

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
«ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»
Центр заочного та дистанційного навчання**

**Кваліфікаційна робота –
Магістерський дослідницький проект**

053 «Психологія»:

на тему:

**СЕЗОННІ КОЛИВАННЯ НАСТРОЮ ТА ЇХНІЙ ЗВ'ЯЗОК
ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ СТАНАМИ**

Виконав: здобувач 2 курсу
магістратури

Піневич Ірина

Галузь знань: 05 «Соціальні та
поведінкові науки»

Спеціальність 053 «Психологія»

Керівник:

К. мед. н., доцент

Кравченко Т.Ю.

Рецензент:

К. психол. н., доцент

Рєпнова Т.П.

Факультет **Центр заочного та дистанційного навчання**

Кафедра **психології**

Рівень вищої освіти **магістерський**

Галузь знань **05 «Соціальні та поведінкові науки»**

(шифр і назва)

Спеціальність **053 «Психологія»**

(шифр і назва)

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології

д. юрид.н., проф. О.М. Цільмак

«___» _____ 2025 року

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ
(магістерський дослідницький проект)

Піневич Ірина Дмитрівна

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи _____ «Сезонні коливання настрою та їх зв'язок із депресивними станами» _____

Керівник роботи _____ к. психол. н., доцент Кравченко Т.Ю. _____

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом НУ «ОЮА» від «___» _____ 2025 року № _____

2. Строк подання здобувачем роботи _____

3. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів магістерської роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Підготовка концепції К.Р. і затвердження плану К.Р.	IV 2025	
2.	Вивчення нормативного матеріалу, спеціальної літератури, аналіз та узагальнення матеріалів	V 2025	
3.	Написання Вступу	VI 2025	
4.	Написання 1 розділу К.Р.	VII 2025	
5.	Написання 2 розділу К.Р.	VIII - IX 2025	
6.	Написання Висновків	X 2025	
7.	Подання К.Р. на кафедру та рецензування	XI 2025	
8.	«Малий захист» К.Р. на кафедрі	XI 2025	
9.	Прийняття рішення про допуск К.Р. до захисту	XI 2025	
10.	Захист К.Р. в ЕК	XII 2025	

Здобувач _____
(підпис)

Піневич І.Д. _____
(прізвище та ініціали)

Керівник роботи _____
(підпис)

_____ (прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Піневич І. Д. Сезонні коливання настрою та їхній зв'язок із депресивними станами. Кваліфікаційна робота – магістерський дослідницький проєкт на здобуття освітнього ступеня «магістр», галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові науки», спеціальність 053 «Психологія». Національний університет «Одеська юридична академія». Одеса, 2025.

У роботі представлена результати емпіричного дослідження сезонних коливань настрою та їх зв'язок із депресивними станами. Визначено, що депресія – це емоційне захворювання, яке виявляється у стійкому зниженні і загальному пригніченні настрою та супроводжується низьким рівнем активності особистості та є одним із найпоширеніших.

Теоретико-методологічний аналіз сучасних досліджень показав, що депресивний стан найчастіше виявляється у людей 20–59-річного віку, а найбільша кількість випадків фіксується у віці 20–39 років. Частота вияву депресивних станів в Україні також стрімко зростає, і за даними МОЗ України в структурі захворюваності на психічну патологію понад 70% становлять психічні розлади неспсихотичного рівня, з-поміж яких переважають депресії.

Емпіричне дослідження, проведене за допомогою методик: Шкала депресії Бека (BDI), Шкала депресії PHQ, Госпітальна шкала тривоги і депресії, Шкала тривоги Спілбергера.

Розроблено комплекс практичних рекомендацій, спрямованих на профілактики депресії серед населення. Запропоновані техніки поєднують науково обґрунтовані методи та комплекс практичних рекомендацій, які сприяють на формування психологічної стресостійкості.

Ключові слова: депресія, сезоні коливання настрою, депресивні стани, настрій, стресостійкість, психічний розлад.

ABSTRACT

Pinevych I.D. Seasonal mood swings and their relationship with depressive states. Qualification work – master's research project for the degree of "master", field of knowledge: 05 "Social and behavioral sciences", specialty 053 "Psychology". National University "Odesa Law Academy". Odesa, 2025.

The scientific work presents the results of an empirical study of seasonal mood swings and their relationship with depressive states. It was determined that depression is an emotional illness that manifests itself in a persistent decrease and general depression of mood and is accompanied by a low level of personal activity and is one of the most common.

Theoretical and methodological analysis of modern research has shown that depressive states are most often detected in people aged 20–59, and the largest number of cases is recorded at the age of 20–39. The frequency of depressive states in Ukraine is also rapidly increasing, and according to the Ministry of Health of Ukraine, in the structure of the incidence of mental pathology, over 70% are mental disorders of a non-psychotic level, among which depression prevails.

Empirical study conducted using the following methods: Beck Depression Inventory (BDI), PHQ Depression Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Spielberger Anxiety Scale.

A set of practical recommendations aimed at preventing depression among the population has been developed. The proposed techniques combine scientifically based methods and a set of practical recommendations that contribute to the formation of psychological stress resistance.

Keywords: depression, seasonal mood swings, depressive states, mood, stress resistance, mental disorder.

ЗМІСТ

Вступ.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕЗОННИХ КОЛИВАНЬ НАСТРОЮ ТА ЇХНЬОГО ЗВ'ЯЗКУ ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ СТАНАМИ	11
1.1. Основні етапи організації та проведення програм емпіричного дослідження сезонних коливань настрою пов'язаних з рівнем депресивних станів.....	11
1.2. Характеристика методів та методик дослідження впливу сезонних коливань на психоемоційний стан і рівень депресивності.....	16
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1.....	22
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕЗОННИХ КОЛИВАНЬ НАСТРОЮ ТА ЇХНЬОГО ЗВ'ЯЗКУ ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ СТАНАМИ.....	24
2.1. Аналіз та інтерпретація результатів діагностики впливу сезонних змін на рівень депресивних проявів та емоційний стан респондентів.....	24
2.2. Методики відновлення психічного стану особи при депресивному розладі.....	32
2.3. Надання відповідних рекомендацій щодо профілактики впливу сезонних коливань настрою на розвиток депресивних станів.....	35
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2.....	42
ВИСНОВКИ	44
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	48
ДОДАТКИ	53

ВСТУП

Актуальність дослідження. Однією з причин зростання показника вияву депресивних розладів є загальне психічне навантаження, пов'язане із поширенням у світі вірусу COVID-19. Накладаючись на основні проблеми, вжиті профілактичні заходи дуже часто провокують розвиток депресії, тому надалі доцільно провести дослідження із визначенням ступеня впливу обмеженості дій людини, карантинних заходів на її психічне здоров'я, зокрема на вияв депресії.

Сезонні коливання настрою є симптомом сезонного афективного розладу, який є формою клінічної депресії, що виникає в певний період року, найчастіше восени та взимку, і припиняється навесні чи влітку. Це пов'язано зі скороченням світлового дня, що призводить до змін у рівні гормонів, таких як серотонін та мелатонін, та порушення циркадних ритмів. Симптоми включають пригнічений настрій, втому, надмірний сон, зміни апетиту та уникнення соціальної активності. Депресія — це емоційний розлад, для якого характерні тривале зниження настрою, відчуття пригніченості та помітне падіння активності людини. Це одне з найпоширеніших захворювань сучасності. За оцінками експертів ВООЗ, у будь-який момент часу депресивні симптоми можуть спостерігатися приблизно у пів мільярда людей. Рівень поширення цих розладів настільки високий, що в деяких державах говорять про справжню «епідемію» депресії.

Статистичні дані свідчать, що від 15 до 20% населення планети хоча б раз у житті переживали депресивний стан. Сьогодні це означає, що близько 121 мільйон людей одночасно мають подібні симптоми. Найбільш уразливою віковою групою є дорослі від 20 до 59 років, причому пік випадків припадає на період між 20 і 39 роками.

В Україні кількість депресивних розладів також зростає. За інформацією МОЗ, понад 70% усіх психічних захворювань становлять непсихотичні розлади, серед яких домінують саме депресивні стани.

Історичні дані про виявлення та вивчення депресивних станів сягають

Давньої Греції, коли Гіппократ визначив три типи розладів: манію, меланхолію, френит (запалення, що уражає душу й тіло). Такий вчений як Р. Бертон вважав, що причиною більшості хвороб людини є бездіяльність, але на її вияв впливають і спосіб життя людини загалом, і звички, і традиції, яких вона дотримується. В своїх дослідженнях Р. Бертон вперше використовує поняття меланхолії як вияву депресивного стану. По-іншому вважав Франсуа Боссє де Соваж, який досліджував та намагався вдосконалити методи діагностики депресій. Він розробив нозологічну систему, яка налічувала чотирнадцять підтипів меланхолії. Вагомим є внесок у дослідження депресії як психічного розладу Е. Крепеліна, який вперше дослідив, що раннє недоумство та маніакально-депресивний психоз – це різні захворювання. Саме Е. Крепелін запропонував застосовувати у психології термін «інволюційна меланхолія» під час діагностики різних видів депресивних розладів, зокрема у людей середнього віку. Він зазначав, що раннє недоумство виявляється ще у юнацькому віці й стає причиною глибокого дефекту особистості, зумовленого органічними змінами головного мозку [17; 27].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідження депресивних розладів здійснювалося великою групою психологів, з-поміж яких: Н. Г. Гаранян, В. В. Ковальов, Г. Д. Мазуро, Б. В. Михайлов, Е. С. Наталевич, І. Л. Первова, В. С. Підгкоритов, В. Н. Синицький, Л. Ф. Шестопалова, О. С. Чабан, Ю. Ю. Чайка, Г. Браун, М. Ковач, Д. Коул, Дж. Мак-Каллоу, К. Петерсон.

Нині над питанням вияву депресивних розладів працює чимало практиків – клініцистів, з-поміж яких: Г. Блумберг, К. Ізард, Ш. Швартц, А. Бек, Дж. Давіс, Мейер, М. Гельдер, Д. Гет, Р. Мейо та ін. У працях зазначених науковців розглядаються теорії вивчення депресивних явищ, визначені та проаналізовані чинники, які впливають на вияв депресивних симптомів, пропонуються методики лікування депресивних розладів.

Дослідники пропонують багато різних моделей пояснення виникнення депресії, проте жодна з них не є універсальною. Це пов'язано з тим, що

депресія має багатофакторну природу. Така складність суттєво ускладнює процес діагностики, виявлення механізмів її розвитку, а також визначення ефективних методів лікування й профілактики на різних рівнях. Термін «депресія» закріпився в медичній науці у другій половині

XIX ст., коли розпочалося наукове вивчення цього розладу. До другої половини XX ст. дослідницькі роботи, присвячені проблемі депресії, переважно мали описовий характер: вони обмежувалися описом окремих клінічних проявів розладу. Активніше та глибше вивчення депресії як психічного розладу розпочалося у 1960–70-х рр. Депресія стала предметом уваги сучасних зарубіжних (Лоуен, 2002; Менцос, 2001; Хелл, 1999) і вітчизняних (Подкоритов, 2003; Смулевич, 2003) науковців.

Депресивні розлади мають низку характерних проявів. Серед основних симптомів — тривале зниження настрою, втрата інтересу до звичних занять і нездатність відчувати задоволення, порушення нейровегетативних функцій, зниження енергетичного тону, що призводить до труднощів у соціальному та професійному житті. Частими є також надмірне почуття провини, ослаблена концентрація уваги та поява суїцидальних думок.

У деяких людей замість апатії може спостерігатися підвищена дратівливість, тривожність і нестійкість емоцій. За характером проявів і причинами виникнення депресивні стани поділяють на кілька типів. Сучасна наука виділяє три основні групи депресій: **психогенні**, **ендогенні** та **соматогенні**.

Психогенні депресії виникають як реакція на сильні емоційні переживання або стресові події. *Ендогенні депресивні стани* пов'язані з внутрішніми біологічними механізмами й часто супроводжують такі захворювання, як шизофренія, біполярний афективний розлад чи інволюційна меланхолія. *Соматогенні депресії* проявляються на тлі різноманітних соматичних (тілесних) хвороб.

Метою даної роботи є теоретичне обґрунтування та дослідження сезонних коливань настрою та їхній зв'язок із депресивними станами для

розроблення практичних рекомендацій щодо профілактики та лікування депресії..

Завдання дослідження:

1. Визначити етапи організації та проведення емпіричного дослідження впливу сезонних факторів на емоційний стан особистості.
2. Охарактеризувати методи та методики дослідження впливу сезонних коливань на психоемоційний стан особистості.
3. Визначення та аналіз діагностики впливу сезонних змін на рівень депресивних проявів.
4. Здійснити інтерпретацію результатів діагностики впливу сезонних змін на рівень депресивних проявів та емоційний стан респондентів.
5. Надання відповідних рекомендацій щодо профілактики впливу сезонних коливань настрою на розвиток депресивних станів.

Об'єкт дослідження – сезонні коливання настрою.

Предмет дослідження – психологічні особливості сезонних коливань настрою та їхній зв'язок із депресивними станами.

Відповідно до поставлених завдань було застосовано такі **методи дослідження**: аналізу та синтезу; анкетування; метод математичної статистики; метод групування; метод класифікації.

Елементи наукової новизни. Наукова новизна дослідження полягає в наступному:

- 1) уточнення поняття сезонні коливання настрою та депресії;
- 2) розробка анкети для визначення рівня сезонного коливання настрою та зв'язку з депресивними станами;
- 3) розроблення методичних рекомендацій щодо профілактики впливу сезонних коливань настрою на розвиток депресивних станів.

Практичне значення одержаних результатів. Отримані дані можуть бути використані в роботі практичних психологів. Крім того, основні положення магістерського проекту можуть бути використані під час організації та проведенні лекційних та практичних занять з дисципліни «Медична

психологія» стосовно діагностики сезонних коливань настрою та зв'язку із депресивними станами.

Публікації за темою дослідження. За темою дослідження підготовлено тези та надано до друку.

Кваліфікаційна робота «Сезонні коливання настрою та їхній зв'язок із депресивними станами» складається з вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (48 джерела). Зміст роботи викладений на 66 сторінці.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕЗОННИХ КОЛИВАНЬ НАСТРОЮ ТА ЇХНЬОГО ЗВ'ЯЗКУ ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ СТАНАМИ

1.1. Основні етапи організації та проведення програм емпіричного дослідження сезонних коливань настрою пов'язаних з рівнем депресивних станів.

Організація дослідження психологічних аспектів впливу сезонних факторів на емоційний стан особистості з урахуванням 2-х рівнів наукового пізнання - це теоретичного та емпіричного, які є взаємопов'язані між собою.

Почнемо з аналізу емпіричного етапу дослідження психологічних аспектів впливу сезонних факторів на емоційний стан особистості, яке полягає в безпосередньому дослідженні конкретних явищ шляхом здійснення спостереження та проведення анкетування, в результаті чого здійснюється узагальнення результатів дослідження для наступного провадження їх у практичну діяльність психолога. Характерною особливістю даного етапу є наявність безпосереднього контакту особи, яка проводить анкетування з респондентом для визначення впливу сезонних факторів на емоційний стан особистості. Емпіричні дослідження використовуються для відповіді на чітко поставлені питання на основі висування гіпотез, які повинні або підтвердженні або спростовані шляхом надання кількох альтернативних відповідей.

Цей етап пов'язаний із послідовним проведенням наступних дій:

- 1) критична оцінка та перевірка кожного факту;
- 2) детальний опис кожного із досліджуваних фактів;
- 3) відбір з усіх фактів типових, найбільш повторюваних, які виражають основні тенденції розвитку;
- 4) класифікація фактів за їх істотними ознаками;
- 5) визначення істотних закономірностей, які характеризують досліджувані явища [1, С. 95].

Теоретичний етап наукового дослідження полягає в науковому аналізі

сутності досліджуваного об'єкта шляхом визначення і пояснення його істотних властивостей, яке спрямоване на об'єднання інформації щодо окремих сторін в цілісну, єдину структуру та включає в себе систему понять і суджень. Також на цьому етапі дослідження здійснюється прогнозування можливих подій або змін в досліджуваних явищах, розробки принципів та практичних рекомендацій. Теоретичний етап полягає у наданні визначенні поняттю сезонних коливань настрою та депресії, визначенні основних причин та факторів сезонних коливань настрою, симптоми прояву сезонних коливань настрою та визначення ефективних методів профілактики та лікування. Організація та проведення дослідження психологічних особливостей сезонних коливань настрою включала в себе додаткові задачі емпіричної спрямованості:

1. Підбір та використання методів дослідження, які підходять для виявлення та діагностики сезонних коливань настрою.
2. Емпіричне вивчення особливостей сезонних коливань настрою та зв'язку із депресивними станами у репрезентативній вибірці.

Дослідження психологічних особливостей сезонних коливань настрою здійснювалось в кілька етапів: підготовчий, етап збору інформації, заключний.

Підготовчий етап становив собою планування дослідження. Було визначено проблему, об'єкт, предмет, мету та задачі дослідження, обрано методи дослідження та сформовано вибірку дослідження.

На даному етапі було поставлено та вирішено наступні задачі:

1. Аналіз теоретичних підходів вітчизняних та зарубіжних вчених щодо визначення сезонного коливання настрою та зв'язку з депресією .
2. Підбір репрезентативної вибірки.
3. Визначення методів дослідження, а саме: аналіз та синтез; анонімне анкетування, метод математичної статистики, ранжування, класифікації та групування.
4. Розробка анкети для діагностичної процедури з дотриманням основних вимог такої як етичної та конфіденційної
5. Відбір методів математичної обробки даних [2, С. 56].

Емпіричну вибірку склало 50 осіб в віці 18 – 60 років, серед яких було: 1 група вимушені мігранти 25 осіб та 2 група невимушені мігранти 25 осіб. Вікова група досліджуваних була обрана через відсутність достатньої кількості наукових даних про сезонні коливання настрою та зв'язку із депресивними станами.

Емпіричні методи застосовуються у дослідженнях разом із загальнонауковими як специфічні способи прикладного наукового пізнання і ґрунтуються переважно на процесах чуттєвого сприймання — відчуттях, сприйнятті та уявленнях, при цьому вони формуються на базі загальнонаукових підходів і відображають особливості тієї науки, у межах якої були створені; у межах емпіричного дослідження важливо розрізняти метод як спосіб отримання наукових даних і методику як конкретний варіант реалізації методу під час вивчення певного типу явищ; до емпіричних методів висуваються вимоги валідності, тобто придатності до використання та чіткого визначення кола досліджуваних властивостей, об'єктивності, що передбачає мінімізацію суб'єктивного впливу дослідника, діагностичної сили, яка дає змогу розрізняти об'єкти за рівнем вираженості ознаки і поділяти їх щонайменше на низький, середній і високий рівні, надійності, тобто здатності забезпечувати відтворюваність результатів за однакових умов, а також репрезентативності, що відображає можливість поширювати висновки, отримані з вибірки, на всю досліджувану сукупність об'єктів за умови правильного їх добору. Етап збору інформації включав в себе отримання фактичних даних за допомогою психодіагностичного обстеження шляхом анкетування для співвідношення вияву та діагностики сезонних коливань настрою та депресії.

Дослідження проводилося в індивідуальній формі через мережу Інтернет, а саме Google Form. Усі учасники дали свою згоду на участь в анкетуванні. Збір емпіричного матеріалу включав в себе такі стадії:

1. Підготовка до проведення дослідження. На даному етапі було сформовані питання в анкеті для анкетування.

2. Первинна робота з респондентами. На даному етапі було встановлено проводилося ознайомлення респондентів із процедурою проведення анкетування та інструкціями до тестів.

3. Збір даних.

Заклучний етап складався з математичної обробки емпіричного матеріалу, інтерпретації отриманих результатів у вигляді діаграм, оформлення результатів дослідницької роботи та формулювання висновків.

В даній роботі було використано такі методи:

1. Аналіз та синтезу - виокремили перелік симптомів прояву сезонного коливання настрою.

2. Анонімної анкети - встановили професійно важливі уміння, навички та знання цифрової грамотності психолога.

3. Метод математичної статистики - статистично підраховували результати, винайшли середньостатистичні показники по кожній групі щодо сезонного коливання настрою.

4. Метод класифікації –систематизували наукові уявлення щодо переліку сезонних коливань настрою та їх зв'язку з депресивними станами, їх симптомів прояву на підставі їхньої подібності в певних сутнісних змістовних характеристиках.

5. Метод групування – це означає, що на підставі загальної характеристики прояву сезонного коливання настрою об'єднали симптоми та лікування їх в окремі групи [8, С. 67].

Дослідження сезонних коливань настрою та зв'язку з депресивними станами базується на різних підходах. Можна виділити наступні: перший – це біхевіоризм, який вивчає, як люди реагують на зовнішні подразники та ситуації; другий – це когнітивізм, що зосереджується на тому, як люди сприймають та обробляють інформацію, коли переживають стрес або небезпеку. Це включає використання різних методів, таких як спостереження, експерименти і аналіз даних, щоб краще зрозуміти, як змінюється поведінка при певних обставинах[1, С. 85].

Основними теоретико-методологічними підходами до дослідження психологічних особливостей сезонного коливання настрою є такі підходи як системний, особистісний, діяльнісний та гуманістичні підходи [1, С. 86].

Дані підходи дозволяють комплексно вивчати психіку людини в складних умовах, аналізуючи її поведінку в контексті життєвої ситуації, індивідуальних властивостей та життєвого досвіду.

Системний підхід розглядає поведінку особистості як результат взаємодії множини внутрішніх та зовнішніх факторів, що вимагає аналізу психологічних феноменів у їх комплексності та зв'язках між ними.

Наступним підходом є особистісний підхід, який фокусується на вивченні психічних властивостей людини як цілісного утворення, її індивідуальності, внутрішніх зв'язків та мотивації, а також її взаємозв'язок з навколишнім середовищем [1, С. 87].

Ще одним підходом є діяльнісний підхід, який розглядає поведінку як активну взаємодію особистості із зовнішнім світом, яка проявляється як провідна форма психічної активності, що формує та проявляє психологічні особливості.

Такий підхід як гуманістичний, акцентує увагу на унікальності кожної особистості, її здатності до саморозвитку і реалізації, а також спрямований на значенні особистісного вибору та цінностей у кризових ситуаціях [1, С. 91].

Визначені підходи досліджують психологічні особливості поведінки особистості при сезонному коливанні настрою та в комплексі краще розкривають такі аспекти як:

- 1) вплив сезонних коливань настрою на психіку та поведінку особистості;
- 2) специфіку психічних станів, таких як стрес, тривога, страх у кризових умовах;
- 3) механізми адаптації та подолання труднощів при виникненні депресивних станів;
- 4) індивідуальні особливості особистості;
- 5) психоемоційні наслідки сезонного коливання настрою;

6) ефективні стратегії діагностики та профілактики;

7) оцінити роль соціальної підтримки й індивідуальних особливостей у процесі відновлення, а також сприяти кращому розумінню потреб осіб, які знаходяться в депресивному стані[2, С. 86].

Таким чином, магістерський проект складався з наступних етапів: підготовчого, етапу збору інформації та інтерпретаційного, кожний з яких мав свої конкретні цілі та завдання.

1.2. Характеристика методів та методик дослідження впливу сезонних коливань на психоемоційний стан і рівень депресивності.

Емпіричну вибірку склало 50 осіб в віці 18 – 60 років, серед яких було: 1 група вимушені мігранти 25 осіб та 2 група невимушені мігранти – 25 осіб. Вікова група досліджуваних була обрана через відсутність достатньої кількості наукових даних про сезонні коливання настрою та зв'язку із депресивними станами.

Для проведення діагностики та вияву сезонного коливання настрою та зв'язку з депресивними станами використовували діагностичну методику В.А. Жмурова, яка часто застосовується в клінічній практиці для оцінки рівня депресії та тривоги. Головним завданням даної методи є виявлення пригніченого настрою, втрати інтересу та емоційного виснаження; допомагає оцінити рівень тривоги, зокрема фізичні та когнітивні симптоми. Діагностична методика В.А. Жмурова полягає у визначенні мінімальної, легкої, помірної, вираженої або глибокої депресії.

Відповідно до шкали вираженості депресії, запропонованої А.Т. Беком – легкий, середній та високий ступінь розвитку депресії. Шкала вираженості депресії, розроблена Аароном Беком (Шкала депресії Бека, BDI), — це 21-питальний тест, який оцінює симптоми депресії за шкалою від 0 до 63 балів. Кожне питання має 4 варіанти відповіді, що відображають різну інтенсивність симптому, відсутність (0 балів) до сильного прояву (3 бали). Результати

інтерпретуються наступним чином: 0–13 балів — норма, 14–19 — легка депресія, 20–28 — помірна, а 29–63 — важка.

У початковій версії шкала депресії заповнювалася лише за участю підготовленого фахівця — психіатра, клінічного психолога або соціолога. Спеціаліст уголос зачитував кожен пункт опитувальника, після чого пацієнт обирав твердження, яке найточніше відповідало його теперішньому емоційному стану. Пацієнту видавали копію анкети, щоб він міг слідкувати за питаннями. Дослідник заносив відповіді у відповідний бланк і додатково враховував анамнез, рівень інтелектуального розвитку та інші важливі для оцінки параметри.

На сьогодні вважається, що проведення тестування можна спростити: опитувальник дають людині для самостійного заповнення без обов'язкової участі експерта.

Шкалу депресії Бека (BDI) створено для кількісної оцінки вираженості депресивного стану та визначення його глибини. Вона дає можливість відслідковувати динаміку симптомів у часі й отримувати об'єктивні показники, необхідні для визначення ефективності лікування. Цей інструмент широко застосовують і в клінічних дослідженнях.

Як і будь-яка інша шкала самооцінювання, Бека має певні недоліки, адже відповіді пацієнта можуть бути навмисно або ненавмисно занижені чи завищені. Також спосіб проведення тестування здатен впливати на кінцевий результат: заповнення форми в присутності інших людей у клініці може давати інший результат, ніж анонімне заповнення, наприклад, поштою.

У пацієнтів із соматичними хворобами фізичні симптоми на кшталт втоми можуть впливати на бали за шкалою Бека, штучно підвищуючи їх, навіть якщо симптоми пов'язані насамперед із тілесним захворюванням, а не з депресією. Щоб мінімізувати цю проблему, Бек разом із колегами створив модифікований варіант BDI-PC, коротку скринінгову шкалу з семи пунктів, які не залежать від фізичного стану. На відміну від стандартної шкали, BDI-PC

видає лише два можливі результати: «депресія» або «відсутність депресії», якщо сума балів перевищує порогове значення 4.

Також ми використовували для діагностики сезонного коливання настрою та його зв'язку із депресивним станом - методика диференціальної діагностики. За методикою диференціальної діагностики, розробленою В. Зунгом та адаптованою Т. І. Балашовою, аналізується загальний стан особистості, її настрій, на основі чого робиться висновок про низький рівень розвитку депресивного стану, субдепресію, депресію та високий рівень вираженості депресії.

Методика диференціальної діагностики — це процес встановлення відмінностей між станами зі схожими симптомами шляхом порівняння та аналізу різних ознак. Вона використовується у багатьох сферах, наприклад, у медицині для відрізнення одного захворювання від іншого, або у психології, коли потрібно визначити точний діагноз, який може мати схожі прояви. Загальний принцип полягає у виявленні ключових відмінностей, які дозволяють точно визначити причину та вибрати правильну стратегію лікування або корекції. Для діагностики, наприклад, диференціація депресії від інших розладів настрою. Для цього можуть використовуватися стандартизовані опитувальники, як-от Шкала депресії Бека (BDI), що допомагає оцінити тяжкість симптомів.

У сучасній медичній практиці застосовують два основні підходи до класифікації депресивних розладів. Перший спирається на Міжнародну класифікацію хвороб (МКХ-10) [10, С. 11], що відповідає вимогам ВООЗ, і є обов'язковим для використання в медичних системах таких країн, як Хорватія, росія, Україна, Австралія та інших. У Сполучених Штатах натомість застосовують критерії, викладені в «Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів» (DSM-IV), які найчастіше використовують у дослідженнях, що стосуються депресії. Дані методики проводились шляхом використання такого дієвого методу анкетування шляхом поставлення

стандартизованих запитань, які визначають включать дані методики, які перелічені вище.

Тестування передбачає швидку діагностику наявності депресії та виявлення вікових особливостей прояву депресії.

Анкетування – це метод отримання інформації від респондентів шляхом їх письмового опитування через систему попередньо підготовлених запитань (анкет). Анкетування може бути очним та заочним.

Почнемо з надання визначення, що очне анкетування – це таке анкетування, яке полягає в тому, що особа, яка збирає інформацію, роздає анкети та є присутня при їх заповненні. А навпаки заочне анкетування – це надходження анкет респондентам, збір і аналіз інформації, отриманої від них проходить дистанційно через мережу Інтернет, а саме додаток Google Forms.

Переваги проведення анкетування:

- 1) швидкий і доступний метод збору інформації;
- 2) можливість одночасного охоплення великої кількості респондентів;
- 3) можливість отримання інформації стосовно різних сфер діяльності;
- 4) можливість проведення аналогічного дослідження через проміжок часу [9, С. 81].

Запитання в анкетах діляться на два види: відкритого та закритого типу. Відкриті запитання – це такі запитання, які дають можливість для респондентів самостійно формулювати відповіді на поставлене запитання. Закриті запитання – це обрання одного чи декількох альтернативних відповідей на поставлене запитання. В даному дослідженні для визначення сезонних коливань настрою використовувались закритого типу. Питання відповідно даних методик були розміщені на платформі Google Forms для ефективної діагностики та отримання результатів.

Також в дослідженні та виявленні депресивних станів використовується - опитувальник депресивних станів (ОДС) Беспалька. Даний опитувальник — це клінічна скринінгова методика, розроблена для масових досліджень, загальної лікарської практики та диференціації невротичної й ендогенної депресії. Він

призначений для виявлення загальних, замаскованих і слабо структурованих депресивних симптомів. Опитувальник депресивних станів (ОДС) Беспалька: Скринінгова методика, призначена для масових досліджень та рутинного застосування.

Призначення ОДС є:

1. Масові скринінги: дозволяє швидко охопити великі групи людей.
2. Загальна лікарська практика, може використовуватися лікарями на рутинних прийомах.
3. Диференціація, допомагає відрізнити невротичну депресію від ендогенної.
4. Виявлення симптомів: Фокусується на виявленні загальних, маскованих та нечітко виражених депресивних симптомів

Ще однією ефективною методикою є госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS): Застосовується для первинного виявлення симптомів депресії та тривоги в умовах загальномедичної практики. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) – це опитувальник, який використовується для скринінгу та оцінки тяжкості симптомів тривоги та депресії у пацієнтів у загальномедичній практиці. Вона складається з 14 запитань, з яких 7 стосуються тривоги і 7 – депресії, а результат у балах дозволяє оцінити рівень розладу.

Таким чином, можна окреслити, що під час проведення дослідження за вищезазначеними методиками для досягнення поставленої мети потрібно дотримуватись наступ вимог:

- 1) анкетування повинно проводитись анонімно;
- 2) запитання повинні враховувати індивідуально-психологічні особливості респондентів;
- 3) у вступній частині анкети має обов'язково зазначатися основна мета дослідження і підкреслена важливість відповідей кожного респондента;
- 4) запитання повинні бути чіткими, зрозумілими та лаконічними учасникам анкетування;
- 5) запитання не повинні містити подвійного заперечення;

6) дотримання логічної послідовності поставлених запитань, які повинні чітко відповідати меті та завданням дослідження.

Таким чином, обрані нами методи та виокремлені нами детермінуючі складові сезонних коливань настрою та зв'язку із депресивними станами, дозволили нам систематизувати усю наявну інформацію та провести наукове дослідження для уточнення та систематизації деяких теоретичних положень щодо сезонних коливань настрою.

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

Аналіз наукової літератури показав, що депресія являє собою афективний стан, який характеризується негативним емоційним тлом, зміною мотиваційної сфери, когнітивних уявлень і загальною пасивністю поведінки. Депресія та депресивні стани являють собою афективні стани, які характеризуються негативним емоційним тлом, зміною мотиваційної сфери, когнітивних уявлень і загальною пасивністю поведінки.

Організація дослідження психологічних аспектів впливу сезонних факторів на емоційний стан особистості з урахуванням 2-х рівнів наукового пізнання - це теоретичного та емпіричного, які є взаємопов'язані між собою.

Для дослідження впливу сезонних коливань на психоемоційний стан особистості використовують також комплекс методик, що включає спостереження за поведінкою, опитування (анкетування, бесіди), тестування (стандартизовані шкали та опитувальники для вимірювання настрою, рівня тривожності тощо) та експериментальні методи. Також застосовується аналіз продуктів діяльності та узагальнення незалежних характеристик для отримання об'єктивніших даних. В нашому дослідженні ми використовували такі шкали: шкала депресії PHQ (Patient Health Questionnaire); шкала тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI); госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS); шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI). Даний комплекс методів дозволяє отримати об'єктивні результати щодо проблем сезонних коливань настрою.

Депресію розуміють як стан пригніченості, що проявляється відчуттям смутку, виснаження, заниженою самооцінкою, почуттям провини та іншими подібними симптомами. Існує велика кількість класифікацій депресивних розладів, які частково накладаються одна на одну. Загалом такі стани можна розподіляти за феноменологічними й нозологічними характеристиками, а також поділяти на екзогенні та ендогенні, прості, середньої тяжкості та складні.

Описуючи психологічні прояви депресії, спеціалісти зазвичай звертають увагу на емоційні, когнітивні, фізіологічні та поведінкові компоненти.

Розкриття змісту та специфіки депресивних станів може стати основою для побудови діагностичних, корекційних та розвивальних методик. Аналіз наявних класифікацій депресій підтверджує можливість їхнього поділу за феноменологічними й нозологічними ознаками, а також за походженням (екзогенним чи ендогенним) та за рівнем тяжкості - від простих до складних.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕЗОННИХ КОЛИВАНЬ НАСТРОЮ ТА ЇХНЬОГО ЗВ'ЯЗКУ ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ СТАНАМИ

2.1. Аналіз та інтерпретація результатів діагностики впливу сезонних змін на рівень депресивних проявів та емоційний стан респондентів

Основними компонентами психоемоційного стану, які найчастіше аналізують у контексті вимушеного переселення, є тривожність, депресивні прояви та стресові реакції. Кожен із цих аспектів суттєво впливає на здатність переселенців пристосовуватися до нових соціальних і культурних умов.

1. Тривожність. Дослідження демонструють, що рівень тривожності серед осіб, які були змушені залишити місце проживання, значно перевищує показники людей, які не переживали подібних кризових ситуацій. Підвищена тривога формується внаслідок невизначеності майбутнього, ризику втрати житла, зміни соціального статусу, небезпеки для близьких. Важливо розрізняти реактивну тривожність, що характеризує актуальний емоційний стан, і особистісну, яка є відносно стабільною індивідуальною рисою.

2. Депресія. У переселенців депресивні симптоми часто виникають на тлі переживання втрат, вимушеного розриву з близькими, руйнування звичного життєвого укладу, матеріальних труднощів і почуття безпорадності. У дослідженнях часто застосовують опитувальник депресії Бека (BDI-II), результати якого свідчать, що значна частина переселенців демонструє високий рівень депресивної симптоматики, що потребує уваги фахівців соціальної та психологічної сфери.

3. Стрес. Переселенці перебувають у стані хронічного стресу через постійний вплив зовнішніх стресорів, таких як зміна середовища, необхідність адаптації до інших соціальних умов, мовні бар'єри, пошук житла чи роботи. Для оцінювання рівня суб'єктивного стресу використовують Шкалу сприйнятого стресу (PSS), яка допомагає визначити інтенсивність емоційного навантаження.

Депресію визначають як психічний розлад, що проявляється патологічним зниженням настрою, негативним ставленням до себе, свого становища та майбутнього. Часто спостерігається ангедонія - втрата здатності отримувати задоволення від звичних занять. У більшості людей також виникають виснаження, зниження мотивації, втрата активності й енергійності.

Згідно з МКХ-10, діагноз «депресія» встановлюють за умови наявності п'яти або більше симптомів протягом щонайменше двох тижнів. До таких симптомів належать: зниження маси тіла, розлади сну (безсоння або надмірна сонливість), психомоторне збудження або загальмованість, постійна втома, почуття безсилля чи провини, зниження здатності концентрувати увагу, повторювані думки про смерть або суїцид. Якщо присутні один-два основні симптоми й до чотирьох додаткових, діагностують легку форму депресії; якщо два основні й чотири або більше додаткових - важку форму розладу [11, С. 110].

У сучасній науці існує низка теорій, що пояснюють природу депресії. Психологічні підходи трактують її як реакцію конкретної особистості на стресовий чинник з урахуванням індивідуального життєвого досвіду та уявлень про світ.

Психоаналітична теорія розглядає депресію як наслідок втрати значущої людини, яка водночас є об'єктом любові та агресії. Оскільки почуття гніву або ненависті до втраченої особи витісняються, формується почуття вини, спрямоване на самого себе. Також міжособистісні труднощі можуть сприяти зниженню самооцінки, що створює сприятливі умови для розвитку депресивного стану [13, С. 75].

У межах психоаналітичного підходу виділяють дві групи чинників депресії - особистісні та міжособистісні. До особистісних належать витіснена агресія, амбівалентність у стосунках із важливими людьми, надмірна залежність, низька самооцінка, нестача автономності, а також нереалістичні чи недосяжні потреби. Міжособистісні чинники включають дитячі травми, переживання безпорадності, втрату значущого об'єкта, незадоволеність

інтимними або емоційними потребами, що можуть оживляти ранні травматичні переживання [11, С. 110].

У сучасній науці існують декілька теорій щодо виникнення депресії, які розкривають причини та механізми формування цього стану. Психологічні теорії пояснюють виникнення депресії з позицій різних психологічних шкіл як реакцію конкретної особистості зі своїм індивідуальним життєвим досвідом і уявленнями про навколишній світ на певний стресорний фактор.

Психоаналітична теорія передбачає, що депресія виникає при втраті значущої "іншої" людини, яка стає об'єктом одночасної любові та ненависті. Ненависть або гнів до втраченої особи внаслідок цього заперечується, що викликає почуття вини, направлене на себе. Крім того, різні проблеми в міжособистих відносинах сприяють розвитку низької самооцінки, що призводить до депресивного стану [13, С. 75].

В рамках психоаналітичної концепції різні автори виділяють основні фактори, які впливають на виникнення депресії, і розрізняють їх на особистісні та міжособистісні. Особистісні фактори включають пригнічену агресію, конфлікт між почуттями любові і ненависті (амбівалентність у відносинах зі значущими іншими), залежність від іншої людини, низьку самооцінку, брак автономності, нереалістичні або недосяжні бажання. Міжособистісні фактори включають дитячий або дитячий досвід травм, пережиті відчуття або реальний досвід безпорадності при виборі об'єкта на нарцисичних підставах уже в дорослому віці, що оживляє дитячу травму, реальну або уявну втрату об'єкта лібідо, невдоволені сексуальні бажання [11, С. 110].

Емпіричне дослідження, спрямоване на виявлення особливостей депресивних станів у вимушених емігрантів, проводилося за участю 50 осіб віком від 22 до 50 років, серед яких були чоловіки та жінки. Для порівняння і виявлення відмінностей депресивних проявів застосовувалося формування двох груп: група 1 складалася з 25 вимушених мігрантів, група 2 - з 25 не вимушених мігрантів. Дослідження проводилося онлайн протягом двох днів: у перший день вивчалися депресивні та тривожні стани групи 1, у другий день - групи 2.

Учасникам надсилали чотири бланки методик та інструкції для заповнення, жодних питань у респондентів не виникло, процес проходив без ускладнень, всі бланки були успішно заповнені і надіслані.

Для оцінки депресивних станів застосовувалися чотири психометричні методики. **Шкала депресії PHQ-9** (Patient Health Questionnaire) дозволяє оцінити симптоми депресії за 9 питаннями на основі DSM-5, охоплюючи настрій, енергію, сон, апетит, інтереси, почуття провини, концентрацію та безнадію. Загальний бал варіюється від 0 до 27 і класифікується як відсутність або мінімальний рівень депресії (0–4), легкий (5–9), помірний (10–14), важкий (15–19) та дуже важкий (20–27) [20, С. 78].

Шкала депресії Бека (BDI) містить 21 питання щодо різних аспектів депресії, з можливим балом від 0 до 63, і дозволяє класифікувати рівень депресії на мінімальний (0–9), легкий (10–18), помірний (19–29) та важкий (30–63) [22, С. 156].

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) включає дві підшкали для оцінки тривоги та депресії з балами від 0 до 21, причому результати інтерпретуються як нормальні (0–14), межові (15–20), підозрілі (21–28) та клінічно значущі (29–42).

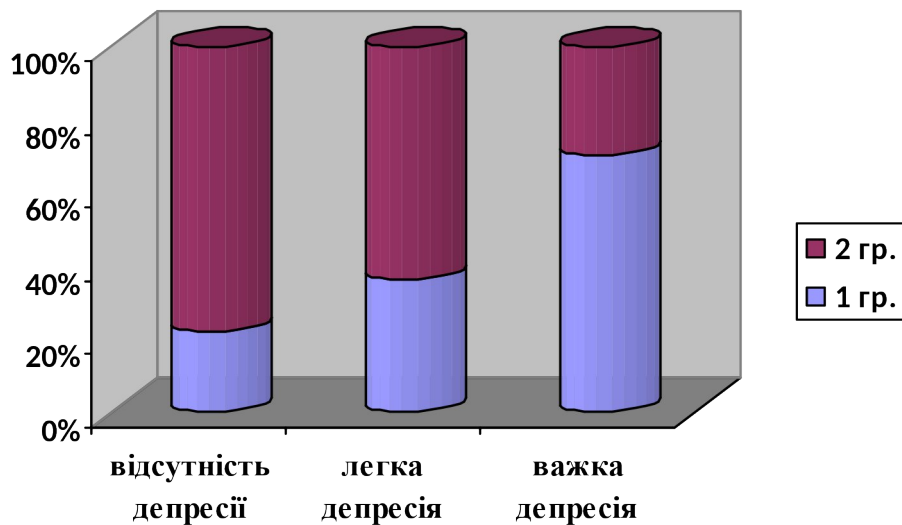
Шкала тривоги Спілбергера (STAI) дозволяє оцінити станову та трейт-тривожність з можливим балом 20–80 для кожної підшкали, при цьому низький рівень оцінюється як 40–62 бали, середній — 63–98, високий — 99–160.

Результати дослідження показали, що за методикою PHQ-9 у групі вимушених емігрантів лише 4 особи не мали депресії, тоді як у групі не вимушених мігрантів відсутність депресії спостерігалася у 14 осіб. Легка та помірна депресія виявлена у 8 осіб групи 1 і у 14 осіб групи 2. Важкі депресивні стани зустрічалися у 7 осіб групи вимушених мігрантів і лише у 3 осіб групи не вимушених. Див таблицю та рисунок 2.1.

Отримані дані свідчать про підвищений рівень депресивних симптомів у вимушених емігрантів, що вимагає додаткової психологічної підтримки та соціальної допомоги для ефективної адаптації.

Таблиця 2.1 - Шкала депресії PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)

	1 група Вимушені мігранти	2 група Невимушені мігранти
Відсутність депресії	4	14
Легка депресія	8	14
Важка депресія	7	3

Рисунок 2.1-Шкала депресії PHQ-9

2. За даними методики **Шкала депресії Бека (BDI)** у групі вимушених емігрантів мінімальний та легкий рівень депресії спостерігався у 16 осіб, тоді як у групі не вимушених мігрантів аналогічний рівень депресії відзначався у 22 осіб. Помірний рівень депресії зафіксовано у 7 осіб групи вимушених мігрантів та у 2 осіб групи не вимушених. Важкий рівень депресії виявлено у 2 осіб групи 1 і у 1 особи групи 2. Результати тесту інтерпретуються так:

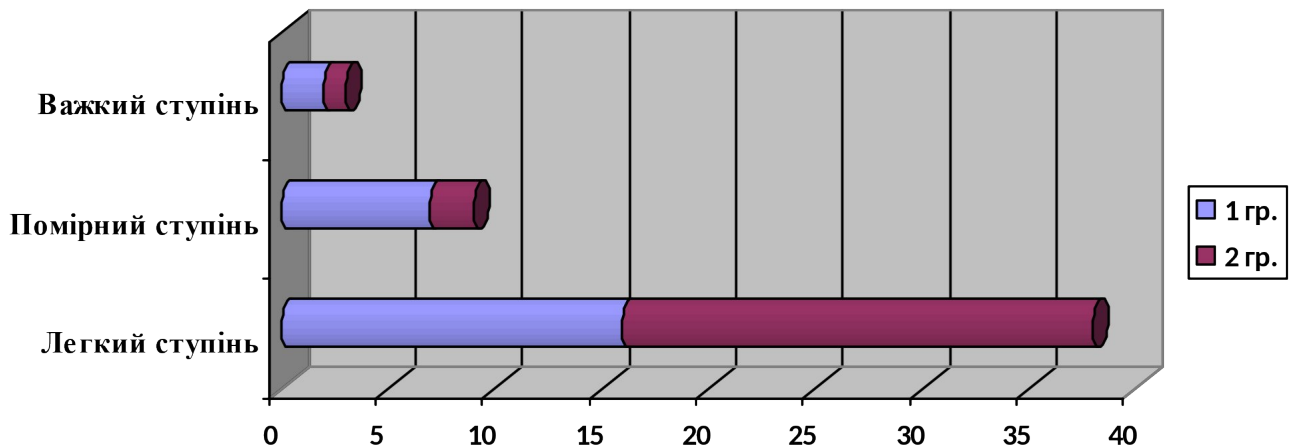
0—13 — варіанти, які вважаються нормою 14—19 — легка депресія 20—28 — помірна депресія 29—63 — важка депресія. Деталізовані данні наведено у таблиці та рисунку 2.2.

Таблиця 2.2 Шкала депресії Бека (BDI)

	1 група Вимушені мігранти	2 група Невимушені мігранти

Легкий ступінь	16	22
Помірний ступінь	7	2
Важкий ступінь	2	1

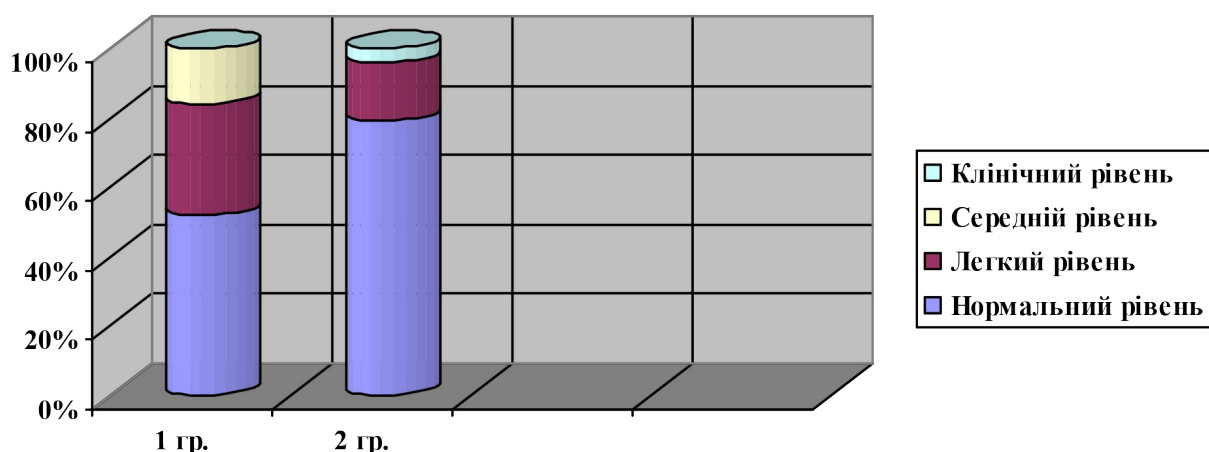
Рисунок 2.2 Шкала депресії Бека (BDI)



3. За даними **Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS)** у групі вимушених емігрантів нормальний рівень тривоги та депресії спостерігався у 13 осіб, тоді як у групі не вимушених мігрантів нормальний рівень зафіксовано у 20 осіб. Легкий рівень тривоги та депресії визначено у 8 осіб групи 1 і у 4 осіб групи 2. Середній рівень спостерігався у 4 осіб групи вимушених мігрантів та у 2 осіб групи не вимушених. Клінічний рівень тривоги та депресії виявлено у 1 особи групи вимушених емігрантів, тоді як у групі не вимушених осіб з клінічними проявами не зафіксовано. Детальні дані наведені у таблиці та рисунку 2.2. Результати тесту інтерпретуються так:

Таблиця 2.3 Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS)

	1 група Вимушені мігранти	2 група Невимушені мігранти
Нормальний рівень	13	20
Легкий рівень	8	4
Середній рівень	4	1
Клінічний рівень	1	0

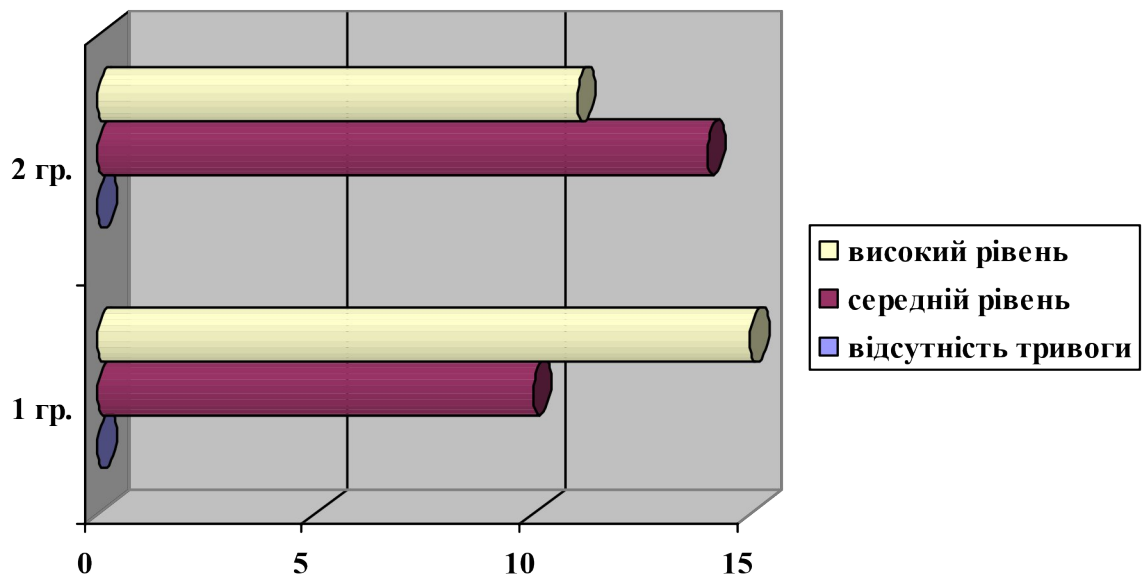
Рисунок 2.3 Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS)

4.За результатами **Шкали тривоги Спілбергера (STAI)** у обох групах емігрантів відсутність тривоги не зафіксована. У групі не вимушених мігрантів середній рівень тривоги спостерігався у 14 осіб, високий рівень — у 11 осіб. У групі вимушених мігрантів середній рівень тривожності виявлено у 10 осіб, високий рівень — у 15 осіб. Детальні дані наведені у таблиці та рисунку 2.4. Результати тесту інтерпретуються так:

Таблиця 2.4 Шкали тривоги Спілбергера (STAI)

	1 група Вимушені мігранти	2 група Невимушені мігранти
Відсутність тривоги	0	0
Середній рівень	10	14
Високий рівень	15	11

Рисунок 2.4 Шкали тривоги Спілбергера (STAI)



Депресивні стани можуть спостерігатися як у вимушених, так і у невимушених емігрантів, проте у перших вони часто мають специфічні особливості, пов'язані з примусовим виїздом через політичні, економічні або соціальні обставини. Порівняльний аналіз депресивних станів у цих групах показує:

Емоційний дискомфорт: Вимушені емігранти зазнають більш вираженого емоційного стресу через втрату рідної країни, що проявляється підвищеною тривожністю, сумнівами у власних силах та втратою радості.

Травматичні досвіди: Вони часто стикалися з війною, конфліктами чи політичним переслідуванням, що створює додатковий психологічний тягар і сприяє розвитку депресивних станів.

Втрачена соціальна підтримка: Віддаленість від родини та друзів, а також відчуття неприйняття в новому середовищі посилюють самотність і можуть поглиблювати депресивні прояви.

Культурний шок: Адаптація до нових культурних умов, мовних та соціальних норм викликає відчуття незрозумілості та невпевненості, що сприяє поглибленню депресії.

Економічна нестабільність: Обмежені можливості працевлаштування та фінансові труднощі підвищують стрес і поглиблюють симптоми депресії.

За результатами проведених методик група вимушених емігрантів демонструє значно вищі показники депресії та тривожності порівняно з не вимушеними емігрантами, що свідчить про більш глибокий прояв депресивних станів, підвищену тривожність, інтенсивний стрес та труднощі адаптації.

2.2. Методики відновлення психічного стану особи при депресивному розладі.

Психотерапія є формою психологічної допомоги, що спрямована на осіб, у яких реакції на психотравмуючий стрес ще не стали хронічними, і основна мета полягає у сприянні поверненню людини до нормального процесу відновлення після травматичних подій. Психологічний вплив здійснюється через емпатійну підтримку клієнта, допомогу у осмисленні та опрацюванні травматичної ситуації, що дозволяє більш чітко усвідомити психотравмуючий досвід, оцінити його вплив на минуле, теперішнє та майбутнє життя особи та сприяти вирішенню невротичного конфлікту через аналіз реакцій на травму. Довготривала психологічна підтримка передбачає встановлення довірчих відносин між психологом і клієнтом, ознайомлення з інформацією про способи подолання наслідків психотравмуючого стресу, контроль за загальним станом, зменшення підвищеної напруги та управління повторними переживаннями, а також інтеграцію травматичного досвіду у життєвий досвід особи.

У сфері психологічної допомоги виділяють три основні підходи, перший ґрунтується на знанні причин та механізмів розвитку психічних порушень і включає патогенетичну психотерапію та психоаналіз, другий базується на впливі на конкретні прояви психічних порушень для загального покращення стану, як у методиках NLP, а третій зосереджується на конкретних психічних станах, що виникають у процесі психотравмуючого стресу, і передбачає застосування різних психокорекційних методів для опрацювання емоційних, когнітивних та фізіологічних проявів травми.

Логотерапія Віктора Франкла допомагає відновити втрачене відчуття сенсу через поліпшення сприйняття світу та міжособистісних відносин, сенс

формується на перетині внутрішньої відповідальності людини та зовнішніх життєвих вимог і не може бути нав'язаний ззовні, цінності проявляються у відносинах як самотрансценденція, у творчості та свободі ставлення до світу і в переживанні унікального досвіду.

Екзистенційно-гуманістична психотерапія Дж. Б'юдженталя спрямована на подолання травми через розкриття суб'єктивності, розвиток свідомості та особистісного потенціалу, опрацювання екзистенційних «даностей», таких як смерть, свобода, ізоляція та безглуздість, що дозволяє переосмислити пережиті психотравми.

Гештальттерапія фокусується на цілісному досвіді, відновленні циклів задоволення потреб та завершенні незавершених ситуацій через роботу з почуттями та тілом, дозволяючи подолати травматичні переживання на різних рівнях.

Соматична терапія Пітера Левіна розглядає травму як нейрофізіологічний процес, де ключову роль відіграє усвідомлення тілесних відчуттів, перетворення дезадаптивних реакцій на адаптивні, відновлення внутрішнього балансу та життєвості, при цьому робота починається з формування у клієнта ресурсних відчуттів тепла, легкості та свободи перед опрацюванням травми.

Рационально-емотивна терапія А. Елліса ґрунтується на тому, що емоційні наслідки визначаються системою переконань, а не самими подіями, і мета терапії полягає у навчанні клієнта змінювати ірраціональні уявлення та формувати здорові емоції, особистісно-орієнтована психотерапія К. Роджерса допомагає усвідомити власну відповідальність за емоції та почуття, змінити сприйняття травматичної ситуації і прийняти активну позицію у роботі над власним життям.

Психотерапевтична робота включає сприяння усвідомленню необхідності звернення за допомогою, підтримку у вільному вираженні почуттів, розпізнавання негативних емоцій та перетворення їх на позитивні імпульси для розвитку самосвідомості, а також допомогу у визначенні можливих виборів, подоланні страху та невпевненості через встановлення рівноправних відносин

між клієнтом та психологом.

Тілесно-орієнтована психотерапія розглядає фізіологічні функції тіла як невід'ємну частину особистості і працює через дихання, рух та статичну напругу, що дозволяє коригувати психічні, фізіологічні та енергетичні порушення, тоді як процесуальна терапія використовує перемикання каналів, вплив на несвідомі рухи та посилення симптомів для опрацювання травматичного досвіду, в результаті чого психотерапія стає комплексним процесом, що включає роботу з емоційними, когнітивними та тілесними проявами травми та сприяє поступовому відновленню психічного та фізичного балансу людини.

Також варто звернути увагу на соціальний та культурний контекст терапії. Для вимушених емігрантів психотерапія не лише відновлює психічне здоров'я, а й допомагає адаптуватися до нового соціального середовища, інтегруватися у нову культуру та відновити відчуття безпеки. Підтримка соціального оточення, групова терапія та міжособистісні взаємодії можуть стати додатковими ресурсами у процесі відновлення.

Таким чином, психотерапія посттравматичних станів є комплексною, багаторівневою та індивідуалізованою діяльністю, яка поєднує роботу з думками, емоціями, тілом і сенсом життя, що робить її надзвичайно ефективною для осіб, які пережили складні життєві травми. Важливо, що цей процес потребує не лише професійної компетентності психолога, а й активної участі самого клієнта у власному відновленні, що підкреслює принцип відповідальності та самостійності особи у подоланні травматичного досвіду.

2.3. Надання відповідних рекомендацій щодо профілактики впливу сезонних коливань настрою на розвиток депресивних станів

Проведене дослідження показало, що у більшості учасників спостерігається високий рівень депресії, що потребує системної корекційно-профілактичної роботи.

У зв'язку з цим була розроблена спеціальна програма, спрямована на подолання депресивних станів, яка має на меті зміцнення стійкості до емоційних впливів, зменшення проявів депресії та запобігання порушень у сфері емоційно-чуттєвого реагування. Головними завданнями програми є формування навичок контролю власних емоцій, розвиток здатності протидіяти стресовим чинникам, що сприяють виникненню депресії, а також розвиток умінь саморегуляції та адаптивної поведінки у складних ситуаціях.

Для досягнення цих цілей передбачено застосування різних активних методів та форм роботи, включаючи групові заняття, інтерактивні вправи, ігрові техніки та творчі завдання з використанням спеціального обладнання, такого як клубок ниток, картки з піктограмами, папір формату А4, м'яч, маркери, мішечок, газета, подушка та квітка з пелюстками.

Реалізація програми передбачає, що учасники отримують можливість підвищити контроль над негативними емоціями, знизити рівень депресивних проявів та зміцнити емоційну стабільність як у повсякденному житті, так і в стресових умовах.

Заняття організовуються у групах по 11 осіб, тривають 35-40 хвилин та проводяться 2-3 рази на тиждень, що дозволяє забезпечити оптимальний темп роботи та ефективну взаємодію учасників. Програма носить комплексний характер і поєднує психоемоційну підтримку, розвиток навичок саморегуляції та практичну опанованість методами подолання депресії, роблячи її ефективним інструментом для осіб, які перебувають у умовах підвищеного емоційного навантаження.

ЗАНЯТТЯ №1

Привітання Гра "Знайомство в колі" Мета: дати кожному учаснику можливість представити себе. Хід гри: Учасники формують коло. Тренер передає м'яч учасникам та вказує, які дії потрібно виконати. Один з учасників виходить уперед, називає своє ім'я та свої інтереси, а потім передає м'яч наступному.

Гра "Правила роботи" Мета: ознайомлення та прийняття правил роботи в групі. Хід гри: Учасники читають правила, викладені на плакаті, та погоджуються з ними.

Правила роботи:

- Звертатися одне до одного на ім'я.
- Утримуватися від критики.
- Дотримуватися правила піднятої руки.
- Бути щирим.
- Утримуватися від оцінки одне одного.
- Дотримуватися принципу "конфіденційності".
- Дотримуватися запропонованих правил.

Гра "Настрій" Мета: розвиток уміння розпізнавати різні емоції. Хід гри: Учасники сидять в колі і передають один одному м'яч. Ведучий кидає його одному з учасників і називає будь-який настрій або емоцію. Учасник повертає м'яч і називає протилежний настрій. Потім обирається пануючий настрій під час всього корекційного курсу.

Гра "Персоніфікація" Мета: підвищення самооцінки та відчуття впевненості у собі. Хід гри: Учасник наділяє себе якостями, яких йому не вистачає, та намагається представити нову особистісну характеристику.

Підведення підсумків

ЗАНЯТТЯ №2

Привітання Вправа "Чарівний мішечок" Мета: розвиток вміння контролювати власні емоції та поведінку. Хід вправи: Учасникам пропонується обговорити свій настрій, а потім запропонувати зібрати всі негативні емоції у

мішечок і символічно позбутися їх.

Вправа "Хто я?" Мета: розвиток навичків аналізу власного емоційного стану та уявлення про себе як особистість. Хід вправи: Психолог пропонує учасникам висловити свій емоційний стан, самопочуття та уявлення про себе за допомогою епітетів та порівнянь.

Вправа "Фотографія" Мета: виявлення причин депресивного стану, подолання їх та підвищення впевненості у собі. Хід вправи: З набору фотографій з різними зображеннями учасники обирають одну та пояснюють, що вони бачать та що це для них означає.

Вправа "Міміка та емоції" Мета: формування довіри до співучасників, зміна внутрішнього стану через міміку та уміння розрізняти емоції інших. Хід вправи: Учасникам пропонується передати свій внутрішній стан через міміку. Іншим учасникам потрібно вгадати цю емоцію. Після цього особа, яка відіграла емоцію, обирає одного учасника та намагається вгадати його думку. Лише після відгадування вона розкриває, чи була вгадана емоція правильно.

Підведення підсумків.

ЗАНЯТТЯ №3

Привітання Вправа "Вираження емоцій через малюнки" Мета: розвиток навичок передачі емоцій невербально. Хід вправи: Психолог показує учасникам малюнки з вираженням емоцій: радість, сум, подив, злість, страх, сором, цікавість. Задача полягає в тому, щоб визначити, яке почуття виражає кожен малюнок. Потім учасникам потрібно зобразити кожен з емоцій.

Вправа "Дивіться один на одного" Мета: розвиток навичок встановлення емоційного контакту з іншими. Хід вправи: Учасники формують пари та тримаються за руки. Ведучий пропонує: "Дивлячись тільки в очі і тримаючись за руки, спробуйте мовчки передати різні емоції". Після цього обговорюється, в якому випадку яка емоція була передана та сприйнята.

Вправа "Вгадай емоцію" Мета: розвиток навичок розпізнавання емоцій за допомогою невербальних засобів. Хід вправи: На столі розміщуються картинки обличчя з виразом емоцій, зверненими долу. Учасники по черзі обирають

картинку та, не показуючи її іншим, повинні відтворити вираз обличчя, передаючи відповідну емоцію. Інші учасники спробують вгадати цю емоцію.

Вправа "Спогади про страхові ситуації" Мета: навчити визначати причини страху та сприймати їх позитивно. Хід вправи: Учасники утворюють коло, а психолог по черзі передає клубочок, пропонуючи згадати ситуації, коли вони відчували страх, та спробувати переглянути ці ситуації з гумористичного боку.

Підведення підсумків.

ЗАНЯТТЯ №4

Привітання Вправа "Емоційний театр" Мета: тренування вираження позитивних та негативних емоцій та їх порівняння. Хід вправи: Учасникам пропонується відобразити різні емоції у ролях різних об'єктів, тварин та людей. Далі обговорюється, які емоції легше виражати: негативні чи позитивні?

Вправа "Емоційне королівство" Мета: розширення уявлень про емоції та навчання розуміти причини, що призводять до певних настроїв. Хід вправи: Психолог розкладає піктограми всіх відомих емоцій по колу та каже, що сьогодні вони потрапили в Королівство емоцій. Питання: "Як ви думаєте, які емоції можуть дружити одна з одною, а які залишаться окремими назавжди?" Після відповідей кожному учаснику пропонується створити історію, щоб об'єднати емоції. Той, хто швидко впорався з завданням, розповідає свою історію, а інші уважно слухають.

Вправа "Піктограми емоцій" Мета: навчання розпізнавати емоційний стан через піктограми радості, подиву, страху, задоволення, злості, сорому, провини, відрази, спокою. Хід вправи: Психолог пропонує розглянути приклади ситуацій з життя, які ілюструють ті чи інші переживання людини. Учасники обирають піктограми, що найбільше їм відповідають, та характеризують відповідну міміку, жести, пози.

Вправа "Квітка емоцій" Мета: розвиток вміння визначати провідну емоцію та співвідносити її з реальністю, розвиток навичок роботи в команді.

Хід вправи: Кожен учасник отримує пелюстку від квітки, на якій має

написати ту емоцію, яку вважає провідною в собі. Потім кожен прикріплює її до серединки, утворюючи цілісну квітку. Після цього відбувається обговорення, чому саме ця емоція та чи відповідає вона дійсності.

Підведення підсумків.

ЗАНЯТТЯ № 5

Привітання Вправа "Дихай як..." Мета: розвиток вміння адаптувати вираження емоцій до конкретних ситуацій. Хід вправи: Психолог просить учасників подихати наслідуючи:

- Спокійну людину
- Розлючену людину
- Перелякану людину
- Людину перед сном
- Здивовану людину
- Втомлену людину

Вправа "Позбуття злості" Мета: навчити спрямовувати агресію на предмети, виражати негативні емоції. Хід вправи: Психолог пропонує взяти газету та скатати її, уявляючи особу, яка розсерджує, а потім викинути. Також учасникам пропонується вдарити подушку, уявляючи особу, яка їх образила.

Вправа "Трансформація обличчя" Мета: корекція негативного емоційного стану, розвиток невербальної знакової системи. Хід вправи: Одна людина сидить на стільчику та зображує сумне обличчя. Інші підходять до цього учасника, доторкаються та висловлюють добрі слова. Коли людина посміхається, інший учасник займає її місце.

Вправа "Морські хвилі" Мета: визначення емоційного стану та його вираження невербальними засобами; створення позитивного емоційного фону; корекція нетерплячості. Хід вправи: Група вибирає ведучого, який стоїть спиною до інших та вимовляє слова: "Море хвилюється раз". На рахунок "три" учасники повинні замерти в незвичайній позі. Ведучий по

черзі підходить до кожного учасника гри, "включає" його та намагається вгадати, кого й у якому емоційному стані він зобразив. Потім кожен гравець

пояснює, що він хотів зобразити.

Підведення підсумків.

Лікування депресії є тривалим процесом, що вимагає комплексного підходу та застосування різних методів психотерапевтичного впливу. Для досягнення ефективних результатів необхідно підбирати підхід відповідно до індивідуальних потреб конкретної людини, враховуючи симптоматику, причини розвитку депресії та її ступінь. Одними з найбільш поширених методів є психотерапія з елементами тілесно-орієнтованої терапії, дихальні практики, аутотренінг, вправи на розслаблення м'язів, музична та танцювальна терапія, імажинативні техніки, символдрама, гештальт-терапія та психодрама. Психоаналітичний підхід доцільно застосовувати у випадках, коли особа здатна відокремлювати своє «Я» і працювати з опором та символами. Тілесно-орієнтована терапія допомагає відновити цілісність особистості, поєднати почуття, мислення та тілесні відчуття, відкриває можливість усвідомити справжні причини проблем та отримати доступ до глибинних рівнів несвідомого. Для людей з депресивними проявами корисною є танцювально-рухова практика під музику, парні вправи для кращого сприйняття стимулів, а також робота над переживанням втрат, падінь і смерті. Індивідуальні методики, такі як робота з уявним мечем або масаж, дозволяють контролювати агресію та надавати фізичну підтримку і розслаблення, а активна робота з розвитком ресурсних станів сприяє зміцненню самодопомоги та самостійності. Візуалізаційні техніки, «танець сили», розвиток емоційного діапазону, вдосконалення комунікативних навичок на вербальному та невербальному рівнях, а також сприяння спонтанності та креативності через автентичний танець формують комплексну роботу над психологічним станом. Регулярність використання практичних навичок є ключовим фактором ефективності терапії, а когнітивно-поведінкова психотерапія дозволяє не лише швидко покращити самопочуття, але й навчити клієнтів навичкам самоконтролю, допомагаючи їм стати своєрідними терапевтами для себе. Крім того, у роботі з депресивними проявами ефективним є застосування системно-сімейної терапії, включно зі

структурною, когнітивно-поведінковою та емпіричною моделями, оскільки депресія часто виникає внаслідок перевантаження тривогою сімейної системи або негативної емоційної атмосфери в родині. У процесі такої терапії знижується рівень тривоги, підвищується самодиференціація та формуються уміння усвідомлено взаємодіяти у сімейних та інших соціальних системах. Мета психолога полягає у розвитку інтегрованості особистості, конгруентності, усвідомленні свободи вибору, розширенні особистісного досвіду та розвитку емоційності і чутливості клієнта, що в комплексі дозволяє більш ефективно подолати депресивні стани та зміцнити психоемоційне здоров'я.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2

Результати проведеного емпіричного дослідження особливостей депресивних станів у вимушених емігрантів за допомогою шкали депресії PHQ-9, шкали Бека, госпітальної шкали тривоги і депресії та шкали тривоги Спілбергера свідчать про наявність значимих відмінностей між групами респондентів, що підтверджує наявність специфічних особливостей переживання депресивних станів у вимушених мігрантів порівняно з особами, які емігрували за власним бажанням. Вимушені емігранти характеризуються більш глибокими переживаннями депресії та безнадії, підвищеним рівнем тривоги, що свідчить про підвищений ступінь стресу та емоційного напруження, а також відчуттям втрати ідентичності, соціальної підтримки та стабільності, що значною мірою посилює їхні депресивні симптоми. Натомість невимушені емігранти демонструють більшу готовність до адаптації на психологічному та емоційному рівні, вони мають вищу самеєфективність, більш позитивний настрій, що знижує ризик розвитку депресивних станів та тривожності.

Ці результати підкреслюють важливість забезпечення спеціалізованої підтримки вимушеним мігрантам для сприяння їхньому психічному благополуччю та адаптації до нового середовища. Основні напрями такої підтримки включають психотерапію, яка може включати когнітивно-поведінкову, інтерперсональну або психодинамічну терапію та спрямована на розуміння власних емоцій, розвиток стратегій подолання стресу та зміну негативних мисленнєвих і поведінкових патернів, соціальну підтримку через родину, друзів або спільноти за етнічною ознакою, групові терапевтичні сесії для обміну досвідом і зменшення почуття ізоляції, фізичну активність у вигляді спорту, йоги, прогулянок або танцю для підвищення рівня ендорфінів та зниження стресу, релаксаційні техніки, такі як глибоке дихання, медитація та прогресивне м'язове розслаблення для відновлення психоемоційного стану, а також належну увагу до харчування і сну для підтримки енергії та настрою. Окрему роль відіграють творчі заняття та самовираження, зокрема малювання,

музика, писання або рукоділля, які сприяють позитивним емоціям, розвитку самосвідомості та концентрації на ресурсних аспектах життя, що комплексно сприяє подоланню депресивних станів та підвищенню психоемоційної стабільності вимушених мігрантів.

ВИСНОВКИ

Під впливом воєнних подій населення зазнає значних фізичних, психологічних та соціальних трансформацій, які безпосередньо впливають на психічний і емоційний стан особистості. Одним із найпоширеніших і водночас тяжких психічних станів, що виникають в умовах війни, є депресія, яка вважається однією з найактуальніших проблем сучасного суспільства. Її значущість особливо зростає в умовах воєнного конфлікту, коли люди стикаються з непередбачуваними викликами, ризиками та постійним стресом. В Україні, яка за останні роки пережила серйозні воєнні дії, проблема депресії в контексті військових подій стала надзвичайно актуальною і потребує комплексного вивчення та втручання. Депресивні розлади є мультифакторними захворюваннями з багатогранною симптоматикою, що має спільні риси з іншими психічними розладами, через що фахівцям з психічного здоров'я часто важко встановити точний діагноз і чітко охарактеризувати перебіг захворювання. Дослідження у цій сфері підтверджують важливість надання психологічної підтримки та профілактики депресивних станів, а також показують тенденції поширеності депресії серед різних вікових груп та залежно від гендеру, при цьому відзначається підвищений ризик розвитку депресивних розладів у жінок, які частіше страждають на депресію, ніж чоловіки.

Незважаючи на наявність численних досліджень, залишається відкритим питання щодо причин виникнення депресивних розладів, адже вони можуть бути зумовлені як генетичними, так і соціокультурними факторами, а вчені продовжують вивчати механізми їх формування. Наслідки депресії охоплюють практично всі сфери життя людини, проявляючись у втраті інтересу до життя та задоволення від нього, відстороненості від соціального оточення, небажанні виконувати робочі або навчальні обов'язки, що негативно впливає на соціальну та професійну активність особистості.

У рамках магістерського дослідницького проекту були визначені конкретні завдання, спрямовані на вивчення особливостей депресивних станів в умовах воєнних подій, які були повністю реалізовані, що дозволило отримати

системне уявлення про проблему та розробити практичні рекомендації щодо підтримки психічного здоров'я населення в кризових умовах.

В магістерському дослідницькому проекті ми ставили перед собою завдання, які були повністю виконані шляхом проведення емпіричного та теоретичного дослідження. Було досягнуто наступне:

1. Визначили етапи організації та проведення емпіричного дослідження впливу сезонних факторів на емоційний стан особистості. Організація дослідження психологічних аспектів впливу сезонних факторів на емоційний стан особистості повинна враховувати два рівні наукового пізнання — теоретичний і емпіричний, які є взаємопов'язаними та взаємодоповнюють один одного. Емпіричний етап дослідження психологічних аспектів впливу сезонних факторів на емоційний стан особистості полягає у безпосередньому вивченні конкретних психологічних явищ за допомогою спостереження та анкетування. Емпіричне дослідження здійснюється на основі попередньо сформульованих гіпотез, які підлягають перевірці. Для цього розробляються запитання з кількома альтернативними варіантами відповідей, що дозволяє кількісно оцінити результати та здійснити їх подальше статистичне узагальнення.

2. Охарактеризували методи та методики дослідження впливу сезонних коливань на психоемоційний стан особистості. Для дослідження впливу сезонних коливань на психоемоційний стан особистості використовують також комплекс методик, що включає спостереження за поведінкою, опитування (анкетування, бесіди), тестування (стандартизовані шкали та опитувальники для вимірювання настрою, рівня тривожності тощо) та експериментальні методи. Також застосовується аналіз продуктів діяльності та узагальнення незалежних характеристик для отримання об'єктивніших даних. В нашому дослідженні ми використовували такі шкали: шкала депресії PHQ (Patient Health Questionnaire); шкала тривоги Спілбергепа (State-Trait Anxiety Inventory, STAI); госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS); шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI). Охарактеризуємо їх більш детально.

Перша методика - це Шкала депресії PHQ. Це певний опитувальник із 9 запитань для скринінгу та оцінки рівня депресії у дорослих. Він допомагає виявити симптоми, що базуються на діагностичних критеріях депресивного розладу, та оцінити їхню тяжкість за останні два тижні.

Друга методика - шкала тривоги Спілбергера. Це психологічний тест для самооцінки рівня тривожності. Він вимірює як реактивну тривожність (як стан, що відчувається зараз), так і особистісну тривожність (як стійку характеристику людини).

Третя методика – це госпітальна шкала тривоги і депресії. Це опитувальник для самооцінки, який використовується для виявлення та оцінки тяжкості симптомів тривоги та депресії у пацієнтів, переважно в умовах медичних закладів загального профілю.

Четверта методика – це шкала депресії Бека. Це психологічний опитувальник, який використовується для оцінки рівня депресії, виявлення її симптомів та моніторингу ефективності лікування. Він оцінює емоційний стан людини, аналізуючи її думки, почуття та поведінку за останній тиждень

3. Визначили та проаналізували діагностики впливу сезонних змін на рівень депресивних проявів. Діагностика впливу сезонних змін на депресивні прояви включає аналіз симптомів, медичну історію та лабораторні дослідження, щоб підтвердити сезонний афективний розлад (САР). Лікар оцінює, чи виникають симптоми депресії в певний час року (зазвичай взимку або восени) і зникають або покращуються в інші сезони, а також виключає інші психічні розлади та соматичні захворювання

4. Здійснили інтерпретацію результатів діагностики впливу сезонних змін на рівень депресивних проявів та емоційний стан респондентів. 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.

У результаті проведення емпіричного дослідження особливостей депресивних станів у вимушених емігрантів за шкалою депресії PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), шкалою депресії Бека, госпітальною шкалою тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) та шкалою тривоги Спілбергера (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, ніж у невимушених переселенців.

5. Одним з ефективних методів подолання сезонної тривоги є заняття спортом або фізична активність. Регулярні фізичні вправи допомагають покращити настрій та зменшити рівень тривоги. Вони сприяють виділенню ендорфінів - гормонів щастя, які підвищують настрій та загальний стан організму.

Ще одним ефективним методом є практика релаксації та медитації. Ці методи допомагають заспокоїти розум та зосередитися на внутрішніх почуттях та емоціях. Вони дозволяють нам знайти внутрішню гармонію та зосередитися на позитивних аспектах життя, що сприяє зниженню рівня тривоги.

Також важливим методом є підтримка соціальних зв'язків та комунікація з близькими людьми. Розмови з друзями та родичами допомагають висловити свої почуття та емоції, а також отримати підтримку та поради. Це сприяє зниженню рівня тривоги та покращенню нашого емоційного стану.

Усі ці методи є ефективними засобами подолання сезонної тривоги. Вони дозволяють знизити рівень тривоги, зміцнити психологічну стійкість та покращити загальний стан організму. Важливо звертати увагу на своє емоційне здоров'я та вживати необхідні заходи для його підтримки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Балл Г.О. Раціоналізм як світоглядний орієнтир психологічної науки Психол. перспективи. 2004. Вип. 6. С. 3–10.
2. Бедлінський В. О. Депресивна симптоматика: особливості перебігу залежно від віку пацієнта. Психоневрологія та нейропсихіатрія. 2018. № 3 (96). С. 22–24.
3. Бедлінський В. О. Порівняльна характеристика депресії у хворих, які перенесли черепно-мозкову травму, та у пацієнтів з ендogenousними афективними розладами настрою. Архів психіатрії. 2017. № 23. С. 33–36.
4. Бех І.Д. Від волі до особистості І.Д.Бех. К.: Україна-Віта, 1995. 202 с.
5. Бігун Н. І. Психологічні умови особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами : монографія. Кам'янець-Подільський : ППМедобори, 2006, 2011. 160 с.
6. Білоус Р. М., Біленко Д. С. Психологічні особливості депресивних станів старшокласників. URL:<http://www.dspace.pnpu.edu.ua/bitstream/123456789/7949/1/12.pdf>
7. Бродовська В. Й. Тлумачний психологічний словник психологічних термінів в українській мові: Словник / В. Й. Бродовська, І. П. Патрик, В. Я. Яблонко. 2-е вид. К. : ВД Професіонал, 2005. 224 с.
8. Булах І.С. Психологія особистісного зростання підлітка: Монографія /І.С. Булах. К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2003. 340 с.
9. Булах І.С. Специфіка особистісного зростання підлітка: ракурс сучасного психологічного дослідження / І.С. Булах // Журнал практикуючого психолога. К., 2002. Вип. 8. С. 72. 85.
10. Валушко О.М., Гошкодеря О.В. Управління професійним стресом керівників органів внутрішніх справ: Навчальний посібник. К.: Видавничий дім «Скіф», КНТ, 2008 106 с.
11. Вінс В.А. До проблеми дослідження підліткової кризи /В.А. Вінс Психологія: Збірник наукових праць. К.: НПУ імені М.П. Драгоманова,

2000. Вип. 11. С. 161 – 166.

12. Вінс В.А. Переживання кризових станів у перехідні періоди як проблема наукового пізнання В.А. Вінс Гуманітарний вісник Переяслав-Хмельницького державного педагогічного інституту імені Григорія Сковороди: Науково-теоретичний збірник. Вип. 2000 С. 153 – 259.

13. Вітенко І.С. Основи загальної і медичної психології / І.С. Вітенко, О.С.Чабан. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 345 с.

14. Зелений В. Н. Лікування тривожно-депресивних станів у пацієнтів похилого віку. Український вісник психоневрології. 2008. Т. 16. Вип. 1. С. 51–54.

15. Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика. Науковий вісник МНУ імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки. 2016. № 1 (16). С. 77–81.

16. Кади́ков, А. С. Постінсультна депресія. Погляд невролога/А. С. Кади́ков, Н. В. Шахпаронова, Гришина. Атмосфера. Нервові хвороби. 2009.№4.С. 41-42.

17. Калошин В.Ф. Як сформувати позитивне мислення / В.Ф. Калошин // Практична психологія та соціальна робота. – 1998. – № 3. – С. 23-27.

18. Комер Р. Основипатопсихології / Ronald Comer «Fundamentals of Abnormal Psychology». 2nd ed. 2001. 617 с.

19. Костюк Г. С. Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості / за ред. Л. М. Проколієнко ; [упор. В. В. Андрієвська, Г. О. Балл, О. Т. Губко, О. В. Проскура]. К., 1989. 608 с.

20. Кочерга О., Васильєв О. Дитячі страхи, неврози, темперамент Корекційна робота психолога: Зб. ст. К.: Шкільний світ, 2002. Вип. 3. С. 22–23.

21. Кошак Б. О. Оцінка депресивних станів у хворих з анкілозивним спондилоартритом. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2016. № 1. С. 33–36.

22. Лазоренко Б.П. Методологічні засади соціально-психологічного

дослідження самоздійснення проблемної молоді Теорет.-методол. проблеми розвитку особистості в системі неперервної освіти: Матеріали методол. семінару АПН України 16 грудня 2004 р. / За ред. С.Д. Максименка.К. 2005. С. 388–393.

23. ЛарінаТ.О. Проблеми заг. та пед. психології: Зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. К., 2004. Т. 6. Вип. 3. С. 191–195.

24. Лепіхова Л.А. Завдання первинної профілактики наркоманій серед неповнолітніх та молоді . Профілактика у дитячому, підлітковому та молодіжному середовищі: Дов. для соц. працівників, вчителів, шкільн. психологів, батьків. К., 2005. § 5.1. С. 110–112.

25. Мізерна О.О. Корекційна тренінгова програма «Самовдосконалення» для подолання агресивних проявів серед підлітків / О.О. Мізерна Практична психологія та соціальна робота. 2003. № 4. С.37-43.

26. Міщенко Т.А. Соціально-психологічний тренінг з формування вмінь саморегуляції емоцій у старшокласників / Т.А. Міщенко // Практична психологія та соціальна робота. 2000. №7. С.10- 14; №8. С.9-11.

27. Н. В. Самоукіна. Екстремальна психологія. Асоціація авторів і видавців "ТАНДЕМ"; ЕКМОС, 2000. 288 с.

28. Опитувальник депресії Бека. URL: <https://kpt-center.com.ua/test/opituvalnik-depresii-beka/> (дата звернення: 01.09.2023).

29. Пасічняк Н. І., Матейко Н. М. Психологічні особливості депресивних станів. Актуальні проблеми сучасної психології. Лютий 2017. С. 27–31.

30. Пашукова Т.І. Практикум із загальної психології / Т.І. Пашукова, А.І. Допіра, Г.В. Дьяконов; за ред. Т.І. Пашукової. К.: Т-во «Знання», КОО, 2000. 204 с.

31. Романовська Д.Д. Як зняти емоційне напруження, або що таке релаксація ? / Д.Д. Романовська. Практична психологія та соціальна робота.2002. С. 23 - 35.

32. Самооціночна шкала депресії Зунга URL:

<https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2706-samootcnka-depres-shkala-z-20-pitan>
(дата звернення: 01.09.2023).

33. Симптоматичний опитувальник (SCL-90-R). URL [http://irbis-nbuv.gov.ua / cgi](http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi)

[bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=stmm_2015_4_5](http://irbis-nbuv.gov.ua/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=stmm_2015_4_5) (дата звернення: 01.09.2023).

34. Сиротюк А.Л. Кінезіологічні прийоми і стрес. Корекційна робота психолога: 36. ст. К.: Шкільний світ, 2002. Вип.3. С.59–61.

35. Скрипник Д.В. Локус контролю в контексті здорового способу життя. Стратегія формування здорового способу життя. К., 2000. С. 188– 192.

36. Слабкий Г. О. Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря: обстеження на схильність до самогубства та депресії: метод. реком. / за ред. Г. О. Слабкого. К., 2011. 32 с.

37. Смулевич А. Б. Депресії у загальній медицині / А. Б. Смулевич, ред.. Е. Дубницька / Медичне інформаційне агентство. 2001. С. 2-8; С. 18-38.

38. Титаренко Т.М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. К.: Либідь, 2003.

39. Титаренко Т.М. Кризове психологічне консультування. 2004.

40. Титаренко Т.М. Специфіка настанов молоді на здоровий спосіб життя / Практ. психологія та соц. робота. 2004. № 6.

41. Чабан О. С. Бог у трансценденції аналітичних відносин / О. С. Чабан. Психіатрія та релігія на стику тисячоліть: Збірник наукових праць Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 (Сабурової дачі) та Харківської медичної академії післядипломної освіти Харків, 2006. Т. 4. С. 112-114.

42. Чабан О. С. Терапія депресивних та тривожно-депресивних станів легкого та помірного ступеня / О. С. Чабан, Є. А. Хаустова. Здоров'я України. 2006. № 3. С. 2-3.

43. Шакар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник / В. Б.

Шакар. Харків : Прапор, 2005. 640 с.

44. Chagas Validity of a Brazilian version of the Zung self-rating depression scale for screening of depression in patients with Parkinson's disease Parkinsonism & Related Disorders Chagas. идр. 2010. 42-45 с.

45. Gaete, J. M. Post-stroke depression. Exp Rev Neurother / J. M. Gaete, J. Bogousslavsky. 2008. 75-92 с.

46. Hirschfeld R, Montgomery S, Keller M. et al. Social functioning in depression: a review // J. Clin Psychiatry. 2000. № 61. P. 268 – 275.

47. Kanner, A. M. Depression in neurological disorders. Lundbec Inst / A. M. Kanner. – 2005. – 161 с.

48. Kirkby «Validation of an Arabic translation of the Zung Self-Rating Depression Scale». Annals of Saudi medicine / Kirkby. идр. –2005. – 205 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник стану здоров'я – 9 (PHQ-9)

1. Вам не хотілося нічого робити?
Жодного разу
Кілька днів
Понад тиждень
Майже кожен день
2. У вас був поганий настрій, ви були пригнічені або відчували безвихідь?
Жодного разу
Кілька днів
Понад тиждень
Майже кожен день
3. Вам було важко заснути, у вас був переривчастий сон, або ви занадто багато спали?
Жодного разу
Кілька днів
Понад тиждень
Майже кожен день
4. Ви були стомлені або у вас було мало сил
Жодного разу
Кілька днів
Понад тиждень
Майже кожен день
5. У вас був поганий апетит, або, навпаки, ви об'їдалися
Жодного разу
Кілька днів
Понад тиждень
Майже кожен день

6. Ви погано про себе думали: вважали себе невдахою, або були в собі розчаровані, або вважали, що підвели свою родину

Жодного разу

Кілька днів

Понад тиждень

Майже кожен день

7. Вам було важко зосередитися (наприклад, на читанні газети або на перегляді телепередач)

Жодного разу

Кілька днів

Понад тиждень

Майже кожен день

8. Ви рухалися або говорили настільки повільно, що оточуючі це помічали, або, навпаки, ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися набагато більше, ніж звичайно

Жодного разу

Кілька днів

Понад тиждень

Майже кожен день

9. Вас відвідували думки про те, що вам краще було б померти, або про те, щоб заподіяти собі якоїсь шкоди

Жодного разу

Кілька днів

Понад тиждень

Майже кожен день

Додаток Б

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

1. Я не сумую

Мені погано і сумно

Мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою вдіяти

Мені так погано і сумно, що я не в змозі більше терпіти

2. Майбутнє не лякає мене

Я боюся майбутнього

Нічого хорошого в майбутньому мене не чекає

Моє майбутнє безпросвітне

3. Я не відчуваю себе невдахою

У моєму житті невдач і провалів було більше, ніж у будь-кого іншого

Коли я оглядаюся на своє життя, я бачу в ньому багато невдач

Я відчуваю, що я – цілковитий невдаха

4. Я цілком задоволений своїм життям

Я не так задоволений життям, як раніше

Я не можу отримувати задоволення від життя

Мене не задовольняє абсолютно все

5. Я не відчуваю себе винуватим

Може, я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо

Більшість часу я відчуваю себе винуватим

Я постійно відчуваю провину

6. Я задоволений собою

Іноді я відчуваю себе нестерпним

Я постійно відчуваю власну неповноцінність

Я абсолютно нікчемна людина

7. Я не відчуваю, що заслужив покарання

Я зробив щось варте осуду, і готовий до покарання

Я знаю, що заслуговую на суворе покарання

Я відчуваю себе вже покараним життям

8. Я знаю, що я не гірший за інших

Іноді я роблю помилки, за які потім себе критикую

Я увесь час звинувачую себе у своїх прорахунках

Я відчуваю себе винуватим у всіх бідах

9. Я ніколи не розчаровувався в собі

Я часто відчуваю розчарування в собі

Я не люблю себе

Я себе ненавиджу

10. Я ніколи не думав про самогубство

Іноді мені спадає на думку самогубство, але я не буду цього робити

Я хотів би накласти на себе руки

Я вб'ю себе, як тільки трапиться нагода

11. Я ніколи не плачу

Іноді мені хочеться плакати

Я плачу майже постійно

Раніше я плакав, а тепер не можу, навіть якщо дуже хочеться

12. Я спокійний

Мене легко роздратувати

Я постійно відчуваю роздратування

Мені все байдуже, навіть те, що раніше дратувало мене

13. Я легко приймаю рішення

Буває, що я відкладаю прийняття рішення на потім

Мені важко приймати рішення

Я взагалі не можу нічого вирішувати

14. Я маю вигляд, як зазвичай

Я маю вигляд гірший, ніж зазвичай

Я почав виглядати набагато гірше, ніж зазвичай

Я огидний

15. Я можу працювати так само добре, як і раніше

Мені доводиться робити зусилля, щоб змусити себе працювати
 Я насилу можу виконувати звичайну роботу
 Я взагалі не можу виконувати ніякої роботи
 16. Я сплю так само добре, як раніше
 Я почав гірше спати і прокидаюся втомленим
 Я рано прокидаюся і відчуваю, що не виспався
 Я прокидаюся кілька разів за ніч і більше не можу заснути
 Я втомлююся не більше, ніж зазвичай
 Тепер я втомлююся більше, ніж завжди
 Майже все викликає в мене втому
 Я взагалі нічого не можу робити через втому
 У мене хороший апетит
 Мій апетит гірший, ніж раніше
 Мій апетит набагато гірший, ніж раніше
 У мене взагалі немає апетиту
 Мені легко спілкуватися з людьми
 Мені доводиться змушувати себе спілкуватися з людьми
 Мені дуже важко спілкуватися з людьми
 Я абсолютно не спілкуюся з людьми
 Я відчуваю себе цілком здоровим
 Мене турбують проблеми, пов'язані з моїм здоров'ям (запор, пронос, біль
 і т.п.)
 Я постійно думаю про проблеми, пов'язані з моїм здоров'ям
 Я вважаю, що моє здоров'я безнадійно підірване
 Мій сексуальний потяг зберігся на колишньому рівні
 Мій сексуальний потяг знизився
 Зараз я міг би спокійно обходитися без сексу
 Секс мене абсолютно не цікавить

Додаток В.**Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).**

1. Я відчуваю напруженість, мені не по собі.

Весь час.

Часто.

Час від часу, іноді.

Зовсім не відчуваю.

2. Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.

Безумовно це так.

Напевно, це так.

Лише в дуже малому ступені це так.

Це зовсім не так.

3. Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися.

Безумовно це так, і страх дуже сильний.

Це так, але страх не дуже сильний.

Іноді, але це мене не турбує.

Зовсім не відчуваю.

4. Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.

Безумовно це так.

Напевно, це так.

Лише в дуже малому ступені це так.

Зовсім не здатний.

5. Неспокійні думки крутяться у мене в голові.

Постійно.

Велику частину часу.

Час від часу і не так часто.

Тільки іноді.

6. Я відчуваю бадьорість.

Зовсім не відчуваю.

Дуже рідко.

Іноді.

Практично весь час.

7. Я легко можу сісти і розслабитися.

Безумовно це так.

Напевно, це так.

Лише зрідка це так.

Зовсім не можу.

8. Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.

Практично весь час.

Часто.

Іноді.

Зовсім ні.

9. Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.

Зовсім не відчуваю.

Іноді.

Часто.

Дуже часто.

10. Я не стежу за своєю зовнішністю.

Безумовно це так.

Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.

Може бути, я став менше приділяти цьому уваги.

Я стежу за собою так само, як і раніше.

11. Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.

Безумовно це так.

Напевно, це так.

Лише в деякій мірі це так.

Зовсім не відчуваю.

12. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.

Точно так само, як і зазвичай.

Так, але не в тій мірі, як раніше.

Значно менше, ніж зазвичай.

Зовсім так не вважаю.

13. У мене буває раптове відчуття паніки.

Дуже часто.

Досить часто.

Не так уже часто.

Зовсім не буває.

14. Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо чи телепрограми.

Часто.

Іноді.

Рідко.

Дуже рідко.

Методики Шкала тривоги Спілбергера.**Шкала ситуативної тривожності.**

1. Я спокійний.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

2. Мені ніщо не загрожує.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

3. Я перебуваю в напруженні.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

4. Я внутрішньо скутий.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

5. Я відчуваю себе вільно.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

6. Я засмучений

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

7. Мене хвилюють можливі невдачі.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

7. Я відчуваю душевний спокій.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

8. Я стривожений.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

9. Я відчуваю внутрішнє задоволення.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

10. Я впевнений в собі.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

11. Я нервуюсь.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

12. Я не знаходжу собі місця.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

13. Я напружений.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

14. Я не відчуваю скутості, напруження.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

15. Я задоволений.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

16. Я стурбований.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

17. Я дуже збуджений і мені не по собі.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

18. Мені радісно.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

19. Мені приємно.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

Шкала особистої тривожності

1. У мене буває піднесений настрій.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

2. Я буваю дратівливим.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

3. Я легко впадаю в розпач.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

4. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

5. Я тяжко переживаю неприємності та довго не можу про них забути.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

6. Я відчуваю приплив сил і бажання працювати.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

7. Я спокійний, урівноважений та зібраний.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

8. Мене турбують можливі труднощі.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

9. Я дуже переживаю через дрібниці.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

10. Я буваю цілком щасливий.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

11. Я все приймаю близько до серця.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

12. Мені не вистачає впевненості в собі.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

13. Я відчуваю себе беззахисним.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

14. Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

15. У мене буває хандра.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

16. Я буваю задоволений.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

17. Усілякі дрібниці відволікають і хвилюють мене.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

18. Буває, що я відчуваю себе невдахою.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

19. Я врівноважена людина.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

20. Мене охоплює неспокій, коли я думаю про свої справи і турботи.

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди