цієї взаємодії є необхідним для створення комплексної системи психологічної підтримки, спрямованої на відновлення емоційної рівноваги, підвищення самоповаги та формування адаптивних стратегій подолання труднощів.

1.4. Теоретичні підходи до консультування та психокорекції осіб із депресивними розладами

Психологічне консультування осіб із депресивними розладами є процесом професійної допомоги, спрямованим на зниження емоційного напруження, відновлення когнітивного балансу, підвищення самоусвідомлення та особистісної ефективності клієнта [11].

Основна мета консультативного впливу полягає у переосмисленні негативних установок, формуванні адаптивних стратегій поведінки та підтримці особистості в процесі виходу зі стану безнадії [9].

Депресія як психічний стан і клініко-психологічний феномен має багатовимірну природу, тому ефективне психологічне консультування при депресивних розладах не може обмежуватися рамками лише одного теоретичного підходу. У сучасній практиці допомога вибудовується на основі поєднання різних концептуальних моделей, кожна з яких інтерпретує депресію через власну пояснювальну систему – когнітивну, психодинамічну, гуманістичну, екзистенційну, поведінкову або міжособистісну. Така методологічна багатоперспективність є обґрунтованою, оскільки депресія включає емоційні, когнітивні, мотиваційні та соціально-поведінкові порушення і підтримується як внутрішньопсихічними механізмами, так і зовнішніми стресорами. Саме тому провідним принципом сучасного консультування стає індивідуалізація: добір психотерапевтичних інтервенцій залежить від типу депресії, її тяжкості, особистісного профілю клієнта, наявності супутніх розладів, готовності до змін і доступних ресурсів підтримки.

Одним із найбільш доказово ефективних підходів у роботі з депресією є когнітивно-поведінкова терапія, започаткована А. Беком, яка ґрунтується на положенні про визначальну роль когнітивних процесів у формуванні емоційного стану та поведінки [10]. Згідно з КПТ, депресивні переживання підтримуються негативними автоматичними думками і дисфункціональними переконаннями, що спричиняють викривлене сприйняття себе, світу й майбутнього. Відповідно, завдання консультанта полягають у виявленні та корекції когнітивних спотворень (катастрофізація, надмірне узагальнення, селективна увага до негативного), формуванні більш реалістичних і гнучких інтерпретацій, навчанні навичок самостереження та заміни автоматичних думок, а також у застосуванні поведінкової активації — відновленні діяльності через планування значущих і доступних дій [15]. Емпіричні дослідження підтверджують високу результативність КПТ у зниженні депресивної

симптоматики та профілактиці рецидивів, оскільки клієнт поступово відновлює відчуття контролю над своїм станом, зміцнює самоцінність і набуває інструментів самодопомоги.

Психоаналітичний (психодинамічний) підхід пропонує іншу логіку розуміння депресії – як наслідку внутрішнього конфлікту, пов'язаного з досвідом втрати, амбівалентними почуттями та несвідомими механізмами самозвинувачення [16]. У класичних концепціях (З. Фрейд, К. Абрахам, М. Кляйн) депресія пов'язується з інтеріоризацією «втраченого об'єкта» та перенесенням агресії, спрямованої на об'єкт, на власне «Я», що супроводжується інтенсивним почуттям провини та самопокарання [1]. Психокорекційна робота в межах психодинамічного підходу спрямована на усвідомлення пригнічених емоцій, опрацювання травматичних переживань і втрат, реконструкцію внутрішніх об'єктних відносин, а також на інтеграцію суперечливих аспектів особистості для формування більш зрілої «Я-концепції» [17]. Хоч психоаналітичне консультування часто потребує тривалішого часу, воно має значний потенціал у випадках хронічної або рецидивної депресії, коли симптоми підтримуються глибинними особистісними конфліктами та ранніми травматичними сценаріями.

Гуманістичний підхід у роботі з депресією (К. Роджерс, А. Маслоу, В. Франкл) розглядає її як наслідок порушення процесу самоактуалізації, втрати контакту з власними потребами та переживанням внутрішньої цінності [11]. Депресивний стан постає як реакція на невідповідність між реальним та ідеальним «Я», блокування особистісного розвитку й зниження відчуття суб'єктності, коли людина перестає сприймати себе як здатну впливати на власне життя [7]. Центральним терапевтичним чинником у гуманістичному консультуванні є якість взаємин між консультантом і клієнтом: емпатія, автентичність, безумовне позитивне прийняття, що формують безпечний простір для саморозкриття й відновлення самоцінності. У такому процесі консультант підтримує клієнта в усвідомленні почуттів, актуалізації

особистісних ресурсів, прийнятті себе та розширенні відповідальності за життєвий вибір.

Екзистенційний підхід (В. Франкл, Р. Мей, І. Ялом) доповнює гуманістичний фокус, підкреслюючи смислову природу депресивних переживань [5]. У межах екзистенційної психології депресія трактується як криза сенсу, ідентичності та духовних орієнтирів, коли особа втрачає зв'язок із власними цінностями й переживає життєву порожнечу або безнадійність. Депресивні симптоми в такій логіці можуть розумітися не лише як патологія, а як сигнал необхідності переосмислення життєвого шляху та відновлення суб'єктивного смислу. Консультування спрямовується на пошук або відновлення сенсу, усвідомлення свободи вибору і відповідальності, прийняття неминучих аспектів людського буття (обмеженість, страждання, втрати), розвиток внутрішньої автономії та здатності до зростання [9]. Логотерапевтичні методи В. Франкла передбачають опору на цінності творчості, переживання та ставлення, що дозволяє людині відновити мотивацію, активність і життєву перспективу [14].

Важливе місце у психотерапії депресії займають поведінкові та міжособистісні підходи. Поведінкова терапія акцентує увагу на тому, що депресивний стан підтримується дефіцитом позитивних підкріплень: зниження активності й відмова від значущих видів діяльності призводять до втрати задоволення, а це, своєю чергою, поглиблює апатію та виснаження. Тому корекційна робота включає планування доступних приємних дій, поступове відновлення соціальної й професійної активності, розвиток навичок самопідкріплення та повернення структурованості життя [13]. Паралельно міжособистісна терапія, розроблена Дж. Клерманом і М. Вайсман, виходить з положення, що депресія тісно пов'язана з якістю соціальних зв'язків і рольових взаємин. У межах ІРТ фокус терапії зосереджується на чотирьох ключових сферах: рольових конфліктах, переживанні втрати (гірюванні), рольових переходах (адаптації до нових життєвих ролей) і міжособистісному дефіциті (труднощах встановлення контактів та підтримки стосунків) [16]. ІРТ

демонструє високу ефективність у короткостроковій роботі (приблизно 12–16 сесій), особливо коли у структурі депресії провідними є ізоляція, конфліктність або наслідки втрат [15].

Окремого значення у випадках стійких, глибоких або рецидивних депресивних станів набуває схема-терапія Д. Янга, яка інтегрує елементи КПТ, психодинамічного і гештальт-підходів та орієнтується на корекцію ранніх дезадаптивних схем – глибинних когнітивно-емоційних структур, що формуються у дитинстві через фрустрацію базових потреб у безпеці, прийнятті, підтримці та любові [13]. Для депресивних клієнтів характерними можуть бути схеми дефектності/сором'язливості, покинутості, залежності/некомпетентності, покарання та інші, які зумовлюють самоосуд, відчуття «зі мною щось не так» і стійку безнадійність. Терапевтична робота включає аналіз «схемних режимів» (наприклад, «вразлива дитина», «критичний батько», «здоровий дорослий»), емоційно-фокусовані техніки (діалог стільців, листи внутрішній дитині), а також когнітивне переосмислення життєвого досвіду з метою формування самоприйняття та психологічної стійкості [4]. Перевага схема-терапії полягає в тому, що вона працює не лише з симптомами, а й з їх глибинними особистісними джерелами, що забезпечує більш стійкі результати у довгостроковій перспективі [8].

У підсумку, сучасна практика психологічного консультування при депресивних розладах дедалі частіше базується на інтегративній моделі, яка передбачає гнучке поєднання методів різних психотерапевтичних шкіл з урахуванням індивідуальної клініко-психологічної картини [19]. Такий підхід спирається на принципи індивідуалізації терапії (добір методів залежно від типу депресії та особистісних особливостей), гуманістичної орієнтації (створення безпечного й підтримувального простору), мультимодальності (поєднання когнітивних, емоційних і поведінкових технік), а також ресурсності (розвиток самопідтримки, усвідомлення сильних сторін, формування адаптивних копінг-стратегій) [7]. Інтегративна модель дозволяє одночасно враховувати клінічні, особистісні та соціальні аспекти депресії, підвищує

ефективність допомоги, сприяє стійкій ремісії та знижує ризик повторних епізодів, забезпечуючи комплексне відновлення психологічного функціонування клієнта [11].

Висновки до першого розділу

У процесі теоретичного аналізу проблеми депресивних розладів встановлено, що депресія є одним із найпоширеніших і водночас найбільш складних психічних станів сучасної людини, який має системний вплив на емоційну, когнітивну та поведінкову сфери особистості. Депресивні розлади характеризуються стійким зниженням настрою, втратою інтересу до діяльності та задоволення (анедонією), відчуттям внутрішньої безнадії, провини й безпорадності, а також порушеннями самооцінки та спотворенням самосприйняття. У структурі депресії поєднуються не лише емоційні симптоми, але й зміни мислення, мотивації та соціального функціонування, що обумовлює її значний дезадаптаційний потенціал і негативні наслідки для якості життя та продуктивності особистості.

Депресивні стани мають виразно мультифакторну природу, оскільки їх виникнення й розвиток зумовлені взаємодією біологічних, психологічних і соціальних чинників. До біологічних передумов належать генетична схильність, нейрохімічні порушення в системах нейромедіаторної регуляції настрою та мотивації, а також нейроендокринні зміни, пов'язані зі стресовими реакціями організму. Психологічні чинники депресії включають наявність негативних когнітивних схем, дисфункціональних переконань, знижену стресостійкість, порушення емоційної регуляції та внутрішню ригідність мислення. Соціальні чинники проявляються через тривалі або інтенсивні стресові події, міжособистісні конфлікти, дефіцит підтримки, соціальну ізоляцію та втрату значущих соціальних ролей. Саме тому ефективне психологічне втручання при депресивних розладах передбачає комплексний підхід, який враховує не лише

клінічну симптоматику, але й індивідуально-психологічні особливості клієнта та його соціальний контекст.

У межах аналізу психологічної специфіки осіб із депресивними розладами було виокремлено низку характерних особливостей, які визначають перебіг, глибину та стійкість депресивної симптоматики. Зокрема, домінуючим механізмом часто виступає система негативних когнітивних схем і переконань, що формують так звану «депресивну тріаду» – негативне ставлення до себе, світу та майбутнього. Такі когнітивні структури супроводжуються тенденцією до песимістичної інтерпретації подій, знецінення позитивного досвіду, гіперрефлексії та самозвинувачення. Емоційна сфера характеризується нестабільністю, підвищеною вразливістю, зниженням самооцінки й домінуванням тривожно-депресивного фону, що часто поєднується з ригідністю мислення та труднощами зміни негативних установок. У міжособистісному функціонуванні типовими є зниження комунікативної активності, труднощі у встановленні контактів, відчуття відчуження та схильність до самоізоляції. Мотиваційно-вольова сфера характеризується редукцією ініціативності, пасивністю, домінуванням уникання, зниженням рівня домагань і загальним виснаженням енергетичного ресурсу, що суттєво знижує здатність особи до саморегуляції та конструктивного подолання труднощів.

Огляд сучасних консультативних підходів до роботи з депресією засвідчив, що найбільш обґрунтованими й ефективними напрямками психологічної допомоги є когнітивно-поведінкова терапія, міжперсональна терапія, схема-терапія та інтегративна модель консультування. Когнітивно-поведінкова терапія спрямована на виявлення та трансформацію ірраціональних переконань, корекцію когнітивних викривлень, формування адаптивних способів мислення та поведінки, а також на активізацію діяльності, що сприяє зниженню симптомів і профілактиці рецидивів. Міжперсональна терапія фокусується на покращенні якості міжособистісних взаємин, подоланні рольових конфліктів, опрацюванні втрат і соціальної адаптації, що має особливе значення в умовах соціальної ізоляції або сімейних і професійних криз. Схема-

терапія, у свою чергу, орієнтована на глибинні емоційно-когнітивні структури особистості, які формуються в ранньому досвіді та підтримують хронічні або рецидивні форми депресії; вона забезпечує опрацювання первинних психологічних потреб і формування більш зрілих стратегій самопідтримки. Інтегративний підхід поєднує техніки різних терапевтичних шкіл залежно від типу депресії, особистісних характеристик і готовності клієнта до змін, з акцентом на розвиток внутрішніх ресурсів, підвищення психологічної стійкості та особистісне зростання.

Узагальнюючи результати теоретичного аналізу, можна стверджувати, що психологічне консультування при депресивних розладах має бути комплексним, гнучким та індивідуалізованим. Його ефективність визначається не лише зменшенням симптоматики, а й глибинним відновленням емоційної рівноваги, підвищенням рівня самоусвідомлення й самоцінності, покращенням міжособистісних зв'язків і формуванням стійких навичок саморегуляції та адаптивного реагування на стрес. Таким чином, отримані теоретичні висновки створюють методологічне підґрунтя для подальшої розробки й апробації практичних консультативних програм, спрямованих на підвищення ефективності психологічної допомоги особам із депресивними розладами та зниження ризику повторних депресивних епізодів.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

2.1. Організація, стратегія та методи дослідження

Відповідно до основної першої частини мети - теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості осіб із депресивними розладами як основу для розробки ефективних консультативних підходів у психологічній практиці – та його завдань, було сформовано репрезентативну вибірку й підібрано валідні та надійні методики дослідження.

Емпірична база дослідження. Вибірка становила військовослужбовців, які проходили лікування та реабілітацію в «Інституті неврології, психіатрії та наркології ім. П.В. Волошина» НАМН України. До вибірки увійшли особи віком від 27 до 46 років. Вибірка склала 30 чоловік.

Були використані такі методики: шкала депресії Гамільтона, методика дисфункціональних установок (DAS), 3) багатовимірною шкалою сприйняття соціальної підтримки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support).

У обробці даних було також застосовано методи математичної статистики: описові статистики – для характеристики основних тенденцій вибірки, кореляційний аналіз за Пірсоном – для виявлення взаємозв'язків між рівнем симптомами депресивних станів, самоствавлення та сприйняття соціальної підтримки. Всі розрахунки здійснювалися за допомогою програми Microsoft Excel 2010.

Розглянемо основні методики дослідження більш детально.

Шкала депресії Гамільтона (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS/НАМ-D) є одним із найбільш авторитетних і широко застосовуваних клінічних інструментів для кількісної оцінки вираженості депресивної симптоматики та моніторингу динаміки стану пацієнта до, під час і після лікування. У сучасній психіатричній та клініко-психологічній практиці HDRS

виступає стандартом оцінювання ефективності терапевтичних втручань (медикаментозних і психотерапевтичних), а також використовується в клінічних дослідженнях як валідний показник змін тяжкості депресивного розладу. Методика належить до групи експертних шкал, тобто заповнюється лікарем-клініцистом або спеціалістом з відповідною підготовкою у сфері психічного здоров'я, що забезпечує якісну диференціацію симптомів депресії від суміжних станів і мінімізує ризик помилкової інтерпретації, характерної для самозвітних опитувальників.

Методика застосування HDRS передбачає проведення клінічного інтерв'ю, у процесі якого фахівець оцінює наявність та інтенсивність симптомів, виходячи зі стану пацієнта за останні дні або попередній тиждень. У практиці може використовуватися спеціально розроблене структуроване клінічне інтерв'ю, що стандартизує процедуру опитування і підвищує надійність оцінювання. Особливою цінністю HDRS є можливість повторного застосування упродовж лікування, що дозволяє документувати клінічну динаміку, визначати ступінь редукції симптоматики та оцінювати терапевтичну відповідь (response) чи ремісію (remission). Таким чином, шкала виступає інструментом не лише первинної діагностичної оцінки, а й систематичного спостереження.

Класична версія шкали складається з 21 пункту, проте ключовим для визначення ступеня тяжкості депресивного розладу є сумарний бал за першими 17 пунктами. Саме ці пункти формують інтегральний показник, що відображає загальну інтенсивність депресивної симптоматики. Внутрішня структура шкали передбачає диференційоване оцінювання симптомів: 9 пунктів оцінюються в діапазоні від 0 до 4 балів, а 8 пунктів – у діапазоні від 0 до 2 балів. Чотири останні пункти (18–21) використовуються як додаткові для уточнення певних клінічних проявів і можливих підтипів депресивного розладу, проте вони не включаються в підрахунок загального балу, що визначає тяжкість депресії. Такий принцип підрахунку спрямований на підвищення валідності оцінювання

основного депресивного синдрому та запобігання спотворенням сумарного показника через менш специфічні прояви.

Інтерпретація сумарного балу за першими 17 пунктами HDRS дозволяє класифікувати рівень вираженості депресивного стану: 0–7 балів відповідають умовній нормі або відсутності клінічно значущої депресивної симптоматики; 8–13 балів інтерпретуються як легкий депресивний розлад; 14–18 балів – як депресія середнього ступеня тяжкості; 19–22 бали свідчать про тяжкий депресивний розлад, а значення понад 23 бали відповідають вкрай тяжкій депресії. На практиці така градація є важливою для визначення клінічного маршруту, включаючи показання до психотерапії, фармакотерапії або комбінованого лікування, а також для прогнозування ризиків дезадаптації.

Поряд із шкалою Гамільтона як клінічно орієнтованим інструментом оцінки депресії, у психологічній практиці та психотерапевтичній діагностиці важливе місце займає Методика дисфункціональних установок (Dysfunctional Attitude Scale, DAS), розроблена А. Беком та А. Вейсманом у 1978 році. DAS належить до когнітивно-орієнтованих психодіагностичних методик і створена для виявлення стійких дисфункціональних переконань і когнітивних схем, які формують психологічну вразливість до депресивних реакцій та лежать в основі неадекватного емоційного реагування і психогенних розладів. Змістовно DAS є важливим інструментом у межах когнітивно-поведінкової терапії, оскільки дозволяє ідентифікувати саме ті когнітивні структури, які підтримують депресивні переживання і визначають спосіб інтерпретації життєвих подій.

Методика DAS ґрунтується на когнітивній теорії депресії А. Бека, згідно з якою емоційні порушення виникають і закріплюються під впливом трьох взаємопов'язаних компонентів: дисфункціональних базових переконань, негативних автоматичних думок і когнітивних викривлень. DAS вимірює саме базовий рівень когнітивної організації особистості — установки, які активізуються в умовах стресу та спрямовують оцінку подій у негативне русло. Фактично методика дозволяє оцінити ступінь когнітивної ригідності,

перфекціонізму, залежності самооцінки від зовнішнього схвалення та тенденції до самокритики, що є типовими когнітивними факторами ризику депресії.

У практиці застосовуються стандартизовані форми DAS-A або DAS-B, які містять 40 тверджень. Респондент оцінює ступінь згоди з кожним твердженням за шкалою відповідей від 1 до 5, після чого здійснюється підрахунок сумарного балу (за ключами). Інтерпретація результатів передбачає градацію рівня дисфункціональних установок: низькі показники DAS свідчать про відносну когнітивну гнучкість, адаптивні установки та низьку депресивну вразливість; середній рівень може відображати ситуативну активізацію дисфункціональних переконань у стресових ситуаціях, що відповідає помірній когнітивній вразливості; високий рівень DAS характеризує ригідні негативні установки, виражений перфекціонізм, схильність до самозвинувачення та жорсткої самокритики, що істотно підвищує ризик формування депресивних реакцій і утруднює вихід зі стресу через домінування неадаптивних схем мислення.

Таким чином, шкала депресії Гамільтона та методика DAS становлять взаємодоповнювальний діагностичний інструментарій у роботі з депресивними станами. HDRS забезпечує об'єктивізовану експертну оцінку клінічної тяжкості депресії та дозволяє відстежувати ефективність лікування у динаміці, тоді як DAS дає змогу поглиблено дослідити когнітивні механізми депресії, визначити рівень психологічної вразливості та сформувати цільові напрями психотерапевтичної корекції. Використання цих методик у комплексі підвищує точність психодіагностики, забезпечує доказовість консультативної роботи й дозволяє більш обґрунтовано вибудовувати індивідуальні програми психологічної допомоги та профілактики рецидивів.

Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS) є одним із найбільш поширених психодіагностичних інструментів, спрямованих на вимірювання суб'єктивного рівня соціальної підтримки, яку особа відчуває у своєму життєвому середовищі. Методичний посібник до україномовної версії опитувальника ґрунтується на класичній розробці G. Zimet та співавт. (1988) і репрезентує стандартизований

короткий опитувальник, що складається з 12 пунктів, які відображають різні джерела підтримки. Актуальність MSPSS зумовлена тим, що соціальна підтримка розглядається сучасною психологією та медициною як значущий протективний чинник, що пом'якшує негативний вплив стресу, сприяє психологічній адаптації та знижує ризик розвитку афективних і тривожних порушень, зокрема депресивних станів.

Структурно MSPSS побудована на уявленні про багатокomпонентність соціальної підтримки: вона охоплює не лише загальне відчуття «наявності людей поруч», а передусім – суб'єктивну оцінку доступності й адекватності підтримки з боку найближчого соціального оточення. Опитувальник включає три субшкали, кожна з яких містить по чотири твердження, що дозволяє диференційовано оцінити різні джерела підтримки. Субшкала «Сім'я» відображає рівень підтримки, яку людина сприймає з боку членів родини, та показує, наскільки сімейна система виконує функцію емоційної й інструментальної опори. Субшкала «Друзі» дозволяє оцінити підтримку в системі дружніх взаємин, що є важливим показником позасімейного соціального ресурсу, включеності в неформальні групи й відчуття належності. Субшкала «Важлива інша людина / близькі люди» спрямована на вимірювання підтримки з боку значущої особи (партнера, близької людини, наставника), яка для респондента є емоційно важливою та виконує роль ключового соціального «якоря» у переживанні стресових подій.

Вагомою перевагою MSPSS є те, що вона оцінює не об'єктивну кількість соціальних контактів, а саме суб'єктивне сприйняття підтримки, що має принципове значення в психологічній науці. Відомо, що навіть за наявності широкого кола комунікації людина може переживати самотність, тоді як інша – за мінімальної кількості контактів – відчувати високу підтримку. Таким чином, MSPSS дозволяє виявляти психологічний феномен соціальної підтримки як внутрішній ресурс, що опосередковує стресостійкість і психоемоційну адаптацію.

Емпіричні дослідження підтверджують, що MSPSS характеризується високими показниками надійності та валідності, що дозволило використовувати її у широкому колі міжнародних і клініко-психологічних досліджень. Зокрема, шкала застосовується у вивченні психічного та фізичного здоров'я, чинників подолання криз, зв'язку соціальної підтримки з депресією, тривожністю, емоційним вигоранням та рівнем суб'єктивного благополуччя. Практична значущість MSPSS полягає у можливості скринінгового виявлення осіб, які перебувають у групі ризику соціальної ізоляції або самотності, а також у застосуванні шкали як індикатора ефективності психологічних програм, спрямованих на посилення підтримки, відновлення соціальних зв'язків і розвиток комунікативних ресурсів.

Окремо слід підкреслити методичні переваги MSPSS як психодіагностичного інструменту. Шкала є короткою, структурно простою та зручною в адмініструванні, що робить її придатною для використання у клінічних, освітніх, соціальних і військових вибірках. Вона адаптована багатьма мовами, що полегшує проведення міжкультурних досліджень та порівняння результатів. Разом із тим, як і більшість методик самозвіту, MSPSS має певні обмеження: відповіді можуть бути чутливими до ефекту соціальної бажаності, особливо в середовищах із високою нормативністю (наприклад, військова культура або професійні колективи, де «не прийнято скаржитися»). Додатково, хоча шкала має широку доказову базу, у частині досліджень вказується на необхідність подальшого накопичення даних щодо довгострокової прогностичної валідності у різних популяціях. Окремі адаптації можуть бути недоступними певними мовами або вимагати уточнення норм для конкретної культури та контексту.

Для практичної інтерпретації результатів MSPSS застосовується підхід групування респондентів залежно від середнього балу, отриманого за шкалою. Так, середні значення у діапазоні від 1 до 2,9 розглядаються як показник низького рівня сприйняття соціальної підтримки, що може свідчити про ризик соціального відчуження, дефіцит ресурсів, знижену довіру до оточення або

реальну відсутність підтримувального середовища. Значення від 3 до 5 відображають помірний (середній) рівень підтримки, який зазвичай відповідає частковій наявності ресурсів, однак може потребувати їх активізації або стабілізації. Показники від 5,1 до 7 інтерпретуються як високий (значний) рівень сприйняття підтримки, що є маркером наявності сильного соціального ресурсу та психологічної опори. Водночас важливим аспектом інтерпретації є не лише загальний показник, а й аналіз профілю субшкал, оскільки він дозволяє визначити домінантні або дефіцитарні джерела підтримки – чи опора переважно формується в сім'ї, у дружньому середовищі, чи через значущу іншу людину.

Таким чином, MSPSS є науково обґрунтованим, психометрично надійним і практично цінним інструментом для комплексного вимірювання сприйняття соціальної підтримки як важливого психологічного ресурсу. Її використання доцільне як у дослідницьких, так і в прикладних завданнях – для скринінгу ризиків соціальної ізоляції, визначення ресурсного потенціалу, моніторингу стану адаптації та оцінки результативності психологічних інтервенцій, спрямованих на посилення підтримки та відновлення соціальної інтеграції особистості.

2.2. Аналіз рівня депресії, самоствавлення та соціальної підтримки у військовослужбовців

Аналіз даних дозволяє визначити рівень депресивних проявів, особливості сприйняття соціальної підтримки та вираженість дисфункціональних установок у вибірці. Розглянуті показники допомагають встановити взаємозв'язки між психологічними характеристиками респондентів та визначити напрямки ефективного консультативного впливу.

У табл. 2.1. представлені середні значення за результатами шкали депресії Гамільтона.

Таблиця 2.1.

Статистична характеристика результатів дослідження за шкалою депресії Гамільтона

Характеристика	Шкала депресія Гамільтона
Середнє	15,1
Дисперсія	5,0
Мода	17,0
Медіана	15,5

У табл. 2.1 представлено узагальнені статистичні показники результатів дослідження за шкалою депресії Гамільтона (HDRS/HAM-D), які дозволяють охарактеризувати центральну тенденцію та варіативність вираженості депресивної симптоматики у вибірці.

Отримане середнє значення ($M = 15,1$) свідчить про те, що в цілому у досліджуваній групі спостерігається депресивний розлад середнього ступеня тяжкості, оскільки згідно з клінічними критеріями інтерпретації HDRS діапазон 14–18 балів відповідає саме помірній депресії. Це означає, що для більшості респондентів характерні не лише емоційні прояви пригніченості, але й достатньо виражені когнітивні та поведінкові компоненти депресивного синдрому (зниження мотивації, порушення сну, труднощі концентрації уваги, редукція активності), які мають потенціал впливати на рівень повсякденного функціонування. Водночас рівень середньої депресії є клінічно значущим і вказує на потребу в цілеспрямованій психологічній допомозі, а в ряді випадків – і в консультації профільних медичних фахівців.

Показник медіани ($Me = 15,5$) є близьким до середнього значення, що дозволяє зробити висновок про відносну симетричність розподілу результатів або незначну асиметрію. Медіана відображає бал, який ділить вибірку навпіл: у 50% досліджуваних рівень депресії не перевищує 15,5 бала, а інші 50% мають показники вищі за 15,5 бала. Таким чином, медіана підтверджує, що типовий учасник вибірки демонструє стійко підвищений рівень депресивної

симптоматики, який відповідає межах середньої тяжкості. Те, що медіана дещо вища за середнє ($15,5 > 15,1$), може вказувати на наявність незначного зсуву розподілу у бік нижчих значень (тобто частина респондентів могла мати більш низькі бали, які «знизили» середнє значення), однак різниця між цими показниками є невеликою і не дає підстав говорити про різко нерівномірний розподіл.

Додатково важливим показником структури вибірки є мода ($M_0 = 17,0$) – найчастіше повторюване значення. Те, що модальне значення знаходиться на рівні 17 балів, свідчить: найбільша кількість досліджуваних демонструє результати, які також відповідають середньому ступеню депресії, причому ближче до верхньої межі цього інтервалу (14–18). Це може означати, що хоча загалом депресивні прояви у вибірці є помірними, у значної частини учасників симптоматика має тенденцію до поглиблення і перебуває близько до переходу в тяжчий клінічний діапазон (19 і більше балів). У прикладному аспекті це є важливою ознакою ризику: такі респонденти можуть потребувати більш інтенсивних психокорекційних програм і системного моніторингу стану.

Показник дисперсії ($D = 5,0$) відображає ступінь розкиду результатів відносно середнього. Вказана дисперсія свідчить про помірний рівень варіативності, тобто досліджувані не є повністю однорідними за інтенсивністю депресивної симптоматики, однак і надмірно різких відмінностей між ними не спостерігається. Іншими словами, більшість значень групується навколо середнього, що підтверджує відносну цілісність вибірки за досліджуваною ознакою. При цьому наявність варіативності є очікуваною для клініко-психологічних показників і може пояснюватися індивідуальними особливостями переживання стресу, різним рівнем ресурсності, наявністю/відсутністю соціальної підтримки, коморбідних симптомів тривоги або посттравматичних реакцій.

Таким чином, аналіз описових статистик за шкалою депресії Гамільтона дозволяє зробити узагальнений висновок, що досліджувана вибірка характеризується клінічно значущим рівнем депресивної симптоматики, який у

середньому відповідає депресивному розладу середнього ступеня тяжкості. Близькість середнього значення і медіани свідчить про відносно збалансований розподіл показників, тоді як мода на рівні 17 балів демонструє, що найбільш типові результати зміщені до верхньої межі середньої тяжкості. Отримані дані вказують на необхідність подальшого поглибленого аналізу, зокрема – вивчення чинників, що посилюють депресивні прояви (наприклад, дефіцит соціальної підтримки, виснаження ресурсів, травматичний досвід), а також обґрунтування відповідних напрямів консультативної і психотерапевтичної допомоги.

Результати за шкалою Гамельтона можна побачити на Рис.2.1.

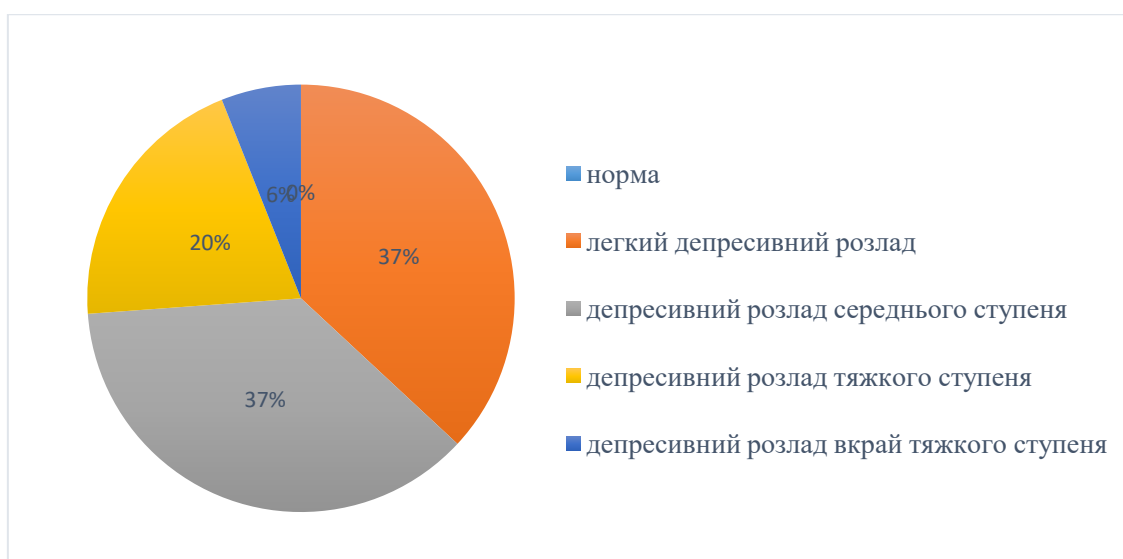


Рис.2.1. Оцінка за шкалою депресії Гамільтона

Результати дослідження рівня депресивної симптоматики, отримані за шкалою депресії Гамільтона (HAM-D/HDRS), узагальнено та візуалізовано на рис. 2.1, що дозволяє здійснити якісно-кількісну інтерпретацію розподілу респондентів за ступенем вираженості депресивного розладу. Проведений аналіз структури вибірки засвідчив принципово важливу закономірність: у досліджуваній групі не виявлено жодного респондента з нормативним психоемоційним станом (0–7 балів за HDRS). Така відсутність норми в межах вибірки свідчить про загальну підвищену психоемоційну напруженість та наявність депресивних проявів різного ступеня інтенсивності у всіх учасників. У прикладному вимірі це вказує на необхідність психологічного втручання

навіть у випадках помірної симптоматики, оскільки стійке відхилення від нормативного стану може призводити до порушення адаптації, зниження працездатності, звуження соціального функціонування та формування вторинних психосоматичних чи тривожних симптомів.

Згідно з результатами, легкий депресивний розлад (8–13 балів за HDRS) було зафіксовано у 37% респондентів. Такий рівень депресії зазвичай асоціюється з субклінічними або початковими проявами депресивного синдрому, що включають пригнічений настрій, зниження мотивації, підвищену втомлюваність, нестійкість уваги та певне зниження продуктивності когнітивних процесів. Хоч зазначені симптоми можуть не спричиняти грубих порушень соціальної діяльності та формально зберігати відносно прийнятний рівень функціонування, їх тривале збереження створює ризик хронізації стану або його переходу в більш тяжкі клінічні форми. У цьому контексті легкий рівень депресії слід розглядати як критичну «точку раннього втручання», де своєчасна психологічна підтримка, психоосвіта та профілактичні консультативні заходи здатні істотно знизити ризик прогресування симптоматики.

Разом із тим, депресивний розлад середнього ступеня тяжкості (14–18 балів) також був виявлений у 37% досліджуваних, що відображає суттєву частку осіб із клінічно значущою депресивною симптоматикою. Для даного рівня характерні більш виражені афективні та когнітивні порушення: стійка емоційна пригніченість, підвищена тривожність, зниження здатності до переживання позитивних емоцій, порушення сну, а також виразні труднощі концентрації уваги та продуктивності мислення. Депресія середнього ступеня часто супроводжується редукцією інтересу до професійної та соціальної активності, послабленням міжособистісних контактів, посиленням самокритичності, зниженням самооцінки та формуванням песимістичних установок щодо перспектив майбутнього. Така симптоматика не лише погіршує якість життя, а й підвищує ризик вторинних ускладнень – зокрема, соціальної ізоляції, психосоматичних порушень, зловживання психоактивними речовинами

як форми неадаптивного копіngu. Відповідно, виявлення середнього рівня депресії вимагає систематичного психологічного консультування, формування навичок емоційної регуляції та розвитку адаптивних стратегій подолання стресу.

Окрему групу становлять респонденти з тяжким депресивним розладом (19–22 бали), частка яких у вибірці склала 20%. Тяжка депресія характеризується високою інтенсивністю афективних порушень та значним рівнем психічного виснаження, що проявляється у вираженій апатії, домінуванні почуття безвиході, істотному зниженні енергетичного тону, порушеннях сну й апетиту, а також значних труднощах в емоційній саморегуляції. Для таких осіб характерне суттєве зниження соціального та професійного функціонування, звуження інтересів і відмова від активності, що може формувати замкнене коло депресії: чим нижча активність – тим менше підкріплень і ресурсів, а отже – тим глибша депресивна симптоматика. За даного рівня тяжкості психологічна допомога повинна мати інтенсивний характер і реалізовуватися у форматі структурованої психотерапії; у низці випадків необхідний комплексний підхід, що передбачає також фармакологічну підтримку за призначенням лікаря.

Найбільш критичною категорією є респонденти з вкрай тяжким депресивним розладом (понад 23 бали за HDRS), частка яких склала 6%. Даний рівень характеризується глибокими афективними, когнітивними та поведінковими порушеннями: тотальною безнадією, різким зниженням мотивації, вираженою соціальною ізоляцією, різким обмеженням активності та суттєвим порушенням життєвої функціональності. У таких випадках депресія набуває статусу високоризикового клінічного стану, що потребує невідкладної комплексної спеціалізованої допомоги, включно з професійним психіатричним супроводом та системним психологічним втручанням.

Узагальнюючи дані, можна констатувати, що переважна більшість досліджуваних (74%) демонструє легкі та середні прояви депресії, що підкреслює значущість систематичного психологічного супроводу й раннього

втручання як ключового профілактичного механізму попередження поглиблення депресивних станів. Водночас наявність у вибірці осіб із важкими та вкрай важкими проявами (26%) є індикатором високого рівня психоемоційного неблагополуччя та необхідності організації багаторівневої системи психологічної допомоги з диференціацією інтервенцій за ступенем тяжкості депресії, що відповідає сучасним принципам доказової клініко-психологічної практики.

У табл. 2.2. представлені середні значення за результатами методикою дисфункціональних установок

Таблиця 2.2.

Статистична характеристика результатів дослідження за методикою дисфункціональних установок

Характеристика	Методика дисфункціональних установок
Середнє	88,7
Дисперсія	12,6
Мода	91
Медіана	91

У табл. 2.2 представлено узагальнені статистичні показники результатів дослідження, отриманих за методикою дисфункціональних установок (Dysfunctional Attitude Scale, DAS), що дозволяє охарактеризувати як центральні тенденції розподілу, так і ступінь варіативності дисфункціональних когнітивних переконань у досліджуваній вибірці. З огляду на те, що DAS спрямована на вимірювання стійких когнітивних схем, які активізуються у стресових ситуаціях і формують уразливість до депресивних реакцій, аналіз описових статистик має ключове значення для розуміння когнітивної організації особистості та потенційних механізмів підтримки депресивної симптоматики.

Отримане середнє значення ($M = 88,7$ бала) вказує на загалом підвищений рівень дисфункціональних установок у вибірці, тобто на наявність виражених когнітивних схем, що можуть сприяти негативному емоційному реагуванню,

самознеціненню та формуванню стійких депресогенних інтерпретацій життєвих подій. У психологічному змісті такі показники зазвичай корелюють із переважанням установок перфекціоністичного типу, залежністю самооцінки від зовнішньої оцінки, тенденцією до жорстких самовимог, гіпервідповідальністю, схильністю до самокритики та труднощами прийняття власних помилок. У практичному аспекті це означає, що значна частина респондентів має когнітивні «фільтри», які підвищують ризик переживання безпорадності, сорому та зниження суб'єктивного контролю над ситуацією, що є психологічним підґрунтям депресивних станів.

Показник медіани ($Me = 91$) є інформативним для розуміння структури вибірки, оскільки він відображає центральну точку розподілу: у 50% респондентів результати не перевищують 91 бала, а у решти 50% – перевищують або дорівнюють цьому значенню. Той факт, що медіана вища за середнє ($91 > 88,7$), може свідчити про незначну асиметрію розподілу у бік нижчих значень, тобто про присутність частини респондентів із відносно меншим рівнем дисфункціональних установок, які знижують середній показник групи. Водночас різниця між медіаною та середнім не є критичною, що дозволяє говорити про загальну узгодженість тенденцій у вибірці.

Додатково важливим є показник моди ($Mo = 91$), що відображає найчастіше повторюване значення у вибірці. Співпадіння моди та медіани ($Mo = Me = 91$) свідчить про виражене «ядро» розподілу, тобто наявність найбільш типового для вибірки рівня дисфункціональних переконань, який повторюється у значній частині досліджуваних. Факт того, що саме значення 91 є модальним, може свідчити, що у більшості респондентів сформований стійкий когнітивний стиль, у якому домінують ригідні вимогливі установки, схильність до категоричності («маю/повинен»), самопокарання за помилки та перфекціоністичні критерії оцінювання себе й діяльності. Така конфігурація є особливо значущою у контексті депресії, оскільки саме ригідні дисфункціональні установки підсилюють переживання провини, безпорадності й негативні автоматичні думки.

Показник дисперсії ($D = 12,6$) дозволяє оцінити розкид індивідуальних значень відносно середнього. Отримане значення дисперсії свідчить про помірний рівень варіативності когнітивних установок у вибірці. Це означає, що досліджувані загалом є не повністю однорідними щодо сформованості дисфункціональних переконань: поряд із групою осіб із підвищеним рівнем когнітивної ригідності присутні респонденти з більш адаптивними або ситуативно активованими установками. Така неоднорідність є закономірною і може пояснюватися індивідуальними відмінностями у типі особистісної організації, стресовому досвіді, рівні психологічної стійкості та сформованості навичок когнітивного самоконтролю.

Загалом результати, подані у табл. 2.2, свідчать про те, що досліджувана вибірка характеризується високим рівнем дисфункціональних установок, з чітко вираженим центральним ядром розподілу ($Me = Mo = 91$). Це вказує на домінування у більшості респондентів ригідних депресогенних переконань, які можуть виступати як чинники психологічної уразливості й підтримки депресивної симптоматики. Отримані дані мають важливе практичне значення: вони обґрунтовують необхідність включення у консультативні програми компонентів когнітивної корекції, спрямованої на трансформацію дисфункціональних установок, розвиток когнітивної гнучкості та формування більш адаптивних способів інтерпретації стресових ситуацій.

Далі проаналізуємо результати за методикою дисфункціональних установок, які представлені на рис.2.2.

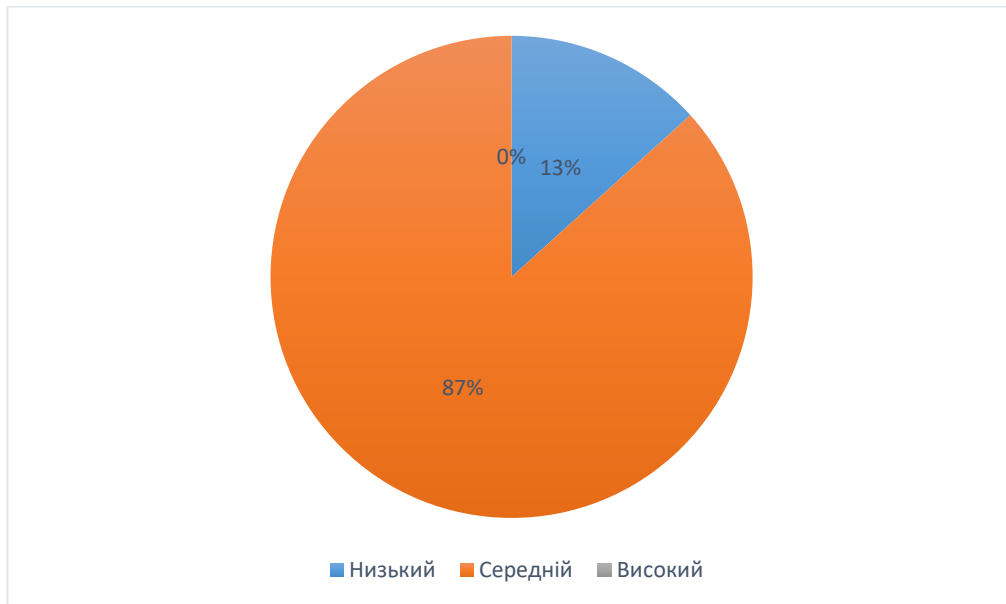


Рис.2.2. Оцінка за методикою дисфункціональних установок

Аналіз когнітивного компоненту психоемоційного стану досліджуваних, здійснений за допомогою методики дисфункціональних установок (Dysfunctional Attitude Scale, DAS), дозволив виявити специфіку поширення неадаптивних когнітивних схем і характер їх вираженості у вибірці. Результати, представлені на рис. 2.2, демонструють чітку тенденцію до домінування помірному рівню дисфункціональних установок, що було зафіксовано у 87% респондентів. Такий розподіл свідчить, що переважна більшість учасників дослідження характеризується наявністю когнітивних переконань і мисленнєвих установок, які не є критично патологізованими, проте можуть виступати значущими психологічними чинниками уразливості та підтримки депресивної симптоматики.

Помірний рівень дисфункціональних установок відображає тенденцію до внутрішньої самокритики, підвищеної вимогливості до себе, а також схильності до негативного когнітивного фокусування, коли у процесі інтерпретації подій домінує увага до помилок, втрат і невдач із одночасним знеціненням позитивного досвіду. Для такого когнітивного профілю також характерною є певна ригідність мислення, що проявляється труднощами у зміні негативних переконань навіть за наявності об'єктивних підстав для більш оптимістичної

оцінки ситуації. З позицій когнітивної теорії депресії ці прояви можуть бути інтерпретовані як активація дисфункціональних базових схем (установки «я недостатньо хороший», «я маю бути ідеальним», «помилка – це поразка»), які у стресових умовах запускають негативні автоматичні думки та посилюють афективні реакції пригніченості, безсилля, тривоги або провини. У такому випадку дисфункціональні установки відіграють роль когнітивного механізму підтримки депресивного стану, утворюючи замкнене коло: негативні переконання знижують суб'єктивний контроль і самоефективність, а це, своєю чергою, підсилює депресивний афект і редукцію активності.

Поряд із цим, 13% респондентів продемонстрували адаптивний рівень когнітивних установок, що вказує на сформованість більш гнучкого і психологічно стійкого стилю мислення. Особи з адаптивними когнітивними схемами зазвичай здатні варіативно реагувати на стресові ситуації, зберігаючи реалістичність оцінок, конструктивність мисленневих стратегій та здатність до самопідтримки. Для них характерні більш ефективні механізми подолання труднощів, нижчий рівень внутрішнього самознецінення і менш виражена залежність самооцінки від зовнішніх факторів. У контексті депресивної симптоматики це означає, що наявність адаптивних установок виступає протективним чинником, який знижує ризик формування глибоких і затяжних депресивних переживань, підтримує психологічну резильєнтність та полегшує відновлення після стресових впливів.

Принципово важливим результатом дослідження є те, що у вибірці не було зафіксовано високого рівня дисфункціональних установок, що має позитивне практичне значення. Відсутність виражено ригідних та тотально негативних когнітивних схем дозволяє говорити про загалом збережений потенціал до психологічної корекції та когнітивної перебудови. З прикладної точки зору це свідчить, що більшість респондентів перебувають у такому когнітивному стані, коли дисфункціональні установки ще не набули стабільної патологічної структури, а отже можуть бути ефективно модифіковані за допомогою консультативних та психотерапевтичних інтервенцій. Це

підтверджує доцільність застосування методів когнітивно-поведінкового напрямку та інших доказових підходів, спрямованих на розвиток когнітивної гнучкості, трансформацію ригідних переконань, формування реалістичніших інтерпретацій та зміцнення навичок психологічної саморегуляції.

Отже, результати DAS, подані на рис. 2.2, свідчать про те, що когнітивна сфера досліджуваних характеризується переважанням помірно виражених дисфункціональних установок при відсутності крайніх негативних когнітивних патернів. Така структура показників підтверджує, що депресивні прояви у вибірці можуть значною мірою підтримуватися саме когнітивними механізмами, але водночас вказує на сприятливі передумови для ефективного психологічного консультування, спрямованого на корекцію дисфункціональних схем та зниження ризику поглиблення депресивної симптоматики.

У табл. 2.3. представлені середні значення за результатами оцінки сприйняття соціальної підтримки

Таблиця 2.3.

**Статистична характеристика результатів дослідження за оцінки
сприйняття соціальної підтримки**

Характеристика	Оцінка сприйняття соціальної підтримки
Середнє	3,4
Дисперсія	2,7
Мода	3,4
Медіана	3,4

У табл. 2.3 подано узагальнені статистичні показники результатів дослідження за методикою оцінки сприйняття соціальної підтримки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS), які дозволяють охарактеризувати рівень суб'єктивно переживаної підтримки у вибірці та особливості розподілу цього показника. Соціальна підтримка розглядається сучасною психологічною наукою як один із ключових протективних чинників психічного здоров'я, що знижує вплив стресу, послаблює ризик формування

депресивної симптоматики та сприяє відновленню психологічної стійкості. У цьому контексті аналіз показників MSPSS є принципово важливим для інтерпретації адаптаційних ресурсів респондентів.

Згідно з представленими даними, середнє значення ($M = 3,4$) відображає помірний (середній) рівень сприйняття соціальної підтримки у досліджуваній вибірці, оскільки відповідно до інтерпретаційних критеріїв MSPSS діапазон 3–5 балів відповідає саме середньому рівню підтримки. Це означає, що респонденти загалом не перебувають у стані повної соціальної ізоляції, однак їх підтримувальне середовище не можна охарактеризувати як достатньо сильне або стабільне для повноцінної компенсації психоемоційних навантажень. Помірний рівень соціальної підтримки може вказувати на наявність певного соціального ресурсу (наявність контактів, можливість звернутися по допомогу), проте одночасно – на його обмежену ефективність, зокрема у кризових ситуаціях чи умовах хронічного стресу. У практичному аспекті це є значущим, оскільки саме недостатня або нестабільна підтримка розглядається як фактор ризику розвитку депресивних станів і пролонгації симптоматики.

Показники моди ($M_o = 3,4$) та медіани ($M_e = 3,4$) повністю збігаються із середнім значенням, що є важливою характеристикою структури результатів. Медіана відображає центральну точку розподілу: половина респондентів має значення нижче або рівні 3,4, а інша половина – вище або рівні 3,4. Співпадіння медіани і моди з середнім балом свідчить про те, що в досліджуваній вибірці спостерігається концентрація результатів навколо одного типового значення, тобто переважна частина респондентів демонструє саме помірний рівень соціальної підтримки. Це може вказувати на відносну однорідність вибірки за вказаним параметром, коли більшість учасників мають схожий досвід доступності підтримки у своєму найближчому соціальному оточенні.

Водночас показник дисперсії ($D = 2,7$) є свідченням наявності варіативності у сприйнятті соціальної підтримки, тобто поряд із респондентами із середнім рівнем підтримки у вибірці присутні особи як із нижчим, так і з вищим рівнем соціального ресурсу. Така варіативність є закономірною, оскільки

соціальна підтримка значною мірою визначається індивідуальними особливостями соціального функціонування, характером міжособистісних відносин, сімейною ситуацією, наявністю стабільних дружніх зв'язків, а також психологічною здатністю приймати допомогу й звертатися за підтримкою. Помірна дисперсія може свідчити, що частина респондентів має виражений дефіцит підтримки (підвищений ризик соціальної ізоляції), тоді як інша частина – більш ресурсне середовище, здатне виконувати захисну функцію в умовах стресу.

Отже, результати, представлені у табл. 2.3, демонструють, що досліджувана вибірка загалом характеризується помірним рівнем сприйняття соціальної підтримки ($M = 3,4$), причому значення моди та медіани підтверджують типову тенденцію до зосередження показників у межах середнього рівня. Виявлена варіативність ($D = 2,7$) вказує на неоднорідність соціальних ресурсів у різних респондентів, що має вагоме прикладне значення для планування психологічної допомоги. З огляду на роль соціальної підтримки як протективного фактору психічного здоров'я, отримані результати підтверджують доцільність включення до консультативних програм компонентів, спрямованих на активацію соціальних ресурсів, розвиток навичок конструктивної комунікації, формування підтримувальних зв'язків і зниження тенденцій до соціальної ізоляції.

Подальшим кроком була оцінка сприйняття соціальної підтримки. Результати можна побачити на рис.2.3.

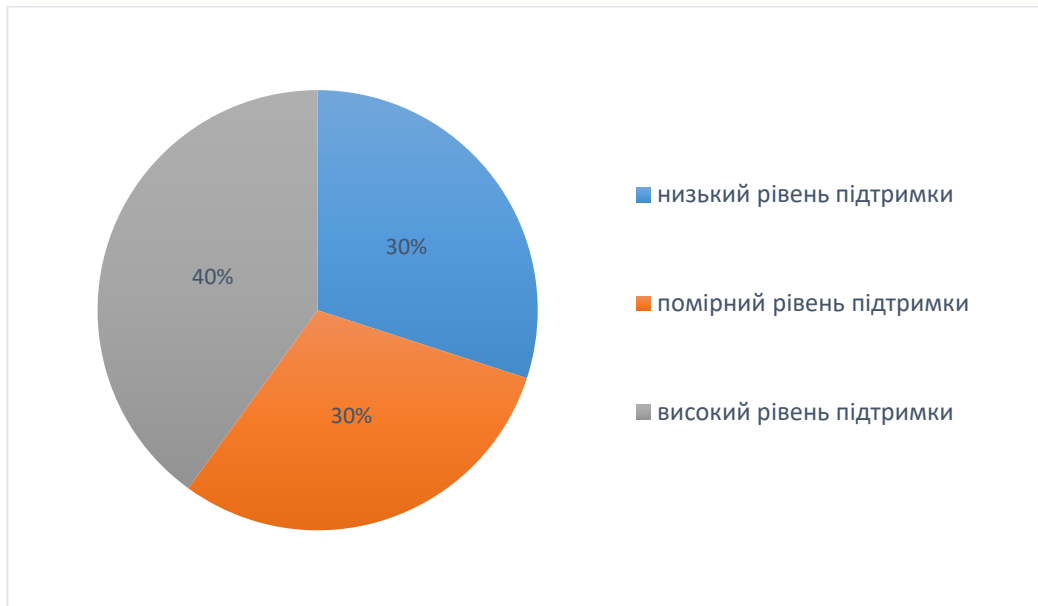


Рис.2.3. Сцінка за методикою сприйняття соціальної підтримки за субшкалою «Сім'я»

Результати, отримані за субшкалою «Сім'я» методики оцінки сприйняття соціальної підтримки та представлені на рис. 2.3, засвідчують істотну неоднорідність досліджуваної вибірки щодо переживання й оцінки підтримки з боку найближчого родинного оточення. Виявлена варіативність має високу психологічну значущість, оскільки саме сімейна підтримка в багатьох випадках виступає базовим соціально-емоційним ресурсом, який забезпечує стабілізацію психоемоційного стану, зниження рівня стресової напруги та формування відчуття безпеки й належності. У контексті дослідження депресивної симптоматики сімейна підтримка розглядається як важливий протективний фактор, дефіцит якого може бути пов'язаний із підвищенням психологічної уразливості, зростанням рівня ізоляції та закріпленням дезадаптивних переживань.

Згідно з даними, 40% респондентів оцінюють підтримку з боку сім'ї як високу, що свідчить про наявність у цієї групи учасників міцних, емоційно насичених і функціонально значущих родинних зв'язків. Високий рівень сімейної підтримки відображає переживання родини як стабільного джерела емпатії, прийняття та допомоги, що позитивно впливає на здатність особи до

психологічної саморегуляції та подолання кризових ситуацій. Для таких респондентів сім'я виконує роль психологічного буфера, який знижує інтенсивність тривожних реакцій, пом'якшує наслідки стресових факторів та підтримує внутрішню резильєнтність. У випадках депресивних станів цей ресурс є особливо значущим, оскільки сімейна залученість може сприяти ранньому розпізнаванню симптомів, підвищенню готовності до звернення по допомогу та зменшенню ризику хронізації депресивної симптоматики.

Разом із тим, 30% респондентів продемонстрували середній рівень сприйняття сімейної підтримки. Такий показник відображає ситуацію, за якої родинні стосунки загалом збережені та наявні певні прояви допомоги, проте вони не завжди є достатньо стабільними, емоційно глибокими або систематичними. Середній рівень підтримки може вказувати на часткову доступність ресурсу: родина може допомагати у практичних питаннях або надавати ситуативну підтримку, однак не забезпечує повною мірою емоційної залученості, емпатійного прийняття чи відчуття психологічної опори. У контексті тривалого стресу або вираженої депресивної симптоматики такий рівень підтримки часто є недостатнім для стабілізації стану, оскільки депресивні переживання потребують не лише зовнішнього реагування, а й глибокого емоційного контакту, підтримки самоцінності та прийняття. Таким чином, у цієї групи сім'я виконує певні підтримувальні функції, однак не завжди виступає повноцінним механізмом психологічного відновлення, що може вимагати додаткових ресурсів – зокрема, включення зовнішніх джерел соціальної підтримки або професійного консультування.

Особливої уваги потребує третя група респондентів, у яких спостерігається низький рівень сприйняття підтримки з боку сім'ї – таких учасників становить 30% вибірки. Даний результат може свідчити про наявність проблем у сімейній системі, емоційну дистанційованість, слабкі комунікативні зв'язки, хронічні конфлікти або обмежену включеність членів родини в переживання та потреби респондента. Низький рівень сімейної підтримки може означати, що сімейне середовище не сприймається як безпечний простір для

вираження емоцій, звернення по допомогу чи отримання прийняття, що суттєво посилює ризик соціальної ізоляції та внутрішнього переживання самотності навіть за формальної наявності родини. У контексті депресивних розладів така ситуація є критично значущою, оскільки дефіцит підтримки збільшує ймовірність загострення депресивної симптоматики, посилення тривожності та утруднення процесів психологічної реабілітації. За таких умов особливо важливими стають альтернативні підтримувальні системи – друзі, колеги, соціальні групи, а також фахова психологічна допомога, яка може компенсувати дефіцит емпатійного контакту й виступати стабілізуючим ресурсом.

Отже, результати субшкали «Сім'я» (рис. 2.3) демонструють, що хоча значна частина вибірки має доступ до високого сімейного ресурсу, водночас 60% респондентів оцінюють підтримку як середню або низьку, що може розглядатися як потенційний чинник психологічної уразливості та ризику депресивних проявів. Виявлені тенденції підкреслюють необхідність у межах психологічного консультування не лише працювати з внутрішніми механізмами депресії, а й активізувати соціальні ресурси, у тому числі через сімейно орієнтовані інтервенції, розвиток навичок комунікації, залучення підтримувального оточення та формування альтернативних джерел соціальної опори.

Результат процентного співвідношення рівня сприйняття соціальної підтримки за субшкалою «Друзі» на рис.2.4.

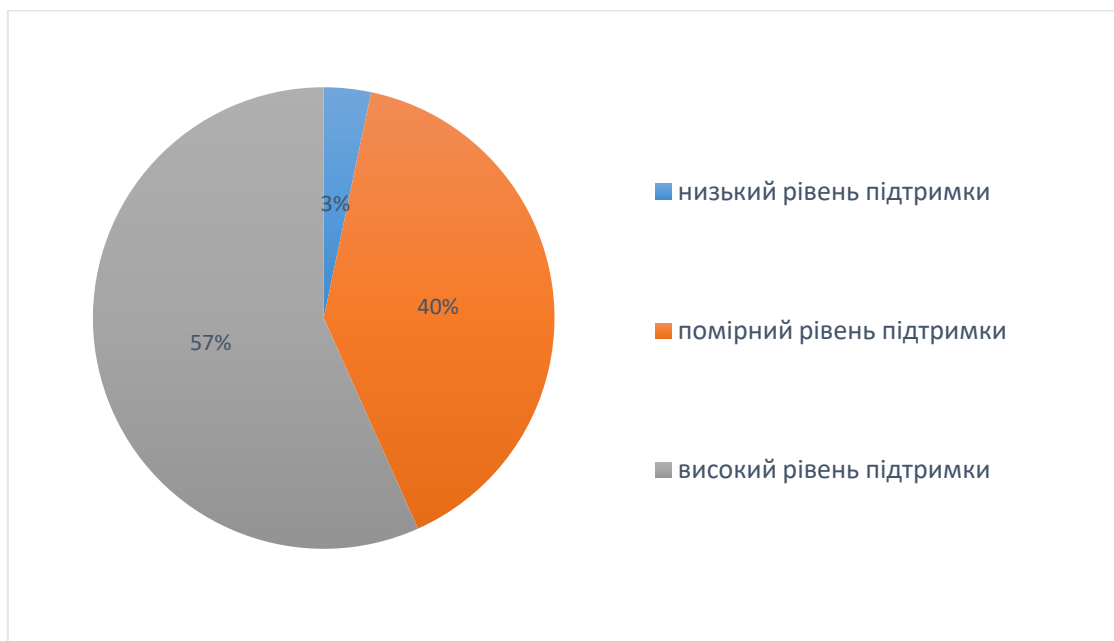


Рис.2.4. Оцінка за методикою сприйняття соціальної підтримки за субшкалою «Друзі»

Результати аналізу субшкали «Друзі», представлені на рис. 2.4, засвідчують, що дружні соціальні зв'язки у переважній більшості респондентів виконують функцію стійкого та значущого ресурсу соціальної підтримки. Отримані дані вказують на те, що взаємодія з друзями здебільшого є стабільною, а соціальні контакти у межах неформального середовища забезпечують емоційне підкріплення, відчуття прийняття та зниження впливу стресогенних чинників.

Низький рівень сприйняття підтримки з боку друзів було зафіксовано лише у 3% досліджуваних, що свідчить про мінімальну поширеність дефіциту цього джерела соціального ресурсу. Такий показник дозволяє зробити висновок, що практично всі учасники вибірки мають хоча б базову мережу дружніх контактів і не перебувають у стані повної соціальної ізоляції у межах дружнього оточення. З психологічної точки зору це є важливим індикатором наявності соціального включення та потенційних можливостей для отримання емоційної й інструментальної підтримки.

Водночас близько 40% респондентів відзначають середній рівень підтримки з боку друзів. Цей результат може відображати ситуацію, за якої дружні стосунки збережені та функціонують як ресурс у повсякденному житті, однак їх підтримувальний потенціал залишається частково обмеженим. Для такої групи характерною є можливість отримання ситуативної допомоги або поради у складних обставинах, проте емоційна залученість та систематичність підтримки можуть бути недостатніми для повноцінного компенсаційного ефекту під час тривалого стресу або депресивних переживань. Отже, дружнє середовище є значущим соціальним фактором, однак не завжди здатним виконувати роль стабілізатора психоемоційного стану в кризових умовах.

Найчисельніша група досліджуваних – 57% респондентів – оцінює підтримку від друзів як високу (значну). Для цих осіб дружнє оточення виступає одним із провідних ресурсів психологічної резильєнтності та емоційної стабілізації. Високий рівень підтримки від друзів означає наявність довірчих взаємин, можливість відкритої комунікації, отримання емпатійного прийняття, що позитивно впливає на стресостійкість і сприяє зниженню ризиків депресивної дезадаптації. У прикладному аспекті дружня підтримка може виконувати компенсаторну функцію, частково нейтралізуючи дефіцит підтримки з боку сім'ї або близьких осіб, а також сприяючи підтриманню активності, соціальної включеності та позитивного емоційного фону.

Таким чином, результати субшкали «Друзі» демонструють загалом високий ресурс дружнього середовища у вибірці та підтверджують роль дружніх контактів як одного з найбільш значущих компонентів соціальної підтримки. Виявлені тенденції підкреслюють доцільність розгляду дружніх зв'язків як важливого фактору психологічної профілактики депресивних проявів і як ресурсу, який може бути цілеспрямовано активізований у рамках консультативної та реабілітаційної роботи.

Результат процентного співвідношення рівня сприйняття соціальної підтримки за субшкалою «Близькі люди» на рис.2.5.

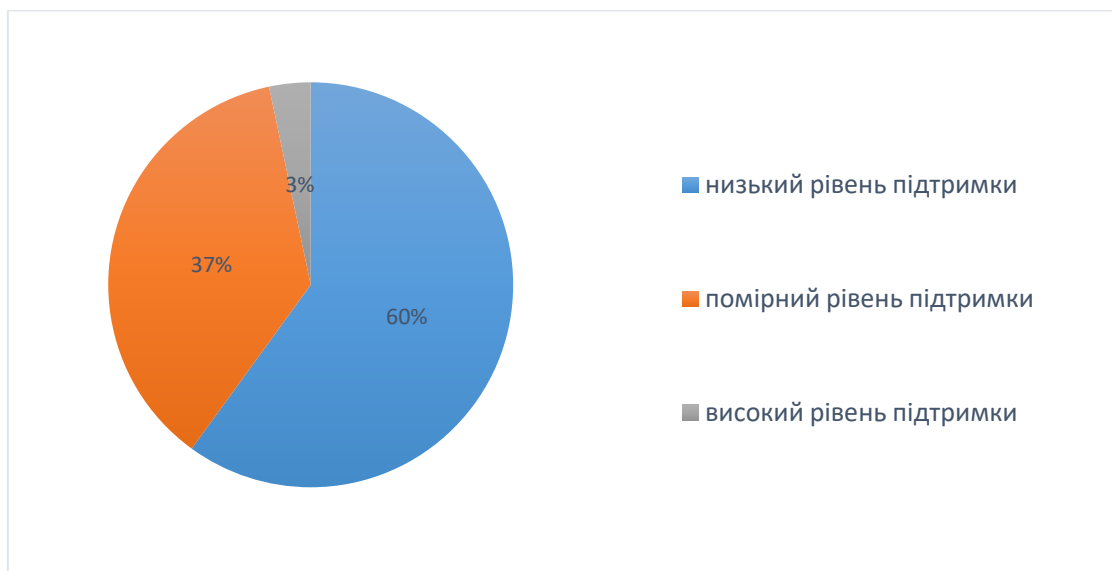


Рис.2.5. Оцінка за методикою сприйняття соціальної підтримки за субшкалою «Близькі люди»

Результати аналізу субшкали «Близькі люди» (значущі інші) за методикою MSPSS, представлені на рис. 2.4, свідчать про суттєвий дефіцит сприйняття підтримки з боку найближчого соціального оточення у переважної частини респондентів. До категорії «близькі люди» в даному контексті належать особи, з якими респондент має потенційно найбільш довірливі стосунки та емоційний зв'язок (партнер/партнерка, близькі родичі, наставники чи інші значущі фігури), тобто ті, хто, відповідно до теорії соціальної підтримки, має виконувати роль ключового стабілізатора психологічного стану, джерела прийняття та безпеки. Однак емпіричні дані демонструють, що саме цей компонент підтримки у вибірці є найбільш проблемним, що має критичне значення для розуміння психологічної уразливості досліджуваних, зокрема у контексті депресивних проявів.

Зокрема, низький рівень підтримки з боку близьких людей зафіксовано у 60% учасників, що відображає переважання переживання недостатньої емоційної залученості, відчуття дистанції та обмеженої доступності допомоги у ситуаціях стресу й психоемоційного виснаження. Такий показник може інтерпретуватися як наявність дисфункцій у системі значущих стосунків:

респондент або не має стабільної фігури підтримки, або не сприймає стосунки як безпечні та ресурсні для вираження уразливості й отримання емпатійного прийняття. У контексті депресивних розладів низька підтримка від значущих інших розглядається як фактор, що сприяє посиленню депресивної симптоматики, оскільки дефіцит близької опори підвищує ризик соціальної ізоляції, загострює відчуття самотності та знижує здатність до адаптивного подолання психотравмувальних обставин. Крім того, відсутність емоційно значущого контакту може підтримувати когнітивні схеми самознецінення («я не важливий», «мене не підтримають», «я тягар»), які є типовими для депресивного мислення та формують стійкі механізми психологічного «замикання» проблеми всередині себе.

Разом із тим, 37% респондентів продемонстрували середній рівень сприйняття підтримки з боку близьких людей. Цей результат відображає ситуацію, за якої підтримка присутня, однак її інтенсивність або сталість є недостатньою для повноцінної компенсації психоемоційного навантаження. У таких випадках близьке оточення може частково пом'якшувати негативний вплив стресу, надавати ситуативну допомогу чи елементи емоційного прийняття, проте ця підтримка не набуває системного характеру та не забезпечує глибокої стабілізації психічного стану у кризових умовах. Відповідно, соціальна підтримка виконує лише частково захисну функцію, а особа може залишатися психологічно уразливою до депресивних реакцій при пролонгованому стресі, виснаженні ресурсів або втраті контролю над ситуацією.

Найменша частка досліджуваних – лише 3% респондентів – оцінює підтримку з боку близьких як високу (значну). Для цієї групи значущі стосунки виступають повноцінним ресурсом психологічної безпеки та резильєнтності, забезпечуючи стабільний емоційний контакт, можливість відкритої комунікації, прийняття і підтримку. Високий рівень такої підтримки є потужним протективним фактором, що знижує імовірність декомпенсації, сприяє швидшому відновленню після стресових подій та послаблює інтенсивність

депресивних проявів. У психологічному сенсі ці респонденти мають не лише соціальний ресурс, але й більш сприятливі умови для формування самоефективності та позитивної «Я-концепції», що істотно впливає на прогноз психоемоційного стану.

Отже, узагальнений профіль субшкали «Близькі люди» демонструє дисбаланс у системі соціальної підтримки: при відносно достатньому ресурсі дружнього середовища (за попередніми даними), найбільш значуще емоційне коло – підтримка від значущих інших – залишається дефіцитарним. Це дозволяє припустити, що у вибірці домінує модель соціальної взаємодії, де підтримка більше реалізується через горизонтальні зв'язки (друзі, колеги), тоді як вертикальні або інтимно-значущі зв'язки (партнер, близька родина) є менш стабільними або менш доступними.

Вказані результати мають суттєве прикладне значення для подальшого дослідження взаємозв'язків між показниками депресії, соціальної підтримки та дисфункціональних установок, оскільки дефіцит підтримки від близьких людей може виступати не лише фоновим чинником ризику, а й важливим модератором або медіатором зв'язку між когнітивними схемами та депресивною симптоматикою. Зокрема, низький рівень підтримки може посилювати дію дисфункціональних установок, знижувати можливості зовнішньої емоційної регуляції, а також блокувати формування адаптивних копінг-стратегій. Це створює підґрунтя для подальшого статистичного аналізу кореляційних залежностей та побудови психологічної моделі чинників, що підтримують депресивні прояви у досліджуваній групі.

Для глибшого розуміння психологічного стану респондентів було проведено кореляційний аналіз між рівнем депресії за Шкалою Гамільтона, дисфункціональними установками (DAS) та субшкалами соціальної підтримки («Сім'я», «Друзі», «Близькі люди») і загальним показником соціальної підтримки.

Таблиця 2.4.

Взаємозв'язки між депресією та соціальною підтримкою

	Субшкала «Сім'я»	Субшкала «Друзі»	Субшкала «Близькі люди»
Шкала Гамільтона	-0,159	0,026	0,001

Примітка: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

У табл. 2.4 подано результати кореляційного аналізу, спрямованого на виявлення взаємозв'язків між рівнем депресивної симптоматики (за шкалою депресії Гамільтона) та показниками сприйняття соціальної підтримки (за субшкалами MSPSS: «Сім'я», «Друзі», «Близькі люди»). Кореляційні коефіцієнти відображають напрям і силу статистичного зв'язку між змінними: від'ємне значення вказує на зворотний зв'язок (чим вища підтримка – тим нижча депресія), додатне – на прямий зв'язок. Водночас примітка таблиці передбачає оцінку статистичної значущості кореляцій ($p < 0,05$; $p < 0,01$), що дозволяє визначити, чи є виявлені залежності надійними з позицій математичної статистики.

Отримані дані свідчать, що у досліджуваній вибірці загалом не зафіксовано статистично значущих кореляцій між рівнем депресії та трьома джерелами соціальної підтримки. Це означає, що на рівні всієї вибірки депресивна симптоматика не демонструє надійної лінійної залежності від сприйняття підтримки з боку сім'ї, друзів або близьких людей, або ж ці зв'язки є слабкими та можуть проявлятися лише в окремих підгрупах респондентів.

Найбільш виражена тенденція спостерігається щодо субшкали «Сім'я»: коефіцієнт кореляції між депресією та сімейною підтримкою становить $r = -0,159$. Хоча цей показник не є статистично значущим, він має від'ємний напрям, що узгоджується з теоретичними положеннями про протективну роль родинної підтримки. Тобто можна говорити про тенденцію: за умови підвищення сприйняття підтримки з боку родини рівень депресивних проявів має схильність до зниження. Проте сила зв'язку є слабкою, що не дозволяє робити

категоричні висновки про прямий вплив сімейної підтримки на депресію в цій вибірці.

Щодо субшкали «Друзі» отримано коефіцієнт $r = 0,026$, що практично дорівнює нулю. Це свідчить про відсутність будь-якої вираженої залежності між депресивною симптоматикою та сприйняттям дружньої підтримки. Такий результат може означати, що в умовах даної вибірки дружні контакти, навіть за їх суб'єктивної наявності, не виступають визначальним чинником зменшення депресії, або ж їх вплив є непрямим і може реалізовуватися через інші змінні (наприклад, через підвищення активності, самооцінки чи ресурсності).

Аналогічно, за субшкалою «Близькі люди» кореляція з рівнем депресії є практично нульовою ($r = 0,001$), що вказує на повну відсутність лінійного зв'язку. У теоретичному плані цей результат може бути доволі показовим: навіть за умов високої значущості підтримки з боку «важливої іншої людини» для психічного благополуччя, у конкретній вибірці депресивна симптоматика може детермінуватися більш складними механізмами, ніж проста залежність від соціального ресурсу. Зокрема, можливим є вплив коморбідних станів, особливостей особистісних рис, когнітивних установок, травматичного досвіду чи загального рівня стресу, які можуть «переважувати» роль соціальної підтримки або змінювати характер її впливу.

Таким чином, результати, представлені у табл. 2.4, демонструють, що в досліджуваній групі соціальна підтримка не виступає прямим статистично значущим предиктором депресивної симптоматики, а кореляційні зв'язки мають слабкий або практично нульовий характер. Водночас тенденція до зворотного зв'язку між депресією і підтримкою з боку сім'ї ($r = -0,159$) є теоретично очікуваною та може набути більшої вираженості за умови розширення вибірки або аналізу підгруп (наприклад, залежно від рівня тяжкості депресії).

У подальшій інтерпретації доцільно розглядати соціальну підтримку не лише як прямий чинник, а як можливий модератор або медіатор, що впливає на депресію опосередковано – через когнітивні установки, копінг-стратегії або рівень психологічної резильєнтності. Це обґрунтовує необхідність наступного

аналізу – зокрема, дослідження взаємозв'язків депресії з дисфункціональними установками та побудови більш комплексної моделі факторів психоемоційного стану.

Таблиця 2.5

Взаємозв'язки між дисфункціональними установками та соціальною підтримкою

	Субшкала «Сім'я»	Субшкала «Друзі»	Субшкала «Близькі люди»
Тест-опитувальником самоствлення	-0,326	-0,184	-0,002

Примітка: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

У табл. 2.5 представлено результати кореляційного аналізу, спрямованого на виявлення взаємозв'язків між показниками дисфункціональних установок (як когнітивного чинника психологічної уразливості) та сприйняттям соціальної підтримки за трьома основними джерелами (субшкали MSPSS: «Сім'я», «Друзі», «Близькі люди»). У методологічному плані такий аналіз є надзвичайно важливим, оскільки дисфункціональні установки відображають стійкі, ригідні когнітивні схеми (перфекціонізм, самознецінення, залежність самооцінки від зовнішнього схвалення, жорсткі «повинен»-установки), тоді як соціальна підтримка виступає провідним протективним ресурсом. Відповідно, виявлення кореляцій між цими змінними дозволяє зрозуміти, чи пов'язаний дефіцит підтримки з формуванням/активацією негативних переконань і чи може соціальне оточення опосередковано впливати на когнітивну уразливість особистості.

Згідно з отриманими даними, найвиразніший зв'язок спостерігається між дисфункціональними установками та субшкалою «Сім'я»: коефіцієнт кореляції становить $r = -0,326$. Негативний напрям зв'язку свідчить про тенденцію: чим вищий рівень сприйняття сімейної підтримки, тим нижчий рівень дисфункціональних установок, і навпаки – низька підтримка з боку родини

асоціюється з підвищеною ригідністю когнітивних схем. За психологічним змістом це є логічним і теоретично обґрунтованим результатом: сім'я як первинне середовище соціалізації виступає ключовим джерелом формування базових переконань, «Я-концепції» та механізмів самопідтримки. За умов дефіциту прийняття, емпатії або стабільної підтримки в сімейній системі підвищується ймовірність формування негативних когнітивних схем типу «я недостатньо хороший», «я маю відповідати завищеним стандартам», «помилки неприпустимі», що надалі закріплює когнітивну вразливість до депресивних реакцій. Водночас важливо зазначити, що наявна залежність не досягає рівня статистичної значущості за прийнятими критеріями ($p < 0,05$ або $p < 0,01$), а отже інтерпретується як тенденційна, хоча й найбільш змістовно виражена серед усіх представлених кореляцій.

Кореляція між дисфункціональними установками та підтримкою за субшкалою «Друзі» становить $r = -0,184$, що також має від'ємний напрям, однак є істотно слабшою. Даний результат вказує на те, що дружня підтримка потенційно може знижувати когнітивну напругу та ригідність переконань через механізми соціальної включеності, нормалізації переживань і зниження внутрішньої самокритики, проте її вплив у даній вибірці має обмежений характер. З психологічної точки зору це може бути пов'язано з тим, що дисфункціональні установки є глибинними когнітивними структурами, які формуються переважно на ранніх етапах розвитку в межах сімейної системи, тоді як дружня підтримка хоча й виконує компенсаторну роль, не завжди здатна впливати на базовий рівень переконань так потужно, як сімейне середовище.

Щодо субшкали «Близькі люди» отримано коефіцієнт $r = -0,002$, що практично дорівнює нулю і свідчить про відсутність кореляційного зв'язку між дисфункціональними установками та підтримкою з боку значущих інших осіб. Такий результат може вказувати на те, що у вибірці або відсутні стабільні значущі стосунки, здатні модифікувати когнітивну сферу, або ж сприйняття підтримки від «близьких людей» є неоднорідним за змістом (різні типи стосунків, різна глибина емоційного зв'язку), що статистично «розмиває»

можливу залежність. Крім того, не виключено, що самі дисфункціональні установки (наприклад переконання про недовіру, страх відкидання, занижена самоцінність) можуть перешкоджати сприйняттю підтримки від близьких, але цей ефект може проявлятися не у лінійних кореляціях, а через складніші механізми взаємовпливу (медіація або модерація).

Узагальнюючи результати табл. 2.5, можна зазначити, що найбільш помітною є тенденція до оберненого зв'язку між дисфункціональними установками та підтримкою з боку сім'ї, що підкреслює системоутворюючу роль родинного ресурсу у формуванні когнітивної стійкості та психологічної адаптації. Водночас загалом виявлені кореляції не досягли статистичної значущості, що може бути зумовлено розміром вибірки, внутрішньою неоднорідністю респондентів або тим, що взаємозв'язки між соціальними ресурсами й когнітивними схемами мають опосередкований характер. Це відкриває перспективу для подальших досліджень із застосуванням більш складних статистичних моделей, які дозволили б перевірити гіпотези про посередницьку роль соціальної підтримки у взаємодії когнітивних установок та депресивної симптоматики.

Таблиця 2.6.

Взаємозв'язки між дисфункціональними установками та депресією

	Тест-опитувальник самоствавлення
Шкала Гамільтона	0,213

Примітка: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

У табл. 2.6 подано результати кореляційного аналізу, спрямованого на встановлення взаємозв'язку між дисфункціональними установками (як когнітивним фактором психологічної уразливості) та рівнем депресивної симптоматики, оціненим за шкалою депресії Гамільтона (HDRS/HAM-D). Даний напрям аналізу є методологічно значущим, оскільки в межах когнітивної

теорії депресії (А. Бек) дисфункціональні установки розглядаються як відносно стійкі когнітивні схеми, що активізуються в умовах стресу, породжують негативні автоматичні думки та, у підсумку, підтримують депресивний синдром. Таким чином, виявлення кореляційного зв'язку між цими показниками дозволяє емпірично оцінити, наскільки когнітивні переконання та установки асоційовані з інтенсивністю депресивних проявів у досліджуваній вибірці.

Згідно з результатами, кореляційний коефіцієнт між рівнем депресії за шкалою Гамільтона та показником дисфункціональних установок становить $r = 0,213$. Додатний напрям кореляції свідчить про пряму тенденцію: із підвищенням рівня дисфункціональних переконань спостерігається схильність до підвищення вираженості депресивної симптоматики. Психологічно це означає, що респонденти, які характеризуються більшою когнітивною ригідністю, вираженими «повинен»-установками, перфекціоністичними стандартами, високим рівнем самокритики та залежністю самооцінки від зовнішньої оцінки, демонструють тенденцію до більш інтенсивних депресивних проявів. Такий результат узгоджується з уявленням про те, що дисфункціональні установки створюють внутрішній когнітивний контекст, у межах якого будь-які труднощі чи невдачі інтерпретуються як доказ власної неспроможності, а позитивний досвід – знецінюється або ігнорується. Саме цей механізм сприяє формуванню й закріпленню негативної афективності та зниженню мотиваційно-вольової активності.

Водночас отриманий зв'язок характеризується як слабкий за силою, що свідчить про обмежений ступінь лінійної залежності між досліджуваними змінними. Встановлена кореляція не досягає рівня статистичної значущості за критеріями $p < 0,05$ або $p < 0,01$. Це означає, що на рівні даної вибірки зв'язок між дисфункціональними установками та депресією має характер тенденції, яка потребує додаткової перевірки на більшій вибірці або з використанням уточнювальних статистичних процедур.

З наукової точки зору, відсутність статистичної значущості може бути зумовлена низкою чинників: обмеженим обсягом вибірки, неоднорідністю

респондентів за додатковими параметрами (ступінь стресового навантаження, рівень соціальної підтримки, наявність коморбідних тривожних чи посттравматичних симптомів), а також тим, що вплив дисфункціональних установок на депресивну симптоматику нерідко має опосередкований характер. Наприклад, когнітивні установки можуть впливати на депресію через модифікацію копінг-стратегій, формування унікальної поведінки, зниження соціальної активності, або через посилення внутрішнього конфлікту та самозвинувачення. У такому випадку прямий кореляційний зв'язок може бути слабким, а ключові залежності проявлятимуться лише при застосуванні багатофакторних моделей (регресійний аналіз, медіаційний/модераційний аналіз).

Отже, результати табл. 2.6 дають підстави стверджувати, що у досліджуваній вибірці простежується позитивна тенденція зв'язку між дисфункціональними установками та депресивною симптоматикою: зростання когнітивної ригідності й неадаптивних переконань супроводжується підвищенням рівня депресії. Водночас слабка сила кореляції та відсутність статистичної значущості підкреслюють необхідність подальшого, більш поглибленого аналізу, який міг би уточнити роль когнітивних установок у механізмах формування депресивних станів з урахуванням інших психологічних і соціальних чинників.

2.3. Розробка консультативних підходів до роботи з військовослужбовцями з депресивними розладами

Розробка консультативних підходів до роботи з військовослужбовцями, які переживають депресивні розлади, є одним із найбільш актуальних і водночас методологічно складних напрямів сучасної клінічної та консультативної психології. У умовах тривалих бойових дій, високого рівня хронічної психофізіологічної напруги, множинних втрат і травматичних подій депресивна симптоматика у військовому середовищі набуває не лише

індивідуально-психологічного, а й соціально-стратегічного значення, оскільки безпосередньо впливає на боєздатність, рівень професійного функціонування, збереження командної згуртованості, здатність до саморегуляції та підтримання психічної стійкості. Депресія у військовослужбовців формується у специфічному контексті, де традиційні моделі психодіагностики й консультування потребують адаптації: військова субкультура передбачає високі нормативні вимоги до витривалості, самоконтролю, емоційної стриманості й виконання задач у режимі підвищеного ризику. У таких умовах депресивні порушення можуть тривалий час залишатися латентними, маскуватися соматичними скаргами або «поведінковими» проявами (дратівливість, агресивність, цинізм, ризикована поведінка), що підвищує ризик їх хронізації, коморбідності з ПТСР, тривожними й адиктивними розладами та збільшує ймовірність дезадаптаційних наслідків.

Теоретично-концептуальне обґрунтування консультативних підходів у роботі з депресією у військовослужбовців доцільно вибудовувати в межах біопсихосоціальної парадигми, яка дозволяє цілісно інтерпретувати механізми формування депресивного стану як результат взаємодії нейробіологічних, особистісно-психологічних і соціально-середовищних чинників. Біологічний рівень включає наслідки хронічного стресу, порушення нейрогуморальної регуляції, дисбаланс системи гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, а також нейропластичні зміни, пов'язані з тривалим перебуванням у ситуації небезпеки. Психологічний рівень охоплює когнітивні механізми негативної інтерпретації досвіду, феномен «вивченої безпорадності», порушення емоційної регуляції, травматичні переживання, моральну травму, внутрішні конфлікти цінностей і самооцінні дисфункції. Соціальний рівень визначається структурою військового середовища, характером командних взаємин, доступністю підтримки, наявністю стигматизації звернення по психологічну допомогу, а також післябойовими труднощами адаптації (реінтеграція у сім'ю, зміна статусу, проблеми зайнятості, відчуження від цивільного середовища). Важливо, що депресія у військовослужбовців нерідко має комбінований

характер: вона може бути як реактивною – відповіддю на втрату, виснаження чи кризи, так і ендогенно обумовленою з біологічною вразливістю; тому підхід до консультування має бути диференційованим та індивідуалізованим.

Розробка консультативних підходів передусім передбачає чітку структурування процесу допомоги та визначення його ключових етапів: первинний контакт і психоосвіта; комплексна психодіагностика і диференційна оцінка стану; формування індивідуального плану психологічної допомоги; реалізація психотерапевтичних інтервенцій; оцінка ефективності та профілактика рецидивів. На етапі первинного контакту визначальним є формування терапевтичного альянсу, який у військовому середовищі має специфіку: консультант зіштовхується з високим рівнем недовіри, сформованим досвідом бойових умов, а також із потребою клієнта зберігати контроль і не демонструвати «вразливість». У зв'язку з цим, терапевтичні відносини повинні бути не лише емпатійними, а й структурованими, професійно чіткими, орієнтованими на повагу до гідності військовослужбовця та визнання його суб'єктності. Психоосвіта є важливим компонентом: вона допомагає зменшити стигму, пояснити нейропсихологічні механізми депресії як природної реакції на хронічне навантаження, сформуванню мотивацію до роботи й перевести симптоми з площини «слабкості» у площину «стану, який потребує фахового втручання».

Психодіагностика в роботі з військовослужбовцями має бути багатокомпонентною та орієнтованою не лише на симптоми депресії, але й на коморбідні порушення та функціональні наслідки. Принципово важливим є диференціювання депресії від ПТСР, гострої стресової реакції, тривожних розладів, біполярного афективного розладу, адиктивних форм поведінки, а також соматичних станів, які можуть імітувати депресивну симптоматику. Діагностика має включати клініко-психологічну бесіду, стандартизовані шкали (наприклад, PHQ-9, BDI-II, HADS), скринінг ПТСР (PCL-5), оцінку ризику суїцидальності, вивчення рівня соціального функціонування, ресурсів підтримки та копінг-стратегій. Водночас у роботі з неповнолітніми було би

неприпустимо, але щодо військових важливо зазначити етичний стандарт: скринінг суїцидального ризику є невід'ємною частиною безпеки і не може бути пропущений. Проте в межах консультативного процесу необхідно застосовувати професійно коректні формулювання, які не провокують, а виявляють ризики.

Сутнісним компонентом розробки консультативних підходів є визначення психотерапевтичної моделі, яка буде найбільш ефективною для військового контингенту. У сучасних стандартах психічного здоров'я доведеною ефективністю у роботі з депресією володіють когнітивно-поведінкові інтервенції, поведінкова активація, міжперсональна терапія та підходи третьої хвилі КПТ (ACT, MBCT, CFT), а також травма-фокусовані методи у разі коморбідності з ПТСР. Когнітивно-поведінковий підхід у роботі з військовослужбовцями доцільно адаптувати з акцентом на функціональність: виявлення мисленнєвих схем, які підтримують депресію (самозвинувачення, «я винний, що вижив», «я підвів побратимів», «після цього життя втратило сенс»), робота з автоматичними думками, когнітивна реструктуризація, формування альтернативних інтерпретацій та відновлення здатності діяти. Поведінкова активація є особливо ефективною в умовах апатії та втрати мотивації, оскільки дозволяє поступово повертати активність, відчуття контролю та «маленькі успіхи», які змінюють емоційний фон. Разом із цим консультант має враховувати специфічні бар'єри: військовослужбовці можуть бути схильні до різкого самознецінення, різких «чорно-білих» оцінок та надмірних вимог до себе, тому робота має включати формування самоспівчуття і відновлення здорової самоповаги.

Міжперсональна терапія у військовому контексті набуває особливої значущості через рольові конфлікти і труднощі адаптації: повернення з фронту, зміна соціальних ролей у сім'ї, дистанція з цивільними, зростання конфліктності, переживання втрат побратимів, почуття провини, неможливість відкрито говорити про досвід. Консультант допомагає військовослужбовцю розпізнати деструктивні патерни взаємодії, навчитися екологічно виражати емоції, вибудовувати підтримувальні стосунки, відновлювати контакт із

близькими й колективом. У цьому контексті також важливе опрацювання переживання втрати і горювання, оскільки непрожите горе є одним із потужних механізмів підтримки депресивного стану.

Окремо слід виділити екзистенційно-ціннісні інтервенції, які є критично важливими для військовослужбовців, оскільки депресія у них нерідко пов'язана з моральною травмою, руйнуванням уявлень про справедливість, втратами смислу та кризою ідентичності. У таких випадках психологічна допомога має включати роботу з питаннями сенсу, цінностей, внутрішньої опори та переосмислення досвіду. Логотерапевтичні принципи В. Франкла дозволяють переводити депресивні переживання з площини безнадії у площину пошуку нової життєвої перспективи, актуалізації смисложиттєвих орієнтацій та формування нових мотивацій. У межах терапії прийняття й відповідальності (АСТ) важливими стають процеси прийняття внутрішнього досвіду, дефузії від руйнівних думок, розвиток психологічної гнучкості та спрямування до ціннісно орієнтованих дій. Цей напрям є ефективним тоді, коли травматичні спогади й переживання не можуть бути «стерті», але можуть бути інтегровані як частина досвіду без руйнування особистості.

Практично значущим аспектом розробки консультативних підходів є врахування групових форм роботи, що є надзвичайно релевантними для військовослужбовців у зв'язку з високою роллю групової ідентичності й побратимства. Групові інтервенції можуть включати психоосвітні програми, тренінги емоційної регуляції, програми стрес-менеджменту, групи підтримки, роботу з горюванням і втратами. У груповій динаміці знижується стигматизація, активується відчуття «я не один», формується соціальне підкріплення конструктивних змін, відновлюється здатність до довіри та співпереживання. Водночас групова робота має потребувати високого рівня професійної етичної компетентності, оскільки група може активувати травматичні переживання, конкуренцію, сором чи гнів; тому консультант зобов'язаний забезпечити психологічну безпеку та регуляцію групового процесу.

Невід'ємним компонентом системи допомоги є міждисциплінарна взаємодія. Консультування військовослужбовців із депресивними розладами має бути інтегрованим у мережу медико-психологічної підтримки, що включає клінічного психолога, психіатра (за потреби фармакотерапії), сімейного лікаря, соціального працівника, реабілітолога. Особливої уваги потребують випадки тяжкої депресії, високого рівня суїцидального ризику, наявності психотичних симптомів або вираженої залежності – такі стани виходять за межі лише консультативної роботи і потребують комплексного клінічного втручання. Тому консультативний підхід має передбачати чіткий алгоритм маршрутизації, кризового реагування і підтримки.

У підсумку, розробка консультативних підходів до роботи з військовослужбовцями з депресивними розладами повинна базуватися на принципах комплексності, доказовості, етичності, культурної та контекстної чутливості. Оптимальною є інтегративна модель, яка поєднує симптомоорієнтовані техніки (КПТ, поведінкова активація, МВСТ), міжособистісні інтервенції (IPT), смисложиттєві й ціннісні підходи (логотерапія, АСТ), а також травма-орієнтовані стратегії у разі коморбідних посттравматичних реакцій. Такий підхід дозволяє не лише знижувати інтенсивність депресивної симптоматики, а й відновлювати цілісність особистості, адаптивну регуляцію емоцій, соціальне функціонування та життєву перспективу, забезпечуючи стійкі позитивні результати і зменшуючи ризик рецидивів у післябойовому періоді.

Робота з військовослужбовцями, які мають депресивні розлади, потребує чітко структурованої, доказово обґрунтованої та контекстно чутливої системи психологічної допомоги, що поєднує індивідуальні та групові форми консультування. Специфіка військового середовища – жорстка дисциплінарність, нормативна вимога до витривалості, стигматизація психологічних труднощів, досвід екстремальних ситуацій, множинні втрати та необхідність збереження функціональної ефективності – визначає особливі умови формування депресивної симптоматики та механізмів її підтримки. У

військовослужбовців депресія нерідко проявляється не класичним «зниженням настрою», а більш маскованими формами: емоційним онімінням, дратівливістю, зниженням сенсу діяльності, виснаженням, порушеннями сну, втратою мотивації та соціальним відстороненням, що може супроводжуватися почуттям сорому й самозвинувачення («я слабкий», «я підвів», «я не маю права скаржитися»). У зв'язку з цим психологічна робота має бути спрямована не лише на редукцію симптомів депресії, але й на відновлення психологічної стійкості, регуляції емоцій, смислової сфери та соціального функціонування.

Індивідуальна психологічна допомога у роботі з депресивними військовослужбовцями розглядається як базовий формат, що дозволяє максимально врахувати особливості клінічного стану, рівень психотравматизації, індивідуальні ресурси та темп готовності до саморозкриття. На первинному етапі індивідуальної роботи ключовою є побудова терапевтичного альянсу, який у військовому контексті має специфічний характер: клієнт часто демонструє зовнішню «закритість», мінімізацію симптомів, недовіру та прагнення зберігати контроль. Тому консультант має поєднати емпатію із професійною структурованістю, демонструючи повагу до гідності військового, його досвіду й цінностей, а також забезпечуючи зрозумілі рамки роботи. Надзвичайно важливою складовою є психоосвіта, яка переводить депресію з площини «особистісної неспроможності» у площину закономірного психофізіологічного результату тривалого навантаження й стресу. Такий підхід знижує стигму, нормалізує переживання та підвищує готовність до співпраці.

Зміст індивідуального консультування повинен передбачати комплексну психодіагностичну оцінку, у межах якої визначаються не лише депресивні симптоми, а й коморбідність (ПТСР, тривожні порушення, залежності), рівень виснаження, особливості копінгу, соціальні ресурси та функціональні наслідки. Важливим компонентом є оцінка суїцидального ризику та розробка плану безпеки, однак цей компонент має впроваджуватися максимально коректно, без тиску й без формування додаткової тривоги, з опорою на принципи турботи й профілактики. Після оцінки стану формується індивідуальний план

допомоги – від симптомоорієнтованих інтервенцій до глибинної психотерапевтичної роботи.

У структурі індивідуального консультування пріоритетними є інтервенції, що мають доказову ефективність у роботі з депресією: когнітивно-поведінкові техніки, поведінкова активація, методи підвищення психологічної гнучкості (АСТ), формування навичок емоційної регуляції та самопідтримки. Особливу роль відіграє поведінкова активація, оскільки депресія знижує здатність до ініціативи: систематичне планування малих, досяжних дій із фіксацією успіхів повертає клієнтові відчуття ефективності, контролю та поступового «оживлення» емоцій. Водночас когнітивний блок орієнтований на роботу з автоматичними думками й переконаннями, які у військових часто мають морально-ціннісний характер: «я винен, бо вижив», «я мав зробити більше», «я не маю права відчувати слабкість», «я не заслуговую на спокій». У таких випадках стандартна когнітивна реструктуризація доповнюється роботою з моральною травмою, самопокаранням і хронічним соромом, а також розвитком самоспівчуття як психологічної опори, що не суперечить силі, а навпаки – відновлює внутрішню витривалість.

Важливим напрямом індивідуальної роботи є відновлення смислової сфери, оскільки депресія у військовослужбовців часто пов'язана з екзистенційною кризою: руйнуванням базових уявлень про справедливість, людяність, майбутнє; втратою життєвих орієнтирів після повернення з фронту; розривом ідентичності між «військовим Я» і «цивільним Я». На цьому етапі ефективними є логотерапевтичні й екзистенційні інтервенції, спрямовані на формування нової життєвої перспективи, осмислення досвіду та інтеграцію пережитих подій у біографічну історію без руйнування самоцінності. Таким чином, індивідуальне консультування забезпечує глибоку та адресну роботу з симптомами, когнітивно-емоційними механізмами та особистісним змістом переживання депресії.

Паралельно, групова форма психологічної допомоги є надзвичайно релевантною у роботі з військовим контингентом, оскільки військовослужбовці

мають високий рівень групової ідентичності, значущість «побратимства» та потребу в належності. У груповій роботі особливо ефективно зменшується стигматизація, оскільки учасники отримують переживання нормалізації: «зі мною це не лише я», «це закономірно після такого досвіду». Група формує підтримувальне середовище взаєморозуміння, яке інколи неможливе у цивільному оточенні, де військового можуть не розуміти або знецінювати його досвід. Саме тому груповий формат стає не лише терапевтичним, але й соціально-реабілітаційним ресурсом.

Групова робота може реалізовуватися в різних форматах: психоосвітні групи, тренінги емоційної регуляції, групи підтримки, групи опрацювання втрат і горювання, когнітивно-поведінкові групи, майндфулнес-програми або групи посттравматичного зростання. Важливим компонентом є навчання навичкам: управління напругою, стабілізації, сну, відновлення ресурсу, комунікації, конструктивного проживання гніву та провини. У групі учасники отримують не лише підтримку, а й соціальне підкріплення позитивних змін: навіть невеликі досягнення стають помітними для інших і підсилюють мотивацію.

Однак групова робота з депресивними військовослужбовцями має суттєву специфіку та потребує жорсткого дотримання принципів психологічної безпеки. Депресивні учасники часто демонструють пасивність, уникання контакту, низьку включеність у процес, а іноді – приховану агресію або цинізм як психологічний захист. Крім того, у групі можуть активізуватися травматичні спогади, гострі переживання втрат або реакції сорому, що потребує високої професійної компетентності ведучого у стабілізації групової динаміки. Тому початок групової роботи обов'язково передбачає формування правил конфіденційності, структури, взаємоповаги та заборони на деталізацію травматичних подій (щоб уникнути ретравматизації інших учасників). У цьому контексті доцільним є застосування травма-інформованого підходу, де група працює не з «відтворенням травми», а з її наслідками та ресурсами.

Таким чином, індивідуальна та групова психологічна допомога у роботі з депресивними військовослужбовцями є взаємодоповнювальними форматами.

Індивідуальне консультування забезпечує глибоку, персоналізовану корекцію симптомів і внутрішніх конфліктів, тоді як групова робота відновлює соціальну залученість, знижує ізоляцію та формує середовище підтримки й нормалізації. Оптимальною моделлю вважається інтегративна система, у межах якої військовослужбовець може одночасно отримувати індивідуальні сесії для опрацювання персональних переживань і групові інтервенції для відновлення навичок взаємодії, підтримки та соціальної адаптації. Саме таке поєднання дозволяє підвищити ефективність психологічної допомоги, зміцнити психічну стійкість, знизити ризик рецидивів депресії та сприяти поверненню військовослужбовця до повноцінного функціонування і життєвої перспективи.

Висновки до другого розділу

У розділі 2 було реалізовано емпіричну частину дослідження, спрямовану на виявлення психологічних особливостей військовослужбовців із депресивними розладами як підґрунтя для подальшої розробки ефективних консультативних підходів. Дослідження проведено на базі «Інституту неврології, психіатрії та наркології ім. П. В. Волошина» НАМН України на вибірці з 30 військовослужбовців віком 27–46 років, із застосуванням валідних психодіагностичних інструментів (HDRS/HAM-D, DAS, MSPSS) та методів математичної статистики (описові статистики, кореляційний аналіз Пірсона).

Аналіз результатів за шкалою депресії Гамільтона показав, що вибірка характеризується клінічно значущою депресивною симптоматикою: середній показник становив 15,1 бала, що відповідає депресії середнього ступеня тяжкості. Структурний розподіл підтвердив відсутність «нормативного» рівня у досліджуваних: 37% мали легку депресію, 37% – депресію середнього ступеня, 20% – тяжку, 6% – вкрай тяжку. Отже, у 26% респондентів зафіксовано тяжкі/вкрай тяжкі стани, що потребують інтенсивнішої та, за показаннями, міждисциплінарної допомоги, тоді як у переважної більшості (74%) актуальним є своєчасне психологічне втручання як профілактика поглиблення симптомів.

Дослідження когнітивного компонента за методикою дисфункціональних установок (DAS) засвідчило підвищений рівень дисфункціональних переконань у вибірці ($M = 88,7$, $Me = 91$, $Mo = 91$). При цьому домінував помірний рівень дисфункціональних установок (87%), а 13% продемонстрували адаптивні установки; високих крайніх значень не виявлено. Такий профіль вказує на наявність у більшості військовослужбовців ригідних, самокритичних, перфекціоністичних та «повинен»-орієнтованих схем, які можуть підтримувати депресивні переживання, але водночас зберігається сприятливий потенціал для когнітивної корекції та розвитку когнітивної гнучкості в процесі консультування.

Оцінка соціального ресурсу за шкалою MSPSS показала помірний загальний рівень сприйняття соціальної підтримки ($M = 3,4$), тобто наявність певних соціальних контактів без достатньої стабільності/ефективності підтримувального середовища в умовах хронічного стресу. Профіль субшкал продемонстрував суттєву неоднорідність джерел підтримки: підтримка від друзів є відносно сильним ресурсом (57% – високий рівень), тоді як підтримка від «близьких людей/значущих інших» виявилася найбільш дефіцитарною (60% – низький рівень). Показники за субшкалою «Сім'я» також вказують на зону ризику: хоча 40% мають високий сімейний ресурс, у 60% він є середнім або низьким. Таким чином, у вибірці формується дисбаланс соціальної підтримки: горизонтальні зв'язки (друзі) збережені краще, ніж інтимно-значущі/родинні.

Кореляційний аналіз у межах вибірки не виявив статистично значущих лінійних зв'язків між депресією та джерелами соціальної підтримки (зв'язки слабкі або близькі до нуля), що може свідчити про опосередкований характер взаємовпливу (через когнітивні установки, копінг-стратегії, рівень виснаження, коморбідні прояви тощо) та/або про обмеження, пов'язані з обсягом вибірки. Водночас зафіксовано тенденції, теоретично узгоджені з клініко-психологічними моделями: зворотний напрям зв'язку між сімейною підтримкою та дисфункціональними установками ($r = -0,326$) і прямий напрям

між дисфункціональними установками та депресією ($r = 0,213$), що підкреслює доцільність розглядати соціальну підтримку як модератор/медіатор, а когнітивні установки – як важливий механізм підтримки депресивної симптоматики.

У підсумку, емпіричні дані дозволяють зробити узагальнений висновок, що психологічний профіль військовослужбовців із депресивними розладами у цій вибірці визначається: переважанням депресії легкого та середнього ступеня за наявності значної частки тяжких випадків; підвищеним рівнем дисфункціональних установок переважно помірної вираженості; (помірним загальним рівнем сприйняття соціальної підтримки з дисбалансом між відносно сильним ресурсом дружніх зв'язків і дефіцитом підтримки з боку значущих інших та частини сімейного оточення. Отримані результати обґрунтовують необхідність консультативних підходів, які одночасно поєднують симптомоорієнтовану допомогу, когнітивну корекцію дисфункціональних переконань, активацію та перебудову соціальних ресурсів, а також диференціацію інтервенцій за рівнем тяжкості депресії і, за потреби, залучення міждисциплінарної взаємодії.

ВИСНОВКИ

У ході теоретичного аналізу сучасних наукових джерел встановлено, що проблема психологічної підтримки, психосоціальної реабілітації та відновлення психічного здоров'я військовослужбовців має комплексний міждисциплінарний характер і потребує інтеграції знань із клінічної психології, психіатрії, неврології, психофізіології, соціальної роботи та реабілітаційної медицини. У межах біопсихосоціальної парадигми психологічні наслідки бойової діяльності розглядаються як результат взаємодії біологічних механізмів хронічного стресу, психологічних чинників індивідуальної вразливості та соціально-середовищних умов, що визначають доступність підтримки, характер адаптації та можливості відновлення.

Військова діяльність обґрунтовано розглядається як один із найбільш психоемоційно напружених і високоризикових видів професійної активності, оскільки пов'язана з тривалим перебуванням у ситуаціях загрози життю, постійною мобілізацією психофізіологічних ресурсів, високою ціною помилок, умовами невизначеності, нестачею сну, розривом звичних соціальних зв'язків, а також впливом факторів бойового середовища (втрати, поранення, руйнування, моральні дилеми). Унаслідок цього формується стан хронічного стресу, який переходить із короткотривалої адаптивної реакції в пролонгований патопсихологічний процес виснаження, що проявляється зниженням резильєнтності та дисрегуляцією емоційної сфери.

Проаналізовані наукові підходи засвідчують, що депресивні й тривожні розлади у військовослужбовців мають поліетіологічний характер та формуються під впливом поєднання зовнішніх і внутрішніх детермінант. До ключових чинників належать: бойовий стрес і травматичний досвід, кумуляція мікротравматичних подій, явища моральної травми, тривалий психологічний тиск, а також індивідуально-психологічні фактори – зокрема когнітивні викривлення, дисфункціональні установки, ригідні переконання, негативна інтерпретація подій, виражена самокритика та зниження самоцінності.

Важливим модифікувальним компонентом виступає дефіцит соціальної підтримки, який поглиблює симптоматику депресії через посилення відчуття ізоляції, самотності, безпорадності та зниження мотивації до одужання.

Установлено, що ефективна психологічна підтримка військовослужбовців має носити системний, поетапний, безперервний характер, передбачаючи поєднання скринінгової й поглибленої психодіагностики, консультативної роботи, психоедукаційних інтервенцій, психотерапевтичних процедур і реабілітаційних заходів із формуванням стійких механізмів саморегуляції. Такий підхід дозволяє не лише зменшити вираженість симптомів, а й впливати на базові психологічні механізми, що підтримують депресивний стан.

Особливого значення у процесі реабілітації набувають сучасні психотерапевтичні та консультативні підходи, які мають доказову базу у роботі з депресією та тривожними порушеннями. Зокрема, до найбільш ефективних відносять когнітивно-поведінкову терапію, міжперсональну терапію, схема-терапію, а також інтегративні моделі, що дозволяють враховувати специфіку військового контексту, структуру травматичного досвіду, рівень психологічної резильєнтності й особистісні ресурси. Концептуально важливо, що військовослужбовці часто мають специфічні бар'єри до звернення по допомогу (стигматизація, нормативність витривалості, недовіра, прагнення контролю), тому психотерапевтична робота повинна реалізовуватися у форматі травма-інформованого підходу з чітким дотриманням принципів психологічної безпеки та професійної етики.

Результати емпіричного дослідження засвідчили, що у значної частини військовослужбовців, які перебувають на санаторному лікуванні, спостерігаються середній та тяжкий рівні депресивних проявів, що має принципове практичне значення. Виявлена тенденція підтверджує: навіть у ситуації стабілізації соматичного стану, завершення активної бойової фази чи тимчасового відновлення фізичних ресурсів психоемоційне напруження зберігається, а депресивні симптоми продовжують впливати на когнітивну продуктивність, мотиваційну сферу, соціальне функціонування та якість життя.

Це вказує на необхідність включення психологічного супроводу як системного елемента реабілітаційних програм, а не як додаткового опціонального компоненту.

Поряд із депресивними проявами виявлено підвищені тривожні характеристики, що проявляються у внутрішній напрузі, очікуванні небезпеки, гіперпильності, емоційній нестабільності та зниженій здатності до відновлення. Подібна симптоматика свідчить про дисфункцію механізмів адаптації та недостатню результативність спонтанних копінг-стратегій. В умовах військової психологічної реальності тривожність нерідко виконує захисну функцію мобілізації, однак у реабілітаційний період вона перетворюється на фактор, який утримує нервову систему в режимі «бойової готовності», ускладнюючи сон, відновлення, інтеграцію травматичного досвіду й повернення до звичних форм життєдіяльності.

Дослідження життєстійкості показало, що у більшості респондентів вона перебуває на середньому рівні, що може бути інтерпретовано як наявність частково збереженого ресурсу протидії стресу за умов його вираженої напруги. Це означає, що внутрішні адаптаційні механізми не зруйновані повністю, однак функціонують у режимі виснаження, що створює ризик психологічної дезадаптації при повторних стресових впливах. Водночас показники задоволеності життям демонструють тенденцію до зниження, що логічно пов'язано з переосмисленням життєвих перспектив, зміною ціннісно-сміислової структури особистості, пережитими втратами, психофізіологічним виснаженням та порушенням відчуття безпеки.

Кореляційний аналіз дозволив встановити взаємозв'язки між ключовими психологічними показниками. Виявлено позитивний зв'язок між рівнем депресії та вираженістю дисфункціональних когнітивних установок, що підтверджує роль негативних переконань, самознецінення, ригідного мислення та внутрішньої самокритики у формуванні й підтриманні депресивного стану. Отриманий результат узгоджується з положеннями когнітивної моделі депресії, відповідно до якої саме дисфункціональні схеми та когнітивні викривлення

здають негативний стиль інтерпретації досвіду та блокують поведінкову активність.

Водночас встановлено зворотні взаємозв'язки між депресивними проявами та рівнем соціальної підтримки, особливо з боку сім'ї. Це дозволяє розглядати сімейне середовище як значущий протективний фактор, що виконує функцію емоційного «буфера» стресу, сприяє стабілізації психічного стану та пом'якшенню інтенсивності негативних когнітивних схем. У випадках дефіциту підтримки підвищується ризик соціальної ізоляції та закріплення депресогенного стилю мислення, що ускладнює процес відновлення.

Також зафіксовано взаємозв'язок між життєстійкістю та задоволеністю життям, що підтверджує значущість внутрішніх ресурсів особистості у процесі психологічного відновлення. Життєстійкість у цьому контексті може розглядатися як інтегральний показник здатності до мобілізації ресурсів, збереження смислової опори, підтримання активної позиції й саморегуляції, що безпосередньо впливає на відчуття перспективи та суб'єктивну якість життя.

На основі теоретичних положень і результатів емпіричного дослідження розроблено практичні рекомендації, спрямовані на підвищення ефективності психологічної підтримки й реабілітації військовослужбовців у санаторних умовах. Запропоновано використання інтегрованого консультативного підходу, який поєднує когнітивно-орієнтовані інтервенції (корекція дисфункціональних установок, когнітивна реструктуризація) з методами емоційної стабілізації (техніки саморегуляції, зниження напруги), розвитком життєстійкості та цілеспрямованою активізацією соціальної підтримки.

Особливу увагу рекомендовано приділяти психоедукаційній роботі з військовослужбовцями та членами їхніх родин, оскільки вона сприяє підвищенню усвідомлення психологічних наслідків бойового стресу, зниженню стигматизації звернення по допомогу та формуванню підтримувального сімейного середовища як фактора психологічної стабільності.

Таким чином, результати проведеного дослідження створюють науково обґрунтоване підґрунтя для вдосконалення системи психологічної підтримки й

реабілітації військовослужбовців, спрямованої на збереження психічного здоров'я, зниження вираженості депресивно-тривожної симптоматики, відновлення адаптаційних ресурсів та підвищення якості життя в умовах постстресового відновлення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алешенко В. І., Кокун О. М. Сучасні виклики психологічного супроводу військовослужбовців. *Актуальні проблеми психології*. 2023. Т. 7, вип. 56. С. 12–20.
2. Beck A. T., Steer R. A., Brown G. K. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio : Psychological Corporation, 1996. 38 p.
3. Бойовий стрес та психічна травма: інформаційно-аналітичний довідник. Київ : НАПН України, 2021. 158 с.
4. Бриндіков Ю. Л. Психологічна допомога військовослужбовцям в умовах бойового стресу: теорія і практика. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2018. 220 с.
5. Войтех О. В., Войтех К. В. Психологічний супровід військовослужбовців у міжнародних операціях. *Вісник Національного університету оборони України*. 2019. № 2. С. 89–96.
6. Воробйова І. В., Мацегора Я. В., Колесніченко О. С., Приходько І. І. Психологічний супровід військовослужбовців, які виконують службово-бойові завдання в екстремальних умовах : методичні рекомендації. Харків : НА НГУ, 2015. 69 с.
7. Горбенко О. В. Психологічні механізми розвитку посттравматичних розладів у військовослужбовців. Київ : Київський нац. ун-т імені Тараса Шевченка, 2019. 178 с.
8. Гулівець М. В. Психологічний супровід у системі реабілітації військовослужбовців після бойових травм. *Науковий вісник ХНПУ*. 2021. № 4. С. 98–105.
9. Дубчак Г. М. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: сучасні підходи та програми. Київ : Наукова думка, 2020. 240 с.
10. Жигайло Н. І. Особливості психологічного супроводу військовослужбовців у зоні бойових дій. *Вісник Львівського національного університету. Серія психологічна*. 2022. № 13. С. 112–120.

11. Комар З. О. Психологічна стійкість воїна: теорія і практика : навчальний посібник. Чернігів : ЧНПУ, 2019. 210 с.
12. Кокур О. М. Психологічна стійкість особистості: діагностика, розвиток, підтримка : навч.-метод. посібник. Київ : Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2018. 160 с.
13. Кокур О. М. Посттравматичне зростання військовослужбовців і ветеранів: методичний посібник. Ч. 2. Рекомендації для психологів. Київ : Ліра-К, 2025. 292 с.
14. Кокур О. М. Психологічна стійкість особистості в умовах бойових дій : монографія. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 240 с.
15. Кокур О. М. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій : методичний посібник. Київ, 2023. 146 с.
16. Кокур О. М., Лозінська Н. С. Психологічна підтримка військовослужбовців та ветеранів: практичні рекомендації для фахівців. Київ : Ліра-К, 2021. 180 с.
17. Кокур О. М., Мельничук Т. В. Резилієнс як психологічний ресурс особистості: практичний посібник. Київ, 2020. 128 с.
18. Корнієнко І. О., Лісовецька І. М., Луценко Ю. А., Романовська Д.Д. Досвід надання допомоги дітям і сім'ям – жертвам військового конфлікту : практичний посібник. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 152 с.
19. Кучеренко С. М. Психологічний супровід службово-бойової діяльності військовослужбовців Національної гвардії України : навчальний посібник. Київ : НАВС, 2019. 214 с.
20. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання : монографія. 2-ге вид., перероб. і доп. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2021. 158 с.
21. Karatzias T., Cloitre M. Advances in PTSD treatment: where next? *The Lancet Psychiatry*. 2019. Vol. 6(5). P. 389–390.

22. Литвиненко О. Д. Психологічна адаптація військовослужбовців після участі в бойових діях. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2018. 196 с.
23. Lang A. J. et al. A clinician's guide to the 2023 VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 2024. Vol. 37(1). P. 19–34.
24. Макаренко Н. В. Психологія стресу і стресостійкості : навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2016. 256 с.
25. Медико-психологічна допомога при бойовій психічній травмі : методичні рекомендації. Київ : МОЗ України, 2022. 98 с.
26. Мельник О. В. Посттравматичне зростання та адаптація військовослужбовців. *Актуальні проблеми психології*. 2021. № 4. С. 25–33.
27. Михальський А. В., Царьов Ю. О. Посттравматичний стресовий розлад: історичний огляд. *Проблеми сучасної психології*. 2011. Вип. 12. С. 687–697.
28. Moore M. J. Veteran and Military Mental Health Issues. *StatPearls Publishing*. 2023.
29. Нечитайло М. М. Психологічна допомога при посттравматичному стресовому розладі: практикум для психологів. Львів : Свічадо, 2019. 144 с.
30. Особливості психологічних травм військовослужбовців : зб. наук. праць. Запоріжжя, 2021. 134 с.
31. Ohlsson A. та ін. Social and psychological support for military personnel and veterans: A scoping review. *Journal of Veterans Studies*. 2024. Vol. 10(1).
32. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія : підручник. 3-тє вид., доп. і перероб. Київ : Либідь, 2017. 624 с.
33. Павлик Н. В. Психологічні основи кризового консультування в умовах воєнного часу : навч. посібник. Київ : Академвидав, 2023. 180 с.
34. Панок В. Г. Психологічний супровід військовослужбовців в умовах війни. *Психологія і суспільство*. 2023. № 2. С. 45–56.

35. Психологічна допомога при надзвичайних ситуаціях : навчально-методичний посібник. Київ : ДСНС України, 2020. 210 с.
36. Психологічний журнал: спецвипуск «ПТСР у військовослужбовців». Київ, 2023. 112 с.
37. Психологічний супровід воєнного та повоєнного періоду: референтний огляд навчально-методичних матеріалів. Київ : НАПН України, 2025. 140 с.
38. Психологічний супровід незламних : методичні рекомендації. Київ, 2024. 96 с.
39. Психологічний супровід особистості в умовах війни : навч. посіб. / за ред. О. М. Кокуна. Київ, 2022. 312 с.
40. Психологічні технології підтримки психічного здоров'я військових : матеріали наук.-практ. конф. Київ, 2022. 98 с.
41. Романовська Д. Д. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: групові методи роботи : навч.-метод. посібник. Київ : КНУ, 2018. 132 с.
42. Савченко О. В., Колесніченко Л. А. Життєві смисли як чинник психологічної стійкості військовослужбовців. *Insight: Psychological Dimensions of Society*. 2021. № 5. С. 34–42.
43. Сидоренко Є. В. Методи математичної обробки в психології. Київ : Літера ЛТД, 2016. 384 с.
44. Скрипченко О. В. Психологія особистості : підручник. Київ : Каравела, 2015. 512 с.
45. Тарасова І. О., Родченко Л. М. Психологічна допомога та відновлення військовослужбовців після участі в бойових діях. Київ : МАУП, 2021. 186 с.
46. Харитинський А. Ю. Технології психологічного супроводу суб'єктивного благополуччя військовослужбовців. *Вісник КНУ імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2022. № 1. С. 54–61.

47. Connor K. M., Davidson J. R. T. Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003. Vol. 18. P. 76–82.
48. Шевченко В. В. Діагностика посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Психологічний журнал*. 2020. № 3. С. 67–75.
49. Шеленкова Н. А. Посттравматичний стресовий розлад: діагностика та особливості прояву. *Психологічні науки*. 2020. № 1. С. 41–49.
50. Швець А. В. Вплив інформаційних факторів на психічне здоров'я військовослужбовців. *Український журнал медицини та психології*. 2022. № 4. С. 73–80.
51. Яворська-Ветрова І. В. Психологічні ресурси подолання травматичного досвіду у військовослужбовців. Київ : Ін-т соц. та політ. психології НАПН України, 2022. 164 с.