

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ІЗМАЇЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра загальної та практичної психології

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПІЇ РОЗЛАДІВ
ЕМОЦІЙНОГО СПЕКТРУ

Кваліфікаційна робота здобувача
освітнього ступеня магістр
спеціальності 053 Психологія

освітньої програми Психологія

Донця А. В.

Керівник к.психол.н., доц. Мазоха І.С

Рецензент: к. п. н., доцент кафедри
права і соціальної роботи

Замашкіна О. Д.

Робота допущена до захисту
на засіданні кафедри загальної та практичної психології
протокол № 6 від «12» грудня 2024 р.

Завідувач кафедри

Мацюха Т.С.
(підпис) (прізвище, ініціали)

Робота пройшла публічний захист
на відкритому засіданні ЕК

«26» грудня 2024 р.

Оцінка 85 добре
(за стобальною шкалою) (за традиційною шкалою)

Голова ЕК

Макаричук Н.В.
(підпис) (прізвище, ініціали)

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНІ КОНЦЕПЦІЇ ВИНИКНЕННЯ РОЗЛАДІВ ЕМОЦІЙНОГО СПЕКТРУ	6
1.1. Концептуальні підходи до визначення розладів емоційного спектру.....	6
1.2. Причини та механізми виникнення афективних розладів.....	15
1.3. Класифікація та симптоматика розладів емоційної сфери.....	26
Висновки до розділу 1.....	41
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ЕМОЦІЙНОГО СПЕКТРУ	42
2.1. Методики дослідження показників емоційних розладів особистості.....	42
2.2. Аналіз результатів дослідження особливостей розладів емоційної сфери у студентів.....	50
Висновки до розділу 2.....	58
РОЗДІЛ 3. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ ТА СТРАТЕГІЇ В КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ.....	59
3.1. Основні підходи до психотерапії емоційних розладів.....	59
3.2. Психотерапевтичні методики та техніки корекції афективних розладів...	69
Висновки до розділу 3.....	79
ВИСНОВКИ.....	80
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	83

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасні глобальні виклики, зокрема війна в Україні, суттєво впливають на психічне здоров'я населення, спричиняючи зростання кількості розладів емоційного спектру, таких як тривожні розлади, депресії, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та інші форми афективних порушень. Військові дії, пов'язані з ними втрати, вимушене переміщення, економічна нестабільність і загроза життю створюють надзвичайно високу психологічну напругу як для безпосередніх учасників бойових дій, так і для цивільного населення. У цьому контексті особливо важливим є вдосконалення методів психологічної діагностики, які б дозволяли виявляти як безпосередні наслідки травматичних подій, так і їхній відтермінований вплив.

Водночас війна актуалізувала потребу в розробці нових терапевтичних стратегій, спрямованих на відновлення психоемоційного стану постраждалих. Це включає як традиційні підходи (когнітивно-поведінкову терапію, психодинамічну терапію), так і сучасні інноваційні методи, такі як EMDR (метод десенсибілізації та переробки за допомогою руху очей) та кризове консультування. Таким чином, дослідження психологічних аспектів діагностики та терапії розладів емоційного спектру в умовах війни є надзвичайно актуальним.

У цьому контексті наукові досягнення вчених охоплюють численні аспекти, від діагностики до терапії афективних розладів. Зокрема, дослідження таких вчених, як В.М. Бобирьов, І.І. Марценковська, С.Н. Саржевський, дозволяють визначити ключові особливості клінічних проявів афективних розладів і підходи до їх лікування. Розлади емоційного спектру досліджуються у контексті психічного здоров'я (Л.Л. Борисенко, С.Н. Саржевський, О.С. Телюков) та емоційної стабільності осіб в умовах екстремальних ситуацій, зокрема в умовах воєнного стану (Л.Л. Борисенко, Ю.С. Вальчук, Л.В. Корват). Серед методів роботи з розладами емоційного спектру особливу увагу заслуговують когнітивно-поведінкові техніки, що ефективно застосовуються

для корекції депресії та тривожності, як зазначено у роботах Лемещука М.В., Романчук О.І. та інших.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні особливостей афективної патології, емпіричному дослідженні та розробці практичних рекомендацій щодо діагностики та терапії розладів емоційного спектру.

Для досягнення мети кваліфікаційного дослідження були поставлені такі **завдання**:

- 1) на основі аналізу психологічної літератури уточнити поняття «розлади емоційного спектру», «афективні розлади», визначити їх сутнісні характеристики;
- 2) дослідити причини, механізми виникнення та прояви розладів емоційного спектру, враховуючи актуальні соціокультурні фактори, зокрема вплив війни в Україні;
- 3) розробити психодіагностичний комплекс для дослідження показників емоційних розладів;
- 4) емпірично вивчити особливості розладів емоційного спектру у студентської молоді, що зазнала впливу воєнних подій, та провести аналіз отриманих даних;
- 5) обґрунтувати основні підходи до психотерапії афективних розладів, розробити та запропонувати практичні психотерапевтичні методики і техніки для їх корекції;
- 6) узагальнити результати дослідження та сформулювати практичні рекомендації для психологів і психотерапевтів, що працюють із розладами емоційного спектру.

Об'єктом дослідження є розлади емоційного спектру.

Предмет дослідження - психологічні аспекти діагностики та терапії розладів емоційного спектру.

Методи дослідження. Діагностична основа дослідження сформована шляхом використання методів теоретичного аналізу та систематизації сучасних наукових підходів, а також аналізу новітніх емпіричних даних, представлених у

літературних джерелах, присвячених досліджуваній проблематиці. З ціллю діагностики депресивних та тривожних розладів особистості в дослідженні використано такі методики: «Шкала депресії» (А. Бек), «Шкала тривоги» (А. Бек), «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (А. Зігмунд і Р. Снайт).

Теоретичне значення одержаних результатів полягало у поглибленні наукових уявлень про психологічні механізми виникнення, розвитку та прояву розладів емоційного спектру, а також у систематизації сучасних підходів до їх діагностики та психотерапевтичної корекції.

Практичне значення кваліфікаційної роботи полягає в розробці методичних рекомендацій щодо діагностики та терапії афективних розладів, що сприятиме підвищенню ефективності психологічної допомоги, зокрема студентам, які зазнали впливу воєнних подій. Запропоновані психодіагностичні інструменти та психотерапевтичні методики можуть бути використані психологами та психотерапевтами для корекції емоційних порушень та покращення психосоціального благополуччя осіб з емоційними розладами.

Результати апробації дослідження відбувались через участь у науково-практичній конференції:

1. Теоретичний аналіз розладів емоційного спектру. *Сучасна психологія: проблеми та перспективи. Збірник наукових праць за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції «Сучасна психологія: проблеми і перспективи» (10 травня 2024 р.)*. Ізмаїл: РВВ ІДГУ. 2024.
2. Класифікація та симптоматика розладів емоційної сфери. *Сучасна психологія: проблеми та перспективи. Збірник наукових праць за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції «Сучасна психологія: проблеми і перспективи» (4 листопада 2024 р.)*. Ізмаїл: РВВ ІДГУ. 2024.

Структура роботи представлена вступом, трьома розділами; висновками, списком використаних джерел (всього 76 найменувань). Робота містить 3 рисунки, 3 таблиці, загальний обсяг кваліфікаційної роботи становить 82 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНІ КОНЦЕПЦІЇ ВИНИКНЕННЯ РОЗЛАДІВ ЕМОЦІЙНОГО СПЕКТРУ

1.1. Концептуальні підходи до визначення розладів емоційного спектру

У сучасному суспільстві психічні розлади стали однією з найбільш поширених проблем, що суттєво впливають на якість життя людини, її емоційний стан та здатність функціонувати в соціумі. Проблема афективних розладів, зокрема депресивних та біполярних, є важливою темою сучасної психології та психіатрії. У цьому контексті наукові досягнення вчених охоплюють численні аспекти, від діагностики до терапії цих порушень. Дослідження таких науковців, як Бобирьов В.М., І.І. Марценковська, І.А. Марценковський, С.Н. Саржевський, роблять вагомий внесок у визначення основних особливостей клінічної картини афективних розладів та формування сучасних підходів до їх терапії. Розлади емоційного спектру розглядаються переважно у контексті забезпечення психічного здоров'я особистості (Л.Л.Борисенко, С.Н. Саржевський, О.С. Телюков) та дослідження факторів емоційної стійкості в умовах кризових ситуацій, зокрема за умов воєнного стану (Л.Л. Борисенко, Ю.С. Вальчук, Л.В. Корват). Особливої уваги заслуговує аналіз специфіки біполярного афективного розладу, у межах якого роботи Бобирьова В.М., І.А. Марценковського, А.М. Скрипнікова дозволяють значно розширити можливості діагностики та обґрунтувати ефективність терапевтичних стратегій. Окремий акцент зроблено на вивченні тривожних і депресивних станів, що в умовах посттравматичного стресу набувають особливого значення, як це представлено в роботах Д.І. Бойка, Л.В. Животовської, А.М. Скрипнікова.

Методи лікування афективних розладів характеризуються різноманітністю підходів, серед яких когнітивно-поведінкові техніки заслуговують на особливу увагу завдяки їхній доведеній ефективності у корекції депресивних та тривожних станів, про що свідчать дослідження М.В.

Лемещука, О.І. Романчук та інших науковців. Застосування психотерапевтичних стратегій у поєднанні з психодіагностичними інструментами, які є об'єктом ретельного вивчення у роботах Н.О. Марути, Л.А. Опанасенка та їхніх колег, сприяє досягненню високих результатів у терапії афективних розладів, забезпечуючи комплексний підхід до розв'язання цих психічних проблем.

Як зазначають сучасні дослідники, психічні порушення охоплюють широкий спектр відхилень, які характеризуються поєднанням аномальних думок, уявлень, негативних емоцій та поведінкових змін. Зокрема, П. Клейнман трактує розлади особистості як стійкі моделі поведінки та внутрішніх переживань, що не відповідають культурним нормам, характерним для певного середовища. Такі моделі, які формуються в підлітковому чи юнацькому віці, залишаються стабільними і часто неподоланими, що спричиняє значний стрес або негативно впливає на життєдіяльність індивіда [3].

Фахівці Всесвітньої організації охорони здоров'я визначають психічні розлади за такими ключовими критеріями: наявність вираженого психологічного дискомфорту чи страждання, зниження здатності до виконання професійних або навчальних завдань, а також підвищення ризику смертності, страждань чи порушення діяльності. У контексті сучасних викликів, таких як підвищений рівень стресу через соціальні, економічні та екологічні фактори, поширеність психічних розладів продовжує зростати, що вимагає додаткових наукових досліджень та практичних рішень [27].

Деякі психологи вказують на те, що психоемоційна напруга, яка виникає внаслідок тривалого впливу воєнного стресу, є значущим чинником у розвитку дезадаптивних реакцій та створенні ряду медико-соціальних ризиків, що мають потенційно небезпечні наслідки. Ці стани можуть проявлятися одночасно в кількох формах, зокрема через поглиблення депресивних, тривожних, фобічних розладів, а також посттравматичних стресових розладів та інших серйозних психічних порушень, що виникають як реакція на критичні зміни в соціально-економічному та військово-політичному середовищі [10]. У цьому контексті

особливо важливою є психологічна допомога та підтримка психоемоційного стану населення в умовах воєнного часу. Важкі події, що переживає країна, суттєво впливають на емоційний стан її громадян. Воєнні дії та умови надзвичайної ситуації стали нормою для багатьох людей, як для дорослих, так і для дітей. Тривале перебування в стані фізичної та емоційної напруги, що спричиняє руйнування, насильство, втрата домівок, вимушене переселення, призводять до виникнення цілої низки негативних емоційних реакцій, таких як страх, тривога, заціпеніння, апатія. Ці переживання часто супроводжуються зниженням настрою, посиленням стресу, фрустрації та, в результаті, депресивними станами [71].

Враховуючи актуальність цієї проблеми, необхідність вивчення причин та механізмів розладів емоційного спектру в умовах воєнного часу є надзвичайно важливою. Зокрема, важливою є розробка критеріїв для оцінки проявів афективних розладів, визначення адаптаційних можливостей організму в умовах стресових ситуацій, а також дослідження факторів, що можуть загострювати ці порушення. Такий аналіз є надзвичайно актуальним для сучасної психології, оскільки він дозволяє не тільки з'ясувати причини та умови виникнення афективних розладів, але й надає можливість для розробки ефективних методів їх корекції та підтримки в умовах постійної емоційної напруги [9].

На сучасному етапі розвитку суспільства проблема патології афективної сфери, зокрема тривожних і депресивних розладів, займає одне з провідних місць серед актуальних питань загальної медицини. Афективні розлади, як одна з найбільш поширених форм психічних порушень, викликають дедалі більшу зацікавленість у науковців через їхній значний вплив на емоційний стан, якість життя та функціонування особистості. Основною характеристикою розладів емоційного спектру є виражені зміни афекту або настрою, що найчастіше проявляються у вигляді його пригнічення або підвищення. Такі зміни зазвичай супроводжуються порушеннями загального рівня активності, тоді як інші симптоми здебільшого мають вторинний характер. Для цих розладів

притаманна тенденція до рецидивів, причому початок окремих епізодів нерідко пов'язаний із впливом стресогенних подій чи ситуацій [39]. Особливо гостро ця проблема постає в умовах воєнного стану в Україні, який супроводжується масовими травматичними подіями, вимушеним переселенням, втратами близьких, зростанням економічної нестабільності та високим рівнем невизначеності. Ситуації, пов'язані з війною, є потужними тригерами для розвитку афективних розладів, оскільки вони часто супроводжуються тривалим впливом стресу та переживанням психотравмуючих подій. Важливим фактором стає не лише поширеність депресивних і тривожних розладів серед безпосередніх учасників бойових дій, але й серед цивільного населення, яке стикається з постійним страхом, небезпекою та порушенням базових умов існування.

Вивчення психологічних концепцій виникнення афективних розладів в цьому контексті має важливе наукове та практичне значення. По-перше, це дозволяє поглибити розуміння патогенетичних механізмів таких розладів, зокрема, в умовах хронічного або надмірного стресу. По-друге, результати досліджень сприяють розробці та впровадженню ефективних психотерапевтичних методів для профілактики та лікування афективних порушень, що є надзвичайно актуальним у сучасній Україні. Тобто, дослідження психологічних концепцій виникнення афективних розладів у контексті воєнного стану забезпечує основу для адекватної відповіді на потреби суспільства в умовах кризи, спрямованої на підтримку психологічного здоров'я та відновлення емоційної стійкості населення.

У контексті сучасної психологічної науки афективні розлади займають особливе місце як одна з провідних форм психічних порушень. Незначні коливання настрою, такі як короткотривалі підйоми або зниження, зазвичай не мають суттєвого впливу на здатність людини до професійного, соціального чи особистісного функціонування. Однак, якщо такі афективні зміни стають інтенсивними, стійкими або супроводжуються негативним впливом на загальну активність і життєдіяльність, це свідчить про необхідність їх корекції та

відповідного лікування (І.А. Коваль, К.С. Максименко, С.Д. Максименко, М.В. Папуча).

Деякі автори вважають, що афективні розлади, є психічними станами, що характеризуються порушеннями емоційної сфери у формі нападів, між якими психічний стан людини повертається до нормального рівня, властивого їй до захворювання. Особливістю цих розладів є те, що навіть за наявності множинних епізодів особистісні зміни не настають, що дозволяє зберігати стабільність структурної організації психіки [38]. На думку О.В. Снежневського, афективні розлади є невід'ємним компонентом майже кожного синдрому психічного захворювання, впливаючи на його зміст і структуру. Згідно з концепцією О.С. Тіганова, афективні розлади мають багатоаспектний вплив на різні аспекти психічної діяльності. Зокрема, вони можуть впливати на мотивацію, потяг, здатність до довільного контролю поведінки, когнітивні функції, рівень бадьорості, загальний психічний і фізичний тонус, а також на рухову активність, вегетативну регуляцію й соматичні функції [70]. Такий широкий спектр проявів демонструє важливість комплексного підходу до дослідження й лікування афективних розладів у сучасній психологічній практиці. Отже, афективні розлади є багатогранним явищем, яке має як чіткі клінічні прояви, так і глибокі наслідки для психічного здоров'я, що робить їх об'єктом постійного наукового інтересу та практичної уваги.

Як зазначають сучасні дослідники, розлади настрою часто супроводжуються іншими психічними порушеннями, зокрема тривожними розладами, залежностями та різними формами порушень особистісної структури. У контексті афективних змін виділяють три основні компоненти, які відображають різні відтінки настрою. Першим є тужливий афект, що характеризується болісним переживанням безвиході, відчуттям важкості на душі, а також внутрішнього болю і втрати, яке важко витримати. Другим є тривожний афект, для якого притаманне почуття напруги та занепокоєння, що супроводжується передчуттям біди, при цьому тривога спрямована на майбутнє, що викликає глибоке емоційне напруження. Третім компонентом є

апатичний афект, що проявляється в почутті психічної слабкості, недостатності внутрішніх спонукань до того, що відбувається навколо, що свідчить про зниження загального емоційного тону [56].

Серед різноманітних афективних розладів особливу увагу дослідників традиційно привертають депресивні стани, що є одними з найбільш поширених і складних з точки зору перебігу та клінічної різноманітності. Вони характеризуються значним варіативним проявом симптоматики, що ускладнює діагностику і корекцію таких порушень. Однак на тлі уваги до депресивних розладів, маніакальні розлади, незважаючи на свою етіологічну різноманітність, залишаються менш вивченими. В останні роки спостерігається обмежена кількість наукових досліджень, які зосереджуються на лікуванні маніакального синдрому, здебільшого в контексті біполярного афективного розладу, що є частиною більш широкої картини афективної патології [11].

Так, С. Н. Саржевський зазначає, що афективні розлади характеризуються як складні багатовимірні утворення, які виявляють себе через зміни у різних аспектах психічної діяльності та соматичних функцій. Вони охоплюють не лише емоційний стан, який є найбільш доступним для суб'єктивної або об'єктивної оцінки, але й впливають на мотиваційну сферу, потяги, здатність до довільного контролю поведінки, когнітивні процеси, включаючи увагу, пам'ять, темп і обсяг асоціативного мислення, а також його змістовну складову. Окрім цього, такі розлади торкаються загального психічного і фізичного тону, рухової активності, вегетативної регуляції та інших соматичних функцій. Хоча зміни настрою не завжди виступають як первинний чинник у динаміці цих процесів, модальність афективного стану зазвичай відповідає домінуючій патологічній емоції. Зокрема, депресивний стан із переважанням туги супроводжується гальмуванням, тоді як ейфорійна гіпертимія проявляється через непродуктивну манію, позначену ейфорійними відтінками [63].

Важливо зауважити, що зміни настрою, хоча й є суттєвими, не завжди є первинними у процесі розвитку афективних розладів. Проте, модальність

афекту зазвичай відповідає домінуючій патологічній емоції, яка впливає на загальний стан людини. Так, у випадку депресії з вираженою тугою та загальмованістю спостерігається домінування туги, тоді як ейфорійна гіпертимія, характерна для манії, супроводжується підвищеною активністю та непродуктивною ейфорією. Така багатогранність і взаємозалежність різних психічних процесів у межах афективних розладів ускладнює їх діагностику та корекцію, що вимагає глибокого розуміння цих явищ для ефективного втручання та лікування [43].

На думку сучасних науковців-практиків, змішані розлади афективного спектру становлять складну категорію психічних захворювань, які відзначаються комбінацією симптомів депресивного та маніакального характеру. Такі розлади проявляються у пацієнтів із біполярними або депресивними порушеннями і мають значний вплив на якість життя та здатність особистості до соціального й професійного функціонування [9]. Симптоматика цих розладів включає широкий спектр проявів, серед яких наявність одночасно підвищеного і зниженого настрою, енергійності та ейфорії, поряд із почуттям провини, безнадійності та тривожного збудження. Пацієнти часто демонструють тенденції до небезпечної поведінки, такі як зловживання психоактивними речовинами, залучення до ризикованих сексуальних контактів або здійснення інших імпульсивних дій. Діагностика змішаних розладів афективного спектру є складним завданням через перехрещення симптомів із різними фазами біполярного розладу або депресії. Часто ці стани неправильно інтерпретують як одну з ізольованих фаз основного захворювання, що ускладнює вибір адекватного терапевтичного підходу [51].

Актуальність своєчасного діагностування афективної патології постійно зростає у зв'язку зі значним поширенням емоційних розладів, які суттєво впливають на якість життя, соціальну адаптацію та здатність до професійної діяльності. Сучасні дослідження вітчизняних і зарубіжних фахівців вказують на серйозні соціальні наслідки таких порушень, серед яких висока частота втрати

працездатності, соціальна ізоляція та ризик суїцидальної поведінки, що робить цю проблему надзвичайно важливою в контексті суспільного здоров'я [2].

Емоційні розлади, які здебільшого проявляються в амбулаторних умовах, характеризуються різноманітною симптоматикою, включаючи депресивну, тривожну, гіпоманіакальну, змішану, масковану афективну та атипову форми. Така широка варіативність клінічних проявів значно ускладнює діагностику цих станів. Ця проблема є особливо актуальною для лікарів загальної практики та психологів, які, на відміну від психіатрів, часто не мають достатньої підготовки для розпізнавання афективних розладів у їхніх численних проявах. Труднощі діагностування зумовлені як суб'єктивністю симптомів, так і впливом різноманітних екзогенних і ендогенних чинників, що вимагає системного підходу до психодіагностики. Характеристика порушень емоційної сфери може бути глибше проаналізована через класифікацію вад психофізичного розвитку, запропоновану М.М. Семаго та Н.Я. Семаго. В основі цієї класифікації лежить виділення трьох основних типів дизонтогенезу: недостатній, асинхронний і пошкоджений розвиток. Кожен із цих типів охоплює різні види дизонтогенії, які мають свої специфічні прояви та механізми формування [63].

Автори вважають, що недостатній розвиток характеризується низьким рівнем сформованості психічних функцій, який може бути тотальним, коли страждають усі психічні процеси, або парціальним, коли порушення торкається лише окремих функцій. У контексті емоційної сфери парціальна недостатність часто проявляється у вигляді недорозвитку регуляторних механізмів кори головного мозку, що безпосередньо впливає на вольову сферу особистості, знижуючи здатність до самоконтролю, витримки та адаптивної поведінки. Асинхронний тип розвитку виявляється у порушенні принципу гетерохронії, що проявляється через складні поєднання недостатності, прискорення або спотворення розвитку. В рамках цього типу М.М. Семаго та Н.Я. Семаго виділяють дисгармонійний та викривлений підтипи. Дисгармонійний розвиток відзначається емоційно-вольовою та мотиваційною недостатністю за умови збереженості інших психічних функцій. Особливої уваги заслуговує

дисгармонійний розвиток екстрапунітивного типу, де домінують специфічні реакції, такі як емансипація, демонстративність і негативізм [67].

Важливо зазначити, що такі прояви, як емансипація, негативізм і демонстративність, є нормальними кризовими явищами для певних вікових періодів, зокрема раннього дитинства та підліткового віку. Проте у випадку дисгармонійного розвитку екстрапунітивного типу ці риси набувають стійкого характеру, зберігаючись навіть у пізніші вікові періоди [63]. Такі порушення є серйозним викликом для корекційної роботи, оскільки вони впливають на емоційно-вольову сферу особистості, ускладнюючи процес соціалізації та формування адаптивних моделей поведінки. Аналіз даних порушень у рамках класифікації М.М. Семаго та Н.Я. Семаго дозволяє більш глибоко зрозуміти механізми дизонтогенії, виявити її наслідки для емоційного розвитку та окреслити шляхи психокорекційного та психопрофілактичного втручання.

Асинхронний дисгармонійний розвиток інтрапунітивного типу представляє собою форму порушення афективно-особистісного розвитку, що характеризується суттєвими відмінностями в емоційно-вольовій сфері дитини. Цей тип розвитку базується на певних індивідуально-типологічних особливостях нервової системи, серед яких виділяються астенічний і сенситивний типи. Астенічний тип нервової системи визначається слабкістю нервових процесів, коли збудження має недостатній рівень, а гальмівні процеси переважають, що призводить до загальної психофізіологічної нестійкості. Сенситивний тип, у свою чергу, характеризується зниженими порогами чутливості, через що подразники середньої інтенсивності можуть сприйматися як надмірно сильні, викликаючи надреактивність і підвищену тривожність [67].

Розвиток інтрапунітивного дисгармонійного типу тісно пов'язаний із впливом несприятливих умов сімейного виховання. Одним із провідних чинників є виховання за типом підвищеної моральної відповідальності. У цьому випадку дитина відчуває брак уваги до своїх емоційних і психологічних потреб, які залишаються проігнорованими на тлі висунутих вимог щодо дотримання обов'язків, що часто перевищують її вікові можливості.

Особливе значення своєчасна діагностика емоційних розладів має у сферах діяльності, пов'язаних із високим рівнем професійного стресу або екстремальними умовами праці. Військова професія, що супроводжується постійним психофізіологічним напруженням, є однією з таких сфер. У цьому контексті оцінка емоційних станів стає ключовим компонентом заходів із забезпечення психофізіологічного благополуччя [27]. Діагностування і прогнозування афективних порушень необхідне на всіх етапах професійного відбору, а також під час подальшого моніторингу стану військовослужбовців. Це дозволяє виявляти критичні відхилення в психофізіологічному стані на ранніх етапах, сприяючи розробці й своєчасному впровадженню корекційних заходів, що мінімізують ризики для здоров'я та підвищують ефективність професійної діяльності. Оцінка емоційних станів також розглядається як важливий елемент тривалого моніторингу професійного здоров'я. Цей процес забезпечує можливість систематичного відстеження психофізіологічних параметрів із метою прогнозування та попередження критичних відхилень. Подібний підхід спрямований на підтримання оптимального рівня професійної працездатності та психоемоційного стану особистості, що є ключовим для ефективного виконання професійних обов'язків і збереження здоров'я в умовах значних психофізичних навантажень [36].

Отже, узагальнюючи вищевикладене, розлади емоційного спектру в психології визначаються як група психічних станів, які характеризуються порушеннями у сфері емоційного реагування, тривалості емоційних станів, їхньої інтенсивності, а також здатності до адекватної емоційної регуляції. Ці розлади мають серйозні медико-соціальні наслідки, зокрема, вони можуть призводити до інвалідності, високого рівня суїцидальних ризиків, а також економічних збитків, що вимагає від психологів та психіатрів розробки ефективних методик діагностики та корекції.

1.2. Причини та механізми виникнення афективних розладів

Афективні розлади становлять складну групу психопатологій, до яких належать, зокрема, депресивні стани та біполярні розлади, що є найбільш поширеними серед них. Багатофакторна природа цих розладів ускладнює їхню діагностику та лікування, що потребує всебічного аналізу причин та механізмів їх виникнення. У структурі етіологічних чинників виділяють біологічні, психологічні та соціальні аспекти, кожен із яких реалізується через специфічні патогенетичні механізми [9].

Розглядаючи доробки сучасних психологів, можна стверджувати, що генетична схильність є важливим чинником, який може суттєво вплинути на тяжкість перебігу афективних розладів. Враховуючи цю обставину, важливо ретельно вивчати сімейний анамнез, оскільки наявність психічних розладів у рідних може збільшувати ймовірність розвитку подібних порушень у наступних поколіннях. Знання про такі схильності дозволяє вжити заходів для збереження психічного здоров'я, зокрема шляхом обмеження впливу стресових факторів. Сильний стрес, спричинений трагічними подіями, такими як втрата близької людини, розлучення або особисті проблеми, має потужний вплив на психічний стан, що може значно погіршити ситуацію. Важливе значення має й виховання: відсутність теплих, підтримуючих сімейних стосунків та використання неправильних виховних моделей позбавляють особистість стабільності, необхідної для розвитку внутрішнього почуття безпеки, що в подальшому може привести до зростання внутрішніх суперечностей між індивідуальними установками та зовнішнім соціальним середовищем, провокуючи особистісний конфлікт [7].

Серед основних симптомів афективних розладів вчені виокремлюють порушення сну, зокрема безсоння або зміни фаз сну, що призводять до надмірно раннього пробудження та почуття розбитості і пригніченості; різкі зміни настрою, що тривають понад два тижні; небажання спілкуватися з іншими людьми; відсутність інтересу до будь-якої діяльності, утруднення в зосередженні на звичних завданнях та відмова від рутинних справ; зниження апетиту; а також фізичні симптоми, такі як біль, напруження або

роздратування, зокрема головні болі та біль у шлунку. Важливу роль у розвитку афективних розладів відіграють зовнішні фактори, адже часто перші прояви цих розладів відбуваються під впливом тригерів, таких як втрата близької людини або вживання психоактивних речовин.

Біологічна складова базується на генетично обумовленій схильності до порушення функціонування нейромедіаторних систем, зокрема серотонінергічної, норадренергічної та дофамінергічної. Ці системи забезпечують регуляцію настрою, емоційних реакцій і поведінкових актів. Порушення гормонального балансу, що проявляється у надлишковому синтезі одних гормонів та дефіциті інших, є ключовим механізмом патогенезу афективних розладів. Дослідження вказують на зміну дофамінергічної активності у пацієнтів із цими розладами та збільшення щільності мускаринових рецепторів у біологічних рідинах [21].

Депресія є психічним розладом, основними проявами якого виступають патологічно знижений настрій, схильність до негативної оцінки себе, свого оточення, минулого та майбутнього. У структурі депресивного синдрому виділяються три основні компоненти: тужливий, тривожний та апатичний, які перебувають у динамічному взаємозв'язку, формуючи так звану «депресивну тріаду». Поряд із когнітивними спотвореннями депресивні зміни настрою супроводжуються моторною загальмованістю, зниженням активності, порушенням соматовегетативних функцій, що ускладнює діагностику та лікування цього розладу [40].

Клінічна картина депресії доповнюється коморбідними станами, такими як іпохондричний або тривожно-фобічний синдроми. Складнощі діагностики обумовлені маскуванням депресивного розладу під інші психічні чи соматичні патології, хронічним перебігом із високим ризиком рецидивів, що створює додаткові труднощі у виборі психофармакологічного лікування. На нейроанатомічному рівні емоційні процеси асоціюються з ділянками мозку, які входять до лімбічної системи, включаючи гіпокамп, прозору перегородку, мигдалеподібне тіло, гіпоталамус і низку структур ретикулярної формації. Крім

того, у формуванні емоцій задіяні поясна звивина, префронтальна, орбітальна і скронева зони кори головного мозку [66].

Нейробиологічні дослідження довгий час фокусувалися на моноаміновій теорії депресії, згідно з якою ключовими факторами патогенезу виступають дефіцит серотоніну (5-HT) та норадреналіну (НА) у синаптичній щілині. Експериментальні дані вказують на зниження вмісту всіх моноамінів і підвищення рівня їх метаболітів у мозку лабораторних тварин при моделюванні депресивного стану. Однак результати постмортальних досліджень мозку пацієнтів із депресією виявили суперечливі дані щодо рівня дофамінових метаболітів, що свідчить про складність патогенезу. Дофамінергічна система відіграє не менш важливу роль у розвитку депресії. Встановлено, що блокада дофамінових рецепторів антипсихотиками може спричиняти депресивні симптоми, тоді як агоністи або попередники дофаміну демонструють антидепресивний ефект. Разом із тим, депресивний стан може бути зумовлений як зниженням, так і підвищенням дофамінергічної активності, наприклад, при шизофренії [55].

Сучасні концепції розширюють патогенетичні уявлення про депресію, враховуючи нейропластичну теорію, яка акцентує увагу на динамічних змінах нейрохімічної активності та взаємодії між нейромедіаторними системами. Особливу увагу приділяють порушенням функції гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової системи та впливу нейрозапалення на розвиток тяжких депресивних станів. Порушення функціонування серотонінових рецепторів і їхній спадковий характер підкреслюють генетичну обумовленість депресії. Таким чином, формування депресивного розладу є багатокomпонентним процесом, що охоплює нейромедіаторні, гормональні, імунні та генетичні механізми. Успішна терапія цього стану можлива лише за умов комплексного підходу, який враховує всі аспекти патогенезу [57].

Значна кількість науковців вказує на те, що до клінічних проявів депресивних розладів належать порушення сну, зниження рівня метаболічної активності та мозкового кровообігу. Виявлені також аномалії зорового

потенціалу, що поєднуються з глибокими змінами психічного стану, емоційної стабільності та соматичних проявів, зокрема апетиту, ходи та сексуальної активності. Патолофізіологічні зміни включають зниження активності серотоніну, що корелює з тяжкістю депресивних симптомів, а також дисфункцію дофамінової системи, яка асоціюється з порушеннями мотиваційної сфери. Окремо відзначається гіперактивність гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової осі, що спричиняє підвищення рівня кортизолу. Хронічно високий рівень цього гормону негативно впливає на нейрони гіпокампу, що призводить до когнітивних і емоційних розладів, характерних для афективних станів [66].

Проблематика передумов формування тривожних станів посідає одне з центральних місць у фізіології емоцій. На сьогодні існує декілька взаємопов'язаних теорій, які розкривають нейрохімічні основи розвитку тривожних розладів. Однією з найбільш поширених концепцій є серотонінергічна теорія, що пояснює розвиток тривоги дисфункцією серотонінової системи. Згідно з цим підходом, високий рівень тривожності корелює зі змінами в гені, який кодує білок-транспортер серотоніну, а також із підвищеною швидкістю його синтезу. У пацієнтів із високими показниками тривожності та депресії відзначено надмірне продукування білка-транспортера, що призводить до швидкого зворотного захоплення серотоніну, унаслідок чого він не встигає взаємодіяти з рецепторами постсинаптичних нейронів. Водночас інші дослідження свідчать про можливість як зниження, так і підвищення серотонінергічної активності залежно від проявів тривоги: високий рівень серотоніну в мигдалеподібному тілі асоціюється з панічними станами, тоді як низький рівень серотоніну в кортико-стріарно-таламічно-кортикальній петлі корелює зі стійкими фобіями та унікальною поведінкою [16].

Катехоламінергічна гіпотеза пов'язує виникнення тривожних розладів із порушенням регуляції рівня катехоламінів, синтезованих мозковою речовиною надниркових залоз. Особливу роль у розвитку тривожності відводять норадреналіну, концентрація якого підвищена в пацієнтів із панічними та генералізованими тривожними розладами, що підтверджено дослідженнями

плазми крові осіб із хронічним стресом і професіями підвищеного ризику. У той же час, дофамінергічна система також відіграє важливу роль у формуванні тривожних станів. Дослідження показали, що зниження рівня дофаміну в лімбічній системі, зокрема в мигдалеподібному тілі, асоціюється з розвитком тривоги, особливо в осіб із пасивною стратегією адаптивної поведінки [49].

Важливу роль у формуванні тривожно-депресивних станів відіграє гіпоталамо-гіпофізарно-адреналова система. Хронічний стрес призводить до гіперактивності цієї системи, що супроводжується підвищенням рівня кортизолу. Кортизол, у свою чергу, активує моноаміноксидазу, яка сприяє деградації серотоніну та норадреналіну, підсилюючи їхній дефіцит. Окрему увагу привертає γ -аміномаслянокислотна (ГАМК)-бензодіазепінова теорія, яка акцентує на дисбалансі між збуджувальними амінами (глутамат, аспартат) та ГАМК-ергічною системою. Переважання збуджувальних амінів призводить до підвищення нейрональної активності, тривоги, безсоння, тоді як активація ГАМК-ергічної системи зумовлює сонливість і зниження когнітивної активності. Недостатність функціонування ГАМК-бензодіазепінового комплексу може бути причиною надмірно тяжких тривожних реакцій навіть за відносно незначного психотравматичного впливу. Таким чином, серотонінергічні, катехоламінергічні та ГАМК-ергічні системи, а також гормональні та генетичні чинники перебувають у складній взаємодії, формуючи основу тривожних розладів. Інтегративний підхід до вивчення цих механізмів дає змогу краще зрозуміти етіологію та патогенез тривоги, що сприяє розробці більш ефективних методів терапії [73].

У пацієнтів із розладами емоційного спектру спостерігається значне переважання спадкової схильності до патохарактерологічних рис серед найближчих родичів, що поєднується з наявністю соматичних захворювань у сімейному анамнезі. Такі спадкові чинники можуть виступати фоном, що зумовлює вразливість психоемоційної сфери та сприяє розвитку патологічних станів. Етіологічними факторами, які відіграють значну роль у виникненні емоційних порушень, є інфекції, соматогенії та інтоксикації, наявні в анамнезі

цих пацієнтів. Аналіз преморбідного фону пацієнтів показав переважання астено-невротичного типу акцентуації характеру, що значно перевищує поширеність інших типів. Ця особливість свідчить про високу вразливість нервової системи, яка в поєднанні з несприятливими факторами середовища сприяє формуванню розладів афективного спектра [15].

У генезі емоційних порушень при тривожно-фобічних розладах важливу роль відіграє спадкова обтяженість, що проявляється розладами особистості та характерологічними аномаліями у родичів, а також наявністю соматичних захворювань у сімейному анамнезі. Серед екзогенно-органічних і соматичних факторів найбільший вплив мають перенесені інфекції та соматогенні стани. Особливості преморбідного фону пацієнтів демонструють переважання акцентуацій психоастеничного та сенситивного типу, які значною мірою сприяють розвитку емоційних розладів. У деяких випадках початковим тригером стають гострі психічні травми, що нерідко пов'язані з вегетосудинними кризами. Водночас у певної частини пацієнтів психічні травми не є передумовою виникнення порушень [2].

У спеціальній літературі акцентується увага на тому, що психологічні чинники мають важливе значення у формуванні афективних розладів. Травматичні події в дитинстві, такі як емоційне або фізичне насильство, нестабільність сімейних стосунків або втрата близьких, створюють основу для хронічного почуття небезпеки та низької самооцінки. Постійний стрес, перевантаження обов'язками та нерозв'язані внутрішньоособистісні конфлікти можуть виступати тригерними факторами для розвитку афективних порушень. У цьому контексті важливо зазначити роль когнітивних схем: люди з тенденцією до катастрофізації або негативного мислення мають вищий ризик формування депресивних розладів [14].

На сьогоднішній день сучасні теоретики та практики переконані в тому, що формування емоційних порушень при розладах неврастенічного кола відбувається під впливом тривалих психотравмуючих факторів, серед яких найбільш значущими є хронічні службові конфлікти та тривала хвороба

близьких. Психогенний вплив цих чинників створює емоційне напруження, що призводить до дисбалансу між адаптаційними можливостями особистості та вимогами навколишнього середовища. Характерною рисою розвитку таких порушень є поступовість, що зумовлює підгострий або затяжний початок захворювання [58]. Розвиток емоційних розладів характеризується наростанням астенічних проявів, до яких належать підвищена втомлюваність, загальна слабкість, зниження працездатності, численні соматичні відчуття, локалізовані в ділянках голови, серця, шлунку, хребта, а також ознаки вегетативної дисфункції. На цьому фоні формуються ознаки емоційної нестабільності, які проявляються підвищеною збудливістю, дратівливістю, запальністю, плаксивістю та агресивністю. У подальшому додаються симптоми апатії, байдужості, пригніченості, що створюють депресивний фон настрою, який нерідко ускладнюється тривожними переживаннями, розвитком фобій та схильністю до іпохондричних оцінок стану свого здоров'я. Пацієнти з такими розладами часто відчують невпевненість у собі, підвищену вразливість, схильність до надмірних роздумів і підозрілості [73].

Одним із важливих психологічних чинників, що сприяють виникненню депресивних станів, є стиль спілкування в сім'ї, який характеризується акцентуванням уваги на негативних аспектах життя та особистості, а також високою чутливістю до критики і конфліктів. У разі недостатності близьких і довірливих відносин, а також за умов високого рівня соціальної ізоляції, ризик розвитку депресії значно зростає. Відчуття розчарування, яке виникає у відповідь на невдале досягнення значущих життєвих цілей, є ще одним визначальним фактором формування депресивних розладів. На думку А. Лоуена, депресивний стан може бути пов'язаним із постановкою недосяжних або нереалістичних цілей, які призводять до емоційного виснаження та розчарування [43].

Деякі автори вважають, що серед студентської молоді депресивні стани нерідко зумовлені специфічними обставинами їхнього життя, такими як зростання вартості освіти, що створює додатковий стрес для них і їхніх родин.

Емоційне навантаження, характерне для студентського середовища, значно впливає на самоефективність, самооцінку, успішність у навчанні та саморозвиток. До інших стресових факторів належать адаптація до нового середовища, перший контакт із університетом, самостійна організація графіку, що може викликати значну напругу. Депресивні стани часто виникають через різноманітні психологічні фактори, серед яких втрати близьких, розставання, переїзди, почуття нудьги, смутку, ліні та апатії. Такі стани не лише посилюють депресивний фон, а й сприяють формуванню стійкого стилю мислення, що зосереджується на негативних аспектах життя та особистості [29]. Важливу роль у цьому процесі відіграють і певні стилі сімейного спілкування, де домінують критика і конфлікти. Таким чином, своєчасна підтримка з боку батьків, друзів, викладачів та консультантів є важливим чинником профілактики і подолання депресії, особливо в студентському середовищі.

Таким чином, формування емоційних розладів є результатом взаємодії психотравматичних впливів і нейросоматичних змін, які утворюють комплекс симптомів, що значно знижує якість життя пацієнтів і вимагає комплексного терапевтичного підходу [34].

Дослідження емоційних порушень у пацієнтів із розладами дисоційованого кола виявляє значну роль спадкової обтяженості, що проявляється соматичними захворюваннями та психопатичними рисами серед родичів. Зокрема, психопатії та характерологічні аномалії найближчого оточення хворих є одними з ключових факторів спадкової вразливості. Визначальну роль у розвитку емоційних порушень відіграють психогенні чинники, серед яких домінують сімейні проблеми, такі як подружня зрада чи сексуальна незадоволеність. Ці фактори часто стають тригерами гострого початку захворювання, що відрізняється раптовістю клінічної картини [34].

Соціальні фактори, що впливають на психічне здоров'я, в умовах війни в Україні набувають особливого значення. Одним із основних аспектів є зміни в соціокультурному середовищі, зумовлені тривалим конфліктом, внаслідок якого значно змінюються цінності, норми та соціальні зв'язки. Війна спричиняє

руйнування звичних соціальних структур, сприяючи посиленню соціальної ізоляції, розпаду родин, переміщенню людей і зміні їх соціального статусу. Ці фактори можуть призводити до загострення емоційного стану, сприяючи розвитку тривожних, депресивних та посттравматичних розладів [10].

На думку науковців, економічна нестабільність також стає одним з вирішальних чинників. Проблеми, пов'язані з безробіттям, бідністю, відсутністю можливості для розвитку та адаптації до нових умов життя, значно підвищують рівень стресу. Для багатьох осіб економічна криза стає додатковим джерелом тривоги і стресу, що на фоні війни може призводити до загострення психічних розладів [69]. Водночас, у таких умовах індивіди часто стикаються з бракованою системою соціальної підтримки, а доступ до психотерапевтичної та психологічної допомоги обмежений. Самотність та соціальна ізоляція особливо гостро переживаються в період війни. Для багатьох людей, що пережили втрату близьких, переселення або розрив з родиною, соціальна ізоляція стає чинником, що сприяє загостренню психічних розладів. Втрата підтримки з боку родини або колективу значно збільшує ризик розвитку депресії та інших емоційних розладів, оскільки постійний стрес, викликаний переживаннями війни, потребує наявності стійких соціальних мереж для ефективного подолання [68].

Соціальні стереотипи та стигматизація психічних розладів в умовах війни ще більше ускладнюють ситуацію. Зміни у соціальній картині світу, пов'язані з війною, призводять до погіршення ставлення до осіб, які мають психічні розлади. У ситуаціях, коли більшість суспільства переживає стрес, депресивні розлади та посттравматичний стресовий синдром можуть залишатися недооціненими або навіть ігноруватися. Це веде до того, що люди, які потребують допомоги, часто уникають звертатися за нею, оскільки бояться осуду або стигматизації. Як результат, зростає кількість осіб, які не отримують належної допомоги, що може призвести до серйозних наслідків для їх психічного здоров'я [65].

Таким чином, соціальні фактори війни в Україні мають великий вплив на психоемоційний стан населення. Важливим є забезпечення соціальної

підтримки, подолання соціальних стереотипів і зниження рівня стигматизації психічних розладів для зниження ризику розвитку психічних захворювань серед постраждалих від війни.

Згідно з результатами досліджень, структура сім'ї осіб з афективними розладами характеризується такими ознаками, як симбіотичні зв'язки, відокремленість і закриті межі. Так, для осіб з тривожними розладами частіше спостерігаються симбіози, а для осіб з депресивними розладами — роз'єднаність. Щодо особливостей сімейного функціонування, виявлено високий рівень відкидання та авторитарного тиску з боку батьків (в окремих випадках з обох сторін) у осіб з депресією, тоді як для осіб з тривожними розладами характерні високий рівень контролю та гіперопіки. У контексті макродинаміки сімейних систем осіб з афективними розладами було зафіксовано досвід насильства в сім'ї, тяжких хвороб, смертей, розлучень та ранньої сепарації. З точки зору сімейних цінностей та норм, дослідники відзначають перфекціоністські орієнтації, важливість успіху та досягнень, а також високу конкурентність (О. Кононенко, В. Павлова, А. Холмогорова).

В останні роки зростає кількість досліджень, присвячених ролі психологічного стресу у розвитку афективних розладів. Виділяються різні типи стресорів — хронічні повсякденні стресори та стресогенні життєві події. Було встановлено, що існує певний зв'язок між переживанням стресових подій і розвитком депресивного розладу, при цьому міцність цього зв'язку варіює залежно від методів, що використовуються для дослідження стресогенних життєвих подій. Зв'язок між тривожними розладами та стресогенними подіями досліджений значно менше. Найбільш достовірні результати стосуються панічного розладу та агорафобії [73].

Дослідники також відзначають, що стресогенні чинники є невід'ємною складовою процесів культури та суспільного життя. Людина, перебуваючи в соціумі, постійно балансує між двома полярними вимогами: необхідністю дотримання соціальних норм і правил, з одного боку, та прагненням до вираження власної індивідуальності, з іншого. Ця суперечність часто стає

джерелом емоційного конфлікту, який, у свою чергу, може слугувати тригером для розвитку емоційних порушень. Конфлікт може виникати як на внутрішньому рівні, коли суб'єктивні бажання суперечать соціальним очікуванням, так і в зовнішніх умовах, коли поведінка особистості стає предметом соціального чи культурного тиску. У таких умовах зростає напруження в емоційній сфері, що нерідко призводить до дестабілізації психічного стану, особливо за наявності додаткових стресогенних факторів [11].

Таким чином, причини емоційних розладів формуються на перетині біологічних, психологічних і соціальних аспектів. Це потребує комплексного підходу до діагностики та корекції подібних станів, враховуючи багатовимірність їхнього генезу та впливу на особистість [66].

1.3. Класифікація та симптоматика розладів емоційної сфери

Аналіз літературних джерел свідчить, що розлади емоційної сфери є важливою складовою психічного здоров'я, оскільки вони суттєво впливають на загальний психофізіологічний стан особи, її когнітивні та поведінкові функції, а також взаємодію з навколишнім соціумом. У сучасній психопатології розрізняють різноманітні типи емоційних розладів, які мають різну етіологію та клінічну симптоматику. Серед них можна виокремити тривожні, депресивні, афективні та стресові порушення, що мають свою специфіку проявів і значно впливають на функціонування індивіда в повсякденному житті.

Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), афективні розлади поділяються на кілька діагностичних рубрик, кожна з яких охоплює специфічні клінічні прояви та етіологічні фактори. Афективні розлади в цій класифікації є групою психічних порушень, що характеризуються змінами емоційного стану, таких як депресивні або маніакальні епізоди. Основними діагностичними рубриками афективних розладів є:

1) Депресивні розлади (F32-F33) — ця група включає різноманітні форми депресії, що характеризуються тривалим зниженням настрою, втратою інтересу до діяльності, порушеннями сну, апетиту, а також фізичними симптомами, такими як зниження енергії та життєвого тонусу. Серед депресивних розладів виділяють:

- Епізодичні депресивні розлади (F32) — характеризуються одноразовими або рецидивуючими епізодами депресії.
- Хронічні депресивні розлади (F33) — характеризуються тривалими депресивними епізодами, що можуть повторюватися впродовж багатьох років.

2) Біполярні розлади (F30-F31) — ці розлади виявляються через циклічні зміни настрою, коли депресивні епізоди чергуються з маніакальними або гіпоманіакальними періодами. Ця група включає:

- Маніакальні епізоди (F30) — характеризуються підвищенням настрою, гіперактивністю, підвищеною енергією, імпульсивною поведінкою, ризикованими вчинками.
- Біполярний розлад (F31) — характеризується чергуванням маніакальних і депресивних епізодів, які можуть значно порушувати нормальне функціонування особи.

3) Циклотимія (F34.0) — це легша форма біполярного розладу, що виявляється через постійні зміни настрою, з періодами емоційних коливань, але без виражених маніакальних або депресивних епізодів. Циклотимія має хронічний характер і зазвичай не супроводжується значними порушеннями в повсякденному житті, хоча вона може викликати проблеми в міжособистісних відносинах та адаптації в соціумі.

4) Дистимія (F34.1) — це хронічне зниження настрою, яке менш виражене, ніж велика депресія, але триває протягом тривалого періоду (як правило, більше 2 років). Характеризується помірними симптомами депресії, такими як зниження енергії, песимізм, зниження інтересу до життя, хоча ці симптоми не є настільки інтенсивними, як при важких депресивних епізодах.

5) Перинатальні депресії — окремо в рамках МКХ-11 розглядаються депресії, що виникають під час вагітності або в післяпологовий період, оскільки вони мають специфічні клінічні характеристики, пов'язані з гормональними змінами та психологічними труднощами, які виникають у цей період [63].

Ці рубрики в рамках МКХ-11 дають можливість точніше діагностувати і класифікувати афективні розлади, враховуючи індивідуальні особливості, тривалість і частоту симптомів, а також їх вплив на якість життя пацієнта. Кожен з розладів потребує індивідуального підходу до лікування, оскільки його прояви можуть суттєво варіюватися залежно від стадії розвитку захворювання та інших чинників, таких як соціальний контекст або наявність супутніх захворювань.

Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб десятого перегляду (МКХ-10), розлади афективної сфери включають низку діагностичних категорій, які охоплюють такі порушення настрою:

F30–F39 – Афективні розлади настрою.

F30 – Маніакальний епізод.

F31 – Біполярний афективний розлад.

F32 – Депресивний епізод.

F33 – Рекурентний депресивний розлад.

F 34 Хронічний (афективний) розлад настрою.

F 34.0 - циклотимія та F 34.1 – дистимія.

F 38 Інші (афективні) розлади настрою.

F 39 Неуточнені (афективні) розлади [45].

Ці рубрики відображають ключові форми патологій, що характеризуються змінами настрою, включаючи як підвищення, так і зниження афективного стану.

На думку багатьох вітчизняних і зарубіжних дослідників, депресивні розлади, в свою чергу, характеризуються зниженням емоційного фону, втратами інтересу до звичних видів діяльності, а також симптомами апатії, зниження енергії, порушеннями сну та апетиту. У тяжчих випадках депресія

може призводити до когнітивних порушень, таких як труднощі з концентрацією уваги та прийняттям рішень, а також суїцидальними думками [52].

Як зазначають сучасні науковці-практики, афективні розлади, серед яких найбільш вираженим є біполярний розлад, включають циклічні зміни настрою, що чергуються між маніакальними та депресивними епізодами. Ці коливання настрою впливають на емоційну стабільність і функціональність особи, порушуючи її адаптивні механізми в умовах соціального середовища. Симптоматика емоційних розладів також включає порушення в емоційній саморегуляції, що проявляється в імпульсивних реакціях або, навпаки, в емоційній відстороненості, що може бути адаптивною реакцією на стресові фактори. Крім того, для цих порушень характерні зміни в когнітивних процесах, таких як негативне мислення, песимістичне бачення майбутнього, що значно ускладнює повсякденне функціонування та соціальну взаємодію особи [42].

Тривожні розлади, зокрема, характеризуються надмірною тривогою, постійним відчуттям страху та нервової напруги, які супроводжуються соматичними симптомами — тахікардією, запамороченням, підвищеною пітливістю та порушенням сну. Ці розлади можуть набувати різних форм, таких як генералізований тривожний розлад, соціальна фобія чи панічні атаки, що серйозно порушують здатність особи адаптуватися до соціальних умов. У відповідності до Настанов із діагностики та статистики психічних розладів п'ятого видання (DSM-5), тривожний розлад розлуки та селективний мутизм у новій класифікації віднесено до групи тривожних розладів [19]. Раніше ці стани розглядалися як притаманні переважно дитячому та підлітковому віку, проте нині їх значущість визнана і для дорослих пацієнтів. У Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), ці патології вперше включені до переліку тривожних розладів у дорослих.

Згідно з параметрами, визначеними в DSM-IV – довіднику Американської психіатричної асоціації з діагностики і статистики психічних розладів, до групи афективних розладів включено кілька діагнозів, основною характеристикою

яких є порушення емоційного стану. Ключовою ознакою таких розладів є зміна настрою в бік депресії або піднесення, що може супроводжуватися тривожним станом або відбуватися без нього. Зміни емоційного фону супроводжуються порушеннями загального рівня активності індивіда.

Психоемоційна напруга в суспільстві, спричинена тривалим воєнним стресом, має схильність до накопичення дезадаптивних реакцій та викликає різноманітні медико-соціальні ризики. Такі реакції можуть проявлятися у вигляді посилення депресивних, тривожних, фобічних, посттравматичних стресів, а також інших серйозних психічних розладів, що виникають внаслідок значного погіршення військово-політичної та соціально-економічної ситуації. В цих умовах стає особливо актуальним завдання надання психологічної допомоги та підтримки психоемоційного стану населення під час воєнного стану [21]. Трагічні події, що переживає наша країна, суттєво вплинули на емоційний стан громадян, адже умови надзвичайного стану стали повсякденними для багатьох, незалежно від віку. Тривалий період часу люди знаходяться в стані фізичного та емоційного напруження. Руйнування, насильство, втрата житла та вимушене переселення викликають різноманітні негативні емоції, такі як страх, тривога, заціпеніння, апатія, що далеко не вичерпує спектр переживань тих, хто став свідком або учасником воєнних дій. Ці емоційні переживання призводять до втрати позитивного настрою, збільшення стресу та фрустрації, що сприяє виникненню депресивних розладів. Враховуючи це, важливим і необхідним є дослідження психофізіологічних критеріїв для оцінки депресивних станів, а також аналіз адаптаційних можливостей організму в умовах воєнного часу. Вивчення проявів депресії серед різних вікових груп, виявлення передумов їх розвитку та чинників, що сприяють загостренню стану, є ключовими аспектами, що становлять значний інтерес для психологічних наук [65].

Як зазначають дослідники, однією з основних причин депресивних станів є переживання психотравмуючих подій та їхніх наслідків, особливо в умовах війни. На думку І. Коцапа, Г. Ложкіна та В. Мушкевича, існує

загальноприйнята думка щодо високої частоти виявлення депресивних розладів у осіб, які переживають екстремальні ситуації, зокрема в умовах війни.

Депресія належить до числа психічних розладів, які характеризуються стійким зниженням емоційного фону, втратою інтересу до звичних занять та зменшенням здатності відчувати задоволення. Основними симптомами депресії є пригнічений, тривожний або байдужий настрій, який триває не менше двох тижнів, а також суттєве зниження енергії, що ускладнює виконання повсякденних справ. Водночас депресивний стан сам може послаблювати здатність особи протистояти стресу, поглиблюючи проблеми в різних аспектах життєдіяльності. Це сприяє переходу депресії в більш тяжкі форми [75].

Аналізуючи наукову літературу, зокрема роботи Борисенко Л.Б., Радул І.Г. та Зубцової Д., варто зазначити, що депресивний стан можна розглядати як особистісну характеристику, яка формується внаслідок повторюваного або тривалого переживання депресивних епізодів. Його психологічною основою є схильність індивіда до таких станів. Депресивний розлад, у свою чергу, є проявом або наслідком депресивного досвіду, який може мати ситуативний чи постійний характер, залежно від індивідуальних особливостей. Згідно з дослідженнями І. Г. Радул, депресія є афективним станом, що проявляється через негативний емоційний фон, зміни у мотиваційній сфері, когнітивних уявленнях, а також характеризується загальною пасивністю в поведінці [60]. Феномен депресії привертав увагу дослідників протягом століть, однак вивчення його як суто психологічного явища почалося порівняно недавно. Раніше основний акцент робився на медичних і клінічних аспектах депресії та депресивних розладів, що досліджували такі науковці, як І. Первова, В. Підкоритов Н. Чабан, Л. Шестопалова та інші. Вивчення цього феномену передбачає уточнення його визначення. У психології депресія трактується як риса особистості, що виникає через повторюваний негативний досвід депресивних переживань, основою якого є індивідуальна схильність до депресивних станів. Таким чином, депресія може бути розглянута як результат неконструктивного досвіду, що впливає на поведінкову, емоційну та когнітивну

сфери особистості. У психологічному контексті депресія визначається як афективний стан, що характеризується переважанням негативного емоційного фону, змінами у мотиваційній сфері, когнітивних уявленнях та загальною пасивністю у поведінці. Водночас у теоретичній і практичній психології депресія може розглядатися як явище, що є притаманним здоровій психіці, тоді як депресивні розлади належать до психопатологічної сфери [39].

У психологічному словнику Шапара В. Б. депресія визначається як афективний розлад, що проявляється у вигляді негативного емоційного фону, змін у мотиваційній сфері та когнітивних процесах, а також загальної пасивності в поведінці [74]. Так, І.Й. Влох, О.З. Голубков депресію описують як стан, що характеризується вираженим пригніченням настрою, зниженням фізичної активності, уповільненням мислення, наявністю думок про власну неспроможність, передчуттям нещастя, а також суїцидальними намірами або спробами. Пацієнти з таким розладом демонструють похмуре сприйняття минулого, сьогодення і майбутнього, що супроводжується втратою віри у власні можливості [57]. Депресивні розлади розглядаються як група клінічних станів, що проявляються порушеннями настрою, втратою здатності контролювати власні афекти та відчуттям глибокого внутрішнього страждання.

На думку В. Пишеля, М. Полив'яної та інших дослідників, основними симптомами депресії є відчуття печалі та безнадійності, порушення сну та апетиту, уповільнення мислення чи зниження концентрації уваги, втрата інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення, а також наявність думок про самогубство та смерть. Крім того, зазначаються підвищена дратівливість, занепокоєння, низька самооцінка, відчуття провини, підвищена стомлюваність і слабкість, а також хронічні болі, що не піддаються традиційним методам лікування [55]. Л. Шнейдер додає до ознак депресії почуття неповноцінності та даремності, втрату самоповаги, нездатність адекватно реагувати на похвалу, песимістичний погляд на майбутнє, негативну оцінку минулого, хронічну втому, млявість, уповільнені рухи та мову, а також зниження продуктивності як у роботі, так і в повсякденному житті. Е. Блейер

акцентує увагу на класичній тріаді симптомів депресії: зниженому настрої (гіпотимії чи дистимії), уповільненому мисленні та руховій загальмованості. І. Лехман вказує на втрату здатності радіти, втрату інтересів і знижену працездатність як характерні прояви цього стану. Згідно з описом І.І. Кутька, депресія супроводжується рядом обов'язкових симптомів, серед яких пригніченість, почуття смутку, меланхолія, а також втрата інтересу і здатності переживати задоволення. Також характерними є зниження енергії та активності, підвищена стомлюваність. Серед додаткових ознак депресії відзначаються труднощі з утриманням уваги, низька самооцінка, песимістичний погляд на майбутнє, аутоагресивні та суїцидальні думки і вчинки, порушення сну і апетиту, зниження лібідо та соматичні скарги [56].

Так, Н. Самоукіна наголошує, що депресивний стан різного ступеня глибини можна ідентифікувати за такими ознаками: небажання вставати з ліжка чи виконувати робочі обов'язки, байдужість до прийому їжі, постійна втома, пасивність, емоційна байдужість, часті відчуття пригніченості, спустошеності, безвиході, переважання песимістичних думок, відсутність радості та задоволення від життя, страхи та невпевненість у собі. Люди з депресією часто мають в'ялий і пасивний зовнішній вигляд, а їхній погляд відзначається вираженим відчуженням і порожнечою. Таким чином, депресія постає як психічний розлад, що характеризується зниженим настроєм, ангедонією (втратою здатності відчувати радість) та порушеннями мислення, які сукупно формують так звану депресивну тріаду [72].

В своїх дослідженнях Г.Ю. Каленська, Н.О. Марута, Т.В. Панько, О.Є. Семікіна та В.Ю. Федченко, виділяють низку клініко-психопатологічних проявів депресивного спектра, які відображають суб'єктивне сприйняття пацієнтами свого стану. Зокрема, до афективних симптомів належать пригнічений настрій, відчуття туги, напруги, тривожності та дратівливості. Мотиваційно-вольові розлади проявляються зниженням зацікавленості, активності, ініціативності, продуктивності діяльності, а також відчуттям провини, самозвинуваченням, зниженням самооцінки, неспроможністю

приймати рішення, втратою віри у перспективи майбутнього та наявністю суїцидальних думок [35]. Серед когнітивних порушень найчастіше фіксуються погіршення пам'яті, зниження концентрації уваги та загальна психічна виснаженість. Психомоторні прояви включають ретардацію, що виражається в уповільненні рухів, зниженні мимічної активності та звуженні комунікативної сфери, а також ажитацію, яка характеризується непосидючістю, метушливістю та безцільною гіперактивністю [46]. Суттєвий вплив депресії на фізичне здоров'я проявляється через її взаємозв'язок із соматичними захворюваннями. Депресія спричиняє значні психологічні, емоційні та фізичні страждання, які суттєво погіршують якість життя пацієнта, знижують рівень його соціальної, сімейної та професійної адаптації. У багатьох випадках депресивні стани стають причиною часткової або повної втрати працездатності, що підкреслює важливість своєчасної діагностики та лікування цього розладу.

Згідно з дослідженнями Г. Ложкіна, А. Носкової та І. Толкунової, особам, які перебувають у депресивному стані, притаманний виразний негативізм. Їхнє сприйняття життя зазвичай характеризується домінуванням песимістичних настроїв. Інтенсивна депресія часто супроводжується відчуттям безвартісності, апатією, байдужістю до оточуючих, зокрема до близьких людей, а також проблемами зі сном. Погляд на світ у таких осіб значно затьмлений, що призводить до схильності перебільшувати негативні аспекти та недооцінювати позитивні моменти. Як зазначає Г. Ложкін, у людей із депресією є схильність до приписування відповідальності за невдачі постійним, незмінним причинам, що є основною рисою їхнього мислення. Вони часто обирають негативний спосіб тлумачення подій, що є характерною рисою депресивного мислення порівняно з людьми без депресії [31].

У контексті умов війни депресія часто виникає серед осіб, які перебувають на окупованих територіях, змушені залишити свої домівки або навіть знаходяться у відносно безпечних регіонах. Основними чинниками, що спричиняють депресивні стани в таких ситуаціях, є втрата впевненості у майбутньому, страх перед можливими нападами чи загрозою життю близьких,

викликаною ракетними обстрілами чи бойовими діями. Також важливу роль відіграють переживання, пов'язані із неможливістю впоратися зі страхом, стресом, тривогою за життя близьких і долю країни [71].

З точки зору гуманістичного та екзистенційного підходів, депресивні стани часто пов'язують з відсутністю особистісного сенсу та втратою усвідомлення життєвих цінностей і цілей, які є основою для самореалізації та самоактуалізації індивіда. До депресогенних факторів відносяться відчуття безглуздості існування, втрата суб'єктивної значущості життя, а також переживання екзистенційної кризи, що супроводжується сумнівами щодо сенсу власного буття. Таким чином, основними передумовами розвитку депресивних симптомів є порушення здатності особистості наповнювати своє життя індивідуальним змістом і знаходити шлях до автентичного самоздійснення [22].

У клінічній картині депресивних станів виділяють три основні ступені тяжкості: легкий, помірний і тяжкий депресивний епізод. Легкий депресивний епізод стан характеризується переважно суб'єктивними порушеннями без помітних зовнішніх або поведінкових змін. Основними ознаками є незначне зниження настрою, що супроводжується почуттям смутку, пригнічення, тривожності або похмурості. У деяких випадках спостерігається ослаблення емоційної реактивності, що виявляється у втраті здатності отримувати задоволення, радіти або розважатися. Пацієнти часто зазначають загальну слабкість, млявість, зниження енергетичного рівня, а також падіння самооцінки та відчуття невдоволеності собою. Попри ці симптоми, особа здатна виконувати повсякденні завдання, підтримувати соціальні контакти та залишатися функціонально активною. Соматичні прояви легкого депресивного епізоду включають порушення сну, зниження апетиту, головний біль, зменшення статевого потягу, а також функціональні розлади травної системи [64].

Для помірної депресії характерні більш виражені клінічні прояви, що супроводжуються посиленням афективної симптоматики. Діагностика цього стану стає простішою завдяки очевидним зовнішнім ознакам, вираженій зміні

поведінки та більшому ступеню впливу симптомів на повсякденне життя пацієнта. Зовнішній вигляд хворого часто відображає тяжкість емоційного стану: спостерігаються опущена голова, зігнута постава, мінімізація спонтанних рухів або ембріональна поза в ліжку. Обличчя стає гіпомімічним, із сумним виразом і характерними симптомами, такими як складка Верагута (опущення верхньої повіки) або депресивна «омега» (складка між бровами у формі грецької букви омега). Когнітивні порушення включають ідеаторну загальмованість: уповільнення мислення, збіднення асоціацій, погіршення запам'ятовування [55].

Тяжкий депресивний епізод характеризується значним посиленням як афективних, так і соматичних симптомів. Для цього стану характерне глибоке відчуття туги, яке часто супроводжується вираженими соматичними відчуттями тяжкості в ділянці грудної клітки, серця (так звана передсерцева туга) та голови. Пацієнти описують свій стан через метафоричні висловлювання: «голова, немов у лещатах», «у грудях важкий камінь». Мисленнєві процеси стають уповільненими, обмеженими до депресивно забарвлених тем: самознецінення, самозвинувачення, ідеї гріховності чи жебрацтва [59].

У випадку психотичної форми тяжкої депресії можливий розвиток слухових або нюхових галюцинацій. Звукові галюцинації зазвичай мають звинувачувальний або образливий характер, а нюхові — асоціюються із запахами гниття чи бруду. Зовнішній вигляд пацієнтів відображає їхній емоційний стан: погляд тужливий, часто застиглий, поза одноманітна, з опущеними головою і руками. Рухова активність значно знижена, іноді до рівня депресивного ступору, коли пацієнти залишаються нерухомими, зануреними у власні важкі думки. Обличчя маскоподібне, із застиглим виразом скорботи та страждання [56].

Проблема біполярного афективного розладу залишається однією з найбільш актуальних у сучасній психіатричній практиці, оскільки захворювання супроводжується значними порушеннями психосоціального функціонування пацієнтів і суттєвим зниженням їхньої якості життя.

Погіршення якості життя при БАР відіграє важливу роль у комплексній оцінці стану хворого, що зумовлює необхідність врахування цього чинника при плануванні лікувальних та реабілітаційних заходів. Зниження якості життя у таких пацієнтів може бути пов'язане з недостатньо своєчасними або неефективними терапевтичними втручаннями, дотриманням нездорового способу життя, а також з особливостями патодинаміки, характерними для перебігу біполярного розладу [41].

Біполярний афективний розлад (F31), відомий раніше як маніакально-депресивний психоз (МДП), є ендегенним психічним розладом, який характеризується чергуванням щонайменше двох епізодів суттєвих змін настрою, таких як депресія та манія або гіпоманія, із супутніми змінами рівня активності пацієнта. Особливістю цього розладу є відсутність виражених змін особистісної структури під час періодів ремісії. Епізоди виникають раптово, їхня тривалість зазвичай становить від одного до шести місяців, причому депресивні епізоди можуть тривати довше. Ремісії мають різну тривалість, що обумовлює індивідуальні особливості перебігу захворювання [37].

Біполярний афективний розлад проявляється депресивними та маніакальними станами, ознаки яких визначаються психопатологічною структурою епізоду, ступенем вираженості афективних розладів та наявністю соматичних симптомів. У залежності від цих чинників виділяються легкі, помірні та важкі депресивні епізоди, які можуть супроводжуватися соматичними симптомами або проходити без них. Також до проявів розладу належать гіпоманіакальні стани, манія з психотичними або без психотичних симптомів, а також змішані афективні стани. Маніакальні стани характеризуються типовими проявами, такими як маніакальний афект, гіперактивність із руховим збудженням, прискорення темпу психічної діяльності [8].

Інтенсивність та вираженість маніакального синдрому може варіювати. У разі легкої форми, відомої як гіпоманія, настрої пацієнтів помітно підвищений, вони відчувають внутрішнє піднесення, бадьорість і загальне задоволення.

Оточуючі події та середовище сприймаються через оптимістичну призму, однак критичність сприйняття часто знижується. Відзначається зростання працездатності, активності та енергійності, пацієнти відчують приплив сил. Апетит помітно збільшується, потреба у відпочинку й сні зменшується, що зумовлює скорочення тривалості нічного сну [42].

Згідно з оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), приблизно кожна п'ята особа, яка зазнала впливу війни чи інших збройних конфліктів, протягом наступного десятиліття має підвищений ризик розвитку психічних розладів. Серед таких станів виділяються тривожний розлад, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), біполярний афективний розлад, панічний розлад та депресія. Крім того, до можливих патологій належать шизофренія, порушення циклу сну–неспанья, тривалий розлад горя, розлади адаптації, реактивний розлад прив'язаності, розлади харчової поведінки, соматичний дистрес, соматичні симптоми та психози [71].

Тривожні розлади, що виникають унаслідок війни, характеризуються специфічними клінічними проявами. Серед ключових симптомів виділяють постійне почуття тривоги, яке супроводжується думками про відсутність майбутнього, підвищеною лякливістю, відчуттям напруженості та необґрунтованою турботою про безпеку у ситуаціях, які цього не вимагають. Пацієнти часто демонструють почуття провини, нікчемності, безнадійності, страждають від кошмарів та нав'язливих думок про війну й травматичні події. Характерною є також втрата здатності отримувати задоволення від діяльності, яка раніше приносила радість [68].

Такі розлади супроводжуються соціально-психологічною дезадаптацією, високим рівнем психічної напруги, соціальною фрустрованістю, соматизацією та значними відхиленнями за клінічними шкалами. Згідно з останньою редакцією Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), до категорії розладів, пов'язаних із тривогою та страхом, включено: генералізований тривожний розлад, панічний розлад, агорафобію, специфічні фобії, соціальний тривожний розлад, сепараційний тривожний розлад,

селективний мутизм, уточнені та не уточнені розлади тривоги й страху. У новій класифікації також враховано тривожні стани, спричинені психоактивними речовинами, іпохондрію та вторинний тривожний синдром. В умовах повномасштабного військового конфлікту в Україні особливого значення набуває сепараційний тривожний розлад, який проявляється інтенсивними й надмірними страхами розлуки з важливими для індивіда особами. Для дітей та підлітків такими фігурами є батьки, інші члени родини або вихователі, а у дорослих – подружжя або діти. Ознаки тривоги в цьому випадку значно перевищують вікові норми та супроводжуються значною емоційною напругою.

Генералізований тривожний розлад (ГТР) є широко поширеним психіатричним станом, який вперше був визнаний окремою категорією тривожних розладів у Міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10) і зберігає свій статус у сучасних версіях класифікаційних систем, зокрема DSM-5 і МКХ-11. У цих системах визначається схожий спектр симптомів. DSM-5 характеризує ГТР як стан, що супроводжується надмірною тривожністю і занепокоєнням, яке важко контролювати. До супутніх симптомів належать неспокій, м'язова напруга, труднощі з концентрацією уваги, суб'єктивне відчуття «пустоти в голові», дратівливість та порушення сну [25].

У МКХ-11 акцентується увага на відчутті невизначеного страху або надмірного занепокоєння, пов'язаного з потенційно негативними подіями, що охоплюють різні аспекти повсякденного життя. Серед додаткових симптомів виділяються неспокій, м'язова напруга, підвищена активність симпатичної нервової системи, труднощі з концентрацією, дратівливість та порушення сну. У обох класифікаціях наголошується, що вказані симптоми мають спостерігатися щонайменше протягом шести місяців (DSM-5) або кількох місяців (МКХ-11) і спричиняти значні функціональні порушення.

Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 11-го перегляду, панічний розлад, також відомий як епізодична пароксизмальна тривога (код F41.0), визначається як стан, основною характеристикою якого є повторювані напади інтенсивної тривоги, що виникають раптово та без очевидного зв'язку з

конкретними ситуаціями чи обставинами, що робить їх непередбачуваними. До домінуючих симптомів відносяться раптове серцебиття, біль у грудях, задишка, запаморочення, а також феномени дереалізації чи деперсоналізації. Ці стани часто супроводжуються вторинним страхом смерті, втрати контролю або божевілля. Водночас панічний розлад не діагностується як основний, якщо напади виникають на тлі депресивного розладу, оскільки вони, ймовірно, є вторинними до депресивного стану [37].

У Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів п'ятого перегляду (DSM-5) панічна атака визначається як раптовий і інтенсивний сплеск страху або дискомфорту, який досягає піку протягом кількох хвилин і супроводжується наявністю щонайменше чотирьох специфічних фізичних або когнітивних симптомів. Серед фізичних ознак виділяються тахікардія, підвищене потовиділення, тремтіння, задишка, біль у грудях, нудота, запаморочення, парестезії, а також відчуття жару чи ознобу. До когнітивних симптомів належать дереалізація, деперсоналізація, страх втратити контроль, збожеволіти або померти. Панічні атаки можуть проявлятися в різні часові інтервали, від кількох годин до місяців, а нічні напади, які супроводжуються пробудженням, є характерними для значної частини пацієнтів із панічним розладом. Основною особливістю панічного розладу є його непередбачуваність, тобто напади паніки виникають без чітко визначених тригерів. Критерії цього розладу передбачають як вегетативні прояви (наприклад, серцебиття, задишка, біль у животі, потовиділення), так і когнітивні симптоми (зокрема, страх смерті чи втрати контролю). Важливою характеристикою є те, що симптоми панічного розладу переважно проявляються у фізичній, а не когнітивній площині [19].

На основі вищезазначеного встановлено, що розлади емоційної сфери охоплюють широкий спектр психопатологічних станів, що характеризуються порушеннями настрою, емоційної стабільності та здатності до адаптації в різних життєвих ситуаціях. На основі сучасних міжнародних класифікацій (МКХ-11, DSM-5) визначено ключові типи розладів емоційної сфери, серед

яких депресивні, біполярні, тривожні та інші афективні порушення. Так, депресивні стани характеризуються зниженням настрою, втратою інтересу до звичних занять, почуттям провини та безнадійності. Біполярні розлади проявляються чергуванням маніакальних та депресивних епізодів із відповідною зміною рівня активності та емоційного стану. Тривожні розлади включають надмірну тривогу, нав'язливі думки, соматичні скарги та уникнення стресових ситуацій. Панічні атаки можуть супроводжуватися раптовим почуттям страху, фізичними симптомами, такими як тахікардія, пітливість, тремтіння. Аналіз класифікації та симптоматики емоційних розладів дозволяє краще зрозуміти їхню природу, що має важливе значення для своєчасної діагностики, вибору ефективних методів терапії та профілактики, спрямованих на зниження негативного впливу цих розладів на якість життя пацієнтів.

Висновки до розділу 1

Теоретичний аналіз досліджень, спрямованих на вивчення психологічних концепцій виникнення розладів емоційного спектру, здійснений у цьому розділі, дозволяє узагальнити уявлення про означені психологічні феномени як багатовимірні утворення, що детермінуються складною взаємодією біологічних, психологічних і соціокультурних факторів. Встановлено, що залежно від уявлень дослідників про природу афективних порушень, основна увага зосереджується або на нейробіологічних аспектах (дисбаланс нейротрансмітерів, генетична схильність), або на впливі особистісних і соціальних чинників, таких як ранні дитячі травми, соціальна підтримка чи рівень стресу.

За даними досліджень багатьох сучасних авторів, причини та механізми виникнення розладів емоційного спектру пов'язані з порушенням регуляції афективної сфери, що проявляється у гіперактивності або недостатності певних

мозкових структур (лімбічна система, префронтальна кора), а також у порушеннях когнітивних процесів, таких як емоційне оцінювання, інтерпретація подій і саморефлексія. У межах біопсихосоціального підходу зазначається, що поєднання генетичних чинників, таких як наявність сімейного анамнезу психічних захворювань, із хронічним стресом та відсутністю соціальної підтримки значно підвищує ризик розвитку таких порушень.

Узагальнення інформації, що існує в психологічних дослідженнях відносно класифікації та симптоматики розладів емоційної сфери, дозволило описати їхні основні характеристики, серед яких депресивні, тривожні та змішані форми. Класифікаційні системи, такі як DSM-5 та ICD-11, розглядають афективні розлади як окрему категорію, яка включає депресивний розлад, біполярний афективний розлад, генералізований тривожний розлад і посттравматичний стресовий розлад. Водночас, сучасні підходи акцентують увагу на диференціації цих станів з огляду на їхню клінічну динаміку, інтенсивність симптомів та вплив на якість життя.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ЕМОЦІЙНОГО СПЕКТРУ

2.1. Методики дослідження показників емоційних розладів особистості

Основними задачами емпіричної частини кваліфікаційної роботи є:

1. Створення методологічного комплексу дослідження, спрямованого на вивчення поняття «емоційний розлад»; добір валідного психодіагностичного інструментарію.
2. Проведення емпіричного дослідження розладів емоційного спектру студентства.

Відповідно до поставленої мети та завданням магістерської роботи, було сформовано набір психологічних методик, який забезпечив можливість комплексної оцінки рівня емоційних порушень, а саме: депресивного та

тривожного розладу серед студентів. У експериментальному дослідженні взяли участь 20 осіб, студентів I-IV курсів Ізмаїльського державного гуманітарного університету (віком респондентів від 18 до 22 років).

Визначені завдання обумовили послідовність реалізації емпіричної частини роботи, яка складалася з трьох основних етапів: підготовчого, діагностичного та аналітичного. На першому етапі була реалізована система методів, що включала спостереження, проведення бесід, опитувань і тестувань. Основний зміст підготовчого етапу полягав у створенні психодіагностичного комплексу, орієнтованого на глибоке дослідження емоційних розладів. Для визначення психологічних характеристик розладів емоційного спектру серед студентів було використано низку відповідних методик: «Шкала депресії» (А. Бек), «Шкала тривоги» (А. Бек), «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (А. Зігмунд і Р. Снайт).

В умовах війни своєчасна діагностика та ефективне лікування афективних розладів набувають надзвичайної важливості. Ґрунтовне розуміння психологічних аспектів прояву та розвитку депресії та тривожних в цей період є критично важливим для вдосконалення методів діагностики, надання психотерапевтичної допомоги та профілактики рецидивів у складних умовах війни. Раннє виявлення та належне лікування депресії сприяють зміцненню психічного здоров'я суспільства, підвищенню його стійкості до стресових ситуацій та загальної життєздатності.

Діагностика афективних розладів передбачає використання клініко-психопатологічного методу, який зосереджується на феноменологічному описі симптомів. Основне завдання психіатра полягає в ідентифікації синдромологічної картини стану (депресії, манії, тривожного розладу) з подальшим визначенням можливих етіологічних факторів. На початковому етапі діагностики орієнтуються на основні критерії депресивного, маніакального та тривожного стану, згідно з МКХ-10, МКХ-11 [24].

У своїх дослідженнях Каленська Н.О., Марута Т.В., Панько О.Є., Семікіна Д.І., Теренковський В.Ю. та Федченко В.Ю. визначили ключові

аспекти діагностичного підходу до роботи з депресивними розладами. Основну увагу слід приділяти аналізу клінічної картини депресивних епізодів, що охоплює афективні, мотиваційні, вольові, когнітивні, психомоторні та соматичні прояви. Діагностика повинна враховувати фактори, які впливають на ступінь тяжкості розладів, зокрема психологічні аспекти, що впливають на формування, перебіг і завершення депресивних епізодів. Особливого значення набуває дослідження копінг-стратегій, суб'єктивного сприйняття часу та показників самоактуалізації, які суттєво позначаються на динаміці та прогнозі таких станів [33].

На думку Г.Е. Мазо та М.Г. Незнанова, психодіагностика психологічних проявів депресії передбачає використання комплексу методів, серед яких особливу роль відіграє клінічна бесіда з пацієнтом, що страждає на депресивний розлад, або з його найближчим оточенням. Основною метою такої бесіди є виявлення ключових симптомів депресивного епізоду, які структуровано представлені у спеціальних діагностичних таблицях.

Діагностичні критерії депресивного епізоду, відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10, МКХ-11), включають низку психоемотивних та фізичних симптомів. Серед них виділяються: тривале пригнічення емоційного фону, втрата інтересу до звичних занять, неможливість відчувати задоволення від раніше приємних речей, а також зниження рівня енергії, що супроводжується підвищеною стомлюваністю. Пацієнти можуть відзначати зниження концентрації уваги, що ускладнює зосередження на поточних справах, а також негативну самооцінку, яка може досягати ступеня ідей провини. Песимістичне бачення майбутнього, суїцидальні думки або ідеї самопошкодження, порушення сну та зниження апетиту також є характерними ознаками депресії. Для діагнозу депресивного епізоду необхідна мінімальна тривалість проявів цих симптомів не менше двох тижнів, при цьому вони повинні суттєво впливати на соціальну адаптацію та функціонування пацієнта [33].

Змішаний афективний епізод, відповідно до МКХ-10, характеризується одночасним проявом симптомів депресії та манії, при цьому його тривалість також повинна становити не менше двох тижнів, а вираженість симптомів значно порушує соціальну адаптацію пацієнта. Другий етап діагностики включає визначення етіологічної природи виявленого синдрому. Однак у випадку первинного афективного епізоду цей етап може бути складним і вимагати тривалого спостереження за розвитком захворювання, оскільки визначення етіології депресивного чи маніакального епізоду може потребувати кількох місяців або навіть років. Важливим аспектом на цьому етапі є врахування вікових характеристик пацієнта, його спадкової схильності до психічних чи афективних розладів, наявності супутніх соматичних захворювань, а також аналізу психотравматичних подій, які могли стати каталізатором розвитку афективного епізоду. Ці фактори є критично важливими для уточнення діагнозу і формулювання ефективної терапевтичної стратегії [45]. У процесі клінічної бесіди з пацієнтом, який страждає на тривожний розлад, необхідно приділити увагу аналізу впливу симптомів цього стану на його повсякденне життя. Особливий акцент варто зробити на змінах у соціальних контактах, обмеженні кола спілкування та трансформації поглядів на майбутнє.

Останнім часом психометричні методи здобули популярність у діагностиці афективних розладів, адже вони дозволяють кількісно оцінити тяжкість стану. Серед найбільш поширених психометричних інструментів для оцінки афективних розладів можна виділити шкалу депресії М.Гамільтона та шкалу манії К.Янга [27]. Шкала депресії, розроблена М. Гамільтоном у 1967 році (HDRS), є одним із високовалідних інструментів, призначених для оцінювання ступеня тяжкості депресивних станів у клінічних і дослідницьких цілях. Цей тест є одним із найпоширеніших інструментів у клінічній практиці для оцінки тяжкості афективних порушень. Він забезпечує можливість об'єктивної оцінки динаміки депресивних симптомів завдяки повторному тестуванню пацієнта [47]. Опитувальник містить 21 твердження, серед яких 17

основних пунктів слугують для оцінювання основних симптомів депресії, а 4 додаткових – для визначення супутніх симптомів і типів депресії. Дев'ять пунктів шкали оцінюються за бальною системою від 0 (симптом відсутній) до 4 (максимальна вираженість симптому). Шість пунктів, які не піддаються кількісній оцінці, оцінюються якісно у діапазоні від 0 до 2 балів. Рівень депресивних проявів визначається відповідно до таких критеріїв: 0–7 балів вказують на відсутність депресії, 8–16 балів відповідають легкому ступеню депресивного розладу, 17–27 балів свідчать про середню тяжкість розладу, а понад 27 балів характеризують виражений депресивний стан. Максимальна сума балів становить 52 і відображає найбільш тяжкий прояв депресивного синдрому. Останні чотири пункти (з 18-го до 21-го) не використовуються для оцінки вираженості депресії, але забезпечують можливість визначення типів депресивних порушень, таких як адинамічний, ажитований, фобічний і соматизований підтипи. Ця шкала дозволяє оцінювати вираженість депресивних розладів у динаміці, акцентуючи увагу на тривожності, почутті провини, суїцидальних тенденціях, розладах сну та інших аспектах стану пацієнта, які оцінюються через клінічне інтерв'ю [44].

Шкала К.Янга для оцінки манії, створена у 1978 році, включає 11 пунктів та дозволяє оцінювати інтенсивність маніакальних симптомів. Оцінка проводиться на основі клінічного інтерв'ю, що триває від 15 до 30 хвилин, з урахуванням як інформації, наданої пацієнтом, так і спостережень лікаря. Шкала Янга дає змогу визначити ступінь манії: 0-7 балів — відсутність манії, 7-14 балів — гіпоманіакальний стан, понад 15 балів — маніакальний стан. Оцінка депресії в групах досліджуваних також може здійснюватися за допомогою опитувальника «Шкала В.Цунга для самооцінки депресії». Серед інших методів значне місце посідає шкала В.Цунга для самооцінки депресії, розроблена В. Цунгом у 1965 році. Вона складається з 20 пунктів, що оцінюють рівень депресії (від нормального стану до важкої депресії) на основі відповідей респондентів на позитивно та негативно сформульовані твердження. Аналіз результатів включає оцінку за групами симптомів, зокрема афективних,

соматичних, психомоторних і когнітивних проявів, що дозволяє виявити ключові ознаки депресії та її специфічні характеристики. Процедура застосування шкали передбачає заповнення спеціального бланка, який згодом аналізує фахівець [44].

Для уточнення діагнозу тривожного розладу широко застосовуються психодіагностичні методи, серед яких провідне місце займають такі інструменти, як опитувальник «Шкала тривоги» (А. Бек), «Шкала депресії» (А. Бек), шкала В.Цунга для самооцінки рівня тривоги та депресії, тест Ч.Спілбергера для визначення рівня реактивної і особистісної тривожності, а також спеціалізовані скринінгові методики для виявлення тривожності. Кожен із зазначених тестів сприяє отриманню структурованої інформації про характерні прояви тривоги та дозволяє комплексно оцінити психоемоційний стан пацієнта [53].

Опитувальник депресії, розроблений А. Беком, належить до категорії суб'єктивних методик, які заповнюються самостійно пацієнтами [1]. Цей інструмент призначений для оцінки ступеня вираженості депресивної симптоматики. Опитувальник складається з 13 груп тверджень, кожна з яких відображає конкретний симптом депресії. Кожне твердження має чотири варіанти відповіді, що оцінюються в балах: перший варіант відповідає 0 балів, другий – 1 балу, третій – 2 балам, і четвертий – 3 балам. Підсумкова кількість балів дозволяє визначити рівень депресії: показники вище 19 балів вказують на наявність клінічного депресивного синдрому, а рівень понад 24 бали свідчить про важку депресивну симптоматику.

«Шкала депресії» (А. Бек) є одним із найбільш поширених інструментів для оцінки депресивної симптоматики, розробленим Беком та його дослідницькою групою [1]. Методика створена на основі систематичних спостережень за пацієнтами з депресивними розладами, їхнім перебігом хвороби, а також порівнянням з особами, які не страждають на депресію. Результати цих досліджень дозволили ідентифікувати ключові симптоми депресії, що лягли в основу шкали. Шкала складається з 21 твердження, які

поділені на дві підшкали: перша (пункти 1–13) оцінює афективно-когнітивні прояви депресії, зокрема емоції, відчуття та думки пацієнта, тоді як друга (пункти 14–21) зосереджена на соматичних симптомах, таких як якість сну, апетит, лібідо та інші фізіологічні характеристики. Такий підхід дозволяє глибше проаналізувати специфіку проявів депресії та її вплив на різні аспекти життя пацієнта.

Кожне твердження шкали відповідає окремому симптому депресії, зокрема таким як: сум, пригніченість, негативне сприйняття майбутнього, низька самооцінка, втрата інтересу до раніше улюблених занять, почуття провини, самобичування, ненависть до себе, самозвинувачення, суїцидальні думки та наміри, плаксивість або її відсутність, дратівливість, байдужість до інших людей, утруднення у прийнятті рішень. Соматичні аспекти включають дисморфофобію, труднощі у виконанні роботи, безсоння, хронічну втому, втрату апетиту, зниження ваги, іпохондрію, зниження або втрату лібідо.

Кожне запитання передбачає чотири варіанти відповіді, які оцінюються від 0 до 3 балів. Загальна сума балів може коливатися від 0 до 63, де вищий показник свідчить про більшу вираженість депресивних симптомів.

Рівні депресії класифікуються за такими межами:

- 0–9 балів – депресивна симптоматика відсутня;
- 10–18 балів – легка депресія;
- 19–29 балів – помірна депресія;

Ця шкала є зручним і надійним інструментом для діагностики та моніторингу ефективності терапевтичного втручання.

Шкала В.Цунга для самооцінки депресії, опублікована у 1965 році у Великобританії, набула широкого міжнародного визнання, була перекладена на численні мови, адаптована та валідізована у різних етнічних і культурних контекстах. В Україні тест адаптовано у відділі наркології НДПНІ ім. В. М. Бехтерева. Ця шкала базується на діагностичних критеріях депресії та аналізі відповідей пацієнтів, які страждають на цей розлад. Її використання дає змогу лікарю проводити як самостійне обстеження, так і скринінг депресії. Завдяки

високій чутливості та специфічності шкала дозволяє ефективно оцінити рівень депресії та визначити ступінь вираженості депресивного розладу [44].

Шкала реактивної та особистісної тривожності, розроблена Ч. Спілбергером та адаптована Ю. Л. Ханіним, є високонадійним і інформативним психодіагностичним інструментом, що дозволяє оцінювати рівень тривожності як тимчасового стану, так і як стійкої особистісної характеристики [27]. Ця методика забезпечує можливість визначення тривожності в різні часові проміжки: у минулому, теперішньому чи майбутньому. Особистісна тривожність розглядається як відносно стабільна риса особистості, яка характеризує схильність індивіда до переживання тривоги. Вона вказує на індивідуальну тенденцію сприймати широкий спектр ситуацій як загрозові, що провокує виникнення тривожного стану різного ступеня вираженості. Особистісна тривожність, як реактивна характеристика, проявляється у відповідь на сприйняття певних «загрозливих» стимулів, які зазвичай пов'язані з ситуаціями, що викликають небезпеку для престижу, самооцінки чи самоповаги індивіда. Високий рівень особистісної тривожності свідчить про підвищену ймовірність виникнення у суб'єкта стану тривоги в умовах, де відбувається оцінювання його компетентності чи підготовленості, особливо якщо такі ситуації сприймаються як загрозові. Такі особи, як правило, потребують більшої уваги та підтримки з боку фахівця. На противагу цьому, індивіди з низьким рівнем тривожності зазвичай не схильні розглядати широкий спектр ситуацій як загрозові для свого престижу чи самооцінки. Ймовірність розвитку тривожного стану в таких осіб значно нижча, однак вона може проявитися в окремих, особливо важливих і значущих для них обставинах.

Реактивна тривожність, як стан, проявляється через суб'єктивне переживання таких емоцій, як напруженість, занепокоєння, заклопотаність і «знервованість», що супроводжується активацією вегетативної нервової системи. Цей стан є емоційною реакцією на стресову ситуацію, яка може варіювати за інтенсивністю та має динамічний, змінний характер у часі.

Високий рівень реактивної тривожності свідчить про значну психоемоційну напругу пацієнта. Цей показник є чутливим до змін у психоемоційному стані під час терапії, що робить його зручним і надійним інструментом для оцінки ефективності психотерапевтичного втручання.

Методика «Шкала реактивної та особистісної тривожності» Ч. Спілбергера, адаптована Ю. Л. Ханіним складається із 40 запитань, які розподілені на дві частини: 20 запитань для оцінки реактивної тривожності (опитувальник А) та 20 запитань для вимірювання особистісної тривожності (опитувальник Б). Респонденту пропонується відповісти на запитання, вказуючи свій стан у поточний момент часу (реактивна тривожність, запитання 1–20) або описуючи свій звичний стан (особистісна тривожність, запитання 21–40).

Методика «Шкала тривоги» (А. Бек), призначена для оцінки рівня тривожності в процесі первинного скринінгу пацієнтів і клієнтів. Її застосування займає близько 10 хвилин, що робить цей інструмент зручним для досліджень, які включають велику кількість осіб. Оцінка рівня тривоги ґрунтується на аналізі скарг учасників і ступеня їхнього дискомфорту, викликаного цими симптомами. У процесі опитування респонденти мають оцінити 21 твердження, вибираючи одну з чотирьох запропонованих відповідей, що оцінюються за шкалою від 0 до 3.

«Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS), створена А. Зігмундом і Р. Снайтом у 1983 році, призначена для виявлення рівнів тривоги та депресії. Особливістю цієї методики є виключення симптомів, які можуть бути пов'язані із соматичними захворюваннями (наприклад, головний біль чи запаморочення), що забезпечує більшу точність діагностики. Субшкала депресії формується на основі симптомів, які відображають переважно ангедонічний компонент депресивного розладу, тоді як субшкала тривоги ґрунтується на секції стандартизованого клінічного інтерв'ю. HADS має низку переваг, зокрема високу перевіреність результатів, швидкість виконання (включає лише 14 питань), зрозумілість формулювань та простоту підрахунку балів [44].

2.2. Аналіз результатів дослідження особливостей розладів емоційної сфери у студентів

У результаті дослідження рівня депресивного розладу за методикою «Шкала депресії» (А. Бек) встановлено, що у 45% (9 осіб) депресивні симптоми відсутні. У 35% (7 осіб) учасників дослідження виявлено низький рівень депресії; середній (помірний) рівень притаманний 20% респондентів (4 особи); високий рівень депресії не виявлено.

Результати дослідження респондентів представлені в таблиці 2.1. та на рисунку 2.1.

Таблиця 2.1.

Результати дослідження показників рівня депресії за методикою «Шкала депресії» (А. Бек)

№ з/р	Рівень депресії	Кількість осіб	показник (%)
1	високий	-	0
2	середній (помірний)	4	20
3	низький	7	35
4	відсутні симптоми	9	45

Результати дослідження показників рівня депресії студентів за методикою схематично наведено у вигляді діаграми (Рис.2.1.)

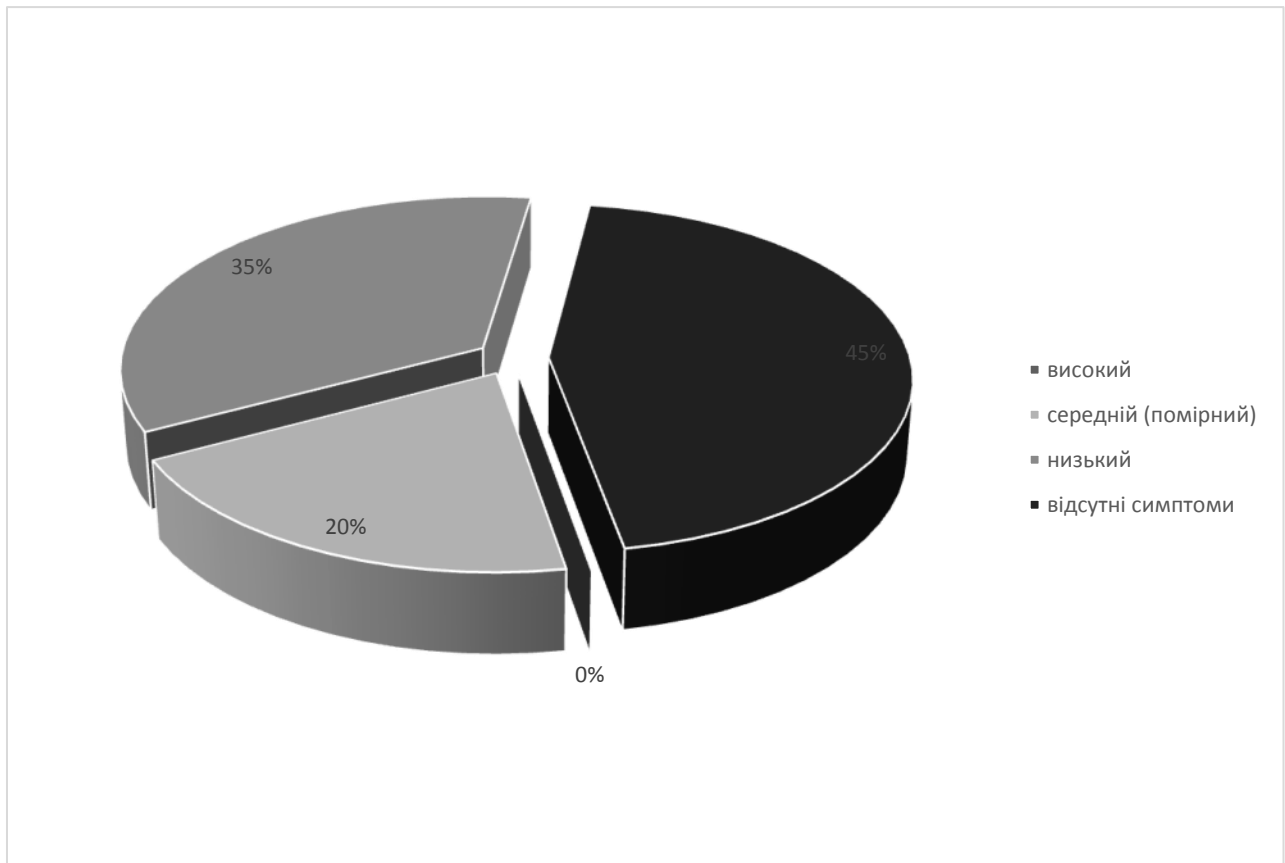


Рис.2.1. Показники емоційного рівня депресії студентів за методикою «Шкала депресії» (А. Бек)

Аналіз отриманих результатів за методикою «Шкала депресії» (А. Бек) демонструє значну різноманітність у рівнях вираженості депресивних симптомів серед респондентів. У 45% учасників (9 осіб) депресивна симптоматика відсутня, що свідчить про їхній емоційний баланс і відсутність стійких проявів, які могли б свідчити про порушення психологічного стану. Ці особи демонструють здатність адаптуватися до життєвих викликів і зберігати високу якість життя.

Друга за чисельністю група — респонденти з легкою формою депресії (35% - 7 осіб). Для цієї категорії характерні незначні зміни у психоемоційному стані, такі як періодичне відчуття пригніченості, незначні труднощі у виконанні звичних обов'язків або знижений інтерес до улюблених занять. Зазвичай такі прояви пов'язані з тимчасовими стресовими ситуаціями, але без глибокого впливу на загальний рівень функціонування. Легка форма депресії може супроводжуватися окремими симптомами, такими як відчуття провини або

зниження активності, проте люди зберігають здатність до виконання основних завдань.

Дещо складнішу ситуацію демонструє група респондентів із помірною депресією (20%, 4 особи). У них відзначається комплекс симптомів, що включає щонайменше чотири з перелічених проявів: емоційне виснаження, труднощі у концентрації уваги, порушення сну або апетиту, підвищена стомлюваність. Ці прояви ускладнюють виконання повсякденних обов'язків і суттєво знижують якість життя. Помірна депресія може вимагати психологічного втручання, аби запобігти переходу в більш важку форму.

Аналіз отриманих даних свідчить, що серед респондентів відсутні випадки високого рівня депресії. Це означає, що у жодного з учасників не було зафіксовано максимально критичних проявів депресивної симптоматики, які б повністю паралізували їхню здатність до повсякденного функціонування або свідчили про глибокі патологічні зміни в емоційній сфері. Відсутність випадків високого рівня депресії є позитивним показником загального психологічного стану вибірки, однак наявність осіб із легкими та помірними рівнями депресії свідчить про потребу в профілактичних заходах для запобігання подальшому розвитку цих станів.

Таким чином, хоча високий рівень депресії не був зафіксований, існування менш виражених форм депресії у значної частини респондентів є сигналом до необхідності підтримки емоційного благополуччя, зокрема через консультування, психопросвітництво або організацію заходів психологічної підтримки.

Узагальнюючи результати, можна дійти висновку, що 20% (4 особи) досліджуваних із помірними формами депресії потребують професійної психологічної допомоги, 35% (7 осіб) респондентів рекомендована підтримуюча терапія, а 45% (9 осіб) вибірки не мають симптомів депресії, які суттєво впливають на якість їхнього життя.

Детальний аналіз дослідження тривожних розладів за методикою «Шкала тривоги» (А. Бек) у студентів вказує на те, що у опитуваних відсутній високий

рівень тривожності, 10% (2 особи) мають середній рівень тривоги, легкий рівень тривоги виявлено у 30% (6 осіб), при цьому у більшості респондентів рівень тривоги в межах норми 60% (12 осіб) (Табл.2.2., Рис.2.2.).

Кількісні показники отриманих результатів показано в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Результати дослідження показників рівня тривоги за методикою «Шкала тривоги» (А. Бек)

№ з/р	Рівень тривоги	Кількість осіб	показник (%)
1	високий	-	0
2	середній	2	10
3	легкий	6	30
4	в межах норми	12	60

Результати дослідження показників тривожних симптомів у студентів за методикою «Шкала тривоги» (А. Бек) наведено у вигляді гістограми (Рис.2.2.)

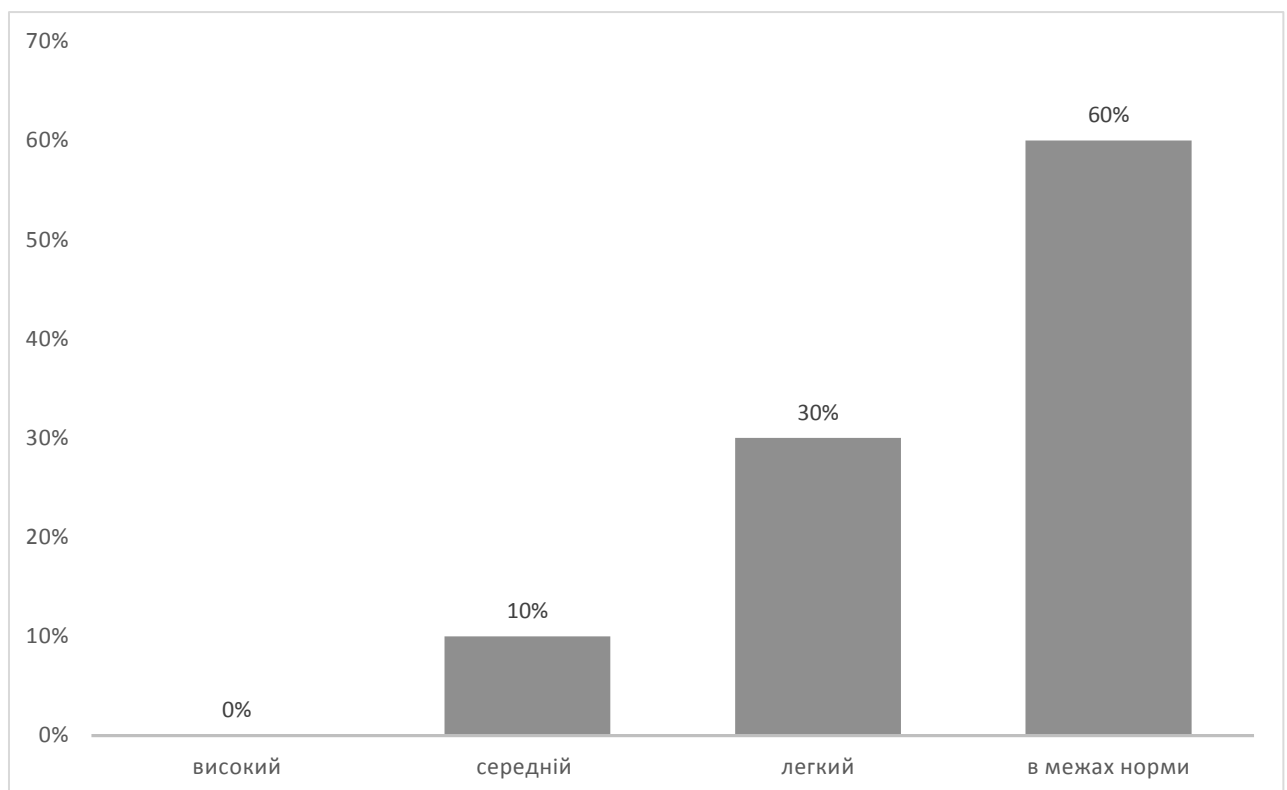


Рис 2.2. Показники тривоги у респондентів за методикою «Шкала тривоги» (А. Бек)

Аналіз результатів, отриманих за методикою «Шкала тривоги» (А. Бек), у контексті сучасних умов війни, невизначеності та зростання загальної психологічної напруги, демонструє важливість врахування впливу специфічних факторів стресу на стан респондентів. Серед опитаних 60% (12 осіб) демонструють нормальний рівень тривожності, що вказує на їхню відносну емоційну стабільність навіть в умовах загрозливого середовища. Це може свідчити про високі адаптаційні ресурси та наявність ефективних стратегій подолання стресу. Однак навіть у цій групі можна припустити наявність латентної тривожності, пов'язаної з постійною загрозою ракетних обстрілів, атаками дронів-камікадзе та матеріальною невизначеністю.

Легкий рівень тривоги, зафіксований у 30% (6 осіб), характеризується ситуативним хвилюванням, яке в сучасних умовах може бути обумовлено очікуванням повторних повітряних атак, страхом за безпеку близьких або економічною нестабільністю. Цей рівень тривожності також може включати підвищену чутливість до звукових сигналів (наприклад, сирен повітряної тривоги), а також загальне відчуття емоційної втоми через тривалий вплив загроз. Такий рівень не вважається патологічним, але за відсутності належної підтримки може погіршувати якість життя і переходити у більш виражені форми тривожності.

Група з середнім рівнем тривожності, яка становить 10% (2 особи), перебуває в зоні особливого ризику. У цій категорії респондентів може спостерігатися сильне відчуття страху, яке у сучасних умовах війни пов'язане зі страхом втратити житло, роботу чи близьких через обстріли, нестачу базових ресурсів або загальну невизначеність майбутнього. Часто у цих осіб спостерігаються фізіологічні прояви тривожності, як-от панічні атаки, тахікардія, порушення сну або перманентне очікування небезпеки. Такі стани потребують невідкладної психокорекційної роботи, оскільки вони можуть призвести до виснаження психічних та фізичних ресурсів.

Додатково, в умовах війни підвищений рівень тривожності пов'язаний із сукупністю багатьох факторів: почуттям безпорадності перед атаками дронів,

страхом за фізичну та економічну безпеку, а також постійною нестачею матеріальних ресурсів. Зокрема, інформаційне залякування, спрямоване на ескалацію страху, наявність фінансових труднощів, обмежений доступ до засобів підтримки або евакуаційних маршрутів може суттєво посилювати тривожні настрої.

Для респондентів, які щодня стикаються з новинами про можливі атаки дронів-камікадзе, ракетні обстріли або інші загрози, це створює ефект перманентної тривоги. Постійна готовність до потенційної небезпеки, підкріплена тривожними повідомленнями, активує стан хронічного стресу, навіть якщо безпосередньої загрози в цей момент немає. Така інформаційна стратегія спрямована на підриг відчуття стабільності, що може проявлятися у вигляді порушення сну, апатії, емоційного виснаження або навіть іпохондричних симптомів. Особливої шкоди завдає регулярне тиражування страху щодо можливого розширення війни, введення нових мобілізаційних заходів або використання заборонених засобів ураження.

Отже, результати дослідження відображають складну ситуацію, у якій опинилися респонденти. На тлі війни, загроз фізичної безпеки та матеріальної нестабільності, навіть відносно нормальний рівень тривожності може бути умовним, оскільки вплив зовнішніх стресових факторів постійно залишається високим. Це підкреслює необхідність розробки комплексних програм психологічної підтримки, які включають психоедукацію, кризове консультування та соціальну допомогу, спрямовану на послаблення впливу цих факторів на емоційний стан людей. У контексті психокорекційної роботи важливо враховувати цей аспект, адже зменшення впливу інформаційного шуму, навчання критичному мисленню та практики цифрової гігієни можуть суттєво знижувати рівень тривожності.

Наступною висвітлимо результати методики «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS) (А. Зігмунд і Р. Снайт) (Табл.2.3., Рис.2.3.).

Таблиця 2.3.

Результати дослідження показників тривоги та депресії за методикою «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS) (А. Зігмунд і Р. Снайт)

№ з/р	Рівень тривоги та депресії	тривога (кількість осіб)	показник (%)	депресія	показник (%)
1	клінічно виражена	-	0	-	0
2	субклінічно виражена	6	30	2	10
3	норма	14	70	18	90

Отримані дані зобразимо у вигляді гістограми:

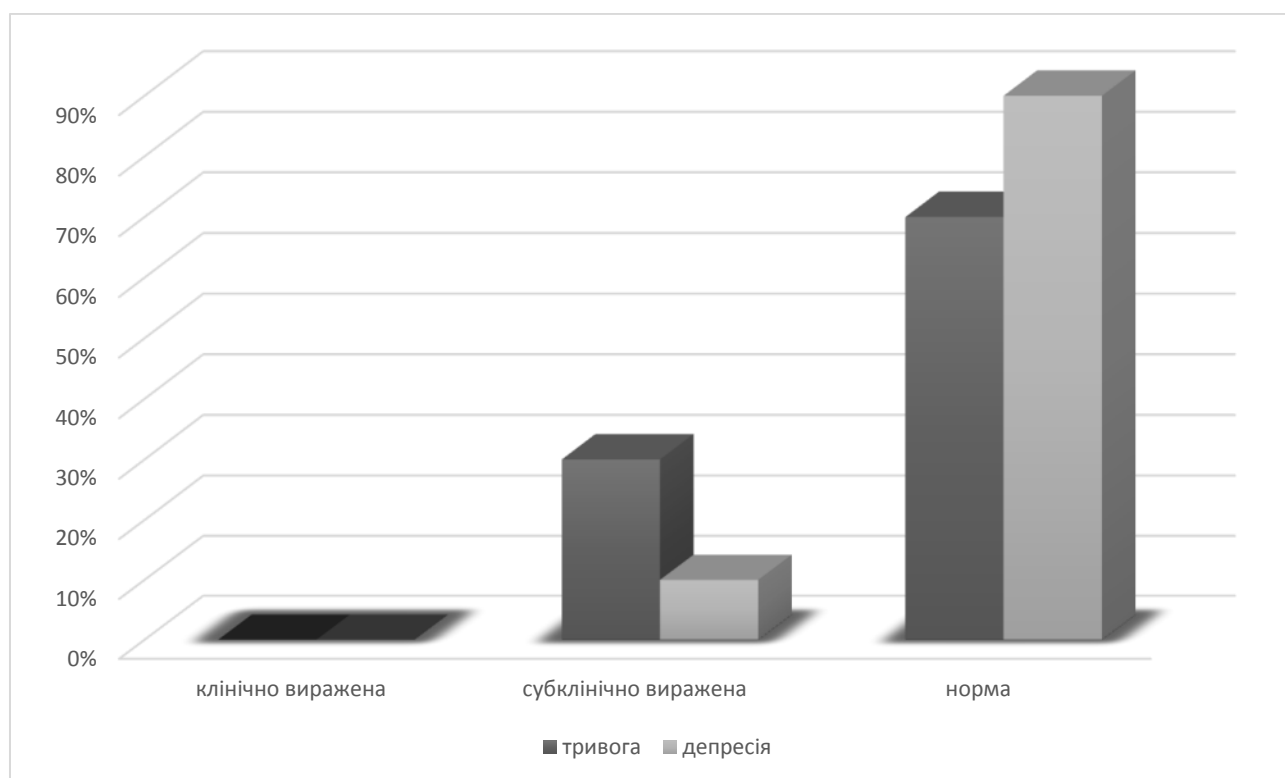


Рис.2.3. Показники тривоги та депресії у студентів за методикою «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS) (А. Зігмунд і Р. Снайт)

Результати дослідження свідчать, що у переважної більшості респондентів — 70% (14 осіб) — відсутні достовірно виражені симптоми тривоги, що вказує на їхню здатність зберігати психоемоційну рівновагу навіть у стресових умовах. У 30% (6 осіб) були виявлені субклінічно виражені прояви тривоги, які характеризуються легкими емоційними та фізичними реакціями на стрес,

такими як епізодичне хвилювання, напруженість, труднощі концентрації уваги. Водночас серед досліджуваних не було виявлено респондентів із клінічно вираженою тривогою, що є позитивним показником загального психологічного стану групи.

Аналогічний розподіл спостерігається у показниках депресії: 90% респондентів (18 осіб) не мають достовірно виражених симптомів депресивного стану, що свідчить про їхній емоційний баланс та задовільне самопочуття. У 10% (2 особи) виявлено субклінічно виражену депресію, яка може проявлятися у вигляді помірного зниження настрою, легкого відчуття втоми або тимчасової апатії. Відсутність клінічно виражених випадків депресії також підкреслює адаптивний потенціал вибірки та знижений ризик розвитку серйозних емоційних порушень у досліджуваній групі.

Водночас аналіз психологічних та фізичних симптомів студентів із субклінічно вираженими рівнями тривоги й депресії дозволяє деталізувати характер їхніх скарг. Так, переважна більшість цих респондентів відзначали погіршення загального самопочуття, яке супроводжувалося фізичними симптомами, такими як хронічна втома, труднощі зі сном, головні болі та м'язове напруження.

У психоемоційній сфері проявлялися такі симптоми, як негативне сприйняття повсякденних подій, невпевненість у завтрашньому дні, знижена мотивація та труднощі в управлінні емоціями. Поведінкові особливості цієї групи респондентів включали підвищену дратівливість або плаксивість, а також небажання проявляти активність у навчальній або соціальній сфері. Це свідчить про те, що навіть незначні рівні тривоги чи депресії можуть суттєво впливати на здатність студентів адаптуватися до навчального процесу та підтримувати високу якість життя.

Отримані дані дозволяють зробити висновок, що, хоча більшість респондентів демонструють емоційну стабільність, наявність субклінічно виражених проявів тривоги та депресії в окремій частини вибірки підкреслює важливість впровадження профілактичних заходів.

Висновки до розділу 2

В результаті емпіричного аналізу виявлено, що психологічний стан студентів загалом характеризується емоційною стабільністю, однак серед респондентів зафіксовані окремі випадки субклінічно виражених проявів тривоги та депресії. Для визначення психологічних характеристик розладів емоційного спектру було використано низку валідних і надійних методик: «Шкала депресії» (А. Бек), «Шкала тривоги» (А. Бек) та «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (HADS) (А. Зігмунд і Р. Снайт).

Аналіз отриманих даних за методикою «Шкала депресії» (А. Бек) свідчить, що серед студентів відсутні випадки високого рівня депресії, що вказує на відсутність значних патологічних змін в емоційній сфері, здатних суттєво впливати на їхню повсякденну діяльність. Водночас зафіксовані легкі та помірні рівні депресії свідчать про можливе накопичення емоційного напруження та необхідність проведення превентивних заходів для уникнення поглиблення цих станів. Дослідження за методикою «Шкала тривоги» (А. Бек) виявило, що більшість респондентів демонструють нормальний рівень тривожності, що є показником їхньої здатності ефективно адаптуватися до стресових умов. Разом із тим, у деякої частини студентів виявлено легкий і середній рівні тривожності, що свідчить про підвищену чутливість до стресових факторів. Результати, отримані за «Госпітальною шкалою тривоги і депресії» (HADS) (А. Зігмунд і Р. Снайт) підтверджують загальну емоційну стабільність більшості респондентів, проте у частини студентів зафіксовано субклінічні такі прояви тривожності, як: напруженість чи труднощі концентрації.

Встановлено, що серед студентів не було виявлено клінічно значущих проявів тривоги чи депресії, що є позитивним показником загального психоемоційного стану вибірки. Водночас наявність субклінічних проявів депресії та тривоги у частини респондентів підкреслює необхідність

впровадження превентивних програм, спрямованих на розвиток емоційної стійкості, стресостійкості та навичок саморегуляції.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ ТА СТРАТЕГІЇ В КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ

3.1. Основні підходи до психотерапії емоційних розладів

Психотерапія є важливою складовою комплексного лікування емоційних розладів, оскільки спрямована на глибинне опрацювання психологічних механізмів, які лежать в основі дезадаптивних емоційних реакцій. Основними підходами у терапії таких станів є когнітивно-поведінкова, психодинамічна, міжособистісна та сімейна психотерапія, кожна з яких має свої цілі, методи й особливості застосування залежно від характеру порушень, індивідуальних особливостей пацієнта та його соціального середовища. Ефективність психотерапевтичних методів значною мірою визначається їх адаптацією до конкретного клінічного випадку, що дозволяє досягти покращення емоційного стану, зниження рівня стресу та підвищення якості життя пацієнта [48].

Психотерапевтичне втручання рекомендовано здебільшого при порівняно неглибоких афективних розладах, спрямовуючи зусилля на їх усунення, заспокоєння пацієнта, корекцію когнітивних порушень, подолання відчуття безнадії та безпорадності, а також суїцидальних схильностей. Оптимальним варіантом вважається поєднання відповідної фармакологічної терапії з довготривалою когнітивно-поведінковою чи міжособистісною психотерапією, оскільки така комбінація демонструє значно вищу ефективність у порівнянні з ізольованим застосуванням одного з методів. Залежно від фази захворювання, особистісних характеристик пацієнта, соціального оточення та специфіки терапевтичних цілей, застосовуються різні підходи: індивідуальна (когнітивно-поведінкова, психодинамічна, сугестивна, раціональна), групова (міжособистісна, реінтегруюча) чи сімейна (підтримуюча) психотерапія [49].

В індивідуальній психотерапії, особливо когнітивно-поведінковій, основний акцент робиться на виявленні і корекції викривленого сприйняття, яке призводить до формування помилкових уявлень про себе та навколишній світ, що в свою чергу зумовлює неадекватні емоційні реакції. Психотерапевтичні техніки спрямовані на заміну таких когніцій адаптивними, відновлення адекватного сприйняття та подолання ірраціональних установок типу «мені нічого не вдасться» чи «життя позбавлене сенсу». Це допомагає пацієнтам краще розуміти взаємозв'язок між життєвими обставинами та власними психологічними реакціями.

Групова міжособистісна психотерапія орієнтована на покращення соціальної взаємодії та гармонізацію відносин з оточуючими. Вона сприяє формуванню почуття приналежності, зменшенню ізолюваності та напруженості, перебудові ставлення до захворювання і підвищенню віри в успішність лікування. Такий підхід також дозволяє пацієнтам краще оцінювати своє місце у соціальному середовищі, знижує рівень самозвинувачення і сприяє виробленню реалістичних життєвих планів. Сімейна психотерапія покликана оптимізувати соціальне функціонування пацієнта та членів його сім'ї, які нерідко виступають додатковими стресовими чинниками. Основна увага приділяється корекції поведінки родичів, адекватному сприйняттю ними терапевтичного процесу та зниженню психологізації наявних психопатологічних проявів хворого. Важливим завданням є також усунення помилкових уявлень про тяжкість стану пацієнта та створення підтримуючої атмосфери [63].

Таким чином, у терапії депресивних станів пріоритетними залишаються емоційна підтримка та емпатичне розуміння, які мають поєднуватися з корекцією деструктивних психологічних уявлень, що можуть сприяти формуванню суїцидальних тенденцій.

В процесі корекції емоційних порушень активно використовуються різноманітні психотерапевтичні методики, серед яких особливе місце займають:

1. Когнітивна психотерапія, яка є одним із провідних методів реабілітації при депресивних розладах, була розроблена А. Беком у 1960-х роках як короткостроковий терапевтичний підхід, орієнтований на вирішення актуальних проблем пацієнта. Цей підхід має активний, директивний і структурований характер, базуючись на теоретичному припущенні, що емоційні та поведінкові реакції значною мірою обумовлені специфікою індивідуального сприйняття світу, яке формується внаслідок минулого досвіду та відображається у вигляді когнітивних схем і установок. У процесі терапії особлива увага приділяється ідентифікації й логічному аналізу дезадаптивних переконань та автоматичних думок, що сприяють загостренню симптомів депресії, таких як відчуття особистісного безсилля, зниження самооцінки, порушення сну чи навіть суїцидальні тенденції [50].

Основні принципи когнітивної психотерапії, окреслені Дж. Беком, включають формулювання терапевтичного випадку із застосуванням специфічної термінології, встановлення довірливого терапевтичного альянсу між терапевтом і пацієнтом, акцент на співпраці та активній участі клієнта в процесі лікування. Терапія зосереджується на вирішенні конкретних проблем, що виникають у теперішньому часі, особливо на початкових етапах. Важливим аспектом є навчання клієнта самостійно застосовувати терапевтичні техніки, що не лише сприяє зміні деструктивних моделей мислення, настрою та поведінки, але й забезпечує профілактику рецидивів депресії. Метод є обмеженим у часі та побудований за чіткою структурою, що дозволяє ефективно працювати над корекцією когнітивних викривлень і формуванням адаптивних способів реагування [5].

Когнітивна терапія фокусується на усвідомленні помилковості власних оцінок, таких як перебільшення ступеня небезпеки або занадто велика персональна відповідальність, а також сприяє подоланню таких симптомів, як галюцинації, маячні ідеї і панічні атаки. Когнітивний аналіз, що спрямований на вивчення наслідків патологічної поведінки під час афективної фази. Якщо в підсвідомості пацієнта укорінені негативні переконання, це неминуче

позначається на його емоційному стані та поведінці. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) виявила високу ефективність у лікуванні таких психічних порушень, як депресія, тривожні стани, фобії та панічні розлади. Її теоретична основа базується на концепції, згідно з якою емоційні та поведінкові реакції людини визначаються її інтерпретацією навколишнього світу. Відповідно, наявність глибинного переконання про недружелюбність оточення формує негативні емоції та відповідну поведінку. Головною метою КПТ при лікуванні депресивних розладів є покращення емоційного стану шляхом когнітивної корекції сприйняття пацієнтом самого себе та світу. Це досягається раціональним переконанням пацієнта у хибності його негативних суджень про себе та заниженої оцінки власних досягнень [6].

Особливу увагу приділяють роз'ясненню природи депресивних симптомів, що дозволяє пацієнтові усвідомити механізми свого стану та зрозуміти можливості терапевтичного втручання. Хворому доноситься ідея, що його емоційний стан значною мірою залежить від власних зусиль, і він здатен впливати на свої емоції та поведінку. Важливим завданням терапії є допомога пацієнтові у подоланні почуття безпорадності та формуванні нових, конструктивних поглядів на складнощі, які раніше здавалися безвихідними. У процесі терапії особлива увага приділяється виявленню та корекції ірраціональних переконань, а також створенню у пацієнта чіткого уявлення про позитивні фактори, на які він може опиратися під час боротьби із захворюванням [17].

КПТ рекомендується проводити як у форматі індивідуальної, так і групової терапії, залежно від особливостей пацієнта. На початковому етапі перевага віддається індивідуальній роботі, яка дозволяє налагодити емоційний контакт із пацієнтом через психотерапевтичну бесіду. Пацієнту пояснюється взаємозв'язок між думками, емоціями та поведінкою, з використанням прикладів із його життя. Далі пацієнт навчається фіксувати негативні думки у спеціальному «Щоденнику автоматичних думок», що дозволяє ідентифікувати ірраціональні переконання та працювати над їх трансформацією. У процесі

терапії поступово зростає відповідальність пацієнта за власний емоційний стан, що є важливим аспектом успішного одужання. У пацієнтів із депресивними розладами, терапія спрямовується на подолання мотиваційних, поведінкових і фізичних симптомів [18]. Особливу увагу приділяється навчанню методам контролю над життєвими ситуаціями, відновленню впевненості у власних силах, подолання почуття некомпетентності, втоми та інертності. Під час роботи спростовуються негативні очікування, що сприяє формуванню нових адаптивних поведінкових моделей. Протягом курсу рекомендується застосовувати також техніки аутотренінгу в модифікації Б. В. Михайлова.

2. Психоаналітичний та психодинамічний підходи передбачають дослідження дитячих травм, міжособистісних конфліктів та роботу над корекцією світоглядних переконань, а також переоцінкою життєвих цінностей. Психоаналіз розглядає ритуали і супутні їм компульсії і обсесії як способи зменшення тривожності або маскування агресії, спрямованої на близьких. Психодинамічна терапія є важливою при хронічних невротичних розладах, обсесивно-компульсивних розладах, дистимії, істерії та сексуальних дисфункціях [20].

3. Поведінкова терапія часто виступає як перший етап корекційної роботи. Вона є ефективною при легких формах емоційних розладів, коли відсутні виражені депресії або тривоги. Основний акцент зроблений на управлінні імпульсивністю, агресивними спалахами, а також на розвитку соціальних навичок, що допомагає пацієнтові адаптуватися до соціуму.

4. Групова терапія створює умови для самоаналізу і надає підтримку в колективі осіб, які мають схожі проблеми. Вона ефективно попереджає розвиток більш серйозних стадій панічних розладів, допомагаючи учасникам обмінюватися досвідом і впоратися з емоційними труднощами через взаємну підтримку [75].

5. Тренінги базових комунікативних навичок сприяють відновленню втрачених соціальних, професійних і сімейних зв'язків, що допомагає

пацієнтам краще адаптуватися до змінюваних умов життя та знизити рівень стресу.

Психотерапевтичні підходи, зокрема індивідуальна, групова і сімейна терапія, є важливими компонентами корекційного процесу при емоційних порушеннях. Вони сприяють не лише зниженню комунікативних бар'єрів, а й поліпшенню внутрішнього емоційного стану через етапи усвідомлення проблеми, виявлення дезадаптивних думок, формування нових позитивних переконань і оптимальної поведінки, що призводить до довгострокових внутрішніх змін. Психотерапевтичний процес має на меті виявлення і корекцію психологічних факторів, що сприяють розвитку симптомів емоційних розладів. Завданням терапії є зняття афективних порушень, зниження відчуття безпорадності та безнадійності, а також нормалізація емоційного стану пацієнта, шляхом корекції розладів мислення [68]. Психотерапевтичний ефект, хоча й розвивається повільніше, ніж вплив медикаментозного лікування, проте надає значний і стійкий результат вже через 6–8 тижнів. Важливим аспектом психокорекційної роботи є активізація позитивних рис особистості, відновлення її соціального функціонування через групову терапію, формування компенсаторних механізмів і розвитку процесів саморегуляції та самоконтролю. Окрім того, терапія сприяє нормалізації емоційно-вольових реакцій у взаємодії з іншими людьми. Одним з ключових напрямків психотерапевтичної роботи є корекція викривлених сприйнять, спотворених психологічних установок і когнітивних порушень, які сприяють підтримці дезадаптивних форм поведінки.

Для досягнення цих цілей часто застосовуються методики еkleктичного підходу, що включають поєднання особистісно-орієнтованої і раціональної психотерапії з проведенням тренінгів соціальних навичок. Такий підхід допомагає активізувати соціальні ресурси індивіда, розвиваючи його адаптаційні можливості в різних життєвих сферах. Актуальність створення нових психокорекційних програм та методик, які допомагають у корекції афективних розладів, обґрунтована високим рівнем поширеності таких розладів

у сучасному суспільстві. Різноманітні наукові дослідження і практика підтверджують ефективність психотерапії, а також соціально-психологічної реабілітації, як важливих компонентів, що сприяють поліпшенню якості життя, соціальної адаптації та психологічного благополуччя індивіда [58].

Позитивні результати терапевтичного впливу можуть бути досягнуті при наявності підтримки з боку родини та друзів, що створює основу для соціальної турботи і психологічної допомоги в умовах сім'ї. Серед різноманітних порушень поведінки особливе значення мають афективні розлади, які займають провідне місце серед емоційних порушень у сучасному суспільстві. Спостерігається стійка тенденція до зростання проявів афективних розладів, що суттєво впливає на працездатність людини і погіршує її якість життя. Вчасна діагностика таких розладів є критично важливою для запобігання ускладненням і небажаним змінам у психічному стані особистості. Протидія афективним розладам передбачає постійну психотерапевтичну підтримку, а для психолога це означає не лише здатність вчасно діагностувати, але й надавати корекційну допомогу людям з емоційними порушеннями. Афективні розлади, що супроводжуються виснаженням і пригніченістю, можуть призводити до руйнації соціальних зв'язків, сімейних відносин і життєвих планів. Саме тому своєчасне виявлення і корекція таких розладів є запорукою успішного терапевтичного впливу та профілактики можливих ускладнень [35].

Комплексний підхід до лікування тривожних розладів охоплює кілька ключових компонентів, серед яких фармакотерапія, психотерапія, психоосвіта та заходи, спрямовані на зміцнення психосоціального ресурсу пацієнта. Особливе місце в терапії таких станів займає травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка дозволяє опрацьовувати травматичні спогади, працювати з емоціями, пов'язаними з травмою, реструктуризувати уявлення, що стосуються пережитих подій, долати поведінкові стратегії уникнення та сприяти адаптації пацієнта до повсякденного життя. У сучасній психотерапевтичній практиці когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) займає провідне місце завдяки її здатності запобігати рецидивам і відсутності значних

побічних ефектів, що підтверджується рекомендаціями більшості сучасних клінічних протоколів [12]. Як зазначає О. І. Романчук, КПТ-модель тривожних розладів детально пояснює механізм переходу від нормальної тривоги, яка має лінійний характер, до патологічної форми тривожності, за якої тривожна реакція набуває циклічного характеру. У результаті цього формується підтримуючий цикл, що не лише не сприяє зниженню рівня тривоги, а, навпаки, сприяє її посиленню. Когнітивний стиль пацієнтів із тривожними розладами часто включає типові когнітивні спотворення, зокрема феномен «катастрофізації», що призводить до формування суб'єктивно викривленої реальності. Це обумовлено тим, що когнітивні інтерпретації життєвих ситуацій стають неадекватними, і пацієнт починає сприймати більшість подій як небезпечні, що підтримує стан постійної тривоги. Поняття підтримуючих циклів у рамках КПТ є ключовим для розуміння патогенезу тривожних розладів і визначення ефективних терапевтичних стратегій [62].

Поведінкова психотерапія є одним із провідних сучасних напрямків психотерапевтичної практики, що демонструє високу ефективність у реабілітації осіб із тривожними розладами. Її ключовою особливістю є акцент на зміні зовнішньої поведінки пацієнта, тоді як традиційні підходи зосереджуються переважно на аналізі внутрішніх конфліктів, мотивацій та суб'єктивного світосприйняття. У випадку тривожного розладу поведінкова психотерапія орієнтована не на трансформацію мислення чи розуміння світу, а на розвиток і відпрацювання практичних навичок через спеціально підібрані вправи та тренінгові методики. Основною метою цього підходу є зниження надмірної тривожності та гіперчутливості шляхом формування нових, адаптивних поведінкових патернів [23].

Концепція поведінкової психотерапії ґрунтується на кількох ключових положеннях. По-перше, вирішальну роль у формуванні тривожного розладу відіграють стійкі шаблони поведінки. По-друге, у цьому підході застосовуються виключно методики, чия ефективність підтверджена експериментальними дослідженнями, і надається перевага технікам із доведеним позитивним

впливом. По-третє, вихідним пунктом терапевтичного процесу виступає актуальна проблема, яка хвилює клієнта в даний момент, відповідно до принципу «тут і тепер». Особливістю є також принцип «мінімального втручання», який передбачає втручання у внутрішнє життя клієнта лише в межах, необхідних для вирішення його актуальних проблем. Поняття «здоров'я» і «норма» розглядаються як відносні; поведінковий психотерапевт не нав'язує клієнтові власних уявлень про те, що є «нормальним», а працює над формуванням поведінки, яка буде оптимальною для конкретної особистості [48].

У поведінковій психотерапії психолог виконує активну й директивну роль. Терапевтична робота побудована за чітким планом, і відступи від нього допускаються лише за необхідності. Обговорення емоційних переживань пацієнта зводиться до мінімуму, а увага зосереджується на виконанні конкретних вправ і рекомендацій. Крім того, у ряді випадків до терапевтичного процесу можуть залучатися члени сім'ї, за згодою клієнта. Їх роль полягає у допомозі з виконанням домашніх завдань, самоспостереженням і посиленням мотивації, що підвищує ефективність терапії. Таким чином, поведінкова психотерапія орієнтується на практичну корекцію поведінки, забезпечуючи клієнтам адаптивні навички та сприяючи зменшенню проявів тривожного розладу.

Доцільно зазначити, що в роботі з тривожними розладами ефективним інструментом є методика метафоричних асоціативних карт (МАК), яка демонструє високу результативність у психотерапевтичній практиці. Цей проєктивний метод може інтегруватися в когнітивно-поведінкову терапію, арт-терапію та інші форми психотерапії, виконуючи роль каталізатора терапевтичного процесу. МАК дозволяють здійснювати не лише проєктивну діагностику, а й ефективну консультативну та корекційну роботу. Методика зарекомендувала себе як самостійний інструмент, що поєднує в собі діагностичні та терапевтичні функції [32].

Застосування МАК сприяє формуванню довіри між клієнтом і терапевтом як у рамках індивідуальної роботи, так і в груповому форматі. Особливу увагу слід звернути на їхню здатність знижувати психоемоційну та фізичну напругу у клієнта, створюючи відчуття безпеки й комфорту в контексті взаємодії з власними проблемами. У процесі роботи з картками пацієнти мають змогу повному пережити навіть травматичні події, що стає можливим завдяки проєктивному характеру методики. Ця взаємодія дозволяє тимчасово дистанціюватися від тривожного матеріалу, сприяючи формуванню позитивного внутрішнього стану.

Важливим аспектом застосування МАК є їхній вплив на усвідомлення пацієнтом власних підсвідомих асоціацій, що відкриває можливість для створення більш ресурсного сценарію життя, орієнтованого на внутрішнє благополуччя, соматичне та психічне здоров'я. Таким чином, методика МАК набуває широкого застосування в професійній психологічній практиці та психотерапії завдяки своїй універсальності й гнучкості, що забезпечує її ефективність у вирішенні широкого спектра завдань [32]. Таким чином, аналіз спеціальної літератури, що до проблеми подолання тривожних розладів особистості показав, що найбільш ефективним в процесі реабілітації осіб з ТР, є мультимодальна система, яка включає в себе медикаментозний підхід, психотерапевтичний вплив, а також психологічний супровід. Крім КПТ, у рамках комплексної терапії можуть використовуватися інші підходи, зокрема, міжособистісна терапія, когнітивна терапія на основі уважності, а також техніки фізичного розслаблення, такі як дихальні вправи та м'язова релаксація за методом Джекобсона.

Отже, результати аналізу спеціалізованої літератури з проблематики подолання тривожних розладів особистості свідчать про високу ефективність застосування мультимодальної системи реабілітації осіб із зазначеними розладами. Ця система інтегрує медикаментозне лікування, психотерапевтичні методи та психологічний супровід, що забезпечує комплексний підхід до відновлення психічного здоров'я пацієнтів.

Особливу увагу при лікуванні тривожних розладів необхідно приділяти профілактиці вигорання, яке може призводити до так званої «воронки виснаження». Цей термін, запропонований М.Осберг, описує стан, коли через постійний стрес і надмірну кількість обов'язків людина починає відмовлятися від справ, що здаються другорядними або неважливими. Проте саме ці «неважливі» справи, як правило, є джерелом ресурсу, натхнення та енергії. У зв'язку з цим важливим аспектом лікування є підтримання та відновлення життєвих рутин, таких як дотримання стабільного розпорядку дня, режиму харчування та сну, що сприяє емоційній стабільності й підвищенню загального рівня адаптації.

3.2. Психотерапевтичні методики та техніки корекції афективних розладів

У сучасній психотерапевтичній практиці застосовуються різноманітні методики та техніки, спрямовані на зменшення симптоматики афективних порушень, відновлення емоційного балансу та підвищення якості життя пацієнтів. Ефективність таких підходів забезпечується інтеграцією когнітивно-поведінкових, гуманістичних, психодинамічних та інших шкіл психотерапії [13].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є однією з найбільш вивчених і широко використовуваних методів у корекції афективних розладів. Її основною метою є модифікація негативних автоматичних думок, які лежать в основі депресії та тривожних станів. Когнітивна реструктуризація є однією з основних технік когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), спрямованої на зміну дезадаптивних переконань, які є основою емоційних та поведінкових порушень, зокрема тривожних і депресивних станів. Вона базується на гіпотезі, що негативні автоматичні думки та основні переконання можуть спотворювати сприйняття реальності і провокувати стресові емоційні реакції. Поведінкові експерименти доповнюють цей підхід, надаючи пацієнтам можливість

перевірити свої когнітивні установки в реальному житті, тим самим знижуючи їхню впливовість [30].

1) Техніки когнітивної реструктуризації.

1. Ідентифікація автоматичних думок. Процес починається з виявлення негативних автоматичних думок, які виникають у відповідь на стресові події або ситуації. Це досягається через методику самоаналізу, де пацієнт навчається спостерігати за своїми думками і фіксувати їх у спеціальних записниках. Наприклад, у ситуації соціального оцінювання пацієнт може виявити думки типу: «Я виглядаю нерозумно» або «Мене засудять».

2. Використання когнітивних запитань. Після ідентифікації думок терапевт пропонує пацієнту поставити під сумнів їхню правдивість через так звані когнітивні запитання: «Які докази є на користь цієї думки?», «Чи є докази, які спростовують її?», «Чи завжди ця ситуація має такий негативний результат?», «Чи думав би я так само, якби це стосувалося когось іншого?».

3. Рефреймінг (переосмислення). Пацієнт за допомогою терапевта формулює альтернативні, більш адаптивні думки, що базуються на об'єктивному аналізі ситуації. Наприклад, замість думки «Я виглядаю нерозумно» формується думка: «Навіть якщо я зроблю помилку, це нормально, бо всі помиляються».

4. Діаграма «переваг і недоліків». Ця техніка передбачає оцінку корисності негативних переконань. Пацієнт записує переваги та недоліки своїх установок, наприклад, страху перед соціальними ситуаціями, і на основі аналізу приходять до висновків про необхідність їхньої модифікації.

5. Дистанціювання від думок. Ця техніка допомагає пацієнту розпізнавати, що думки — це лише припущення, а не факти. Це сприяє формуванню більш об'єктивного погляду на ситуацію.

2) Поведінкові експерименти.

Поведінкові експерименти є практичним компонентом когнітивно-поведінкової терапії, що допомагає перевірити справжність когнітивних

переконань через конкретні дії. Цей підхід дає змогу пацієнту побачити розбіжність між його очікуваннями та реальністю.

1. Визначення гіпотези. Перед проведенням експерименту пацієнт формулює гіпотезу, яка відповідає його негативним переконанням. Наприклад, у пацієнта з соціальною тривогою гіпотеза може звучати так: «Якщо я висловлю свою думку на зустрічі, мене засміють».

2. Планування експерименту. Разом із терапевтом пацієнт планує безпечну ситуацію для перевірки гіпотези. Наприклад, під час експерименту пацієнт може висловити свою думку в невеликій групі знайомих людей.

3. Проведення експерименту. Пацієнт виконує заплановану дію, спостерігаючи за тим, як реагує оточення, і фіксує свої емоції та відчуття в процесі.

4. Аналіз результатів. Після експерименту пацієнт разом із терапевтом аналізує результати. Наприклад, пацієнт може побачити, що його очікування («Мене засміють») не справдилися, а реакція оточуючих була нейтральною або навіть підтримуючою.

5. Закріплення позитивного досвіду. Терапевт допомагає пацієнту узагальнити новий досвід, підкріплюючи більш адаптивне переконання: «Моє висловлювання не призводить до засудження, і я маю право говорити».

6. Взаємодія когнітивної реструктуризації та поведінкових експериментів. Ці техніки ефективно доповнюють одна одну. Когнітивна реструктуризація дозволяє пацієнту усвідомити та раціонально оцінити свої переконання, тоді як поведінкові експерименти надають емпіричний досвід, що підтверджує або спростовує ці переконання. Така взаємодія сприяє не лише зниженню рівня тривожності, а й закріпленню стійких навичок подолання стресу, формуванню нових моделей поведінки та покращенню загального емоційного стану пацієнта.

Ці методики є ключовими елементами когнітивно-поведінкової терапії, які довели свою ефективність у численних клінічних дослідженнях,

забезпечуючи надійний терапевтичний ефект у роботі з афективними розладами [54].

Когнітивна психотерапія базується на використанні різноманітних технік, спрямованих на корекцію дезадаптивних думок, переконань і поведінки. До основних технік належать когнітивні, вербальні та поведінкові методи. Когнітивні техніки спрямовані на ідентифікацію негативних автоматичних думок, усвідомлення їх взаємозв'язку з емоціями та поведінкою, аналіз об'єктивних доказів на користь або проти цих думок, а також формування більш реалістичних і адаптивних оцінок. Окреме місце займає модифікація дисфункціональних переконань, які призводять до викривленого сприйняття досвіду [28].

Вербальні техніки використовуються для аналізу логіки, що лежить в основі хибних уявлень і когнітивних схем пацієнтів із депресією. Вони дозволяють коригувати помилкові висновки, які стосуються конкретних життєвих подій. Поведінкові техніки, своєю чергою, застосовуються у випадках важкого депресивного епізоду для модифікації поведінкових патернів і демонстрації некоректності помилкових переконань через практичний досвід.

Відповідно до підходу, запропонованого А. Беком, А. Рашем, Б. Шо та Г. Емері, курс когнітивної терапії депресії має включати від 15 до 25 сесій, які проводяться щотижнево. У випадках середньої та тяжкої депресії частота зустрічей може бути збільшена до двох на тиждень протягом перших 4–5 тижнів, після чого переходять на один сеанс щотижня протягом наступних 10–15 тижнів. Завершальні сесії проводяться раз на два тижні, а після завершення курсу пацієнти зазвичай звертаються до психотерапевта кілька разів на рік для підтримки досягнутих результатів. Особливо важливим елементом реабілітаційного процесу є домашні завдання, які посилюють ефективність терапії. Кожна сесія розпочинається з аналізу виконаних завдань і завершується визначенням нових, що формулюються відповідно до актуального стану пацієнта і його потреб. Приклади таких завдань включають написання

автобіографії, фіксацію негативних автоматичних думок або підрахунок їх частоти протягом дня [5].

Ефективність реабілітаційного процесу залежить від низки факторів, таких як мотивація обох сторін до співпраці, конструктивний підхід психотерапевта до коливань стану пацієнта, стимулювання клієнта до самодослідження, а також систематичне професійне вдосконалення психотерапевта. Важливе значення має взаємодія з оточенням пацієнта, яке може впливати на динаміку терапевтичного процесу та закріплення досягнутих результатів. Психотерапевт, який здійснює реабілітацію пацієнтів із депресивними епізодами, повинен відповідати низці професійних вимог, що забезпечують ефективність терапевтичного процесу. Особливе значення приділяється здатності психотерапевта встановлювати довірливий контакт із пацієнтом. Це передбачає формування теплих міжособистісних відносин, що базуються на прийнятті, емпатії, турботі та підтримці. Такий підхід сприяє створенню терапевтичного альянсу, який є ключовою умовою успішної взаємодії між пацієнтом і терапевтом [4]. З огляду на те, що навіть легкі форми депресивних розладів можуть супроводжуватися ризиком суїцидальної поведінки, психотерапевт повинен мати спеціалізовані знання і навички, які дозволяють своєчасно виявляти суїцидальні думки та наміри пацієнта. Крім того, він повинен бути здатний адекватно оцінювати ступінь суїцидального ризику, що є важливою складовою запобігання фатальним наслідкам та планування подальшого терапевтичного втручання [26].

Ю.Г. Дем'янов наголошує, що одним із ключових чинників успішності поведінкової психотерапії є рівень розуміння клієнтом прийомів і методів, які використовує психолог. На початкових етапах роботи важливо детально пояснити пацієнту сутність поведінкового підходу та особливості кожної техніки. Водночас необхідно перевірити, наскільки клієнт засвоїв отриману інформацію, що досягається за допомогою постановки уточнювальних запитань і залучення його до діалогу. Серед методів поведінкової психотерапії, які застосовуються для корекції тривожних розладів, варто виділити імітаційне

навчання, що базується на спостереженні та імітації адаптивних поведінкових патернів, а також рольовий тренінг, спрямований, наприклад, на розвиток навичок ефективного спілкування. Важливу роль відіграє шейпінг, що полягає у моделюванні бажаної поведінки, а також метод аутоінструкцій, за допомогою якого пацієнт вчиться регулювати свою поведінку самостійно. Окреме місце займають методи самоспостереження та виконання домашніх завдань. Вони є обов'язковою частиною терапії осіб із тривожними розладами і виконуються регулярно, іноді кілька разів на день. Така інтеграція самостійної роботи пацієнта дозволяє зміцнити терапевтичний процес, забезпечуючи глибше опрацювання навичок, отриманих під час сесій, і сприяючи закріпленню адаптивних моделей поведінки [50].

Однією з інноваційних методик є майндфулнес-орієнтована терапія, яка базується на концепціях усвідомленості та прийняття. Її метою є розвиток здатності пацієнта перебувати в моменті «тут і зараз», усвідомлювати свої емоції і думки без їх засудження чи придушення. Застосування майндфулнес-технік, таких як медитація, тілесно-орієнтовані практики та дихальні вправи, є особливо ефективним у роботі з тривожними та депресивними розладами, посттравматичним стресовим розладом, а також із хронічним стресом.

Майндфулнес-орієнтована терапія ґрунтується на кількох ключових принципах, які допомагають пацієнтам відновлювати емоційну рівновагу та краще справлятися з життєвими труднощами. Перш за все, одним із центральних принципів є прийняття, що передбачає навчання пацієнта ставитися до своїх думок та емоцій без намагання їх уникнути чи придушити. Такий підхід дозволяє значно знизити рівень тривожності, який часто виникає через постійну боротьбу з негативними переживаннями. Ще одним важливим аспектом є здатність зосереджуватися на теперішньому моменті. Терапія акцентує увагу на тому, що відбувається «тут і зараз», допомагаючи пацієнтові уникнути занурення у негативні спогади про минуле або страхи щодо майбутнього. Ця практика ефективно зменшує нав'язливе обмірковування неприємних ситуацій (румінації) та запобігає катастрофізації. Нарешті, значна

увага приділяється принципу неосудження, який допомагає пацієнту уникати оцінки своїх думок і переживань як «хороших» чи «поганих». Це дозволяє знизити рівень самокритики та почуття провини, які часто супроводжують депресивні стани, сприяючи формуванню більш позитивного ставлення до себе [54].

Техніки майндфулнес-орієнтованої терапії.

1. Медитації усвідомленості.

Мета: розвиток здатності зосереджувати увагу на теперішньому моменті. Пацієнт сидить у зручному положенні з прямою спиною та заплющеними очима. Увага спрямовується на дихання, звуки навколо, фізичні відчуття або думки. Важливо лише спостерігати за будь-якими виникаючими думками чи емоціями, не втручаючись і не оцінюючи їх. Регулярна практика допомагає розвинути здатність до концентрації, зменшити реактивність на негативні емоції та покращити здатність справлятися зі стресом.

2. Сканування тіла (Body Scan).

Мета: навчитися розпізнавати і приймати фізичні відчуття, пов'язані з емоціями. Пацієнт лежить у спокійній обстановці та поступово спрямовує увагу на різні частини тіла, починаючи з пальців ніг і закінчуючи головою. У процесі спостереження відчуття приймаються такими, якими вони є, без намагання їх змінити чи уникнути. Техніка сприяє зниженню м'язової напруги, зменшенню соматичних проявів тривоги, а також покращенню зв'язку між тілом і свідомістю.

3. Дихальні вправи.

Мета: стабілізація емоцій через контроль дихання. Пацієнт зосереджується на глибокому повільному диханні, наприклад, через техніку «4-7-8»: вдих на 4 рахунки, затримка дихання на 7 рахунків, видих на 8 рахунків. Увага спрямовується виключно на дихальний процес, що відволікає від тривожних думок. Дихання допомагає заспокоїти нервову систему, зменшити частоту серцебиття та покращити самоконтроль [68].

4. Спостереження за думками.

Мета: розпізнавання автоматичних думок і зниження їхнього впливу. Пацієнт уявляє свої думки як хмари, що пропливають небом, або як листя, яке пливе за течією річки. Такий підхід допомагає дистанціюватися від думок і зрозуміти, що вони не є абсолютною реальністю. Пацієнт усвідомлює, що думки — це лише ментальні події, і навчається не реагувати на них автоматично.

5. Тілесно-орієнтовані практики.

Мета: зниження фізичного напруження і розвиток здатності відчувати тіло як єдине ціле. Виконання легких рухових вправ, які поєднують усвідомлення тіла з диханням (наприклад, йога чи плавні рухи в стилі тай-чі). Цей метод допомагає знизити тривожність і повернути увагу до власного тіла, особливо при депресії або посттравматичному стресовому розладі [50].

Майндфулнес-орієнтована терапія є ефективним інструментом у роботі з різними психоемоційними станами, зокрема тривожністю, депресією та хронічним стресом. У випадках тривожних розладів цей підхід сприяє зменшенню катастрофічного мислення і допомагає уникнути надмірного фокусування на тривожних очікуваннях, що дозволяє пацієнтові зосереджуватися на поточному моменті замість постійного очікування небезпеки. При депресивних станах техніки усвідомленості допомагають знизити рівень румінацій, або нав'язливих негативних роздумів, що часто є основною проблемою у таких пацієнтів. Вони також сприяють покращенню емоційного регулювання і відновленню відчуття контролю над власним життям. У роботі з хронічним стресом майндфулнес практично доводить свою ефективність у зниженні рівня кортизолу — гормону, який є ключовим маркером стресу, а також сприяє покращенню якості сну та загального фізичного стану, що допомагає пацієнтам відчути більше внутрішнього спокою та стабільності. Майндфулнес-орієнтована терапія є потужним інструментом для корекції емоційних розладів, що ґрунтується на розвитку внутрішнього ресурсу пацієнта. Її використання у поєднанні з іншими психотерапевтичними

методами дозволяє досягати значних результатів у поліпшенні якості життя пацієнтів.

Комплексна психотерапевтична допомога при афективних розладах включає також арт-терапію, тілесно-орієнтовану терапію, групові інтервенції та сімейну терапію. Використання мультимодального підходу дозволяє враховувати індивідуальні особливості пацієнта, характер його емоційних труднощів та контекст міжособистісних стосунків, що значно підвищує ефективність корекційної роботи.

Таким чином, психотерапевтичні методики та техніки, спрямовані на корекцію афективних розладів, відіграють ключову роль у забезпеченні комплексного підходу до лікування, орієнтованого не лише на зменшення симптоматики, а й на поліпшення якості життя пацієнтів. У цьому контексті особливого значення набуває психоосвіта як метод психологічного втручання, спрямований на підвищення обізнаності пацієнтів про природу їхнього захворювання, навчання ефективним стратегіям управління симптомами та адаптації до соціального середовища. Так, О. Ю. Резуненко розробила алгоритм психоосвіти для пацієнтів із біполярним афективним розладом (БАР), який інтегрується в структуру комплексної терапії та демонструє значні позитивні результати [61]. Ця психоосвітня програма не лише підвищує рівень знань пацієнтів про їхній стан, але й сприяє формуванню психологічної впевненості у подоланні проявів хвороби, що забезпечує досягнення важливих терапевтичних цілей, таких як розвиток асертивної поведінки, покращення комунікативних навичок та соціальної адаптації.

На основі отриманих даних було створено систему психоосвітньої роботи, основними цілями якої є підвищення поінформованості пацієнтів і їхніх родин щодо природи захворювання, особливостей медикаментозного лікування, включаючи ефективність препаратів, побічні ефекти, важливість дотримання режиму терапії та своєчасне розпізнавання ранніх ознак рецидиву. Особлива увага приділяється формуванню у пацієнтів і їхніх близьких адекватного сприйняття хвороби, зниженню емоційного напруження,

спричиненого діагнозом і проявами психічного розладу, а також подоланню явищ стигматизації та самостигматизації [61].

Система також спрямована на підвищення рівня комплаєнсу, тобто усвідомленого дотримання пацієнтами і їхніми родинами рекомендованого лікувального режиму. Крім того, програма включає корекцію соціальних установок, які могли зазнати деформації під впливом хвороби, та розвиток комунікативних навичок. Значне місце займає психосоціальна підтримка, що забезпечується шляхом створення групової терапевтичної атмосфери, яка слугує безпечним середовищем для відпрацювання адаптивної поведінки, ефективних способів спілкування та копінг-стратегій у складних ситуаціях. Реалізація програми сприяє поліпшенню адаптаційного потенціалу пацієнта та його близького оточення, зменшує негативний вплив захворювання на повсякденне життя і значно підвищує якість життя осіб із БАР.

Запропонована автором групова психоосвітня програма, яка складалася із 12 занять, базувалася на інтеграції інформаційних модулів, елементів когнітивно-поведінкової терапії, тренінгових технік і сімейної психотерапії. Програма включала тренінги, спрямовані на розвиток позитивного самосприйняття, покращення комплаєнсу, удосконалення комунікативних навичок, вирішення проблем міжособистісної взаємодії, а також проблемно-орієнтовані дискусії. Важливим компонентом втручання були групові дискусії, які дозволяли обговорювати можливі стратегії подолання захворювання, аналізувати адаптивні поведінкові реакції та формувати нові, конструктивні підходи до вирішення психологічних і соціальних труднощів. Під час реалізації програми використовували різноманітні методи психоосвітнього впливу, зокрема міні-лекції, емоційну підтримку, стимуляцію до активної участі, надання рекомендацій, роз'яснення та уточнення інформації, а також об'єктивізацію і інтерпретацію суб'єктивного досвіду пацієнтів. Програма була структурована на три основні етапи.

Перший етап, інформаційний, був зосереджений на ознайомленні пацієнтів із природою та механізмами формування біполярного афективного

розладу, його клінічними проявами, варіантами терапії та дією медикаментозних засобів. Основним завданням цього етапу було мотивування пацієнтів до участі в психоосвітній програмі. Другий етап, терапевтичний, мав на меті покращення комплаєнсу, відновлення соціального функціонування пацієнтів і зміну їх ставлення до захворювання. Цей етап акцентував увагу на сприйнятті пацієнтами себе як особистостей, здатних вирішувати проблеми, пов'язані із захворюванням, а також на профілактиці аутоагресивних тенденцій та трансформації патологічних копінг-стратегій на адаптивні. Третій етап, заключний, передбачав закріплення нових психосоціальних тенденцій, формування ефективних моделей поведінки у випадку загострення стану, а також розвиток конструктивних способів міжособистісної взаємодії. Цей етап включав функціональні тренінги з подальшим аналізом їх результатів [61].

Групова форма роботи створювала умови для обговорення отриманих знань, співставлення їх із власним досвідом учасників, а також обміну інформацією та практичними рекомендаціями між пацієнтами. Це сприяло формуванню додаткової мережі емоційної підтримки, яка полегшувала соціальну адаптацію пацієнтів, підвищувала їхній рівень саморефлексії та забезпечувала стабільний рівень функціонування. Заняття допомагали краще зрозуміти природу захворювання, його вплив на пацієнтів і членів їхніх родин, водночас надаючи інструменти для подолання труднощів, спричинених біполярним афективним розладом.

Висновки до розділу 3

В результаті здійсненого аналізу теоретичних і емпіричних досліджень встановлено, що психотерапія є невід'ємною складовою комплексного підходу до лікування розладів емоційного спектру, спрямованою на опрацювання глибинних механізмів, які лежать в основі дезадаптивних емоційних реакцій. Виявлено, що основними напрямками психотерапевтичної роботи є когнітивно-поведінковий, психодинамічний, міжособистісний і сімейний підходи, кожен із яких має специфічні цілі, методи та показання залежно від характеру емоційних

розладів, індивідуальних характеристик пацієнта та його соціального контексту.

Когнітивно-поведінкова терапія, як одна з найефективніших методик, спрямована на модифікацію негативних автоматичних думок і дезадаптивних когніцій, що лежать в основі тривожних і депресивних станів. Групова міжособистісна психотерапія орієнтована на покращення соціальної взаємодії, перебудову ставлення до захворювання та зниження рівня самозвинувачення. Сімейна психотерапія, зі свого боку, сприяє створенню підтримуючої атмосфери у родині, усуненню дезадаптивних патернів поведінки та зменшенню напруження в сімейній системі. Виявлено, що психоосвіта є важливим компонентом терапевтичного процесу, оскільки сприяє підвищенню обізнаності пацієнтів про природу розладів, навчання ефективним стратегіям саморегуляції та адаптації до соціального середовища. Узагальнення досліджень свідчить про високу ефективність психоосвітніх програм, інтегрованих із когнітивно-поведінковою терапією та сімейними втручаннями, у покращенні психологічного стану пацієнтів.

У межах дослідження була розроблена програма психотерапевтичного втручання, яка інтегрує елементи когнітивно-поведінкової терапії, психоосвіти та міжособистісного підходу. Програма включає психоосвітні модулі, спрямовані на підвищення обізнаності пацієнтів про природу їхніх розладів, навчання ефективним стратегіям саморегуляції, управління емоціями та адаптації до соціального середовища.

ВИСНОВКИ

Аналіз результатів проведеного теоретико-емпіричного дослідження надав можливість сформулювати такі висновки:

Вивчення теоретико-методологічної літератури показало, що розлади емоційного спектру є комплексною групою психічних станів, які характеризуються порушеннями емоційної регуляції, проявами нестабільності настрою та різними формами афективної дисфункції. У межах дослідження

сформульовано визначення поняття «афективні розлади», яке характеризує їх як психічні стани, що проявляються епізодичними емоційними порушеннями із збереженням стабільності особистісної структури навіть за умов повторних епізодів. Ключовою рисою цих розладів є виражені зміни афекту або настрою, що переважно проявляються у формі його пригнічення або підвищення. Таким чином, афективні розлади є підгрупою розладів емоційного спектру, але останнє поняття ширше й охоплює більшу кількість станів.

В психологічній літературі з проблеми розладів афективного спектру виділено основні компоненти настрою: тужливий афект, що характеризується болісним переживанням безвиході, відчуттям важкості на душі; тривожний афект, для якого притаманне почуття напруги та занепокоєння; апатичний афект, що проявляється в почутті психічної слабкості, недостатності внутрішніх спонукань та байдужості до того, що відбувається навколо, що свідчить про зниження загального емоційного тону.

Зазначено, що афективні розлади визначаються як складна й неоднорідна група психопатологій, до складу якої входять, зокрема, депресивні стани, тривожні та біполярні афективні, що належать до найбільш поширених форм цього спектра. У структурі етіологічних факторів виокремлюють біологічні (спадкова обтяженість, екзогенно-органічні впливи та соматичні розлади), психологічні (травматичні події, втрату близьких, тривалий стрес, надмірне навантаження обов'язками, дисфункціональний стиль спілкування в сім'ї) та соціальні складові (економічна нестабільність, самотність та соціальна ізоляція), кожна з яких реалізується через специфічні патогенетичні механізми, що обумовлюють розвиток і динаміку патологічного процесу.

Виявлено, що розлади емоційної сфери охоплюють широкий спектр психопатологічних станів, які характеризуються порушеннями настрою, емоційної регуляції та адаптаційних можливостей у різноманітних життєвих обставинах. На основі сучасних міжнародних класифікацій (МКХ-11, DSM-5) ідентифіковано основні типи таких розладів, до яких належать депресивні, біполярні, тривожні та інші афективні порушення. Зокрема, депресивні розлади

вирізняються стійким зниженням настрою, втратою зацікавленості до звичних видів діяльності, почуттям провини та безнадії. Біполярні розлади проявляються періодичним чергуванням маніакальних та депресивних епізодів, що супроводжується змінами рівня активності та емоційного стану. Тривожні розлади характеризуються надмірною тривогою, нав'язливими думками, соматичними симптомами та уникненням потенційно стресових ситуацій. Панічні атаки супроводжуються раптовим почуттям інтенсивного страху, фізіологічними проявами, такими як тахікардія, пітливість, тремор, що підкреслює складність і різноманітність емоційних розладів.

Аналіз емпіричних даних засвідчив, що переважна більшість респондентів демонструє емоційну стабільність, однак у частини вибірки виявлено субклінічно виражені прояви тривоги та депресії, що підкреслює необхідність впровадження профілактичних заходів для запобігання розвитку емоційних порушень.

Для виявлення депресивних станів було застосовано методику «Шкала депресії» А.Бека. За результатами діагностики було отримано наступні дані: більшість студентів не виявили ознак депресії (45%), або, в крайньому випадку, виявили лише легкі симптоми, які можна вважати за прояв субдепресії (35%). Невелика частка респондентів показала помірний рівень депресії – 20%. Отримані результати вказують на те, що більшість студентської спільноти функціонує без виражених емоційних проблем або з мінімальними ознаками депресії.

Так, для вивчення наявності тривожних розладів у студентської молоді була використана методика «Шкала тривоги» (А. Бек) та отримані наступні результати: більшість респондентів мають показники в межах норми (60%), 10% студентів мають середній рівень тривоги, легкий рівень тривоги виявлено у 30% опитуваних, високий рівень тривожності відсутній.

Аналіз вивчення рівня тривоги та депресії за методикою «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS) (А. Зігмунд і Р. Снайт) виявив, що у більшості студентів (70%) відсутні достовірно виражені симптоми тривоги, у

30% опитуваних були виявлені субклінічно виражені прояви тривоги, серед досліджуваних не було виявлено респондентів із клінічно вираженою тривогою. Аналізуючи показники депресії, було встановлено, що 90% респондентів не мають достовірно виражених симптомів депресивного стану, у 10% студентів виявлено субклінічно виражену депресію.

У роботі розглянуто сучасні методи та технології корекції порушень емоційного стану. До ключових підходів належать когнітивно-поведінкова терапія, поведінкова терапія, арт-терапія, тілесно-орієнтована терапія, групові інтервенції та сімейна терапія. Виокремлено основні рекомендації щодо застосування когнітивно-поведінкових технік та практик, орієнтованих на майндфулнес, а також проаналізовано ефективність програми психоосвіти, розробленої О. Ю. Резуненко, для пацієнтів із біполярним афективним розладом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

2. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія. за заг. ред. В.П. Садкового, О.В. Тімченка. НУЦЗУ. Харків : ФОП В.В. Мезіна, 2022. Т. II. 436 с.
3. Асланян Т. С. Роль вдячності в подоланні невротичної депресії юнаків. Т. С. Асланян, О. Б. Єгорова, О. В. Шевельдіна. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. № 5, т. 1. С. 110-113.
4. Бабінець Л.С., Коцаба Ю.Я. Ключові аспекти ведення пацієнта з депресією у практиці сімейного лікаря: (за досвідом Словенії та Хорватії). *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*, 2020, (1), 46–52.
5. Бек Дж.С. Когнітивно-поведінкова терапія: основи та практика. Київ : Науковий світ, 2023. 460 с.
6. Бек А. Когнітивна терапія депресії: теоретична рефлексія та особисті роздуми. *Психологія і суспільство*. 2019. № 1. С. 90-100.
7. Бігун Н. І. Психологічні засоби формування особистісної захищеності щодо дії депресогенних факторів. Кам'янець-Подільський, 2011. С. 3–7.
8. Біполярний розлад: діагностика і терапія (лекція для лікарів первинної ланки медичної допомоги). І. А. Марценковський, І. І. Марценковська. *Український медичний часопис*. 2018. № 2(1). С. 81-89.
9. Бобирьов В.М., Скрипніков А.М., Телюков О.С. С Афективні розлади: клінічний та психофармакологічний аспекти [Текст]: навчально-методичний посібник для лікарів-інтернів, магістрантів, клінічних ординаторів та аспірантів за фахом «психіатрія». Бобирьов В.М., Скрипніков А.М., Телюков О.С. Полтава: «Дивосвіт», 2014. 133с.
10. Борисенко Л. Л., Корват Л. В. Психологічні особливості депресивних станів осіб в умовах воєнного стану в Україні. *Перспективи та інновації науки*. Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина», 2022. Вип. 9(14). С. 53–65.

- 11.Бортнікова О. Г. Особливості вияву депресивних станів у різних вікових груп. О. Г. Бортнікова, І. М. Охріменко, І. С. Тодорова. *Соціально-правові студії*. 2021. № 1. С. 163-172.
- 12.Бурда Г. Когнітивно-поведінкова терапія при генералізованому тривожному розладі. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2017. Вип. 2. <http://surl.li/oaajhgv>
- 13.Вінс В. А. Особливості подолання депресивних станів у дорослих за допомогою методу символдрами [Електронний ресурс]. В. А. Вінс, А. Г. Бондарчук, Т. П. Марченко. *Габітус*. 2024. № 63. С. 230-234.
- 14.Вальчук Ю.С. Тривожно-депресивний стан жінок як наслідок переживання військових дій. *Київський журнал сучасної психології та психотерапії*. 2023. Спец. вип.: Війна та мир: психологія на службі людини. С. 11-12.
- 15.Гошовський Я. Ревіталізація депривованої особистості: концептуальні засади. Ревіталізація психогенези депривованої особистості: монографія. за заг. ред. Я. Гошовського. Луцьк: Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2015. С. 10–41.
- 16.Гошовська Д., Гошовський Я. Психологічні особливості тривожності й саногенності депривованої особистості. *Психологічні перспективи*, 2022, (39), 56–68.
- 17.Дерев'янка С. П. Когнітивно-поведінкова терапія: Навчально-методичні рекомендації. Чернігів: НУЧК імені Т. Г. Шевченка, 2023. 60 с
- 18.Дерев'янка С. П. Сучасна проблематика когнітивно-поведінкової терапії. *Наукові записки Національного університету "Острозька академія". Серія "Психологія"*. 2021. № 13. С. 104-109.
- 19.Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації. пер. з англ. О. Лисак, М. Прокопович; наук. ред. В. Горбунової, Л. Засекіної, О. Плевачук. Львів: Галицька Видавнича Спілка, 2023. 536 с.

- 20.Долішня Н.І., Кечур Р., Мироненко О.І. Психодинамічне розуміння депресивних розладів. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихологія*. 2008. 3-1. С. 77–81.
- 21.Животовська Л. В., Скрипніков А. М., Сокіл А. А., Бойко Д. І. Афективні порушення при віддалених наслідках посттравматичного стресу. *Вісник проблем біології і медицини*. 2019. Вип. 1, т. 1. С. 32-36.
- 22.Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки*. 2016. Вип. 1. С. 77–81.
- 23.Карпенко Є. Методи сучасної психотерапії: навч. посібник. Дрогобич: Посвіт, 2015. 116 с.
- 24.Кікта С.В., Дробіжев М.Ю., Лапітова О.В., Ваулін С.В. МКБ–10 і депресії у хворих із соматичними та неврологічними захворюваннями. *Неврологія, нейропсихіатрія, психосоматика*. 2011. Вип. 1. С. 76–80.
- 25.Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Київ, 2021. 1670 с.
- 26.Кожина Г. М., Коростій В. І., Зеленська К. О. Механізми формування та шляхи профілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади: монографія. Харків: ХНМУ, 2014. 76 с.
- 27.Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.
- 28.Коць Є. М. Психологічні особливості когнітивно-поведінкових стратегій осіб із соціальною тривожністю: дис. ... кандидата психол. наук: 19.00.01. Луцьк, 2018. 213 с.
- 29.Крижановська, З. Ю., Радчук, Н. Емоційні розлади як кореляти порушення якості психічного здоров'я в студентському віці. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, 2023, (3), 72-75.

- 30.Лемещук М. В. Доцільність використання когнітивно-поведінкової терапії при лікуванні депресії. *Київський науково-педагогічний вісник*. 2016. № 7. С. 92-96.
- 31.Ложкін Г., Носкова О., Толкунова І. Психологія здоров'я людини. За ред. О. Носкова. Севастополь, 2003. 257 с.
- 32.Мартінова М. А. Метафоричні карти та можливості їх застосування в роботі практичного психолога. *Сучасна психологія*. 2017. С. 65-78.
- 33.Марута Н.О. Діагностичні критерії депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги. Н.О. Марута, Т.В. Панька, В.Ю. Федченко, О.Є. Семікіна, Г.Ю. Каленська, Д.І. Теренковський. *Український вісник психоневрології*. 2017. №1 (90). С. 135.
- 34.Марута Н. О., Мінко О. І. Емоційні порушення при пограничних психічних розладах та алкогольній залежності (діагностика та принципи лікування): Методичні рекомендації. Харків, 2003. 20 с..
- 35.Марута Н.О., Ярославцев С.О. Принципи терапії когнітивних розладів при депресивних порушеннях. *Український медичний часопис*: 6 (140), Т. 2. XI/XII 2020. С. 1-5.
- 36.Матюха О. В. Експрес-оцінка афективних порушень: скринінг емоційного стану. О.В. Матюха, О.В. Нічик. *Український вісник психоневрології*. 2006. Т. 14, вип. 4. С. 48-53.
- 37.Медична психологія: підручник. за редакцією академіка С.Д. Максименка. Том II. 3-е вид. доробл. і доповн. Київ: «Видавництво Людмила», 2023. 520с.
- 38.Медична психологія: підруч.; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро: ЛІРА, 2022. 300 с.
- 39.Медична психологія: у 2 т. Вінниця: Нова Книга. Т. 1: Загальна медична психологія. Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан, К.В. Аймедов, Ю.О. Асеева ; за ред. Г.Я. Пилягіної. 2020. 288 с.

- 40.Мельник А. П. Психологічні особливості депресивних станів у пацієнтів із ВІЛ- позитивним статусом. *Психологічні перспективи*, Київ. 2006. 234 с.
- 41.Мисула Ю. І. Особливості клінічної феноменології первинного епізоду біполярного афективного розладу. *Архів психіатрії*. 2019. Т. 25, № 1. С. 11-14.
- 42.Мисула Ю. І. Комплексна оцінка якості життя при первинному епізоді біполярного афективного розладу. *Український вісник психоневрології*. 2020. Том 28, випуск 1 (102). с. 60-63.
- 43.Михайлов Б.В. Проблема депресій в загальносоматичній практиці. *Психіатрія*. 2003. Т. 9. № 3. С. 22–27.
- 44.Михайлов Б. В., Сердюк О. І., Чугунов В. В., Курило В. О., Андрух П. Г., Заседа Ю. І. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці – сімейній медицині. Навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. 5-е вид., перероблене та доповнене.ред. Б. В. Михайлова. Х.: ХМАПО, 2014. 328 с.
- 45.Міжнародна класифікація хвороб МКХ-10. URL: <http://surl.li/cjhkoy>
- 46.Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: керівництво для лікарів. Львів: Видавництво: Мс, 2004. 208с.
- 47.Молотокас А. А. Особливості прояву депресивного стану у жінок за шкалою Гамільтона. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія : Психологічні науки. Херсон, 2017. С. 181–185.
- 48.Мушкевич М. І. Основи психотерапії: навч. Посіб. М. І. Мушкевич, С. Є. Чагарна ; за ред. М. І. Мушкевич. Вид. 3-тє. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с.
- 49.Невзорова С. Комплексний підхід до корекції тривожних розладів у хворих на гіпотиреоз. *Експериментальна і клінічна медицина*, 2021, 90(3), 82-87.
- 50.Опанасенко Л.А. Психодіагностика психічних розладів та їх реабілітація. Миколаїв : Іліон, 2018. 153 с.

- 51.Пасічняк Н.І. Психологічні особливості депресивних розладів. *Актуальні проблеми сучасної психології*. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (м. Полтава, 10-11 лютого 2017 року). Херсон: Видавничий дім «Гельветика», 2016. с.27-31.
- 52.Пітулей В.В. Постковідна депресія: діагностика та способи подолання. *Прикарпатський вісник наукового товариства імені Шевченка ПУЛЬС*, 2022, (16-17-(61-62), 93–99.
- 53.Пляка Л.В., Огарь С.В. Психодіагностичний комплекс з вивчення особистості студента: практ. посібник. Х. : НФаУ, 2016. с. 124.
- 54.Профілактика стресових станів: тілесно орієнтовані, когнітивні, медіативні техніки. *Габітус*. Секція 7 «Соціальна психологія. Юридична психологія». 2021. Вип. 26. С. 158–162.
- 55.Психіатрія: Курс лекцій: навч. Посібник. В. С. Бітенський, П. І. Горячев, Е. В. Мельник та ін.; За ред. В. С. Бітенського. Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2004. 354 с.
- 56.Психіатрія (Підручник для магістрів та бакалаврів «Сестринська справа». Н.О.Марута, І.С.Вітенко, Г.М. Кожина, В.І. Коростій та ін. К.: ВСВ “Медицина”, 2013. 150 с
- 57.Психіатрія і наркологія: підручник. Г.Т. Сонник, О.К. Напрєєнко, А.М. Скрипніков, Л.В. Животовська, Н.Ю. Напрєєнко; за ред. О.К. Напрєєнка. 3-є вид., випр. К. : ВСВ «Медицина», 2017. 424 с.
- 58.Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник. З.Г. Кісарчук та ін. Київ : Логос, 2015. 207 с.
- 59.Пфайфер С. Депресія. Хвороба сучасності. Наук. ред. В. Бабич ; пер. з нім. О. Кушнікова. Львів: Свічадо, 2017. 87 с.
- 60.Радул І. Г. Депресивність як психологічний феномен. *Проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. Київ, Ніжин: ПП Лисенко, 2018. Том IX. Вип. 11. С. 163–172.

- 61.Резуненко О. Ю. Принципи та алгоритм психоосвіти хворих на біполярний афективний розлад. *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22, № 4. С. 82-85.
- 62.Романчук О.І. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: модель розуміння, терапії та емпіричні докази ефективності. *НейроNews*. 2012. No. 4 (39). С. 40 - 46. URL: <http://surl.li/gyflwr>
- 63.Саржевський С. Н. Розлади афективного спектру: навч. посіб. для лікарів-інтернів за спеціалізацією «Психіатрія». Запоріжжя, 2021. 90 с.
- 64.Скрипніков А.М., Животовська Л.В., Боднар Л.А., Сонник Г.Т. Психіатрія та наркологія. Навчально-методичний посібник. К.: Видавництво «Медицина», 2019. 224с
- 65.Спицька Л. Соціально-психологічна специфіка тривожних та депресивних кластерів афективних розладів у осіб зрілого віку. *Вісник прикарпатського університету: філософські і психологічні науки*. 2019. Том 1. № 22.
- 66.Терещенко Л.А., Олінковська Т.А. Причини й механізми виникнення невротичних розладів особистості дитини з погляду сучасної педагогічної психології *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. Київ, Том І. Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. Вип. 48. 2018. С. 60 – 65.
- 67.Терещук А. Д. Психологічна допомога дітям з порушеннями емоційної сфери. *Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка Національної АПН України. Проблеми загальної та педагогічної психології*. 2012. Т. 24, ч. 5. С. 217-229.
- 68.Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія. З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.] ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.

- 69.Томчук С.М., Томчук М.І. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі: [монографія]. Вінниця: КВНЗ «ВАНО», 2018. 200 с.
- 70.Федосєєв В. А. Основи невротології та психіатрії [Електронний ресурс]: навч. посіб. В. А. Федосєєв, Т. Ю. Проскуріна, Н. І. Завгородня. Х.: Нац. аерокосм. ун-т ім. М. Є. Жуковського «Харк. авіац. ін-т», 2015. 79 с.
- 71.Хараджи М. В., Труніна Г. О. Емоційно-психологічний стан студентської молоді під час війни. *Перспективи та інновації науки (Серія "Педагогіка", Серія "Психологія", Серія "Медицина")*. 2023. № 12. С. 793-801.
- 72.Харченко Д.М. Роль різних депресивних станів у розвитку психосоматичних розладів. Д. М. Харченко, А. А. Акопян. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. № 4, т. 1. С. 96-100.
- 73.Чистовська Ю. Ю., Харченко Т. Г., Жураківський І. О. Особливості виникнення і перебігу тривожних розладів та їх психотерапія. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. № 6, Т. 1. С. 117-119.
- 74.Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Х.: Прапор, 2007. 640 с.
- 75.Шаттенбург Л., Кульчинський Я. Групова терапія тривожних розладів у психосоматичній клініці. *«Неврологія, Психіатрія, Психотерапія»*. 2018. № 1 (44). С.32-33.
- 76.Ярославцев С. О. Порушення емоційної сфери у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах. *Український вісник психоневрології*. 2020. Том 28, випуск 4 (105). С. 51–54.