

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет лінгвістики та соціальних комунікацій
Кафедра авіаційної психології

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ
Завідувач випускової кафедри
Любов ПОМИТКІНА
«___»_____2023 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
(ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА)
ЗДОБУВАЧА ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ
«БАКАЛАВР»
ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ 053 ПСИХОЛОГІЯ

Тема: **«ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ВИМУШЕНИХ
ЕМІГРАНТІВ»**

Виконавець: студентка групи ПБ-407 Сояк Варвара Володимирівна

Керівник: доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри
авіаційної психології Помиткіна Л.В.

Нормоконтролер: завідувач навчально-наукової лабораторії Загнойко А.О.

Київ 2023

НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет лінгвістики та соціальних комунікацій

Кафедра авіаційної психології

Спеціальність 053 "Психологія"

Освітньо-професійна програма «Психологія бізнесу»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач випускової

кафедри

Любов ПОМИТКІНА

«___» _____ 2023 р.

ЗАВДАННЯ

на виконання кваліфікаційної роботи

Соляк Варвари Володимирівни

1. Тема кваліфікаційної роботи «Особливості депресивних станів у вимушених емігрантів», затверджена наказом ректора від 07.04.2023 р. № 463/ст.

2. Термін виконання та захисту робіт: по 21.06.2023 р.

3. Вихідні дані до роботи: в якості досліджуваних виступили 50 емігрантів, 25 вимушених емігрантів та 25 добровільно емігрувавших. Для дослідження особливостей депресивних станів у вимушених емігрантів були використані наступні методики: Шкала депресії PHQ (Patient Health Questionnaire), Шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI), Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), Шкала тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

4. Зміст пояснювальної записки: кваліфікаційна робота складається з 2-х розділів, містить 39 сторінок, 16 використаних джерел.

Вступна частина розкриває актуальність обраної теми, напрацювання вчених, визначені об'єкт, предмет, мета, припущення; описані методи дослідження. У першому розділі аналізуються теоретичні уявлення про депресію та визначаються фактори, які на неї впливають. У другому розділі представлений загальний задум, організація та методи емпіричного дослідження, надається характеристика дослідницької вибірки; узагальнюється вибір діагностичних методик; подаються результати емпіричного дослідження особливостей депресивних станів у вимушених емігрантів. У висновках підведено підсумки виконаної роботи – вказані статистичні відмінності між показниками двох груп.

5. Перелік ілюстративного матеріалу: 4 таблиць, 5 рисунків.

6. Календарний план-графік:

№ з/пор.	Завдання	Термін виконання	Виконано
1.	Вибір теми та формулювання завдань	Лютий	
2.	Тематичний добір та аналіз наукових праць	Лютий	
3.	Оформлення теоретичної частини	Березень	
4.	Затвердження теми дипломної роботи	07.04.2023	
5.	Проведення емпіричного дослідження	Квітень	
6.	Аналіз та інтерпретація отриманих результатів	Квітень	
7.	Оформлення кваліфікаційної роботи відповідно до ДСТУ	Травень	
8.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	1.06.2023	
9.	Виправлення зауважень, оформлення рецензії	Червень	
10.	Подання кваліфікаційної роботи нормоконтролеру та на підпис завідувачу кафедри	За день до захисту	
11	Захист кваліфікаційної роботи	21.06.2023	

7. Дата видачі завдання: «___»_____2023 р.

Керівник кваліфікаційної роботи _____ Любов ПОМИТКІНА
(підпис керівника)

Завдання прийняв до виконання _____ Варвара СОЯК
(підпис випускника)

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка до дипломної роботи «Особливості депресивних станів у вимушених емігрантів»: 39 сторінок, 4 таблиці, 5 діаграм, 16 використаних джерел.

ДЕПРЕСІЯ, ДЕПРЕСИВНІ СТАНИ, ЕМІГРАНТИ, ВИМУШЕНА МІГРАЦІЯ, АДАПТАЦІЯ, ТРИВОЖНІСТЬ, КУЛЬТУРНИЙ ШОК

Об'єкт дослідження - депресивні стани особистості.

Предмет дослідження - особливості депресивних станів у вимушених емігрантів.

Мета дипломної роботи - виявити особливості депресивних станів у вимушених емігрантів, розробити порівняльну характеристику депресивних станів у вимушених та невимушених емігрантів, розробити практичні рекомендації щодо боротьби з депресивними станами у вимушених емігрантів.

Припущення – вимушені емігранти будуть відрізнятися більш високим ступенем та інтенсивністю проявів депресивних станів в порівнянні з добровільними емігрантами.

Методи дослідження: у даній роботі було використано аналіз теоретичного матеріалу, тести та методики: Шкала депресії PHQ (Patient Health Questionnaire), Шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI), Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), Шкала тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI). У дослідженні брали участь: 50 емігрантів (25 вимушених емігрантів та 25 добровільно мігрувавших, чоловіки та жінки віком від 22 до 50 років).

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1 Проблема дослідження депресивних станів у психології... 10	
1.1. Поняття депресії, депресивних станів, класифікація та види.....	10
1.2. Особливості депресивних станів у емігрантів.....	16
1.3. Адаптація, як основний психотравмуючий фактор для емігрантів.....	19
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 1.....	21
РОЗДІЛ 2 Емпіричне вивчення особливостей депресивних станів у вимушених емігрантів.....	23
2.1. Організація та результати емпіричного дослідження.....	23
2.2. Порівняльна характеристика депресивних станів у вимушених та невимушених емігрантів.....	32
2.3. Практичні рекомендації щодо боротьби з депресивними станами у вимушених емігрантів.....	34
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2.....	38
ВИСНОВОК.....	40
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	42
ДОДАТКИ.....	45

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Дослідження особливостей депресивних станів у вимушених емігрантів, є актуальною і важливою в сучасному світі. Вимушена еміграція стає все поширенішим явищем через політичні конфлікти, війни, економічні кризи та інші негативні фактори, що змушують людей залишати свою батьківщину. Зараз, коли Російська Федерація розпочала повномасштабне вторгнення на територію України, життя багатьох українців зазнало кардинальних змін. Внаслідок цієї трагічної події велика кількість людей була змушена залишити свої домівки, ставши під загрозу свого життя та життя своїх близьких. Згідно з даними ООН, на травень 2023 року, близько однієї третини українців було вимушено залишити свої домівки. Наразі близько 5,5 мільйонів людей переселені всередині країни, а 8 мільйонів стали біженцями в інших країнах. Це найбільша глобальна криза переміщення людей і найшвидше зростаюча ситуація з переміщенням з часів Другої світової війни.

Еміграція є значним психологічним іспитом, що приносить ризики для психічного здоров'я людини, зокрема ризик розвитку депресивних і тривожних розладів. Дослідження депресивних станів у вимушених емігрантів є актуальним з кількох причин. По-перше, вимушена еміграція може бути важким і стресовим переживанням для людей, які втрачають своє стабільне соціальне, економічне та культурне оточення. Цей стрес може призвести до розвитку депресії і інших психічних проблем.

По-друге, депресія серед вимушених емігрантів може мати серйозні наслідки для їхнього фізичного та психічного здоров'я, а також для адаптації до нового середовища. Депресивний стан може погіршити якість життя, підвищити ризик самогубства, знизити продуктивність та здатність до соціального взаємодії.

По-третє, розуміння особливостей депресивних станів у вимушених емігрантів може допомогти розробити кращі підходи до їхньої психологічної підтримки та втручання. Врахування контексту еміграції, культурних особливостей та соціальних факторів може допомогти психологам розробити ефективніші методи допомоги та реабілітації.

Дослідження особливостей депресивних станів у вимушених емігрантів має важливу практичну значущість для розвитку та вдосконалення психологічної підтримки та інтервенційних програм. Результати такого дослідження можуть слугувати основою для розробки кращих стратегій психологічної підтримки, спрямованих на зменшення ризику депресивних станів та поліпшення якості життя вимушених емігрантів.

Таким чином, дослідження на тему особливостей депресивних станів у вимушених емігрантів є актуальним і має велике значення для розуміння психологічного благополуччя цієї вразливої групи населення і для вдосконалення підходів до їхньої підтримки.

Об'єктом дослідження є депресивні стани особистості.

Предмет дослідження – особливості депресивних станів у вимушених емігрантів.

Метою кваліфікаційної роботи є виявлення особливостей депресивних станів у вимушених емігрантів.

Завдання:

1) На основі теоретичного аналізу наукової літератури висвітлити погляди вчених на депресію та депресивні стани; визначити основні показники та характеристики, психологічні особливості депресивних станів у вимушених емігрантів.

2) Емпірично дослідити особливості депресивних станів у вимушених та невимушених емігрантів.

3) Визначити основні відмінності та особливості депресивних станів у вимушених емігрантів серед добровільних.

4) Розробити практичні рекомендації щодо боротьби з депресивними станами у вимушених емігрантів.

Припущення – вимушені емігранти будуть відрізнятися більш високим ступенем та інтенсивністю проявів депресивних станів в порівнянні з добровільними емігрантами.

Методи дослідження: у даній роботі було використано аналіз теоретичного матеріалу, тести та методики: Шкала депресії PHQ (Patient Health Questionnaire), Шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI), Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), Шкала тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI). У дослідженні брали участь: 50 емігрантів (25 вимушених емігрантів та 25 добровільно мігрувавших, чоловіки та жінки віком від 22 до 50 років)

Теоретичне значення дипломної роботи полягає в тому, що теоретичний аналіз основних положень, появи, розвитку та особливостей депресивних станів у вимушених емігрантів дасть можливість виявити проблемні аспекти у даній сфері. Також подальше дослідження особливостей депресивних станів зможе використовувати ці дані для поглиблення знань та розробки способів боротьби з депресивними проявами.

Практичне значення дипломної роботи: представлені результати роботи показують загальні закономірності та відмінності особливостей депресивних станів вимушених та добровільних емігрантів. Тож результати проведеного дослідження можуть бути корисними для діагностики та консультування емігрантів, як вимушених так і не вимушених, моделювання тренінгових занять, і як наслідок зниження проявів депресивних станів.

РОЗДІЛ 1

ПРОБЛЕМА ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ПСИХОЛОГІЇ

1.1. Поняття депресії, депресивних станів, класифікація та види

Депресія, що походить від латинського слова "depressio" і означає "пригнічення" або "придушення", представляє собою стан, який характеризується негативним емоційним настроєм, зміною мотивації, когнітивних уявлень і загальною пасивністю поведінки. У психології, як теоретичній, так і практичній, депресію вивчають як явище, пов'язане як з нормальним функціонуванням психіки, так і з психопатологією людини. Визначення депресії найвідоміших психологів і дослідників варіюються в залежності від їх теоретичних підходів і наукових висновків.

Ось кілька визначень депресії від таких вчених: Аарон Бек [1]: Відомий як один із засновників когнітивно-поведінкової терапії, він розробив теорію когнітивної депресії. Згідно з Беком, депресія - це складний психічний стан, що включає негативні перекопчення мислення, втрату інтересу до задоволення та знижений настрій. Зигмунд Фрейд [31]: Він розглядав депресію як реакцію на втрату або розлучення з об'єктом прив'язаності. Фрейд підкреслював важливість невротичних механізмів захисту та конфліктів у розвитку депресивних станів. Мартін Селігман [24]: Вивчав поняття "безнадійності" і вказував, що депресія може виникати як наслідок негативних переконань про безсилля і відсутність контролю над життям. Джудіт Бек [5]: Вона працює в галузі когнітивно-поведінкової терапії і визначає депресію як сукупність негативних думок, почуттів та поведінки, які виникають у результаті когнітивних перекопчень та недостатніх навичок регулювання емоцій. Мак-Каллоу Дж [18]: Пропонує визначення депресії як "продовжений період схильності до негативного настрою та

втрати інтересу до раніше привабливих справ, який може супроводжуватися різними симптомами, такими як втрата енергії, втрата апетиту та проблеми зі сном".

Українські психологи які внесли вагомий вклад у вивчення депресії і розробили власні визначення цього стану: Анатолій Карпов [13], розглядає депресію як психічний стан, що характеризується суттєвим зниженням настрою, втратою задоволення від звичних діяльностей, втратою енергії та інтересу до життя. Леся Штепа [32] визначає депресію як складний психологічний стан, що включає постійний негативний настрій, почуття безсилля та втрати сенсу життя. Олег Петров вказує на те, що депресія - це психологічний стан, що характеризується глибокою сумнівною, почуттям втрати, нездатністю насолоджуватися життям та втратою інтересу до оточуючого світу. Ірина Левчук визначає депресію як психічний стан, який виявляється в тривожності, пригніченості, втраті інтересу до життя та фізичній втомі. Н. Гойда, Н. Жданова, О. Напреєнко, В. Домбровська [22] та інші визначають депресію як симптом, синдром або захворювання. Найчастіше цей термін використовується для опису синдрому, який включає психологічні, емоційні, соматоневрологічні та інші клінічні прояви захворювання. В психологічному словнику за редакцією І. Дубровіної[2], депресію визначають як "гнітючий стан, що характеризується апатією, пасивністю і відсутністю інтересу до оточуючого". О. Лоуен [16] розглядає депресію як відсутність будь-яких емоцій. За словами С. Головіна[9], депресія є афективним станом, який характеризується негативним емоційним фоном, змінами мотивації, когнітивних уявлень і загальною пасивністю поведінки. Під час депресивного стану можуть виникати важкі і болісні переживання, такі як пригніченість, туга і відчай. Є втрата бажання, різке зниження вольової активності та нав'язливі думки про власну відповідальність за неприємні події в житті людини або її близьких. Самооцінка значно зменшується, існує розбіжність між реальним ідеалом

та ідеальним Я, що викликає конфлікт тенденцій і потреб. Пригнічення почуттів, за твердженням О. Лоуена[16], сприяє розвитку депресії, оскільки не дозволяє особі відчувати свої почуття і використовувати їх для прийняття рішень. У стані депресії спостерігаються сповільненість, безініціативність, швидка втомлюваність, що призводить до значного зниження продуктивності. У психології виокремлюють типові прояви депресії, які включають[15]:

1. Емоційні ознаки депресії: почуття суму, пригнічений настрій, відчуття втрати і безнадії, роздратування, тривога, втрата радості від раніше приємних занять, втрата інтересу до оточуючого.

2. Фізіологічні прояви депресії: порушення сну (безсоння або сонливість), проблеми зі шлунково-кишковим трактом (наприклад, запори), зміни в апетиті (втрата апетиту або переїдання), зниження сексуальної потягу, відчуття болю в серці, шлунку, м'язах, загальне зниження енергії.

3. Поведінкові ознаки: уникнення спілкування (небажання контактувати з іншими людьми, бажання бути самотнім), відмова від розваг, зловживання алкоголем або наркотиками, які надають тимчасове полегшення.

4. Когнітивні прояви: труднощі прийняття рішень, проблеми з концентрацією уваги, переважання негативних і похмурих думок про себе, низька самооцінка, думки про самогубство (у випадку важкої депресії), відчуття непотрібності або незначимості в суспільстві, сповільнене мислення.

Психологи, такі як А. Бек, Д. Майєрс, Д. Хелл, П. Левінзон [29] та інші, вказують, що депресія призводить до негативних змін у когнітивній сфері особистості. Зокрема, депресивний настрій спричиняє негативне мислення, песимістичне сприйняття світу та самосприйняття. А. Бек[1] розглядає депресію не лише як емоційний розлад, але і як певний когнітивний стан, коли під впливом психотравмуючих факторів активізується

дисфункціональна схема, відома як "когнітивна тріада депресії". Перший компонент цієї депресивної когнітивної тріади пов'язаний з уявленнями особистості про себе як непотрібну та безпомічну людину. Другий компонент передбачає негативний погляд на світ навколо, що змушує особу розглядати свої взаємодії з ним як послідовність провалів та невдач. Третій компонент полягає у песимістичних очікуваннях стосовно майбутнього, яке сприймається як безнадійне та безперспективне.

Ці когнітивні патерни призводять до виникнення мотиваційних, поведінкових та фізичних симптомів депресії. Депресивні схеми ускладнюють нормальну когнітивну обробку, сприйняття та запам'ятовування інформації. Людина втрачає здатність адекватно тлумачити життєві події, і формується депресивний стиль мислення [21].

Д. Хелл [29] пропонує інтерпретувати депресію як механізм захисту, який виконує роль внутрішньої інтеграції і допомагає забезпечити виживання у кризових ситуаціях життя. Згідно з автором, під час періоду життєвої кризи, коли людина втрачає значущий об'єкт, вона відчуває природну тугу, яка допомагає їй пройти через цю подію. Однак, якщо людина не може змиритися з втратою, починають проявлятися симптоми депресії. За словами П. Левінзона [17], депресія у людей розвивається через недостатнє отримання позитивного підкріплення за їхньою поведінкою. Це може бути наслідком того, що:

- мало відбувається подій, які могли б стати позитивним підкріпленням для даної особи;

- оточуюче середовище обмежує можливості отримання позитивного підкріплення;

- дана особа не має необхідних соціальних навичок для отримання позитивного підкріплення.

Одним з основних факторів депресії є нездатність особистості адаптуватися до змін у соціальному оточенні. Якщо оточення, зокрема

соціальне, зазнає змін таким чином, що реакції, які раніше були підкріплювані, вже не підтримуються, це може призвести до депресії як наслідку втрати позитивного підкріплення[12]. Деякі автори вважають депресію проявом та необхідним інструментом свідомої або несвідомої перебудови системи цінностей, механізмом вибору, процесом самопобудови або самознищення. Отже, депресія, визначена в психологічній літературі, є психічним станом, що характеризується пониженим настроєм, негативним емоційним фоном, змінами в мотиваційній сфері, когнітивними уявленнями і загальною пасивністю в поведінці. У випадках тривалої та серйозної депресії говорять про депресивний розлад, що вимагає не лише психологічного, але й медикаментозного лікування.

Депресія як захворювання може приймати такі форми[4]:

- Депресивний епізод. Це найпоширеніша форма захворювання. Її тривалість від двох тижнів до року. Якщо такий розлад фіксується тільки один раз, його називають однополярним. Приблизно 33% пацієнтів тільки один раз в житті стикаються з цим станом. Як правило, депресивний розлад супроводжується значним зниженням працездатності. Відсутність лікування може призвести до рецидиву.

- Періодичний депресивний розлад. Характеризується повторенням епізодів. Називається ще рекурентним, а також класичною або клінічною депресією. Зазвичай, вперше фіксується в дитячому або підлітковому віці. Тривалість від кількох місяців до кількох років. Фази захворювання чергуються з ремісією. Серйозно впливає на працездатність та вимагає звернення до психолога на ранніх стадіях розвитку захворювання.

- Дистимія. Тривалість від двох років до десятиліть. Хоча симптоми менш виражені, ніж при рекурентному розладі, вони тривають довше. Дистимію називають також хронічною депресією. Перехід цього типу в важку форму іменується подвійною депресією.

- Біполярна депресія I-го типу. Характеризується зміною фаз захворювання, ремісії й маніакальних фаз. Цей розлад також має назву маніакально-депресивний психоз. Коли хворий переживає останню фазу, він відрізняється гіперактивністю в поєднанні з хорошим настроєм, але водночас з занепокоєнням й безсонням. Хворий втрачає здатність критично мислити. Після цієї фази хворий впадає в депресію, це біполярний розлад.

- Біполярна депресія II-го типу. Схожа на депресивні епізоди, теж спостерігаються зміни фаз, але без надмірного підвищення настрою. Під час ремісії виникає ілюзія одужання.

- Депресивний психотичний епізод. При цьому розладі спостерігаються галюцинації, марення. Такі хворі в більшості випадків вимагають госпіталізації.

- Атипова депресія. Легкий тип депресії, що супроводжується сонливістю й надмірністю в їжі, різкою зміною настрою, підвищеною чутливістю, схильністю до панічних атак.

- Сезонні депресивні розлади. Відзначаються найчастіше восени або взимку. При зміні сезону проходять.

Ключові теорії які досліджувалися в напрямі етиології депресії:

1. Теорія неврохімічного дисбалансу: Ця теорія припускає, що депресія пов'язана з порушенням хімічного балансу речовин у мозку, зокрема серотоніну, норадреналіну та дофаміну. За цією теорією, недостатність цих нейромедіаторів може призвести до симптомів депресії.

2. Теорія психодинаміки: Ця теорія підкреслює важливість психологічних факторів у розвитку депресії. Вона висуває тезу, що приховані конфлікти, неприйняті емоції та несвідомі прагнення можуть викликати депресивний стан.

3. Теорія когнітивного викривлення: Ця теорія вказує на роль когнітивних викривлень у розвитку депресії. За цією теорією, люди з депресією мають тенденцію сприймати світ негативно, перекручувати свої

думки і приймати негативні судження про себе, інших людей та світ навколо.

4. Теорія стресу: Ця теорія стверджує, що стресори та негативні життєві події можуть сприяти розвитку депресії. Стресори можуть включати втрату близької людини, розлучення, проблеми на роботі або фінансові труднощі.

5. Теорія соціального впливу: Ця теорія зосереджується на соціальних факторах, які можуть впливати на розвиток депресії. Наприклад, негативні взаємини у сім'ї, відчуття соціальної ізоляції або небезпеки емоційного насилля можуть сприяти появі депресивних станів.

1.2. Особливості депресивних станів у емігрантів.

Депресивні стани у вимушених емігрантів можуть мати свої особливості, оскільки вони переживають складну ситуацію еміграції, втрати рідного середовища, соціальної підтримки та зазнають стресу та нестабільності. Ось кілька особливостей депресивних станів, які можуть бути специфічні для вимушених емігрантів: Травми та втрати: Вимушена еміграція може супроводжуватися травматичними подіями, втратою рідного середовища, розривом зі значимими людьми та загрозою життю. Ці травми можуть викликати посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та підвищити ризик розвитку депресії. Соціальна ізоляція: Вимушена еміграція може призвести до втрати соціальної підтримки та почуття соціальної ізоляції. Розрив з рідними, друзями, культурою та спільнотою може викликати почуття самотності та втрати приналежності, що може підвищити ризик розвитку депресії. Стрес і невизначеність: Вимушена еміграція часто пов'язана зі стресом та невизначеністю. Емігранти змушені

адаптуватися до нової культури, мови, соціальної системи та знайти роботу та житло. Цей процес може бути важким та викликати додатковий стрес, що сприяє розвитку депресії. Культурні фактори: Культурні фактори можуть впливати на спосіб виявлення та вираження депресивних симптомів. У деяких культурах може бути більш прийнятно приховувати емоції або виражати їх іншими шляхами, що може впливати на розпізнавання та діагностику депресії [3]. Труднощі з адаптацією: Вимушена еміграція вимагає великих зусиль для соціальної, культурної та економічної адаптації. Труднощі з отриманням роботи, навчанням мови та освоєнням нової соціальної системи можуть підвищити ризик розвитку депресії.

Перед тим, як розглядати проблему депресивних станів у вимушених емігрантів, давайте детальніше розглянемо сам феномен вимушеної еміграції. Під міграцією населення (від лат. *migratio* - переселення) розуміється переміщення людей (мігрантів) через кордони різних територій з метою зміни місця проживання назавжди або на тривалий період. Мігрант - це особа, яка здійснила переїзд на нове місце проживання в межах своєї країни (тимчасово, сезонно або постійно).

Вимушений переселенець - це громадянин, який змінив місце проживання через насильство або інші форми переслідування, які стосуються нього або його сім'ї, або через реальну небезпеку стати об'єктом переслідування на основі расової або національної приналежності.

Вимушена міграція - це сукупність територіальних переміщень, пов'язаних з постійною або тимчасовою зміною місця проживання людей з причин, що не залежать від них, і, як правило, проти їхньої волі. Іншими словами, це переміщення людей з метою пошуку безпеки та притулку. У моїй роботі я найчастіше розглядаю військові дії на території України з початку 2022 року як основну причину вимушеної міграції. Нашу країну постраждало від обох видів міграції: зовнішньої міграції - виїзд українських громадян з країни в інші країни на постійне місце проживання або на

тривалий термін з надією на повернення, і внутрішньої міграції - переміщення населення всередині території України[8].

У вимушеній еміграції, найскладнішим психологічним фактором є сама обставина примусу. Люди зазвичай несприймають позитивно ситуації, коли вони змушені щось робити. Особливо коли це означає відмовитися від звичного, цінного та важливого, і кинутися у невідомість. Еміграція завжди включає ризик та невідомість. Навіть якщо людина готується до цього, збирає інформацію, набуває ресурси та готується морально, це все одно супроводжується великим стресом[30]. Але коли цей стрес виникає раптово, на тлі катастрофічних подій, з якими неможливо було попередньо підготуватися, і супроводжується страхом за власне життя та життя близьких, рівень стресу зростає в геометричній прогресії. Вимушена еміграція руйнує опори, які людина будувала протягом багатьох років, а знання про себе та світ навколо, якщо не стають повністю нерелевантними, то точно перестають відповідати дійсності. Вимушена еміграція є нормою порушення, коли старі опори та значення більше не працюють, а нові ще не встигли сформуватися[8]. Особливо це стосується ситуацій, коли є нестача ресурсів. Вимушені мігранти - це група населення, яка потребує особливого захисту та всебічної допомоги. Ситуацію вимушеної міграції можна розглядати як одну з "екстремальних впливів" на особистість. Екстремальність цієї ситуації визначається високим рівнем стресу, що спричинив міграцію, та тривалістю процесу адаптації до нових умов. Зіткнення з іншою культурою викликає у мігрантів почуття плутанини, відкидання, і вони почуваються менш цінними. Як пише Л. А. Шайгерова[26], в них руйнуються базові структури особистості, зокрема загальна картина світу і образ "Я", стираються межі між внутрішнім і зовнішнім світом.

1.3. Адаптація, як основний психотравмуючий фактор для емігрантів.

Адаптація в ситуації вимушеної міграції є важливим критерієм для визначення норми та патології в психічній діяльності людини. В цьому контексті границя між нормою та патологією стає менш чіткою й розмитою. Поведінка, яка може вважатися психічним порушенням в звичайних умовах, може бути нормальною реакцією на непередбачувані обставини вимушеної міграції. Труднощі, пов'язані з адаптацією до нових умов, формують специфічний психотравматичний досвід у мігрантів. Наприклад, їх взаємини з місцевим населенням не завжди є теплими та привітними. За даними досліджень Г. Солдатової[27], багато мігрантів характеризують місцевих жителів як байдужих, лицемірних, брутальних та неуважних. Такі уявлення відображають високу міру взаємної неприйняття обох сторін та ускладнюють психосоціальну адаптацію мігрантів, які можуть почуватися відчуженими та непотрібними. Умови, в яких знаходяться мігранти, є тривалими соціально-стресовими, а непатологічні порушення психічної адаптації можна описати як хронічну психічну напруженість, що може призвести до дезадаптації.[11] Виникнення психічних розладів у вимушених мігрантів залежить як від зовнішніх умов, що порушують звичну життєдіяльність, так і від внутрішніх особистісних особливостей. Життєві обставини можуть стати причиною розладу, а особистісні характеристики виконують роль "патогенного ґрунту" для перетворення тимчасових розладів на хронічні порушення. Наприклад, під впливом психотравмуючих або складних ситуацій, може спостерігатися загострення акцентуацій, коли певні риси характеру стають серйозною психологічною проблемою.

Основні виклики адаптації для емігрантів:

Культурний шок: Емігранти зіштовхуються з новою культурою, цінностями, нормами та способом життя. Це може створювати почуття втрати ідентичності та страху перед невідомим. Культурний шок може породжувати стрес, незручність та незадоволеність, що може призводити до депресії та тривожності.

Мовний бар'єр: Втрата здатності вільно спілкуватися мовою більшості може ускладнити адаптацію емігрантів. Комунікаційні труднощі можуть викликати відчуття ізольованості, незрозуміння та невпевненості у себе, що може впливати на психічне благополуччя[14].

Соціальна втрата: Емігранти зазнають втрати соціальної підтримки, близьких відносин та сімейного спілкування. Вони можуть почуватися відокремленими від свого родинного кола та соціальної мережі, що може призвести до почуття самотності та втрати ідентичності[10].

Економічна нестабільність: Еміграція може супроводжуватися економічною нестабільністю, зміною професії та низьким статусом. Ці фактори можуть створювати фінансові труднощі, незабезпеченість та стресову ситуацію, що впливають на психічний стан емігрантів[23].

Втрата рідного середовища: Втрата звичних місць, родинного оточення та культурних традицій може викликати почуття горя, ностальгії та відчуття відокремленості від свого коріння. Ця втрата може мати значний емоційний вплив на емігрантів і призводити до депресії та зниження настрою.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 1

У результаті теоретичного аналізу проблеми депресії, депресивних станів у вимушених емігрантів та проблеми адаптації були розглянуті праці таких відомих вчених як: А. Бек, З.Фрейд, М. Селігман, Д. Бек, А. Фрейманас, А. Карпов, Л. Штепа, О. Петров, І. Левчук, Н. Гойда, Н. Жданова, О. Напрєєнко, В. Домбровська, О. Лоуєн, Д. Майєрс, Д. Хелл, П. Левінзон, Л. Шайгерова, Г. Солдатова, І. Дубровіна.

Отже, відзначимо, що депресію можна розуміти як: тимчасове зниження настрою; стійкий афект; симптом; синдром, тобто сполучення подавленого настрою з іншими симптомами; психічне захворювання, тобто досить тривала наявність або повторення даного синдрому.

Тож депресія – це психічний розлад, що характеризується патологічно зниженим настроєм (гіпотимією), з негативною песимістичною оцінкою самого себе, власного майбутнього та свого положення у світі. Депресія є серйозним психічним розладом, який може виникати внаслідок різних факторів, включаючи еміграцію. Вона може супроводжувати емоційну та психологічну незрілість, зниження настрою, втрату інтересу до раніше приємних справ, енергетичний зневагу, відчуття вини, нездатність прийняти рішення та низьку самооцінку. Порушення психічної адаптації мігрантів визначається різноманітними проявами депресії: емоційної напруженості, зниженої працездатності, нестабільності самопочуття. Мають місце також прояви соціальної фрустрованості, порушення особистісно - середовищної взаємодії, незадоволеність актуальним станом. Зонами найбільшої тривожності є матеріальний стан і сфера міжособистісних стосунків. До факторів ризику порушень психічної адаптації мігрантів належать такі особистісні характеристики: інтровертована спрямованість, яка обмежує можливості звертання по соціальну підтримку; високий рівень нейротизму як сукупність

індивідуальних типологічних характеристик, пов'язаних з емоційною нестабільністю і зниженою фрустраційною толерантністю.

Особливості депресивних станів у емігрантів виникають через комплексну взаємодію різних факторів. Вимушена еміграція може стати причиною стресу, втрати соціальної підтримки, культурного шоку та економічної нестабільності.[25] Ці фактори можуть впливати на психічне здоров'я емігрантів, сприяючи розвитку депресивних симптомів та зниженню якості життя. Дослідження та розуміння особливостей депресивних станів у емігрантів є важливими кроками для надання адекватної підтримки та інтервенцій цій групі людей. Адаптація до нового соціокультурного середовища може мати значний вплив на розвиток депресивних станів у вимушених емігрантів. Аспекти, які можуть впливати на цей процес:

1. Стресори адаптації;
2. Відчуття самотності та відчуженості;
3. Незрозуміння та неприйняття;
4. Втрата контролю та незалежності;
5. Соціальна ізоляція.

Усі ці фактори можуть взаємодіяти та впливати на психологічний стан емігрантів, збільшуючи ризик розвитку депресивних станів. Розуміння цих факторів є важливим для підтримки емігрантів у їхньому адаптаційному процесі та запобігання депресивним розладам.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ВИМУШЕНИХ ЕМІГРАНТІВ

2.1. Організація та результати емпіричного дослідження

Емпіричного дослідження на визначення особливостей депресивних станів у вимушених емігрантів відбувалося за участю 50 емігрантів, а саме жінки та чоловіки віком від 22 до 50 років. З метою порівняння та визначення відмінностей та особливостей депресивних станів вимушених емігрантів за показниками методик, дослідження проводилося у двох групах: група 1, вимушені мігранти, 25 респондентів, група 2, не вимушені мігранти, 25 респондентів.

Дослідження проводилося в мережі Інтернет, в режимі онлайн та тривало 2 дні, в перший день досліджувалися вимушені мігранти, група 1. У другий день досліджувалися депресивні та тривожні стани не вимушених мігрантів, група 2. Досліджуваним було одразу надіслано чотири бланки питань з чотирьох різних методик та інструкції з надання відповідей. Питань у респондентів не виникало, процес дослідження пройшов без проблем, респонденти з легкістю заповнили бланки та надіслали відповіді.

Для дослідження депресивних станів у емігрантів було використано чотири методики, які допомогли якнайкраще розкрити зміст дослідження, це методики на виявлення рівня тривоги та депресії:

- 1) Шкала депресії PHQ (Patient Health Questionnaire)

Шкала депресії PHQ є інструментом психометрії, що використовується для оцінки симптомів депресії у пацієнтів. Вона розроблена на основі критеріїв, встановлених у Діагностичному і статистичному керівництві

психіатрів (DSM-5), складається з 9 запитань, які оцінюють важкість симптомів депресії, які переживав пацієнт упродовж останніх 2 тижнів.

Запитання

стосуються різних аспектів, таких як настрій, енергія, сон, апетит, інтерес до різних справ, почуття провини або безнадії, концентрація. Загальний бал може бути від 0 до 27, ця методика є зручним і надійним інструментом для виявлення та оцінки симптомів депресії. Ступені оцінки в шкалі депресії PHQ-9 включають: 0-4 бали: Відсутність або мінімальний рівень депресії. Це означає, що респондент має дуже незначні депресивні симптоми або відсутність таких симптомів. 5-9 балів: Легкий рівень депресії. Респондент може відчувати легкі депресивні симптоми, які можуть впливати на його/її настрій та життєву активність. 10-14 балів: Помірний рівень депресії. У цьому діапазоні виявляються помірні депресивні симптоми, які впливають на респондента та можуть обмежувати його/її здатність функціонувати повноцінно. 15-19 балів: Важкий рівень депресії. Респондент виявляє виражені депресивні симптоми, які значно впливають на його/її настрій, життєву активність та здатність функціонувати. 20-27 балів: Дуже важкий рівень депресії. В цьому діапазоні виявляються дуже виражені депресивні симптоми, які суттєво впливають на респондента і можуть вимагати негайної медичної уваги[20].

2) Шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI)

Шкала депресії Бека є психометричним інструментом, розробленим Аароном Беком, американським психіатром і психологом. Вона призначена для оцінки рівня симптомів депресії у індивідів. BDI є самозаповнювальним опитувальником, який містить 21 запитання, що стосуються різних аспектів депресії, таких як настрій, почуття суму, почуття вини, втрата інтересу до розваг, енергія, апетит, сон. Загальний бал BDI розраховується шляхом

сумування балів за кожним запитанням. Він може варіюватися від 0 до 63, методика класифікує рівень депресії на легкий, помірний і важкий.

Ступені оцінки в шкалі депресії Бека включають: 0-9 балів: Мінімальний рівень депресії. Це вказує на відсутність або незначний рівень депресивних симптомів. 10-18 балів: Легкий рівень депресії. Цей діапазон вказує на наявність легких депресивних симптомів, які можуть впливати на настрій та психічний стан. 19-29 балів: Помірний рівень депресії. В цьому діапазоні виявляється помірний рівень депресивних симптомів, які можуть впливати на різні аспекти життя респондента. 30-63 балів: Важкий рівень депресії. Цей діапазон вказує на виражений рівень депресивних симптомів, які суттєво впливають на життя та функціонування респондента.

3) Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

Госпітальна шкала тривоги і депресії - це психометричний інструмент, який використовується для виявлення та оцінки рівня тривоги і депресії у пацієнтів. Шкала HADS складається з двох підшкал: підшкала тривоги (HADS-A) і підшкала депресії (HADS-D). Загальний бал кожної підшкали може бути від 0 до 21. Шкала HADS допомагає швидко оцінити рівень тривоги та депресії у пацієнтів і визначити, чи потребують вони подальшої оцінки. Загальні ступені оцінки: Нормальний діапазон: 0-14 балів - цей діапазон вказує на відсутність клінічно значущих симптомів тривоги або депресії. Межа норми: 15-20 балів - цей діапазон може вказувати на легку або підозрілу тривогу або депресію, але діагноз не може бути ствердженим. Підозрілість на тривогу або депресію: 21-28 балів - цей діапазон вказує на підозрювану тривогу або депресію. Додаткове обстеження або оцінка можуть бути необхідними для підтвердження діагнозу. Клінічний діапазон: 29-42 бал - цей діапазон вказує на наявність клінічно значущих симптомів

тривоги або депресії, які вимагають подальшої оцінки, інтервенції та лікування.

4) Шкала тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

Шкала тривоги Спілбергера є однією з найпоширеніших психологічних методик для вимірювання тривоги. Вона розділяє тривогу на два основних компоненти: "станова тривога" (відображає тимчасову, ситуативну тривогу, яка виникає у конкретні моменти часу) та "трейт-тривога" (відображає загальну схильність до тривоги, яка є стійкою). Загальний бал для кожної підшкали може бути від 20 до 80. Загальні ступені оцінки: Низький рівень тривоги: 40-62 бали, Середній рівень тривоги: 63-98 балів, Високий рівень тривоги: 99-160 балів.

Результати дослідження за даними методиками показали:

1. За результатами методики «Шкала депресії PHQ» було виявлено що у групі 1, вимушених емігрантів відсутність депресії спостерігається тільки у 4 осіб, на відміну від групи 2, не вимушених емігрантів в якій відсутність депресії виявлена у 14 осіб. Легка та помірنا депресія виявлена у 8 осіб в групі 1 та у 14 осіб в групі 2. Важкі ступені депресії в групі вимушених мігрантів виявлено у 7 осіб, на відміну від групи не вимушених мігрантів з 3 особами даного ступеня. Результати ми можемо побачити на таблиці 2.1 та на рисунку 2.1.

Шкала депресії PHQ (Patient Health Questionnaire)



Рис 2.1. Діаграма результатів групи 1 та групи 2 за методикою PHQ.

Ступінь депресії	Не вимушені		Вимушені	
	Кількість представників	Співвідношення у відсотках	Кількість представників	Співвідношення у відсотках
Відсутність депресії	14	56%	4	16%
Легка депресія	6	24%	8	32%
Помірна депресія	2	8%	6	24%
Важка депресія	1	4%	4	16%
Дуже важка депресія	2	8%	3	12%

Таблиця 2.1. Результати групи 1 та групи 2 за методикою PHQ.

2. Як показано у таблиці 2.2 та на рисунку 2.2. за результатами методики Шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI) було виявлено що у групі 1, вимушених емігрантів мінімальний та легкий ступінь депресії спостерігається у 16 осіб, на відміну від групи 2, не вимушених емігрантів в якій мінімальний та легкий ступінь депресії виявлено у 22 осіб. Помірний ступінь депресії в групі вимушених мігрантів виявлено у 7 осіб, на відміну від групи не вимушених мігрантів з лише 2 особами даного ступеня. Важкий ступінь депресії в групі 1 виявлено у 2 осіб та в 1 особи у групі 2.

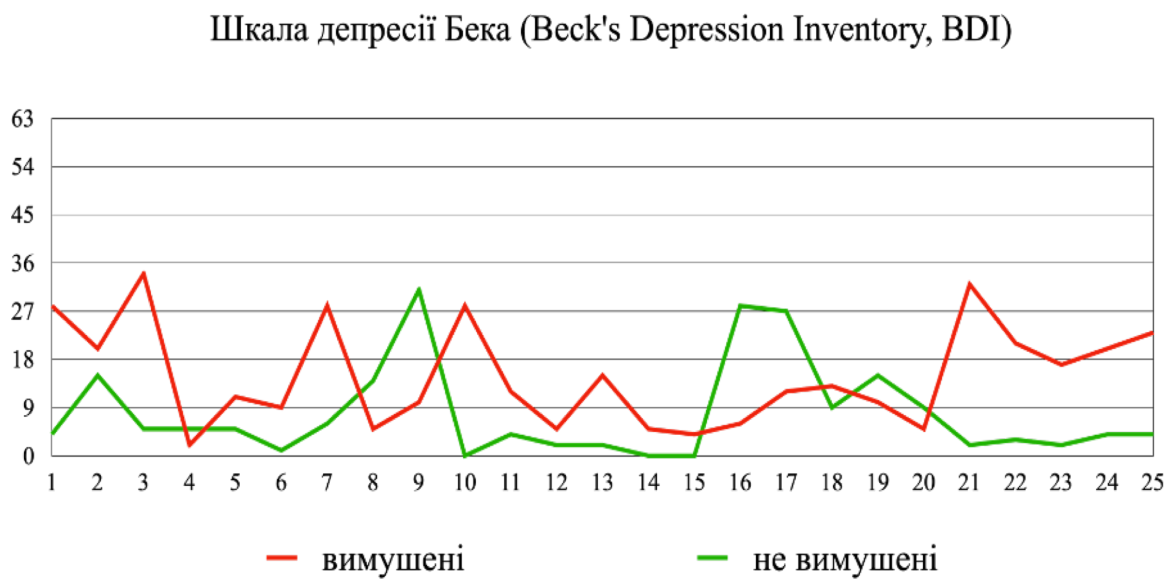


Рисунок 2.2. Діаграма розподілу результатів групи 1 та групи 2 за методикою BDI.

Ступінь депресії	Не вимушені		Вимушені	
	Кількість представників	Співвідношення у відсотках	Кількість представників	Співвідношення у відсотках
Мінімальний	17	68%	8	32%
Легкий	5	20%	8	32%
Помірний	2	8%	7	28%
Важкий	1	4%	2	8%

Таблиця 2.2 Результати групи 1 та групи 2 за методикою BDI.

3. За результатами методики Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) було виявлено та показано у таблиці та рисунку 2.3., що у групі 1, вимушених емігрантів нормальний рівень тривоги та депресії спостерігається у 13 осіб, на відміну від групи 2, не вимушених емігрантів в якій нормальний рівень виявлено у 19 осіб. Легкий рівень виявлено у 8 осіб в групі 1 та у 4 осіб в групі 2. Середній рівень тривоги та депресії в групі вимушених мігрантів виявлено у 3 осіб, у групи не вимушених мігрантів 2 особи даного ступеня. Клінічного рівня у групі не вимушених емігрантів не спостерігається, та у групі вимушених виявлено 1 особу з клінічними проявами.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

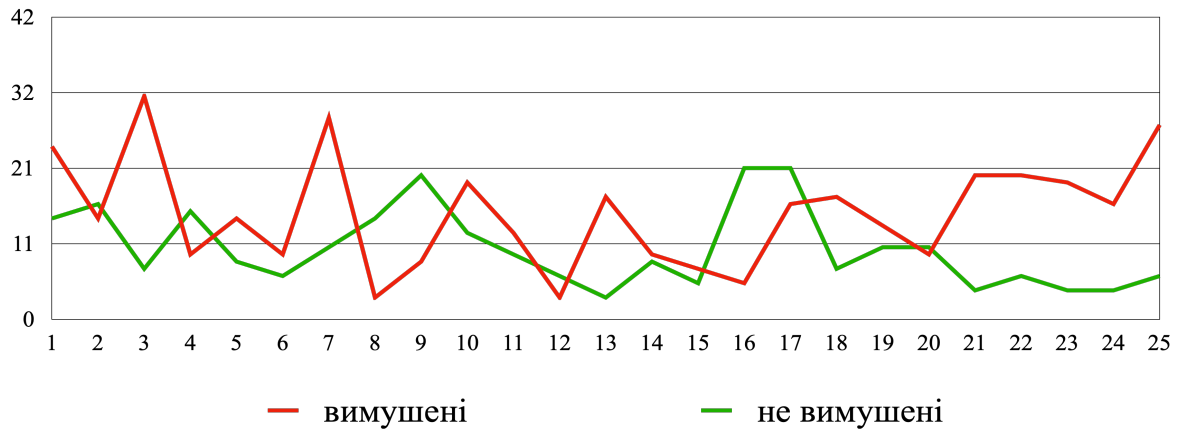


Рисунок 2.3. Діаграма розподілу результатів групи 1 та групи 2 за методикою HADS.

Ступінь тривоги та депресії	Не вимушені		Вимушені	
	Кількість представників	Співвідношення у відсотках	Кількість представників	Співвідношення у відсотках
Нормальний	19	76%	13	52%
Легкий	4	16%	8	32%
Середній	2	8%	3	12%
Клінічний	0	0%	1	4%

Таблиця 2.3. Результати групи 1 та групи 2 за методикою HADS.

4. За результатами методики Шкала тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) було виявлено що у групі емігрантів 1 та 2 відсутність тривоги не спостерігається взагалі. Як ми можемо бачити на таблиці 2.4 та рисунку 2.4. у не вимушених мігрантів виявлено 14 осіб з середнім рівнем тривоги та 11 осіб з високим рівнем тривоги, на відміну

від групи вимушених емігрантів в якій виявлено 10 осіб з середнім ступенем та 15 з високим ступенем тривожності.

Шкала тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

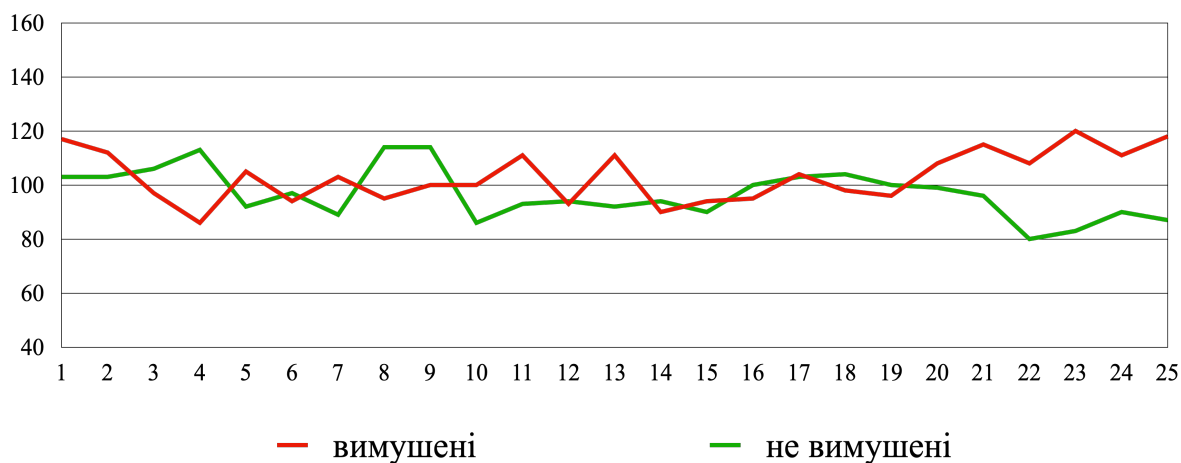


Рисунок 2.4. Діаграма розподілу результатів групи 1 та групи 2 за методикою STAI.

Ступінь депресії	Не вимушені		Вимушені	
	Кількість представників	Співвідношення у відсотках	Кількість представників	Співвідношення у відсотках
Низький	0	0%	0	0%
Середній	14	56%	10	40%
Високий	11	44%	15	60%

Таблиця 2.4. Результати групи 1 та групи 2 за методикою STAI.

2.2. Порівняльна характеристика депресивних станів у вимушених та невимушених емігрантів

Депресивні стани можуть виникати як у вимушених, так і у невимушених емігрантів. Однак, у вимушених емігрантів, які покинули свою країну через політичні, економічні або соціальні причини, депресивні стани можуть мати свої особливості. Ось порівняльна характеристика депресивних станів у вимушених та невимушених емігрантів:

Емоційний дискомфорт: Вимушені емігранти можуть відчувати більший емоційний дискомфорт унаслідок стресу, пов'язаного з примусовим переїздом та втратою своєї батьківщини. Це може спричинити посилену тривогу, сумніви у самому собі та втрату радості.

Травматичні досвіди: Вимушені емігранти можуть бути свідками або переживати травматичні події у своїй країні походження, такі як війна, конфлікти, політичне переслідування. Ці травматичні досвіди можуть покладати великий емоційний та психологічний тягар на емігрантів і сприяти розвитку депресивних станів.

Втрата соціальної підтримки: Вимушені емігранти можуть втратити соціальну підтримку свого родинного оточення та спільноти. Віддаленість від родини та близьких друзів, а також відчуття неприйняття або незрозуміння в новому середовищі можуть посилити почуття самотності та вплинути на розвиток депресивних станів.

Культурний шок: Вимушені емігранти зіткнуться з новою культурою, мовою, цінностями та нормами. Цей культурний шок може викликати почуття відчуження, незрозуміння та невпевненості, що сприяє розвитку депресивних станів.

Економічна нестабільність: Вимушені емігранти часто зіткнулися з економічними труднощами та нестабільністю. Відсутність робочих місць, обмежені можливості заробітку та фінансові проблеми можуть поглиблювати стрес та призводити до розвитку депресивних станів.

Як ми бачимо на рисунку 2.5 за результатами кожної з методик група вимушених емігрантів відрізняється від не вимушених значно вищими показниками в шкалах депресії та тривоги. Отже порівняльна характеристика групи 1 та групи 2 показала такі особливості депресивних станів у вимушених емігрантів: глибший прояв депресивних станів, підвищена тривожність, підвищений рівень стресу, розлад адаптації.

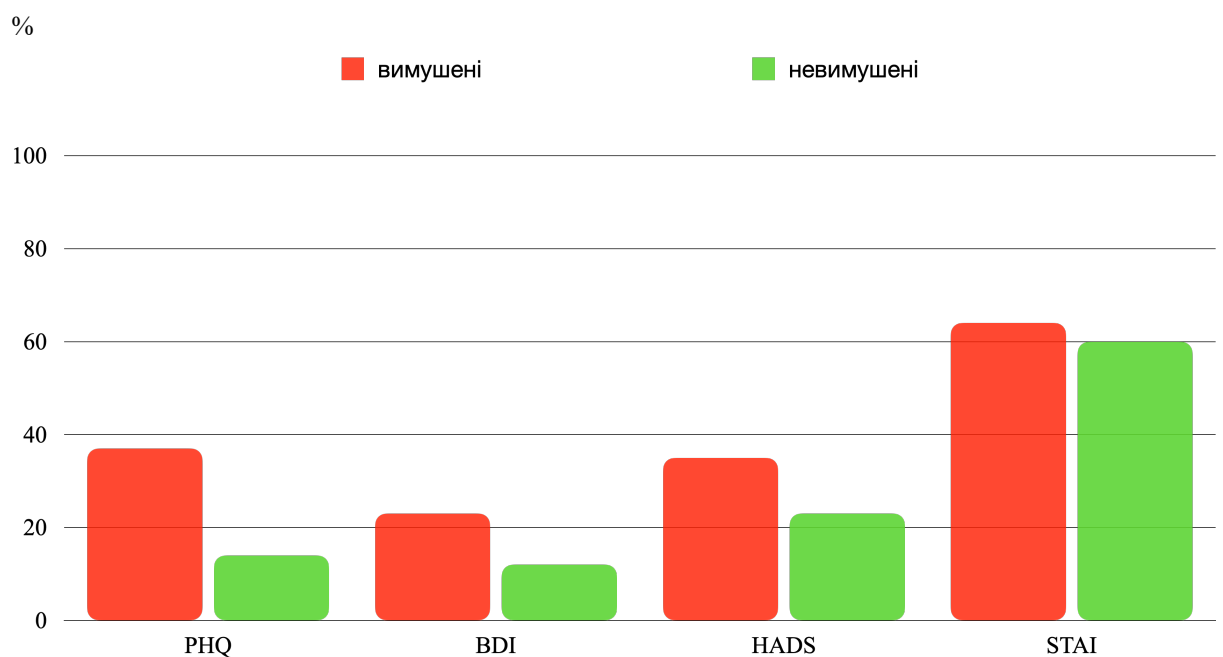


Рисунок 2.5. Діаграма розподілу загальних показників по методикам PHQ, BDI, HADS, STAI (PHQ 100%=42 б., BDI 100%=63 б., HADS 100%=42 б., STAI 100%=160 б.)

2.3. Практичні рекомендації щодо боротьби з депресивними станами у вимушених емігрантів

Оскільки лікування депресії вимагає тривалого часу, існує багато різних методів подолання цього стану. Різні терапевтичні підходи мають свої особливості у лікуванні депресії, тому важливо підібрати метод, що найкраще відповідає індивідуальним потребам кожної людини. Для вибору підходящого методу слід враховувати симптоматику особи, причини депресії та її ступінь. Ось деякі з найпоширеніших методів лікування депресії: психотерапія з елементами тілесно-орієнтованої терапії, дихальна гімнастика, аутотренінг, вправи з розслаблення м'язів, музична та танцювальна терапія, імажинативна терапія, символдрама, гештальт-терапія та психодрама. Психоаналітичний підхід може бути використаний тоді, коли людина з депресивними станами може відрізнити своє "Я" і вже може працювати з опором та символами. Тілесно-орієнтована терапія є унікальним і ефективним способом розвитку особистості, який допомагає з'єднати почуття, розум і тілесні відчуття, відновити зв'язки між ними та прийняти образ власного тіла. Робота з тілом відкриває можливості виявити справжні причини проблем і отримати доступ до глибинних рівнів несвідомого. Для клієнтів із депресивними проявами рекомендується виконувати танцювально-рухову практику під тонізуючу музику, парну роботу для поліпшення сприйняття стимулів, пророблення проблем злетів і падінь, втрати й смерті. Для контролю й керування агресією можна застосовувати індивідуальну роботу з уявленим мечем. Також варто використовувати масаж та інші фізичні контакти для розслаблення м'язів та надання підтримки й заспокоєння.

Важливо активно працювати з клієнтами над виявленням та розвитком їх ресурсних станів, зміцненням сил самопомоги та самостійності. Це

можна досягти за допомогою візуалізації образів, проведення «танцю сили», розвитку емоційного діапазону, вдосконалення комунікативних навичок на вербальному і невербальному рівнях, а також спонукаючи до спонтанності та креативності через автентичний танець. При психологічній роботі важливо дотримуватися регулярності використання ефективних практичних навичок, оскільки їх щоденне повторення є ключовою умовою для ефективності психотерапевтичного впливу.

Також варто використовувати когнітивно-поведінкову психотерапію як засіб психологічної профілактики депресивних станів. Цей підхід дозволяє надати швидку допомогу клієнтам у поліпшенні самопочуття та збереженні його в довгостроковій перспективі. Когнітивно-поведінкова психотерапія навчає клієнтів навичкам, які допомагають стати самим собі терапевтом.

У процесі подолання депресії також можна використовувати методи та техніки системно-сімейної терапії, такі як структурна сімейна психотерапія, когнітивно-поведінкова системна психотерапія та емпірична системна психотерапія. За підходом М. Боуена[7], депресія та стрес виникають, коли тривога перевищує можливості сімейної системи управляти стресом. У процесі системно-сімейної терапії досягається зниження тривоги та збільшення самодиференціації, що допомагає звільнитися від емоційного хаосу. Психолог також повинен розглядати свою власну роль у стосунках, як у сімейній системі, так і в інших системах, і осмислювати її активну участь у них. Згідно з емпіричною сімейною терапією, особистісні проблеми корінням мають в основі сім'ю. Негативна емоційна атмосфера в сімейному оточенні може викликати патологічні симптоми, зокрема депресивні прояви. Головна мета психолога в рамках цього підходу полягає у сприянні зростанню інтегрованості особистості, розвитку конгруентності, осознанні свободи вибору, розширенні особистісного досвіду та розвитку емоційності і чутливості.

У когнітивно-поведінковій терапії припускається, що люди часто безсвідомо підкріплюють ті реакції, які приносять найбільше страждань, зокрема депресивні. Отже, головним завданням є зміна певних моделей поведінки та усунення наявних симптомів.

Одним з нестандартних методів є каністерапія, також відома як терапія з використанням тварин, є одним із підходів до психологічної підтримки і терапії, який може бути корисним для вимушених емігрантів. Каністерапія базується на взаємодії людини з тваринами, зокрема собаками, з метою поліпшення фізичного та психологічного благополуччя.

Основні принципи та користь каністерапії:

Емоційна підтримка: Тварини, особливо собаки, можуть створювати сприятливу та невимушену атмосферу, сприяючи релаксації і зниженню рівня тривоги. Вони можуть бути вірними та сприймаючими співрозмовниками, які не судять і не критикують, що стимулює емоційний комфорт та підтримку.

Фізіологічні ефекти: Взаємодія з тваринами може сприяти зниженню кров'яного тиску, покращенню серцево-судинної функції та збільшенню вироблення ендорфінів - природних "гормонів щастя". Це може позитивно впливати на фізичне самопочуття та загальний рівень енергії.

Соціальна взаємодія: Каністерапія може сприяти відновленню соціальних навичок та відчуттю приналежності. Клієнти взаємодіють з тваринами, спілкуються з терапевтом та іншими учасниками групи, що сприяє формуванню і підтримці міжособистісних зв'язків.

Розвиток навичок: Каністерапія може включати тренування деяких навичок, таких як взаємодія з твариною, постановка команд, догляд за ними. Це може допомогти вимушеним емігрантам почуватися більш компетентними та самостійними.

Підтримка структури та ритму: Терапія з тваринами може допомогти встановити структуру та ритм у повсякденному житті. Вона вимагає

регулярного графіка зустрічей з твариною, що може сприяти організації дня та стабільності.

Каністерапія може бути використана як додатковий підхід до психологічної підтримки вимушених емігрантів з депресивними станами. Вона може сприяти поліпшенню настрою, зниженню тривоги та створенню позитивних емоційних зв'язків, що сприяють процесу адаптації та загальному психологічному благополуччю.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2

У результаті проведення емпіричного дослідження особливостей депресивних станів у вимушених емігрантів за шкалою депресії PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), шкалою депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI), госпітальною шкалою тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) та шкалою тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) було виявлено що між групами респондентів присутні значимі відмінності, подібний результат доводить, що вимушені емігранти в процесі переживання депресивних станів мають свої особливості, їх результати сильно відрізняються від результатів людей, котрі мігрували за власним бажанням. Такий результат вказує, що для вимушених переселенців характерним є більш глибоке переживання депресії та безнадії, їх показники тривоги вище, аніж у невимушених переселенців.

Порівнюючи депресивні стани у вимушених та невимушених емігрантів, можна вивести що для вимушених емігрантів характерні більш глибокі переживання депресії та безнадії. Їх показники тривоги вищі, що може свідчити про підвищений ступінь стресу та тривожності, вони відчувають більшу втрату ідентичності, соціальної підтримки та стабільності, що може посилювати їхні депресивні симптоми та почуття безнадії. Невимушені емігранти є більш підготовленими на емоційному та психологічному рівні до нової ситуації. Вони мають більшу самоефективність та більш позитивний настрій, що зменшує ризик розвитку депресивних станів.

Таким чином, вимушені емігранти можуть переживати більші труднощі та ризики у вигляді депресивних станів, тривоги та безнадії порівняно з невимушеними емігрантами. Ці відмінності підкреслюють важливість розуміння та підтримки осіб, які були примушені емігрувати,

для забезпечення їхнього психічного благополуччя та адаптації до нового середовища.

Основними методами підтримки вимушених мігрантів є:

Психотерапія: Різні форми психотерапії, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), інтерперсональна терапія (ІТ) або психодинамічна терапія, можуть бути ефективними в лікуванні депресивних станів у вимушених мігрантів. Психотерапія допомагає клієнтам розуміти свої емоції, розвивати стратегії копіngu та змінювати негативні мислення та поведінку.

Соціальна підтримка: Важливою складовою боротьби з депресивними станами є соціальна підтримка. Вимушені мігранти можуть звертатися до родичів, друзів або спільноти своєї етнічної групи, щоб отримати підтримку, розуміння та емоційну підтримку. Групова терапія або підтримуючі групи можуть також бути корисними для спілкування з людьми, які переживають подібні труднощі.

Фізична активність: Регулярна фізична активність, така як спорт, йога, прогулянки або танці, може бути корисною для поліпшення настрою та загального самопочуття. Фізична активність сприяє виробленню ендорфінів, що допомагають знизити рівень стресу та покращити настрій.

Релаксаційні техніки: Техніки релаксації, такі як глибоке дихання, прогресивна м'язова розслаблення, медитація або йога, можуть допомогти знизити рівень стресу та тривоги. Вони сприяють відновленню психоемоційного стану та забезпечують відпочинок для розуму і тіла.

Харчування та сон: Правильне харчування та регулярний режим сну можуть позитивно вплинути на настрій та енергію.

Творчість та самовираження: Зайняття творчістю, такими як малювання, музика, писання або рукоділля, може бути цікавим способом вираження емоцій та зосередження на позитивних аспектах життя. Творчість може стимулювати позитивні емоції та сприяти самовираженню.

ВИСНОВОК

1. У результаті теоретичного аналізу проблеми депресії, депресивних станів у вимушених емігрантів та проблеми адаптації були розглянуті праці відомих вчених та зроблений висновок, що депресія є серйозним психічним розладом, який може виникати внаслідок еміграції. Депресивні стани у вимушених емігрантів виникають через комплексну взаємодію різних факторів, таких як стрес, втрата соціальної підтримки, культурний шок та економічна нестабільність. Ці фактори можуть погіршувати психічне здоров'я емігрантів і сприяти розвитку депресивних симптомів. Адаптація до нового соціокультурного середовища грає критичну роль у розвитку депресивних станів у вимушених емігрантів. Фактори, такі як стресори адаптації, відчуття самотності та відчуженості, незрозуміння та неприйняття, втрата контролю та незалежності, а також соціальна ізоляція, можуть взаємодіяти та підвищувати ризик розвитку депресивних станів. Розуміння факторів, що впливають на розвиток депресії у вимушених емігрантів, є важливим для надання адекватної підтримки та інтервенцій цій групі людей.

2. У результаті проведення емпіричного дослідження виявлено що, за результатами кожної з методик група вимушених емігрантів відрізняється від не вимушених значно вищими показниками в шкалах депресії та тривоги. Та незважаючи на високі показники на депресивних шкалах у вимушених емігрантів, добровільні емігранти мають вражаючі показники тривожності та депресивних проявів також в наслідок важкого періоду адаптації і самого процесу міграції.

3. Дослідження особливостей депресивних станів вимушених емігрантів показало такі особливості: глибший прояв депресивних станів, підвищена тривожність, підвищений рівень стресу, розлад адаптації.

Вимушені емігранти відчують більшу тривогу, безнадію, втрату ідентичності та соціальної підтримки ніж невимушені емігранти.

4. Боротьба з депресивними станами вимагає підбору методу, який відповідає індивідуальним потребам кожної людини. Корисними у психологічній допомозі та самодопомозі є терапевтичні підходи, такі як психотерапія, дихальна гімнастика, аутотренінг, вправи з розслаблення м'язів, музична та танцювальна терапія, імажинативна терапія, символдрама, гештальт-терапія, каністерапія та психодрама. Важливо активно працювати з клієнтами над розвитком їх внутрішніх особистих ресурсів і методами самодопомоги. Важливими аспектами підтримки вимушених мігрантів є соціальна підтримка, фізична активність, збалансоване харчування та здоровий сон, а також творчість та самовираження.

Отже, вимушені емігранти відчують більшу тривогу, безнадію, втрату ідентичності та соціальної підтримки в порівнянні з добровільними, що посилює їхні депресивні симптоми. Невимушені емігранти, у свою чергу, є більш підготовленими на емоційному та психологічному рівні до нової ситуації, але також мають прояви депресивних станів, а особливо значний рівень тривожності в наслідок процесу еміграції.

Розуміння факторів, що сприяють розвитку депресивних станів у вимушених емігрантів, є важливим для забезпечення їхнього психічного благополуччя та успішної адаптації до нового середовища. Підтримка і розуміння осіб, які були примушені мігрувати, є необхідною для забезпечення їхнього психологічного та емоційного стану під час адаптації до нових умов життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аарон Бек, Когнітивна терапія депресії, Guilford Publications, 4 грудня 1979 р., 324 с.
2. Андреева А.Д, Т.В. Вахмянина та ін; під. ред. І.В. Дубровиною. Психологія: Популярний словничок - М: ІЦ «Академія»; ІЦ "Кафедра", 1998. – 96 с.
3. Балакірєва О. - Вимушені переселенці та приймаючі громади, 2016 р. 123 с.
4. Бек А.Т. - Депресія, Нью-Йорк, 1974, 191 с.
5. Бек Д., Когнітивно-поведінкова терапія, Третє видання, Основи та не тільки, Опубліковано The Guilford Press, 414 с.
6. Бендек Е.П. - Тихий крик: реакція контрперенесення на жертви. Американський журнал соціальної психології, 1984, 23 с.
7. Боуен М., Сімейна терапія у клінічній практиці. Нью-Йорк: Аронсон, 1978 р., 358 с.
8. Войналович І. - Вимушені переселенці: зарубіжний досвід, стан та реалізація їх, 2014 р. 257 с.
9. Головін С. Словник практичного психолога, Харвест, 1998 р., 453 с.
10. Гросс Дж. Дж., Томпсон Р. А. - Регулювання емоцій: концептуальні основи. Нью-Йорк, 2007, 260 с.
11. Довіра К. - Міграційні процеси в сучасному світі; світовий, регіональний та національний виміри: (Понятійний апарат, концептуальні підходи, теорія та практика), 1998 р. 312 с.
12. Закіров М. - Деякі аспекти розв'язання проблем внутрішньо переміщених осіб, 2016 р. 10 с

13. Карпов А. В. Психологія рефлексивних механізмів діяльності/Анатолій Вікторович Карпов. - М.: Інститут психології РАН, 2004. – 424 с.
14. Лазос Г. - Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам, 2016 р, : ТОВ "Видавництво "Логос". – 206 с.
15. Лоуен А. – Страх життя, Нью-Йорк, 2002 р. 183 с.
16. Лоуен А. Депресія та тіло. / А. Лоуен - М.: ЕКСМО - Прес, 2002. – 184 с.
17. Левінсон П. Поведінковий підхід до депресії: Р.Л.Фрідман і М.Кац (ред.). Психологія депресії: Сучасна теорія та дослідження. - Вашингтон: John Wiley, 1974. - 157 – 185 с.
18. Мак-Каллоу Дж. Лікування хронічної депресії/Пер. з англ. Н.Алексєєвої, О.Ісакової. / Дж.Мак-Каллоу - СПб.: "Мова", 2003. - 168 с.
19. МакКарті Р.М. - Емоційний стрес, позитивні емоції та психофізіологічна узгодженість, 2006, 105 с.
20. Моріарті А.С, Гілбоді С, Макміллан Д. - Скринінг і виявлення випадків великого депресивного розладу за допомогою опитувальника здоров'я пацієнтів (PHQ-9), 2015 р., 231 с.
21. Музиченко І. - Вимушені переселенці: проблема соціальнопсихологічної адаптації, 2016 р. 21 с.
22. Напреєнко О.К, Н. Ю. Напреєнко, В. В. Бабич/ Протирецидивна терапія депресій в осіб, які зловживають алкоголем // Архів психіатрії. - 2018. - Т. 24, № 1. - 55-56 с.
23. Селігман М.Е.П. - Що ви можете змінити, а що ні. Нью-Йорк, 1993 рік. 218 с.
24. Селігман М.: Нова позитивна психологія: Науковий погляд на щастя та сенс життя, Софія, 2006, 368 с.
25. Слюсаревський М. - Психологія міграції: навчальний посібник. Кіровоград: ТОВ "Імекс ЛТД", 2013 р. – 244 с.

26. Солдато́ва Г.В, Л. А. Шайгерова, В. К. Калі́ненко, О. А. Кравцова.- Психологічна допомо́га мігрантам. Травма, зміна культури, криза ідентичності: навчальний посібник - М.: Сенс, 2002. – 279 с.
27. Солдато́ва Г.У. Психологічна допомо́га мігрантам: травма, зміна культури, криза ідентичності [для студ.вищ. та спец-тям психології] / Солдато́ва Г.У., Шайгерова Л.А., Калі́ненко В.К., Кравцова О.А. - М.: Сенс, 2002. - 479с. – (Теорія та практика психологічної допомоги).
28. Титаренко Т. - Психологія життєвої кризи. Бердянськ, БДПУ, 1998 р. – 193 с.
29. Хелл Д. Ландшафт депресії / Д. Хелл; пров. з ним. І Я. Шевцевої. - М.: Алетейа, 1999. – 180 с.
30. Хелл Д. - Голод душі: почуття людини та науки про життя, 1999 р. 368 с.
31. Фрейд З, Психопатологія повсякденного життя, Берлін 1904, 153 с.
32. Штепа Л., Значимість психології в сучасному суспільстві, Кіровоград: Імекс- ЛТД, 2013. – 276 с.

ДОДАТКИ

Невимушені				
Порядковий номер респондента	PHQ	BDI	HADS	STAI
1	4	4	14	103
2	6	15	16	103
3	5	5	7	106
4	18	5	15	113
5	9	5	8	92
6	1	1	6	97
7	2	6	10	89
8	11	14	14	114
9	20	31	20	114
10	0	0	12	86
11	0	4	9	93
12	0	2	6	94
13	0	2	3	92
14	0	0	8	94
15	0	0	5	90
16	11	28	21	100
17	21	27	21	103
18	6	9	7	104
19	7	15	10	100
20	8	9	10	99
21	3	2	4	96
22	0	3	6	80
23	2	2	4	83
24	2	4	4	90
25	3	4	6	87

Вимушені				
Порядковий номер респондента	PHQ	BDI	HADS	STAI
1	20	28	24	117
2	11	20	14	112
3	23	34	31	97
4	7	2	9	86
5	7	11	14	105
6	3	9	9	94
7	12	28	28	103
8	1	5	3	95
9	5	10	8	100
10	20	28	19	100
11	12	12	12	111
12	2	5	3	93
13	6	15	17	111
14	5	5	9	90
15	5	4	7	94
16	5	6	5	95
17	11	12	16	104
18	16	13	17	98
19	4	10	13	96
20	7	5	9	108
21	18	32	20	115
22	16	21	20	108
23	19	17	19	120
24	14	20	16	111
25	18	23	27	118