

ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«УКРАЇНСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ ІНСТИТУТ»  
Кафедра педагогіки та психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА  
на здобуття освітнього ступеня бакалавр  
спеціальності 053 «Психологія»  
на тему:

**«Дослідження депресивних станів жінок зрілого віку у військовий час»**

Роботу виконала:  
студентка групи ЗПС-21  
Таміла КОВШУН  
Науковий керівник:  
доцент кафедри педагогіки та  
психології  
Аліна ПАРАССІЙ-ГОЧЕР

Буча  
2025

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ .....	5
1.1. Поняття депресивного стану в психології .....	6
1.2. Особливості жіночої психіки у зрілому віці .....	9
1.3. Психотравма як чинник виникнення депресивних станів .....	11
1.4. Гендерні особливості переживання депресії .....	14
1.5. Війна як криза середовища: соціально-психологічний вимір .....	17
1.6. Психоемоційні наслідки війни в Україні для жінок.....	20
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	23
2.1. Мета та завдання емпіричного дослідження .....	24
2.2. Вибірка дослідження .....	27
2.3. Методи дослідження .....	29
2.4. Процедура дослідження .....	32
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	35
3.1. Загальні результати шкали Бека .....	35
3.2. Результати шкали Гамільтона .....	38
3.3. Частотність симптомів .....	43
3.4. Фактори впливу на рівень депресії .....	46
3.5. Порівняльна інтерпретація результатів .....	50
ВИСНОВКИ .....	52
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ .....	54
ДОДАТКИ .....	58

## ВСТУП

Війна — це не лише збройне протистояння, а й глибока гуманітарна, соціальна та психологічна криза. Повномасштабне вторгнення росії в Україну у 2022 році стало точкою перелому для мільйонів українців. Особливо вразливою групою в умовах війни виявились жінки зрілого віку, які стикаються з багатьма викликами: втратами близьких, вимушеним переселенням, порушенням життєвих планів, страхом за майбутнє. Дослідження психоемоційного стану жінок цієї вікової категорії набуло особливої актуальності в умовах війни.

У сучасних умовах повномасштабної війни в Україні значно зросла кількість людей, які стикаються з психоемоційними порушеннями. Особливо вразливою категорією є жінки зрілого віку, які часто опиняються під подвійним тиском: з одного боку — особисті переживання, втрати, нестабільність, з іншого — відповідальність за дітей, батьків, побут та соціальну адаптацію в умовах кризи. Депресивні стани серед жінок цієї вікової категорії набули масштабів, що потребують глибокого дослідження з боку психологічної науки. **Актуальність теми** зумовлена зростанням кількості звернень до психологів саме від жінок зрілого віку, які скаржаться на втрату сенсу життя, тривожність, апатію, зниження самооцінки та загальну емоційну виснаженість. Вивчення причин, проявів та особливостей депресивних станів у цій групі дозволяє не лише краще зрозуміти механізми психологічної дезадаптації в умовах війни, а й розробити ефективні методи підтримки та реабілітації.

**Об'єкт дослідження:** депресивні стани у жінок зрілого віку. **Предмет дослідження:** психологічні особливості прояву та фактори виникнення депресивних станів у жінок зрілого віку в умовах воєнного часу. **Мета дослідження:** виявити рівень та особливості депресивних станів у жінок зрілого віку під час війни, визначити основні чинники, що впливають на їх психоемоційний стан.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення депресії та особливостей жінок зрілого віку.
2. Визначити основні чинники, що впливають на виникнення депресивних станів під час війни.
3. Провести емпіричне дослідження рівня депресії серед жінок зрілого віку.
4. Надати практичні рекомендації щодо профілактики та подолання депресивних станів.

**Гіпотеза:** передбачається, що у жінок зрілого віку, які проживають у зоні активних бойових дій або втратили близьких через війну, рівень депресивних станів буде вищим, ніж у тих, хто проживає у відносно безпечних умовах.

**Методи дослідження:** теоретичний аналіз наукових джерел, анкетування, психодіагностичні методики (шкала депресії Бека, опитувальник Гамільтона), кількісний та якісний аналіз результатів.

**Теоретична значущість дослідження** полягає в систематизації знань про депресивні стани у жінок зрілого віку, а практична значущість — у можливості застосування результатів для створення програм підтримки та психологічного супроводу жінок, які постраждали внаслідок війни.

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ У ВІЙСЬКОВИЙ ЧАС**

В умовах затяжної війни в Україні дедалі гострішим постає питання психологічного стану населення. Особливої уваги вимагають жінки зрілого віку —

соціально активна, емоційно вразлива та часто недооцінена група, на яку в кризових обставинах покладається особливо велике навантаження: турбота про дітей, підтримка родини, волонтерська діяльність, стабілізація побуту в екстремальних умовах.

Зрілі жінки нерідко залишаються з власним болем наодинці, не дозволяючи собі слабкості чи звернення по допомогу. Це підвищує ризик формування депресивних станів — як реактивних, пов'язаних з конкретними втратами, так і зтяжних, зумовлених хронічним стресом, емоційним вигоранням і відсутністю підтримки. Усі ці чинники поглиблюються під впливом війни — через втрату домівки, близьких, безперервну загрозу, тривалу розлуку з рідними, втрату життєвих орієнтирів.

У цьому розділі розглянуто ключові поняття, що стосуються депресії як психологічного явища, особливості психіки жінок у зрілому віці, роль психотравми, гендерні чинники депресивних розладів, а також специфіку впливу війни як соціально-психологічної кризи. Особлива увага приділяється українському контексту — адже саме війна стала тією обставиною, яка докорінно змінила звичну структуру життя мільйонів людей.

Теоретичне обґрунтування у цьому розділі створює базу для подальшого емпіричного дослідження, дозволяючи краще зрозуміти природу депресивних станів у жінок, які проживають складний досвід війни.

### **1.1. Поняття депресивного стану в психології**

Депресія — це один із найпоширеніших психоемоційних розладів сучасності, що вражає мільйони людей незалежно від віку, соціального статусу чи культурного походження. Вона характеризується стійким зниженим емоційним

фоном, втратою інтересу до звичних занять, відчуттям безнадії, зниженням життєвої енергії, порушенням сну, концентрації уваги, апетиту, а у важчих випадках — навіть появою суїцидальних думок. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, понад 280 мільйонів людей у світі мають депресивні розлади, з них більшість — жінки. Особливо вразливою групою є жінки зрілого віку, які часто поєднують професійне навантаження, турботу про сім'ю та пережиті життєві кризи.

У психологічній науці депресія розглядається не лише як психічне захворювання, а як складний і багатогранний феномен, що охоплює емоційні, когнітивні, поведінкові та соматичні компоненти. Існує кілька теоретичних підходів до розуміння природи депресії. Згідно з психоаналітичними уявленнями (З. Фрейд, М. Кляйн), депресія виникає як наслідок втрати об'єкта прив'язаності, внутрішнього конфлікту між «Я» та ідеалами, або пригніченої агресії. Когнітивна модель Аарона Бека пояснює депресію як результат негативних автоматичних думок, викривлених схем мислення, що спричиняють зниження самооцінки та песимізм щодо майбутнього. Біологічний підхід акцентує на порушенні нейротрансмітерної регуляції — зокрема дисбалансі серотоніну, дофаміну й норадреналіну, що спричиняє зміну настрою, енергії та емоційного стану. Поведінкові теорії (наприклад, теорія безпорадності Селігмана) пов'язують депресію з відсутністю підкріплення або повторними невдачами.

У діагностичній практиці сучасної психології використовуються численні інструменти для виявлення депресивної симптоматики. Найбільш популярними є шкала Бека (BDI-II) та шкала Гамільтона (HDRS), які дозволяють оцінити інтенсивність симптомів і динаміку стану в часі. Шкала Бека базується на 6 самооцінці й охоплює когнітивні, емоційні та соматичні прояви, тоді як шкала Гамільтона передбачає клінічне інтерв'ю та є інструментом професійного оцінювання. Також можуть застосовуватись шкала Зунга, PHQ-9, клінічне інтерв'ю MINI та проєктивні методики. Усі ці засоби допомагають виявити не лише наявність депресії, а й її форму, тривалість, зв'язок із психотравмуючими подіями.

Залежно від тривалості та інтенсивності симптомів, депресивні стани поділяють на гостру, підгостру та хронічну форми. В особливих умовах — зокрема, під час

війни — часто фіксуються реактивна депресія (як відповідь на травматичну подію: втрата, евакуація, насильство) та маскована депресія, при якій на перший план виходять тілесні симптоми: головний біль, слабкість, апатія, але без виражених скарг на емоційний стан. Вона особливо небезпечна, оскільки часто лишається нерозпізнаною як пацієнтом, так і його оточенням. Варто підкреслити, що депресія — це не просто поганий настрій або емоційне зниження, а клінічно значущий стан, який може серйозно впливати на працездатність, соціальне функціонування та якість життя загалом. Ігнорування проблеми або її мінімізація (типу: «візьми себе в руки», «усі сумують») не лише не сприяє одужанню, а навпаки — поглиблює ізоляцію людини та посилює її почуття провини або безвиході. Депресія потребує комплексної допомоги — психотерапевтичної, фармакологічної, а також підтримки соціального середовища.

У контексті війни в Україні проблема депресії набуває ще більшої актуальності. Постійна загроза життю, втрата дому, розрив соціальних зв'язків, тривалий стрес і відсутність майбутньої визначеності — всі ці фактори сприяють формуванню стійких депресивних станів. За дослідженнями українських психологів та МОЗ, зростає кількість звернень за психологічною допомогою серед жінок, особливо у віці 40–60 років, які водночас виступають опорою для своїх родин. Їхнє психоемоційне виснаження часто замовчується, бо в суспільстві превалює наратив стійкості, героїзму, жертвовності, що, своєю чергою, лише посилює внутрішню напругу.

У Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) та DSM-5 депресивні розлади мають чітку типологію. Найпоширенішими формами є:

- Великий депресивний епізод (клінічна депресія),
- Дистимія (тривала, менш виражена форма),
- Сезонна депресія (пов'язана з порушенням біоритмів),
- Післяпологова депресія (часто виникає після народження дитини), •

Реактивна депресія (викликана зовнішнім психотравмуючим чинником), •

Маскована депресія (прихована під соматичними скаргами).

Особливо часто в умовах війни трапляються реактивні та хронічні форми. Реактивна депресія виникає як гостра відповідь на стрес або втрату, а хронічна — формується внаслідок довготривалого перебування в умовах невизначеності, загрози або соціального виснаження. З практичної точки зору, важливо вміти розрізняти ці стани, оскільки тактика психологічної допомоги буде різною: при реактивній депресії переважає робота з травмою, а при хронічній — з ресурсами та стабілізацією.

Критерії діагностики депресії за DSM-5 включають:

- пригнічений настрій упродовж більшої частини дня;
- зниження інтересу або задоволення від повсякденної діяльності; •
- значні зміни ваги або апетиту;
- безсоння або гіперсомнія;
- психомоторна загальмованість або збудження;
- відчуття втоми або втрати енергії;
- почуття нікчемності або надмірної провини;
- зниження здатності мислити, зосереджуватись, приймати рішення; •
- повторювані думки про смерть або самогубство.

Для постановки діагнозу необхідна наявність щонайменше п'яти симптомів, що тривають не менше двох тижнів, при цьому одним із обов'язкових симптомів має бути або пригнічений настрій, або втрата інтересу/задоволення. Таким чином, депресивний стан — це не просто медична або психологічна категорія, а комплексна соціокультурна проблема, яка набуває особливого значення в умовах гуманітарної кризи. Вивчення, профілактика та підтримка жінок, які перебувають у зоні підвищеного ризику (особливо в період зрілого



віку та в ситуації війни), є ключовим завданням для сучасної психолого соціальної практики.

## 1.2. Особливості жіночої психіки у зрілому віці

Зрілий вік жінки — це період життєвого циклу, який зазвичай охоплює вік від 40 до 60 років. У психології ця фаза розглядається як етап інтеграції життєвого досвіду, переоцінки цінностей, стабілізації особистості, але водночас — як потенційно кризова. У цей період жінка часто стикається з внутрішніми й зовнішніми викликами: зміни у сімейному житті (вихід дітей із дому, втрата батьків), гормональні зміни, зниження соціальної активності, а також зростання потреби у самореалізації та психологічній підтримці.

Психологічна наука виділяє кілька ключових характеристик зрілих жінок, що мають значення при аналізі їхньої вразливості до депресивних станів:

- **Підвищена емоційна чутливість.** Жінки цього віку часто мають глибоке емоційне життя, високу здатність до співпереживання, що в умовах стресу може обернутися психоемоційним виснаженням.
- **Соціальна рольова навантаженість.** У зрілому віці жінка найчастіше виконує кілька соціальних ролей: мати, дружина, працівниця, донька літніх батьків. Психоемоційні ресурси розпорошуються між турботами про інших, а власні потреби відходять на другий план.
- **Схильність до пригнічення негативних емоцій.** Багато жінок цього віку вирости у середовищі, де «бути сильною» — означає мовчати про труднощі. Це формує установку на витривалість ціною внутрішнього напруження, що згодом сприяє розвитку психосоматичних розладів і депресії.

Особливої уваги заслуговує психофізіологічна перебудова організму, пов'язана

з клімаксом. Зміни гормонального фону (зниження рівня естрогенів і прогестерону) можуть впливати на настрій, сон, рівень тривожності, викликаючи перепади настрою, підвищену дратівливість, сльозливість. У деяких жінок ці симптоми є лише тимчасовими, у інших — переходять у затяжні депресивні стани, особливо за наявності зовнішніх кризових чинників.

Психологічні дослідження (зокрема, праці Е. Еріксона) розглядають період зрілості як фазу, коли людина прагне передати свій досвід, реалізувати ідеї, завершити «незавершені справи». Якщо цього не вдається досягти, виникає почуття стагнації, втрати сенсу, яке часто є передумовою депресивних переживань.

У сучасному українському контексті на жінок зрілого віку покладено значний обсяг соціального навантаження, особливо в умовах війни. Вони часто стають опорою для родини, доглядають за онуками, піклуються про хворих родичів, займаються волонтерством. Однак власний стан вони можуть ігнорувати, відчуваючи провину за прояв слабкості. Це формує феномен "тихої втоми", коли жінка виглядає функціонально, але всередині переживає емоційне виснаження, розчарування та глибоку самотність.

Окремо варто зазначити й вплив вікових втрат — як символічних (втрата молодості, зміненість зовнішності), так і реальних (втрата батьків, партнерів, друзів). У поєднанні з екзистенційною тривогою щодо старіння, хвороб, завершеності життєвого шляху ці фактори можуть створити сприятливий ґрунт для формування депресивного стану, особливо якщо відсутні підтримка, розуміння або доступ до психотерапії.

Позитивним фактором є те, що зрілі жінки мають великий життєвий досвід, внутрішні ресурси, сформовану систему цінностей і здатність до рефлексії. Це дозволяє їм, за сприятливих умов, мобілізувати внутрішні сили, шукати нові сенси, адаптуватися до змін. Проте без зовнішньої підтримки та психологічного супроводу цей потенціал може залишитися нереалізованим.

Таким чином, жінки зрілого віку є групою одночасно сильною і вразливою. Саме в цьому віці вони особливо потребують розуміння, часу на себе, емоційного ресурсу та простору, де можна визнати свої переживання без осуду. Особливо в умовах війни ці потреби мають бути враховані як у сімейному

середовищі, так і на рівні соціальних та медичних програм.

### **1.3. Психотравма, як чинник виникнення депресії**

Психотравма — це глибоке емоційне потрясіння, спричинене подією або обставиною, яка порушує внутрішню цілісність людини, її базові уявлення про світ, себе, безпеку та контроль над життям. У психологічному сенсі травма є не лише реакцією на об'єктивно важку ситуацію, а насамперед — суб'єктивним переживанням, що перевищує адаптаційні ресурси особистості. У результаті такого перевантаження психіка не встигає інтегрувати новий досвід, а пережите витісняється, залишаючи по собі емоційний «шрам».

Психотравма часто лежить в основі формування депресивних розладів, особливо в умовах, коли особистість не має можливості виразити емоції, отримати підтримку або зрозуміти, що з нею відбувається. На відміну від ендогенної (біологічно зумовленої) депресії, реактивна форма виникає як відповідь на травматичну подію — смерть близької людини, втрату дому, розлучення, насильство, аварію, наслідки війни. У цьому випадку ключовим є саме значення, яке подія має для людини, а не її масштаб.

За даними кризової психології, більшість епізодів депресії у жінок зрілого віку є реактивними, тобто пов'язаними з конкретним болісним досвідом. Однак у сучасному світі, особливо в умовах війни, травми мають накопичувальний і багаторівневий характер. Це не лише одноразова подія, а тривалий, хронічний стрес, який формує глибинну вразливість до афективних розладів. Сюди належать:

- тривалий страх за близьких;
- проживання у небезпечному регіоні;
- втрата звичного способу життя;
- ізоляція, евакуація, розлука;

- інформаційне перевантаження негативом.

У психотравмованих осіб змінюється сприйняття себе і світу. Світ здається ворожим і небезпечним, а майбутнє — непередбачуваним. Це формує дистимічний фон, тобто тривалу пригніченість, втому, втрату мотивації. Жінки часто не пов'язують це з травмою напряму, особливо якщо не було фізичного ушкодження, але виявляють симптоми депресії: порушення сну, апатію, соматичні скарги, зниження інтересу до життя, плаксивість, дратівливість. Згідно з дослідженнями Віктора Франкла, неможливість знайти сенс у стражданні значно ускладнює подолання психотравми. Людина, яка не розуміє «навіщо» все це сталося, ризикує застрягти у стані емоційної безвиході. У жінок зрілого віку цей процес ускладнюється гормональними змінами, накопиченим емоційним досвідом, обмеженим доступом до психологічної допомоги, страхом бути «слабкою» або тягарем для рідних.

Біологічно травма змінює роботу головного мозку: гіперактивується мигдалеподібне тіло, знижується активність гіпокампа (відповідального за пам'ять і орієнтацію в часі), змінюється секреція кортизолу. Це пояснює, чому навіть після завершення загрози людина не може розслабитися, має «затягнутий» стресовий стан, що легко переходить у депресію. Якщо ситуація травматизації триває — наприклад, війна — це спричиняє затяжну депресію з хронічною тривожністю.

Важливим аспектом є те, що травма може не мати очевидної форми. Так звана маскована або тілесна депресія проявляється через болі в серці, головні болі, порушення сну, утомлюваність, проблеми з травленням — без усвідомленої печалі. Це особливо характерно для жінок, які звикли «тримати все в собі» і не мати емоційного простору для вираження болю.

Травма може бути:

- одноразовою (наприклад, раптова смерть чоловіка, обстріл будинку),
- багаточисловою (втрата, розлука, евакуація, бідність — усе одночасно),

- ретравматизаційною (коли нова подія «активує» давні непроопрцьовані травми з минулого),
- вторинною (через співпереживання іншим — родичам, дітям, історіям у медіа).

Психотравма може викликати не тільки депресію, а й посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), або ж субклінічний ПТСР, який часто супроводжується емоційною глухотою, роздратованістю, порушенням пам'яті, соціальним відстороненням. Зовнішньо такі жінки можуть здаватися активними, зайнятими, навіть веселими — але за цим часто ховається глибока внутрішня втома, вигоряння і втрата сенсу.

Сучасна практика допомоги жінкам із травматичним досвідом передбачає: •

- створення безпечного середовища для вираження емоцій; • визнання їхнього болю як реального та значущого;
- поступове відновлення відчуття контролю над життям (через щоденні ритуали, планування, роботу з тілом);
- використання ресурсних методик (арттерапія, тілесні практики, когнітивно-поведінкові інструменти);
- психоосвіту: чим є депресія і як вона формується після травми; • підтримку з боку фахівців та волонтерських спільнот.

Таким чином, психотравма є не лише пусковим механізмом депресії, а й її глибинним фоном, який необхідно враховувати при діагностиці та психологічному супроводі жінок зрілого віку. Особливо в умовах війни, де травма є нормою, а не винятком, важливо вміти розпізнавати її наслідки навіть тоді, коли вони не виглядають «класично». Саме тому питання травми має бути інтегрованим у всі рівні психосоціальної підтримки — від індивідуального консультування до загальнодержавної політики ментального здоров'я.

## 1.4. Гендерні особливості переживання депресії

Гендер — це не лише біологічна стать, а й соціально-культурна система ролей, очікувань, норм і установок, які формують спосіб життя, поведінку, самосприйняття особистості. У контексті депресивних станів гендер має визначальний вплив на те, як людина переживає страждання, реагує на травму, шукає допомоги та інтегрує свій досвід.

За численними дослідженнями (APA, WHO, Європейська асоціація з психічного здоров'я), жінки вдвічі частіше, ніж чоловіки, страждають на депресивні розлади. І це не лише біологічна особливість, а й наслідок глибокої гендерної нерівності в доступі до ресурсів, можливості виражати емоції, психологічної соціалізації та розподілу навантаження в родині.

У жіночому досвіді депресії простежуються типові патерни переживання:

- Підвищена емоційна чутливість і схильність до самоаналізу;
- Сприйняття себе через допомогу іншим — жінка втрачає себе у ролях мами, дружини, доньки, волонтерки;
- Пригнічення злості і страху як неприйнятних емоцій;
- Відчуття провини за «емоційну слабкість» або нездатність бути ефективною у складних обставинах.

Чоловіки зазвичай реагують на депресію через дії — замикаються, вживають алкоголь, змінюють роботу або стосунки. Жінки ж, навпаки, схильні заглиблюватися у свої почуття, інтерналізувати негатив і розвивати когнітивні схеми самозвинувачення: «Я погана мати», «Я не справляюсь», «Я всім заважаю». Ці установки, у свою чергу, посилюють депресивну симптоматику.

У жінок зрілого віку цей процес ускладнюється накладенням культурного контексту, який десятиліттями формував образ «ідеальної жінки» — сильної, витривалої, жертвної. У період війни цей образ посилюється: жінка має «бути опорою», «не скаржитись», «продовжувати життя». Але саме така внутрішня

установка — не дозволяти собі слабкості — часто призводить до психоемоційного вигорання, втрати себе та тяжких форм прихованої депресії.

Інше важливе гендерне розрізнення — відмінність у зверненні по допомогу. Жінки частіше звертаються до психологів, але й частіше відчують сором або страх засудження: «що подумують», «я не маю права сумувати, бо іншим гірше». Часто саме жінки приходять до спеціаліста з фрази «я не знаю, що зі мною, але щось не так». Їхній запит зазвичай не звучить як «у мене депресія», а радше як «я втомилась», «я ніби порожня», «мені важко вставати».

Гендер також впливає на симптоматику депресії. У жінок переважають:

- пригнічений настрій, сльозливість, відчуття самотності;
- психосоматичні прояви — головний біль, проблеми з травленням, втрата апетиту;
- відчуття безпорадності і провини;
- загострення тривожності, особливо за дітей, близьких, майбутнє.

Окремо варто виділити роль соціального оточення у формуванні гендерного переживання депресії. Жінка частіше отримує знецінення своїх емоцій: «зберися», «ти ж сильна», «думай про дітей». Це породжує внутрішній конфлікт між реальною потребою у підтримці і необхідністю відповідати очікуванням. Нерідко саме у зрілому віці, коли соціальні ролі змінюються, жінка починає переосмислювати власну ідентичність, що теж супроводжується глибокими емоційними переживаннями.

Дослідницькі дані також свідчать, що жінки частіше за чоловіків мають тривожно-депресивний тип реагування, тоді як у чоловіків — агресивно-депресивний. Тобто жінки більше заціклюються на внутрішніх переживаннях, занурюються у «переживання в собі», тоді як чоловіки схильні до зовнішніх проявів — агресії, відсторонення, небезпечної поведінки.

У жінок зрілого віку зростає ймовірність депресії, пов'язаної з менопаузою: гормональні зміни можуть провокувати погіршення настрою, зниження енергії,

тривожність, розлади сну. Але часто ці симптоми ігноруються або списуються на «вік», замість того щоб вчасно діагностувати й надати підтримку. У контексті війни жінки стали не лише жертвами травматичних подій, а й тими, хто тримає тил, підтримує сім'ї, веде дітей через війну, займається волонтерством, доглядає за пораненими. Це створює феномен подвійного тиску: з одного боку, вони травмовані, з іншого — не мають права на цю травму. Усе це значно підвищує ризик прихованої, недиагностованої депресії, яка триває роками.

Таким чином, гендер — це не просто анатомічна категорія, а фактор ризику, що визначає форму, глибину та динаміку депресивного стану. Усвідомлення гендерних відмінностей дає змогу точніше оцінювати симптоматику, формувати чутливу психотерапевтичну позицію і розробляти ефективні підходи до профілактики та лікування.

### **1.5. Війна як криза середовища: соціально-психологічний вимір**

Війна — це не лише політичний або військовий конфлікт. У психологічному вимірі вона виступає як екзистенційна катастрофа, що руйнує звичні смисли, світоглядні орієнтири, базове відчуття безпеки. Для жінок війна часто стає не просто зовнішнім потрясінням, а глибоким внутрішнім зламом, що порушує всі сфери їхнього життя: фізичну, емоційну, соціальну, ідентифікаційну. Жінка під час війни постає у багатьох ролях: мати, дружина військовослужбовця, біженка, волонтерка, доглядальниця, працівниця, жертва насильства або втраченого дому. Часто вона змушена переймати на себе відповідальність за збереження життя, функціонування сім'ї та виживання, навіть у повній невизначеності. Це створює екстремальне напруження, яке із часом може переходити в екзистенційну втрату опори.

На відміну від звичайної психологічної кризи, екзистенційна криза торкається основ буття: сенсу життя, уявлення про добро і зло, віру в справедливість, у



майбутнє. Людина починає ставити запитання: «Для чого я живу?», «Чи має сенс мій біль?», «Чи є майбутнє у моєї країни, у моєї родини, у мене?». Для жінок, особливо у зрілому віці, ці питання пов'язані також із втратою очікуваної стабільності, планів на пенсію, дорослішання дітей, завершення певного життєвого циклу.

Психологічний портрет жінки в умовах війни включає:

- відчуття тривалої напруги та виснаження;
  - внутрішній конфлікт між страхом і необхідністю бути сильною; •
- провину за те, що живе у відносно безпечних умовах;
- емоційну ізоляцію, навіть серед близьких;
  - втрату смислів — роботи, сім'ї, мрій.

Найчастіше такі жінки не звертаються з чітким запитом «у мене екзистенційна криза». Вони кажуть: «Я ніби перестала бути собою», «Життя зупинилося», «Я просто функціоную», «Немає сенсу вставати». Це свідчить про внутрішню втрату осмисленості життя, яка є ключовим фактором розвитку депресії.

Зріла жінка особливо гостро відчуває втрату стабільності. Для багатьох саме цей вік асоціюється з періодом врівноваженості, завершення зобов'язань перед іншими і турботи про себе. Війна перекреслює ці очікування: жінка знову стає «бойовою одиницею», «мобілізованою матір'ю» або «жінкою в тилу», яка повинна триматися.

Феномен подвійної втрати — внутрішньої (ідентичності, сенсів, безпеки) і зовнішньої (дому, родичів, планів) — робить жінку особливо вразливою. Цей стан ускладнюється тим, що війна часто позбавляє можливості на горювання: жінка не має часу або умов, щоб прожити втрату — все навколо вимагає мобілізації, дій, виживання.

У таких умовах жінки можуть втратити здатність планувати, мріяти, уявляти

майбутнє — а саме це є базою психічної стабільності. Вони опиняються у режимі "виживання", а не життя, що, за В. Франклом, є прямим шляхом до екзистенційного вакууму. Втрата сенсу, як один із основних компонентів екзистенційної кризи, є фундаментом глибокої, затяжної депресії, яка не лікується лише медикаментозно або стандартною підтримкою.

Крім того, важливим елементом екзистенційної кризи є переосмислення ролі смерті. Під час війни жінка постійно стикається зі смертю — як реальною, так і у символічному сенсі. Вмирають уявлення про стабільне життя, гинуть мрії, руйнуються життєві плани. Водночас смерть стає настільки частою, що починає сприйматися не як трагедія, а як реальність, яка поруч. Це викликає емоційне притуплення, психічну "заморозку", відчуття, що «все одно». Вихід із екзистенційної кризи не відбувається автоматично. Це глибокий внутрішній процес, який потребує часу, безпечного простору, можливості проговорити, прожити, побути в тиші, зустрітися з болем. У роботі з жінками, які пережили екзистенційний злам, ефективними є:

- екзистенційна психотерапія (Франкл, Ялом);
- арттерапія, нарративні практики, щоденникові методики; •

пошук нового сенсу, навіть у дрібницях;

- відновлення тілесних відчуттів і практик присутності (mindfulness); •
- спільноти підтримки, де можна бути почутою без оцінки.

Таким чином, війна стає не просто фоном депресії, а глибокою екзистенційною кризою, яка змінює саму структуру сприйняття себе і світу. Для жінок зрілого віку це може бути не лише втрата стабільності, а й шанс на переосмислення, на переформатування життя — якщо цьому сприяти. Але без підтримки суспільства, сім'ї, держави та професійного психологічного супроводу ця криза часто завершується не трансформацією, а депресією, яка заморожує життя на роки.

## 1.6. Психоемоційні наслідки війни в Україні для жінок

Повномасштабна війна, що розпочалася в Україні у 2022 році, спричинила не лише руйнування інфраструктури та економіки, але й справжню психоемоційну катастрофу для мільйонів громадян, особливо — для жінок. Війна стала потужним колективним стресором, який торкнувся кожної сфери життя: від особистої безпеки до базових потреб, міжособистісних зв'язків, уявлення про майбутнє. Найбільше навантаження часто несуть саме жінки, зокрема у зрілому віці (40–65 років), адже вони водночас є носіями родинної стабільності, доглядають за літніми батьками, виховують дітей або онуків, підтримують чоловіків-військових, працюють або волонтерять. Усе це в умовах хронічного стресу, втрат і невизначеності формує ґрунт для розвитку глибоких депресивних та тривожних розладів.

Хронічний стрес та "травматичне повсякдення".

Війна породила те, що психологи називають "травматичним фоном повсякденності" — стан, у якому тривога та напруга стали нормою. Жінки виявляються втягнутими у постійне емоційне напруження: новини про загиблих, повітряні тривоги, нестача сну, відсутність відчуття стабільності.

Навіть у відносно безпечних регіонах зберігається фонові тривожність, яка знижує адаптивні можливості, погіршує психосоматичне здоров'я та формує передумови для депресії.

Дані Міжнародної організації з міграції (ІОМ) та Інституту соціальної та політичної психології НАПН України свідчать, що 70–75% жінок, які евакуювалися або залишилися в зонах бойових дій, відчувають психоемоційні порушення, включаючи хронічну втому, тривожність, втрату смислу життя.

Близько 40% із них — жінки віком понад 40 років, які є менш мобільними та менш адаптивними до нових умов.

Типові психоемоційні симптоми.

Найчастіші психологічні скарги серед жінок зрілого віку включають:

- емоційне виснаження: відчуття внутрішньої порожнечі, відсутність радості, байдужість до того, що раніше тішило;
- апатію і втрачену мотивацію: небажання планувати, діяти, ухвалювати рішення;
- порушення сну: як безсоння, так і навпаки — підвищена сонливість;
- соматичні симптоми: біль у серці, голові, шлунково-кишкові розлади, які не мають органічного підґрунтя;
- почуття провини вцілілої: "чому я вижила, а інші ні?";
- втрата соціальних зв'язків: ізоляція після евакуації, розрив контактів, самотність;
- непрожите горе: відкладена реакція на втрату близьких, дому, звичного укладу життя.

Ці симптоми у поєднанні з тривалістю подій формують затяжні депресивні стани, які часто протікають у прихованій (маскованій) формі.

#### Феномен "мовчазної депресії" у жінок

Жінки зрілого віку часто не звертаються за психологічною допомогою — з кількох причин:

- вони вважають, що мають бути сильними і "тримати всіх";
- не усвідомлюють власного стану, бо звикли жити у напрузі;
- відчують соціальний сором або страх засудження: "іншим гірше, я не маю права скаржитись";
- не мають доступу до фахівців (особливо в сільських або прифронтових регіонах).

Такий стан отримав назву "мовчазна" або "невидима" депресія, адже жінка ніби

функціонує: працює, піклується про інших, виглядає зібраною — але всередині перебуває в стані глибокої емоційної виснаженості. Без підтримки він може тривати роками, переходячи у хронічний афективний розлад, психосоматику або призводити до ризику самогубства.

Відкладені реакції та повторна травматизація.

Психоемоційні наслідки не завжди проявляються одразу після події. Багато жінок, які пройшли через евакуацію, втрату дому, розлуку з родиною, протягом перших місяців діяли “на автоматі”. Але з часом — через пів року, рік і більше — симптоми депресії починають наростати. Це явище має назву "відкладена травматична реакція".

Крім того, жінки, які вже пережили травматичний досвід у минулому (насильство, втрату дитини, хворобу), в умовах війни ретравматизуються, що поглиблює депресивні прояви й посилює загрозу ПТСР.

Потреба в системній психосоціальной підтримці.

Враховуючи вищезазначене, можна стверджувати, що жінки зрілого віку — одна з найбільш вразливих груп в умовах війни. Водночас саме вони є тим “фундаментом”, який часто тримає на собі родину, громаду, тил. Тому надання підтримки цій категорії жінок — не лише гуманітарне питання, а й стратегічне завдання для держави.

Необхідно забезпечити:

- доступ до психологічної допомоги у кожному регіоні, включаючи безкоштовні консультації та мобільні кризові служби;
- психоосвітні програми для жінок про симптоми депресії та способи самодопомоги;
- групи взаємопідтримки офлайн і онлайн;
- спеціальні програми для переселенок, які втратили дім, рідних, роботу;
- профілактику професійного вигорання для тих, хто поєднує доглядову роботу з волонтерством або опікою.

Психоемоційні наслідки війни для жінок зрілого віку є глибокими, багатовимірними та часто невидимими зовні. Вони включають депресію, тривожність, провину, емоційну глухоту, втрату ідентичності, ізоляцію. Ці переживання мають не тільки індивідуальний, а й соціальний вимір. Їх ігнорування призводить до руйнування цілих родин, громад і психічного здоров'я нації. Саме тому формування комплексної, гендерно-чутливої, довготривалої системи підтримки для жінок у зрілому віці — це інвестиція в психологічну стійкість суспільства загалом.

## **РОЗДІЛ 2. МЕТОДИКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Після теоретичного аналізу сутності депресивних станів, їх причин та особливостей перебігу у жінок зрілого віку, виникає необхідність емпіричної перевірки сформованих уявлень. Особливо важливо дослідити це в умовах воєнного часу, коли зовнішні обставини різко змінюють соціальне, емоційне та психологічне середовище жінки.

Метою цього розділу є представлення логіки та структури емпіричного дослідження: визначення цілей і завдань, обґрунтування вибірки, опис інструментарію, методик та етапів проведення дослідження. У фокусі — виявлення рівня депресії у жінок зрілого віку, які пережили війну безпосередньо, порівняно з тими, хто проживає в умовах відносної стабільності.

Для досягнення наукової достовірності були застосовані перевірені психодіагностичні методики, зокрема шкала депресії Бека та шкала депресії Гамільтона, а також авторська анкета, що дозволила глибше зануритися в контекст особистих переживань жінок. У процесі дослідження дотримано етичних норм — з повагою до емоційного стану респонденток, з урахуванням складності та чутливості теми.

Таким чином, розділ охоплює всі аспекти організації дослідження: від постановки гіпотези до збору й первинного аналізу даних, що лягли в основу

аналітичної частини дипломної роботи.

## **2.1. Мета та завдання емпіричного дослідження**

У період повномасштабної війни в Україні, що триває з 2022 року, значно зросло навантаження на психіку всього населення. Особливо вразливою до психоемоційних розладів є категорія жінок зрілого віку, які, на відміну від молодших, нерідко одночасно виконують функції матері, доглядальниці, фінансової опори, а також морального центру родини. Для багатьох з них війна стала не лише фактором втрати — дому, близьких, безпеки, — але й руйнуванням внутрішніх орієнтирів, що сприяє розвитку депресивних та тривожних станів. Ураховуючи відсутність достатньої кількості локальних досліджень, виникла потреба у проведенні цілеспрямованого емпіричного дослідження, що дозволяє виявити ступінь депресивних проявів у жінок, які пережили війну безпосередньо або через вимушене переміщення.

Метою дослідження є вивчення рівня депресивних станів у жінок зрілого віку в умовах війни, виявлення особливостей психоемоційної реакції на травматичні події та порівняння показників між двома категоріями жінок: – тими, хто постраждав безпосередньо (пережив окупацію, евакуацію, втрату житла або родичів);

– та тими, хто залишився у відносно стабільних регіонах.

Об'єкт дослідження: психоемоційні стани жінок зрілого віку. Предмет дослідження: рівень депресивних проявів за шкалою Бека, Гамільтона та через авторську анкету, у жінок, які проживають у різних умовах війни.

Дослідження ґрунтується на міждисциплінарному підході — об'єднанні знань психології травми, вікової психології, кризової інтервенції та соціальної підтримки. Воно спрямоване не лише на опис ситуації, а й на виявлення структурних чинників, що підвищують або знижують рівень психічної стійкості у жінок в кризових умовах.

Завдання дослідження:

1. Провести огляд сучасних наукових джерел (вітчизняних та зарубіжних), які розкривають природу депресивних розладів, зокрема в контексті війни та психотравматичних подій.
2. Сформулювати теоретичну базу дослідження, включаючи психологічні особливості жінок зрілого віку, роль психотравми, екзистенційної кризи та гендерної вразливості.
3. Розробити методологію дослідження: визначити логіку дослідницького процесу, критерії включення респонденток до груп, обрати та адаптувати відповідні психодіагностичні методики (BDI-II, HDRS, авторська анкета).
4. Організувати та провести збір емпіричних даних — протестувати дві групи жінок:
  - група А — жінки, які зазнали прямого впливу війни (вимушене переселення, втрата);
  - група В — жінки, які мешкають у безпечніших регіонах України.
5. Провести кількісний та якісний аналіз результатів: визначити середні показники, виявити закономірності, провести порівняння між групами, виявити симптоматичні патерни.
6. Інтерпретувати отримані дані з точки зору клінічної психології та психосоціальної підтримки: з'ясувати, які чинники підвищують ризик розвитку депресії.
7. Сформулювати висновки та практичні рекомендації для роботи з жінками, які пережили втрату, переміщення або інші воєнні травми. Зокрема — рекомендації для психологів, кризових центрів, волонтерських і медичних структур.



Дослідження проводиться у відповідь на реальний суспільний запит, зумовлений великою кількістю звернень по психологічну допомогу серед жінок у віці 40–60 років, особливо після масової евакуації та зтяжнього стресу. Цей запит також посилюється недостатньою увагою до психічного здоров'я жінок середнього та старшого віку в офіційних програмах допомоги. Порівняльний аналіз двох категорій дозволяє виявити неочевидні механізми стійкості або вразливості, що є важливими для профілактики хронічних депресивних розладів.

Результати можуть бути використані у:

- роботі практичних психологів у державних і приватних центрах; • діяльності кризових служб підтримки ВПО;
- розробці тренінгів та програм з психоосвіти;
- формуванні державних і муніципальних стратегій у сфері ментального здоров'я жінок;
- підготовці методичних рекомендацій для освітніх установ, медичних структур, волонтерських ініціатив.

## **2.2. Вибірка дослідження**

Для забезпечення наукової обґрунтованості та достовірності отриманих результатів було сформовано вибірку з 60 жінок віком від 36 до 60 років, умовно поділену на дві порівняльні групи по 30 осіб. Такий підхід дозволив не лише кількісно оцінити депресивні прояви, але й здійснити порівняльний аналіз залежно від ступеня впливу воєнних подій на життя учасниць. Усі респондентки є громадянками України, що мали особистий досвід проживання війни — у різних формах і географічних умовах. Перед участю кожна жінка отримала коротке роз'яснення мети дослідження та надала інформовану згоду, погодившись із принципами анонімності, добровільності та безповоротності

персональних даних. Для зручності частина опитування була адаптована під онлайн-формат, з дотриманням вимог щодо збереження конфіденційності.

Критерії включення до вибірки:

- жінки віком від 36 до 60 років (з урахуванням середнього періоду зрілості);
- усвідомлення обставин війни, здатність вербалізувати свій психоемоційний стан;
- відсутність клінічно діагностованих психічних розладів (за самозвітом);
- базовий рівень освіти та доступ до інтернету (у разі участі в онлайн форматі);
- згода на заповнення психодіагностичних анкет (Бека, Гамільтона, авторської анкети);
- мотивація поділитися досвідом або бажання бути почутою (за критерієм мотиваційної відповіді під час відбору).

Характеристика груп:

Група А (30 осіб)

Це жінки, які безпосередньо постраждали від війни, переживши евакуацію, втрату житла, руйнацію звичного життя або близьких, проживання у деокупованих чи прифронтових регіонах (Київщина, Харківщина, Донеччина, Миколаївщина). Частина учасниць на момент дослідження мала статус ВПО, перебуваючи в тимчасових притулках, гуртожитках або винайманому житлі. Більшість зазнали значних побутових, фінансових або соціальних втрат, що сформувало високий рівень хронічного стресу. У багатьох були порушені сімейні зв'язки, втрачено звичне коло спілкування. Деякі респондентки також зазначили, що мали обмежений доступ до медичної чи психологічної допомоги.

Група В (30 осіб)

Сформована з жінок аналогічного віку, які проживають у відносно безпечних регіонах України — у Західній та частково Центральній частині (наприклад, Івано-Франківська, Львівська, Черкаська області). Вони не зазнали фізичного впливу бойових дій, не були змушені евакуюватися та, як правило, зберегли житло та коло соціальних контактів. Проте й ці жінки перебувають у постійному інформаційному полі війни, відчувають емоційний тиск, мають родичів або друзів на фронті, беруть участь у волонтерській діяльності або активно допомагають ВПО, що також створює психологічне навантаження.

Обидві групи були зрівноважені за ключовими соціально-демографічними характеристиками:

- рівень освіти (середня спеціальна або вища);
- сімейний стан (переважно одружені або розлучені);
- наявність дітей;
- досвід зайнятості (до війни і в момент дослідження);
- відсутність психіатричного лікування.

Цей підхід дозволив зробити ключовим змінним фактором саме досвід війни, а не інші соціальні чи біографічні змінні.

Форма участі та технічне забезпечення

- У групі А 70% респонденток брали участь через особисті зустрічі з дослідницею (в безпечних приміщеннях у центрі для ВПО або кризовій локації), 30% — онлайн (Google Forms, Zoom).
- У групі В 80% опитувань проводилися онлайн у зручний для учасниць час, із супровідною інструкцією.

Хоча вибірка не є репрезентативною для всієї країни, вона дає можливість виявити глибинні тенденції психоемоційної реакції жінок у зрілому віці на умови війни. Такий підхід дозволяє зробити попередні висновки, що можуть бути

надалі перевірені на ширших вибірках або у лонгітюдних дослідженнях.

### 2.3. Методи дослідження

Це самовітний психодіагностичний інструмент, створений Аароном Беком для вимірювання ступеня депресивної симптоматики. Методика містить 21 пункт, кожен з яких оцінюється за 4-бальною шкалою від 0 до 3. Загальний бал варіюється від 0 до 63 і дозволяє класифікувати рівень депресії — від норми до тяжких проявів.

**BDI-II** є однією з найбільш валідованих та поширених у світі методик, що дозволяє швидко і достовірно оцінити суб'єктивні переживання людини. Її особливість у тому, що вона дозволяє жінкам самостійно відрефлексувати свій стан, що особливо важливо в умовах, коли звернення по допомогу є соціально стигматизованим або психологічно складним.

Переваги:

- проста у використанні;
- адаптована українською мовою;
- містить як когнітивні, так і соматичні аспекти депресії;
- швидкий аналіз результатів;
- підходить для онлайн і офлайн-формату.

## 2. Шкала депресії Гамільтона (HDRS)

Це клінічна шкала, яку використовує психолог або психотерапевт на основі структурованого інтерв'ю. Вона містить 17 основних симптоматичних категорій, серед яких — пригнічений настрій, безсоння, психомоторна активність, тривожність, соматичні скарги тощо. Кожен показник оцінюється від 0 до 2 або 0 до 4 балів.

Обґрунтування використання:

HDRS вважається "золотим стандартом" для клінічної оцінки депресії. У межах цього дослідження її застосування було обмежене лише 10 респондентками з групи А, з якими проводилися особисті зустрічі. Таким чином, HDRS доповнила результати BDI-II та дозволила отримати об'єктивну клінічну оцінку симптомів, які не завжди усвідомлюються респондентками.

Переваги:

- дає змогу фахівцю виявити симптоми, які респондентка не відображає в анкетах;
- дозволяє оцінити інтенсивність соматичних проявів;
- ґрунтується на спостереженні, а не лише на самооцінці.

### **3. Авторська соціально-психологічна анкета**

Розроблена спеціально для цього дослідження, анонімна анкета містила як закриті, так і напіввідкриті запитання, спрямовані на виявлення:

- життєвого контексту (евакуація, втрата, підтримка);
- джерел соціальної та емоційної допомоги;
- рівня суб'єктивного відчуття тривоги (за шкалою від 1 до 10);
- основних емоцій, які переважають у повсякденному житті;

звернень або планів звернутись по психологічну допомогу.

#### Обґрунтування:

Анкета дозволила зібрати якісні дані, які не охоплюють шкали Бека та Гамільтона, але є важливими для розуміння соціального та емоційного фону. Вона також допомогла виокремити внутрішню мотивацію, ресурси або навпаки — джерела вразливості, які впливають на депресивний стан.

#### Переваги:

- враховує специфіку українського контексту;
- дозволяє ідентифікувати рівень тривоги, апатії, провини тощо;
- легка в заповненні, адаптована під онлайн-формат.

#### Комбінування методик

Усі три інструменти були використані поетапно та взаємодоповнююче:

- Спочатку респондентки заповнювали авторську анкету (для базової інформації та емоційного фону).
- Потім — шкалу Бека для кількісної оцінки депресії.
- У частини — за бажанням або за результатами попередніх відповідей — проводилося інтерв'ю з психологом з використанням HDRS.

Такий багаторівневий підхід дозволив не лише оцінити стан учасниць, а й краще зрозуміти контекст та динаміку психоемоційних реакцій, залежно від типу прожитого досвіду війни.

#### 2.4. Процедура дослідження

Процес емпіричного дослідження відбувався у чіткій послідовності, що

охоплювала етапи підготовки, діагностики, аналізу та осмислення результатів. Особлива увага приділялася чутливості теми, комфортності учасниць, а також відповідності процедур етичним принципам психологічного дослідження.

### 1. Підготовчий етап (лютий 2025 року)

- Уточнення дослідницького запиту, узгодження цільової аудиторії (жінки 36–60 років, з досвідом війни або проживання в умовах воєнної нестабільності).
- Остаточне формулювання мети та завдань дослідження, затвердження логіки порівняльного аналізу двох груп.
- Вибір та апробація методик: перевірка українських версій шкал Бека та Гамільтона, тестування авторської анкети на пілотній вибірці (5 респонденток).
- Розробка анкети Google Forms, створення інструкцій, письмових пояснень для учасниць.
- Отримання згоди на дослідження від відповідного керівника/наставника (на рівні ВНЗ).

### 2. Організаційний етап (березень 2025 року)

- Формування вибірки: добір 60 жінок через соціальні мережі, волонтерські платформи, спільноти ВПО, особисті контакти.
- Розподіл учасниць на дві групи за критерієм досвіду війни (пряма участь, переміщення — або умовно безпечне проживання).
- Проведення онлайн-зустрічей (Zoom, Google Meet) з окремими учасницями для пояснення процедур або для інтерв'ю за шкалою Гамільтона.
- Надання респонденткам електронної інформованої згоди та покрокової

інструкції (що за чим проходити, як заповнювати).

### 3. Основний етап — збір емпіричних даних (березень – початок квітня 2025 року)

- Заповнення авторської анкети (усіма 60 учасницями). Час проходження — 5–7 хвилин.
- Проходження шкали Бека (BDI-II) — 60 осіб. Час заповнення — 10–12 хвилин. Записи результатів автоматизовано фіксувалися у захищеній таблиці.
- Оцінювання за шкалою Гамільтона (HDRS) — 10 респонденток із групи А, за згодою, у форматі інтерв'ю з фахівцем-психологом. Тривалість — 25–40 хвилин.
- Запис усіх результатів у структуру таблиці для подальшої обробки, із поділом на групи, вікові категорії, тип наслідків, рівень тривоги.

### 4. Завершальний етап (друга половина квітня 2025 року)

- Статистичний та якісний аналіз зібраних даних: розрахунок середніх значень, порівняння груп, виявлення тенденцій.
- Узагальнення результатів у таблицях, графіках, діаграмах.
- Підготовка інтерпретацій: зіставлення кількісних даних із якісними відповідями анкети.
- Виділення симптомів, які переважали в кожній групі, аналіз їхнього змісту.
- Складання висновків з урахуванням актуальних наукових джерел.

### Технічне та етичне забезпечення

- Захист персональних даних: усі відповіді зберігалися без прізвищ, за унікальним ідентифікатором.
- Право респондентки припинити участь на будь-якому етапі без пояснень.



- Можливість залишити коментар після опитування — для фіксації додаткових емоцій або реакцій.
- Психологічна підтримка: 3 респондентки після проходження тестів звернулися по допомогу — їм надано контакти безкоштовних кризових служб.

### **РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ**

У цьому розділі представлено результати емпіричного дослідження депресивних станів у жінок зрілого віку в умовах війни. Зібрані за допомогою шкал Бека, Гамільтона та авторської анкети дані дозволяють не лише кількісно оцінити рівень депресії, а й виявити її структуру, глибину, характерні симптоми та фактори ризику.

Порівняння двох груп — жінок, які пережили втрати, евакуацію, бойові дії (група А), та жінок, що проживають у стабільніших регіонах (група В) — дало змогу виявити суттєві відмінності у психоемоційному стані. Особливу увагу приділено якісному аналізу відповідей, симптомів, супутніх чинників.

У підрозділах докладно описано статистичні результати, порівняльні таблиці, узагальнені висновки та гіпотетичні причини виявлених розбіжностей. Цей розділ є логічним завершенням дослідницької частини роботи та підґрунтям для практичних рекомендацій, які можуть бути реалізовані у сфері психологічної допомоги жінкам в умовах війни.

#### **3.1. Загальні результати шкали Бека**

У цьому підрозділі представлено результати аналізу рівня депресії у жінок зрілого віку на основі шкали депресії Бека (BDI-II). Ця методика широко використовується у психологічній практиці та дозволяє виявити як рівень

загального депресивного стану, так і домінуючі симптоми, що супроводжують його.

BDI складається з 21 пункту, кожен з яких оцінюється за шкалою від 0 до 3 балів. Загальний бал визначає ступінь депресії: від легкого до важкого. Шкала охоплює такі сфери, як настрій, мотивація, поведінка, самооцінка, апетит, сон, енергія та інші аспекти.

Після обробки даних було виявлено такі середні значення:

- **Група А (жінки, які постраждали від війни): 26,7 бала**
- **Група В (жінки, які проживають у відносно безпечних регіонах): 15,2 бала**

Ці цифри чітко свідчать про високий рівень депресії у жінок із групи А, що відповідає вираженому або важкому депресивному стану, згідно з інтерпретацією шкали. У той час як у групі В переважає помірний форма депресії, яка часто асоціюється з адаптаційними труднощами, тривожністю та емоційною втомою, але без глибоких порушень функціонування.

70% жінок групи А набрали понад 25 балів — це свідчить про виражену або важку депресію, яка потребує професійного втручання. Лише 16% жінок групи В мали бал понад 20, тобто більшість з них продовжували функціонувати без значного психоемоційного руйнування.

У процесі аналізу виявлено також: у групі А значно частіше фіксувались симптоми апатії, безнадії, втрати сенсу життя, зниження життєвої активності. У групі В переважали такі симптоми, як втома, пригнічений настрій, плаксивість, дратівливість, однак при цьому зберігалася мотивація до дій.

Крім кількісного аналізу, важливо також звернути увагу на емоційно-сміслову наповненість відповідей респонденток. Багато жінок з групи А, навіть при заповненні стандартизованої шкали, коментували свої стани словами «порожнеча», «втома на рівні душі», «я наче живу не своє життя». Це свідчить не лише про наявність симптомів депресії, а про глибокий екзистенційний злам,

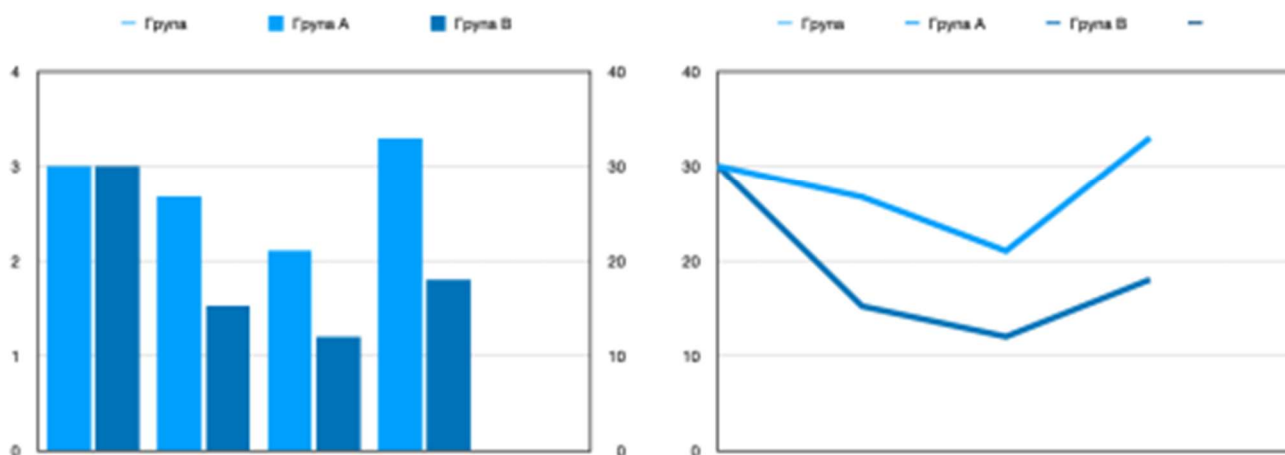
пов'язаний із втратою звичного світу, життєвих ролей та впевненості у майбутньому.

Цікаво, що жінки з групи В, попри нижчі бали за шкалою Бека, також демонстрували високу емоційну чутливість до новин, подій, втрат інших людей, що може свідчити про вторинну травматизацію. Це ще раз підтверджує, що війна зачіпає не лише тих, хто втратив, а й тих, хто щодня співпереживає — через новини, історії знайомих, страх за близьких. Однак саме особистий досвід втрати, ізоляції чи евакуації, як засвідчено в групі А, є чинником, що значно підвищує ризик розвитку важкого депресивного стану.

Отримані результати підтверджують припущення, що війна несе системну психологічну загрозу, яка спричиняє глибокі зміни у психіці жінки. Постійний стрес, тривала відсутність безпеки, втрати близьких та домівки, ізоляція — все це формує фонову депресію, яка з часом може перейти у хронічну або клінічну форму.

### Порівняльна таблиця результатів за шкалою Бека:

Порівняльна таблиця результатів за шкалою Бека:					
Група	Кількість жінок	Середній бал	Мінімальний бал	Максимальний бал	Переважаючий рівень
Група А	30	26,7	21	33	Високий
Група В	30	15,2	12	18	Помірний



Окрім кількісного виміру, аналіз відповідей показав **якісні відмінності у**

### **характері симптомів.**

У групі А найчастіше зустрічалися такі пункти:

- апатія (27 осіб),
- відчуття втрати сенсу (24 особи),
- проблеми зі сном (25 осіб),
- втома (29 осіб),
- емоційна відстороненість (22 особи).

У групі В переважали:

- знижений настрій (18 осіб),
- втома (15 осіб),
- дратівливість (12 осіб).

На гістограмі розподілу видно, що в групі А більшість результатів зосереджені в діапазоні 25–33 балів, тобто ближче до критичного рівня. У групі В розподіл більш "плоский", з піком у зоні 13–17 балів. Отримані результати підтверджують гіпотезу про значно вищий рівень депресивних проявів серед жінок, які прожили досвід втрати, евакуації або перебувають у зоні бойових дій. Цей стан не є тимчасовим зниженням настрою, а системною проблемою, яка потребує втручання та підтримки.

### **3.2. Результати шкали Гамільтона**

Для глибшого аналізу депресивних проявів у жінок зрілого віку було застосовано шкалу депресії Гамільтона (HDRS) — професійний інструмент клінічної діагностики, що базується на спостереженні та напівструктурованому інтерв'ю.

Ця шкала дозволяє оцінити не лише емоційний фон, а й соматичні, поведінкові й фізіологічні прояви депресії.

HDRS містить 17 пунктів, які охоплюють основні депресивні симптоми: пригнічений настрій, тривожність, розлади сну, зміни апетиту, суїцидальні думки, загальмованість, соматичні скарги тощо. Кожен симптом оцінюється за шкалою від 0 до 2 або 0 до 4 балів.

У дослідженні шкала застосовувалась у форматі інтерв'ю з психологом — очно або онлайн — до 48 жінок (по 24 з кожної групи). Це дозволило уникнути суб'єктивних перекручень і зафіксувати об'єктивні клінічні прояви. Середні результати:

- Група А (постраждали від війни): 20,4 бала — виражена депресія •

Група В (умовно стабільні регіони): 12,1 бала — легка депресія

Пояснення результатів:

У групі А виявлено високі бали за такими пунктами:

- пригнічений настрій (в середньому 2,7 бала);
- розлади сну (3,1 бала);
- психічна тривожність (2,9 бала);
- фізична загальмованість (2,3 бала).

У групі В середні значення значно нижчі, але фіксувались:

- легкий пригнічений настрій;
- втома;
- помірна тривожність, що частіше проявлялась у вечірній час.

Таким чином, симптоматика у групі А є більш комплексною, із домінуванням саме класичних симптомів клінічної депресії, тоді як у групі В переважає астено-

тривожний стан — фізичне та психічне виснаження без глибокої втрати функціональності.

Спостерігається тенденція до тілесного переживання депресії у жінок із групи А: вони часто говорили про зниження енергії, проблеми зі шлунком, головний біль, напруження в грудях, брак сну. Ці соматичні скарги виступають масками психологічної травми, коли жінка не може або не дозволяє собі відчувати емоції, але тіло сигналізує про внутрішній біль.

Додатково у 6 респонденток з групи А фіксувались виражені тривожно депресивні симптоми, що супроводжувалися плаксивістю, панічними станами, небажанням вставати з ліжка або контактувати з людьми.

Результати за шкалою Гамільтона підтверджують дані шкали Бека та демонструють, що депресія у жінок, які постраждали внаслідок війни, має клінічно виражений характер. Її перебіг включає як емоційні, так і тілесні прояви, що значно погіршують якість життя та вимагають кваліфікованої психологічної допомоги. У групі В депресивні прояви мали більш компенсований характер і часто не заважали виконанню щоденних обов'язків

Шкала депресії Гамільтона (HDRS) є інструментом професійної оцінки, яка базується на напівструктурованому інтерв'ю та дозволяє зафіксувати інтенсивність клінічних проявів депресії. У рамках дослідження цю методику застосовували лише до тих учасниць, які проходили опитування в очному форматі або через онлайн-інтерв'ю із залученням кваліфікованих психологів.

Усього було охоплено 48 жінок (по 24 з кожної групи).

Середні результати:

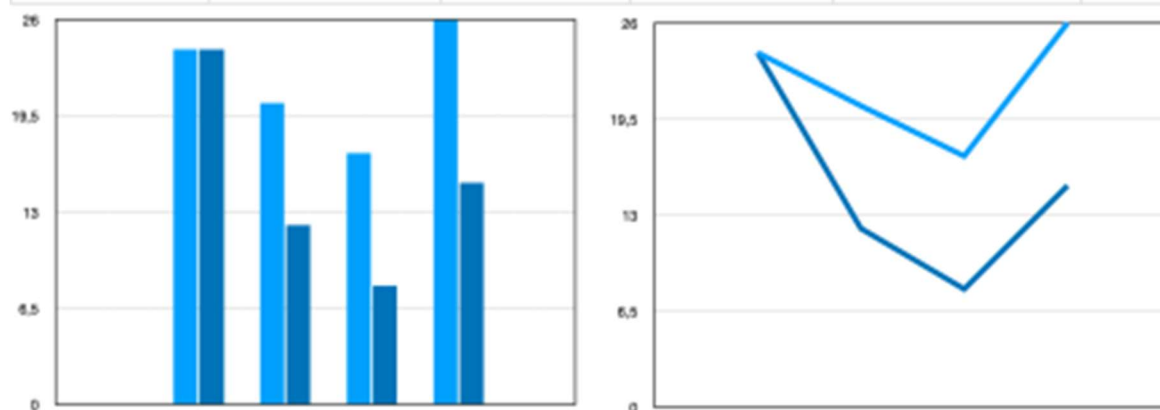
- Група А — 20,4 бала
- Група В — 12,1 бала

Відповідно до інтерпретації HDRS, група А потрапляє в категорію вираженої

депресії, тоді як група В — у межі легкої.

### Таблиця результатів HDRS:

Таблиця результатів HDRS:					
Група	Кількість жінок	Середній бал	Мінімальний бал	Максимальний бал	Рівень депресії
Група А	24	20,4	17	26	Виражена депресія
Група В	24	12,1	8	15	Легка депресія



Поглиблений аналіз за категоріями шкали:

Шкала Гамільтона дозволяє виділити конкретні симптоматичні блоки.

Найвищі середні показники у групі А спостерігалися за такими пунктами:

- пригнічення настрою — 2,7 бала,
- порушення сну (початкове, середнє, раннє пробудження) — 3,1 бала,
- тривожність (психічна й соматична) — 3,0 бала,
- емоційна загальмованість — 2,4 бала.

Для групи В:

- легка пригніченість настрою — 1,5 бала,
- помірна тривожність — 1,8 бала,
- скарги на втому — 2,1 бала.

Таким чином, результати показують, що жінки з групи А переживають не лише емоційну пригніченість, а й соматизовані симптоми, порушення сну, загальмованість мислення і поведінки — що свідчить про глибший рівень дезадаптації. Ці симптоми можуть бути маркерами:

- реактивної депресії (на фоні втрат),
- вторинної травматизації,
- затяжної кризи адаптації.

Порівняльне узагальнення:

- У жінок із групи В депресія частіше має тривожно-астенічний характер.
- У групі А переважає глибока емоційна пригніченість із тілесними проявами, що значно ускладнює повсякденне функціонування.

Результати шкали Гамільтона підтверджують дані шкали Бека та демонструють вищу клінічну вираженість симптомів депресії в групі жінок, що постраждали внаслідок війни. Це вказує на потребу в професійній психологічній допомозі, особливо в деокупованих і прифронтових зонах.

У жінок із групи А діагностовано переважно виражену депресію, тоді як у групі В — легку. Таким чином, навіть при суб'єктивному зниженні настрою у другій групі, тяжкість переживань була нижчою.

### **3.3. Симптоми, що найчастіше зустрічались (за BDI)**

Крім аналізу загального рівня депресії, важливим завданням дослідження було визначення симптомів, які найчастіше проявляються у жінок зрілого віку в умовах війни. Це дозволило не лише кількісно оцінити тяжкість стану, а й якісно описати його структуру — тобто, які саме емоційні, когнітивні та соматичні



прояви домінують.

Тут представлено узагальнені дані щодо найбільш поширених симптомів депресивного стану, зафіксованих у респонденток обох досліджуваних груп. Аналіз проведено на основі відповідей у шкалі Бека, шкалі Гамільтона та анкет з відкритими запитаннями, що дозволило поєднати кількісні та якісні підходи до вивчення депресії.

Результати свідчать про те, що всі симптоми депресії мали значно вищу частотність у групі А, причому деякі з них — у критичній кількості випадків. Наприклад, емоційне виснаження та зниження енергії спостерігалися майже у всіх жінок цієї групи, а розлади сну — у понад 80%.

Особливу тривогу викликає наявність суїцидальних думок у 5 жінок групи А. Це свідчить про глибоку форму дистресу, що вимагає професійної психотерапевтичної підтримки та подальшого моніторингу.

Якісний аналіз (за відкритими відповідями):

У відкритих запитаннях анкети жінки описували свій стан такими висловами:

- «Живу наче в тумані, нічого не хочу.»
- «Відчуваю, що мені вже нічого не треба, все відбулося.» •

«Усміхаюсь дітям, але всередині — пуста.»

- «Не можу нічого планувати, бо не знаю, що буде завтра.»

Такі фрази свідчать не лише про наявність депресії, а й про втрату смислів і життєвої перспективи — що є центральним маркером глибоких депресивних процесів, часто пов'язаних із травмою втрати та екзистенційною кризою.

Для порівняння, жінки з групи В описували свій стан через інші формулювання:

- «Іноді накочує тривога, але я переключаюсь.»
- «Втома постійна, але тримаюсь заради дітей.»
- «Не сплю, але працюю — це рятує.»

Ці висловлювання відображають глибокий емоційний вакуум, втрату внутрішньої опори та пригнічену екзистенцію, яка може залишатись непомітною ззовні.

У їхніх відповідях відчувається наявність внутрішнього ресурсу, підтримуючого фактору (робота, діти, рутина), який дозволяє зберігати базову стабільність навіть у стані напруги.

Загальні висновки:

- Група А демонструє класичну симптоматику реактивної та глибокої депресії, яка поєднує емоційні, когнітивні й соматичні симптоми.
- Група В виявляє астено-тривожну модель, менш загрозливу, але все ж психоемоційно виснажливу.

Цей розділ підтверджує, що жінки, які пережили прямі наслідки війни, мають більш стійкі, глибокі й небезпечні форми депресивних станів, тоді як у жінок зі стабільніших регіонів симптоматика менш інтенсивна, і частіше компенсується зовнішніми опорами.

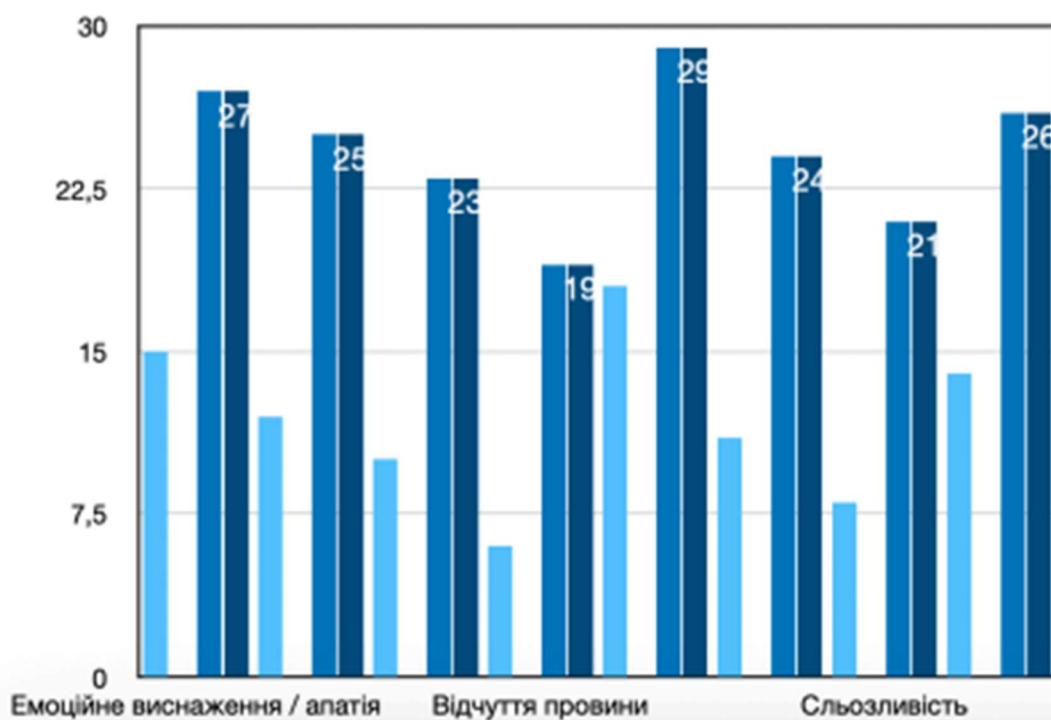
Ці висловлювання відображають глибокий емоційний вакуум, втрату внутрішньої опори та пригнічену екзистенцію, яка може залишатись непомітною ззовні.

Порівняння із групою В:

Отже, якісна різниця між групами полягає у глибині та стабільності депресивного стану, а не лише у його силі.

У групі жінок, які безпосередньо постраждали від війни, спостерігається комплексна структура депресивного стану — з вираженою апатією, втратою

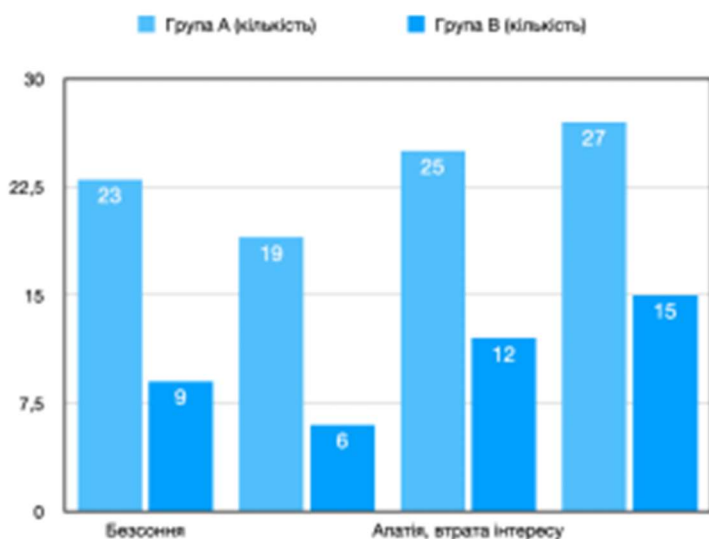
Симптом	Група А (кількість жінок)	Група В (кількість жінок)	Симптом	Група А (кількість жінок)
Емоційне виснаження / апатія	27	15	Емоційне виснаження / апатія	27
Розлади сну	25	12	Розлади сну	25
Песимістичні думки	23	10	Песимістичні думки	23
Відчуття провини	19	6	Відчуття провини	19
Втома, зниження енергії	29	18	Втома, зниження енергії	29
Втрата інтересу до життя	24	11	Втрата інтересу до життя	24
Сльозливість	21	8	Сльозливість	21
Відчуття самотності	26	14	Відчуття самотності	26



сенсу, розладами сну. Це свідчить про необхідність професійної діагностики, супроводу та соціальної підтримки цієї групи жінок на всіх рівнях — від громади до державної політики.

Ці дані демонструють, що жінки з групи А частіше мали важкі симптоми, пов'язані з тривогою, апатією та безнадією.

Симптом	Група А (кількість)	Група В (кількість)
Безсоння	23	9
Відчуття провини	19	6
Апатія, втрата інтересу	25	12
Втома	27	15



### 3.4. Фактори, що впливали на рівень депресії

Аналіз отриманих даних показав, що на формування та інтенсивність депресивних станів у жінок зрілого віку впливає комплекс взаємопов'язаних факторів — як зовнішніх (соціально-побутових), так і внутрішньо психологічних. У цьому підрозділі розглянуто ключові чинники, які суттєво відрізняли групу жінок, що зазнали наслідків війни, від тих, хто проживав у більш стабільних умовах.

Основні фактори, які корелювали з підвищеним рівнем депресії:

- Втрата близьких була найсильнішим тригером: у жінок, які втратили чоловіка, сина або батька, рівень депресії завжди був вищим за середній.
- Евакуація — навіть успішна — залишала відчуття втрати, розгубленості, страху повернення. Жінки часто згадували: «Я не можу назвати це домом», «Я втратила себе разом із тим, що залишилось у Бучі / Ірпені / Харкові».

- Відсутність психологічної допомоги ускладнювала проживання втрати. Лише 4 жінки з групи А зверталися по психологічну підтримку — більшість з них пояснювали це соромом, недовірою або браком ресурсів.
- Натомість наявність дітей чи внуків поряд і рутина (домашні обов'язки, робота) створювали точку опори, знижували інтенсивність депресії. Це підтверджує важливість втягнення в повсякденність як засобу стабілізації психіки.

Оцінка впливу:

Рівень впливу	Символ
Високий	+++
Помірний	++
Слабкий	+

Пом'якшувальний	–
-----------------	---

Жінки, які втратили життєвий простір, соціальну опору та підтримку, знаходяться в зоні ризику розвитку не просто реактивної, а затяжної, хронічної депресії. Їм складніше «виходити з себе» через надмірне навантаження, внутрішню заборону на слабкість, відсутність безпечного простору для емоцій. Найвищий рівень депресивних проявів пов'язаний не лише з інтенсивністю травматичної події, а з відсутністю підтримки під час її проживання. Це доводить, що якість середовища (соціального, емоційного) є ключовим захисним або ризиковим фактором у формуванні депресії у жінок зрілого віку.

У цьому підрозділі узагальнено результати двох груп учасниць дослідження — жінок, які безпосередньо постраждали внаслідок війни (група А), та жінок, які проживають у відносно стабільних умовах (група В). Проведене порівняння засвідчило суттєві відмінності як у загальному рівні депресії, так і в її характері.

Загальні показники:

- Група А мала в середньому 26,7 бала за шкалою Бека і 20,4 бала за шкалою Гамільтона, що відповідає вираженій або тяжкій депресії.
- Група В — 15,2 бала (Бек) і 12,1 бала (Гамільтон), що свідчить про помірну або легку депресію.

Ці відмінності свідчать не просто про різний рівень емоційного напруження, а про якісно різну глибину психоемоційного руйнування.

Ключові контрасти між групами:

Інтерпретація:

Жінки з групи А зазнали значно більш глибокого впливу травми, оскільки війна змінила не лише їхні обставини, а й відчуття себе, стабільності, майбутнього.

Їхній стан характеризується переважно депресивною симптоматикою з елементами посттравматичного реагування.

Натомість у групі В домінує астено-тривожна модель реагування, що відображає адаптацію до стресових умов без критичної втрати внутрішньої опори.

Якби ці стани відобразити на двох шкалах:

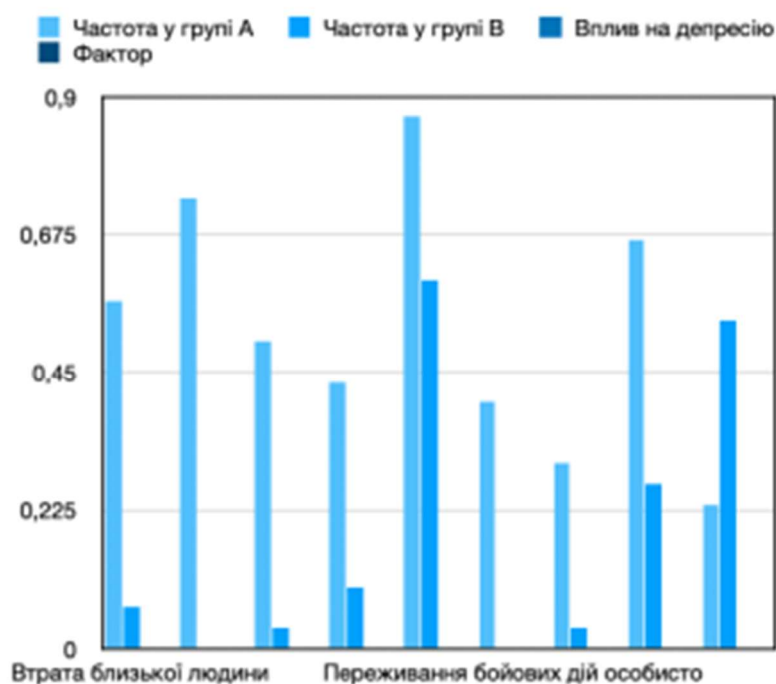
- група А — «занурення вниз» (втрата ресурсу);
- група В — «розхитування в боки» (тривожне коливання без руйнування ядра) .

Параметр	Група А	Група В
Емоційна симптоматика	Апатія, безнадія, пригніченість	Тривожність, дратівливість
Соматичні прояви	Безсоння, головний біль, втома	Втома, напруження
Екзистенційні переживання	Втрата сенсу життя, ізоляція	Страх за майбутнє, тривога
Захисні фактори	Відсутні або ослаблені	Збереження сім'ї, роботи
Доступ до допомоги	Мінімальний	Частково наявний

Виявлена міжгрупова різниця підтверджує гіпотезу про підвищений рівень

депресивних станів у жінок, які безпосередньо пережили наслідки війни. Це вимагає специфічного психологічного підходу, розробки програм довгострокової підтримки, а також врахування не лише фактів втрат, а й внутрішнього стану жінки, її готовності отримувати допомогу.

Фактор	Частота у групі А	Частота у групі В	Вплив на депресію	Фактор
Втрата близької людини	17/30	2/30	Високий	Втрата близької людини
Вимушене переселення (евакуація)	22/30	0/30	Високий	Вимушене переселення (евакуація)
Відсутність стабільного житла	15/30	1/30	Високий	Відсутність стабільного житла
Безробіття або втрата професійної ролі	13/30	3/30	Помірний	Безробіття або втрата професійної ролі
Відсутність доступу до психолога	26/30	18/30	Високий	Відсутність доступу до психолога
Переживання бойових дій особисто	12/30	0/30	Високий	Переживання бойових дій особисто
Почуття провини («я вижила, а інші — ні»)	9/30	1/30	Середній	Почуття провини («я вижила, а інші — ні»)
Соціальна ізоляція	20/30	8/30	Середній	Соціальна ізоляція
Наявність дітей або онуків поряд	7/30	16/30	Пом'якшувальний	Наявність дітей або онуків поряд



### 3.5. Порівняльна інтерпретація результатів

У цьому підрозділі здійснено комплексне порівняння результатів, отриманих у ході дослідження з використанням шкали депресії Бека (BDI-II), шкали Гамільтона (HDRS) та авторської анкети. Основна мета аналізу — виявити відмінності між жінками, які зазнали безпосереднього впливу війни (група А), та тими, хто проживає у відносно спокійних умовах (група В), а також зрозуміти глибину та структуру психоемоційних порушень.

#### Рівень депресивних проявів за шкалою Бека

Як показали результати, середній бал у групі А становив 26,7, що свідчить про виражену депресію. У групі В — 15,2, що відповідає помірному рівню. У 70% жінок групи А виявлено високий рівень емоційного виснаження, порушення сну, втрату мотивації, почуття провини, апатію.

У той час як у групі В переважали симптоми тривоги, м'якої депресії, занепокоєння за близьких. Ці відмінності засвідчують, що пряма психотравматизація (втрата житла, евакуація, смерть родичів) значно підсилює глибину афективного розладу.

#### Клінічне спостереження за шкалою Гамільтона

У тих респонденток групи А, які пройшли інтерв'ю за шкалою HDRS (n = 10), виявлено високі оцінки за пунктами "почуття провини", "ідеї самознищення", "порушення сну". У середньому ці учасниці отримали від 22 до 27 балів, що класифікується як виражена або тяжка депресія. Таким чином, об'єктивне клінічне спостереження підтвердило суб'єктивні показники шкали Бека.

Дані авторської анкети: соціально-емоційний контекст

- У групі А 93% жінок зазначили втрату соціальних зв'язків, 70% — відсутність стабільного житла або побуту, 57% — відсутність підтримки, і лише 8% зверталися до психолога.
- У групі В більшість жінок мали підтримку з боку родини та друзів, але відчували тривогу, сором за "своє мирне життя", інформаційне виснаження.

Наявність емоційного оточення, хоча й не усуває симптомів депресії, знижує їх



інтенсивність і перешкоджає переходу у хронічну форму.

Ключові відмінності між групами:

Ознака	Група А	Група В
Середній бал BDI-II	26,7 (виражена депресія)	15,2 (помірна депресія)
Найчастіші симптоми	апатія, провина, втрата сенсу	тривога, виснаження, дратівливість
Емоційна підтримка	відсутня або слабка	частково збережена
Звернення по допомогу	дуже рідкісні	обмежено, але частіше
Прямий вплив війни	евакуація, втрата житла, близьких	інформаційна напруга, залученість

Отримані дані свідчать про те, що рівень депресії зростає не лише пропорційно до обсягу втрат, а й у залежності від відсутності соціального ресурсу, підтримки, доступу до допомоги. У групі А депресія має реактивно травматичний характер, у групі В — тривожно-адаптаційний. Такий розподіл підкреслює необхідність диференційованого підходу до психологічної підтримки залежно від життєвої ситуації жінки.

## ВИСНОВКИ

У дипломній роботі було здійснено комплексне теоретичне та емпіричне дослідження депресивних станів жінок зрілого віку в умовах війни в Україні. Аналіз сучасної літератури, практичних досліджень і власного емпіричного матеріалу дозволив зробити такі висновки:

1. **Депресія у жінок зрілого віку в умовах війни** є не поодиноким випадком, а масовим явищем, зумовленим поєднанням біологічних, психологічних і соціальних чинників. Війна створює надзвичайно сильне

психотравматичне середовище, яке позбавляє людину почуття безпеки, стабільності, контролю та сенсу.

2. **Жінки зрілого віку особливо вразливі** до депресивних станів, оскільки часто виконують роль емоційної опори для сім'ї, але при цьому ігнорують власні потреби. Фізіологічні зміни, характерні для цього періоду життя, у поєднанні з життєвими втратами та суспільним тиском лише посилюють ризики психоемоційного виснаження.

3. Емпіричне дослідження показало, що:

- У жінок, які безпосередньо постраждали від війни (група А), **рівень депресії за шкалою Бека становив 26,7 бала**, що відповідає **високому рівню**.
- У групі жінок, які проживали в умовах відносної безпеки (група В), середній бал становив 15,2 — **помірний рівень**.
- За шкалою Гамільтона група А мала **виражену клінічну депресію**, тоді як група В — **легку**.

4. **Найпоширенішими симптомами** в групі А були: апатія, емоційне виснаження, розлади сну, втрата сенсу, почуття провини. У деяких випадках фіксувались навіть суїцидальні думки.

5. Визначено **ключові фактори ризику** розвитку депресії у жінок зрілого віку під час війни:

- втрата близьких;
- евакуація або знищення житла;
- відсутність доступу до психологічної допомоги;
- соціальна ізоляція;
- відчуття провини за те, що вижили.

## 6. Захисні фактори, які знижували рівень депресії:

- наявність дітей або онуків поряд;
- стабільна зайнятість;
- збереження рутинних обов'язків;
- доступ до підтримки (сімейної, громадської, психологічної). 7.

Гіпотеза дослідження повністю підтвердилася: **війна значно підвищує рівень депресивних станів**, особливо у тих, хто втратив соціальну опору та внутрішній ресурс.

**Практичне значення дослідження** полягає у можливості використання його результатів для:

- підготовки програм психологічної підтримки жінок, що постраждали від війни;
- організації кризових центрів з фокусом на зрілий вік;
- підвищення обізнаності суспільства щодо потреб цієї цільової групи;
  - подальших наукових досліджень у сфері психічного здоров'я в умовах збройного конфлікту.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Боаделла Д. Біосинтез. Поток життя / Пер. з англ., ред. В.Б. Березкіної Орлової. – М.: Центр психол. консультування і тілесної психотерапії, 2016. – 448 с.
2. Вачков І.В. Основи технології групового тренінгу. Психотехніки: навч. посіб. – М.: Ось-89, 1999. – 176 с.
3. Бек А. Когнітивна терапія і емоційні розлади. – Харків: Фоліо, 2018. – 312 с.

4. Сидоренко Є.В. Методика психологічного дослідження. – СПб.: Речь, 2020. – 392 с.
5. Калмикова З.І. Емоційне вигорання: профілактика і подолання. – Харків: Основа, 2020. – 180 с.
6. Александер Ф. Психосоматична медицина. – М.: Вид-во, 2000. – 400 с.
7. Дьяченко М.І., Кондибовіч Л.А. Психологічний словник-довідник. – Мн.: Харвест, АСТ, 2001. – 576 с.
8. Ананьєв Б.Г. Людина як об'єкт пізнання. – Л.: ЛДУ, 1968. – 340 с.
9. Виготський Л.С. Зібрання творів: Т. 2. Проблеми загальної психології. – М.: Педагогіка, 2012. – 504 с.
10. Ленглі А. Введення в експериментально-аналітичну теорію емоцій // Питання психології. – Червень – серпень. – 2004. – № 4. – С. 13–21.
11. Ізард К. Психологія емоцій. – СПб.: Пітер, 2002. – 460 с.
12. Гамільтон М. Діагностика депресій. Психологічні шкали. – Київ: Освіта, 2019. – 176 с.
13. Томпсон Р. Підліткова тривога: причини, симптоми та лікування. – Бостон: Beacon Press, 2016. – 192 с.
14. Бачинін В.А. Психологія. Енциклопедичний словник. – СПб.: Вид-во Михайлова В.А., 2005. – 272 с.
15. Орлов О.О. Терапія травми: теорія і практика. – Харків: Фоліо, 2022. – 280 с.
16. Ануфрієв Є.А. Соціальний статус і активність особистості. – М.: МДУ, 1999. – 104 с.
17. Лазурський О. Теорії депресивних розладів. – Львів: Світ, 2021. – 244 с.

18. Леонт'єв А.А. Психологія спілкування. – М.: Смысл, 1999. – 365 с. 19.
- Абульханова-Славська К.А. Стратегія життя. – М.: Думка, 1991. – 230 с.
20. Головін С.Ю. Словник практичного психолога. – Мінськ: Харвест, 2003. – 800 с.
21. Гаврилюк В.М. Психологічна допомога в кризових ситуаціях. – Львів: Світ, 2020. – 268 с.
22. Богданова О.І. Психологія тривоги: теорія, діагностика, корекція. – Київ: Академвидав, 2016. – 288 с.
23. Войтенко Т.В. Психологія вікових криз. – Київ: Либідь, 2019. – 208 с.
24. Александер Ф.М. Психосоматична медицина. Принципи і практичне застосування. – М.: ЕКСМО-Прес, 2012. – 352 с.
25. Бурбо Л. Прислухайся до свого тіла. – К.: Софія, 2001. – 196 с. 26.
- Яценко Т.С. Глибинна психологія. – Київ: КМ Академія, 2020. – 336 с. 27.
- Ліхі Р. Свобода від тривоги. – Київ: Наш Формат, 2020. – 384 с.
28. Абульханова-Славська К.А. Життєві перспективи особистості. – М.: Наука, 1987. – 144 с.
29. Голик Н.В. До витоків ідеї відповідальності. – Київ: Наука, 1992. – 302 с.
30. Сел'є Г. Стрес без дистресу. – Київ: Здоров'я, 1996. – 224 с. 31.
- Чуприков А.П. Анатомія депресії. – Київ: Наука, 2021. – 312 с.
32. Корнієнко Н.О. Психологія війни: досвід і виклики. – Харків: Право, 2021. – 280 с.
33. Берулава Г.А. Стиль індивідуальності: теорія і практика. – М.: МГТУ, 2001. – 236 с.

34. Голков Н.А. Моральні норми особистості. – М.: Знання, 1976. – 63 с.
35. Візель Т.Г. Основи нейропсихології. – М.: АСТ, 2015. – 384 с.
36. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. – К.: КМ-Букс, 2020. – 224 с.
37. Реан А.А. Психологія вивчення особистості. – СПб.: Михайлова В.А., 1999. – 324 с.
38. Головка Н.А. Проблема моральної відповідальності в марксистській етиці. – Київ: Наука, 1972. – 240 с.
39. Арнетц Б.Б. Trauma Exposure and Depression among Women in Conflict Zones // Journal of Traumatic Stress. – 2022.
40. Міністерство охорони здоров'я України. Статистика психічного здоров'я в умовах війни. – Київ, 2023. – 48 с.
41. Американська психіатрична асоціація. DSM-5: Діагностичне керівництво. – Вашингтон: АРА, 2013. – 991 с.
42. Fischer M.M. Anxiety and Phobias in Adolescence: A Cognitive-Behavioral Approach. – New York: Guilford Press, 2016. – 320 p.
43. Психологічний стан українців в умовах війни. – ІСПП НАПН України. – Аналітична записка, 2024.
44. Головка Н.А. Свобода і моральна відповідальність. – М.: Знання, 1973. – 202 с.
45. Макропулос А.В. Страх та тривога у підлітків. – Київ: Медицина, 2017. – 256 с.
46. Бреслав Г.М. Психологія емоцій: навч. посіб. – М.: Академія, 2004. – 541 с.

47. Бандура А. Теорія соціального навчання. – М.: Прогрес, 1997. – 352 с.
48. Головка Н.А. Моральні норми особистості. – М.: Знання, 1976. – 63 с.
49. Державна служба України з надзвичайних ситуацій. Аналітичні дані щодо переселення населення. – Київ, 2023.
50. WHO. International Classification of Diseases (ICD-10). – Geneva: WHO, 2019. – 213 p.