

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.

ДИПЛОМНА РОБОТА

(ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА)

ЗДОБУВАЧА ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ «БАКАЛАВР»

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Психологія»

**Тема: Особливості переживання депресивних станів у вимушених
переселенців**

Виконавець: студентка групи 501-Бз Лабунська Єлизавета Сергіївна

Керівник: старший викладач кафедри авіаційної психології Власова-Чмерук
Оксана Миколаївна

Нормоконтролер: психолог лабораторії кафедри авіаційної психології
Вдовиченко М.М.

Київ – 2023

НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет лінгвістики та соціальних комунікацій

Кафедра авіаційної психології

Спеціальність: 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма: «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач випускової кафедри

_____ Любов ПОМИТКІНА

«___» _____ 2023 р.

Завдання

на виконання дипломної роботи

Лабунської Єлизавети Сергіївни

1. Тема дипломної роботи: «Особливості переживання депресивних станів у вимушених переселенців», затверджена наказом ректора №2209/ст від 23.11.2022 року.

2. Термін виконання роботи: з 03 січня 2023 року по 28 лютого 2023 року.

3. Вихідні дані до роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до першого та другого розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків загальним обсягом 57 сторінок, з них обсяг основного тексту 47 сторінок, список використаних джерел нараховує 45 позицій.

4. Зміст пояснювальної записки: дипломна робота складається з 2-х розділів. Перший розділ містить теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми особливостей переживання депресивних станів у вимушених переселенців; у другому розділі представлено емпіричне дослідження особливостей переживання депресивних станів у вимушених переселенців.

5. Перелік обов'язкового графічного (ілюстративного) матеріалу:
5 таблиць, 3 додатки

6. Календарний план – графік.

	Завдання	Термін виконання	Відмітка про виконання
1.	Опрацювання та реферування літератури з теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження	жовтень	
2.	Формулювання теми, мети, завдань дослідження. Написання вступу. Складання попереднього плану роботи. Узгодження з керівником	листопад	
3.	Написання першого розділу. Подання керівникові на перевірку	листопад	
4.	Написання другого розділу. Подання керівникові на перевірку	грудень	
5.	Оформлення роботи. Подання керівникові на перевірку	січень	
6.	Попередній захист дипломної роботи	08.02.2023	
7.	Опрацювання зауважень і виправлення недоліків	14.02.2023	
8.	Подання остаточного варіанта роботи на кафедру для перевірки на академічну доброчесність	20.02.2023	
9.	Подання дипломної роботи на рецензування	24.02.2023	
10.	Захист роботи	28.02.2023	

7. Дата видачі завдання: « ____ » _____ 2023 р.

Керівник дипломної роботи _____ Оксана ВЛАСОВА-ЧМЕРУК

Завдання прийняв до виконання _____ Єлизавета ЛАБУНСЬКА

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка до дипломної роботи «Особливості переживання депресивних станів у вимушених переселенців»: 57 сторінок, 5 таблиць, 45 використаних джерел, 3 додатки.

ДЕПРЕСИВНІ СТАНИ, ДЕПРЕСІЯ, ВИМУШЕНЕ ПЕРЕСЕЛЕННЯ, ВОЄННИЙ ЧАС, ПОВНОМАСШТАБНЕ ВТОРГНЕННЯ, ЕВАКУАЦІЯ

Об'єкт дослідження – депресивні стани особистості у психотравмуючих ситуаціях.

Предмет дослідження – особливості переживання депресивних станів у вимушених переселенців.

Мета дослідження – визначити та дослідити особливості переживання депресивних станів у вимушених переселенців.

Методи дослідження: теоретичні; психодіагностичні – «Шкала тривоги Бека», «Шкала депресії Бека», «Шкала безнадії Бека», «Методика визначення функціональних станів (ДС-6)»; методи математичної обробки – непараметричний критерій Колмогорова-Смірнова, Т-критерій Стьюдента, U-критерій Манна-Уїтні.

Встановлено, що вимушено переселені особи інтенсивніше переживають депресивні стани на відміну від людей, котрі не змінювали свого місця проживання.

Матеріали дипломної роботи рекомендовано використовувати представникам допомагаючих професій, що працюють у сфері психологічної допомоги особам, котрі перебували в надзвичайних ситуаціях, вимушеним переселенцям.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ У ПСИХОТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЯХ	8
1.1. Теоретичний аналіз проблеми депресивних станів особистості	8
1.2. Вимушене переселення як психотравмуюча ситуація	17
Висновок до розділу 1	24
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ В УМОВАХ ВІЙНИ	26
2.1. Методи та організація дослідження депресивних станів вимушених переселенців в умовах війни	26
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження	29
2.3. Аналіз результатів дослідження за допомогою методів математичної обробки даних	36
2.4. Практичні рекомендації для вимушених переселенців щодо подолання депресивних станів	38
Висновок до розділу 2	43
ВИСНОВКИ	45
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	48
ДОДАТКИ	53

ВСТУП

Актуальність дослідження. З початком повномасштабного вторгнення РФ на територію України, життя багатьох українців корінним чином змінилося. Велика кількість людей була вимушена покинути власні домівки під ризиком загрози життю та смерті. Велика кількість біженців як всередині країни, так і за кордоном являється досить гострою соціальною проблемою. Наша держава має справу з проблемою вимушених переселенців з 2014 року – починаючи з анексії Криму та гібридної війни в Донецькій та Луганській областях. Сучасні реалії, котрі характеризуються нестабільною внутрішньодержавною ситуацією, широкомасштабною війною, погіршенням економічної ситуації, інфраструктурною сферою, подібна масова міграція являється одним з найтяжчих викликів, котрий постав перед Україною в 21 столітті.

Подібні соціальні зміни та зрушення неодмінно впливають не тільки на соціальне, економічне й фізіологічне становище людини, а й психологічне здоров'я також зазначає значущого впливу. Депресивні стани, котрі безумовно являються одними з найважчих наслідків подібних ситуацій для людини, набули не аби-якого поширення серед громадян нашої країни, тому питання їх дослідження стає вкрай гострим.

Депресивні стани паралізують особистість, а саме її життєдіяльність, перешкоджаючи її оптимальному перебігу, знижуючи працездатність, вражаючи фізіологічне здоров'я та заважаючи міжособистісній сфері життя індивіда.

Наголошуючи на великій актуалізації даної проблематики, ми також відзначаємо новизну даної теми та досить погану її розробленість в вітчизняній психологічній науці.

Об'єкт дослідження: депресивні стани особистості у психотравмуючих ситуаціях.

Предмет дослідження: особливості переживання депресивних станів у вимушених переселенців.

Мета дослідження: визначити та дослідити особливості переживання депресивних станів у вимушених переселенців.

Завдання дослідження:

1. На основі теоретичного аналізу наукової літератури описати особливості переживання депресивних станів вимушеними переселенцями.
2. На основі емпіричного дослідження встановити особливості переживання депресивних станів вимушеними переселенцями
3. Розробити практичні рекомендації для вимушених переселенців щодо подолання депресивних станів.

Експериментальна база дослідження: дослідження проводилося в онлайн форматі. Вибірку дослідження склали 40 опитуваних, з них 20 – вимушено переселені особи (ВПО) і 20 осіб, котрі не змінювали своє місце проживання в умовах війни. В вибірку входять респонденти чоловічої і жіночої статі віком від 18 до 40 років.

Методи дослідження: теоретичні; психодіагностичні – «Шкала тривоги Бека», «Шкала депресії Бека», «Шкала безнадії Бека», «Методика визначення функціональних станів (ДС-6)»; методи математичної обробки – непараметричний критерій Колмогорова-Смірнова, Т-критерій Стьюдента, U-критерій Манна-Уїтні.

Практична значимість: результати, отримані в ході дослідження, можуть мають практичну та наукову цінність для працівників соціальної сфери з проблематики психологічної допомоги особам, котрі перебували в надзвичайних ситуаціях, вимушеним переселенцям.

Структура дослідження: дослідження складається з двох розділів, містить 57 сторінок, 5 таблиць та 3 додатки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ У ПСИХОТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЯХ

1.1. Теоретичний аналіз проблеми депресивних станів особистості

Депресія являється комплексним явищем, котрому в психологічній науці було приділено велика кількість уваги як зарубіжних, так і вітчизняних дослідників.

Науковці Н. Гойда, Н. Жданова, О. Напрєєнко, В. Домбровська визначають депресію як симптом, синдром або хворобу. Зазвичай депресія розглядається в якості такого синдрому, котрий містить в собі різноманітну кількість проявів, таких як соматоневрологічні, психологічні та емоційні.

У психологічному словнику за редакцією І. Дубровіної депресія розглядається як «депресивний стан, що характеризується апатією, пасивністю, відсутністю інтересу до оточуючих». Вчений О. Лоуен під терміном "депресія" розглядає стан індивіда з повною відсутністю емоційних проявів та реакцій. Саме депресію не можна вважати емоцією, адже вона придушує інші емоційні прояви особистості. Загалом депресія характеризується як негативний психологічний стан, який впливає на психологічні, фізіологічні та соціальні функції індивіда.

На думку С. Головіна, депресією вважається такий афективний стан, при якому в індивіда спостерігаються повна пасивність поведінки, зміни в когнітивній, емоційній та мотиваційній сфері. В такому стані зазвичай мають місце тяжкі, болючі переживання та емоції - апатія, туга, фрустрація. Також відбуваються зниження вольової активності, потягів. З'являються obsesії щодо особистої відповідальності за різноманітні неприємні події, котрі мали місце в житті індивіда або його близького оточення [7].

За визначенням таких авторів, як Л. Бурлачук, О. Вертоградова, Н. Іовчук, І. Кутько, І. Первова, А. Петровський, О. Подольський, К. Горні,

люди з депресією глибше відчують почуття провини за минулі події, а їх безпорадність перед складнощами життя безпосередньо пов'язана з почуттям безнадії. Самооцінка різко зніжена, спостерігається значна розбіжність між «реальним» та «ідеальним» Я, що зумовлено недосяжністю ідеального, конфліктом схильностей і потреб.

Дослідник О. Лоуен стверджує, що внаслідок придушення почуттів активніше розвивається депресія. Індивід стає неспроможний покладатися на власні почуття при зміні поведінки. Діапазон почуттів, які може висловити людина, визначає широту її особистості. Загальновідомо, що депресивна людина замкнута і що звільнення від будь-яких почуттів, таких як смуток чи гнів, які можуть проявлятися у психофізичному розряді, за допомогою ударів чи інших фізичних дій сприяє негайному та позитивному ефекту на депресивний стан.

Поведінка в стані депресії характеризується повільністю, безініціативністю і швидкою стомлюваністю; все це призводить до різкого падіння продуктивності праці. У психології виділяють типові прояви депресії, а саме емоційні, фізіологічні, поведінкові та психологічні.

До емоційних проявів депресивних станів відносяться такі характеристики: туга, фрустрація, пригніченість настрою, прояви відчаю та страждань, дратівливість, підвищена тривожність, зниження здатності відчувати радість та задоволення від приємних та звичних речей, зниження мотивації та інтересу.

Фізіологічними проявами депресивних станів являються розлади сну, зміни харчової поведінки, порушення функцій ШКТ, зміни в сексуальній поведінці, болісні відчуття в життєво-важливих органах або м'язах.

До поведінкових проявів депресії належать зміни в комунікативній поведінці, відмова від приємних емоційних вражень, застосування наркотичних та психоактивних речовин, алкоголізм.

В якості психологічних проявів виступають труднощі з прийняттям рішень, розсіяність уваги, переважання негативу, похмурі думки про себе,

низька самооцінка, думки про суїцид (при важкій депресії), думки про непотрібність або незначність себе в соціумі, заторможеність мислення.

Д. Хелл схематично зобразив механізм розгортання компонентів поведінки при депресивних станах. Спершу поведінка індивіда, котрий хворий на депресію, нагадує певний клич, прохання про поміч. Відчай і безсилля стають причиною у близьких співчуття і бажання допомогти. Проте з часом скарги депресивної людини починають викликати в оточуючих невдоволення і вороже ставлення до неї: дратівливість і нестриманість призводять до появи відчуженості в людей, з якими вона спілкується. Інакше кажучи, виклик, ворожість і відчуженість як компоненти депресивної поведінки викликають в оточуючих амбівалентні почуття — симпатію, роздратування, бажання уникнути спілкування. Іноді суперечливі почуття близьких настільки сильні, що, блокуючи один одного, вони також викликають відчуття безпорадності та внутрішньої порожнечі. Таким чином, дослідження депресивної поведінки доводить, що депресія є проблемою не лише її носія: глибоко проникаючи у сферу людських взаємин, вона також приносить страждання його близьким [30].

Науковці А. Бек, Д. Майерс, Д. Хелл, П. Левінзон стверджують, що депресивні стани зумовлюють негативні перетворення в когнітивній сфері індивіда. Пригнічений настрій вважають першочерговою причиною песимістичного мислення особистості, її негативного самосприйняття та картини світу в цілому [33].

Психолог А. Бек визначає депресивний стан не лише як порушення емоційної сфери, а також в якості певного виду когнітивного стану, коли під впливом психотравмуючих факторів активується дисфункціональна схема, «когнітивна тріада депресії».

Перший компонент депресивної когнітивної тріади стосується сприйняття людини як нікчемної, безпорадної та недієздатної.

Друга складова включає негативне бачення навколишнього світу, яке змушує людину трактувати свою взаємодію з ним як ланцюг невдач і втрат, зображуючи своє минуле і сьогодення в похмурих тонах.

Третя складова – це негативні очікування щодо свого майбутнього, котре сприймається як похмуре та безнадійне. Ці мисленнєві моделі призводять до різноманітних проявів депресії у мотиваційній, фізіологічній та поведінковій сфері. Депресивні стани заважають адекватному сприйняттю інформації, когнітивних операцій, відповідних реакцій тощо. Індивід позбувається можливості до адекватної інтерпретації життєвих моментів, розвивається депресивний стиль мислення (самозвинувачення, перебільшення своїх недоліків, підвищене почуття відповідальності тощо).

Д. Хелл пропонує визначати депресію в якості певного механізму захисту психіки, котрий виконує функцію внутрішньої інтеграції та забезпечує виживання в кризових життєвих ситуаціях. На думку автора цих положень, у людини в період життєвої кризи, коли вона втрачає важливий предмет, виникає природне почуття смутку, яке допомагає їй пережити цю подію. Якщо людина не може пережити втрату, страх перед нею стає патологічним, ситуація стає вкрай небезпечною (існує ймовірність важкого психічного захворювання). У таких умовах вмикаються механізми психологічного захисту: в результаті специфічної когнітивно-афективної обробки почуттів у свідомість людини не повинно входити почуття нестерпного смутку, воно змінюється депресивною порожнечою, байдужістю, апатією [30].

На думку дослідників, головним із елементів депресії є непослідовність підкріплень (винагороди і покарань). У такій ситуації індивід позбувається можливості розуміти моделі підкріплення. Тому, якщо, наприклад, батьки та вихователі безладно використовують схвалення та покарання, дитина розгублюється, розвивається відчуття безпорадності та безнадії. А синдром депресії характеризується відчуттям безпорадності та безнадії.

П. Левінзон вважає, що депресія розвивається у людей через відсутність позитивного підкріплення поведінки, яку вони відчують. Це може статися через те, що: 1) є небагато подій, які можуть бути потенційно позитивним підкріпленням для цієї людини; 2) середовище позбавлене можливостей для отримання позитивного підкріплення; 3) ця особа не має соціальних навичок, необхідних для отримання позитивного підкріплення. Однією з основних складових депресивних станів є особистісна дезадаптація через видозміни в соціумі. Якщо навколишнє середовище, а саме суспільне, перетворюється так, що реакції, які до цього були чимось підкріплені, наразі не мають підстав в підкріпленні, тоді їх не стає, і депресія починає виникати через втрату підкріплення в позитивному плані. Таким чином, на думку деяких авторів, депресію можна узагальнити як прояв і необхідний інструмент свідомої чи несвідомої перебудови мотиваційно-ціннісної системи, інструмент вибору, механізм саморозбудови чи самознищення.

В особливо важких випадках, коли такий стан триває тривалий час, говорять про депресивному захворюванні, яке вимагає не тільки психологічного, а й медикаментозного лікування. Однією з причин зростання депресії у людини можна вважати культ влади та культ рацію, які призводять до заборони переживати та виявляти негативні емоції (Н. Харанян, В. Ротштейн, А. Холмогорова та ін.). При цьому істотно ускладнюється їх психологічна обробка, через що відбувається постійне їх накопичення. Заборона на емоції призводить до їх витіснення зі свідомості і в кінцевому підсумку до зростання фізіологічної складової у вигляді болю і неприємних відчуттів різної локалізації. Депресивний стан базується на психологічній складовій терміна депресія. В психологічній літературі депресивні стани відносять до класу тих психічних станів, які мають необхідні психологічні характеристики. Їх вважають такими афективними станами, котрі визначаються негативною емоційною складовою, уповільненням психічних процесів, загальною загальмованістю індивіда. Подібні стани характеризуються трійцею психічних розладів: знижений настрій,

уповільнення розумових процесів, рухова загальмованість, недостатня або відсутня взаємодія з навколишнім світом. Відчуття змінюються зі зміною зовнішніх обставин, що викликає різні реакції організму.

Депресивні стани чинять вагомий вплив на індивіда, вносячи зміни до його психічної складової здоров'я. Незважаючи на те, що подібні зміни зазвичай відбуваються покроково, особистість з депресією відрізняється від того, ким вона була до переживання хвороби.

В подібному стані, на думку Є. Ковальова, переважають перманентно негативні, безвихідні думки про майбутнє і сьогодення. Вони можуть бути змішані з думками про смерть і самогубство. Автор також визначає, що людина в депресивному стані відчувається самотньою, неповноцінною, безнадійною та непотрібною.

О. Лоуен запропонував розділити людей з позиції розвиненості депресивних станів на дві групи - орієнтованих на навколишній світ і його цінності, і тих, хто орієнтується на свій внутрішній світ [13]. Дані категорії не являються абсолютними, а використовуються задля більшої зручності в термінології для опису людської поведінки та їх відношення до реальної дійсності. Щоправда, чисельна кількість випадків являються більш опосередкованими, не підпадаючи ні під першу, ні до другої групи. Ті, хто зосереджується на навколишній дійсності, дещо вразливіші до депресивних розладів та порушень, ніж їхні "антагоністи", котрі зосереджується на внутрішньому світі. У ширшому розумінні інтровертна людина має сильну й глибоку самосвідомість. На відміну від індивідів з орієнтацією зовнішній світ, на її поведінку та думки менше впливають умови навколишнього середовища, що постійно змінюються. Ця людина має внутрішню стабільність і порядок у власних емоціях і почуттях, вона стоїть на міцному фундаменті самосвідомості і самоствердження. Зі сказаного вище можна зробити висновок, що депресія як психологічне явище чинить негативний вплив на психологічне здоров'я людини в цілому та деструктивно впливає на

її життєве емоційне благополуччя. Виділяють наступні наслідки депресивних станів:

1. Соціально-комунікативні. Депресія вражає індивіда, його особистість, вносить погані зміни у відносини з близькими людьми та оточенням аж до можливого зриву, а тому негативно впливає на розвиток суспільства в цілому. Благоустрій особистості, котра страждає на депресивні розлади, погіршується внаслідок зниження працездатності.

2. Клінічний аспект. Людина починає хворіти на різноманітні захворювання, а наявні хвороби перетікають важче. Імунітет особистості згасає, внаслідок чого підвищується вразливість до багатьох інфекційних та вірусних захворювань. Важкий перебіг депресії може викликати остеопороз, вдвічі збільшує ризик розвитку захворювань серцево-судинної системи. Депресивні розлади також впливають і на нервову систему, когнітивні здібності, концентрацію, увагу і т.д. Депресивні стани чинять вагомий вплив на больові відчуття. Індивід, котрий страждає хронічними болями в суглобах або спині, відчуває їх посилення під час депресії. Багато людей, які категорично заперечують наявність депресивного стану, скаржаться на різні незрозумілі болі.

3. Фізіологічний аспект. Депресія чинить вплив на роботу всього організму. Зміна харчової поведінки призводить до переїдання і збільшення ваги або навпаки, до зниження апетиту і втрати ваги. Депресія може викликати порушення в сфері гормональної роботи організму, а також багато інших фізіологічних змін. Її найбільша підступність полягає в тому, що депресія одночасно чинить і соматичний, і психологічний вплив. Серед причин виникнення та розвитку депресивних розладів та станів О. Лоуен виділяє прагнення людини до нереальних цілей, котрі безпосередньо не пов'язані з основними потребами людини. Ще один аспект людської особистості, котрий піддається впливу депресії - це самовираження. Воно являється однією з найголовніших потреб людини. Самовираження депресивної людини сильно обмежене, а іноді й повністю заблоковане. "Я"

відчувається шляхом самовираження і згасає, коли способи самовираження закриваються. Однак тут іноді мають місце внутрішні перешкоди, окрім зовнішніх, котрі являються дещо потужнішими тягарями в процесі самовираження, ніж закони чи насильницькі обмеження для людини вираження себе. А оскільки внутрішні перешкоди частіше всього неусвідомлені або раціоналізовані, вони сковують людину набагато більше, ніж зовнішні.

А. Макаров виділяє низку причин, що зумовлюють виникнення депресії у сучасних людей, а саме: захворювання серця; серйозні хронічні захворювання (діабет, рак, псоріаз, хронічний біль); проблеми в шлюбі (зрада, сексуальна дисгармонія); вживання алкоголю або наркотиків; прийом препаратів, які можуть викликати депресію (стероїди, знеболюючі); стресові ситуації в житті (зміна або втрата роботи, смерть близької людини); соціальні стреси; залежність або співзалежність від інших людей; певний фізіологічний стан (анемія, дисфункція щитовидної залози); процес старіння або деменція, психічні розлади, які впливають на повсякденне життя; недавнє серйозне захворювання або операція; зазнав сексуального або фізичного насильства в дитинстві; постійне відчуття тривоги або патологічного страху; розлад харчової поведінки або тривожний синдром [32].

Так зване депресивне мислення, яке, на думку А. Бека, складається з трьох основних компонентів, може призвести до симптомів депресії:

- 1) негативне ставлення до себе («все дуже погано, бо я такий невдаха, іншого я не заслуговую»);
- 2) негативний життєвий досвід («все завжди було погано»);
- 3) песимістичний погляд на майбутнє («все буде погано», «не чекаю щастя») [33].

Загалом сучасна інтерпретація визначення депресії акцентує увагу на порушеннях у біологічній та психологічній сферах, а також у сфері навколишнього середовища, припускаючи вплив двох напрямків – біологічного та психологічного. Водночас Е. Бібрінг зазначає, що стани, які

сприяють виникненню депресії, часто є засобом її подолання. Деякі зарубіжні дослідники (Г. Екіскал, Дж. Маккалоу, О. Ловен, Б. Скіннер, П. Вайброу) проблеми депресивних переживань стверджують, що кожне переживання, яке асоціюється з депресією, належить до двох взаємопов'язаних сфер: у внутрішній сфері організму відбувається постійна взаємодія біологічних і психологічних процесів. Середовище, яке є зовнішньою сферою організму, регулярно ставить перед індивідом завдання, які він або успішно вирішує, або ні.

Г. Екіскал та В. Мак-Кіні запропонували подібну гіпотезу про те, що депресія виникає з двох джерел:

- 1) неспроможність копінг-стратегій подолати проблеми та стреси навколишнього середовища;
- 2) деструктивний вплив неадекватних копінг-стратегій на біологічні та психологічні процеси.

Депресивний стан також впливає на думки та почуття людини. Людині стає важко думати, думки плутаються, течуть повільно, дуже важко зосередитися на чомусь конкретному, з'являється неухважність і погіршення пам'яті. У такому стані думки і почуття спотворюються, не відображають реальної дійсності, людина стає тривожною, охопленою різними страхами, знижується самооцінка через думки про власну неповноцінність, нікчемність і провину. Таке самопочуття може підкріплюватися різними хворобливими проявами, суїцидальні думки виникають регулярно без спеціального плану, можливі суїцидальні спроби або спеціальна розробка плану для реалізації суїцидальних намірів. Існують також менш часті форми важкої депресії: психотична депресія (додатково розвиваються марення і галюцинації, значно зростає загроза суїциду, при цьому стані необхідна негайна госпіталізація), атипова депресія (змішані симптоми, характерні для великої депресії, і нетипові симптоми) післяпологова депресія, передменструальний дисфоричний розлад [14].

1.2. Вимушене переселення як психотравмуюча ситуація

Внаслідок широкомасштабного вторгнення Російської Федерації на територію нашої країни жителі багатьох регіонів України були змушені прийняти рішення покинути свою історичну батьківщину. Першочергова невідповідність між відсутністю позитивної мотивації до зміни місця проживання та неспроможністю залишатися у власній домівці, складнощі з адаптацією на новому місці призводять до появи цілком негативного досвіду екстремальної імміграції, котрий знаходиться поза межами повсякденного життя.

Коли люди вирішують покинути свою історичну батьківщину, вони, як правило, опиняються в умовах кризи, коли повністю сформовані життєві структури зруйновані і практично відсутні чіткі бар'єри, що визначають подальший розвиток подій.

Феномен вимушеної міграції є складним і багатограним процесом. Терміни «міграція» та «вимушена міграція» охоплюють низку понять. Перш за все, це стосується «біженців» і «вимушених переселенців».

Відповідно до Керівних принципів УВКБ ООН стосовно вимушеної імміграції, внутрішньо переміщені особи визначаються як індивіди або групи людей, котрим довелося вдатися до втечі чи полишення свого місця проживання з метою уникнення наслідків воєнного конфлікту, ситуацій з проявами насильства, обмеження чи порушення людських прав, можливості виникнення стихійних лих, техногенних катастроф. При цьому людина при подібному переселенні не перетинає кордони власної країни.

В історії нашої країни така група населення почала існувати з 2014 року, з анексією Криму та початком так званої «гібридної війни» на Донбасі. На сьогоднішній день, після 11 місяців повномасштабної війни, за даними Міжнародної організації міграції вимушеними переселенцями стали понад 8

мільйонів осіб (www.ukrinform.ua). Люди залишали рідні місця наспіх, в умовах загрози життю, в надії скоріше повернутися додому. Вимушене переселення – одна з найскладніших життєвих ситуацій, психотравмуюча ситуація найвищого ступеню інтенсивності. Травматизація психіки в минулому викликана історією міграції, травматизація психіки в новому соціокультурному середовищі викликана вимогами адаптації та іншими труднощами, що виникають після переїзду. Його з повним правом можна віднести до крайніх, коли перед людиною постає проблема виживання, постійна боротьба з надзвичайно складними життєвими обставинами. Окрім незручностей, пов'язаних із перебуванням на чужій території, переїзд у нове середовище також впливає на стан психічного та фізичного здоров'я переселенців: соціальна безправність та психічна незахищеність, великий тягар матеріальних проблем, постійний страх перед майбутнім, підрив здоров'я та підвищення ризику захворювань, конфлікт із собою та оточуючими, зрештою відчуття себе «чужим» та людиною «другого сорту». Аналіз психологічних проблем вимушених мігрантів показує, що вони мають комплексний характер і охоплюють усі основні сфери особистості: емоційну, когнітивну, поведінкову, мотиваційну, комунікативну. Порушення в різних сферах психічного здоров'я іммігрантів, які накладаються один на одного, можуть призвести до більш глобальних проблем особистості. Змінюючи соціальне середовище, іммігранти втрачають підтримку друзів і знайомих, з якими жили раніше, що призводить до відчуття самотності [3].

В психологічній науці визначають досить великий спектр розладів емоційної сфери вимушених переселенців – від байдужості, депресії, занепаду інтересу до життя, підвищеної апатії, загальмованості поведінки, до агресивних та дратівливих форм поведінки, неконтрольованих спалахів гніву. Збільшується тривога, посилюється збудливість, різко змінюється настрій, з'являються реакції фобічного типу. Переважна більшість іммігрантів мають характерні розлади сну, такі як безсоння, складнощі із засипанням, жахи. Можуть проявлятися розлади пізнавальної сфери (порушення концентрації

уваги, неможливість довести справу до кінця; порушення пам'яті у вигляді нав'язливих спогадів, забування). Такі порушення викликають у переселенців глибші переживання своєї неадекватності, виникають депресивні думки на кшталт «зі мною щось не так», що в свою чергу ще більше пригнічує.

Спостереження зарубіжних клінічних психологів показують, що депресія є найпоширенішою першопричиною того, що вимушені переселенці частіше відвідуються психологів та психіатрів. В свою чергу, депресивні розлади можуть призводити до того, що дана категорія осіб потрапляє в зону суїцидального ризику [24].

Як зазначив Н.В. Якушкіна, одним із основних негативних психологічних наслідків екстремальних психотравмуючих подій є втрата особистістю ціннісно-сміслових орієнтацій. Коли людина після психологічної травми потрапляє в нормальне соціальне середовище, вона відчуває, що, на відміну від інших, має унікальний досвід життя в незвичній, ненормальній реальності.

Основною значущою характеристикою відмінності двох дійсностей є парадигма «життя – смерть», що тотально змінює систему координат існування, сприйняття, переживання. Людина починає сприймати дійсність із зовсім іншою системою ціннісносміслових орієнтирів.

Повернення до нормальних умов життя є не меншим випробуванням, ніж травматичні переживання. В людини все ще відсутнє відчуття безпечності, вона не має поруч близьких людей, ледве стримує свої емоції, наявний поганий самоконтроль. В подібних ситуаціях психологічної напруженості розрядка є вкрай необхідною.

У дослідженні західних науковців ще в 1980-ті роки було показано, що на психологічний стан вимушено-переселених осіб значимий вплив чинять саме перший час проживання на новому місці, а не сама подія. Адже саме в цей період людина проходить випробування адаптацією на новому місці. Зміни у мотиваційній сфері починаються у вимушених переселенців ще до

від'їзду, коли перешкоди, що виникають на шляху задоволення потреб різних рівнів, призводять до посилення реакцій страху, гніву, агресії, поступово стають постійними детермінантами поведінки. Результати проведених опитувань вимушених переселенців свідчать про тривалі негативні зміни. У переважної частини вимушених переселенців відсутні можливості для задоволення базових потреб у їжі, житлі, відносному матеріальному добробуті.

Даний період являється тим моментом життя, в який індивід вимушено залишається наодинці з власною кризою ідентичності, будучи вирваною зі звичного середовища. Неспроможність людини до прийняття нової соціальної ролі являється головним показником такої кризи. Важливо не тільки прийняття даної ролі, а й адаптація до неї. Зазвичай виділяють декілька характерних ознак подібного стану: невизначеність перспектив, неадекватна самооцінка, великий рівень песимізму, зміна соціальної активності, агресивність поведінки по відношенню о соціуму [3].

Найважливішу роль для вимушено-переселених осіб при безперервному психоемоційному напруженні, підвищеній тривожності, фрустрованості та депресії відіграє турбота про власний психофізіологічний стан. Розглянуті нами об'єктивні сторони життя лише частково детермінують суб'єктивне благополуччя особистості. Для психологічного вирішення цієї проблеми саме суб'єктивні чинники мають більшу значущість, оскільки рівень добробуту складається з суб'єктивних оцінок індивіда, його емоційного стану, життєвого досвіду, цінностей і прагнень особистості.

Як вказує О.Р. Асмолов, в ситуації вимушеної міграції проявляється смислова криза особистості, при якій потрібна концепція смислової реабілітації, або смислового відновного виховання особистості. Багато з них намагаються взагалі не думати про те, що з ними сталося, їх психіка підключає механізми психологічного захисту, що дійсно важливо на перших етапах, але далі питання усвідомлення пережитого досвіду, сприйняття себе у новій ситуації і побудова нового сьогодення стає важливим внутрішнім

завданням – рефлексія допомагає вийти на новий рівень усвідомлення, отримати ту допомогу, яка дійсно потрібна, і рухатися далі до суб'єктивного відчуття благополуччя.

Соціологічні опитування вказують, що більша частина колишніх мешканців Донбасу не пристосувалися до нових умов. Найактуальнішими для таких осіб являються проблеми житла та працевлаштування.

За результатами досліджень Інституту регіональних досліджень імені М.І. Долішнього НАНУ, вимушено-переселені особи, котрі переїхали на Львівщину, як основні матеріальні труднощі назвали невирішені житлові питання (87,2% респондентів) та проблеми з місцем роботи (65,7%). Так ж ситуація і в багатьох інших регіонах України. Щонайменше 90% переселенців у Харківській області, 88% у Запорізькій, 86% у Дніпропетровській та Миколаївській областях повідомляють про проблеми з житлом. Також, в нашій державі наявний чіткий зв'язок між можливостями реалізації громадянських прав на місце проживання (реєстрацію). Жителі, котрі були вимушені залишити власні територіальні одиниці, втрачали частку громадянських прав і свобод, що затверджені конституцією. Подібні обставини стали певним об'єктивним чинником їх дискримінації в місцях вимушеного поселення, що в свою чергу дещо ускладнює процес адаптації до нових умов життя. Необхідно привернути увагу до того, щобільшість людей мають досить стійкі стереотипи щодо певного національного характеру, тобто переконання, що представники одних регіонів країни показують відносно сталі уявлення про наявність у них специфічних наборів рис [20].

На жаль, подібну ситуацію можна було спостерігати і у ставленні громадян з різноманітних областей до громадян з Донбасу з початком гібридної війни у 2014 році. Явище стереотипізації можемо виявити за рахунок низки тверджень. З психологічної точки зору індивідам простіше характеризувати значні людські групи (соціально і національно) диференційовано, грубо і упереджено. Подібна категоризація має природну схильність залишатися стабільним протягом тривалий період. Зрушення в

суспільній та політико-економічній галузях зазвичай призводять до зміни стереотипу, але це трапляється не постійно і з часом. Стереотипи зазвичай надто рано визначаються як «чуттєва речовина світу», і діти починають використовувати їх задовго до того, як у них з'являться чіткі уявлення про класи, до яких вони приналежні.

Важливим пунктом є відношення до іммігрантів з боку приймаючої групи населення, котре не може бути стовідсотково толерантним і розуміючим. Це означає, що громадяни з Донбасу, які вимушено переселилися у «свою» державу, раптом опинилися в Україні «чужими». Відомо, що брак повноцінної комунікації та соціальної взаємодії з місцевими людьми можуть призводити до типового для більшості переселенців відчуття відчуженості та непотрібності.

Адаптацією називають процес пристосування індивіда до умов навколишнього середовища. Адаптацію людини поділяють на біологічну та соціально-психологічну. Соціально-психологічною адаптацією називають процес пристосування особистості як соціального організму до всіх соціокультурних аспектів. Соціальну адаптацію також визначають як інтегральний показник стану індивіда, який показує її здатність до виконання багатьох соціально-біологічних функцій. Вплив на оточуюче середовище поділяють на пасивний і активний. Питання соціальної адаптації вивчалася в трьох спрямуваннях: психоаналітичному, гуманістичному та когнітивному. Виділяють декілька теорій, які характеризуються адаптаційний процес переселенців до нового культурного середовища: гіпотеза культурного шоку, акультураційний стрес, посттравматичний стресовий розлад, ностальгія, етнічні стереотипи. Дослідники виокремили чотири фактори, котрі зараз часто використовуються для розуміння наслідків міжкультурної комунікації, а також для визначення стратегій міжкультурної комунікації переселенців: інтеграція, асиміляція, сегрегація, геноцид [18].

До вивчення процесу пристосування вчені підходять по-своєму: вивчають певний компонент, декілька компонентів, купу компонентів або їх

системи. Всі ці компоненти, котрі чинять вплив на процес пристосування, поділяються на зовнішні (умови зовнішнього середовища) і внутрішні (індивідуальні здібності людини). Соціальна депривація визначається як відсутність контакту з оточенням, що позначається на психологічному стані особистості та зумовлює зміну вже створених механізмів соціального пристосування, що може призвести до депресивних станів, важких неврозів і психозів. Наслідки соціальної ізоляції та депривації для переселенців дуже серйозні. Суперечності між очікуваннями і станом реальної ситуації призводять до фрустрації. Значною мірою посиленню негативних наслідків міграції сприяє мігрантофобія, яка може призвести, наприклад, до ефекту гетто. Якщо говорити про фактори, що сприяють адаптації, то важливе місце серед них займає соціальна підтримка, яка відіграє найважливішу роль у збереженні та підтримці психічного здоров'я мігрантів. Під ним розуміють стосунки з найближчим оточенням (сім'єю, друзями, колегами та іншими людьми), які допомагають пом'якшити важкі удари долі та з меншими витратами пережити кризову життєву ситуацію. Доступність міжособистісних стосунків, різноманітність і збільшення кількості позитивних контактів, а також інтенсивність стосунків безпосередньо пов'язані зі зростанням психологічного благополуччя та зниженням ймовірності соматичних і психічних захворювань.

Висновок до розділу 1

Дослідження депресивних станів привертає увагу психологів різних напрямків. Зростання рівня розвитку депресій до початку широкомасштабного вторгнення частіше всього пов'язували з високим темпом життя, підвищеним рівнем його стресогенності: високою конкурентністю сучасного суспільства, соціальною нестабільністю – високим рівнем міграції, складними економічними умовами, невпевненістю у завтрашньому дні. Нині же, рівень депресії в країні значно зріс через проведення бойових дій, постійної загрози життю громадян внаслідок можливих ракетних обстрілів, погіршення економічного становища тощо. Особа, яка знаходиться у депресивному стані не може зосередитись, у неї погіршується пам'ять, зростає тривожність, а самооцінка знижується, можуть виникати суїцидальні думки. Цей стан впливає на якість життя, на сприйняття світу та оточуючих людей.

Вимушено переміщеною особою – є громадянин України, іноземець або особа без громадянства, яка перебуває на території України на законних підставах та має право на постійне проживання в Україні, яку змусили залишити або покинути своє місце проживання у результаті або з метою уникнення негативних наслідків збройного конфлікту, тимчасової окупації, повсюдних проявів насильства, порушень прав людини та надзвичайних ситуацій природного чи техногенного характеру.

Ситуація вимушеного переселення є психотравмуючою подією найвищої інтенсивності. Вимушені переселенці зазнали подвійної травматизації: спочатку це перебування в зоні бойових дій, а потім евакуація і переселення. Життя в новому середовищі пов'язане з екстремальним навантаженням на психіку особистості. Це виклик для адаптаційних ресурсів особистості, вимоги до переоцінки цінностей та необхідність перебудови системи копінг стратегій. Це неминучі зміни в емоційній сфері – від байдужості, депресії, занепаду інтересу до життя, підвищеної апатії,

загальмованості поведінки, до агресивних та дратівливих форм поведінки. Переселенцям потрібна психологічна підтримка і допомога.

Нині проблема психологічної допомоги та реабілітації переселенців вивчається доволі широко й активно. Разом з тим ще досі відчувається брак як систематичних соціально-психологічних досліджень із вивчення травми переселення у зв'язку із воєнним конфліктом, соціокультурної специфіки у переживанні цієї травми, так і наукової рефлексії досвіду психологічної допомоги вимушено переміщеним особам. Успішність адаптації ВПО багато в чому визначається психологічним станом і настроєм людини. Для підтримки процесів саморегуляції в кризових умовах вимушеного переселення людина повинна володіти навичками психологічної адаптації в розумінні складного процесу, в результаті якого індивід досягає узгодженості з новим середовищем. У кризових умовах адаптації перед особистістю висуваються підвищені вимоги, які повинні відповідати новим вимогам існування, із збереження внутрішньої стабільності і рівноваги.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Методи та організація дослідження депресивних станів вимушених переселенців в умовах війни

В першому розділі нашого дослідження нами був проведений теоретичний аналіз проблеми особливостей переживання депресивних станів вимушених переселенців в умовах війни. В другому розділі описане емпіричне дослідження з проблематики нашого дослідження, його методологія та результати.

Для проведення емпіричного дослідження нами була сформована вибірка респондентів кількістю в 40 осіб, з них 20 – вимушено переселені особи (ВПО), які змінили місце проживання в межах країни. Наразі вони проживають в Києві та Київській області. У групу для порівняння увійшли 20 осіб, котрі не змінювали своє місце проживання в умовах війни, проживають у Києві. В вибірку входять респонденти чоловічої і жіночої статі віком від 18 до 40 років.

Емпіричний етап дослідження передбачає вирішення таких завдань:

1. Для визначення особливостей депресивних станів вимушено-переселених осіб передбачений підбір відповідного методичного інструментарію.

2. Проведення дослідження та обробки отриманих результатів психодіагностичних методик.

3. Визначення особливостей переживання депресивних станів вимушено-переселених осіб за допомогою методів математичної обробки даних.

4. Надання практичних рекомендацій щодо подолання депресивних станів вимушено-переселеними особами.

Відповідно до першого завдання емпіричної частини дослідження, ми сформуvalи необхідний психодіагностичний інструментарій дослідження:

1. Шкала тривоги Бека (The Beck Anxiety Inventory – «BAI»). Дана методика, створена Аароном Беком, використовується при первинному скринінгу тривоги респондентів та задля оцінки рівня їх вираженості. Дана методика складається з 21 твердження, кожне з яких описує певний характерний симптом тривоги, психологічний або фізіологічний. Оцінка твердження ранжується від 0, що означає низький рівень стурбованості даним симптомом, до 3 балів, тобто сильний рівень стурбованості. Дана шкала являє собою досить зручний інструмент задля попереднього дослідження рівня вираженості «тривожних розладів» у великого кола опитуваних. Вік респондентів варіюється від 14 років і до людей похилого віку. Підрахунок результатів здійснюється шляхом підсумовування балів за пунктами методики.

2. Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI). Дана методика була запропонована Аароном Беком у 1961 році. Задля її створення в якості наукової основи використані спостереження авторів щодо феномену депресії та процесу її перебігу. Результати даних спостережень дозволили виділити ряд основних симптомів депресивних станів. Методика включає 21 твердження, котрі характеризують симптоми депресії. Дані твердження дозволяють виявити рівень тяжкості депресивних станів. Показник кожної категорії варіюється від 0 (симптом не турбує людину) до 3 (індивід сильно стурбований симптомом). Сумарна оцінка варіюється від 0 до 63 балів. Чим нижчий результат вийшов у респондента за результатами даної методики, тим краще його самопочуття.

3. Шкала безнадійності Бека (Beck Hopelessness Inventory, BHI). Ця шкала вимірює вираженість негативного ставлення до суб'єктивного майбутнього у дорослих і підлітків. Шкала була розроблена А. Беком та групою його співробітників у Центрі Когнітивної Терапії Медичної Школи Університету Пенсільванії (США). В основі даного поняття як теоретичного

конструкту лежить когнітивна теорія психічних процесів, у тому числі про депресію як наслідок когнітивних помилок. При розробці шкали автори наслідували концепцію Stotland, в рамках якої безнадійність розглядається як система когнітивних схем, загальною ознакою для яких є негативне забарвлення очікувань щодо найближчого та віддаленого майбутнього.

Індивіди з високими показниками безнадійності вірять:

- що все в їхньому житті йтиме не так;
- що вони ніколи ні в чому не досягнуть успіху;
- що вони не досягнуть своїх цілей;
- що їхні найгірші проблеми ніколи не будуть вирішені.

Такий опис безнадійності відповідає третьому компоненту негативної тріади когнітивної моделі депресії Бека, згідно з якою депресивний стан визначають негативний образ себе, негативний образ свого функціонування у теперішньому та негативний образ майбутнього. Шкала безнадійності Бека (BHS) складається із двадцяти тверджень. При відповіді респондент висловлює свою згоду чи незгоду з кожним твердженням відповідно до запропонованих варіантів відповіді:

- Зовсім неправильно
- Скоріше неправильно
- Скоріше вірно
- Дуже вірно

Шкала безнадійності Бека вимірює виразність негативного ставлення суб'єкта до свого майбутнього. Особливу цінність дана методика представляє як непрямий індикатор суїцидального ризику у пацієнтів, які страждають на депресію, а також у людей, які раніше вже робили спроби самогубства.

4. Методика визначення домінуючого стану (ДС-6). Призначення даної методики полягає в виявленні характеристик психологічного і соціально-психологічного рівнів домінуючого стану особистості. Дана методика представляє собою опитувальник, котрий складається з певного набору

тверджень, що характеризують ознаки стану, поведінки, ставлення людини по відношенню до різноманітних явищ.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Наступним етапом нашого дослідження є аналіз та інтерпретація результатів психодіагностичних методик дослідження.

Загальну вибірку нашого дослідження було поділено на дві групи по 20 осіб. До першої групи входять вимушено-переселені особи (далі – ВПО). До другої групи належать ті особи, котрі не змінювали своє місце проживання з початком повномасштабного вторгнення.

За результатами методики «Шкала тривоги Бека» отримані наступні результати. Дані продемонстровані в табл. 2.2.1.:

Таблиця 2.2.1.

Результати респондентів за методикою «Шкала тривоги Бека»

	Рівні вираженості тривоги		
	Низький	Середній	Високий
Група 1 (ВПО)	25%	40%	35%
Група 2	45%	35%	20%

За результатами даної методики нами були здійснені наступні висновки.

В першій групі респондентів домінують середній та високий рівні вираженості тривоги. Такий результат доводить, що поширеність тривожних розладів серед ВПО сягає досить значного відсотку. Стрес, котрий люди набувають в процесі активної та раптової, а іноді і досить частої зміни місця проживання, при тривалому впливі вагомим чином впливає на психофізіологічний стан індивіда. Люди, що вимушені були залишити власні домівки, відчують з часом більшу кількість наслідків для власної психіки.

Їх тривожність, як особистісна характеристика, значно зростає, а показник ситуативної тривожності (тривоги) при взаємодії з певними тригерами (повітряні тривоги, звуки вибухів, новини з місць бойових дій, згадки про покинуту домівку, можливих втрат близьких тощо) стрімко зростає, що може призводити до панічних настроїв, нервових зривів та інших психічних розладів, котрі являються наслідками надмірної тривоги.

В другій групі респондентів явно домінують результати з низьким рівнем вираженості досліджуваного явища. Даний показник свідчить про наступні можливі варіанти: або досліджувані володіють гарною стресостійкістю, через що не піддалися паніці та вирішили не покидати власні домівки навіть при нависаючій загрозі життю, або проживали в відносно безпечних місцях (загрозу становлять можливі ракетні обстріли та загрози ворожих БПЛА). В будь-якому випадку, показник тривоги даної групи значно відрізняється від результатів групи першої, в якому високий рівень тривоги переважає над низьким.

За результатами методики «Шкала депресії Бека» були отримані наступні результати. Дані продемонстровано в табл. 2.2.2.:

Таблиця 2.2.2.

Результати респондентів за методикою «Шкала депресії Бека»

	Рівні вираженості депресії		
	Низький	Середній	Високий
Група 1 (ВПО)	20%	40%	40%
Група 2	50%	40%	10%

Ми інтерпретуємо отримані результати наступним чином.

В першій групі переважають результати середнього та високого рівня вираженості (по 40% відповідно). Якщо середній рівень вираженості депресивних ознак є досить сприйнятним явищем в умовах нашого часу та воєнного стану, то високий рівень свідчить про значні порушення в

здоровому функціонуванні організму індивіда. Адже депресія має не тільки психологічні, а й фізіологічні ознаки та наслідки для людини. ВПО являються тією категорією людей, котрі знаходяться в зоні ризику розвитку даного явища через своє становище. Полишення домівки, вимушена евакуація, постійна загроза життю, непередбачуваність та туманність майбутнього, особистісна невизначеність – всі ці категорії неодмінно впливають на психофізіологічне функціонування індивіда, зумовлюючи таким чином розвиток психічних порушень. Депресія являється одним з найпоширеніших серед таких порушень.

Результати другої групи більш оптимальні. Тут явно переважає частка респондентів з низьким рівнем розвитку досліджуваного явища. На відміну від першої групи респондентів, дані опитувані не зазнали тих випробувань, що припали на долю вимушено-переселених осіб, хоча ми не виключаємо й можливість багатьох інших подій, котрі можуть траплятися в житті людини в умовах воєнного часу. При цьому, даним особам не довелось покинути власні домівки, перебуваючи в пошуках нового місця проживання, соціальної та особистісної невизначеності, а перебуваючи в більш стабільному становищі (наскільки це можливо в умовах війни). Рівень вираженості депресивних симптомів у них на доволі низькому рівні.

За результатами методики «Шкала безнадійності Бека» були отримані наступні результати. Дані продемонстровано в табл. 2.2.3.:

Таблиця 2.2.3.

Результати респондентів за методикою «Шкала безнадійності Бека»

	Рівні вираженості безнадійності			
	Не виявлено	Низький	Середній	Високий
Група 1 (ВПО)	0%	30%	35%	35%
Група 2	15%	40%	30%	15%

За результатами даної методики ми зробили відповідний аналіз.

Результати в першій групі опитуваних в даному випадку розподілилися більш рівномірно, в порівнянні з попередніми методиками від даного автора, тому розберемо кожний більш детально.

Низький рівень безнадійності спостерігається у 30% опитуваних. Дану категорію можна коротко охарактеризувати як людей, котрі не впадають в розпач від всіх тягарів та труднощів життя, а продовжують боротися з викликами долі задля власного або сімейного благополуччя. На таку боротьбу потрібний не тільки внутрішній психофізіологічний ресурс організму, а й досвід, котрий людина набуває в процесі подолання життєвих перешкод на шляху до оптимізації та нормалізації свого життя. Не дивлячись на ті складнощі, що виникали у них з початком повномасштабного вторгнення, а особливо й вимушене переселення, вони отримали той необхідний досвід, котрий допомагає їм жити в сучасних надскладних умовах, зберігати внутрішній ресурс для подальшого нормального функціонування. Зазначимо, що результат низького рівня за даною методикою отримали ті респонденти, котрі за методиками «Шкала тривоги Бека» та «Шкала депресії Бека» отримали низький або середній результати.

Середній рівень безнадії наявний у 35% респондентів. Про даних особистостей можемо сказати те, що вони знаходяться у зоні прикордонного стану: вони ще не знаходяться в стані повної безнадії й розпачу, але і не являються досить впевненими у власних силах та у майбутньому. Вони продовжують жити звичним для себе життям, нормально взаємодіяти в соціумі, хоча з наступними складнощами робити це стає дедалі складніше. Індивідуальний життєвий ресурс і витримка поступово втрачаються, а нові життєві виклики не перестають траплятися.

Високий рівень безнадії спостерігається у 35% ВПО. Такі люди вже досить сильно зневірилися в собі, в житті та взагалі в майбутньому. Це може бути наслідком пережитого негативного досвіду, неправильного його опрацювання «в собі». Такі люди не дивляться в майбутнє з надією, не кажучи навіть про впевненість. В свою чергу, такий стан особистості

викликає ряд багатьох психологічних, а іноді й фізіологічних проблем, котрі за принципом сніжного шару накопичуються й спричиняють один одне. Безнадія, тривога й депресія – речі взаємопов’язані, тому ріст одного з даних явищ спричиняє активізацію інших, в тій чи іншій мірі та в залежності від індивідуальних психофізіологічних характеристик індивіда.

В другій групі респондентів результати більш сприятливі. Безнадія зовсім не виявлена у 15%, а низький рівень розвитку даного явища спостерігається у 40% осіб, що являється домінуючим показником в даній групі опитуваних. Середній рівень характерний для 30% респондентів, а високий наявний у 15% осіб.

За результатами методики «Методика визначення домінуючого стану (ДС-6)» були отримані наступні результати. Дані продемонстровано в табл. 2.2.4.:

Таблиця 2.2.4.

Результати респондентів за методикою «Методика визначення домінуючого стану (ДС-6)»

Група 1 (ВПО)	Шкали					
	АК (активне- пасивне відношення до життя)	ТО (тонус високий- низький)	СП (спокій- тривога)	СТ (стійкість- нестійкість емоційного тону)	ЗД (задоволеність- незадоволеність життям)	ПО (позитивний негативний образ себе)
Низькі бали	75%	60%	70%	55%	80%	60%
Високі бали	25%	40%	30%	45%	20%	40%
Група 2						
Низькі бали	35%	30%	45%	35%	50%	45%
Високі бали	65%	70%	55%	65%	50%	55%

Варіант ДС-6 даної методики містить 6 шкал. Окремо та більш детально зупинимось на інтерпретації результатів за кожною шкалою.

Шкала «АК» (активне-пасивне відношення до життя). Високі бали за даною шкалою свідчать про яскраве вираження активної та оптимістичної

позиції по відношенню до власної життєдіяльності. Для таких людей характерним є готовність до вирішення життєвих складнощів, впевненість у власних силах та можливостях, високий рівень життєрадості. В першій групі респондентів такий результат наявний у 25% опитуваних, в другій частка людей з таким результатом становить 65%. Низькі бали за даною шкалою є ознакою дещо пасивної позиції по відношенню до власної життєдіяльності. Для людей з подібним результатом характерним є песимістичність поглядів на життя та на самих себе, приниження власних можливостей, неадекватно занижений рівень самооцінки. В першій групі респондентів такий результат наявний у 75% опитуваних, в другій частка людей з таким результатом становить 35%. З вищевказаних даних ми бачимо яскраву протилежність у результатах обох груп опитуваних. Оцінки, отримані ВПО, свідчать про досить пасивну-песимістичну позицію в житті, і навпаки у людей, котрі свого місця проживання терміново не змінювали.

Шкала «ТО» (тонус високий-низький). Високі оцінки тону вказують на високу здатність прояву активності, енергійності, швидкій реакції на стресові події. Індивіди з високими результатами за даною шкалою зберігають суб'єктивні відчуття внутрішнього контролю, запасу сил, підвищеної готовності до діяльності та рішучості. В першій групі опитуваних високі бали отримали 40 % респондентів а в другій – 70%. Низькі оцінки є ознакою характерної слабкості та втоми, розсіяності, інертної поведінки, низькій здатності до діяльності. Їм притаманна пасивність в поведінці, схильність до уникнення соціальних контактів та небажання їх встановлювати, схильність до астеничних реакцій на стресові події. Подібний результат характерний для 60% осіб першої групи і 30% осіб другої групи. За результатами даної шкали ми також бачимо велику протилежність між оцінками першої і другої групи.

Шкала «СП» (спокій-тривога). Високі бали за даною шкалою вказують на великий рівень впевненості індивіда у власних силах та в собі самому. Респонденти з такими балами володіють гарною стресостійкістю та

самоконтролем, частіше схильні до активного варіанту дій в стресових ситуаціях, при цьому не втрачаючи розсуду. Такі бали притаманні для 30% опитуваних першої групи і 55% респондентів другої групи. Низькі оцінки являються ознакою того, що людина схильна відчувати тривогу в досить великому діапазоні ситуацій, часто вбачає небезпеку для себе чи своєї життєдіяльності навіть в об'єктивно безпечних ситуаціях. Часто очікують на щось негативне в майбутньому, досить песимістичні у власних поглядах. Такий результат наявний у 70% опитуваних першої і 45% осіб другої груп. Від себе зазначимо, що результат за даною шкалою виявляє рівень генералізованої тривоги. Саме тривога має визначне значення для прояву та розвитку багатьох других психічних явищ, як наприклад депресія. Тривога посилює прояви емоційної сфери особистості, навіть незначних, посилюючи їх негативний вплив на особистість.

Шкала «СТ» (стійкість-нестійкість емоційного тону). Високі бали вказують на індивіда як особистість, котрій притаманний стійкий позитивний емоційний тон, врівноваженість емоційної сфери. Люди з таким результатом володіють гарними навичками психічної саморегуляції. Високі бали отримали 45% осіб першої та 65% осіб другої груп. Низькі оцінки вказують на низьку емоційну стійкість та врівноваженість, підвищену дратівливість, нестійкість настрою та високу збудливість. Іноді має місце підвищена агресивність. Занадто низькі бали вказують на емоційну ригідність. Низький результат наявний у 55% опитуваних першої групи і у 35% осіб другої групи.

Шкала «ЗД» (задоволеність-незадоволеність життям). Високі оцінки говорять про рівень задоволеності особистості своїм життям в цілому, власною самореалізацією, ходом та процесом життєдіяльності. Такий результат притаманний 20% опитуваних першої групи і 50% опитуваних другої групи. Низькі бали свідчать про негативну оцінку власної успішності та життєдіяльності загалом. Індивід з подібним результатом не відчуває в собі стійкої опори, не вірить у власні можливості та сили, намагається уникати відповідальності та можливості приймати життєво-важливі рішення.

Подібний результат виявився у 80 відсотків опитуваних першої і 50 % опитуваних другої групи.

Контрольна шкала «ПО» (позитивний негативний образ себе). Ця шкала допоміжна, вона дозволяє визначити критичність самооцінювання (низьку чи високу), адекватність самооцінювання. Загалом чим вище оцінка за даною шкалою, тим більше самооцінка опитуваного неадекватно завищена, і навпаки. Результат за даною шкалою необхідно розглядати в купі з результатами попередніх шкал, особливо зі шкалами «СТ», «СП» та «ЗД».

Високі результати отримали 40% респондентів першої і 55% осіб другої груп. Низькі бали, відповідно, мають 60% індивідів першої і 45% другої груп.

2.3. Аналіз результатів дослідження за допомогою методів математичної обробки даних

Наступним етапом нашого дослідження є аналіз отриманих даних за допомогою методів математично-статистичної обробки. В нашому дослідженні нами були використані наступні методи:

- Непараметричний критерій Колмогорова-Смірнова;
- Т-критерій Стьюдента;
- U-критерій Манна-Уїтні.

За допомогою непараметричного критерію Колмогорова-Смірнова нами був виявлений розподіл даних результатів дослідження. Відхилення від нормального розподілу виявилися за шкалами «ТО» і «ЗД» методики «Методика визначення домінуючого стану (ДС-6)». Для даних шкал ми застосували U-критерій Манна-Уїтні. У всіх інших шкалах дослідження присутній нормальний розподіл даних, тому для них ми використали Т-критерій Стьюдента для незалежних вибірок.

За результатом аналізу даних дослідження за допомогою Т-критерія Стьюдента для незалежних вибірок були отримані наступні результати, що продемонстровані в табл. 2.3.1.:

Таблиця 2.3.1.

Результати математичної обробки даних за допомогою Т-критерія Стьюдента

Шкали	Середні показники		Значимість
	Група 1	Група 2	
Шкала тривоги	30,6	24,1	0,037
Шкала депресії	26,95	19,7	0,005
Шкала безнадії	12,3	8,85	0,030
АК	3,75	6,35	0,001
СП	4,25	5,6	0,097
СТ	5,55	6,5	0,226
ПО	4,95	5,8	0,269

З даної таблиці ми маємо змогу бачити, що за такими показниками, як «Шкала тривоги», «Шкала депресії», «Шкала безнадії» та «АК» між групами респондентів присутні статистично-значимі відмінності, адже їх асимптотична значимість менше 0,05. В свою чергу подібний результат доводить, що ВПО в процесі переживання депресивних станів мають свої особливості, їх результати сильно відрізняються від результатів людей, котрі свого місця проживання не змінювали. Такий результат вказує, що для ВПО характерним є більш глибоке переживання депресії та безнадії, їх показники тривоги вище, аніж у інших людей. Вони відрізняються досить пасивною позицією по відношенню до власного процесу життєдіяльності.

U-критерій Манна-Уїтні був застосований нами до шкал «ТО» і «ЗД» методики визначення домінуючого стану (ДС-6), але отримані результати

вказують, що розбіжностей за зазначеними явищами не виявлено. Асимптотична двостороння значимість для них дорівнює 0,925 і 0,140 відповідно.

2.4. Практичні рекомендації для вимушених переселенців щодо подолання депресивних станів

Останнім завданням нашого дослідження особливостей переживання депресивних станів вимушених переселенців є надання практичних рекомендацій щодо подолання депресивних станів.

Самостійно людина може боротися з власними депресивними станами, але важливо поєднувати самопоміч з психологічною допомогою кваліфікованого психотерапевта. Також, самопоміч досить ефективна при ранніх стадіях депресії, або в її легкій фазі. За своєю суттю, депресивні стани являються виявами труднощів індивіда в процесі адаптації до стресу. Тому нижче ми наведемо список практичних рекомендацій, за допомогою яких респондент зможе самостійно боротися з депресивними станами.

1. Усвідомлення почуттів. Одним з методів самопомочі при переживанні депресивних станів являється усвідомлення власних почуттів та їх прийняття. При депресії люди вдають до втечі від них, не приймають їх та всіляко придушують, що являється одним з захисних механізмів при переживанні болісних відчуттів. Людині важливо усвідомити, що будь-які емоції не можуть залишатися навічно, тому важливо виражати власні почуття, адже це прискорює процес повернення особистості в стабільний емоційний стан. Але форму вираження почуттів варто контролювати, обираючи найбільш оптимальні та здорові для організму. Корисним буде також заведення щоденника настрою.

2. Щоденник настрою. Подібний щоденник необхідний для виявлення причин виникнення того чи іншого стану, настрою, емоції чи почуттів.

Подібне відстеження дозволяє людині більш ефективно долати негативні емоційні стани, а розуміння дає більше контролю над ситуацією.

3. Тренування усвідомленості. Тренування усвідомленості, а також керування увагою допомагає в подоланні депресивних станів та зосередженні на власних почуттях. Бачення об'єктивної картини світу завжди краще сприяє адекватному прийняттю рішень. Адже коли ми приймаємо життя в його цілісному та реальному образі, то це сприяє нашій свободі та психологічному комфорту. Однією з найефективніших технік тренування усвідомленості являється медитація.

4. Фокусування на меті. Корисним також є спрямованість своїх зусиль на поставлені цілі в довгостроковій перспективі. Безперечно, у воєнний час важко планувати будь-що на майбутнє, особливо для тих осіб, котрі вимушено залишили власну домівку, але все-таки шлях до поставленої та бажаної мети надає людині сил та натхнення. Важливо робити правильний вибір у постановці цілей, фокусувати увагу на тих речах, що приносять позитивні емоції в довгостроковій перспективі.

5. Допомога іншим. Як не дивно, але один з шляхів пошуків допомоги самому собі – це допомагати тим, хто цього потребує. Як гарний приклад – волонтерство, до наразі досить актуальний напрямок діяльності. Для індивідів, котрі схильні до саморефлексії, досить гарним методом є зміна фокусу уваги на інших при переживанні депресивних станів. При цьому важливим є особистий контакт з людьми, котрим надають допомогу.

Вище перераховані пункти носять виключно рекомендаційний характер, і являються лише одними з декількох шляхів самопомочі при подоланні депресивних станів вимушено-переселеними особами. Важливо поєднувати самопоміч з комплексною психологічною допомогою та психотерапією. Існує більше 200 напрямів психотерапії, але можна виділити два основних. Перший – це психодинамічна або інсайтоорієнтована (до цієї групи входить психоаналіз), який допомагає пацієнту досягти інсайту (осаяння), докопатися до причин проблеми, які нерідко йдуть коренями в

саме дитинство. Інша категорія – когнітивна та поведінкова терапія, які роблять упор на конкретних змінах в поведінці і думках людини. Науковців турбує питання, чи здатна психотерапія повністю вилікувати від депресії. Однозначної відповіді на ці питання не існує, але у будь-якому випадку, для того, щоб докопатися до причин захворювання, потрібно достатньо багато часу. І нерідко, як відзначав ще К.Г. Юнг, багато що залежить від успіху. Напевно, тільки від не дуже важких форм депресії, але психотерапія може навчити контролювати стан депресії. Твердої гарантії позбутися цієї недуги – не існує. Курс психотерапії може тривати декілька тижнів або затягнутися на роки. Все залежить від лікаря, пацієнта і конкретної ситуації.

А що стосується безпосередньо самої людини, то вона також може прискорити процес подолання депресивних станів. Для цього існує декілька практичних та досить простих рекомендацій.

Відновлення структури сну. Порушення сну - неможливість заснути, нормально спати або, навпаки, вчасно встати з ліжка - часто є симптомами депресії. Дослідження показали, що у людей, які страждають від депресії, порушується цикл сну. Структура сну працює в протилежному порядку. Наслідком цього зміненого порядку є те, що депресивній людині бракує, серед іншого, глибокого сну, який найкраще відновлює сили. Можливо, саме тому людина, яка страждає на депресію, може довго спати, але після пробудження відчуває втому та виснаження. Порушення сну є ознакою того, що біологічний годинник людини, його внутрішній механізм або добовий ритм не в порядку. Лікування антидепресантами повертає ці структури до нормального стану, але також рекомендується більш простий метод: просто не спати протягом 24 годин. Він може скинути біологічний годинник у людей з депресією і є одним із найкращих способів вивести людину з депресії. Ефект повинен бути короткочасним, але діє день-два. Інші методи, які регулюють неправильну роботу біологічного годинника, спричинену депресією, включають: прийом мелатоніну, природного гормону сну, під ретельним наглядом лікаря; зміна часу сну на 5-6 годин раніше звичайного,

потім поступове повернення до звичного часу; суворе дотримання часу сну і пробудження, а також дієти; відмова від кофеїну і алкоголю, таких препаратів, як нодоз або нітол, а також інших стимуляторів і депресантів, що порушують баланс структур сну; розслаблення або дихальні вправи.

Фізичні вправи. Численні наукові дослідження показали, що вправи, які покращують кисневий обмін (танці, баскетбол, біг підтюпцем, їзда на велосипеді, плавання, ходьба тощо), а також вправи, які не підпадають під цю категорію (наприклад, підняття тягарів), можуть полегшити легкі до помірної депресії і, крім того, підвищують ефективність лікування важкої депресії. Навіть те, що не вимагає сили професії, як-от ходьба, справляється зі своєю роботою. Просте дотримання постійного режиму при меланхолії може служити потужним тонізуючим засобом. Цілком можливо, що це все, що потрібно. Вправи настільки ефективні, що якщо людина виконує їх у поєднанні з психотерапією чи медикаментами, то одужає швидше, ніж якби обмежилася лише лікуванням. Ефект від вправ може бути тривалим. Позитивний вплив рухів також може походити з біологічних джерел. Вчені виявили, що під час фізичної активності в мозку виділяються хімічні речовини, які називаються ендорфінами. Вони діють як морфін: знімають біль і підвищують настрій. Крім того, фізична активність покращує дію та метаболізм таких медіаторів, як норадреналін і серотонін. А вони надзвичайно важливі для регуляції настрою.

Правильно збалансоване харчування. Їжа впливає на настрій людини. Деякі продукти харчування впливають на вироблення хімічних речовин у мозку, які визначають наш настрій і поведінку. Найбільше на настрій впливають вуглеводи. Коли вуглеводи потрапляють в організм, вони починають ланцюжок хімічних реакцій, які змушують багато триптофану надходити в мозок. Триптофан перетворюється на серотонін, який покращує настрій. Але не всі вуглеводи працюють однаково. Фрукти, наприклад, не мають такого ефекту. Фруктоза не запускає ланцюг реакцій, які призводять

до вироблення серотоніну. А серотоніноутворюючі продукти включають наступне.

Хліб з борошна грубого помелу. Коли триптофан потрапляє в мозок, він активує рівень серотоніну, речовин, які заспокоюють і покращують роботу мозку. Але перед збагаченим білком м'ясом або сиром необхідно їсти хліб. Це дозволяє триптофану проникати в мозок до того, як мозок заповниться іншими амінокислотами.

Яловичина. Люди, які сидять на дієті з низьким вмістом холестерину, можуть відчувати дефіцит заліза в організмі, через що вони відчують втому та примхливість. Залізо насичує клітини організму киснем і тим самим заряджає його енергією.

Вода. Зневоднення зменшує приплив крові до органів тіла, і робота організму сповільнюється. Вживання достатньої кількості води щодня допоможе вам позбутися сонливості. Доросла людина повинна випивати вісім-десять склянок води на день. Напої, що містять кофеїн, і кава не можуть замінити воду. Вони часто діють як сечогінний засіб і погіршують зневоднення.

Банани. Брак магнію в організмі та стрес настільки тісно пов'язані, що деякі лікарі та дієтологи радять зайнятим людям додати до свого раціону продукти, багаті магнієм, наприклад банани. Дослідники також виявили, що підвищене споживання магнію знижує збудливість і покращує сон. Якщо людина не любить банани, іншими хорошими джерелами магнію є горіхи, боби, листові зелені і пророслі зерна пшениці.

Апельсини і грейпфрути. Нестача в раціоні вітаміну С, що уповільнює здатність організму засвоювати залізо, необхідне для боротьби з втомою.

Шоколад. Деякі експерти вважають, що, як і багато інших солодких вуглеводів, шоколад може позитивно впливати на настрій. Інші вважають, що кофеїн і подібні речовини, що містяться в шоколаді, грають роль стимуляторів.

Висновок до розділу 2

В другому розділі нашого дослідження особливостей переживання депресивних станів вимушених переселенців нами було здійснено емпіричне дослідження з даної проблематики.

Для проведення емпіричного дослідження нами була сформована вибірка респондентів кількістю в 40 осіб, з них 20 – вимушено переселені особи (ВПО) і 20 осіб, котрі не змінювали своє місце проживання в умовах війни. В вибірку входять респонденти чоловічої і жіночої статі віком від 18 до 40 років.

В якості психодіагностичного інструментарію нами були обрані наступні методики: «Шкала тривоги Бека», «Шкала депресії Бека», «Шкала безнадії Бека» та «Методика визначення домінуючого стану (ДС-6)».

Після здійснення опитування за обраними методиками нашого дослідження ми виявили, що для вимушених переселенців більш характерним є високий рівень прояву тривоги (35%), депресії (40%) та безнадії (35%). Середній рівень прояву також знаходиться на рівні з високим, з невеликою різницею у 5-10% (40%, 40% і 35% відповідно). В свою чергу для людей, котрі не змінювали свого місця проживання з початку повномасштабного вторгнення, більш характерним є низький рівень прояву даних явищ (45%, 50% та 40% відповідно до вищезазначених явищ).

За результатами методики визначення домінуючого стану (ДС-6) було виявлено, що вимушені переселенці за всіма шкалами мають переважно нижчі результати, ніж респонденти другої групи.

Нами був проведений аналіз отриманих результатів за допомогою методів математичної обробки даних. За допомогою непараметричного критерію Колмогорова-Смірнова нами був виявлений розподіл даних результатів дослідження. Відхилення від нормального розподілу виявилися за шкалами «ТО» і «ЗД» методики «Методика визначення домінуючого стану (ДС-6)». Для даних шкал ми застосували U-критерій Манна-Уїтні, котрий

показав, що розбіжностей за зазначеними явищами не виявлено. Асимптотична двостороння значимість для них дорівнює 0,925 і 0,140 відповідно. У всіх інших шкалах дослідження присутній нормальний розподіл даних, тому для них ми використали Т-критерій Стьюдента для незалежних вибірок. Отримані результати вказали, що за такими показниками, як «Шкала тривоги», «Шкала депресії», «Шкала безнадії» та «АК» між групами респондентів присутні статистично-значимі відмінності, адже їх асимптотична значимість менше 0,05. В свою чергу подібний результат доводить, що ВПО в процесі переживання депресивних станів мають свої особливості, їх результати сильно відрізняються від результатів людей, котрі свого місця проживання не змінювали. Такий результат вказує, що для ВПО характерним є більш глибоке переживання депресії та безнадії, їх показники тривоги вище, аніж у інших людей. Вони відрізняються досить пасивною позицією по відношенню до власного процесу життєдіяльності.

Також нами були сформовані практичні рекомендації для вимушених переселенців щодо подолання депресивних станів.

Отримані результати другого розділу нашого дослідження свідчать про те, що процес переживання депресивних станів вимушених переселенців дійсно відрізняється від інших людей та має свої особливості. Вагому роль в цьому відіграє пережитий досвід проживання в зоні бойових дій, вимушена евакуація та непереставна загроза життю.

ВИСНОВКИ

Нами було здійснено емпіричне дослідження особливостей переживання депресивних станів у вимушених переселенців. Відповідно до мети дослідження та поставлених завдань, ми дійшли наступних висновків.

1. Провівши загальнотеоретичний розгляд наукових підходів до проблематики нашого дослідження, ми змогли сформулювати та упорядкувати низку положень, котрі обумовлюють дещо ширше розуміння вищевикладених категорій емпіричного дослідження.

Депресія певним синдромом, котрий визначається поганим настроєм (гіпотимією), зниженою інтенсивністю когнітивної та моторної діяльності, низьким рівнем вітальних спонук, песимістичною самооцінкою та свого соціального становища в суспільстві, соматоневрологічними розладами. Зазвичай, депресивні стани відрізняються широкою низкою видів. Переважно вчені називають дев'ять головних клінічних варіантів депресії, котрі сполучені в три групи: 1) соматогенні, які виникають у зв'язку з певними розладами фізіологічної діяльності організму та внутрішніх органів — органічна і симптоматична; 2) ендогенні, котрі наявні при психічних захворюваннях — шизофренічна, циркулярна, періодична, інволюційна; 3) психогенні, котрі пов'язані з емоційним перенапруженням, внутрішнім конфліктом або багатократними психічними травмами (конфліктами, що повторюються, в сім'ї або на роботі) — невротична, виснаження, реактивна.

Вимушеним переселенцем являється особа, котра законно перебуває на території України, має право на постійне проживання на теренах нашої держави, та котра була змушена покинути власну домівку через загрозу наслідків збройного конфлікту, тимчасової окупації, порушень прав людини тощо.

Вимушений переїзд чинить вагомий вплив на майбутні перспективи особистості, її особистісний зміст, поточний психофізіологічний стан. Велика кількість вимушених переселенців втратили минуле життя, впевненість в

майбутньому та складнощі щодо реалізації нормальної життєдіяльності в теперішній момент життя.

2. Для діагностики особливостей переживання депресивних у вимушених переселенців, нами були обрані наступні психодіагностичні методики: «Шкала тривоги Бека», «Шкала депресії Бека», «Шкала безнадії Бека», «Методика визначення функціональних станів (ДС-6)».

Після здійснення опитування за обраними методиками нашого дослідження ми виявили, що для вимушених переселенців більш характерним є високий рівень прояву тривоги (35%), депресії (40%) та безнадії (35%). Середній рівень прояву також знаходиться на рівні з високим, з невеликою різницею у 5-10% (40%, 40% і 35% відповідно). В свою чергу для людей, котрі не змінювали свого місця проживання з початку повномасштабного вторгнення, більш характерним є низький рівень прояву даних явищ (45%, 50% та 40% відповідно до вищезазначених явищ).

За результатами методики визначення домінуючого стану (ДС-6) було виявлено, що вимушені переселенці за всіма шкалами мають переважно нижчі результати, ніж респонденти другої групи.

Нами був проведений аналіз отриманих результатів за допомогою методів математичної обробки даних. За допомогою непараметричного критерію Колмогорова-Смірнова нами був виявлений розподіл даних результатів дослідження. Відхилення від нормального розподілу виявилися за шкалами «ТО» і «ЗД» методики «Методика визначення домінуючого стану (ДС-6)». Для даних шкал ми застосували U-критерій Манна-Уїтні, котрий показав, що розбіжностей за зазначеними явищами не виявлено. Асимптотична двостороння значимість для них дорівнює 0,925 і 0,140 відповідно. У всіх інших шкалах дослідження присутній нормальний розподіл даних, тому для них ми використали T-критерій Стьюдента для незалежних вибірок. Отримані результати вказали, що за такими показниками, як «Шкала тривоги», «Шкала депресії», «Шкала безнадії» та «АК» між групами респондентів присутні статистично-значимі відмінності,

адже їх асимптотична значимість менше 0,05. В свою чергу подібний результат доводить, що ВПО в процесі переживання депресивних станів мають свої особливості, їх результати сильно відрізняються від результатів людей, котрі свого місця проживання не змінювали. Такий результат вказує, що для ВПО характерним є більш глибоке переживання депресії та безнадії, їх показники тривоги вище, аніж у інших людей. Вони відрізняються досить пасивною позицією по відношенню до власного процесу життєдіяльності.

3. Запропоновані рекомендації для вимушено-переселених осіб щодо подолання депресивних станів. Дані рекомендації включають особливості первинно психологічної допомоги особам, котрі пережили психотравмуючі ситуації та борються з їх наслідками, а також рекомендації для самопомоги при переживання депресивних наслідків.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бігун Н.І. Психологічні умови особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами: Монографія / Н.І. Бігун. – Кам'янець-Подільський: ПП Медобори – 2006 , 2011. –160 с.
2. Вашека Т.В., Гічан І.С., Гічан К.І. Зв'язок соціально-психологічної адаптації переселенців із Донецької та Луганської областей із вибором ними копінг-стратегій. Організаційна психологія. Економічна психологія. Київ, 2016. № 2–3 (5–6). С. 22–29.
3. Вимушені переселенці та приймаючі громади: уроки для ефективної суспільної адаптації й інтеграції: наук. доп. / за ред. О. Балакіревої; ДУ «Ін-т екон. та прогнозув. НАН України». Київ, 2016. 140 с.
4. Войналович І. А. Вимушені переселенці: зарубіжний досвід, стан та реалізація їх прав в Україні / І. А. Войналович, М. О. Кримова, Л. В. Щетініна // Соціально-трудова відносина: теорія та практика . – 2014. – № 2. – С. 250–257.
5. Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі) / Л. О. Герасименко // Укр. вісн. психоневрології. – 2018. – № 1. – С. 62–65.
6. Голіна В.В. Соціальні та психологічні чинники кримінологічної віктимізації в Україні. Вісник академії правових наук України. 2007. № 3 (50). С. 185–193.
7. Головін О.В. Словник практичного психолога. Мінськ: Харвест, 1997. 897 с.
8. Закіров М. Деякі аспекти розв'язання проблем внутрішньо переміщених осіб / М. Закіров // Резонанс. – 2016. – № 39. – С. 5–10.
9. Зінченко О.С. Теоретичні засади дослідження соціальнопсихологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб. Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. Київ, 2015. № 4 (29). С. 47–53.

10. Кісарчук З.Г., Омельченко Я.М., Лазос Г.П., Литвиненко Л.І., Царенко Л.Г. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: метод. посіб. / за ред. З.Г. Кісарчук. Київ: Логос. . 207 с.
11. Кримінологічна віктимологія: навч. посіб. / Є.М. Моїсеєв, О.М. Джужа, В.В. Василевич та ін.; за заг. ред. О.М. Джужі. Київ: Атіка, 2006. 352 с.
12. Лазос Г.П. Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам (на прикладі роботи з переселенцями з Криму)// Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : ТОВ "Видавництво "Логос". – 206 с. – С.26 - 46
13. Лоуен, А. Депресія та тіло. М: Просвітництво, 2002. 384 с.
14. Мак-Каллоу Дж. Лікування хронічної депресії/Пер. з англ. Н.Алексєєвої, О.Ісакової. / Дж.Мак-Каллоу - СПб.: "Мова", 2003. - 368 С
15. Максименко С. Д. Максименко К. С., Папуча М. В. Психологія особистості / за ред. С. Д. Максименка. Київ: ТОВ «КММ». 2007. 296 с.
16. Максименко С. Д., Зайчук В. О., Клименко В. В., Соловієнко В. О. Загальна психологія: підруч. для студентів вищ. навч. закладів / за загальною редакцією акад. Максименко С. Д. Київ: Форум. 2000. 543 с.
17. Михайлов Б. В. Розлади психіки і поведінки екстремально психологічного походження / Б. В. Михайлов // Психічне здоров'я. – 2015. – № 2 (47). – С. 9–18.
18. Міхеєва О., Серєда В. Сучасні українські внутрішньо переміщені особи: основні причини, стратегії переселення та проблеми адаптації. Стратегії трансформації і превенції прикордонних конфліктів в Україні: зб. аналіт. матеріалів. Львів: Галицька видавнича спілка, 2015. 461 с.
19. Музиченко І.В. Вимушені переселенці: проблема соціальнопсихологічної адаптації. Освіта та розвиток обдарованої особистості. Київ, 2016. № 9. С. 18–21.

20. Надрага В. Проблеми вимушеної внутрішньої міграції населення в контексті концепції «суспільства ризику» / В. Надрага // Український соціум. – 2015. – №1 (52). – С. 134–141.
21. Наконечна М.М. Допомога іншому: психологічні аспекти / М.М. Наконечна. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2012. – 184 с.
22. Оніщенко Н.В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія. Харків: Право, 2014. 584 с.
23. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій. Методичний посібник. За ред. З. Г. Кісарчук. Київ: ТОВ Видавництво «Логос». 2015. 207 с.
24. Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України: посіб. для практиків соціальної сфери / Л.А. Мельник та ін.; за ред. Л.С. Волинець. Київ: Калита, 2015. 72 с.
25. Рингач Н. О. Міграція та громадське здоров'я: міжнародне бачення і Українські реалії у контексті національної безпеки / Н. О. Рингач // Науковий часопис Академії національної безпеки. – 2018. – Випуск 3–4 (19–20). – С. 111–126.
26. Садковий В. П., Тімченко О. В. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія / за заг. ред.; НУЦЗУ. Харків: ФОП Мезіна В.В. 2017. 368 с.
27. Смаль В. Внутрішньо переміщені особи: соціальна та економічна інтеграція в приймаючих громадах (за матеріалами Вінницької, Запорізької, Івано-Франківської та Полтавської областей) / В. Смаль, О. Позняк. – Проект ПРОМІС, 2016. – 93 с.
28. Томчук С. М., Томчук М. І. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі: монографія. Вінниця: КВНЗ «ВАНУ». 2018. 200 с.

29. Трубавіна І.М. Проблеми внутрішньо переміщених осіб в Україні як основа соціально-педагогічної роботи з ними. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. Суми, 2015, № 8 (52). С. 434–446.
30. Хелл Д. Ландшафт депресії / Д. Хелл; пров. з нім. І Я. Шевцової. - М.: Алетея, 1999. - 280 с.
31. Черезова І.О. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів] / І.О. Черезова. – Бердянськ, БДПУ, 2016. – 193 с.
32. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків: Прапор. 2005. 640 с.
33. Beck A.T. Depressive neurosis // Amer. hanbd. hsychiatry. – New York, 1974, Vol. 3. – P. 61 – 90.
34. Bendek E.P. The silent scream: counter transference reaction to victims. American Journal of Social Psychology. 1984. V. 4. P. 49–52.
35. Bendek E.P. The silent scream: counter transference reaction to victims. American Journal of Social Psychology. 1984. V. 4. P. 49–52.
36. Cox D., Pawar M. The Field of Displacement and Forced Migration: Programs and Strategies. International Social Work: Issues, Strategies, and Programs. London: Sage, 2006. P. 291–323.
37. Cox D., Pawar M. The Field of Displacement and Forced Migration: Programs and Strategies. International Social Work: Issues, Strategies, and Programs. London: Sage, 2006. P. 291–323.
38. Gross J. J., Thompson R. A. Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), Handbook of Emotion Regulation. New York: The Guilford Press. 2007.
39. Handbook of interpersonal psychology: theory, research, assessment and therapeutic interventions / Edited by L.M. Horowitz, S. Strack. New York: Wiley&Sons. 2011. 649 p.
40. Hartmann H. Ego Psychology and the Problem of Adaptation / H. Hartmann. –New York: International Universities Press, 1958. –121 p.

41. Landis D. Globalization, migration into urban centers, and crosscultural training / D. Landis // International Journal of Intercultural Relations. –2008. – Vol.32. –№ 4. –P. 337-348.
42. Lazarus, R.S. Patterns of adjustment. – N.Y.: McGraw-Hill, 1976. 429 p.
43. McCraty R. M. Emotional Stress, Positive Emotions and Psychophysiological Coherence. Stress in Health and Disease / Bengt D. Arnetz, Rolf Ekman, editors. Wiley-VCH, Weinheim. 2006. P. 342-365.
44. Seligman M.E.P. Helplessness: On depression, development, and death. San Francisco: Freeman. 1975. 250 p.
45. Seligman M.E.P. What You Can Change & What You Can't. New York: Knopf. – 1993. 317 p.

ДОДАТКИ

Результати математичного аналізу за допомогою непараметричного критерію Колмогорова-Смірнова

Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова

		Шкала_трив оги	Шкала_де пресії	Шкала_б езнадії	АК	ТО	СП	СТ	ЗД	ПО
N		40	40	40	40	40	40	40	40	40
Пар аме тры нор маль ного рас пре дел ени я ^{a,b}	Среднее Среднекв.от клонение	27,3500	23,3250	10,5750	5,0500	6,4250	4,9250	6,0250	4,8250	5,3750
		13,76087	8,38921	5,07830	2,56155	2,46917	2,56593	2,45459	2,30815	2,40392
Наи бол ьши е экст рем аль ные рас хож ден ия	Абсолютная Положитель ные Отрицатель ные	,114	,100	,119	,109	,167	,116	,114	,140	,125
		,114	,100	,119	,109	,112	,116	,095	,140	,116
		-,112	-,044	-,084	-,070	-,167	-,091	-,114	-,091	-,125
Статистика критерия Асимптотическая значимость (2- сторонняя)		,114	,100	,119	,109	,167	,116	,114	,140	,125
		,200 ^{c,d}	,200 ^{c,d}	,161 ^c	,200 ^{c,d}	,007 ^c	,192 ^c	,200 ^{c,d}	,048 ^c	,113 ^c

a. Проверяемое распределение является нормальным.

b. Вычислено из данных.

c. Коррекция значимости Лильефорса.

d. Это нижняя граница истинной значимости.

Результати математичного аналізу за допомогою Т-критерія Стьюдента

Статистика группы

Группа		N	Среднее	Среднекв.отклонение	Среднекв. ошибка среднего
Шкала_тривоги	ВПО	20	30,6000	12,48747	2,79228
	не_ВПО	20	24,1000	14,50916	3,24435
Шкала_депрессії	ВПО	20	26,9500	8,15298	1,82306
	не_ВПО	20	19,7000	7,09410	1,58629
Шкала_безнадії	ВПО	20	12,3000	4,78044	1,06894
	не_ВПО	20	8,8500	4,88041	1,09129
АК	ВПО	20	3,7500	1,91600	,42843
	не_ВПО	20	6,3500	2,49789	,55855
СП	ВПО	20	4,2500	2,29129	,51235
	не_ВПО	20	5,6000	2,70283	,60437
СТ	ВПО	20	5,5500	2,32775	,52050
	не_ВПО	20	6,5000	2,54434	,56893
ПО	ВПО	20	4,9500	2,25890	,50511
	не_ВПО	20	5,8000	2,52566	,56475

Критерий для независимых выборок

	Критерий равенства дисперсий Ливиня	t-критерий для равенства средних								
		F	Значимость	t	ст.св.	Знач. (двухсторонняя)	Средняя разность	Средне квадратичная ошибка разности	95% доверительный интервал для разности	
									Нижняя	Верхняя
Шкала_тривоги	Предполагаются равные дисперсии	,194	,662	1,519	38	,037	6,50000	4,28049	- 2,16541	15,16541
	Не предполагаются равные дисперсии			1,519	37,175	,137	6,50000	4,28049	- 2,17172	15,17172
Шкала_депрессії	Предполагаются равные дисперсии	,115	,736	3,000	38	,005	7,25000	2,41658	2,35789	12,14211
	Не предполагаются равные дисперсии			3,000	37,288	,005	7,25000	2,41658	2,35481	12,14519
Шкала_безнадії	Предполагаются равные дисперсии	,002	,964	2,258	38	,030	3,45000	1,52760	,35754	6,54246

	Не предполагаются равные дисперсии			2,258	37,984	,030	3,45000	1,52760	,35750	6,54250
АК	Предполагаются равные дисперсии	1,569	,218	- 3,694	38	,001	-2,60000	,70394	- 4,02504	- 1,17496
	Не предполагаются равные дисперсии			- 3,694	35,608	,001	-2,60000	,70394	- 4,02819	- 1,17181
СП	Предполагаются равные дисперсии	1,099	,301	- 1,704	38	,097	-1,35000	,79232	- 2,95396	,25396
	Не предполагаются равные дисперсии			- 1,704	37,008	,097	-1,35000	,79232	- 2,95537	,25537
СТ	Предполагаются равные дисперсии	,401	,531	- 1,232	38	,226	-,95000	,77111	- 2,51102	,61102
	Не предполагаются равные дисперсии			- 1,232	37,703	,226	-,95000	,77111	- 2,51143	,61143
ПО	Предполагаются равные дисперсии	1,395	,245	- 1,122	38	,269	-,85000	,75768	- 2,38384	,68384
	Не предполагаются равные дисперсии			- 1,122	37,536	,269	-,85000	,75768	- 2,38447	,68447

Результати математичного аналізу за допомогою U-критерія Манна-Уїтні

Ранги

Група		N	Средний ранг	Сумма рангов
ТО	ВПО	20	20,30	406,00
	не_ВПО	20	20,70	414,00
	Всего	40		
ЗД	ВПО	20	16,73	334,50
	не_ВПО	20	24,28	485,50
	Всего	40		

Статистические критерии^а

	ТО	ЗД
U Манна-Уитни	196,000	124,500
W Вилкоксона	406,000	334,500
Z	-,109	-2,061
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	,913	,039
Точная знч. [2*(1-сторон. знач.)]	,925 ^b	,040 ^b

а. Группирующая переменная: Группа

б. Не скорректировано на наличие связей.