МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА

Факультет психології, соціальної роботи та спеціальної освіти

Кафедра практичної психології

ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ І ЦИВІЛЬНИХ ГРОМАДЯН В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Бакалаврська робота

Студентка групи: ППб-1-22-4.0д

Дворська Вікторія Сергіївна

Науковий керівник: викладач

кафедри практичної психології

Слонченко Євгенія Ігорівна

Київ-2026

АНОТАЦІЯ

Дворська В. С. Особливості тривожно-депресивних проявів у військовослужбовців і цивільних громадян в умовах воєнного стану. Бакалаврська робота за спеціальністю 053 «Психологія», освітньо-професійна програма «Практична психологія». Київський столичний університет імені Бориса Грінченка, кафедра практичної психології. Київ.

Актуальність теми. Проблема тривожно-депресивних проявів набула особливої актуальності у зв'язку зі зростанням психоемоційного виснаження українців на тлі повномасштабної війни. Військовослужбовці стикаються з постійною небезпекою, втратами побратимів та перевантаженням нервово-психічної системи. Водночас цивільне населення переживає хронічний стрес, втрату почуття безпеки та фонову тривогу через повне руйнування звичного життя. Незважаючи на велику кількість сучасних досліджень, питання різниці цих проявів у цивільної громади та військовослужбовців залишається недосконально вивченим, що зумовлює необхідність порівняльного аналізу.

Мета дослідження: теоретично дослідити тривожно-депресивні прояви у мирних громадян та військовослужбовців та емпірично обґрунтувати їхні відмінності в умовах воєнного стану.

Методи дослідження: у роботі використано теоретичний аналіз наукової літератури та психодіагностичні методики: Шкалу реактивної і особистісної тривоги Спілбергера (STAI) та Шкалу депресії А. Бека. Для обробки результатів застосовано методи математичної статистики (критерій Шапіро-Уілка, непараметричний U-критерій Манна-Уітні). Вибірку склали 90 осіб (45 військовослужбовців та 45 цивільних громадян) віком від 20 до 50 років.

Результати дослідження: встановлено наявність статистично значущих відмінностей у специфіці перебігу тривожних та депресивних станів між двома групами. Виявлено парадоксальну тенденцію: за медіаною загальний рівень реактивної та особистісної тривожності, а також ступінь депресивності є достовірно вищими саме у групі цивільних громадян порівняно з військовослужбовцями. Військові в умовах екстремального стресу здійснюють потужну мобілізацію

психологічних ресурсів, спираючись на структуру та бойове братерство, що стримує розвиток клінічних станів. Натомість стан цивільних обтяжується тотальною невизначеністю, неможливістю контролювати ситуацію, синдромом провини вцілілого та інформаційним перенавантаженням. Також доведено, що жіноча стать є самостійним предиктором підвищеної вразливості до розвитку тривожно-депресивних станів.

Висновки: спростовано гіпотезу про те, що цивільні громадяни мають однаковий рівень психоемоційного дистресу порівняно з військовими; їхні показники виявилися гіршими. Доведено, що цивільний статус та жіноча стать виступають більш потужними факторами ризику психологічної нестабільності. На основі отриманих даних розроблено диференційовані практичні рекомендації: для цивільних акцент зроблено на відновленні контролю, плануванні рутини та жорсткій інформаційній гігієні , а для військових - на техніках психологічної декомпресії, тактичному диханні, сенсорному заземленні та взаємопідтримці за принципом «рівний-рівному».

Ключові слова: тривожність, депресивність, війна, воєнний стан, військовослужбовці, цивільні громадяни, реактивна тривожність, особистісна тривожність, стрес, психологічне здоров’я, психологічні рекомендації.

ABSTRACT

Dvorska V. S. Peculiarities of anxiety-depressive manifestations in military personnel and civilians under martial law. Bachelor’s thesis in specialty 053 «Psychology», educational and professional program Practical Psychology. Borys Grinchenko Kyiv Metropolitan University, Department of Practical Psychology. Kyiv.

Relevance of the topic. The problem of anxiety-depressive manifestations has gained particular importance due to the growing psycho-emotional exhaustion of Ukrainians against the backdrop of full-scale war. Military personnel face constant danger, the loss of comrades, and the overloading of the neuro-psychological system. At the same time, the civilian population experiences chronic stress, loss of a sense of security, and

background anxiety due to the complete destruction of their usual way of life. Despite a significant number of modern studies, the question of the difference in these manifestations between the civilian community and military personnel remains insufficiently studied, which necessitates a comparative analysis.

Purpose of the research: to theoretically investigate anxiety-depressive manifestations in civilians and military personnel and to empirically substantiate their differences under martial law.

Research methods: the study utilized a theoretical analysis of scientific literature and psychodiagnostic tools: the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) by C. Spielberger and the Beck Depression Inventory (BDI) . For results processing, methods of mathematical statistics were applied (Shapiro-Wilk test, non-parametric Mann-Whitney U-test). The sample consisted of 90 individuals (45 military personnel and 45 civilians) aged 20 to 50 .

Research results: the existence of statistically significant differences in the specifics of the course of anxiety and depressive states between the two groups was established. A paradoxical trend was revealed: according to the median, the overall level of reactive and trait anxiety, as well as the degree of depressiveness, are significantly higher in the group of civilians compared to military personnel. Military personnel under extreme stress perform a powerful mobilization of psychological resources, relying on structure and combat brotherhood, which restrains the development of clinical states. In contrast, the state of civilians is burdened by total uncertainty, the inability to control the situation, survivor’s guilt, and information overload. It was also proven that the female gender is an independent predictor of increased vulnerability to the development of anxiety-depressive states.

Conclusions: the hypothesis that civilians have the same level of psycho-emotional distress as military personnel was refuted; their indicators turned out to be worse. It was proven that civilian status and female gender act as the most powerful risk factors for psychological instability. Based on the data obtained, differentiated practical recommendations were developed: for civilians, the emphasis is placed on restoring control, routine planning, and strict information hygiene; for military personnel - on

psychological decompression techniques, tactical breathing, sensory grounding, and mutual support based on the "peer-to-peer" principle .

Keywords: anxiety, depressiveness, martial law, war, military personnel, civilians, reactive anxiety, trait anxiety, stress, mental health, psychological recommendations.

ЗМІСТ

ВСТУП **7**

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ТРИВОЖНОСТІ ТА ДЕПРЕСИВНОСТІ У ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ **10**

1.1. Психологічна характеристика тривожності та депресії: поняття, сутність, прояви 10

1.2. Психологічна характеристика депресії та депресивності: теорії, сутність, прояви 15

1.3. Соціальні й психологічні чинники виникнення тривожно-депресивних станів в умовах воєнних дій 22

1.4. Особливості психологічного стану цивільних громадян та військовослужбовців при впливі стресових факторів 27

Висновки до розділу 1 33

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРІВНЯННЯ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ У ЦИВІЛЬНИХ ГРОМАДЯН ТА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ **35**

2.1. Організація та методичний інструментарій емпіричного дослідження 35

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження 39

2.3. Практичні рекомендації щодо профілактики та подолання проявів тривожності та депресивності 48

Висновки до розділу 2 54

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ **57**

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ **60**

ДОДАТКИ **64**

ВСТУП

Сучасна Україна переживає один із найскладніших періодів у історії - повномасштабну війну, котра почалась 24 лютого 2022 року. Вона не лише оточує – повітряними тривогами, вибухами, військовими діями, а й поселяється всередині кожного у вигляді травматичного досвіду. У наш час та в нашій країні ця тема є найактуальнішою з усіх, особливо гостро вона проявляється серед військовослужбовців, які перебувають у безпосередній зоні бойових дій, стикаються з втратами побратимів, постійною небезпекою та перевантаженням нервово-психічної системи. Водночас цивільне населення, навіть перебуваючи у відносно безпечних регіонах, може переживати хронічний стрес, втрату почуття безпеки, тривогу за рідних і майбутнє країни. Проблема тривожно-депресивних проявів набула особливої актуальності у зв’язку зі зростанням психоемоційного виснаження. Глобальне опитування Інтернаціонального журналу соціальної психіатрії у березні 2022 року показало, що у 46,8%, тобто майже у половини дорослого населення України, виявлено симптоми депресивності (Xu, W., Pavlova, I., Chen, X., Petrytsa, P., Graf-Vlachy, L., Zhang, S. X., 2023). Також недавнє дослідження Київського міжнародного інституту соціології показало, що рівень щастя та добробуту українців в грудні 2024 року становив вищий процент, ніж у попередніх 2022-2023 роках, але рівень тривожності має тенденцію до зростання - майже кожен другий українець відчуває її у повній мірі (2025, КМІС). Тривожність та депресивність є цілком нормальною реакцією на загрозливі умови, але якщо стресори впливають надто довго, тоді психіка починає “адаптуватися” до таких несприятливих умов, а негативні прояви з часом можуть перейти у патологічні форми, що погано впливає на самопочуття та життєдіяльність людини. У такому разі небезпечним є те, що у військовослужбовців тривожно-депресивні прояви часто маскуються під "бойову готовність" або "втому", тоді як у цивільних — можуть призводити до емоційного вигорання, соціальної ізоляції та соматичних розладів.

Незважаючи на велику кількість досліджень психологічного здоров’я в умовах війни, питання різниці тривожно-депресивних проявів у цивільної громади та військовослужбовців досі є недосконально вивченим. У цій дипломній роботі було

поставлено питання порівняння впливу воєнних дій на дві групи українців, щоб виявити, чи є істотна різниця між рівнем тривожності та депресивності військових і рівнем проявів у цивільних громадян, та чи залежить психологічний стан особистості від дальності фронту.

Об'єкт дослідження: емоційна сфера особистості в умовах воєнного стану.

Предмет дослідження: тривожно-депресивні прояви у військових та цивільних громадян в умовах воєнного стану.

Мета завдання: теоретично дослідити тривожно-депресивні прояви у мирних громадян та військовослужбовців та емпірично обгрунтувати їхні відмінності.

Відповідно до предмету та мети дослідження були запропоновані такі гіпотези:

1. Більшість українців більшою чи меншою мірою відчувають тривожно-депресивні прояви у зв'язку з воєнними діями.

2. Цивільні громадяни мають такий же або схожий рівень тривожності і депресивності, як і військовослужбовці.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити такі завдання:

1. Вивчити теоретичні аспекти тривоги та депресії, їх симптомів та проявів.

2. Визначити особливості проявів тривожності та депресивності у різних верств населення та порівняти їх.

3. Проаналізувати теоретичні та емпіричні дані щодо порівняння тривожно-депресивних проявів у цивільних громадян та військовослужбовців.

4. Провести емпіричне дослідження в дистанційному форматі за допомогою гугл-форм, розділивши респондентів на дві групи.

5. Підготувати практичні рекомендації з профілактики тривожно-депресивних проявів та підтримки ментального здоров’я в умовах війни.

Методи дослідження: для досягнення мети та вирішення поставлених завдань у роботі будуть використані такі методи дослідження, як:

1. Теоретичний аналіз наукової літератури.

2. Шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна - State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

3. Шкала депресії (А. Бек).
4. Методи математичної статистики.
5. Статистичний аналіз емпіричних даних.
6. Якісний аналіз отриманих результатів.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ТРИВОЖНОСТІ ТА ДЕПРЕСИВНОСТІ У ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ

1.1. Психологічна характеристика тривожності та депресії: поняття, сутність, прояви

Перші здогадки про термін «тривога» в наш лексикон ввів Зигмунд Фройд, який працював в психоаналітичному напрямку. Він розглядав тривогу як буденність та одну зі складових неврозів, яка вперше з'являлася з народженням дитини. Він зазначав це як первинну травму - родова травма, коли дитина тільки пристосовується до навколишнього світу, втрата близького зв'язку з матір'ю, неконтрольовані загрози та інші (Freud, 1900, 1926). На думку З. Фройда, повсякденна тривожність з'являлась від цілком реального очікування загрози й часто плуталась зі страхом. Згодом вона могла охоплювати людину, перетворюючись на невротичну (інша назва - тривожний невроз), й проявлятися у вигляді фобій та панічних атак. Трохи згодом він запропонував два свої формулювання:

- У першому Фройд вказував, що тривога це трансформована накопичена напруга, тобто лібідо. Якщо людина не могла задовольнити свої потреби (особливо сексуальні), то це часто призводило до незадоволеного лібідо й провокувало тривогу (Freud, 1893).
- В подальшому варіанті Фройд вирішив змінити своє формулювання. За його поясненнями, тривога виникала внаслідок пригнічення та невдач. Ця теорія грунтувалася на думці, що люди можуть відчувати потяг до нестерпних бажань, які якимось чином були неприйнятними в соціумі, через що людина витісняла чи заміняла їх. Не отримавши повного задоволення, лібідо перетворювалося у тривогу.

У 1920х роках З. Фройд вивів першу психоаналітичну теорію, в якій визначив Воно (Ід), Я (Его) та Над-Я (Супер-Его). Ід відповідало за ті самі несвідомі сексуальні потяги, а Супер-Его за моральні установки та принципи людини, між якими вівся конфлікт, а Его, за його словами, було осередком тривоги (Freud, 1923).

Згодом питання тривоги та тривожності підхопив А. Адлер. На його думку, тривога також була проявом неврозу, а тривожність вже з’являлась від невдалого соціального досвіду - гіперопіка чи, навпаки, відкидання батьками дитини, або проявлялася як риса характеру індивіда.

В індивідуальній психології тривога розглядається як значущий сигнал, вбудований у цілісний стиль життя людини. Тривога виникає, коли люди очікують невдачі у бажанні рухатись до самостійно обраних цілей, особливо в умовах зневіри, почуття неповноцінності та загрози соціальній приналежності. Передумова полягає в тому, що розвиток людини починається з універсального почуття неповноцінності (яке переживається як слабкість або залежність) і продовжується через прагнення до переваги або значущості - зусилля, спрямоване на подолання обмежень та досягнення цілі (Adler, 1930). Тривогу можна розуміти як посилення, коли людина очікує, що це прагнення завершиться поразкою, приниженням або втратою становища. Замість того, щоб з’явитись чи посилюватись виключно зовнішніми стресорами, тривога відображає суб'єктивне значення ситуацій стосовно особистої логіки людини.

В його розумінні тривога також могла спрацьовувати як захисний механізм. Зіткнувшись із життєвими завданнями - роботою, дружбою та коханням - люди, які відчувають знеохочення, можуть застосовувати стратегії, що зменшують ризик невдачі або зберігають самооцінку. Тривога може виконувати таку функцію, виправдовуючи уникнення («Я не можу піти; я надто хвилююся»), звужуючи вплив оцінки або викликаючи турботу та захист з боку інших. У цьому сенсі тривога може бути цілеспрямованою (спрямованою на досягнення мети), навіть коли вона сприймається як небажана та тривожна (Adler, 1956).

На відміну від класичної фрейдистської теорії, яка наголошувала на тривозі як сигналі, що виникає внаслідок конфлікту між потягами та захистами, Карен Хорні стверджувала, що найбільш значущі форми тривоги кореняться в якості ранніх стосунків та соціокультурному середовищі. Хорні поставила міжособистісну безпеку, самооцінку та соціальний тиск у центр розвитку особистості (Horney, 1937, 1945).

За її теорією, основним конструктом є базова тривога, яка визначається як постійне відчуття «ізольованості та безпорадності в потенційно ворожому світі» (Horney, 1937). Замість того, щоб розглядати тривогу переважно як внутрішній сигнал небезпеки, пов'язаний із сексуальними потягами, Хорні трактувала її як відчуття що виникає, коли дитина сприймає навколишнє середовище як ненадійне, принизливе, непослідовне або примусове. Для Хорні базова тривога відображає не лише страх, але й невпевненість у своєму місці у стосунках та суспільстві (Horney, 1937, 1945).

Ключовою динамікою є взаємодія між базовою тривогою та базовою ворожістю. Коли дитина стикається з хронічним розчаруванням або жорстоким поводженням з боку опікунів, гнів є природною реакцією. Однак, оскільки дитина залежить від опікунів для виживання та любові від батьків, відкритий вияв ворожості може здаватися занадто небезпечним. В результаті ворожість може бути пригнічена або заміщена, посилюючи тривогу (Horney, 1937).

Багато інших відомих своїми роботами психологів та психіатрів розглядали тривожність зі свого боку - Е.Еріксон, Е. Фромм, Дж. Келлі та інші, на світ з’являлися нові й нові теорії в різних напрямках психології. У теперішні часи науковці й дослідники продовжують вивчати ці феномени. В англійській мові обидва терміни позначаються одним словом «anxiety», коли ж у нашій психологічній літературі погляди науковців можуть розходитись - ці два поняття інколи вживають як синоніми, але вони є дещо різними, самостійними термінами. Через це питання, деякі сприймають тривожність як один з видів тривоги, яка є більш багатогранною та об’ємною, а інші ж наполягають, що зв’язок цих двох понять є більш лінійним та чітким.

Тривога - це психічний стан, реакція на якусь існуючу загрозу, частіше спрямовану на особу з навколишнього середовища. Вона з’являється тоді, коли особа усвідомлює загрозу життю та здоров’ю своєму чи близьких, може її побачити або почути про неї. В цей момент починає працювати одна зі структур мозку, мигдалеподібне тіло або амігдала. Ця частина найбільше відповідає за реакцію тіла та психіки на наявну загрозу, а саме запускає нейробіологічні імпульси до інших

структур мозку чи органів (Mental Traumatherapy Tychkovsky, 2023). У цей час починає працювати вегетативна нервова система, а саме симпатична та парасимпатична системи. Спочатку вмикається симпатична нервова система, яка відповідає за активацію наступних процесів: підвищується серцебиття, стискаються судини, виділяються гормони стресу (глюкоза, кортизол, адреналін, норадреналін) та інше У людини вмикається режим «бий або біжи». Після того, як людина заспокоюється та відчуває себе у безпеці, починає діяти парасимпатична система, яка, навпаки, відновлює баланс всередині людини.

Тривожність сприймається як стійка властивість особистості, при якій наш організм діє по іншому - амігдала може реагувати як на існуючу, так і неіснуючу, вигадану загрозу, через що симпатична система починає працювати частіше, а парасимпатична система в деяких випадках працює гірше. В такому випадку є два шляхи тривоги:

1) Верхній - людина своїми думками сама залякує себе, через що вмикається амігдала (є тригер)

2) Нижній - амігдала раптово вмикається сама, активізуючи симпатичну систему (без тригеру)

Людина майже постійно знаходиться у стані тривоги та стресу, але інколи це може зводитись до фонових проявів.

Тривожність не завжди має деструктивний характер. У помірному рівні вона виконує адаптивну функцію, допомагаючи мобілізувати ресурси, підвищувати пильність і готуватися до складних умов. Внаслідок цього людина швидше реагує на зміни середовища та ухвалює обережні рішення. Проблеми виникають тоді, коли тривожність стає надмірною, тривалою та неконтрольованою, порушуючи повсякденне функціонування та знижуючи якість життя. В такому випадку діагностичні рамки визначають тривогу розладом через кластери симптомів та критерії тривалості (наприклад, генералізований тривожний розлад, панічний розлад, соціальний тривожний розлад), як описано в DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022).

Основною особливістю тривоги є антиципація: мозок неодноразово моделює можливі негативні результати та розглядає їх як суттєві або неминучі. Прогнозування часто проявляється як надмірне занепокоєння, катастрофізація зосереджена на загрозі увага та труднощі з життям у невизначеності. Люди живуть з постійними проявами думок «що, якби», виникають нав'язливі образи шкоди чи невдачі та відчуття, що думки важко зупинити, навіть коли вони визнають їх нереалістичними. Когнітивні моделі підкреслюють упередженість в увазі та інтерпретації - неоднозначні сигнали (затримане повідомлення, нейтральний вираз обличчя) легше інтерпретуються як загрозливі (Beck & Clark, 1997; Bar-Haim et al., 2006).

Тривога тісно пов'язана зі збудженням вегетативної нервової системи та пов'язаних зі стресом нейроендокринних шляхів. Як було згадано раніше, до поширених тілесних відчуттів належать серцебиття, прискорене серцебиття, пітливість, тремтіння, сухість у роті, шлунково-кишковий дискомфорт (нудота, діарея), м'язова напруга, запаморочення, головний біль та задишка. Ці відчуття відображають симпатичну активацію («бий або біжи»). При панічних проявах різкі сплески сильної тривожності супроводжуються вираженими серцево-легеневими симптомами та страхом втратити контроль або померти (American Psychiatric Association, 2022).

З емоційної точки зору тривога може проявлятися як занепокоєння, напруга, дратівливість, неспокій або постійне відчуття «на межі». Примітно, що тривога не завжди відчувається як страх - вона може проявлятися як нетерплячість, гнів, плаксивість або емоційне оніміння, особливо коли людина перебуває у хронічному стресі. Клінічно тривога та депресивний афект часто зустрічаються разом, і багато людей описують симптоми, що перетинаються, такі як втома, зниження концентрації та порушення сну (Kessler et al., 2005).

Також тривога часто призводить до уникнення, тобто зменшення контакту із ситуаціями, відчуттями чи думками, що викликають дистрес (наприклад, уникнення соціальних заходів, громадського транспорту, медичних візитів або складних розмов). Хоча уникнення зменшує тривогу в короткостроковій перспективі, такий

захисний механізм може підтримувати тривогу з часом, запобігаючи коригувальним переживанням. Порушується сон через тривале засинання, нічні пробудження та неможливість відпочити під час сну. Когнітивне гіперзбудження (роздуми та занепокоєння вночі) - це добре описаний механізм, що пов’язує тривогу та безсоння (Harvey, 2002). Протягом дня люди можуть відчувати розсіяність, знижену ефективність пам’яті та труднощі з прийняттям рішень, особливо в умовах невизначеності або тиску часу. В академічному та професійному середовищі такі особливості можуть проявлятися як коливання продуктивності, до прикладу, сплески інтенсивної роботи, зумовлені страхом невдачі, за якими слідує уникнення або виснаження.

Не можна не згадати соціальне коло, де тривога може проявлятися як посилений самоконтроль, страх негативної оцінки та підвищена чутливість до сигналів відмови. Люди можуть замкнутися, менше говорити, уникати зорового контакту або надмірно компенсувати це, намагаючись здаватися ідеальним. Ці моделі можуть зменшити можливості для підтримуючого зворотного зв'язку та поглибити ізоляцію, особливо при соціальному тривожному розладі (Stein & Stein, 2008).

1.2. Психологічна характеристика депресії та депресивності: теорії, сутність, прояви

Розглядаючи феномени депресія та депресивність, можемо помітити їх схожість й одночасно різність у своїй сутності, як і в ситуації тривоги з тривожністю. У психологічній науці поняття депресія та депресивний стан тісно пов'язані, але не ідентичні. Обидва описують стани зниженого настрою та емоційного функціонування, проте вони відрізняються глибиною, стабільністю та клінічним значенням. Депресія найчастіше визначається як складний афективний розлад, що характеризується стійким зниженням настрою, втратою інтересу або задоволення, когнітивними спотвореннями та низкою соматичних симптомів. У клінічних класифікаціях депресія описується як стан, який значно погіршує повсякденне функціонування та триває протягом значного періоду часу. Згідно з Діагностичним та статистичним посібником з психічних розладів , депресивні

розлади включають емоційні симптоми (смуток, безнадія), когнітивні симптоми (негативна самооцінка, песимізм), зміни в поведінці (замкнутість, знижена активність) та фізичні прояви, такі як порушення сну або апетиту (American Psychiatric Association, 2013).

На відміну від цього, депресивність зазвичай розуміється як психологічний стан або особистісно пов'язана тенденція до зниженого настрою, емоційного виснаження та негативного сприйняття реальності. Депресивність не завжди досягає діагностичного порогу та може бути ситуативною, коливаючись залежно від життєвих обставин. Вона часто виникає як реакція на тривалий стрес, втрату, невизначеність або повторюване розчарування і може вважатися фоновим емоційним станом, що підвищує вразливість до більш серйозних розладів.

Різні психологічні теорії пропонують різні пояснення природи та походження депресії. Одна з найдавніших інтерпретацій походить з психодинамічного напрямку, а саме з робіт вже відомого нам Зигмунда Фройда.

У своїй роботі «Trauer und Melancholie» (1917) він використовує слово «меланхолія», оскільки на той час воно охоплювало те, що науковці зараз можуть описати як важкі депресивні епізоди, іноді з ненавистю до себе та психотичними ознаками. Відправною точкою Фрейда є порівняння: горе це нормальна реакція на втрату, тоді як меланхолія - патологічна реакція на втрату, навіть коли людина не може чітко сказати, що саме втратила. Скорбота виникає у відповідь на реальну втрату значущого об’єкта - близької людини, соціального статусу, ідеалу або важливої життєвої ролі. За нормального перебігу скорботи психіка поступово «відпускає» втрачений об’єкт, а енергія лібідо з часом спрямовується на нові об’єкти (Freud, 1917). На відміну від скорботи, при меланхолії втрата часто не усвідомлюється повністю або має символічний характер. Було проаналізовано, що людина може не розуміти, що саме втрачено, або ж усвідомлювати втрату, але не її психологічне значення. Унаслідок цього процес «відпускання» не відбувається, а лібідо не відривається від об’єкта, а інтроєктується, тобто переноситься всередину психіки та ототожнюється з «Я» (Freud, 1917).

За теорією Фройда, в меланхолії людина починає поводитися так, ніби втрачений об’єкт став частиною власного «Я». Агресивні почуття, які раніше були спрямовані на зовнішній об’єкт (образа, злість, розчарування), у результаті цього спрямовуються проти себе. Саме цим Фройд пояснював характерні для депресії самозвинувачення, приниження власної цінності, почуття провини та самоненависть (Freud, 1917).

Особливу увагу в теорії приділено феномену зниження самооцінки. На відміну від скорботи, де світ здається спустошеним, у меланхолії спустошеним і нікчемним переживається власне «Я». Людина звинувачує себе в моральній неповноцінності, лінощах, егоїзмі, аморальності, навіть якщо об’єктивних підстав для таких оцінок немає, отже значна частина цих звинувачень насправді адресована не їй, а втраченому об’єкту, з яким відбулося несвідоме ототожнення (Freud, 1917).

Подальший розвиток психоаналітичної думки привів до включення в аналіз структури особистості - «Воно», «Я» та «Над-Я». У депресії особливо жорсткою та каральною стає інстанція «Над-Я», яка постійно критикує «Я», висуває надмірні вимоги й не допускає компромісів. Унаслідок цього внутрішній конфлікт посилюється, а депресивний стан підтримується навіть за відсутності зовнішніх стресорів. У межах цієї логіки депресія розглядається не лише як реакція на втрату, а як прояв глибшого внутрішнього конфлікту між залежністю від об’єкта та агресією до нього. Люди з депресивними нахилами часто мають амбівалентні почуття у стосунках: сильну потребу в любові та підтримці поєднану з прихованою ворожістю. Коли об’єкт втрачається або розчаровує, агресія не може бути виражена назовні й повертається проти себе (Laplanche & Pontalis, 1988).

Розвиток фройдівських ідей у працях пізніших психоаналітиків привів до акценту на ранньому дитячому досвіді. Ранні втрати, емоційна холодність батьків або нестабільні стосунки прихильності формують у дитини уявлення про любов як щось ненадійне. У дорослому віці підвищується ризик депресії, оскільки будь-яка втрата актуалізує первинний досвід покинутості (Klein, 1940).

Когнітивна теорія депресії сформувалася як відповідь на обмеженість суто біологічних і психоаналітичних пояснень депресивних розладів. У її межах депресія

була розглянута не лише як емоційний стан або наслідок несвідомих конфліктів, а як результат специфічного способу мислення. Основи цього підходу були закладені американським психіатром і психотерапевтом Аарон Бек у 1960-х роках під час клінічної роботи з пацієнтами, які страждали на депресію.

Під час систематичних клінічних спостережень Бек виявив, що депресивні пацієнти спонтанно висловлюють велику кількість негативних думок про себе, своє життя та майбутнє. Ці думки виникають автоматично, без свідомого аналізу, і сприймаються як очевидна правда. У результаті цього емоційний стан погіршується, а поведінка стає дедалі більш пасивною та уникальною (Beck, 1976).

Центральним поняттям його теорії стала когнітивна тріада депресії, яка включає три взаємопов’язані елементи: негативне уявлення про себе, негативне сприйняття світу та песимістичне бачення майбутнього. Людина в депресивному стані схильна оцінювати себе як неповноцінну, неуспішну та негідну любові. Навколишній світ при цьому сприймається як ворожий, несправедливий або байдужий, а майбутнє - як безнадійне й позбавлене перспектив (Beck et al., 1979).

Розгортання когнітивної тріади не є випадковим процесом. У теорії Бека значну увагу приділено дисфункційним схемам - глибинним переконанням, що формуються впродовж життя, переважно в дитинстві та підлітковому віці. Дані схеми виникають під впливом повторюваного негативного досвіду, зокрема критики, відкидання, емоційної нестабільності або надмірних вимог з боку значущих дорослих (Beck, 1967). Ці схеми зазвичай залишаються латентними й не проявляються постійно, однак у стресових або кризових ситуаціях вони активуються та починають визначати спосіб інтерпретації подій. Унаслідок цього нейтральні або навіть позитивні ситуації сприймаються крізь призму негативних переконань, що запускає депресивний емоційний стан.

Важливим елементом когнітивної теорії є опис когнітивних спотворень, тобто систематичних помилок мислення. Депресивним людям властиві такі спотворення, як узагальнення на основі одиничного випадку (синдром навченої безпорадності), дихотомічне мислення («все або нічого»), катастрофізація, знецінення позитивного досвіду та персоналізація. У результаті мислення стає негнучким і однобічним, що

підтримує негативний емоційний фон (Beck, 1976). Автоматичні негативні думки виникають швидко, майже миттєво, і рідко піддаються критичному аналізу. Було встановлено, що саме ці думки є безпосереднім «посередником» між подією та емоційною реакцією. Не сама ситуація викликає депресію, а її інтерпретація, сформована на основі дисфункційних схем.

У своїй теорії Бек приділяв увагу підтримувальним механізмам депресії, тим самим підкріплюючи поведінковий напрям. Було продемонстровано, що депресивне мислення має самопідкріплювальний характер: негативні очікування впливають на поведінку, поведінка обмежує можливості для позитивного досвіду, а відсутність такого досвіду підтверджує негативні переконання. Такий результат дозволяє зрозуміти, чому депресія часто має затяжний або рецидивуючий перебіг (Beck et al., 1979).

Поведінкові теорії також зосереджуються на зв'язку між депресією та зниженням підкріплення. З цієї точки зору, депресія виникає, коли людина відчуває значне зниження позитивного зворотного зв'язку з навколишнього середовища. Втрата корисної діяльності, соціальна ізоляція або повторні невдачі можуть призвести до замкнутості та пасивності, що, у свою чергу, ще більше обмежує можливості для позитивного досвіду. Це порочне коло поступово поглиблює депресивні симптоми та емоційне оніміння (Lewinsohn, 1974). Такі пояснення особливо актуальні в ситуаціях, коли зовнішні обставини сильно обмежують особисту свободу дій.

Депресія на біологічному рівні проявляється не менш виразно, ніж на емоційному чи поведінковому, хоча ці зміни часто залишаються непомітними для оточення. Дослідження показують, що депресивний стан пов’язаний із порушенням роботи мозку як складної нейробіологічної системи, у якій задіяні нейромедіатори, гормони, нервові мережі та генетичні механізми (World Health Organization, 2017).

Одним із найвідоміших біологічних проявів депресії є порушення нейромедіаторного балансу. Було встановлено, що у людей із депресією часто спостерігається знижена активність серотоніну, норадреналіну та дофаміну - речовин, які відповідають за регуляцію настрою, мотивації, енергії та здатності

відчувати задоволення (Belmaker & Agam, 2008). Унаслідок цього емоційні реакції стають приглушеними, зникає інтерес до повсякденної діяльності, а відчуття радості або задоволення майже не виникає. Саме цим пояснюється анедонія, один із ключових симптомів депресії, який має чітке біологічне підґрунтя (American Psychiatric Association, 2022).

Поступово увага науковців змістилася від окремих нейромедіаторів до ширших нейронних систем. Було виявлено, що депресія пов’язана зі змінами у функціонуванні певних ділянок мозку, зокрема префронтальної кори, гіпокампа та амігдали. Зниження активності префронтальної кори ускладнює регуляцію емоцій і прийняття рішень, тоді як підвищена реактивність амігдали посилює переживання тривоги та негативних емоцій (Drevets et al., 2008). Одночасно з цим у гіпокампі, який відіграє важливу роль у пам’яті та навчанні, часто фіксується зменшення об’єму, що пов’язують із тривалим впливом стресу та депресивного стану (Sapolsky, 2000).

Науковцями доведено, що хронічний стрес призводить до постійно підвищеного рівня кортизолу - гормону, який у нормі допомагає організму адаптуватися до складних умов. При депресії цей механізм виходить з-під контролю, і надлишок кортизолу починає негативно впливати на мозок, імунну систему та обмін речовин (Pariante & Lightman, 2008). У результаті з’являється відчуття постійної втоми, виснаження та неможливості відновитися навіть після відпочинку.

До відчуття втоми можна віднести проблему з порушенням сну та добових ритмів. У депресивних людей часто змінюється структура сну: скорочується фаза глибокого сну, збільшується кількість нічних пробуджень, а раннє пробудження супроводжується відчуттям тривоги або внутрішньої напруги. Дані порушення не лише є симптомом депресії, а й підтримують її перебіг, оскільки хронічний недосип безпосередньо впливає на емоційну стабільність і когнітивні функції.

Що стосується емоційної сфери, однією з найяскравіших ознак є постійно поганий або дратівливий настрій, який не минає звичним чином, у поєднанні з втратою інтересу або задоволення від діяльності, яка раніше мала значення. Люди часто описують відчуття емоційної спустошення, оніміння або нездатності

насолоджуватися речами, які колись приносили задоволення, і вони можуть відсторонитися, тому що соціальна взаємодія починає здаватися зусиллями або безглуздими. Такі думки зумовлені зниженою мотивацією, уповільненим мисленням та відчуттям, що для встановлення зв'язку потрібно більше енергії, ніж є в наявності. Дані ознаки тісно пов'язані з основними симптомами, описаними в Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів (DSM-5-TR).

Депресія також часто змінює зміст та стиль мислення. Румінація - повторювані, липкі петлі самокритичних або безнадійних думок, може стати типовим режимом мислення, а щоденні невдачі можуть інтерпретуватися як свідчення особистої невдачі або похмурого майбутнього. Як і при тривожності, увага та концентрація часто страждають, тому читання, відстеження розмов або прийняття рішень може бути напрочуд важким, навіть коли людина намагається. У більш важких епізодах почуття нікчемності або надмірної провини можуть посилюватися, і деякі люди починають думати, що іншим було б краще без них. Дослідження неодноразово пов'язували депресивні епізоди з негативними когнітивними упередженнями та румінацією, які відображають і підсилюють поганий настрій.

Поведінка та фізичне функціонування часто змінюються разом з настроєм і думками, і ці зміни іноді помічають члени сім'ї першими. Сон може переходити в сторону безсоння (труднощі із засинанням, раннє пробудження або неспокійний сон) або в сторону гіперсомнії, коли людина спить набагато більше, ніж зазвичай, але все ще почувається невідпочилою. Апетит і вага можуть знижуватися або збільшуватися, а енергія часто падає до такої міри, що виконання рутинних завдань, таких як душ, приготування їжі або відповідь на повідомлення, здається непропорційно складним. Деякі люди рухаються та говорять повільніше (психомоторна затримка), тоді як інші стають збудженими та неспокійними, ходять туди-сюди або метушаться, що відображає внутрішній дискомфорт. Також може виникати постійна втома та біль у тілі, а коли домінують фізичні симптоми, депресію можна помилково сприйняти за суто медичну проблему, якщо настрій та функціонування не оцінюються разом.

Оскільки депресія впливає на мотивацію та надію, вона також проявляється як зміни в продуктивності та участі в повсякденних ролях. Людина починає пропускати дедлайни чи заняття не через лінь, а тому, що прикладати зусилля до будь-якої дії стає важче. Такі особи можуть перестати відповідати друзям, скасувати плани або уникати обов'язків, що може призвести до конфлікту та сорому, які потім поглиблюють епізод. Дратівливість, особливо у підлітків та деяких дорослих, може бути помітною ознакою, яка іноді маскує прихований смуток. Клініцисти також звертають увагу на підвищене вживання алкоголю або інших речовин, до яких деякі люди звертаються, намагаючись впоратися з безсонням, тривогою або емоційним болем. В емоційній сфері з'являється найчіткіша ознака - думки про смерть або самогубство, або поведінка, спрямована на самоушкодження. Вони можуть варіюватися від пасивного бажання не прокидатися до активного планування.

Важливо підкреслити, що депресія може мати різні форми та ступені вираженості. Легкі депресивні стани часто залишаються непоміченими, маскуючись під звичайну втому або апатію. Водночас більш глибокі форми депресії суттєво порушують здатність до адаптації та повсякденного функціонування. У результаті цього депресія стає серйозним чинником ризику соціальної дезадаптації та погіршення якості життя.

1.3. Соціальні й психологічні чинники виникнення тривожно-депресивних станів в умовах воєнних дій

Виникнення тривоги та депресії в контексті військових операцій глибоко формується складною взаємодією соціальних та психологічних факторів, причому досвід бойового стресу є критичним зв'язком між індивідуальним психічним здоров'ям та ширшою соціальною динамікою. Вплив подій, що загрожують життю, непередбачуване насильство та постійна загроза нападу - ознаки сучасних військових дій - значно підвищують ризик психологічного дистресу серед мирного населення та військовослужбовців, що часто проявляється як тривога, депресія або посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Поширеність тривожних і депресивних проявів у населення, що постраждало від воєнних дій, виявилася істотно вищою за допандемічні рівні. У дослідженні, виконаному на етапі перших місяців повномасштабного вторгнення, виявлено значне зростання рівнів тривоги, депресії та гострого стресу, причому жінки й особи з погіршеним матеріальним становищем опинилися у групах підвищеного ризику (Kurapov et al., 2023). За дослідженням було встановлено, що пряме зіткнення з травматичними подіями та втрата життєвих ресурсів прогнозують підвищення проявів тривоги й пригніченості, а переміщення та становище біженців асоціюються з додатковими ризиками психоемоційного виснаження.

Соціально-економічні фактори відіграють провідну роль у формуванні тривожно-депресивних станів під час війни. Матеріальна нестабільність, втрата джерел доходу, безробіття та зниження доступності базових послуг часто створюють хронічний фон невизначеності, який переважає над безпосередніми наслідками бойових дій у прогнозуванні погіршення психічного стану. Аналіз опитувань в Україні показав, що саме відчуття фінансової недостатності та побутової нестабільності корелює із вищими показниками ймовірної тривоги та депресії, іноді сильніше, ніж самі прояви насильства (Godager & Obrizan, 2025). Унаслідок цього повсякденні труднощі, від переривань комунікацій і постачання до неможливості забезпечити сім’ю, служать тригером для зниження адаптаційних ресурсів.

Психологічні фактори, що зумовлюють вразливість до тривожно-депресивних реакцій, включають попередні травматичні події, наявність особистісних рис (наприклад, висока емпатійність), слабкі навички емоційної регуляції та когнітивні викривлення. У контексті війни накопичення стресових інцидентів призводить до підвищення ймовірності формування посттравматичних реакцій, які часто супроводжуються симптомами тривоги та депресії. Механізми, що призводять до тривожно-депресивних проявів, включають накопичення психологічного навантаження, порушення режимів сну та відновлення, а також розвиток когнітивних викривлень (катастрофізація, фіксація на загрозах, негативні очікування майбутнього). Повторні контакти з травмуючими стимулами (новини, свідчення про збитки) підтримують активацію загрозливих сценаріїв у свідомості, що зумовлює

посилення тривожних симптомів і сприяє зниженню активності - типового компоненту депресивних станів (Beck, 1967). У багатьох випадках спостерігається наявність декількох деструктивних психологічних проявів із посттравматичним стресовим розладом або із надмірним вживанням психоактивних речовин як способу саморегуляції емоційного стану.

Непередбачуваність безпечного середовища, постійна загроза життю рідних, часті безпілотні чи ракетні обстріли, авіаудари, формують хронічний стан тривоги. Перманентне зосередження уваги на потенційну небезпеку веде до виснаження адаптаційних ресурсів і порушення регуляції емоційних реакцій, особливо якщо поєднати очікування загрози з недосипом. Було зафіксовано, що страх за життя близьких і власну безпеку - одна з найпотужніших детермінант тривожних симптомів у цивільного населення (Хаустова О.О., 2022). Унаслідок цього виникає стійка активація вегетативної системи, що сприяє соматизованим проявам тривоги й послаблює здатність відновлюватися після стресових епізодів (Martsenkovskyi et al., 2024).

Екзистенційні втрати - втрата свободи, надії чи відчуття безпеки, а також більш матеріальних, таких як втрата дому, роботи та майбутніх планів, створюють передумови для формування депресивності. Переживання утрат, навіть якщо вони не завжди супроводжуються формальною діагностикою, змінюють сенсову структуру життя й зменшують мотиваційний потенціал індивіда; це посилює ризик входження в тривало пригнічений емоційний стан (Freud, 1917; Martsenkovskyi et al., 2024). Вразливими категоріями в такому випадку виступають внутрішньо переміщені особи (ВПО), люди, які втратили житло чи роботу, ветерани/військовослужбовці, а також діти й підлітки. Для ВПО характерні декілька проявів згаданих вище - матеріальна нестабільність, соціальна ізоляція, порушення рутинної діяльності та труднощі адаптації на новому місці. Водночас серед військовослужбовців відзначається підвищений ризик моральних травм і ПТСР, що часто супроводжуються депресивністю та суїцидальними тенденціями (АГЗ, 2024; ISSUP, 2024). Зміни життєвих пріоритетів, постійне знаходження на полі бою, віддалення від сім’ї та друзів, погіршені умови життя, загроза своєму життю та життю

побратимів, а також постійні звістки про поранення чи смерті - усе це призводить до масштабного тиску на психіку. Моральна шкода та переживання втрачених етичних орієнтирів становлять окрему категорію психотравмуючих чинників, особливо для військовослужбовців і цивільних, що перебували під окупацією чи під тиском вибору між безпекою й гуманітарними обов'язками. Внутрішній конфлікт щодо дій або бездіяльності в екстремальних умовах підсилює почуття провини, сорому й ізоляції, що в подальшому може трансформуватися у стійку депресивну симптоматику або в поєднанні тривожно-депресивні стани. Навіть якщо ветерани чи полонені повертаються додому, у більш спокійне та підтримуюче середовище, може з'явитися стале почуття провини чи «провина вцілілих» за те, що вони не на фронті, що також лише погіршує стан. Поява моральної шкоди посилює ризик самокритичності та зниження самооцінки, що в кінцевому підсумку зменшує готовність до пошуку допомоги.

Діти та підлітки демонструють специфічні патерни реакцій: порушення сну, регресивні поведінкові прояви, навчальні проблеми, проблеми з концентрацією уваги і підвищена тривожність. Унаслідок цього розвивається довготривала вразливість до емоційних розладів у дорослому віці, особливо за відсутності стабільної підтримки з боку дорослих (Martsenkovskyi et al., 2024;).

Інтенсивне споживання інформації про війну, особливо через соціальні мережі, підсилює феномен перманентної стресової активації. Негативні новини, зображення руйнувань та відеосвідчення жахіть війни працюють як повторна екстремальна стимуляція, що перешкоджає відновленню й утримує високий рівень тривоги. При цьому інформаційна перевантаженість сприяє виникненню відчуття безвиході й безпорадності, що відомо як важливий фактор у патогенезі депресивних станів (Ти як?, 2023).

Соціальні стресори і психологічна вразливість взаємодіють нелінійно. Наприклад, втрата роботи (соціальний фактор) може призвести до зниження самооцінки і виникнення безнадійних когнітивних схем, що посилює ризик депресивних симптомів. Навпаки, наявність міцної соціальної підтримки може пом'якшити вплив травматичного досвіду, знижуючи ймовірність хронізації

симптомів. У контексті України відсутність доступу до медичних і психосоціальних послуг через руйнування інфраструктури ще більш ускладнює можливості своєчасної допомоги, що підвищує ризик переходу емоційних реакцій у стійкі патологічні стани (WHO, 2023; IOM, 2024).

Найсвіжіші національні оцінки свідчать про високі показники психопатології серед дорослого населення: близько однієї третини дорослих повідомляють про симптоми, сумісні з діагностичними критеріями для психічних розладів, включно з депресією та тривогою (Martsenkovskyi et al., 2024). Студентські вибірки й дослідження молоді демонструють ще вищі рівні тривожних і депресивних симптомів, що пов’язано з поєднанням академічних труднощів, невизначеністю професійного майбутнього та безпосереднім впливом воєнних подій (Полив'яна, Степанова, Ячнік, Мишаківська, Фегерт, Сітарскі, Пінчук, 2024). Звіт Альянсу громадського здоров’я (2024) підкреслює, що в ключових групах - медпрацівників, ВПО, ветеранів - відсоток осіб з вираженими симптомами значно перевищує довоєнні норми.

Низька обізнаність щодо психічного здоров’я чи деяка стереотипізація щодо роботи психолога у деяких регіонах України перешкоджають зверненню по допомогу. Такі дії призводять до затримки у наданні підтримки й погіршенню симптомів. У поєднанні з обмеженим доступом до послуг і руйнуванням систем охорони здоров’я така ситуація сприяє зростанню тривожно-депресивних станів у популяціях, що найбільше постраждали (АГЗ, 2024; WHO, 2023).

Індивідуальні відмінності в уразливості також важливі: стать, вік, попередні психічні розлади, соціально-економічне становище та роль у сім’ї модулюють реакцію на стрес. Жінки систематично виявляють вищу частоту індикаторів тривоги та депресії, що може бути пов’язано з поєднанням підвищених життєвих навантажень (догляд за дітьми, хворими), більшою ймовірністю внутрішнього переміщення та еміграції, а також соціокультурними факторами, які визначають стиль емоційної регуляції (Kurapov et al., 2023; Godager & Obrizan, 2025). Молоді люди демонструють змішані тенденції: у деяких вибірках спостерігалася більша

стійкість, в інших - підвищена вразливість через переривання освіти чи зміни кар’єрних бажань.

Підсумково, соціальні та психологічні чинники, що сприяють виникненню тривожно-депресивних станів під час воєнних дій, взаємопов’язані й підсилюють один одного: економічна нестабільність, руйнування соціальних мереж, пряме травматичне опромінення подіями війни, моральна шкода та інформаційний тиск створюють умови для зростання психоемоційної вразливості. Внаслідок цього посилюється потреба в розумінні контекстуальних механізмів, які визначають траєкторії розладів, а також у систематичному моніторингу груп із підвищеним ризиком.

1.4. Особливості психологічного стану цивільних громадян та військовослужбовців при впливі стресових факторів

Психологічні прояви у мирного населення в умовах війни мають багатовимірний характер і формуються під впливом тривалого, неконтрольованого стресу, що пронизує всі сфери повсякденного життя. У межах дипломної роботи акцент зроблено на тому, що для цивільних громадян війна не є окремою подією з чітким початком і завершенням, а перетворюється на постійний фон існування. Саме ця безперервність напруги визначає специфіку психологічних реакцій і зумовлює широкий спектр емоційних, когнітивних, поведінкових і психосоматичних проявів.

Одним із найпоширеніших проявів серед цивільних є підвищена тривожність, яка поступово втрачає зв’язок із конкретними подіями. Опитування перших тижнів війни показало, що 42,5% відчувають депресивні прояви, а поширеність тривоги серед респондентів становила 75% (Л. М. Юр’єва, С. І. Вишніченко, А. В. Шорніков, 2022). Наступне дослідження симптомів психічного здоров’я у березні 2022 року затверджує, що з вибірки 801 респондента віком від 18 років, у 46,8% були наявні симптоми депресії, що на декілька відсотків більше за попередню групу опитуваних, а 54,1% повідомили про наявність тривоги (International Journal of Social Psychiatry, № 4, p. 957-966, 2023). На початкових етапах війни тривога часто має ситуативний

характер і активується у відповідь на обстріли, повітряні тривоги чи новини про бойові дії. З часом формується стійке очікування небезпеки навіть у відносно спокійних умовах. Унаслідок цього виникає феномен фонової тривоги, коли людина перебуває в стані внутрішнього напруження без чіткого усвідомлення його джерела. Українські опитування фіксують, що цивільні часто описують цей стан як «постійне очікування гіршого», яке супроводжує їх щодня (Martsenkovskyi et al., 2024).

Емоційна сфера мирного населення зазнає суттєвих змін. Поряд із тривогою часто спостерігається дратівливість і зниження толерантності до повсякденних труднощів. Реакції, які раніше не викликали значного емоційного відгуку, можуть спричиняти спалахи гніву або сліз. Такі реакції пов’язані з виснаженням нервової системи та зменшенням ресурсів саморегуляції. У результаті цього зростає кількість міжособистісних конфліктів у сім’ях, на роботі та в соціальних взаємодіях, що додатково посилює психологічне навантаження (Ти як?, 2023).

Для багатьох цивільних характерним стає емоційне притуплення. Після тривалого перебування в умовах загрози психіка починає «економити» емоційні ресурси, знижуючи інтенсивність переживань. Описане притуплення може проявлятися як байдужість до подій, які раніше викликали співпереживання, або як відчуття внутрішньої порожнечі. Хоча такий стан виконує захисну функцію, у довготривалій перспективі він асоціюється з депресивністю та зниженням здатності відчувати задоволення від життя (Хаустова, О. О., 2022).

На когнітивному рівні у мирного населення часто спостерігаються труднощі з концентрацією уваги та прийняттям рішень. Постійне сканування середовища на наявність загроз призводить до перевантаження уваги, через що повсякденні завдання виконуються повільніше, зростає кількість помилок, знижується продуктивність праці. Люди можуть скаржитися на «туман у голові», забудькуватість або відчуття ментальної втоми. Унаслідок цього формується негативна оцінка власної ефективності, що додатково підживлює тривожно-депресивні переживання (WHO, 2023).

Окремим важливим проявом є зміни у часовій перспективі. Мирне населення часто втрачає здатність планувати майбутнє навіть у середньостроковій перспективі.

Невизначеність щодо тривалості війни та її наслідків зумовлює фокусування на виживанні «тут і тепер». Це призводить до зниження мотивації, відкладання важливих життєвих рішень і відчуття застою. У психологічному вимірі така ситуація сприяє формуванню безнадійності, яка є центральним компонентом депресивних станів (Beck, 1967).

Поведінкові прояви у цивільних також зазнають змін. Часто фіксується уникаюча поведінка: обмеження соціальних контактів, відмова від активностей, що раніше приносили задоволення, зменшення участі в суспільному житті. Для частини людей характерна протилежна реакція - надмірна активність і постійна зайнятість як спосіб не залишатися наодинці з тривожними думками. Обидві стратегії можуть тимчасово знижувати емоційне напруження, однак у довготривалій перспективі не забезпечують повноцінного відновлення.

Суттєве місце займають психосоматичні прояви. Мирне населення часто повідомляє про головний біль, порушення сну, хронічну втому, проблеми з серцево-судинною та шлунково-кишковою системами. Ці симптоми не завжди мають чітке медичне підґрунтя й виступають тілесним відображенням тривалого стресу. Порушення сну, зокрема труднощі із засинанням і часті пробудження під час повітряних тривог, посилюють емоційну нестабільність і знижують здатність до психологічної адаптації (Martsenkovskyi et al., 2024).

Окремо слід відзначити переживання втрати та горювання, які стали масовими для мирного населення України. Втрата близьких, дому, звичного способу життя або символічних орієнтирів формує складні емоційні реакції, що не завжди вкладаються у класичні моделі горя. Часто спостерігається поєднання смутку, злості, почуття несправедливості та провини за те, що вдалося вижити. Такі переживання створюють емоційний фон, на якому легко формується депресивність.

Український контекст підсилює зазначені прояви через тривалість війни та її всеохопний характер. Дані національних моніторингів свідчать, що значна частина цивільних демонструє симптоми, сумісні з тривожними й депресивними розладами, навіть за відсутності безпосереднього перебування в зоні бойових дій (WHO, 2023).

Така інформація вказує на те, що психологічні наслідки війни виходять далеко за межі лінії фронту й охоплюють усе суспільство.

У результаті цього психологічний стан мирного населення в умовах війни характеризується поєднанням хронічної тривоги, депресивних тенденцій, когнітивного виснаження та психосоматичних симптомів

Психологічний стан військовослужбовців формується під впливом дещо інших, хоча не менш інтенсивних стресових факторів. В умовах війни психіка військового функціонує в режимі постійної адаптації до загрози, що неминуче відображається на емоційному стані, когнітивних процесах, поведінці та міжособистісній взаємодії.

Передусім у військовослужбовців часто фіксується підвищений рівень тривожної активації, який має специфічний, ситуаційно зумовлений характер. Така тривога пов’язана не з абстрактними побоюваннями, а з реальною ймовірністю поранення або загибелі, необхідністю швидкого прийняття рішень та відповідальністю за життя побратимів. На початкових етапах вона може виконувати адаптивну функцію, підвищуючи пильність і концентрацію уваги. Водночас за тривалого перебування в бойових умовах цей стан трансформується у хронічне психофізіологічне перенапруження, що супроводжується виснаженням, дратівливістю та зниженням здатності до відновлення (Martsenkovskyi et al., 2024).

Поширеним проявом є порушення сну, який включає у себе труднощі засинання, часті нічні пробудження та поверхневий сон (через підвищенну тривожність та погану роботу парасимпатичної). У багатьох військових сон залишається фрагментованим навіть у періоди відносної безпеки. Причина пояснюється збереженням стану внутрішньої готовності до небезпеки, коли нервова система не переходить у повноцінний режим відпочинку. Унаслідок цього знижується когнітивна ефективність, зростає емоційна лабільність і підвищується ризик тривожно-депресивних проявів (WHO, 2023).

На емоційному рівні у військовослужбовців часто спостерігається емоційне притуплення або оніміння. Такий стан проявляється у зменшенні інтенсивності як негативних, так і позитивних емоцій, відчутті внутрішньої порожнечі, складнощах у

переживанні радості чи співпереживання. Подібні реакції розглядаються як захисний механізм, що дозволяє знизити інтенсивність психічного болю в умовах постійної загрози. Проте в довгостроковій перспективі емоційне оніміння може ускладнювати повернення до мирного життя та побудову близьких стосунків (АГЗ, 2024).

Окремим і надзвичайно значущим проявом є почуття провини та моральна травма. У військовослужбовців можуть формуватися переживання провини за виживання, за втрату побратимів, за рішення, прийняті чи не прийняті в бойових умовах, або за неможливість захистити цивільних. Ці стани не завжди супроводжуються класичними депресивними симптомами, проте глибоко впливають на самооцінку, систему цінностей і відчуття сенсу життя. Унаслідок цього зростає внутрішній конфлікт, який може проявлятися у відчутті відчуженості від себе та оточення (ISSUP, 2024).

На когнітивному рівні часто фіксуються нав’язливі спогади та образи, пов’язані з бойовими епізодами. Вони можуть виникати спонтанно або активуватися під впливом зовнішніх тригерів - гучних звуків, різких рухів, певних запахів. Навіть за відсутності повної клінічної картини посттравматичного стресового розладу такі прояви суттєво знижують якість повсякденного функціонування та підтримують загальний рівень психоемоційної напруги (APA, 2013).

У поведінковій сфері у військовослужбовців можуть спостерігатися агресивні реакції, імпульсивність або ризикована поведінка. Такі прояви пов’язуються як з тривалим перебуванням у середовищі, де агресія є функціонально виправданою, так і з труднощами регуляції емоцій після бойових дій. Часто така поведінка не усвідомлюється як психологічна проблема, а сприймається як «нормальна» реакція на війну, що ускладнює своєчасне виявлення емоційних порушень (Ти як?, 2023).

Водночас у багатьох військових виникає звичка до соціально обумовленого стримування емоцій. У військовому середовищі зберігається установка на витривалість, контроль і здатність «тримати себе в руках». В моменти бою стримування може врятувати життя, але водночас сприяє тому, що тривожні або депресивні переживання часто маскуються й не вербалізуються. Унаслідок цього

психологічне напруження може накопичуватися та проявлятися у вигляді соматичних скарг, різких змін настрою або емоційних зривів (IOM, 2024).

Ще одним характерним проявом є відчуття відчуженості від цивільного життя. У багатьох військовослужбовців формується переконання, що люди, які не перебували на фронті, не здатні зрозуміти їхній досвід. Їм важко адаптуватися, тому що обговорення війни з сім'єю буде лише обтяжувати, а не звільняти їх від тягаря. Знижується готовність ділитися переживаннями та посилюється соціальну ізоляцію, навіть у межах родини. Інколи може доходити до того, що військовий обриває старі дружні зв'язки через зміну життєвих пріоритетів та неможливість спілкуватися з цивільними. Такий психологічний розрив ще більше ускладнює адаптацію й може сприяти закріпленню депресивних тенденцій після завершення бойових дій (Martsenkovskyi et al., 2024).

Обидві категорії мають деякі спільні особливості психологічного стану, але ресурси подолання стресу в цих групах мають різну структуру. Для цивільних ключовим захисним фактором виступає соціальна підтримка, стабільність побуту та можливість відновлення рутинної діяльності. Для військовослужбовців важливу роль відіграють згуртованість підрозділу, чітка ієрархія та відчуття значущості виконуваної місії. Порушення цих ресурсів істотно підвищує ризик розвитку тривожно-депресивних станів у кожній з груп.

Дані останніх досліджень свідчать про те, що як серед цивільного населення, так і серед військовослужбовців зберігається високий рівень психоемоційного напруження навіть у відносно стабільні періоди. У результаті цього війна в Україні формує унікальний психосоціальний контекст, у якому тривога і депресивність перестають бути винятковими реакціями та стають масовими явищами.

Висновки до розділу 1

У межах першого розділу дипломної роботи було комплексно розкрито психологічну природу тривожності та депресивності, а також умови й механізми їх формування в контексті воєнних дій. Розгляд теоретичних підходів (З. Фройд, К. Хорні, А. Адлер, А. Бек) дозволив окреслити ці стани як багатовимірні психоемоційні явища, що поєднують емоційні, когнітивні, поведінкові та фізіологічні компоненти й істотно залежать від соціального контексту, в якому перебуває людина.

Було розглянуто, що тривожність і депресія не є однорідними або ізольованими феноменами. Вони формуються на перетині біологічних передумов, індивідуально-психологічних особливостей та зовнішніх обставин життя. У результаті цього ці стани доцільно розглядати не лише як патологічні прояви, а й як реакції психіки на тривале перевантаження адаптаційних механізмів. Теоретичні моделі, психодинамічні, когнітивні, та поведінкові, доповнюють одна одну й дозволяють глибше зрозуміти внутрішню логіку розвитку тривожно-депресивних переживань.

Аналіз соціальних і психологічних чинників у воєнних умовах засвідчив, що війна створює унікальне середовище хронічного стресу, де поєднуються загроза фізичній безпеці, економічна нестабільність, масові втрати, вимушене переміщення та руйнування звичних соціальних зв’язків. Унаслідок цього тривога і депресивність набувають масового характеру та виходять за межі індивідуальних реакцій. Особливо значущу роль відіграють такі фактори, як невизначеність майбутнього, втрата контролю над подіями, інформаційна перевантаженість і зниження доступу до ресурсів психологічної підтримки.

Окрему увагу в розділі було приділено порівняльному аналізу психологічного стану цивільних громадян і військовослужбовців. Було встановлено, що, попри спільний вплив воєнного стресу, ці групи демонструють різні патерни психоемоційних реакцій. Для цивільного населення більш характерними є хронічна тривога, депресивні прояви, пов’язані з утратами та соціальною дезадаптацією, а також емоційне виснаження. Військовослужбовці, своєю чергою, перебувають в

умовах екстремального стресу, що зумовлює високий рівень бойової тривоги, порушення сну, емоційне притуплення, моральну травму та труднощі емоційної регуляції.

Також ми мали можливість затвердити, що психологічні прояви у військових мають специфічний характер, зумовлений як реальними загрозами життю, так і соціальними нормами військового середовища, які заохочують стримування емоцій. Такі дії призводить до маскування тривожно-депресивних симптомів і підвищує ризик їх хронізації. Водночас спільною рисою для обох груп залишається відсутність відчуття завершеності травматичного досвіду, що підтримує стан постійної напруги й ускладнює процес психологічного відновлення.

Український контекст, відображений у сучасних емпіричних матеріалах, свідчить про значне зростання показників психоемоційного неблагополуччя серед населення в цілому, що дозволяє стверджувати, що війна в Україні не лише актуалізувала наявні психологічні вразливості, але й сформувала нові ризики для психічного здоров’я, які матимуть довготривалі наслідки. У результаті цього тривожність і депресивність постають як ключові психологічні виклики воєнного часу, що потребують системного осмислення.

Теоретичний аналіз, здійснений у першому розділі, створює цілісне уявлення про природу тривожно-депресивних станів та умови їх виникнення в умовах воєнних дій та дозволяє підтвердити гіпотези дослідження.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРІВНЯННЯ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ У ЦИВІЛЬНИХ ГРОМАДЯН ТА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

2.1. Організація та методичний інструментарій емпіричного дослідження

Для досягнення поставленої мети та перевірки висунутої гіпотези нашої кваліфікаційної роботи нами було організовано та проведено емпіричне дослідження, спрямоване на виявлення та порівняльний аналіз специфіки тривожно-депресивних проявів. Організація дослідження передбачала наступні етапи:

1. Підбір діагностичного інструментарію - Шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера - State-Trait Anxiety Inventory (STAI) та Шкала депресії (А. Бек).

2. Створення та проведення онлайн-опитування за допомогою Google-форм.

3. Аналіз та інтерпритація отриманих даних за допомогою методів статистичної обробки даних.

4. Створення практичних рекомендацій щодо профілактики та подолання проявів тривожності та депресивності.

Дослідницький інструментарій включав дві надійні та валідні психодіагностичні методики. Першою була використана Шкала реактивної і особистісної тривоги Ч. Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI).

Шкала є ефективним інструментом, який дозволяє глибоко проаналізувати два різні аспекти людського стану. Перша частина цієї методики фокусується на реактивній тривозі, яка відображає самопочуття людини безпосередньо в момент опитування. Показник фіксує поточне напруження, нервозність та внутрішній неспокій, що виникають як миттєва реакція на зовнішні обставини або стресові чинники. Інтенсивність реактивної тривоги змінюється залежно від того, наскільки загрозливою або дискомфортною здається поточна ситуація. Друга ж частина методики досліджує особистісну тривогу, яка є стабільною рисою характеру. Вона вказує на постійну схильність людини сприймати навколишній світ крізь призму

занепокоєння, навіть якщо для цього немає явних причин. Високий рівень такої тривоги означає, що особа схильна бачити загрозу для своєї самооцінки чи безпеки у широкому спектрі життєвих подій, що часто призводить до емоційного виснаження або навіть психосоматичних розладів.

Під час проведення дослідження людині пропонують уважно прочитати твердження та швидко обрати варіант, який найкраще описує її стан, не витрачаючи багато часу на роздуми. Робота з отриманими даними передбачає підрахунок балів, що дозволяє визначити рівень обох видів тривоги та розробити подальші кроки для гармонізації внутрішнього стану. Кінцевий результат за кожною частиною коливається від 20 до 80 балів, де показник нижче 30 свідчить про слабку тривогу, середина шкали вказує на помірну, а цифри понад 45 балів сигналізують про те, що тривога є надто вираженою, вище норми. Порівнюючи ці два виміри, можна зрозуміти, чи є внутрішня напруга лише тимчасовою реакцією на подію, чи це глибока індивідуальна особливість, яка потребує особливої уваги та корекції.

Для вивчення депресивної симптоматики застосовувалася Шкала депресії А. Бека (Beck Depression Inventory), яка є визнаним інструментом для визначення ступеня вираженості та глибини депресивних проявів у дорослих.

Дана система включає двадцять одне запитання, які допомагають проаналізувати ключові прояви депресії, такі як різкі зміни настрою, зникнення радості від буденних справ, постійне відчуття виснаження, рівень самооцінки, якість сну та апетиту, а також загальний песимізм чи схильність до самогубства.

Результати оцінюються за певною градацією, де показник до 0-9 балів свідчить про відсутність депресивних симптомів або їх мінімальну присутність. Якщо ж кількість балів сягає 10-15 балів, результат вказує на легку депресію, по іншому субдепресія. Показник 16-19 балів говорить про помірну депресію, а у разі 20-29 балів, ми маємо справу з вираженим депресією середньої тяжкості. Найвищі показники 30-63 бали сигналізують про важку депресію.

Сам хід експерименту передбачав кілька послідовних організаційних етапів. На початковому етапі нами було розроблено та структуровано електронний бланк опитування, який містив коротку вступну частину з поясненням мети дослідження та

інструкціями, блок збору базових соціально-демографічних даних (вік, стать, статус, регіон перебування) та безпосередньо самі тестові опитувальники. Збір емпіричних даних здійснювався у дистанційному форматі за допомогою електронного сервісу Google Forms. Такий підхід дозволив не лише забезпечити максимальну безпеку та анонімність учасників, що є критично важливим фактором при дослідженні таких делікатних станів як депресія та тривога, але й значно пришвидшив процес збору інформації.

Далі посилання на сформовану форму розповсюджувалося через соціальні мережі та шляхом особистих контактів як серед військових, так і серед цивільних громадян. Перед початком тестування кожен респондент ознайомлювався з умовами та надавав добровільну згоду на участь в опитуванні та подальшу обробку результатів. В кінці усіх діагностичних методик респонденти отримували перелік гарячих ліній психологічної допомоги, у разі несподіваного тригеру від питань. Після завершення процесу збору інформації, отримані сирі бали з Google-таблиць були переведені у стандартизовані показники згідно з авторськими ключами до обраних методик. Таким чином було підготовлено структурований масив емпіричних даних для подальшого якісного та кількісного статистичного аналізу, результати та інтерпретація якого будуть детально описані у наступних підрозділах нашої роботи.

Загальна вибірка даного дослідження склала 90 осіб, що дозволяє говорити про достатній рівень репрезентативності для отримання статистично значущих результатів. З метою проведення порівняльного аналізу всіх респондентів було розділено на дві рівні групи по 45 чоловік у кожній: першу групу опитуваних склали військовослужбовці, а другу групу - цивільні громадяни. У гендерному розрізі загальна вибірка представлена 38 жінками та 52 чоловіками, віковий діапазон яких коливається від 20 до 50 років (32 людини 20-30 років, 41 людина 30-40 років, 17 чоловік 40-50 років), що охоплює період ранньої та середньої дорослості.

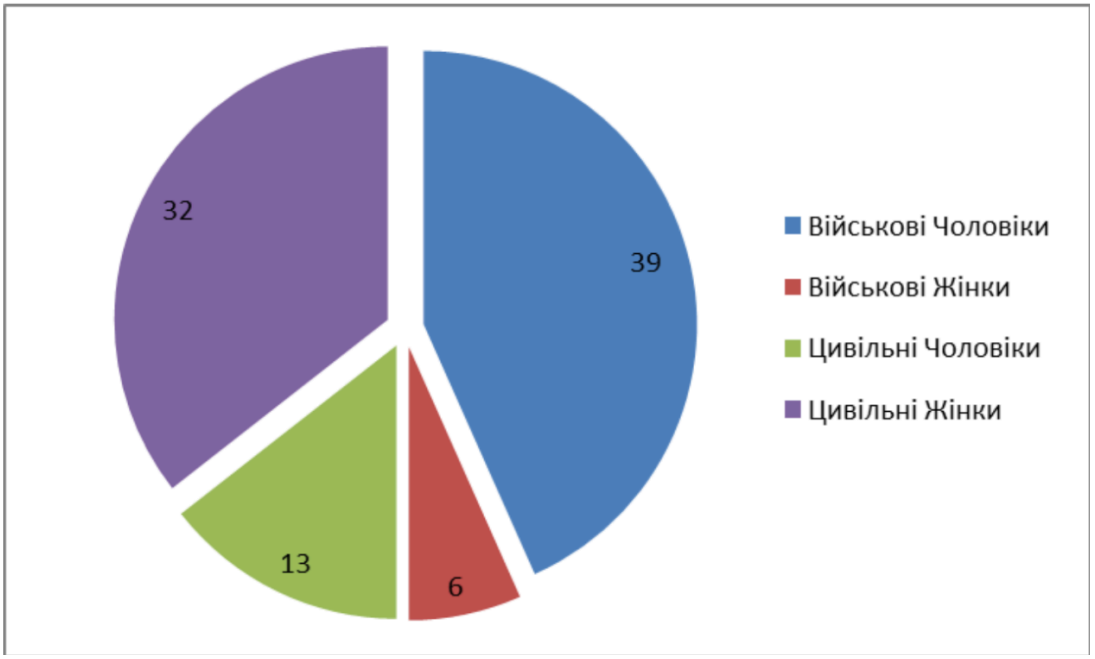


Рис. 2.1 Наочний розподіл респондентів за правовим статусом та гендером

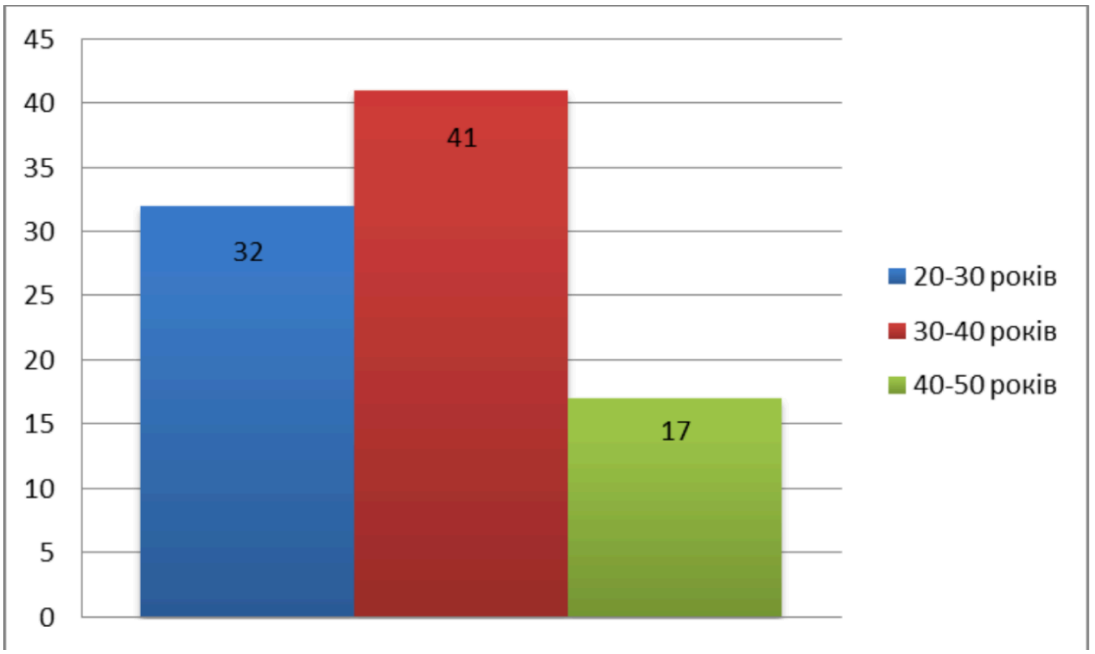


Рис. 2.2 Наочний розподіл респондентів за віком

Варто окремо відзначити географічну специфіку учасників, яка обумовлена актуальною ситуацією в країні та специфікою діяльності різних груп населення. Так, аналіз соціально-демографічних даних показав, що переважна більшість військових на момент проведення опитування вказувала своїм нинішнім місцем проживання регіони, що знаходяться у відносній або безпосередній близькості до районів виконання бойових завдань, а саме: Дніпровську, Донецьку, Харківську, Херсонську

та Запорізьку області. Натомість географія перебування мирних громадян виявилася дещо іншою: найбільша їх кількість зосереджена у місті Києві, а також присутня у чернігівській області та місті Львові. Крім того, до вибірки увійшли декілька чоловік з числа цивільних, які наразі перебувають за кордоном у зв'язку з вимушеною міграцією на фоні бойових дій. Таке географічне розмаїття робить вибірку більш різнобічною та дозволяє врахувати різні контексти проживання стресового досвіду.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

На основі отриманих результатів розглянемо подальший математично-статистичний аналіз та змістовну інтерпретацію, що є ключовим етапом для підтвердження або спростування висунутої гіпотези. Для правильного вибору методів статистичного порівняння першочерговим завданням була перевірка характеру розподілу отриманих емпіричних даних на нормальність, яка традиційно виконується перед застосуванням параметричних або непараметричних критеріїв. З цією метою було застосовано статистичний критерій Шапіро-Уілка. Проведений аналіз продемонстрував наступну статистичну картину:

- для першої шкали, яка вимірює рівень реактивної (ситуативної) тривожності, рівень надійності склав $p = 0.337$;
- для другої шкали, що діагностує особистісну тривожність, ми отримали значення $p = 0.234$.

Ці два показники формально перевищують стандартний рівень статистичної значущості, що могло б вказувати на нормальний розподіл за цими параметрами. Проте, аналіз третьої шкали (шкали депресії за методикою А. Бека) продемонстрував кардинально інший результат, а саме $p < 0.001$.

Таблиця 2.1

Перевірка на нормальність розподілу двох основних груп - військових й цивільних громадян

	Реактивна тривожність	**Особистісна тривожність**	**Шкала депресії**
N	90	90	90
Missing	0	0	0
Mean	50.8	46.3	17.7
Median	50.0	45.5	15.0
Standard deviation	11.6	10.9	12.9
Minimum	20	20	0
Maximum	79	75	60
Shapiro-Wilk W	0.984	0.982	0.889
Shapiro-Wilk p	0.337	0.234	< .001

Оскільки отриманий емпіричний показник за третьою шкалою є значно меншим за критичне значення $p < 0.05$, це вказує на те, що розподіл даних за шкалою депресії статистично достовірно відрізняється від нормального. Спираючись на цей факт та керуючись загальноприйнятими правилами математичної статистики в психологічних дослідженнях, які вимагають однакового підходу до аналізу всього масиву даних у межах одного порівняльного блоку, було прийнято рішення обрати непараметричний U-критерій Манна-Уітні для подальшого порівняльного аналізу вираженості показників тривоги та депресії. Даний математичний інструмент дозволяє максимально ефективно та коректно оцінити відмінності між двома незалежними вибірками за рівнем кількісно виміряної ознаки незалежно від форми початкового розподілу даних.

Проведення розрахунків за допомогою U-критерію Манна-Уітні дозволило виявити статистично значущі відмінності між досліджуваними групами за всіма

трьома шкалами, що становить особливий науковий інтерес для нашої роботи. Зокрема, математичне порівняння показників реактивної тривожності (шкала 1) продемонструвало високий рівень статистичної значущості відмінностей з показником $p < 0.001$. Абсолютно аналогічна та яскраво виражена тенденція спостерігається і при аналізі результатів за шкалою особистісної тривожності (шкала 2), де отриманий емпіричний рівень значущості також склав $p < 0.001$. Щодо третього досліджуваного феномену - депресивних станів за опитувальником А. Бека (шкала 3) - розрахунки непараметричного критерію також надійно підтвердили наявність достовірних розбіжностей між вибірками з результатом $p = 0.004$.

Таблиця 2.2

Результати порівняльного аналізу за критерієм Манна-Уітні

		Statistic	**p**
Реактивна тривожність	Mann-Whitney U	500	< .001
Особистісна тривожність	Mann-Whitney U	439	< .001
Шкала депресії	Mann-Whitney U	653	0.004

Таким чином, спираючись на суворі результати математично-статистичної обробки, можна об'єктивно констатувати наявність глибоких та достовірних відмінностей у специфіці перебігу реактивної й особистісної тривоги та депресивних проявів між військовослужбовцями та мирними громадянами. Отримані кількісні показники свідчать про те, що групи по-різному реагують на стресові фактори сьогодення, що відкриває шлях для подальшого ґрунтовного якісного психологічного опису цих феноменів.

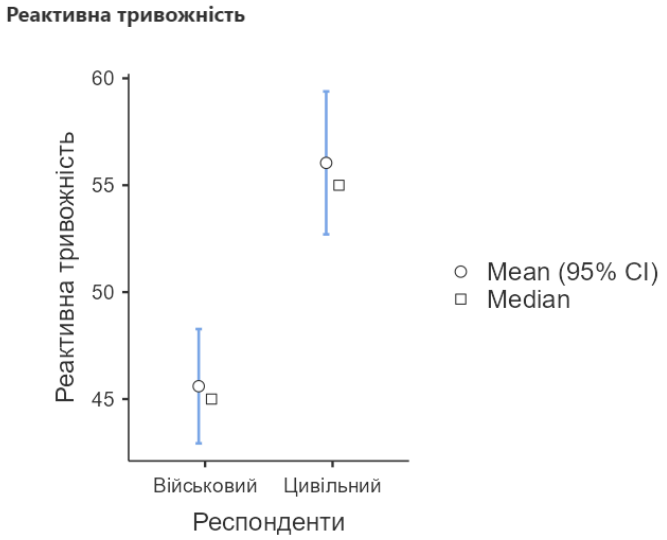
Для розуміння вектора цих відмінностей звернемо увагу на значення медіани у кожній з підгруп. Отримані дані дозволили виявити досить цікаву та, на перший погляд, парадоксальну тенденцію: за медіаною загальний стан тривожності (як реактивної, так і глибокої особистісної), а також рівень депресивності виявилися достовірно вищими саме у групі цивільних порівняно з групою військових. Важливо

підкреслити, що ця закономірність стабільно прослідковується незалежно від географічного фактору та поточного місця перебування респондентів.

Таблиця 2.4

Середнє значення двох основних груп - військових й цивільних громадян

	Правовий статус	**Кількість респондентів**	**Середнє арифметичне**	**Медіана**
Реактивна тривожність	Військовий	45	45.6	45.0
	Цивільний	45	56.0	55.0
Особистісна тривожність	Військовий	45	41.1	41.0
	Цивільний	45	51.5	50.0
Шкала депресії	Військовий	45	13.7	13.0
	Цивільний	45	21.7	19.0



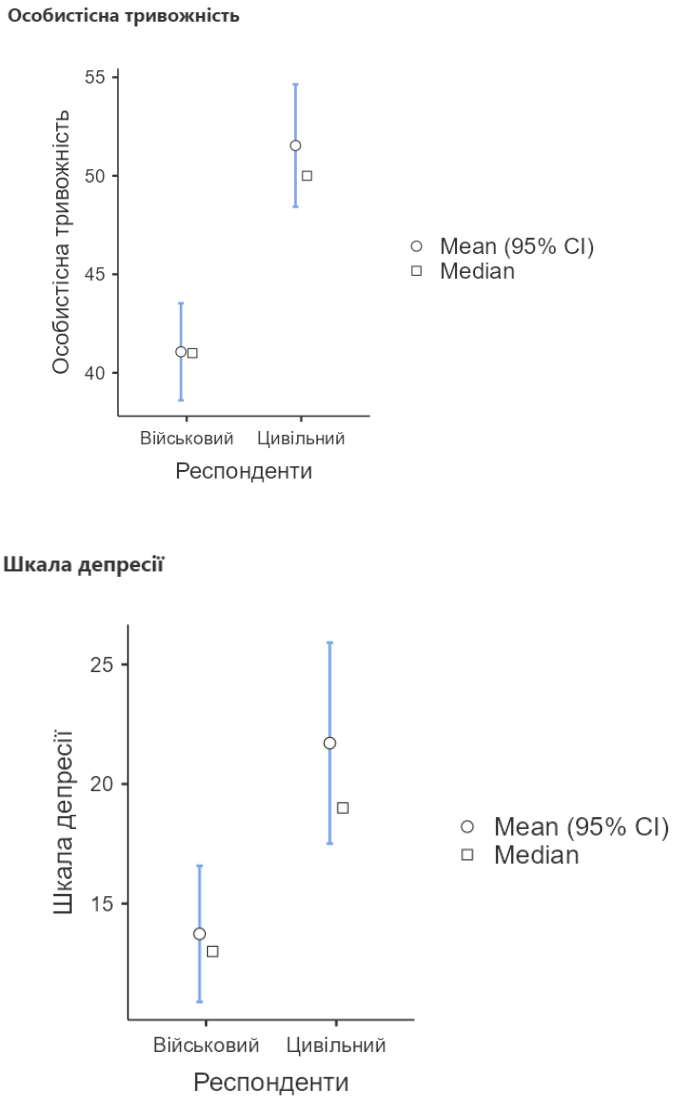


Рис. 2.3-2.5 Середнє значення шкал військових і цивільних громадян

Такий емпіричний результат потребує глибокого психологічного осмислення. З одного боку, можна припустити, що військові, перебуваючи в умовах екстремального стресу та підвищеної відповідальності, здійснюють потужну мобілізацію внутрішніх психологічних ресурсів. Специфіка їхньої діяльності передбачає наявність чіткої структури, зрозумілих алгоритмів дій, розвиненого почуття бойового братерства та високої цілеспрямованості, що виконує своєрідну буферну функцію і дозволяє ефективніше стримувати тривогу, не даючи їй перерости у клінічну депресію під час виконання завдань. Також до причин таких результатів можемо додати постійний вплив адреналіну від небезпечної роботи, та, що немало важливо, розглянути приорітети та цінності. З початком служби у лавах ЗСУ багато військових

стикаються з повною зміною життєдіяльності, а при постійній небезпеці головним приорітетом стає життя та здоров’я бійця. Такі цінності дуже яскраво підсвітлюються під час наявної загрози, тому інші проблеми, які у мирному житті були б катастрофою, нівелюються чи вирішуються з більшим оптимізмом.

З іншого боку, мирні громадяни, навіть перебуваючи у відносно безпечніших регіонах України або у статусі біженців за кордоном, стикаються з іншим спектром психологічних викликів. Їхній стан часто обтяжується тотальною невизначеністю майбутнього, неможливістю контролювати ситуацію, хронічним інформаційним перенавантаженням, синдромом провини вцілілого та руйнуванням звичного життєвого укладу. Відсутність чітких орієнтирів та постійне перебування у стані очікування небезпеки виснажує нервову систему, що і знаходить своє відображення у статистично вищих показниках як ситуативної та особистісної тривоги, так і депресивних станів у цієї категорії досліджуваних.

Розглянемо чи є різниця між віком респондентів та їх рівнем тривоги та депресії. Для перевірки припущення щодо наявності вікових відмінностей у показниках психоемоційного стану, загальну вибірку досліджуваних було розподілено на три вікові групи: від 20 до 30 років (34 особи), від 30 до 40 років (41 особа) та від 40 до 50 років (15 осіб). Оскільки порівнянню підлягали три незалежні вибірки, для статистичної обробки емпіричних даних було обрано непараметричний H-критерій Краскела-Уоліса. Аналіз результатів за шкалою тривожності Ч. Спілбергера показав, що рівень реактивної тривожності не має статистично значущих відмінностей між сформованими групами ($\chi2 = 0.865$, $p = 0.649$). Оцінка середніх рангів вказує на те, що ситуативна тривога переживається респондентами приблизно на одному рівні незалежно від їхнього віку. Подібна тенденція спостерігається і щодо показників особистісної тривожності, де відмінності також виявилися статистично незначущими ($\chi2 = 0.874$, $p = 0.646$). З цього випливає, що стійка схильність сприймати життєві обставини як об'єктивно загрозливі є відносно однорідною характеристикою для всієї досліджуваної вибірки, не демонструючи чіткої залежності від вікового фактора. Звертаючись до результатів, отриманих за допомогою опитувальника депресії А. Бека, суттєвого впливу віку на загальну

вираженість депресивних симптомів також не було виявлено ($\chi 2 = 1.012$, $p = 0.603$). Узагальнюючи ці дані, варто зазначити, що оскільки показники статистичної значущості за всіма трьома досліджуваними шкалами значно перевищують встановлений критичний рівень ($p > 0.05$), можна зробити загальний висновок: вікова приналежність респондентів у межах від 20 до 50 років не є визначальним фактором, який суттєво диференціює або загострює рівні їхньої тривожності та депресії в умовах нашого дослідження. Таким чином, психоемоційні реакції на поточні виклики мають більш універсальний характер для дорослих людей різного віку, що потребує пошуку інших, більш вагомих корелятів, які могли б пояснити індивідуальні коливання у станах тривоги та зниження настрою.

Таблиця 2.3

Показники відмінностей рівня тривожності та депресії у досліджуваних різних вікових груп за H-критерієм Краскела-Уолліса

Психологічна шкала	Вікова група	Кількість респондентів	Середній ранг	χ^2	*p*
Реактивна тривожність	20–30 років	34	42.22	0.865	0.649
	30–40 років	41	47.60		
	40–50 років	15	47.20		
Особистісна тривожність	20–30 років	34	42.24	0.874	0.646
	30–40 років	41	47.77		

Психологічна шкала	Вікова група	Кількість респондентів	Середній ранг	χ^2	*p*
	40–50 років	15	46.70		
Депресія	20–30 років	34	47.03	1.012	0.603
	30–40 років	41	46.49		
	40–50 років	15	39.33		

Наступним логічним кроком нашого дослідження розгляд отриманих результатів крізь призму гендерного фактору, що передбачало роздільний аналіз показників у підгрупах чоловіків та жінок незалежно від їхньої професійної чи соціальної приналежності.

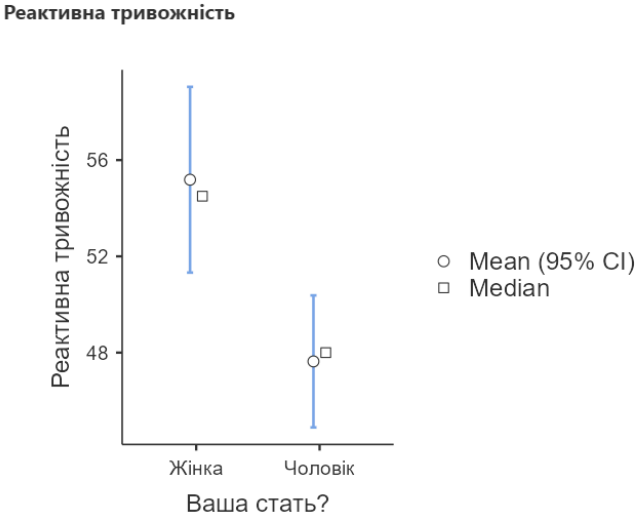
Порівняння медіанних значень яскраво продемонструвало, що вищий стан тривожності та депресивності був виявлений саме у жінок. Отримані емпіричні дані цілком узгоджуються з багатьма класичними та сучасними дослідженнями у галузі кризової та гендерної психології, які вказують на специфіку жіночого реагування на тривалий дистрес. Жінкам частіше притаманна вища емоційна сенситивність, схильність до глибшого внутрішнього рефлексивного переживання психотравмуючих подій та емпатійного залучення (В.Гаврилькевич, М. Олійник, 2023). Крім того, не слід забувати про соціальний контекст: в умовах актуальної кризи саме на жінок переважно лягає колосальний додатковий тягар відповідальності за збереження родини, евакуацію, психологічну підтримку та адаптацію дітей до нових, часто екстремальних умов життя, а також забезпечення базового побуту на тлі загальної нестабільності. Усі вище зазначені причини призводять до швидшого виснаження адаптивних механізмів нервової системи, що і

знаходить своє відображення у достовірно вищих показниках за шкалами Спілбергера та Бека серед жіночої частини даної вибірки.

Таблиця 2.5

Середнє значення шкал за гендерним показником

	Стать	**Кількість респондентів**	**Середнє арифметичне**	**Медіана**
Реактивна тривожність	Жінка	38	55.2	54.5
	Чоловік	52	47.6	48.0
Особистісна тривожність	Жінка	38	51.5	50.0
	Чоловік	52	42.5	42.5
Депресія	Жінка	38	20.3	18.5
	Чоловік	52	15.8	13.0



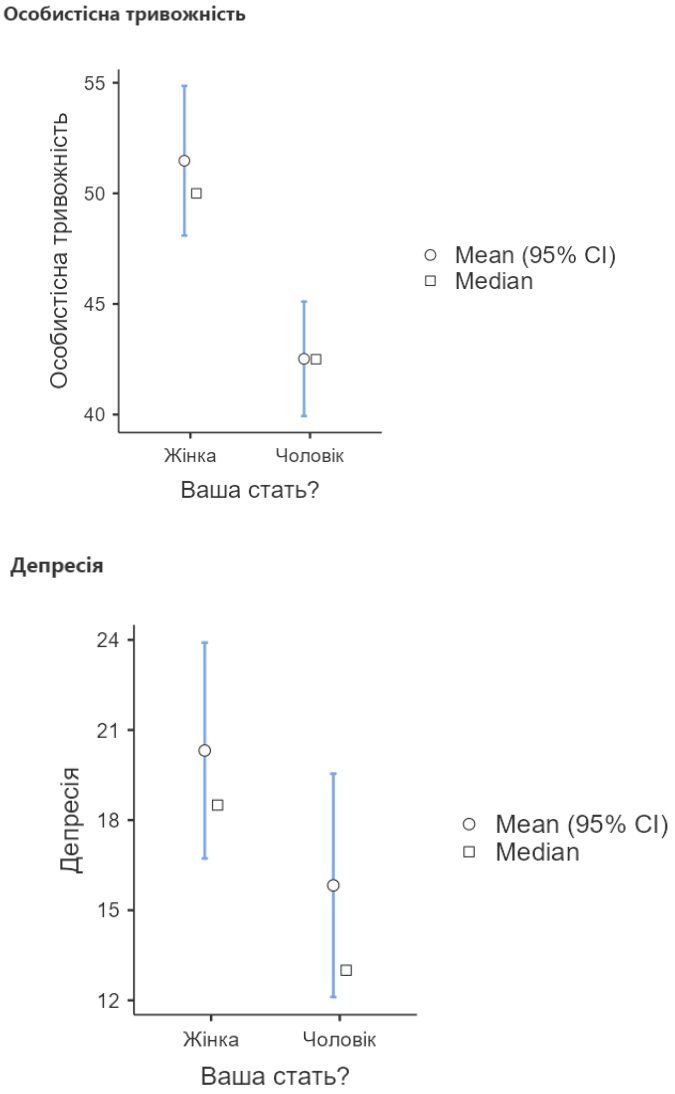


Рис. 2.6-2.8 Середнє значення шкал двох гендерних груп

Таким чином, проведений медіанний аналіз дозволяє впевнено стверджувати, що приналежність до групи цивільних громадян та жіноча стать виступають самостійними та потужними предикторами підвищеної вразливості до розвитку тривожних та депресивних станів в умовах затяжного стресу.

2.3. Практичні рекомендації щодо профілактики та подолання проявів тривожності та депресивності

На основі проведеного емпіричного дослідження особливостей виявів тривоги та депресії у військовослужбовців та цивільних осіб в умовах воєнного стану, постає

гостра потреба у формулюванні комплексних практичних рекомендацій, спрямованих на стабілізацію психоемоційного стану.

В умовах тривалого стресу, зумовленого військовими діями, проблема динаміки рівня тривоги та поширення проявів депресії набуває особливої гостроти як серед військовослужбовців, так і серед цивільного населення. Теоретичний аналіз проблеми показує, що тривога часто виступає первинною адаптивною реакцією психіки на непередбачуваність та загрозу життю, готуючи організм до дій. Натомість депресивні прояви переважно формуються згодом, як наслідок глибокого виснаження адаптивних ресурсів організму, тривалої фрустрації та втрат. Профілактика та корекція цих станів вимагає диференційованого підходу, оскільки об'єктивний життєвий контекст військовослужбовців та цивільних осіб суттєво відрізняється, хоча базові нейробіологічні механізми саморегуляції мають спільну основу. Успішне впровадження рекомендацій залежить від регулярності їх виконання та готовності особистості до активної роботи зі своїм станом.

Для мирного населення ключовим аспектом подолання хронічної тривоги є відновлення ілюзії або реального почуття контролю над власним життям. В умовах постійної невизначеності найефективнішим інструментом стає жорстке планування щоденної рутини та суворе дотримання інформаційної гігієни. Постійний моніторинг новин стимулює симпатичну нервову систему, що штучно підтримує високий рівень фонової тривоги, а отже постійно тисне на людину й виснажує її. Рекомендується обмежити споживання інформаційного контенту, а саме новин, до одного-двох разів на день та зосередитися на виконанні посильних мікрозавдань, які дають швидкий і видимий результат. Для профілактики розвитку депресії цивільним особам вкрай необхідно підтримувати та розбудовувати соціальні зв'язки, а також залучатися до волонтерської або іншої суспільно корисної діяльності, що повертає відчуття власної значущості та екзистенційного сенсу. Крім того, критично важливим є свідоме розпізнавання та легалізація власних емоцій без їх знецінення на фоні масштабних трагедій, оскільки заборона на почуття є прямим шляхом до поглиблення депресивності.

У контексті військовослужбовців робота з тривогою та депресією має принципово інший, специфічний характер, оскільки бойове середовище вимагає постійної психофізіологічної мобілізації. Тут тривожні прояви виконують захисну функцію і часто трансформуються у стан гіперпильності, який є необхідним для виживання на позиціях, але стає деструктивним та виснажливим під час ротації, перебування в тилу або у відпустці. Основною рекомендацією для цієї групи є регулярне використання технік психологічної декомпресії та заземлення, що дозволяють нервовій системі безпечно перемкнутися з бойового режиму виживання у режим фізіологічного відновлення. Зниження проявів депресивності у військових найчастіше пов'язане з необхідністю опрацювання почуття провини вцілілого, горюванням за втраченими побратимами та поступовим відновленням довіри до безпечного середовища. Фундаментальну терапевтичну роль тут відіграє взаємопідтримка за принципом «рівний-рівному», оскільки саме побратими формують найбільш валідне та безпечне середовище для обговорення та прийняття важкого травматичного досвіду без страху бути незрозумілим.

Щодо конкретних практичних вправ, які можна самостійно використовувати для покращення ментального стану, базовою технікою екстреної самодопомоги є цілеспрямована регуляція дихання. Відомо, що під час нападів сильної тривожності дихання стає поверхневим і частим, що лише посилює панічну реакцію мозку. Застосування тактичного дихання по квадрату дозволяє швидко знизити фізіологічне збудження та повернути лобовим часткам мозку контроль над тілом. Ця вправа передбачає повільний вдих, затримку дихання, видих і знову затримку, де кожен з цих чотирьох етапів триває рівно чотири секунди. Іншим надзвичайно дієвим методом є техніка сенсорного заземлення «5-4-3-2-1», яка змушує мозок примусово перемикнутися з внутрішніх катастрофічних переживань на об'єктивні зовнішні стимули. Для її виконання необхідно свідомо знайти навколо себе та назвати п'ять предметів, звернути увагу на чотири тактильні відчуття, прислухатися та виділити три різні звуки, розпізнати два запахи та відчути один смак або просто випити ковток води.

Для системної роботи з проявами депресії найбільш емпірично обґрунтованою є практика поведінкової активації. Вона полягає у свідомому, покроковому і часто механічному включенні у прості побутові або колись приємні активності, навіть за повної відсутності мотивації та бажання це робити. Суть методу спирається на те, що дія має передувати емоції, а не навпаки: поступове виконання запланованих справ стимулює вироблення необхідних нейромедіаторів, що з часом знижує інтенсивність клінічної депресії. Також універсальною та корисною є практика прогресивної м'язової релаксації за Едмундом Джейкобсоном. Цей метод діє через почергове максимальне напруження (протягом 5-7 секунд) та подальше глибоке розслаблення різних груп м'язів, починаючи від пальців ніг і закінчуючи м'язами обличчя. Ця техніка допомагає ефективно зняти хронічні тілесні блоки та м'язовий «панцир», в якому часто акумулюються непрожиті тілесні переживання та руйнівні наслідки тривалого дистресу. Додатково рекомендується спробувати візуалізаційні медитативні вправи, які також будуть спрямовані на повернення людини до відчуття свого тіла, до прикладу «Повітряна кулька». Людина має уявити кульку всередині себе, яка підіймається при вдоху до рівня горла й опускається до начальної точки при видоху. Наступним етапом буде уявити, як при вдиху кулька перестає рухатись, але так само опускається при видоху нижче і нижче, поки не доходить до стоп. При правильному проведенню вправи, людина гарно відчує своє тіло та заземлення, що зможу зняти напругу та тривогу

Надані рекомендації можна також використовувати при створенні групових тренінгів для обох груп та поєднувати з іншими вправами для саморегуляції. Розробка комплексного психологічного тренінгу для профілактики та подолання тривожності й депресивності вимагає врахування специфіки життєвого досвіду кожної цільової групи. Метою такої програми є не лише ознайомлення учасників з методами саморегуляції, але й формування стійкої навички їх використання у повсякденному житті або в умовах несення служби. Даний приклад тренінгу має модульну структуру, що дозволяє адаптувати універсальні психологічні інструменти як для цивільного населення, так і для військовослужбовців, змінюючи насамперед контекст, метафори та формулювання інструкцій.

Перший етап тренінгу присвячений психоедукації та відновленню почуття контролю. Для мирних осіб цей блок розкривається через поняття інформаційної гігієни та створення жорсткої щоденної рутини. Ведучий тренінгу наголошує на важливості обмеження новин та виконання посильних мікрозавдань, які дають швидкий результат і повертають відчуття управління власним життям. У роботі з військовими цей самий етап спрямований на розуміння механізмів бойового стресу та гіперпильності. Їм пояснюють, що їхня тривожність є нормальною та вкрай необхідною реакцією для виживання на позиціях, однак вона потребує свідомого «вимкнення» або зниження інтенсивності під час ротації, перебування в тилу чи у відпустці.

Наступним кроком є відпрацювання навичок екстреної самодопомоги при гострих нападах тривоги. Базовою технікою тут виступає дихання по квадрату, яке швидко знижує фізіологічне збудження. Пояснюючи цю вправу цивільним, варто зосередити увагу на подоланні паніки під час обстрілів або перебування в укритті, пропонуючи фіксувати погляд на будь-якому квадратному предметі в кімнаті. Для військових ця ж вправа подається як «тактичне дихання» - інструмент снайперів або спецпризначенців для миттєвої стабілізації серцебиття перед виконанням завдання чи після бойового зіткнення. Далі учасники опановують техніку сенсорного заземлення «5-4-3-2-1». Цивільним пропонується шукати навколо себе звичні побутові предмети, концентруватися на фактурі одягу чи запаху кави. Натомість для військовослужбовців інструкція звучить інакше: їм пропонують сфокусуватися на елементах екіпірування, відчути вагу зброї чи бронежилета, прислухатися до навколишніх звуків, що допомагає безпечно перемкнутися з внутрішніх тривожних переживань на об'єктивну реальність.

Важливим компонентом тренінгу є робота з тілесними блоками через прогресивну м'язову релаксацію за Едмундом Джейкобсоном та візуалізаційні вправи. Практика «Повітряна кулька» ефективно допомагає повернути відчуття тіла та зняти напругу. Для цивільних образ кульки асоціюється з легкістю, спокоєм та поступовим розслабленням, коли вона опускається до стоп. Для військових цю ж вправу доцільно модифікувати, назвавши її «Внутрішній поршень» або «Скидання

тиску», де акцент робиться не на кульці, а на керованому розподілі енергії по тілу зверху вниз, що формує стійку психологічну та фізичну опору.

Додатково до програми інтегрується вправа з направленої візуалізації, яка чудово працює із загальним фоном тривожності. Цивільним ця техніка подається як «Безпечне місце», де учаснику пропонують детально уявити локацію з минулого або фантазії, наповнену абсолютним затишком і спокоєм. Для військових формулювання змінюється на «Внутрішній бункер» або «Сейф» - максимально захищену, броньовану та контрольовану зону в уяві, куди можна тимчасово помістити важкі спогади чи емоції до того моменту, поки не з'явиться ресурс або безпечні умови для їх опрацювання.

Для профілактики та зниження проявів депресивності застосовується метод поведінкової активації, який передбачає свідоме, часто механічне залучення до діяльності навіть за повної відсутності мотивації. Цивільних заохочують до відновлення соціальних зв'язків та волонтерства, що допомагає повернути відчуття власної значущості та екзистенційного сенсу. Для військових фундаментальну терапевтичну роль тут відіграє взаємопідтримка за принципом «рівний-рівному», оскільки саме в середовищі побратимів найефективніше опрацьовується почуття провини вцілілого та відбувається прийняття травматичного досвіду.

Ще однією дієвою практикою, якою завершується тренінг, є техніка експресивного письма. Учасникам пропонується протягом п'ятнадцяти хвилин виписувати всі свої думки на папір суцільним текстом, без цензури та виправлень. Цивільним ця вправа допомагає екологічно легалізувати свій страх, втому та смуток без знецінення власних проблем на фоні глобальних трагедій. Для військовослужбовців ця практика виступає безпечним каналом для вивільнення накопиченого гніву, фрустрації або болю від втрат, дозволяючи залишити ці емоції на папері та не переносити їх у спілкування з близькими чи цивільним оточенням. Після виконання вправи аркуш рекомендується знищити, що символізує відпускання пережитого напруження.

Висновки до розділу 2

Підводячи підсумки даного емпіричного дослідження, яке було присвячене глибокому порівняльному аналізу специфіки тривожних та депресивних проявів в умовах воєнного стану, можемо впевнено констатувати успішне виконання поставлених завдань та спростування ключової гіпотези даної бакалаврської роботи, що дійсно було неочікуваним результатом. Використання надійного та перевіреного психодіагностичного інструментарію, зокрема Шкали реактивної та особистісної тривоги Ч. Спілбергера та Шкали депресії А. Бека, дозволило зібрати максимально валідний масив даних. Залучення 90 респондентів, які були розділені на рівні групи військовослужбовців та цивільних осіб, забезпечило достатній рівень репрезентативності для формулювання об'єктивних наукових висновків. Застосування методів математичної статистики, а саме непараметричного U-критерію Манна-Уітні, вибір якого був зумовлений результатами перевірки даних на нормальність за критерієм Шапіро-Уілка, гарантувало високу точність, надійність та беззаперечну достовірність виявлених психологічних відмінностей між досліджуваними вибірками.

Ключовим, і на перший погляд дещо парадоксальним, науковим здобутком роботи стало емпіричне підтвердження того факту, що загальний рівень як реактивної, так і глибинної особистісної тривоги, а також ступінь вираженості депресії виявилися статистично вищими саме у групі цивільного населення порівняно з військовослужбовцями. Отримані емпіричні показники ($p < 0.001$ для обох шкал тривоги та $p = 0.004$ для шкали депресії) яскраво демонструють, що екстремальний та перманентний стрес бойових дій викликає у військових потужну, життєво необхідну мобілізацію всіх внутрішніх психологічних ресурсів. Завдяки чіткій структурі діяльності, відчуттю бойового братерства та кардинальній зміні ціннісних пріоритетів у бік фізичного виживання, військові значно ефективніше стримують навалу тривожності, не дозволяючи їй трансформуватися у важкі клінічні стани безпосередньо під час виконання бойових завдань. Натомість цивільні громадяни, часто потерпаючи від хронічної невизначеності майбутнього, тотальної втрати контролю над власним життям, глибокого синдрому провини вцілілого та

виснажливого інформаційного перенавантаження, демонструють значно вищу вразливість нервової системи. Крім того, аналіз гендерного аспекту досліджуваної проблематики дозволив чітко встановити, що жіноча стать є додатковим і дуже вагомим фактором ризику щодо розвитку підвищеної тривоги та результатів депресії. Природна емоційна сенситивність жінок у поєднанні з колосальним додатковим тягарем соціальної та сімейної відповідальності в умовах кризи призводить до набагато швидшого виснаження їхніх адаптивних механізмів, що робить цивільний статус та жіночу стать найпотужнішими предикторами психологічної нестабільності з узятої вибірки респондентів.

Зважаючи на отримані результати математично-статистичного та якісного аналізу, було розроблено комплексний та диференційований перелік практичних рекомендацій, адаптований під специфічні життєві реалії кожної групи. Для мирного населення фундаментальним кроком у щоденній боротьбі із тривогою є штучне, але необхідне відновлення почуття контролю через жорстке планування мікро-рутини та суворе дотримання інформаційної гігієни, тоді як ефективна профілактика депресії може вимагати збільшення активної соціальної залученості, волонтерства та свідомої поведінкової активації. Водночас для військовослужбовців абсолютним пріоритетом є регулярне застосування технік психологічної декомпресії, заземлення та поступове опрацювання важкого травматичного досвіду виключно в безпечному, довірливому середовищі побратимів за принципом «рівний-рівному». Універсальними, дієвими та науково обґрунтованими інструментами самодопомоги, які ми настійно рекомендуємо для гармонізації внутрішнього стану та превентивного зниження рівня тривожних і депресивних проявів, є тактичне дихання по квадрату, техніка сенсорного заземлення «5-4-3-2-1», практика прогресивної м'язової релаксації за Е. Джейкобсоном, а також тілесно-орієнтовані візуалізаційні медитації, такі як вправа «Повітряна кулька» або схожі - «Тепле світло», «Заземлення» та інші.

Загалом, результати даного дипломного дослідження відкривають широкі перспективи для подальших наукових розвідок у галузі кризової та екстремальної психології, а також створюють надійне емпіричне підґрунтя для розробки

спеціалізованих психокорекційних протоколів, семінарів чи тренінгових занять, спрямованих на збереження та відновлення ментального здоров'я українського суспільства.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Узагальнюючи результати теоретичного аналізу та емпіричного дослідження, присвяченого проблемі особливостей проявів тривоги та депресії у військовослужбовців і цивільних громадян в умовах воєнного стану, можна зробити низку підсумкових висновків, які розкривають логіку роботи та підтверджують отримані результати.

Перш за все, теоретичний розділ роботи дозволив глибоко проаналізувати психологічну природу досліджуваних феноменів. Було з’ясовано, що тривожність (як стан реакції на загрозу) та депресивність (як стійке зниження настрою та втрата здатності отримувати задоволення) не є ізольованими або виключно патологічними явищами. Навпаки, в умовах хронічного воєнного стресу вони виступають як багатовимірні психоемоційні реакції, що формуються на перетині біологічних передумов, індивідуально-психологічних особливостей та соціальних чинників. Важливим теоретичним здобутком стало розуміння того, що війна створює унікальне середовище перманентного дистресу, де тривога та депресія набувають масового характеру, виходячи за межі індивідуальних випадків. На основі аналізу праць З. Фройда, К. Хорні, А. Адлера та А. Бека було показано, що тривога може виконувати адаптивну функцію мобілізації ресурсів, тоді як депресивні прояви часто пов’язані з виснаженням цих ресурсів, втратами та порушенням когнітивних схем. Окремо було підкреслено, що український контекст (тривалість війни, внутрішнє переміщення, інформаційне перевантаження) значно посилює ризики виникнення обох станів.

Переходячи до емпіричної частини, варто зазначити, що організація дослідження була підпорядкована меті порівняння проявів тривоги та депресії у двох групах – військових і цивільних (по 45 осіб у кожній). Використаний діагностичний інструментарій (шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера та шкала депресії А. Бека) довів свою надійність та валідність. Застосування непараметричного U-критерію Манна-Уітні (обумовлене ненормальністю розподілу даних за шкалою котиків, $p < 0.001$) дозволило отримати статистично значущі результати, які стали основою для головного висновку роботи.

Найважливішим і, на перший погляд, неочікуваним результатом стало спростування початкової гіпотези про те, що цивільні громадяни мають такий самий або схожий рівень тривожності і депресивності, як і військовослужбовці. Емпіричні дані засвідчили, що рівень як реактивної, так і особистісної тривоги, а також вираженість депресії є статистично вищими саме у групі цивільного населення ($p < 0.001$ для обох шкал тривог та $p = 0.004$ для шкали депресії). Цей факт ми схильні пояснювати тим, що військові, перебуваючи в умовах прямої загрози життю, демонструють потужну мобілізацію психологічних ресурсів, підкріплену чіткою структурою діяльності, почуттям бойового братерства, а також зміною ціннісних пріоритетів у бік фізичного виживання. Натомість цивільні громадяни, навіть перебуваючи у відносній безпеці, страждають від хронічної невизначеності, втрати контролю, синдрому провини вцілілого та виснажливого інформаційного тиску, що виснажує їхню нервову систему та сприяє зростанню показників стресу та його похідних. Таким чином, наша гіпотеза про те, що більшість українців більшою чи меншою мірою відчувають тривожні та депресивні прояви у зв'язку з воєнними діями, повністю підтвердилася, однак друга гіпотеза була спростована - цивільні демонструють гірші показники, ніж військові.

Додатковим важливим результатом стало виявлення гендерних відмінностей. Проведений аналіз показав, що жінки (незалежно від статусу) мають достовірно вищі рівні тривожно-депресивних проявів порівняно з чоловіками. Це узгоджується з літературними даними про вищу емоційну сенситивність жінок та покладену на них додаткову відповідальність за родину, дітей та побут в умовах кризи. Отже, жіноча стать та цивільний статус виступають як потужні предиктори психоемоційної вразливості в умовах війни.

На основі отриманих результатів нами було розроблено диференційовані практичні рекомендації. Для цивільних осіб ключовими напрямами профілактики є відновлення відчуття контролю через планування рутини, дотримання інформаційної гігієни та соціальна залученість (волонтерство). Для військовослужбовців пріоритетом виступають техніки декомпресії, заземлення та опрацювання травматичного досвіду в безпечному середовищі побратимів.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що мета була досягнута. Усі поставлені завдання виконано. Результати дослідження мають не лише теоретичне значення, поглиблюючи уявлення про вплив воєнного стресу на різні верстви населення, але й практичну цінність, оскільки можуть бути використані для розробки спеціалізованих програм психологічної допомоги та профілактики. Перспективами подальших досліджень може стати вивчення динаміки тривожності та депресивності у різні періоди війни, а також розробка більш точних протоколів дистанційної підтримки для цивільних осіб, які, як показало наше дослідження, є найбільш вразливою категорією.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Альянс громадського здоров'я. (2024). Психічне здоров'я ключових груп: потреби і можливості отримання відповідних послуг в умовах війни проти України: звіт за результатами дослідження.
2. Київський міжнародний інститут соціології. (2025). Добробут українців: пілотне дослідження рівня особистого добробуту українців. Хвиля 2.0, грудень 2024.
3. Полив'яна, О., Степанова, Н., Ячнік, Ю., Мишаківська, О., Фегерт, Й., Сітарскі, М., & Пінчук, І. (2024). Потреба в підтримці ментального здоров’я студентів під час війни.
4. Всеукраїнська програма ментального здоров’я «Ти як?». (2023). Додаток 1.
5. Гаврилькевич, В., & Олійник, М. (2023). Гендерні особливості емоційного реагування на війну. Psychology Travelogs, (3), 100–112. https://doi.org/10.31891/PT-2023-3-10
6. Хаустова, О. О. (2022). Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні. Український медичний часопис. (Додайте назву журналу, якщо вона відома).
7. Юр’єва, Л. М., Вишніченко, С. І., & Шорніков, А. В. (2022). Аналіз феноменів тривоги та депресії у перші тижні війни: гендерно-вікові аспекти. Психосоматична медицина та загальна практика, 7(1).
8. Ally, A., & Aloka, P. J. O. (2024). Sigmund Freud’s understandings of anxiety: A conceptual review. Social Sciences and Education Research Review, 11(2), 35–48.
9. Adler, A. (1930). The science of living. George Allen & Unwin.
10. Adler, A. (1956). The individual psychology of Alfred Adler: A systematic presentation in selections from his writings (H. L. Ansbacher & R. R. Ansbacher, Eds.). Basic Books.
11. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).
12. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.).

13. Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and non-anxious individuals: A meta-analytic study. Psychological Bulletin, 133(1), 1–24.
14. Beck, A. T. (1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. Harper & Row.
15. Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. International Universities Press.
16. Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. Behaviour Research and Therapy, 35(1), 49–58.
17. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. Guilford Press.
18. Belmaker, R. H., & Agam, G. (2008). Major depressive disorder. New England Journal of Medicine, 358(1), 55–68.
19. Drevets, W. C., Price, J. L., & Furey, M. L. (2008). Brain structural and functional abnormalities in mood disorders: Implications for neurocircuitry models of depression. Brain Structure and Function, 213(1-2), 93–118.
20. Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. In The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 237–258). Hogarth Press.
21. Freud, S. (1923). The ego and the id. W. W. Norton & Company.
22. Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. Hogarth Press.
23. Freud, S., & Breuer, J. (1893). On the psychical mechanism of hysterical phenomena. (Source publisher needed).
24. Godager, G., & Obrizan, M. (2025). Mental health during the war: When bread wins over bombs.
25. Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. Behaviour Research and Therapy, 40(8), 869–893.

26. Horney, K. (1937). The neurotic personality of our time. W. W. Norton & Company.
27. Horney, K. (1945). Our inner conflicts: A constructive theory of neurosis. W. W. Norton & Company.
28. International Organization for Migration. (2024). Mental health and psychosocial support (MHPSS) in Ukraine.
29. ISSUP Україна. (2024). Mental health and substance use in Ukraine.
30. Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 62(6), 617–627.
31. Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. The International Journal of Psychoanalysis, 21, 125–153.
32. Kurapov, A., Danyliuk, I., Loboda, A., Kalaitzaki, A., Kowatsch, T., Klimash, T., & Predko, V. (2023). Six months into the war: A first-wave study of stress, anxiety, and depression among in Ukraine. Frontiers in Psychiatry, 14, Article 1190465.
33. Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), The psychology of depression: Contemporary theory and research (pp. 157–185). Winston.
34. Martsenkovskyi, D., Karatzias, T., Hyland, P., Shevlin, M., & Ben-Ezra, M. (2024). Mental health in Ukraine in 2023. European Psychiatry, 67(1), Article e27.
35. Pariante, C. M., & Lightman, S. L. (2008). The HPA axis in major depression: Classical theories and new developments. Trends in Neurosciences, 31(9), 464–468.
36. Sapolsky, R. M. (2000). Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. Archives of General Psychiatry, 57(10), 925–935.
37. Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. The Lancet, 371(9618), 1115–1125.

38. Strongman, K. T. (1995). Theories of anxiety. New Zealand Journal of Psychology, 24(2).
39. Tychkovsky, I. (2023). Mental traumatherapy.
40. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2019). Depression. World Health Organization.
41. World Health Organization. (2023). Strengthening national capacity for mental health and psychosocial support during the war: WHO support to Ukraine in 2022.
42. Xu, W., Pavlova, I., Chen, X., Petrytsa, P., Graf-Vlachy, L., & Zhang, S. X. (2023). Mental health symptoms and coping strategies among Ukrainians during the Russia-Ukraine war in March 2022. International Journal of Social Psychiatry, 69(4), 957–966

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності (Ч. Спілбергер в адаптації Ю. Ханіна) (State-Trait Anxiety Inventory - STAI)

Вік досліджуваного: з 11 років.

Методика є інформативним способом самооцінки рівня тривожності у даний момент (реактивна тривожність, як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Методика була розроблена в 1970 році.

(ПІБ) _____

Вік _____ Стать _____ Дата _____

А. Шкала самооцінки реактивної тривожності

Інструкція: прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе почуваєте в даний момент. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3.	Я знаходжуся в стані напруги	1	2	3	4
4.	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5.	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6.	Я засмучений	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9.	Я собою не вдоволений	1	2	3	4

10.	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11.	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12.	Я нервую	1	2	3	4
13.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я напружений	1	2	3	4
15.	Я не почуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16.	Я задоволений	1	2	3	4
17.	Я занепокоєний	1	2	3	4
18.	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19.	Мені радісно	1	2	3	4
20.	Мені приємно	1	2	3	4

Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності

Інструкція: прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе почуваєте звичайно. Над твердженнями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
21.	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22.	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
23.	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24.	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4

25.	Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26.	Звичайно я почуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27.	Я спокійний, холоднокровний і зібраний	1	2	3	4
28.	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
29.	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30.	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31.	Я приймаю все занадто близько до серця	1	2	3	4
32.	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33.	Звичайно я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34.	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35.	У мене буває хандра	1	2	3	4
36.	Я задоволений	1	2	3	4
37.	Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38.	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39.	Я врівноважена людина	1	2	3	4

40.	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Обробка результатів:

Показники реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами:

1.РТ = Σ1–Σ2+ 50,

Де Σ1 – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

Σ2 – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

2.ОТ =Σ1–Σ2+ 35,

де Σ1 – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

Σ2 – сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Інтерпретація результатів:

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

- 0-30 балів – низький рівень тривожності;
- 31-44 балів – помірний рівень тривожності;
- 45 і більше балів – високий рівень тривожності.

Додаток Б

Шкала депресії (А. Бек)

Методика дозволяє виявити наявність депресії та ступінь тяжкості депресивних розладів.

Інструкція: «Прочитайте уважно кожне твердження, розміщене навпроти порядкових цифр, і виберіть те, яке найбільш точно визначає Ваше самопочуття в даний момент. В рамках пронумерованих позицій можна вибрати декілька

тверджень. Отже, спочатку ознайомтеся зі всіма буквеними пунктами розділу, а потім вирішіть, що є вірним стосовно Вас».

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ Дата _____

№	Варіанти відповідей			
	а	б	в	г
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

Текст опитувальника

1. а) Я почуваюся добре.

б) Мені погано.

в) Мені весь час сумно і я нічого не можу з собою зробити.

г) Мені так нудно і сумно, що я не в силах більше терпіти.

2. а) Майбутнє не лякає мене.

б) Я боюся майбутнього.

в) Мене ніщо не радує.

г) Моє майбутнє безпросвітне.

3. а) В житті мені переважно щастило.

б) Невдач і провалів було в мене більше, ніж у кого-небудь іншого.

в) Я нічого не добився в житті.

г) Я потерпів повне фіаско – як батько, партнер, дитина, на професійному рівні – словом, усюди.

4. а) Не можу сказати, що я незадоволений.

б) Як правило, я нудьгую.

в) Що б я ні робив(ла), ніщо мене не радує, я як заведена машина.

г) Мене не задовольняє абсолютно все.

5. а) У мене немає відчуття, ніби я когось образив.

б) Може, я і образив(ла) когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо.

в) У мене таке відчуття, ніби я всім приношу тільки нещастя.

г) Я погана людина, дуже часто я кривдив інших людей.

6. а) Я задоволений(а) собою.

б) Іноді я відчуваю себе нестерпним.

в) Іноді я відчуваю комплекс неповноцінності.

г) Я абсолютно нікчемна людина.

7. а) У мене не складається враження, ніби я вчинив(ла) щось таке, що заслуговує покарання:

б) Я відчуваю, що покараний(а) або буду покараний(а) за щось таке, де став(ла) винуватим(ою).

в) Я знаю, що заслуговую покарання.

г) Я хочу, щоб життя мене покарало.

8. а) Я ніколи не розчаровувався(лася) в собі.

б) Я багато разів відчував(ла) розчарування в самому собі.

в) Я не люблю себе.

г) Я себе ненавиджу.

9. а) Я нічим не гірший(а) за інших.

б) Деколи я припускаюся помилки.

в) Просто жахливо, як мені не щастить.

г) Я сію навколо себе одні нещастя.

10. а) Я люблю себе і не ображаю себе.

б) Іноді я відчуваю бажання зробити рішучий крок, але не наважуюся.

в) Було краще б зовсім не жити.

г) Я подумую про те, щоб покінчити життя самогубством.

11. а) У мене немає причин плакати.

б) Буває, що я і поплачу.

в) Я плачу тепер постійно, так що не можу виплакатися.

г) Раніше я плакав(ла), а зараз якось не виходить, навіть коли хочеться.

12. а) Я спокійний(а).

б) Я легко дратуюсь.

в) Я знаходжуся в постійній напрузі, як готовий вибухнути паровий котел.

г) Мені тепер все байдуже; те, що раніше дратувало мене, зараз ніби мене і не стосується.

13. а) Прийняття рішення не доставляє мені особливих проблем.

б) Іноді я відкладаю рішення на потім.

в) Приймати рішення для мене проблематично.

г) Я взагалі ніколи нічого не вирішую.

14. а) Мені не здається, ніби я виглядаю погано або гірше, ніж раніше.

б) Мене хвилює, що я не дуже добре виглядаю.

в) Справи йдуть дедалі гірше, − я виглядаю погано.

г) Я бридкий(а), у мене відштовхуюча зовнішність.

15. а) Здійснити вчинок – для мене не проблема.

б) Мені доводиться змушувати себе, щоб зробити який-небудь важливий крок в житті.

в) Щоб зважитися на що-небудь, я повинен/повинна дуже багато попрацювати над собою.

г) Я взагалі не здатний)а) що-небудь реалізувати.

16. а) Я сплю спокійно і добре висипаюся.

б) Вранці я прокидаюся більш стомленим(ою), ніж був/була до того, як заснув(ла).

в) Я прокидаюся рано і відчуваю себе так, нібито не виспався(лася).

г) Іноді я страждаю на безсоння, іноді прокидаюся по декілька разів за ніч, в цілому я сплю не більше п’яти годин на добу.

17. а) У мене збереглася колишня працездатність.

б) Я швидко втомлююся.

в) Я відчуваю себе стомленим(ою), навіть якщо майже нічого не роблю.

г) Я настільки втомився(лася), що нічого не можу робити.

18. а) Апетит у мене такий же, яким він був завжди.

б) У мене пропав апетит.

в) Апетит у мене набагато гірше, ніж раніше.

г) У мене взагалі немає апетиту.

19. а) Бувати на людях для мене так само приємно, як і раніше.

б) Мені доводиться примушувати себе зустрічатися з людьми.

в) У мене немає ніякого бажання бувати в суспільстві.

г) Я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, мене взагалі не хвилює ніщо стороннє.

20. а) Мої еротико-сексуальні інтереси збереглися на колишньому рівні.

б) Секс вже не цікавить мене так, як раніше.

в) Зараз я міг/могла би спокійно обходитися без сексу.

г) Секс взагалі не цікавить мене, я абсолютно втратив(ла) до нього потяг.

21. а) Я відчуваю себе цілком здоровим(ою) і піклуюся про своє здоров’я так само, як і раніше.

б) У мене постійно щось болить.

в) Із здоров’ям справи серйозні, я весь час про це думаю.

г) Моє фізичне самопочуття жахливе, болячки просто вимотують мене.

Обробка результатів

За відповіді нараховується: «а» − 0 балів, «б» – 1 бал, «в» – 2 бали, «г» – 3 бали. Підраховується загальна сума набраних балів (в тому випадку, якщо в окремих позиціях досліджуваний вибирав не одне, а декілька тверджень, рахуйте їх теж).

Інтерпретація результатів

Ступінь депресії: 0–9 бали – відсутність депресивних симптомів;

10–15 бали – легка депресія (субдепресія);

16–19 бали – помірна депресія;

20–29 – виражена депресія (середньої тяжкості);

30–63 – важка депресія.

Додаток В


Як розпізнати напругу та не перегоріти
Тривога і виснаження — це нормальна реакція тіла на ненормальні обставини.
Твоя психіка — це теж зброя. Тримай її в чистоті.
Військові на службі
Гіперпильність (постійне очікування загрози).
Бойовий стрес і постійні викиди адреналіну.
Емоційне «замороження» (щоб вижити, психіка вимикає емоції).
Спалахи агресії, щоб скинути напругу.
Цивільні в тилу
Страх невідомості та втрата контролю.
Фонова, виснажлива тривожність.
Почуття провини («я роблю недостатньо»).
Якщо фіксуєш у себе 2 і більше червоних прапорців - час діяти
1. Не можеш заснути, навіть коли безпечно, або постійно прокидаєшся.
2. Постійно стиснуті щелепи, кулаки, тремор рук, «клубок» у горлі.
3. «Нічого не відчуваю», апатія, або навпаки - зриваєшся на побратимів через дрібниці.
4. Нав'язливе прокручування найгірших сценаріїв або помилок минулого.
Тактичне дихання «Квадрат» - знижує пульс, повертає контроль, зупиняє паніку.
1. Вдих - 4 секунди.
2. Затримка дихання - 4 секунди.
3. Видих - 4 секунди.
4. Затримка дихання - 4 секунди.
(Повторити 4-5 разів).
Експрес-розрядка «Пружина». Адреналін спалює м'язи. Якщо немає змоги рухатись, але є сильна напруга:
1. Максимально сильно напруж усі м'язи тіла (кулаки, прес, ноги, обличчя) на 5-7 секунд.
2. Різко розслабся з глибоким видихом.
Заземлення через амуніцію
Коли «накриває» або втрачаєш зв'язок з моментом:
Зверни увагу на вагу свого бронежилета на плечах. Торкнись зброї, відчуй її текстуру, холод металу. З силою упрись ногами (берцями) в землю й скажи собі: «Я тут. Я контролюю своє тіло».
Звертатися по допомогу - ще одна зброя, щоб довше триматися у строю. Ти не мусиш нести це сам.
Гаряча лінія кризової підтримки Українського ветеранського фонду:
0 800 33 20 29
Лінія психологічної підтримки для військових та їхніх близьких (Lifeline Ukraine): 7333