

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

На правах рукопису,
остаточна версія

/Підпис студента/

ЛАПИЧАК Микола Васильович

**СТРАТЕГІЇ ПОДОЛАННЯ ДЕПРЕСІЇ В УМОВАХ ВОЄННИХ
КОНФЛІКТІВ СЕРЕД ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ:
СИСТЕМНИЙ ОГЛЯД**

Спеціальність 053 - Психологія

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

Кафедра клінічної психології

Науковий керівник

Блозва Павло Ігорович,
доцент кафедри клінічної психології УКУ,
кандидат психологічних наук.

/Підпис наукового керівника/

Львів – 2023

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

**Факультет наук про здоров'я
Кафедра клінічної психології**

**Пояснювальна записка
до магістерської роботи**

магістр
(освітній ступінь)

на тему:

**«Стратегії подолання депресії в умовах воєнних конфліктів серед
цивільного населення: системний огляд»**

Виконав:

**студент 6 курсу групи ЗПК 21/М
спеціальності 053 «Психологія»
Лапичак М.В.**

**Керівник: доцент кафедри клінічної
психології УКУ, кандидат психологічних наук
Блозва П.І.**

Рецензент:

Львів – 2023

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я
Кафедра клінічної психології
Освітній ступінь **магістр**
Спеціальність **053 Психологія**

Освітня програма **Клінічна психологія з основами
когнітивно-поведінкової терапії**

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувача кафедри
Аврамчук О.С.

“ ____ ” _____ 2023 року

ЗАВДАННЯ
НА МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Лапичаку Миколі Васильовичу

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи: Стратегії подолання депресії в умовах воєнних конфліктів серед цивільного населення: системний огляд керівник роботи Блозва Павло Іванович, доцент кафедри клінічної психології УКУ, кандидат психологічних наук, затверджені Вченою Радою факультету від “ ____ ” _____ 2023 р. № протоколу _____

2. Строк подання студентом роботи 27.05.2023

3. Вихідні дані до роботи

У структуру роботи входить вступ, список скорочень, I, II, III розділи, загальні висновки, список використаних джерел, додатки.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): розкрити природу депресивних станів та їх перебіг серед цивільного населення в умовах воєнних конфліктів; зробити теоретико-методологічний аналіз дослідження особливостей прояву депресивних станів серед цивільного населення в умовах воєнних конфліктів; дослідити шляхи подолання депресії в умовах воєнних конфліктів; дослідити результати аналізу відібраних досліджень на основі джерел системного огляду.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)

Магістерське наукове дослідження містить теоретичну модель дослідження, етапи проведення дослідження, етапи відбору досліджень для проведення аналізу згідно PRISMA, аналіз досліджень для системного огляду літератури, діагностичний інструментарій досліджень.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка

Студент _____
(підпис)



Лапичак М.В.
(прізвище та ініціали)

Керівник роботи _____
(підпис)

Блозва.П.І.
(прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ I. Теоретичне вивчення депресивних станів, їх передумови виникнення та стратегії подолання серед цивільного населення	10
1.1 Воєнні конфлікти та їхній вплив на психіку людини	10
1.2 Прояви депресії у дорослого населення в умовах воєнних конфліктів	13
1.3 Стратегії подолання депресії серед дорослого населення в умовах воєнних конфліктів	21
1.4 Теоретична модель дослідження	24
Висновки до Розділу I	25
РОЗДІЛ II. Теоретико-методологічний аналіз дослідження щодо стратегій подолання депресії серед цивільного населення в умовах воєнних конфліктів	26
2.1. Формулювання гіпотези та завдань	26
2.2. Критичний аналіз відібраних досліджень	29
Висновки до Розділу II	31
РОЗДІЛ III. Результати аналізу відібраних досліджень	32
3.1 Результати аналізу досліджень	32
3.2. Відмінності між статтями	41
3.3 Стратегії подолання депресивних станів	42
3.4. Перспектива дослідження	46
Висновки до Розділу III	48
ВИСНОВКИ	50
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	53
ДОДАТКИ	56

ВСТУП

Актуальність. 24 лютого 2022 рік став показовим та доленосним для громадян всієї нашої країни. Повномасштабне вторгнення російської федерації проти України, цей військовий конфлікт охопив все цивільне населення України. Внаслідок цієї події відбулось багато змін у кожній особі зокрема, майже у всіх сферах життя. Від пережиття палітри почуттів та відчуттів внаслідок подій та втрат, до поведінкових змін. У когось ці події спровокували виникнення або загострення психічних розладів, у когось випробуванням резильєнтності, а декого загартували та зробили стійкими. Стрес війни та все, що є за цим, має значний вплив на психічне та фізичне здоров'я кожного, в тій чи іншій мірі.

Згідно даних ВООЗ, станом на жовтень місяць 2022 року, близько 10 мільйонів українців, які постраждали через війну, потребують психологічної підтримки [15]. Також, дослідження, які були проведені на світових теренах, щодо психічного здоров'я при воєнних конфліктах вказують, що найбільш поширеними розладами є депресія та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [12].

Аарон Бек, творець когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), вважає, що люди з депресією схильні мислити по іншому, у більш негативному ключі. Відповідно до когнітивної тріади Бека, людина сприймає себе, інших/світ та майбутнє в більшості у негативному світлі. Доктор А.Бек пропонує, що негативні думки, породжені дисфункційними переконаннями є основною причиною симптомів депресії [2].

Віктор Франкл, австрійський психіатр, особа, яка пережила насилля концтаборів, пропонує не втрачати надії, віри в себе й закінчення складних часів. У своїй роботі *Людина у пошуках справжнього сенсу*, ділиться, що

мрії та пошук опори всередині себе, стали для нього сенсами продовжувати жити у нелюдських умовах таборів смерті [5].

Об'єкт дослідження: депресивні стани.

Предмет дослідження: стратегії подолання депресивних станів.

Мета дослідження: виявити стратегії подолання депресивних станів в умовах воєнних конфліктів серед цивільного населення.

Гіпотези:

1. Існують певні стратегії подолання депресивних станів, які покращують психічний стан цивільного населення в умовах воєнних конфліктів;

2. Не існує специфічних стратегій роботи з депресивними станами в умовах воєнних дій.

Завдання:

1. Розкрити природу депресивних станів та їх перебіг серед цивільного населення в умовах воєнних конфліктів;

2. Зробити теоретико-методологічний аналіз дослідження особливостей прояву депресивних станів серед цивільного населення в умовах воєнних конфліктів;

3. Дослідити шляхи подолання депресії в умовах воєнних конфліктів;

4. Дослідити результати аналізу відібраних досліджень на основі джерел системного огляду.

В цій дипломній роботі будуть використані загальнонаукові **методи дослідження**, а саме аналіз, синтез, індукція, дедукція, моделювання, системний метод, а також проведено системний огляд літератури згідно стандартів PRISMA.

Наукова новизна. Завдяки цьому системному огляду можна буде проаналізувати стратегії подолання депресії серед цивільного населення в умовах воєнних конфліктів. Результати даного дослідження будуть

актуальними не лише для спеціалістів зі сфери психічного здоров'я, а й для працівників допомагаючих професій, адже це зможе бути додатковим інструментом та протективним фактором для виникнення тих чи інших психічних розладів, депресії зокрема.

Практична новизна.

У даному системному огляді буде розкрито прояви депресивних станів, їх передумови виникнення та будуть запропоновані актуальні стратегії подолання депресії для цивільного населення. Це стане додатковим інструментом для людей, які працюють в межах України та за її межами, з людьми, які зазнали впливу війни. Ця робота про наслідки та вплив на психічне здоров'я особистості, а також може бути допоміжним інструментом для зцілення ран війни.

Структура роботи. Робота складається з трьох розділів. У першому розділі буде представлено теоретичне вивчення депресивних станів, їх передумови виникнення та стратегії подолання серед цивільного населення. У другому розділі буде здійснено теоретико-методологічний аналіз щодо стратегій подолання депресії серед цивільного населення в умовах воєнних конфліктів. У третьому розділі будуть висвітлені результати аналізу досліджень, практична користь та подальші перспективи дослідження.

РОЗДІЛ I. Теоретичне вивчення депресивних станів, їх передумови виникнення та стратегії подолання серед цивільного населення

1.1. Війна та її вплив на психіку людини

Починаючи із подій на Майданах, гібридних війн, війни з 2014 року та понад один рік повномасштабної війни з РФ проти України – українське суспільство, попри героїчну боротьбу та відстоювання своїх прав, зазнає значного стресу. Досвід війни робить людську психіку вразливою та створює умови для загострення чи розвитку різноманітних психічних та/або фізичних розладів. Все це посилюють звуки сирен, обстріли, відключення світла та інший дискомфорт пов'язаний з війною.

Віденський лікар-психолог, Ганс Сельє, вважає, що стрес є неспецифічною нейро-ендокринною реакцією організму на подразник [20]. Це є станом фізіологічної або психологічної напруги, зумовлений різного роду факторами (фізіологічними, когнітивними, емоційними, зовнішніми або внутрішніми, часто їх сукупністю), які спрямовані на порушення/зміну функцій організму. Залежно від інтенсивності та тривалості дії стрес-факторів, реакція стресу може проходити послідовні стадії – тривоги, стійкості й виснаження, коли загальний адаптаційний синдром набуває характеру руйнівного процесу – дистресу (негативний стрес), або тільки дві перші (тривоги й стійкості), коли проявляється – еустрес (позитивний стрес), що на думку автора, сприяє підтриманню та збереженню здоров'я [18]. Еустрес сприяє підвищенню функціональних резервів організму, внаслідок чого відбувається його адаптація до зовнішніх стрес факторів. На відміну дистрес є негативним видом стресу, з яким організму є складно впоратись, й при тривалості це може призвести до погіршення стану здоров'я, аж до складних захворювань. Приклади дистресу: розлучення,

втрата роботи, втрата когось із рідних, війна та інше. Слід розуміти, що для людського організму стрес є звичним явищем. Однак, коли стрес факторів є понад міру, вони тривалі, інтенсивні, відсутні можливості відновити ресурси – призводять до виснаження, й тоді мозок припиняє справлятися із викликами [20].

Клінічні дослідження нейрофізіології стресу демонструють, що в моменти стресу гіпоталамус змушує гіпофіз збільшити виділення адренкортикотропного гормону, внаслідок цього наднирники виділяють в кров у великій кількості низку фізіологічно активних речовини: катехоламінів, глюкокортикоїдів; адреналіну, норадреналіну, кортизолу – так званих гормонів стресу. Гормони стресу викликають багатосторонній ефект у тілі: серце починає скорочуватися частіше, кров'яний тиск підвищується, кров'яні судини розширюються та інше. Внаслідок чого, надниркові залози збільшуються, тимус, селезінка та лімфатичні вузли атрофуються і при значних та тривалих стресах можуть утворюватись ерозії, виразки у шлунку та інші фізіологічні патології [20].

Вживання в складних умовах, такі як війна, активують такі базові реакції психіки, відомі як “бийся, тікай або завми”. Реакція регулюється двома видами нервової системи: симпатичною – реакція “бийся або тікай” чи парасимпатичною – реакція “завми”. Ці реакції є для того, щоб тримати в балансі стани людського організму. Період війни – це час різного роду стресу, екстремальних умови життя, досвіду збройного протистояння, втрат, які можуть сприяти виникненню психічних травм, які провокують психічні розлади короткотривалого чи довготривалого характеру. Порушення психічного благополуччя сприяє появу депресивних станів, психосоматичних розладів, залежностей від ПАР, самогубств та інших епізодів, що можуть бути компонентами ПТСР. Варто зазначити, що стійкість до стресу визначається генетично обумовленими особливостями кожного організму, а саме, утворенням кортикотропного рилізінг-фактору

на вплив нейромедіаторів: моноамінів (серотонін, дофамін), нейропептидів (PACAP, BDNF та інших) й апаратом сприйняття їхньої дії (функціонування рецепторів), що проявляється у здатності сприймати, переживати й адаптуватися до стресу [22].

У репортажі Суспільне Новини, авторка статті *“Бийся, тікай або завмири – як життя в умовах війни впливає на психоемоційну стабільність людини”*, Свеженцева І., зазначає:

“стрес війни порушує баланс у мозку та інші функції організму. Під час стресу активується структура лімбічної системи мозку – амигдала. Вона утримує високі рівні адреналіну та надсилає сигнали мозку про потенційну загрозу. Коли екстремальна загроза поєднується з безпомічністю, як це трапляється під час військових дій, мозок може послати сигнали тілу: "завмири". У результаті сповільнюється серцебиття, знижується тиск, температура тіла та інтенсивність руху. В умовах війни подібні реакції можуть бути миттєвими й тимчасовими, а можуть тривати декілька днів чи тижнів. Залежить це від загального психічного стану людини та інтенсивності травматичної події. Крім того, амигдала надсилає сигнали гіпокампу – ділянці мозку, яка відповідає за зберігання спогадів, не запам'ятовувати травматичні події. Відповідно це, впливає на роботу експліцитної пам'яті, що в наслідку може проявлятися у порушенні когнітивних функцій”.

Психологічну травму спричинюють події, які характеризуються раптовістю, інтенсивністю, безвихідністю та тривалістю. Через надмірну стимуляцію всіх органів чуття, травматичні події перевантажують звичні стратегії подолання стресу. Як наслідок можуть виникати: інтенсивний страх, відчуття безпорадності та відчуття втрати контролю та інше [10].

Одні із найбільш поширених реакції організму на психотравму є [22]:

- Гостра стресова реакція (перші три дні);
- Гострий стресовий розлад (до 4-х тижнів);
- Посттравматичний стресовий розлад (після 4-х тижнів).

Важливо розуміти й те, що не у всіх людей внаслідок травми може виникнути психічний розлад. Це означає, що у частини людей, психіка опрацює відповідний досвід й може відбутись спонтанне зцілення. Пре це свідчать дослідження, що [22]:

- в перший тиждень – 90% мають симптоми травми;

- до місяця – 60% зберігаються симптоми травми;
- після місяця – 25-30% зберігають симптоми травми.

Дослідження науковців із медичної школи в Єрусалимі демонструє, що в умовах війни психіка по різному справляється зі стресом: спричинює тимчасові функціональні незручності, або може бути причиною психічних розладів, які мають негативні наслідки для здоров'я загалом. Зазвичай це – депресія, ПТСР, зловживання ПАР. Науковці вважають, що травматичні події війни можуть мати довготерміновий вплив на здоров'я та психічне благополуччя людини [12].

Епідеміологічні дослідження вказують, що серед вимушено переселених осіб (ВПО) внаслідок військового конфлікту поширеність тривожних розладів було – 20.2%, поширеність депресії – 25%. За даними опитувань, людей, які звернулись по психологічну допомогу було – 4.9% [20].

Варто зазначити, що жінки переживають травматичні події та страждають більше, ніж чоловіки. По-особливому вразливими групами є люди із особливими потребами та особи з інвалідністю. Показники поширеності тих чи інших психічних розладів є пов'язані зі ступенем травми та наявністю фізичної та емоційної підтримки від оточення, а також культурного та релігійного аспекту індивіда [9].

1.2. Прояви депресії у дорослого населення в умовах воєнних конфліктів

Пройшло понад рік, з моменту повномасштабного вторгнення РФ та протистояння України у цій війні. Вже понад рік, українці живуть без розслаблення та нормального відпочинку. Проміжки між повітряними тривогами, перегляд новин, тривога за рідних, які живуть у наближених до війни регіонах чи тих, несуть військову службу – сприяють постійній

напрузі. Обставини життя в цих умовах зчитуються психікою, як небезпека. Комуś вдалось адаптуватись до цих умов, комуś – ні. Попри різні труднощі, більшість продовжує навчатись, працювати, волонтерити. Проблеми починається тоді, коли стресу стає більше, напруга зростає, а можливостей для відновлення стає менше.

Львівський психолог-психотерапевт, Володимир Станчишин, зазначає про деякі базові речі, які допомагають справлятися зі стресом [21]:

- *Сон*. Відсутність якісного сну є суттєвим фактором, який впливає на стійкість та функціонування щодня;
- *Провина*. Дехто не дозволяє собі відпочити, подбати про свої ресурси, відновити захоплення, потурбуватись про себе, вважаючи, що таким чином це може бути неповагою до захисників України;
- Відчуття, що слід *викладатися на максимум*. Багатьом хочеться докласти максимум свого ресурсу, залучити в це своє оточення, для того, щоб наблизити перемогу України у цій війні.

Нерівномірність задоволення запропонованих вище факторів, можуть призвести до втоми, апатії, а в кінцевому результаті – депресії. Автор пропонує фази, які ведуть до виснаження й колапсу [21]:

1. *Стійке бажання наблизити перемогу України*. З перших днів війни, чимало людей мобілізували всі свої ресурси, щоб внести свій вклад у перемогу. Це стремління є нормальною реакцією, проблемним це стає тоді, коли ресурси вичерпуються і не відновлюються;
2. *Втома*. Втома може бути когнітивною, фізіологічною, емоційною або в поєднанні. Фізіологічна втома проявляється в тому, що тіло відмовляється будь-що робити. Емоційна втома – коли складно виражати й керувати почуттями, зниження емпатії. Когнітивна втома проявляється втратою здатності

оперативно опрацьовувати інформацію, є труднощі з концентрацією, запам'ятовуванням та іншим;

3. *Відсторонення/апатія*. Цей етап характерний тим, що відсутнє бажання з ким-небудь бачитись, говорити, розуміти. Відстороненість від близьких, проєктів, ізолюваність;
4. *Виснаження*. Ця фаза є межевою й на цій фазі є ймовірність загострення чи виникнення психічних розладів, депресії зокрема. Стосується це не всіх, однак з'являється суттєва вразливість та втрачається (психологічна) стійкість.

Згідно статистики ВООЗ, поширеність депресії складає приблизно 3,8% населення земної кулі, з яких 5,0% серед дорослого населення, а це 280 мільйонів людей у світі. Депресія відмінна від звичайних коливань настрою та короткотермінових емоційних реакцій на обставини та ситуації щоденного життя. Особливо, коли депресія повторюється та має ту чи іншу інтенсивність, вона може стати серйозним захворюванням. Це може спричинювати дистрес та негативно впливає на функціонування вдома, на навчанні, роботі чи інших сферах життя. У найгіршому випадку депресія може призвести до самогубства. Щорічно понад 700 000 людей цілого світу закінчують життя самогубством. Вважається, що самогубство займає четверту позицію по смертності серед 15-29-річних. Депресія, яка виникає внаслідок військових конфліктів серед цивільного населення має дещо інші показники, які спровоковані дещо іншими факторами [4].

Термін депресія може стосуватись такої людської емоції як сум, яка з'являється внаслідок втрати, невдачі, розчарування чи інших негараздів. Симптоматика депресії спричинює вплив на загальний стан, який пригнічує настрій та/або діяльність людини. Депресію слід вважати різновидом емоційного розладу, який проявляється у важкій та тривалій формі занепаду [19].

Згідно діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів, американської психіатричної асоціації (DSM-5-TR), депресивні стани, які стосуються даного дослідження, поділяються на [6]:

- Великий депресивний розлад (який включає великий депресивний епізод). Характеризується епізодами, тривалість яких є не менше 2-х тижнів, що включає зміни у афективних, когнітивних і нейровегетативних функціях;
- Персистуючий депресивний розлад. Цей розлад можна діагностувати, коли порушення настрою триває принаймні 2 роки у дорослих. Цей діагноз включає діагностичні критерії DSM-IV хронічної великої депресії та дистимії;
- Депресивний розлад, спричинений прийомом речовин/ліків. Велика кількість наркотичних речовин, деякі медичні препарати можуть викликати депресивні стани. Цей факт включається в діагноз депресивного розладу, спричиненого прийомом речовин/ліків і депресивного розладу внаслідок інших захворювань;

Спільною рисою депресивних станів є наявність сумного, спустошеного/дратівливого настрою, що супроводжується відповідними змінами, які суттєво впливають на особистість та якість життя. Депресивний епізод може перерости й модифікуватись. Один із його видів, може перерости у великий депресивний розлад, симптоми й критерії якого наведені такі [6]:

А. П'ять (або більше) з наведених нижче симптомів були присутні протягом щонайменше 2-х тижнів та представляють зміну в порівнянні з попереднім функціонуванням; присутність принаймні одного із симптомів (1) депресивний настрій або (2) втрата інтересу або задоволення.

Примітка. Не включає симптоми, які виразно пов'язані з іншим медичним розладом.

1. Депресивний настрій присутній більшу частину дня, майже щодня, як суб'єктивно вказує сама людина (наприклад, відчувається сумною, спустошеною, безнадійною) або за спостереженням інших;
2. Помітно зменшений інтерес або задоволення від усіх або майже всіх видів діяльності впродовж більшої частини дня, майже щодня (як вказує суб'єктивно людина, або згідно з спостереження інших);
3. Значна втрата ваги без дієти або збільшення ваги (наприклад, зміна маси тіла на більше як 5% за місяць), або зниження чи підвищення апетиту майже кожен день;
4. Безсоння або надмірна сонливість майже щодня;
5. Психомоторне збудження або загальмованість майже щодня (спостерігається іншими, не просто суб'єктивне відчуття неспокою чи уповільнення);
6. Відчуття втоми або втрати енергії майже щодня;
7. Почуття нікчемності або надмірної чи неадекватної провини (яке може бути маренням) майже щодня (не просто самодокори чи почуття провини, пов'язане з хворобою);
8. Знижена здатність думати чи концентруватися, або нерішучість, майже щодня (або суб'єктивно, або за спостереженням інших);
9. Періодичні думки про смерть (не просто страх померти), періодичні суїцидальні думки без конкретного плану, або спроби самогубства, або конкретний план вчинення самогубства.

В. Симптоми викликають клінічно значущий дистрес або погіршення соціального, професійні чи інші важливі сфери функціонування.

С. Цей епізод не можна віднести до фізіологічної дії речовини або іншого захворювання.

Д. Принаймні один великий депресивний епізод не можна краще пояснити шизоафективним розладом і не є шизофренією, шизофренний

розладом, маревним розладом або іншим уточненим і неуточненим спектром шизофренії та інші психотичних розладів.

Е. Ніколи не було маніакального або гіпоманіакального епізоду.

Слід зазначити й про перебіг та подальші прогнози депресивних станів. Статистика демонструє, що люди які мали перший епізод великого депресивного розладу (ВДР), 50% знову переживають цей епізод, ті хто вдруге пережив депресивний епізод, близько 70% переживе втретє. Під ВДР без одужання між епізодами вважають депресію, що може бути безперервною із періодами загострення чи затихання. Через можливість її повторення та відсутність повного одужання, рекомендована психотерапія [19].

Також слід зазначити, що депресивні стани, внаслідок військових конфліктів, можуть бути коморбідним із іншими психічними розладами, найбільш поширено з: ПТСР, тривожні розлади (генералізований тривожний розлад, соціальна фобія, уникаючий розлад та інші), психотичною симптоматикою (маячення, галюцинації, кататонічна поведінка, дезорганізована мова та інші), розладами настрою пов'язані з вживання ПАР та іншими. З цього випливає, що людина може мати чимало супутніх психічних, а також соматичних захворювань, часом послідовність виникнення яких може бути різною. В цьому випадку слід звертати увагу на первинний розлад, відтак на вторинний. Депресія може бути супутньою до соматичних захворювань та виступати вторинною, це проявляється у негативному прогностичному баченні лікування соматичних захворювань. Водночас депресія може бути причиною виникнення медичних захворювань. Часто, люди із діагнозом – депресія, мають функціональні порушення та не в змозі потурбуватись про себе [19].

Щодо діагностики депресії, то використовують клінічне інтерв'ювання, яке може бути структуроване чи напівструктуроване. Напівструктуроване інтерв'ю можуть використовувати експерти, які маючи

тематичні блоки запитань та правил прийняття рішень, можуть ставити відкриті запитання для уточнення симптомів та відповідності діагностичним критеріям. Для професійних клініцистів рекомендовано використовувати *структуроване клінічне інтерв'ю для DSM – SCID* (Frist and al, 1997) та *опитувальник афективних розладів та шизофренії – SADS* (Spitzer and al, 1975). SCID є кілька видів для різних розладів: SCID-I, SCID-II; виконує своє призначення повною мірою, є надійним, однак інтерв'ю може бути тривалим, у випадку, якщо пацієнти мають численні діагнози та не можуть чітко висловлюватись. SADS складається із: звичайної форми – для діагностики поточного епізоду, SADS-L – для встановлення діагнозів, які проявлялись впродовж життя; SADS-C – для оцінки симптоматики впродовж тижня, SADS для дітей та їх батьків (Chambers and al, 1985). Структуроване інтерв'ю можуть використовувати люди без спеціальної підготовки, часто це закриті запитання, які не вимагають клінічних висновків та прийняття рішень. Рекомендовано є *діагностичний опитувальник – DIS* (Robbins and al, 1981), він створений для непрофесійних інтерв'юерів, які могли лише пройти спеціальне навчання, запитання з цього опитувальника є спрощені, закриті, з відсутніми інструкціями переходу до іншого блоку; застосування цього опитувальника є достатньо обмежене, проте є версія для дітей (Schaeffer and al, 1996) [19].

Також слід зазначити клінічні вимірювальні шкали, за допомогою яких вимірюють один чи кілька показників депресії. Використання клінічних шкал передбачає обов'язкової підготовки інтерв'юера. Нижче запропонована низка найбільш поширених шкал для вимірювання структурних компонентів депресії [19]:

- Шкала Гамільтона (Hamilton, 1960);
- Опитувальник депресії Бека (Beck and al, 1996);

- Шкала Монтгомери-Асберга для оцінки депресії (Montgomery and al, 1979);
- Шкали, що вимірюють структурні компоненти депресії;
- Шкала приємних та неприємних подій;
- Опитувальник новичок вирішення проблем (Herper, 1982);
- Шкала соціальної адаптації (Paykel and al, 1971);
- Опитувальник атрибутивного стилю (Petersen and al, 1982);
- Опитувальник негативних думок, (Kendall and al, 1989).

Слід розрізняти симптоми депресії від процесу горювання внаслідок втрати. Коли внаслідок подій війни, особа втрачає близьких, здоров'я, помешкання чи щось інше – може зіткнутись із суб'єктивним спектром горювання, що є нормальним періодом внаслідок втрати. Однак, якщо складні переживання тривають понад 2 місяці, спричиняють функціональні труднощі, спричиняють такі симптоми, як хворобливе занепокоєння, психомоторну затримку, відчуття нікчемності, суїцидальні ідеї, слід звернути на це увагу, адже це можуть бути симптоми депресії [19].

Для депресивного розуму, на думку Аарона Бека, присутні збої в обробці інформації. Наприклад, люди з депресією схильні демонструвати вибіркочувачу увагу до інформації, яка відповідає їхнім негативним очікуванням і вибіркочувачу увагу до інформації, яка суперечить цим очікуванням [2].

КПТ терапевтка Мартіна Мюллер, вважає, що часто коморбідним до депресії є ПТСР та зловживання ПАР, де попри симптоми останнього, особи, які страждають від депресії майже весь час почуваються пригнічено, втрачають інтерес до звичних справ та ресурсів, відчувають безнадію й млявість. Відчай та горе, які може глибоко переживати особа, можуть спричинити думки про смерть, що в кінцевому результаті може закінчитись самогубством [17].

Реакція психіки на тип стресу внаслідок військових конфліктів, як зазначалось вище є специфічними через їх інтенсивність, тривалість та непередбачуваність. Це є довготерміновою реакцією психіки, яка найчастіше проявляється в таких психіатричних захворюваннях, як ПТСР та/або депресія. Аарон Бек, визначає депресію, як реакцію нашої психіки на втрату або сприйняття її. Особи, які пережили події війни, можуть відреагувати горем й у них зазвичай формується сприйняття світу, як загрозового та небезпечного. Особи, які мали досвід травматичних подій, внаслідок військових конфліктів, часто стверджують, що втратили відчуття безпеки до навколишнього середовища та світу загалом. Відтак, може формуватись відчуття безпорадності, яке є наслідком складних життєвих обставин [19].

1.3. Стратегії подолання депресії серед дорослого населення в умовах воєнних конфліктів

Причини виникнення депресії можуть бути різними, відповідно до індивідуальних схильностей. Травматичні події війни, яку переживають українці вже більше, як один рік, є унікальним, екстремальним стресом. Подолання подій війни є суб'єктивним, а також є результатом соціальних, психологічних і біологічних факторів. Симптоматика депресії, може призвести до ще більшого стресу та дисфункцій.

Існують докази, що профілактичні програми зменшують симптоми та перебіг депресії, властиво це про громадські проекти охорони (психічного) здоров'я. Хоча існують ефективні методи лікування психічних розладів, понад 75% людей у країнах із низьким і середнім рівнем доходу не отримують відповідної терапії. Перешкодами можуть бути брак ресурсів, відсутність фахових спеціалістів, соціальна стигма психічних розладів. У країнах із будь-яким рівнем доходу, людям, які мають депресію, часто не

ставлять вірний діагноз, а іншим, у яких немає розладу, часто ставлять неправильний діагноз і призначають антидепресанти [4].

Володимир Станчишин у своїй роботі, пропонує усвідомити сукупність симптомів та станів, які можемо переживати зараз, в період війни, як екзистенційну кризу. Крізь сумніви, нерозуміння, агресію та втрати – продовжувати жити та відновлюватись. Ті чи інші стани є нормальною реакцією психіки на ненормальні події війни. Активності та особиста творчість можуть бути суттєвим протективним фактором, які можуть приносити задоволення та сприяти підвищенню самооцінки (читання книги, кіно, вести щоденник та інше), а також турбота про себе (діагностика фізичного здоров'я, похід у барбершоп/салон краси та інше). Автор книги, апелює до центрів задоволення, адже під час депресії, є виражена ангедонія. Відповідно завдання полягає в тому, щоб через активності поступово відновлювати контакт із центром задоволення. Метафорично автор описує емоції війни як гойдалку, де у крайній нульовій точці є відсутнє відчуття будь чого, тому її слід розгойдувати, щоб відчувати задоволення, досягнення та пізнання чогось нового в житті [21].

Слід виокремити вагомість соціальну взаємодію та підтримки, адже це є джерелом досвідчення палітри почуттів. Інколи причиною апатії може бути замороження емоцій. Простір, де можна проявити емоції, розділити переживання, може бути суттєвим ресурсом. Об'єднання у спільноту однодумців, до прикладу діяльність, яка спрямована на наближення перемоги у цій війні (донейти на ЗСУ, пошуки амуніції, плетіння маскувальних сіток, волонтерство, підтримка рідних чи близьких, військовослужбовці яких є на війні та інше), також може бути одним із стратегій подолання депресивних станів. Варто розуміти, що всі ці вище запропоновані рекомендації стосуються симптомів депресії, яка є помірно вираженою. При важкому перебігу депресії слід звернутись по фахову допомогу спеціалістів – кризового консультанта, психотерапевта чи

психіатра [21].

Залежно від складності та характеру депресивних станів існують ефективні методи лікування. Властиво, може бути запропонована індивідуальна чи групова психотерапія в когнітивно-поведінковому чи інтерперсональному методах, яка може включати поведінкову активацію та/або призначені психіатром медикаменти: селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), трициклічні антидепресанти (ТСА) чи інше [4].

Результати соціальних опитувань в Україні на 2019 рік свідчать, що найбільш поширеними стратегіями подолання стресу можуть бути: розмови з друзями – 63.7%, музика/фільми – 45%, піші прогулянки – 35.3%. Для українського населення, факторами, які були несприятливими для звернення по психологічну допомогу є тяглість радянської спадщини щодо лікування проблем психічного здоров'я, низький рівень поінформованості населення щодо превентивних заходів і систем підтримки психічного здоров'я, стигматизація сфери психології та забобони [20].

Нейронауковець зі США, Алекс Корб, у своїй роботі пропонує такі способи зниження стресу: фізичні навантаження, прийняття рішень (постановка цілей, досягнення їх підвищить рівень дофаміну, відновить відчуття контролю), покращення гігієни сну, біологічний зворотній зв'язок (активність тіла впливає на активність мозку: йога, прослуховування музики, обливання холодною водою, сміх, дихання, розслаблення м'язів), вдячність (покращує роботу дофамінових ланцюгів та підвищує рівень серотоніну), спілкування із людьми [16].

1.4. Теоретична модель дослідження

Щоб підсумувати та структурувати все вищеописане, було створено теоретичну модель дослідження, яка описує депресивні стани серед цивільного населення, їх передумови виникнення, наслідки та стратегії подолання.

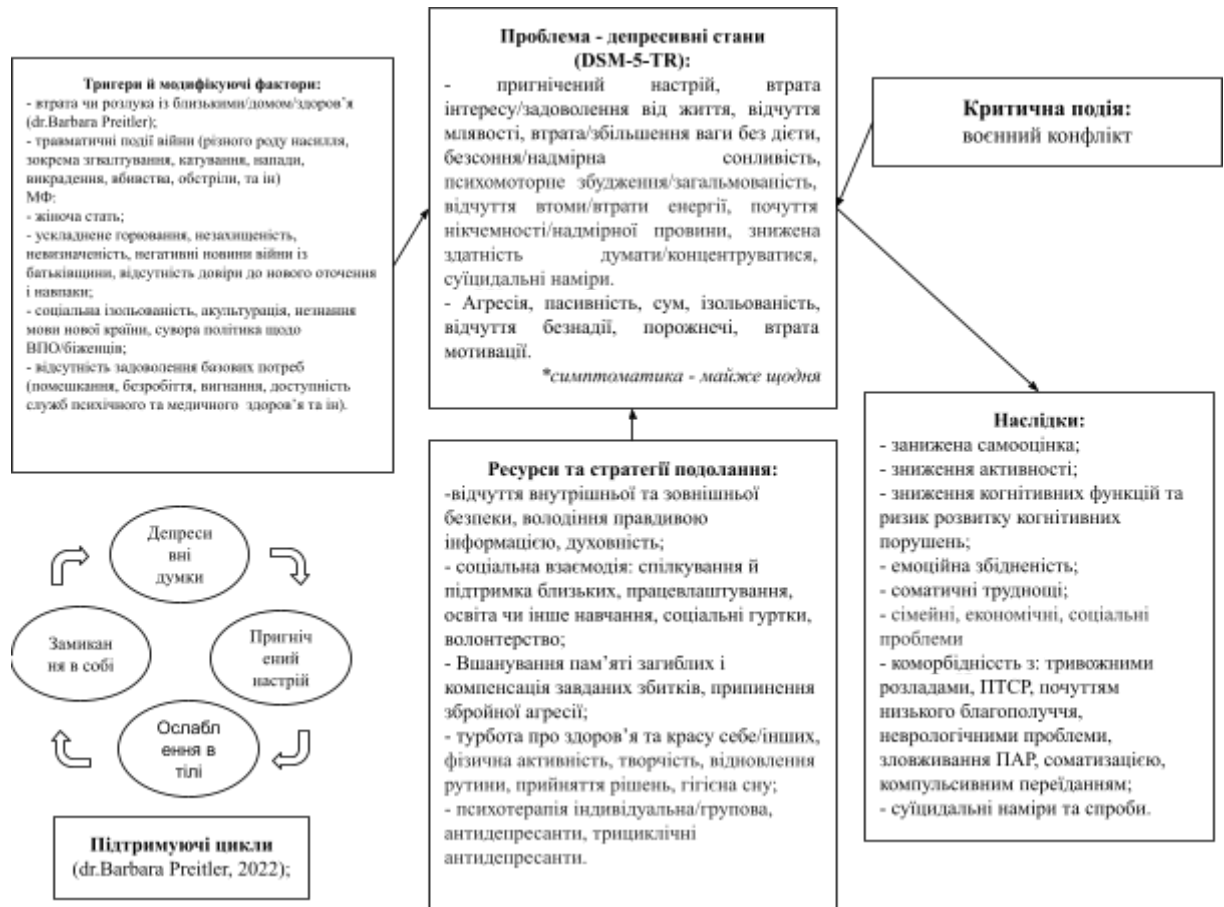


Рис. 1. Теоретична модель дослідження

Висновки до розділу I

У першому розділі були описані передумови до виникнення депресивних станів, зокрема серед осіб, які зазнали досвіду військових конфліктів. Досвід екстремальних подій війни чинить величезний вплив на організм людини, зокрема на психіку, що може спричиняти психологічні проблеми та бути предиктором психіатричних захворювань. У частини людей, які зазнали негативного впливу війни, за сприятливих обставин та індивідуальних властивостей – психіка самотійно долає цей досвід. З цього випливає, що в багатьох, хто зазнав травматичних подій війни, не розвивається психопатологія. Для іншої ж частини людей, необхідні ряд інтервенцій, в залежності від спектра вираженості тих чи інших синдромів війни.

У низці випадків коморбідним до депресії є: ПТСР, тривожні та інші психічні розлади. Через ряд біо-психо-соціальних факторів та нездатність витримати деяких почуттів та спогадів, інколи люди використовують психоактивні речовини, щоб справитись із цим досвідом, в деяких випадках це призводить до розладів вживання ПАР. Умови життя у війні є життям у фоновій напрузі. Важливо усвідомлювати, що є нормальним втомлюватись, провалюватись в апатію, однак важливим є відновлюватись та вміння потурбуватись про себе та близьких у відповідний спосіб.

Розділ II. Теоретико-методологічний аналіз дослідження щодо стратегій подолання депресії серед цивільного населення в умовах воєнних конфліктів

2.1. Формулювання гіпотези та завдань

Гіпотеза дослідження, полягає в тому, що існують певні стратегії подолання депресивних станів, які можуть покращити психічний стан цивільної особи, яка постраждала внаслідок військового конфлікту. Водночас, згідно завдань дослідження, відбувся аналіз того, чи існують специфічні стратегії роботи із депресивними станами.

У відповідності до поставлених гіпотез, завдання полягали у дослідженні депресивних станів у цивільного населення, яке зазнало впливу військових конфліктів, а також прояви депресії через модель КПТ за допомогою проведення системного огляду.

Критерії включення:

1. Доросле цивільне населення; особи чоловічої та жіночої статі;
2. Населення країн, які постраждали/страждають від воєнних конфліктів;
3. Особи, які мали/не мали попередньо діагностованих психічних розладів за ознаками відповідно до критеріїв DSM-5 TR або ICD-10/ICD-10;

4. Дослідження, які стосувались проявів депресивних станів;
5. Англійські статті від 2017 року.

Критерії виключення:

1. Дослідження, які не містять повний доступ до тексту;
2. Мета-аналізи, кейсові дослідження та інші системні огляди;
3. Дослідження, які не включають об'єкту депресивних станів;
4. Дослідження, які проводяться в даний момент;

5. Цивільне населення віком до 18 років;
6. Цивільне населення країн, які не були в умовах військових конфліктів;
7. Учасники та ветерани бойових дій.

Також у даному системному огляді, була низка етапів для організації проведення дослідження, які представленні даній схемі:

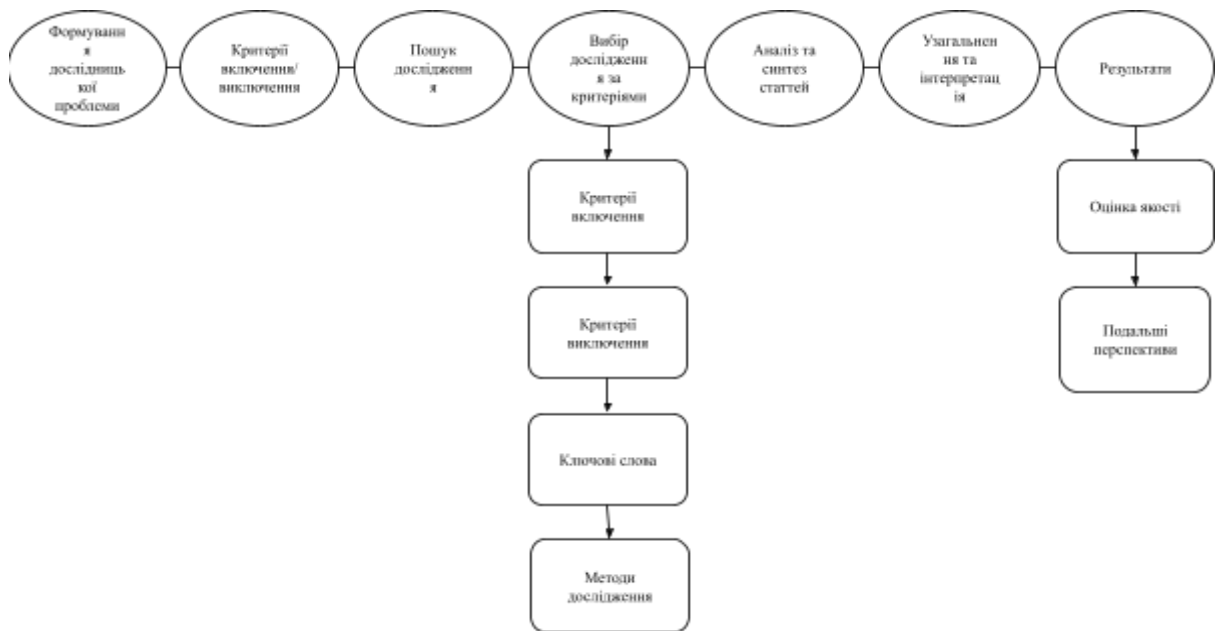


Рис. 2.1. Етапи проведення дослідження

Пошук досліджень по темі системного огляду. Пошук здійснювався у таких пошукових системах: Research square, Oxford Academic, APA PsycNet, PubMed, Google Scholar, ScienceDirect, Psychiatry Online, BMC Psychiatry, BMJ Open, для того, щоб ідентифікувати дослідження опубліковані з 2017 до 2023 рік. Відповідно до знайдених та опрацьованих джерел здійснювався аналіз інформації, синтез відповідно до теми даного системного огляду (індукція, дедукція, моделювання) та систематизація відповідно до методичних рекомендацій. Ключовими словами пошуку були: депресія або синонім депресивні стани, терапія, цивільне населення, військовий конфлікт, війна

(depression, treatment, civilians, military conflict, war). Депресивні стани, були концептуалізовані через основні маркери, які є в патогенезі депресії: зниження задоволення/інтересу практично до всіх видів активності або пригнічений настрій упродовж більшої частини дня майже щодня; відчуття млявості, втрата/збільшення ваги без дієти, безсоння/надмірна сонливість, психомоторне збудження/загальмованість, відчуття втоми/втрати енергії, почуття нікчемності/надмірної провини, знижені когнітивних функцій, захисна поведінка, яка проявляється через зменшення соціальних контактів у зв'язку із депресивними думками; суїцидальні наміри.

У наведених пошукових базах було знайдено 25 статей, після вилучення досліджень, які повторювалися чи не підходили за своєю структурою та згідно критеріїв включення/виключення, залишилось 8 статей. До статей, які були включені до системного огляду вибірка учасників складалась із тих, хто покинув межі своєї країни, відповідно умови військового конфлікту, й тих, хто залишався в умовах війни в часі участі в тому чи іншому дослідженні. Етапи відбору досліджень для

подальшого аналізу представленні рисунку запропонованому нижче:

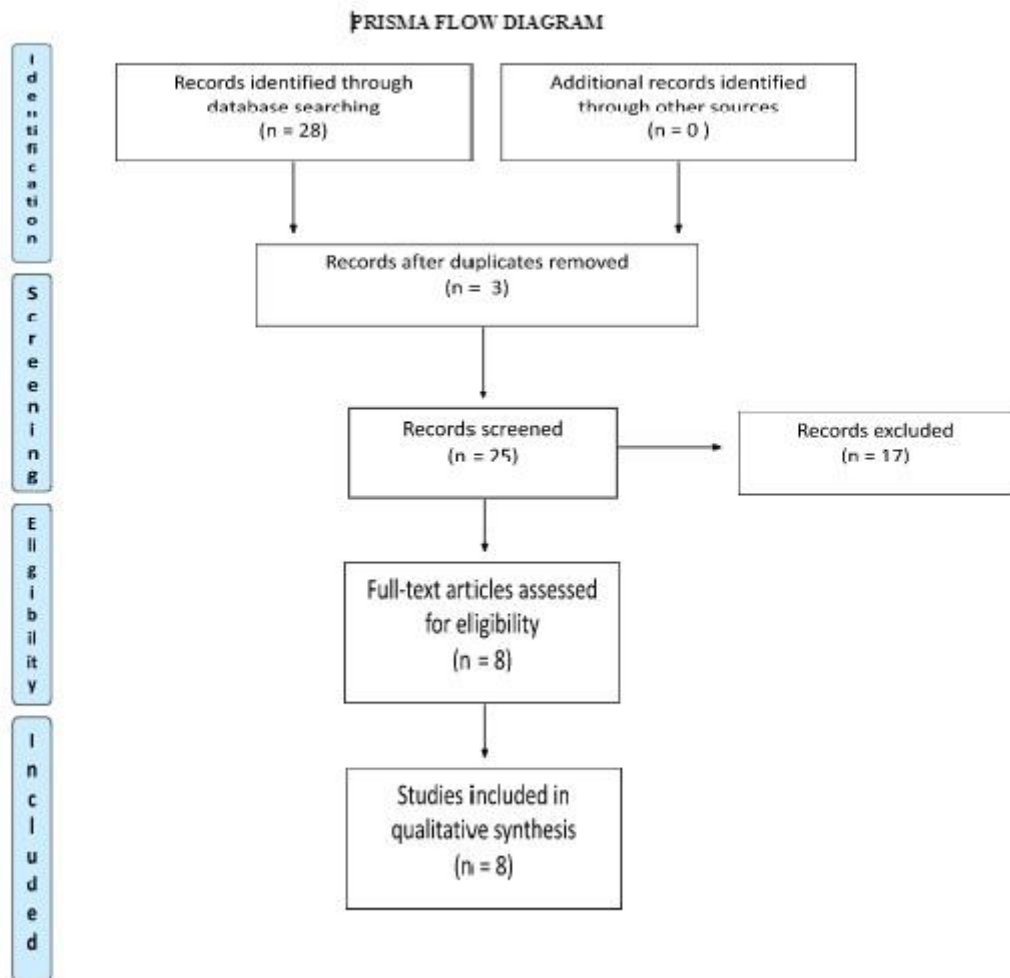


Рис. 2.2. Етапи відбору досліджень для проведення аналізу згідно PRISMA

2.2. Критичний аналіз відібраних досліджень

В ході аналізу відібраних досліджень було проаналізовано вступ, метод, мету, гіпотези, учасників, хід дослідження та висновки.

Було звернено увагу на наступні критерії: характеристики учасників (вік, стать, сімейний стан, освіта, зайнятість, економічно соціальний статус), умови проведення (місце, наявність контрольної групи), наявність

або відсутність коморбідностей та інших порушень, наявність або відсутність пригніченого настрою, зниження задоволення/інтересу до видів активностей; відчуття млявості, втрата/збільшення ваги без дієти, безсоння/надмірна сонливість, психомоторне збудження/загальмованість, відчуття втоми/втрати енергії, почуття нікчемності/надмірної провини, знижені когнітивних функцій, захисна поведінка, яка проявляється через зменшення соціальних контактів у зв'язку із депресивними думками; суїцидальні наміри.

У аналізі досліджень також зверталась увага на використання методів для оцінки депресивних станів та коморбідних розладів. У висновку оцінювались вплив військових конфліктів на прояви депресивних станів; коморбідні стани та їх взаємозв'язок із проявами депресії. Також було проаналізовано й перспективи подальшого дослідження.

На даному етапі магістерської роботи при відборі статей було кілька викликів. По-перше, статті, які були виключені не містили аналізу хоча б контрольної групи осіб, які постраждали внаслідок військових конфліктів. По-друге, були статті, які включали необхідні змінні такі, як депресивні стани, військові конфлікти, терапія, однак вибірка була ветерани та учасники військових конфліктів/війни. Найбільшим викликом було те, що велика кількість статей були саме мета-аналізи, неповні статті та кейсові дослідження, які не відповідали практичній частині даної роботи. Ще одним обмеженням були в дослідження, які проводяться на даний момент, вони були актуальними однак, через те, що результати були в обробці, не є підтвержені контрольними групами, відповідно їх не було включено.

Висновки до розділу II

У цьому розділі були представлені етапи, методи та особливості проведення даного системного огляду. Здійснювалось формулювання гіпотез та завдань для подальшого аналізу досліджень. Описано критерії включення та виключення, представлено етапи відбору досліджень для проведення аналізу. Запропоновані графічні рисунки дослідження. Також, були описані бази, за якими здійснювався пошук, перераховано кількість знайдених досліджень, описано виклики та труднощі проведення даного дослідження.

РОЗДІЛ III. Результати аналізу відібраних досліджень

3.1. Результати аналізу досліджень

У даному підрозділі представлений аналіз досліджень, які були відібрані для системного огляду літератури на попередньому етапі (Див. Додаток А. Аналіз досліджень для системного огляду літератури).

З 8 відібраних досліджень, всі включали депресивні стани та військові конфлікти. Більшість досліджень складала саме крос-секційні, одне когортне, перехресне ретроспективне дослідження і 1 дослідження було проведено за допомогою змішаного методу. Дослідження були проведені в таких країнах Греція – 2 дослідження, Норвегія, Північна Греція, Північна Уганда, Україна, Швеція та Шрі Ланка. Загальний обсяг вибірки досліджень становив 4582 осіб, кількість учасників коливалась від 19 до 2458.

У відібраних дослідженнях було декілька способів оцінити потрібні змінні. Для оцінки депресії було використано 5 клінічних самозвітних шкал депресії (N=8). Для оцінки тривоги було використано 2 клінічних самозвітних шкал (N=4). Для оцінки ПТСР було використано 1 клінічну самозвітну шкалу (N=2). Для оцінки стійкості/резильєнтності було використано 1 клінічну самозвітну шкалу (N=2). Для комплексної оцінки функціонування було використано 2 клінічних самозвітних шкал (N=2). Для оцінки задоволеності життям було використано 1 клінічну самозвітну шкалу (N=1). (Див. Додаток В. Діагностичний інструментарій дослідження).

1. Вплив соціально-демографічного фактору на прояви депресії.

Вибірка даних досліджень включала цивільних осіб, чоловічої та жіночої статі, які постраждали внаслідок військових конфліктів. Вікова

категорія учасників досліджень становила від 18 до 70 років (одне дослідження містило учасників віком від 13 років).

Беручи до уваги дані досліджень, помічено, що у 8 із відібраних до аналізу відповідно до критеріїв досліджень, вказано, що поширеність значущих симптомів депресії серед загальної вибірки була вищою серед жінок, ніж у чоловіків.

Поширеність депресії була значною мірою пов'язана із рядом факторів, які впливають на психосинтез індивіда, основні з яких:

- *Передміграційний фактор/життя в умовах війни.* Травматичний досвід війни, такий як обстріли, фізичне, емоційне, сексуальне насилля, переслідування, викрадення, відсутність задоволення базових потреб та інше.
- *Міграційний фактор.* Переселення/вимушене переміщення, яке сприяє таким соціальним наслідкам, як втрата помешкання, соціального статусу (професії, навчання), зв'язку із землею предків; втратою/розлукою із близькими, що в наслідку призводить до відсутності підтримки та самотності. Транзитна ситуація, яка спричинює невизначеність щодо майбутнього.
- *Постміграційним фактором.* Різного роду насилля (катування, згвалтування), викрадення, переслідування та інше. Психологічні труднощі: ускладнене гроювання, соматизація, незахищеність, загострення/розвиток розладів (депресія, ПТСР, дисоціативні розлади, тривожні розлади та ін). Стигматизація та безробіття, що слугує бездіяльності та маргінальному стану колапсу.

Поширеність депресії була суттєво пов'язана із сімейним станом і професією, оскільки існували значні відмінності в рівнях депресії між одруженими та неодруженими, студентами та іншими респондентами. Відповідно до цього можна припустити, що сім'я може бути суттєвим

протективним фактором, завдяки якому можна краще справлятися із викликами та наслідками війни; водночас втрата зв'язку чи втрата рідних, може сприяти загостренню та більш стійким психічним синдромам війни. Професія, подібно до здобуття освіти, також може бути фактором, який сприятиме подоланню тих чи інших психічних синдромів війни. Затребуваність у відповідних спеціалістах на новому місці проживання або поступленні у новий навчальний заклад, через повернення до рутини; з іншого боку втрата професійного/освітнього статусу може бути суттєвою втратою, яка впливатиме на психосинтез індивіда. Ключовим у цьому, мабуть, є індивідуальна психічна конституція та ставлення чи надане значення до тих чи інших подій внаслідок війни [3].

У дослідженні, яке стосувалось жінок, підтверджується той факт, що рівень освіченості не є суттєвим протективним фактором, адже екстремальний контекст війни, коли життя знаходиться під загрозою, вища освіта не забезпечує захисту та не суттєво сприяє адаптації до нових умов життя [11].

2. Досвід переживання військових конфліктів та зміни пов'язані з поширеністю депресивних станів.

Досвід вимушеного переміщення, травматичний досвід війни, постміграційні стресори в сукупності можуть перерости у серйозні психічні та соматичні діагнози. Відсутність задоволення базових потреб, найпоширеніші з них: нестача їжі/води (65,1%), відсутність житла/притулку (55,0%) та екстремальні події війни (неприродна смерть члена сім'ї/друга (60,2%) або засвідчення вбивства (49,0%), досвід уникнення смерті (49,0%) є предикторами складних психічних розладів [7].

Дослідження за участю приблизно 2500 учасників показало, що загальний вплив 10 або більше травматичних подій військового часу, були найнадійнішим провісником депресії та ПТСР. Те ж дослідження вказує, що жінки, які постраждали від конфлікту, мають більшу поширеність

депресії та ПТСР, ніж чоловіки. Вищі показники жінок можна пояснити підвищеним впливом важких травм, які були пов'язані з різного роду насиллям, зокрема сексуальним, схильністю до інтерналізації симптомів, подолання труднощів, зосереджене на емоціях і диференційовані за статтю нейробіологічні механізми, пов'язані із продукуванням окситоцину. Результати підтверджують докази того, що рання сексуальна травма має серйозні довгострокові наслідки для здоров'я в цілому [1].

Дослідження біженців, які живуть за межами охоплених війною країн, запропонувало аналіз відмінностей між депресією та супутньою тривогою й соматизацією. Слід зазначити, що ті, хто проводив довші періоди часу в тимчасовому місці проживання, повідомили про сильніший вплив соціально-демографічних факторів і позитивний вплив на психосинтез. Про це свідчать результати, які опосередковують зв'язок між часом, проведеним у таборі біженців, і оцінкою небезпеки, а також кінцевими змінними тривоги: ($z = 2,00, p < 0,05$; $z = 2,79, p < 0,01$ відповідно) і депресії ($z = 2,15, p < 0,05$; $z = 2,87, p < 0,01$ відповідно). Ці дані вказують на позитивну адаптацію та зцілення, де з плином часу та соціум тих, які також постраждали від війни – рівень тривоги, депресії та соматизації може знижуватись. Окрім цього, є дані, що особистий ресурс стає сильнішим з часом проведення в таборі. Результати показують, що початкові етапи переміщення людей є важким тягарем, підриваючи стійкість і використання ресурсів, але це можна відновити з часом і за відповідних, сприятливих обставин. Таким чином, це показує, що те, як люди сприймають ситуації війни та якого значення надають – відіграє важливу роль у прогнозуванні психічного здоров'я. Відповідно, чим більшу небезпеку вона відчуває, тим більше негативних симптомів психічного здоров'я вона буде повідомляти [11].

3. Депресивні стани.

Екстремальні події війни сприяють різкій зміні життя індивіда, незалежно від того чи була особистість була до цього готова чи ні. Досвід травматичних подій військових конфліктів, через їх раптовість, інтенсивність та тривалість впливають на гомеостаз, через що порушують природні стратегії подолання стресу. Внаслідок цього з'являється підвищена схильність до виникнення депресивних станів чи інших психічних та соматичних розладів. У більшій половині учасників із запропонованих досліджень виявлено, що індивіди в яких виявлено депресивні стани мають стійкий пригнічений настрій, відчувають знижену задоволеність життям та зниження когнітивних функцій.

Більшість досліджень детально не описує самі симптоми депресивних станів, але вони посилаються на критеріїв великого депресивного розладу в DSM V (IV), ICD-10. Однак, були виділені наступні симптоми депресії, які найчастіше вказували у дослідженнях, а саме: труднощі в стосунках із собою та зовнішнім світом (сім'я, друзі, соціум та ін), труднощі подолання стресових ситуацій, пригнічений настрій, поганий сон, зменшення задоволення від життя, підвищена дратівливість, пасивність, сум, ізольованість, відчуття безнадії, порожнечі, втрата мотивації, зниження концентрації, рецидивуючі думки про смерть. У тих, в кого виявили депресивні стани пригнічений настрій проявляється протягом дня, навіть після тривалого часу за межами місць військових конфліктів. Труднощі зі сном та сновидіння пов'язані з жахіттями війни, особливо були присутні серед людей, які мали коморбідний ПТСР. Рецидивуючі думки про смерть проявлялись у малої кількості людей, в більшості в людей, які перенесли важкий травматичний досвід (тортури, катування, сексуальне насилля).

У одному із досліджень згідно результатів опитувальника PHQ-9, було зазначено, що більшість вибірки було віднесено до категорії тих, хто

має низький рівень депресії – 32,80%. Категорії помірного та важкого ступеня депресії мали однакові показники захворюваності – 28,10%, тоді як категорія патологічної депресії включала лише – 10,90% вибірки [3].

У іншому дослідженні, де учасники були сирійського походження, вважали страждання, як нормальну частину життя, яка не потребує медичного чи психіатричного втручання, за винятком важких форм. Не всі учасники вибірки вважали, що депресія є хворобою, а це свідчить, що спосіб сприйняття симптомів депресії є формою динамічної та контекстуальної культурної формації індивіда [7].

Аналіз статей демонструє, що у більшості людей, які зазнали того чи іншого досвіду війни й внаслідок чого розвинулись депресивні стани – проявлялись однакові депресивні симптоми, однак із різними ступенями проявлення на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях, відповідно до особливості психічної та соматичної конституції індивіда. З цього можна припустити, що для опрацювання травматичних подій війни та депресії, слід по особливому подбати про ефективний взаємозв'язок між пацієнтом, лікарем-терапевтом та клінічним психологом чи іншим спеціалістом охорони психічного здоров'я, для своєчасного виявлення симптомів депресії, ефективного лікування та підтримуючої терапії.

4. Коморбідні стани.

Супутніми порушеннями або коморбідними розладами при депресії найчастіше були: ПТСР – 40%, тривога – 35%, почуття низького благополуччя – 5%, неврологічні проблеми – 5%, зловживання ПАР – 5%, соматизація – 5%, компульсивне переїдання – 5%. Аналіз досліджень вказує, що основними факторами, пов'язаними зі сприйняттям пацієнтом депресії були несподіваність, інтенсивність та тривалість травматичного досвіду війни, а також втрата контролю, невпевненість у майбутньому, відчуття безсилля й невизначеності.

Одним із найбільш поширених коморбідних розладів в учасників вибірки були ПТСР. У одному із досліджень було доведено, що депресія має значний вплив на переживання симптомів ПТСР, оскільки вищі показники депресії призводять до вищих показників ПТСР. Індекс Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9) позитивно корелював з індексом ПТСР ($r = 0,652$, $p < 0,001$) і негативно з Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC) ($r = -0,256$, $p = 0,041$). Індекс ПТСР негативно корелював з індексом CDRISC ($r = -0,443$, $p < 0,001$). Множинна регресія показала, що депресія діє як обтяжуючий фактор, тоді як стійкість зменшує симптоми травми за допомогою статистично значущої моделі ($F=31,301$, $df=2,63$, $p < 0,001$), середньої інтерпретованості ($R^2 = 0,506$) [3].

Ще одним із найбільш поширених коморбідних розладів був тривожний розлад (генералізований тривожний розлад, панічний розлад, агорафобія), який проявлявся різним рівнем тривоги за власне здоров'я, здоров'я сім'ї або родичів та майбутнього. Переживання були щодо матеріального становища, лікування, незнання мови іншої країни та інших соціальних гарантій; через невизначеність, загрозу насилля, переслідування, незахищеність, загострення соматичних захворювань, невтішних новин щодо війни у своїй країні.

Іншим важливим спостереженням у одному із досліджень були поширеність компульсивного переїдання (КП) та депресії. По іншому його ще називають психогенне переїдання, яке відбувається через емоційні переживання, а не через голод, й часто людина може їсти некорисну багато калорійну їжу, солодку і жирну. Саме така їжа дає яскраві смакові відчуття і тим самим тимчасово пригнічує негативні емоції. Зазвичай людина їсть під час вираженого стресу, це може бути в стані роздратування/злості, суму чи нудьги, без вираженого відчуття голоду. Для КП характерно за невеликий проміжок часу з'їдати таку кількість їжі, яку зазвичай ніколи б не змогла

з'їсти людина у спокійному стані. Із вибірки студентів ВНЗ, цитуючи Юреву Л.:

“важкого КП не виявлено у жодного досліджуваного, проте важка депресія спостерігається у 9,7 % (6/62), а важка тривога – у 3,2 (2/62) випадків. Поширеність тривоги при GAD-7 ≥ 5 складає 58%(36/62), при GAD-7 ≥ 10 – 18,3 % (12/62). Поширеність депресії при PHQ-9 ≥ 5 склала 66,1%(41/62), а при PHQ-9 ≥ 10 – 30,7% (19/62). Було встановлено зв'язок середньої сили між вираженою депресією (PHQ-9 ≥ 10) та КП та відносно сильний зв'язок між показниками тривоги та депресії. Поширеність депресії виміряна за шкалою PHQ-9 склала 66,1% (41/62) при точці відсічі 5 балів, та 30,7% (19/62) – при точці відсічі 10.4. Показники КП за шкалою BES не мають достовірних кореляцій з показниками тривоги та депресії. Встановлено достовірний зв'язок середньої сили ($\phi=0,315596$) між вираженою депресією (PHQ-9 ≥ 10) та наявністю КП. Рівень депресії вищій за 10 балів збільшує шанси КП в 7,3214 рази (95% ДІ 1,2742–42,0683)” [13].

Дослідження, серед переселених осіб із Сирії, внаслідок військових конфліктів, з яких були 31 особа, було зафіксовано, що 55,0% респондентів нещодавно переселених, мають принаймні один із досліджуваних типів психічних розладів. Депресія була найпоширенішим типом 40,2% , за нею йшли тривожність 31,8% і ПТСР 29,9%. Це свідчить про те, що не всі, хто постраждав від війни матиме той чи інших психічний розлад. З цього можна припустити, що у декого психіка самостійно може опрацювати травматичний досвід за певних сприятливих обставин [7].

Отримані дані, щодо коморбідних станів можуть допомогти глибше зрозуміти та вивчити синдроми війни, що присутні в людей, які пережили травматичний досвід війни. Це дозволить підбирати ефективніші стратегії подолання цих синдромів війни, відповідно до яскравості вираження того чи іншого розладу, щоб мінімізувати розвиток цих станів у майбутньому та не допустити погіршення фізичного та психічного стану.

5. Особливості депресивних симптомів внаслідок воєнного конфлікту.

У моделі КПТ, депресивні стани є зосередженні на сприйнятті себе, інших та світу у більш негативному світлі, через спотворені когнітивні фільтри. Внаслідок селективного зосередження на негативних спогадах минулого та румінативного зациклення на них, існує велика ймовірність

того, що симптоми депресії візьмуть гору. Тоді з'являються проблеми на вирішення яких людина не має ресурсу, й це може призвести до повної втрати задоволеності від життя та втрати будь-якої надії, що може призвести до суїцидальних намірів.

Відповідно до формулювання, яке є основою для діагностики та дороговказом для психотерапевта й клієнта в КПТ, слід виділити основні модифікуючі фактори, які впливають на стратегії подолання психічних розладів, зокрема депресії:

Соціальні труднощі. Вимушене переміщення, пов'язане з війною, створює глибоке відчуття незахищеності та невпевненості щодо майбутнього, що супроводжується значними матеріальними та емоційними втратами, які є сильними стресорами. Порушення соціальної мережі підтримки, які спричиняють комплексну чутливість та вразливість. Відсутність сталого місця проживання, незнання мови, чужі традиції, породжують ізолюваність, відсутність з ким поговорити, самотнє життя [7]. Також, у одному із досліджень було зафіксовано, що ті, хто був розлучений або пережив смерть подружжя, були більш схильні до ризику всіх досліджуваних видів психічних розладів, зокрема депресії [13].

Відсутність задоволення базових потреб. Це може бути нестача їжі/води, відсутність житла/притулку. Наступним зі спостережень були зв'язок між досвідом міжособистісного насильства й психологічним дистресом; характерно, що в більшій мірі жінки зазнавали скривдження, не лише всередині сім'ї, а й від зовнішнього оточення [8]. Відсутність інфраструктури, невизначене майбутнє, занепокоєння щодо здатності піклуватися про своїх дітей і майбутнє своїх дітей, розсіяні сім'ї, відсутність контролю та втрата мотивації, насильницькі конфлікти та втрата зв'язків були факторами, які негативно впливали на психічне здоров'я [11]. У контексті Північної Уганди відсутність доступу до землі предків під час війни не давала людям брати участь у

сільськогосподарському виробництві, сприяючи дисфункціональній поведінці, такій як пияцтво, азартні ігри, участі в безладних стосунках, відповідно у поступовому розпаду культури предків [1].

Екстремальні події війни. Найпоширеніші серед них: неприродна смерть родичів/друга – 60,2% або вбивство – 49,0%, а також особисте уникнення смерті – 49,0%. Іншим, втім не менш складним, є досвід викрадення, який може різнитись відповідно до умов перебування в заручниках, однак досвід скривдження робить “тавро”, й [23] з точки зору психічного здоров'я, 23,2% колишніх викрадених виявили позитивний результат на посттравматичний стресовий розлад і 26,6% на депресію – майже вдвічі більше, ніж у загальній вибірці. Ризик ймовірного виникнення цих розладів був підвищений, якщо особи пережили два або більше викрадень[1].

3.2. Відмінності між статями

Сирійські жінки, зазначали, що досвід одруження та народження дитини в молодому віці, а також досвід фізичного насильства в родині були негативними модифікуючими факторами при депресії. Чоловіки, як правило, більше зосереджувалися на травмі, пов'язаній з війною та переслідуваннями [11].

Негативний вплив переміщення чи проживання на територіях, де тривають бойові дії мають негативний вплив на психологічний добробут. Із вище перелічених модифікуючих факторів розлука/втрата членів сім'ї є, мабуть, одним із суттєвих факторів, який гальмує процес подолання травматичного досвіду війни та загострює симптоми депресії. Відповідно такі люди є вразливою категорією, які потребують якісної професійної допомоги. Недоступність служб якісного психічного та медичного здоров'я, відсутність задоволення базових потреб та недовіра нового

оточення є факторами, над якими слід працювати й змінювати, адже вони можуть бути одними із ключових стратегій подолання депресивних станів.

3.3 Стратегії подолання депресивних станів

Умови війни та наслідки цих екстремальних подій є додатковим навантаженням на психосинтез індивіда та переживання депресії. Розуміння складності та тривалості травматичного досвіду, якого зазнала людина, зважання на цінності та культурний контекст, пріоритети й обставини індивіда, слід підбирати стратегії, які будуть більш ефективні та цілеспрямовані, у подоланні депресивних та коморбідних розладів внаслідок військових конфліктів.

Перше, на що слід звернути увагу та, що є ключовим у більшості досліджень – це сімейний фактор. Саме коло рідних людей було важливим у наданні неформальної емоційної підтримки при переживанні стресу, де кожен підтримує і у свою чергу підтримується іншим. У дослідженнях було виявлено, що підтримка опікунів і однолітків, спільне почуття цінностей та здатність знаходити сенс у стражданні сприяють стійкості, внаслідок страждань війни [1]. Один із дослідників виділив, що серед тривалих криз в умовах війни, сім'я вважалась єдиною стабільною інституцією для людей, яка надавала постійну підтримку, в соціальному й економічному контексті. Для осіб із низьким рівнем сімейної відповідальності, спостерігались більше вираження депресивних станів. Ці результати свідчать про те, що сімейна відповідальність, якщо вона є цінністю, є ключовим предиктором адаптивних переконань, які впливають на психологічний добробут [8].

Наступне, що слід виділити є задоволення базових потреб, таких як місце для проживання, харчування, безпека, доступність медичних послуг, відновлення матеріального благополуччя та економічних можливостей.

У одному із досліджень, наголошували на тому, що інтеграція в нове суспільство, працевлаштування, є важливою стратегією подолання психічних розладів, зокрема депресії. Учасники, які вказали на високий рівень поваги в суспільстві, повідомили про підвищення загального рівня задоволеності від життя та високий посттравматичний ріст. Це свідчить, що колективна стійкість впливає на індивідуальну стійкість, що пояснює, чому бути успішним членом громади позитивно впливає на психічне здоров'я [8].

Не менш важливою стратегією подолання депресивних станів були “духовні ефекти”. Це включало особисті молитовні чи медитативні практики, релігійність. Духовність була вагомим чинником психічної підтримки та стійкості [3]. Субшкала релігійності PRPC корелювала з низьким рівнем депресії та негативним сприйняттям реальності. Однак варто зазначити, що траєкторії задоволеності життям людей з високою вірою демонструють вищу задоволеність минулим і майбутнім життям і низьку задоволеність теперішнім життям. Деякі учасники досліджень підкреслили, що хоча вони можуть знайти розраду в молитві, однак Бог не вирішить їхні проблеми. Це відповідає наголосу на індивідуальній відповідальності та самовизначенні [11].

Дані з низки досліджень вказують на динамічний взаємозв'язок між надією, залученням до стратегій подолання та емоційним благополуччям. У одному із досліджень було зазначено, що зростання чи згасання надії залежало від новин про бюрократичні процеси подання заяв про надання притулку та новин про події війни, які уможлилювали повернення на батьківщину [11]. З цього можна виділити феномен “спонтанного зцілення”, коли учасники одного з досліджень повернулися до села предків і відновили зв'язок зі своїми родичами, у багатьох із них настало зменшення синдромів війни [1].

Жінки використовували когнітивну реструктуризацію, щоб збільшити надію під час перебування в таборах. Надія на них самих означала надію і на їхніх дітей. Це також було частиною їхніх когнітивних стратегій подолання, порівнюючи ситуацію в їхній рідній країні з поточною ситуацією в країні вимушеного переміщення. Соціальна підтримка серед жінок нагадувала емоційну підтримку, що включає значущу взаємодію одна з одною [14].

Важливим феноменом серед жінок-біженок було відчуття “ефекту зцілення” з часом. Дослідження показує, що ті, хто довше проживав у таборах поселення, були краще пристосовані до життя та демонстрували менше симптомів розладу психічного здоров'я. Причиною цього було особисте відчуття згуртованості (ОВЗ) із соціумом в якому жили. Крім того, результати також вказують, що ОВЗ і відчуття злагодженості спільноти (ВЗС) відіграють важливу роль у подоланні тривоги, депресії та соматизації, а також опосередковують вплив кількості часу, проведеного в таборі біженців, і суб'єктивного рівня небезпеки. З цього можна зробити висновок, що дуже важливо є посилити ОВЗ і ВЗС серед жінок-біженок, щоб дати їм змогу краще адаптуватися та долати труднощі. Також важливим є, щоб жінки були інтегровані в суспільні процеси, щоб вони відчували контроль над своїм життям і зміцнювали почуття керованості та зрозумілості. Один із способів отримати контроль і посилити відчуття керованості може бути створення та виконання рутини в повсякденному житті, адже це дасть відчуття впливу на своє життя, відповідно відчуття значущості, що є важливим аспектом ОВЗ, а це в свою чергу, принесе користь їх психічному здоров'ю [14]. Чоловіки більше, ніж жінки, зосереджувалися на індивідуальних стратегіях самопомоги та активних стратегіях подолання, таких як фізичні вправи, заняття спортом, зміна темпу та оновлення життя відповідно до обставин, одруження [7]. Подібним чином деякі жінки вважали, що слід брати активну участь у

процесі зміни свого життя, а також продовжувати жити далі, забувши минуле та намагатись думати позитивно; використовувати соціум, як джерело підтримки; можливість проявляти та ділитись своїми думками та почуттями; присутність того, про кого можна піклуватися [7].

Щодо професійної допомоги, дослідження показують, що жінки були більше схильні працювати із професійним психологом, тоді як лише молоде покоління чоловіків було готове працювати з психологом, на відміну від старшого покоління чоловіків, яке ставилось до цього скептично й воліли краще поспілкуватись із товаришем. Розлука з членами сім'ї є одним із факторів, який може збільшити ймовірність звернення за професійною допомогою [7]. Стигматизація, традиційні вірування та нормалізація повсякденного стресу були факторами, які заважали людям отримати доступ до ресурсів (приділяти собі час, відвідати послуги спеціалістів з психічного здоров'я).

В клінічних контекстах терапії слід приділяти особливу увагу на погляди пацієнта й щоб вони не суперечили поглядам клініциста, це дозволить розробити інтервенції та ефективну взаємодію альянсу в покращенні психічного здоров'я [7]. Наративна експозиційна терапія, когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на травму, психоедукації та групова терапія показала свою ефективність у пом'якшенні симптомів психічної травми, зокрема сексуального насильства, пов'язаного з війною.

Отож, відповідно досліджень можна виявити основні стратегії подолання депресивних станів внаслідок військових конфліктів, пов'язані з приватною сферою, зокрема особистісним зростом, духовністю та самозарадністю, соціальній підтримці, а саме стосунки з родиною та громадою, які мають вплив на майбутнє. Якісний тематичний аналіз якісних даних вказав на п'ять окремих кластерів: правильне мислення, сімейні обов'язки, духовність та досягнення пов'язані зі професійною діяльністю. Водночас слід подбати про основу будь-якої програми

втручання – задоволення матеріальних потреб, адже це найсильніший предиктор благополуччя. Важливо, що втручання, яке має включати матеріальну допомогу, не має передбачати пасивного надання ресурсів. Навпаки, слід зосереджуватися на допомозі окремим особам отримати навички, необхідні для того, щоб мати свободу волі в забезпеченні себе та своїх близьких.

3.4. Перспектива дослідження

Проаналізувавши дані дослідження, було спостережено, що лише 2 дослідження стосувалось вибірки, яка живе в умовах військових конфліктів, інших 6 досліджень стосувалось вибірки, яка була вимушено переселена із країни, де відбувались військові конфлікти. Вважаю, щоб досягти ефективного психотерапевтичного ефекту психічних розладів, депресії зокрема, внаслідок військових конфліктів, слід розробити відповідні протоколи терапії, де врахувати неврологічні та інші соматичні порушення, які спричиняють страждання. Особливість військового конфлікту в Україні полягає в його тривалості, інтенсивності та безпрецедентності. Безумовно для подолання синдромів війни, має бути мультидисциплінарна команда, де буде відведена роль для кожного спеціаліста, зокрема клінічного психолога, психотерапевта та психіатра.

Внаслідок аналізу досліджень було виокремлено гіпотезу для нового емпіричного дослідження, а саме прояви депресивних станів серед цивільного населення України, яке постраждало внаслідок військового конфлікту, що також є актуальним та в майбутньому може розширити теоретичну модель, яка була запропонована у цьому дослідженні.

Доцільним в майбутньому є проведення емпіричного дослідження, метою якого було б дослідити цивільне населення України, яке постраждало внаслідок військового конфлікту та прояви депресивних

станів. Додатково можна буде розділити учасників на групи: ті, які залишились в межах України (жили у зоні гострих бойових дій, жили на території наближеній до зони бойових дій, жили у віддалених областях від зони бойових дій, були вимушено переміщеними особами та ін) та ті, які виїхали за межі країни. Рівень депресії в учасників можна буде оцінити за допомогою опитувальника PHQ-9, для більш комплексної оцінки: Beck's Depression Inventory, Harvard Trauma Questionnaire, Hopkins Symptom Checklist-25. Для порівняння груп одночасно, щоб визначити, чи існує між ними зв'язок можна використати багатofакторний дисперсійний аналіз.

Проведення даного дослідження ще не є повністю сформоване, однак, через вище проаналізовані дослідження, з'являється мотивація завершити всі кроки та розпочати збір даних, які згодом можна буде проаналізувати та дослідити зв'язок, який зможе ефективніше допомогти клінічним психологам та спеціалістам зі сфери психічного здоров'я у роботі з пацієнтами, які постраждали внаслідок військових конфліктів та мають депресивні стани.

Варто зазначити й обмеження цього дослідження, адже серед досліджень, оцінка поширеності психічних розладів, ймовірно, є упередженою у бік зниження, оскільки психічні розлади частіше зустрічаються серед тих, хто не відповів, або не взяв участі у дослідженні. У низки вибірки спостерігався скептицизм, щодо спеціалістів психічного здоров'я. Також для деяких учасників досліджень, служби психічної допомоги, сприймалися як джерело психологічного стресу. Можна припустити що таке упереджене ставлення є внаслідок культурного та особистісного фактору, над покращенням якого, учасникам сфери охорони психічного здоров'я можна працювати.

Висновки до розділу III

У даному розділі було проаналізовано 8 досліджень. У кожному дослідженні увага була приділена вибірці учасників, інструментам оцінювання, також виділено результати досліджень.

Згідно теоретичної моделі дослідження, модифікуючими факторами проблем, пов'язаних із депресивними станами були: жіноча стать, де в даному розділі аналізом досліджень було підтверджено, що люди цієї статі, піддаються більшим ризикам скривдження, і внаслідок цього збільшується ризик виникнення того чи іншого психічного розладу, депресії зокрема. Також, було виявлено аспект, який не входив до теоретичної моделі, рівень освіченості, який не впливав на прояви та перебіг депресивних станів, внаслідок травматичних подій війни. Також можна побачити, що частина учасників з вибірки вказували на найпоширеніші тригери: травматичні події війни, такі як обстріли, різного роду насилля, що могло включати згвалтування, катування, напади, викрадення, вбивства, засвідчення вбивства, втрата чи розлука із близькими, домом, здоров'я.

Аналіз досліджень вказав на те, що пригнічений настрій, зменшення задоволення від життя, зниження когнітивних функцій, відчуття млявості, труднощі зі сном, втрата енергії, суїцидальні наміри є симптомами депресії у людей, які постраждали від військових конфліктів. Ці дані підштовхують до модифікації теоретичної моделі, де дані аспекти є розділені на дві групи: симптоми та наслідки.

Духовність, яка включала особисті та спільнотні практики; можливість працювати та забезпечувати власні матеріальні запити та запити сім'ї; навчання, яке б уможливило розвиток соціальної мережі, підтримки та переключило фокус уваги на теперішнє й майбутнє.

Якісний аналіз досліджень, підтвердив підтримуючий цикл у теоретичній моделі, де внаслідок депресивних думок про минуле виникає

пригнічений настрій, далі ослаблення в тілі чи млявість, а відтак ізольованість від близьких та соціуму.

Отже, у даному розділі було проведено аналіз досліджень, які доповнили теоретичну модель дослідження модифікуючими факторами, збільшили обсяг депресивних станів, однак, доповнили наслідки депресивних станів, а саме тим, що збільшується ризик розвитку когнітивних порушень, різноманітні коморбідності, які погіршують загальну якість життя. Деякі категорії аналізу, залишили відкриті питання, які варто дослідити в майбутніх дослідженнях.

Висновки

Завдяки цьому дослідженню вдалось зрозуміти, що травматичні події військових конфліктів в тій чи іншій мірі впливають на весь організм людини, а саме психічне і фізичне здоров'я. Депресивні стани, значною мірою впливають на життя індивіда, впливаючи на задоволеність життям, соціальне життя та функціональну ефективність.

Відповідно до завдань, даного системного огляду, слід зазначити, що дослідження, які були проведені на світових теренах, зокрема в Україні, щодо психічного здоров'я в наслідок військових конфліктів, вказують, що найбільш поширеними проявами депресії були: втрата задоволення від життя, відчуття порожнечі, млявість, труднощі із прийомами їжі та сном, безнадія. Як наслідок: проблеми із самооцінкою, зменшення активностей, зниження когнітивних функцій та ризик розвитку когнітивних порушень, труднощі у регуляції емоцій, соматичні труднощі, сімейні, економічні, соціальні проблеми, суїцидальні наміри та спроби. Також крім депресивних станів можуть бути коморбідні: ПТСР, тривожні розлади, неврологічні труднощі, розлади пов'язані із вживанням ПАР, соматизація, компульсивне переїдання.

Водночас слід зазначити, що певна симптоматика не обов'язково може вказувати на психічні розлади й у багатьох людей, хто зазнав досвіду війни, не розвивається психопатологія. З цього випливає, що певні труднощі з психічним здоров'ям є нормальною реакцією організму на екстремальний досвід війни і завдяки соціальній та емоційній підтримці можливо відновити стан психічного благополуччя.

Згідно поставленого завдання, було сформовано теоретичну модель, яка розкриває особливості депресивних станів. Цікавим є факт, який не внесений у теоретичну модель, що рівень освіченості не впливає на перебіг чи подолання депресії, внаслідок критичної, а навпаки може впливати на

погіршення симптомів через втрату статусу чи приділених навчанню років. Однак, завдяки теоретичній моделі дослідження та результатам аналізу, можна підтвердити, що депресивні стани у осіб, які постраждали внаслідок військових конфліктів підтримувались циклами, які призводили до негативних наслідків.

Важливо підкреслити значимість тригерів та модифікуючих факторів таких як: втрата близьких, дому, здоров'я, досвід травматичні події війни, такий як різного роду насилля, напади, викрадення чи інше; ускладнене горювання, незахищеність, негативні новини війни із батьківщини, соціальна ізоляція, акультурація, незнання мови нової країни, суворі політика щодо ВПО/біженців, відсутність задоволення базових потреб. Все це і чимало іншого впливає на перебіг та подолання депресії.

Одними із найважливіших стратегій подолання депресії були соціальна підтримка, можливість працювати, навчатись, волонтерити чи іншої соціальної активності. Фізичні навантаження, особиста творчість, турбота про себе/близьких та інші активності, допомагали справлятися із депресивними проявами та переключатись. Окрім цього важливим психологічним фактором були відчуття внутрішньої та зовнішньої безпеки, володіння правдивою інформацією та духовність. Вшанування пам'яті загиблих і компенсація завданих збитків постраждалим, припинення збройної агресії з боку ворога та загалом військових дій, також сприятиме подоланню депресії та синдромів війни. Слід зазначити, що для важкого перебігу депресивних станів чи коморбідних розладів, рекомендовано звернутись до фахових спеціалістів з психічного здоров'я для проведення індивідуальної, групової, медикаментозної чи іншої терапії.

Важливим спостереженням було те, що як правило, люди недостатньо використовують послуги з охорони психічного здоров'я, з різних причин. Найбільш це було пов'язано зі структурними та культурними бар'єрами, стигмою, матеріальним становищем. Саме тому є

місце для трансформації та переосмислення питання популяризації та освіти щодо психічного здоров'я населення, починаючи від державної політики до суспільних секторів.

Завдяки даному системному огляду, можна поставити кілька відкритих запитань для майбутніх досліджень, щодо розроблення специфічних стратегій подолання депресивних станів для цивільного населення, окрема увага може бути й стратегії подолання синдромів війни для батьків та дітей. Також було описано клінічну користь даного аналізу, яка полягає, по-перше, важливо звертати увагу на лише на прояви депресії, а й на інші психічні стани, які можуть бути, як коморбідностями, так і замаскованими соматичними проявами травматичного досвіду війни, що потребує мультидисциплінарної команди, задля досягнення високого ефекту терапії; по-друге, важливою є первинна ланка до якої звертається особа, яка зазнала травматичного досвіду війни, а саме її компетентність в базовому розумінні психопатології та перескеруванні до спеціалістів з психічного здоров'я; по-третє важливим є створення альянсу між пацієнтом, терапевтом та клінічним психологом, психіатром задля ефективної консультативної чи терапевтичної практики.

Отже, можна зробити висновок, що існує певна поширеність депресивних станів, які виникають внаслідок військових конфліктів. Однак слід зазначити, що не у всіх випадках виникають психічні розлади, у деякого взагалі не розвивається психопатологія. Тому, внаслідок аналізу даних досліджень, впливає, що гіпотеза про те, що існують різні стратегії подолання депресивних станів, які можуть суттєво покращити психічний стан цивільного населення в умовах воєнних конфліктів – підтверджується. Інша гіпотеза, що не існує специфічних стратегій роботи з депресивними станами в умовах воєнних дій, також підтверджується, принаймні це впливає із цього переліку досліджень, які були опрацьовані за останні 7 років.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Cango Lyec (Healing the Elephant): Probable post-traumatic stress disorder (PTSD) and depression in Northern Uganda five years after a violent conflict. *ScienceDirect*.

URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666623522000484>.

2. Cognitive Theories of Major Depression – Aaron Beck. *MentalHelp*.

URL: <https://www.mentalhelp.net/depression/cognitive-theories/>.

3. Depression, Resilience and Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Asylum-seeker War Refugees. *PubMed Central*.

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8116095/>.

4. Depressive disorder. *WHO | World Health Organization*.

URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

5. Devoe D. Viktor Frankl's Logotherapy: The Search For Purpose and Meaning.

URL:

<http://www.inquiriesjournal.com/articles/660/viktor-frankls-logotherapy-the-search-for-purpose-and-meaning>.

6. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR), American Psychiatric Association, 2022, Washington, 178, 179.

7. Explanatory models and help-seeking for symptoms of PTSD and depression among Syrian refugees. *ScienceDirect*.

URL:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953621002215?via%3DiHub#bbib37>.

8. Knowing when someone is resilient: Development and validation

of a measure of adaptive functioning among war-affected Sri Lankan Tamils. *ScienceDirect*.

URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666560321000268>.

9. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *PubMed Central*.

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1472271/>.

10. Fischer G., Riedesser P., Lehrbuch der Psychotraumatologie, Reinhardt Verlag, München, 2020, 21.

11. “Of course, you get depression in this situation”: Explanatory Models (EMs) among Afghan refugees in camps in Northern Greece. *BMC Psychiatry*.

URL:

<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-023-04613-2>.

12. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *PubMed*.

URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9585714/#affiliation-1>.

13. Relationships between binge eating disorder, anxiety and depression in medical students during military conflict. *Psychosomatic Medicine and General Practice*.

URL: <https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/355>.

14. Women in Refugee Camps: Which Coping Resources Help Them to Adapt?. *PubMed Central*.

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6843964/>.

15. Генератори, ліки, вакцина від COVID та тренінги для медиків: Як ВООЗ допомагає Україні під час війни. Суспільне медіа.

URL:

<https://suspilne.media/294810-generatori-likiv-vakcyna-vid-covid-ta-trenynghy-dla-medikov-ak-vooz-dopomagaie-ukrainy-pid-cas-vijny>.

16. Корб А., У пастці депресії, 2022, Наш формат, Київ, С. 133.

17. Мюллер М, Якщо ви пережили психотравмуючу подію, Львів, Свічадо, 2017, С. 18.
18. Радченко О. М, Теорія стресу та філософські погляди Ганса Сельє: значення для сучасної медицини. URL: <https://health-ua.com/article/71356-teorya-stresu-taflosofsk-poglyadigansasel-znachennya-dlya-suchasno-medycyn>.
19. Рем Л., Депресія, Галицька видавничка спілка, Львів, 2019, С. 6, 22, 24-26, 28-29, 30-42, 61, 67.
20. Сабо Ш., К.Сабо, Заячківська О., Стрес: від Ганса Сельє до сьогодні, ЛНУДГ Наукове товариство ім. Шевченка, Львів, 2019, С. 79, 80, 100-102.
21. Станчишин В., Емоційні гойдалки війни, Віхола, Київ, 2022, С. 122 - 124, 124-128, 133-135, 138-139.
22. Наконечна О., презентація EMDR Україна, “Стрес. Психологічна травма. Методи саморегуляції.”, Львів, 2022.
23. Як пережити викрадення і полон, URL: <https://dovidka.info/>.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А. Аналіз досліджень для системного огляду літератури

№	Назва статті	Автор и	Країна/рік	Учасники/вік	Мета дослідження	Методи	Характеристика депресії	Коморбідності	Результати
1	Depression, Resilience and Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Asylum-seeker War Refugees	Malliarou Maria, Tsapakidi Dimitra and Pavlos Sarafis	Greece 2021	67, middle age 37.5	Оцінити ступінь депресії, стійкості та ПТСР серед біженців в війни	Структурована анкета. Опитувальники: PHQ-9, CD-RISC. Субшкали на основі Дімітріаду та Сталіки. SPSS V23 та Excel 2016.	Відповідно до критеріїв ВДР DSM - IV	ПТСР	Більшість вибірки було віднесено до категорії тих, хто має низький рівень депресії – 32,80%. Категорії помірної та важкої депресії мали однакові показники захворюваності 28,10%, тоді як категорія патологічної депресії включала лише – 10,90% вибірки.
2	Explanatory models and help-seeking for symptoms of PTSD and depression among Syrian refugees	V. Aarethun, G.M. Sandal, E. Guribye, V. Markova, H.H. Bye	Norway, 2021	13, middle age 47	Дослідити розуміння симптомів депресії і ПТСР серед біженців та частоту звернення по професійну допомогу.	Напівструктуровані фокус-групові інтерв'ю, використавши техніку віньєтування.	Труднощі із зовнішніми ситуаціями та стресовими факторами, самотність.	ПТСР	Симптоми депресії були не так пов'язаними з факторами, як війна чи втеча, а були зосереджені на досвіді приїзду в нову країну, проживанням та постміграційними стресорами, які могли переростати у психічні діагнози. Учасники знали про доступні медичні

									<p>послуги, однак навігація в системі охорони здоров'я сприймалася як складна і стресова. Серед сирийців страждання розуміються, як нормальна частина життя, яка не потребує медичного чи психіатричного втручання, за винятком важких форм. Розлука з членами сім'ї є одним із факторів, який збільшував ймовірність звернення за професійною допомогою.</p>
3	Cango Lyec (Healing the Elephant): Probable post-traumatic stress disorder (PTSD) and depression in Northern Uganda five years after a violent conflict	Jue Luo, David S. Zamar, Martin D. Ogwan g, Herbert Muyinda, Samuel S. Malam baf, Achilles Katamba, Kate Jongbloed, Martin T. Schechter, Nelson K. Sewan	Northern Uganda, 2022	2458, middle age 25	Дослідити взаємозв'язки між травматичним досвідом, пов'язаним із війною та психічним здоров'ям й стійкістю в контексті постконфліктного переходу.	Опитувальники: Harvard Trauma Questionnaire і Hopkins Symptom Checklist -25 та анкети розроблені та схвалені консультативною радою громади Cango Lyec.	Відповідно до критеріїв ВДР DSM - IV	ПТСР	Загальна поширеність ймовірної депресії становить – 15,2% вибірки. Жінки значно частіше ніж чоловіки, відчували травматичні наслідки війни (ймовірна депресія: 20,0% проти 8,5%, $p < 0,001$). Серед жінок, ті, хто зовсім не почувався в безпеці у своєму суспільстві, мали в 3,79 рази більші шанси на ймовірну

		<p>kambo, Patricia M. Spittal</p>			<p>Оцінит и пошире ність ймовір ного ПТСР і депресі ї, вивчит и соціаль но-стру ктурні, пов'яза ні з війною та сексуал ьні фактор и вразлив ості, пов'яза ні з психічн им здоров' ям.</p>			<p>депресію (AOR=3,79; 95% ДІ: 1,88–7,63). Ті, хто зазнали ≥ 10 травматичних подій, пов'язаних із війною, мали в 2,80 рази більші шанси на ймовірну депресію (AOR=2,80; 95% ДІ: 1.87–4.18). Жінки, які зазнали поганого здоров'я без медичної допомоги, мали на 92% більші шанси на ймовірну депресію (AOR=1,92; 95% СІ: 1,40–2,64) . Щодо чоловіків, які зазнали ≥ 10 травматичних подій, пов'язаних із війною, мали в 5,54 рази більші шанси на ймовірну депресію (AOR=5,54). Чоловіки, які зазнали поганого здоров'я без медичної допомоги, мали в 2,27 рази вищі шанси ймовірної депресії (AOR=2,27;</p>
--	--	---	--	--	---	--	--	--

									95% ДІ: 1,33–3,87). Нарешті, чоловіки, які проживали в тимчасовому таборі, мали на 95% більше шансів на ймовірну депресію (AOR=1,95; 95% ДІ: 1,07–3,55).
4	Knowing when someone is resilient: Development and validation of a measure of adaptive functioning among war-affected Sri Lankan Tamils	Alexandra O'Neill, Nuwan Jayawickreme, Laura E.R. Blackie, A. Demaske, Michelle A. Goonasekera, Eranda Jayawickreme	Sri Lanka, 2021	622, middle age 42.83	Розробити та підтвердити культурно-залежний і контекстний показник адаптивного функціонування та цінити взаємозв'язок між шкалою PRPC та мірою депресії та тривоги для осіб, які пережили громадянську війну.	Метод Монте-Карло ланцюга Маркова. SAS v9.1. Шкала PRPC.	Сімейні, економічні, соціальні, фізичні проблеми.	ПТСР, тривога.	Встановлено основні 3 сфери, які впливають на загальну задоволеність життям та адаптивні показники психічного здоров'я: духовність, повага громади та сімейна відповідальність та додаткові, такі як правильне мислення, сімейні обов'язки, релігія, задоволення сімейних потреб і досягнення/освіта. Ці сфери виявилися найсильнішим предиктором до результатів психічного здоров'я та корелювали в тій чи іншій мірі з низьким рівнем тривоги, депресії, негативного сприйняття та інвалідності. Також

									важливим є те, що в основу будь-якої програми втручання слід включати задоволення матеріальних потреб.
5	Relationships between binge eating disorder, anxiety and depression in medical students during military conflict	Lyudmyla Yuryeva, Viktoria Ogorenko, Andrii Shornikov, Victor Kokashynskyi	Ukraine, 2022	62, middle age 21.6	Дослідження показників компульсивного переїдання (КП), тривоги та депресії під час військового конфлікту у студентів медичного закладу вищої освіти.	Шкала: Binge Eating Scale (BES). Опитувальники: PHQ-9, GAD-7. STATISTICA 6.1	Відповідно до критеріїв ВДР DSM - V	КП, тривога	Поширеність депресії виміряна за шкалою PHQ-9 склала 66,1% при точці відсічі 5 балів, та 30,7% – при точці відсічі 10.4. Показники КП за шкалою BES не мають достовірних кореляцій з показниками тривоги та депресії. Встановлено достовірний зв'язок середньої сили ($\phi=0,315596$) між вираженою депресією (PHQ-9 \geq 10) та наявністю КП. Рівень депресії вищий за 10 балів збільшує шанси компульсивного переїдання в 7,3214 рази (95% ДІ 1,2742–42,0683).
6	Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden	Petter Tinghög, Andreas Malm, Charlotta Arwidson, Erika	Sweden, 2017	1215, middle age 41	Оцінити поширеність та зв'язок між тривогою, депресією, ПТСР,	Контрольний список симптомів в Гопкінса (HSCL-25), Гарвардський опитувал	Відповідно до критеріїв ВДР DSM - V	Тривога, ПТСР, НПСБ	Було підраховано, що 55,0% респондентів (95% ДІ 52,0% до 58,0%) нещодавно переселених біженців із Сирії мають принаймні

	after 2011: a population-based survey	Sigvardsson, Andreas Lundin, Fredrik Saboonchi			низьким суб'єктивним благополуччям (НСБ), потенційними травмами та постміграційним стресом серед біженців із Сирії, переселених у Швецію.	Індекс травм (HTQ) та індекс благополуччя BOO3-5 (BOO3-5). SPSS V.24.0, Mplus V.8.			один із досліджуваних типів психічних розладів. Депресія була найпоширенішим типом 40,2% (95% ДІ від 36,9% до 43,3%), за нею йшли низький рівень суб'єктивного благополуччя 37,7% (95% ДІ від 34,8% до 40,1%), тривога 31,8% (95% ДІ від 29,2% до 34,7%) і ПТСР 29,9% (95% ДІ від 27,2% до 32,6%). Соціально-демографічний стратифікований аналіз показав, що психічні розлади загалом більш поширені серед жінок, за винятком, можливо, ПТСР. Показники поширеності тривоги, депресії та посттравматичних стресових розладів були подібними на трьох рівнях освіти (0-9 років, більше 9 років без вищої освіти, більше 12 років з ВО). Було показано, що ті, хто був розлучений або пережив смерть подружжя, були більш схильні до ризику всіх досліджуваних
--	---------------------------------------	--	--	--	---	--	--	--	---

									типів психічних розладів.
7	“Of course, you get depression in this situation”: Explanatory Models (EMs) among Afghan refugees in camps in Northern Greece	Michalis Lavdas, Eugene Guribye, Gro Mjeldheim Sandal	Northern Greece, 2023	19, middle age 35	Зрозуміти пояснювальні моделі (ПМ) серед афганських біженців у грецьких таборах. Надати практичні знання для медичних працівників, неурядових організацій і політиків у наданні цільових послуг для цієї групи.	Шість напівструктурованих фокус-групових інтерв'ю. Вільне відповідно до симптомів депресії DSM-5 і ICD-10.	Агресивність, пасивність, сум, ізольованість, відчуження, безнадія, порожнеча, втрата мотивації.	Неврологічні проблеми, зловживання ПАР.	Результати визначили – 56% тривоги, 53% депресії та 58% соматизації серед вибірки. Вік був значущим предиктором соматизації. Невпевненість у майбутньому було головним джерелом страждань. Бездіяльність сприяла погіршенню настрою, що, у свою чергу, впливало на досвід виховання та погіршення психологічного стресу. Доміграційний травматичний досвід часто взаємодіє з постміграційними життєвими труднощами, нестабільна ситуація життя в таборі, значною мірою пояснюють психологічний стрес. У традиційних афганських громадах сім'я та друзі, а також цілителі та релігійні лідери, відіграють важливу роль у діагностиці та прийнятті рішень щодо бажаних

									варіантів лікування.
8	Women in Refugee Camps: Which Coping Resources Help Them to Adapt?	Orna Braun-Lewensohn, Sarah Abu-Kaf, Khaled Al-Said	Greece, 2019	111, middle age 44.5	Вивчити ресурси для подолання та поширення проблеми психічного здоров'я. Вивчити роль рівня освіти та часу, проведеного в таборі для біженців, у адаптації.	Sobel test, BSI-18. SPSS Version 25.	Відповідно до критеріїв ВДР DSM - V	Три вога, соматизація	Жінки-біженки в грецьких таборах часто відчували «ефект зцілення» з часом. Дослідження показує, що ті, хто проживав у таборах протягом тривалого періоду часу, були краще пристосовані та демонстрували менше негативних симптомів психічного здоров'я та сильніше особисте відчуття згуртованості (ОВЗ). Крім того, результати показують, що ОВЗ і відчуття злагодженості спільноти (ВЗС) відіграють найважливішу роль у подоланні тривоги, депресії та соматизації. Також важливим є те, щоб жінки були інтегровані в суспільні процеси, щоб вони відчували контроль над своїм життям і зміцнювали почуття керуваності та зрозумілості, що сприятиме покращенню

										психічного здоров'я і благополуччя.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

Нотатки. Абревіатури: ПТСР – Посттравматичний стресовий розлад, КП – компульсивне переїдання, зловживання ПАР – зловживання психоактивними речовинами, НСБ – низьке суб'єктивне благополуччя.

ДОДАТОК В. Діагностичний інструментарій досліджень

Оцінка депресії/ депресивних станів	The Patient Health Questionnaire-9 (N=2) Harvard Trauma Questionnaire (N=2) Hopkins Symptom Checklist-25 (N=2) Шкала депресії Бека (N=1) WHO-5 Well-being Index (N=1)
Оцінка тривоги/ тривожних станів	General Anxiety Disorder-7 (N=2) Hopkins Symptom Checklist-25 (N=2)
Оцінка посттравматичного стресового розладу (ПТСР)	Harvard Trauma Questionnaire (N=2)
Оцінка стійкості/резильєнтності	Connor-Davidson resilience scale (N=1)
Комплексна оцінка функціонування	Penn/RESIST/Peradeniya (PRPC) (N=1) WHODAS-II (N=1)
Шкала задоволеності життям	Satisfaction with Life Scale (N=1)