

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Психоемоційний стан переміщених осіб та роль комплексного підходу у
подоланні стресових розладів**

Здобувача (ки) 2 курсу МЗ-241 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Психологія забезпечення ментального здоров'я
Ірини ПІДЛІСНЮК
(прізвище та ініціали)

Керівники
Катерина МІЛЮТІНА, д.психол.н., проф.,
Анна КРАЙЛЮК, к.психол.н.
(прізвище та ініціали, вчене звання, науковий ступінь)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 11 від « 22 » червня 2026р.

Зав. кафедри клінічної психології _____ д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології _____ к.психол.н., доц., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ	
ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ.....	11
1.1. Психоемоційний стан особистості як предмет психологічного аналізу.....	11
1.2. Вплив війни та вимушеного переміщення на психічне здоров'я.....	11
1.3. Депресивні розлади в умовах хронічного стресу у переміщених осіб.....	12
1.4. Ангедонія як ключовий симптом депресії.....	14
1.5. Генералізована тривожність у контексті війни та вимушеного переміщення.....	14
1.6. Стресостійкість як адаптаційний ресурс особистості.....	14
1.7. Медикаментозне лікування депресії: роль антидепресантів.....	15
1.8. Соціально-демографічні чинники психоемоційного стану.....	17
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ...	19
2.1. Організація та методи дослідження.....	19
2.2. Характеристика вибірки та інструментарій.....	21
2.3. Результати емпіричного дослідження та їх аналіз.....	25
2.4. Критичний аналіз обмежень проведеного дослідження.....	35
2.5. Порівняльний аналіз груп респондентів за країною проживання.....	38
2.6. Статистичний аналіз достовірності міжгрупових відмінностей та кореляційний аналіз показників.....	40
Висновки до Розділу 2.....	46
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ.....	49
3.1. Рекомендації для осіб з ознаками депресивних реакцій без клінічно підтвердженого діагнозу.....	49
3.2. Рекомендації для осіб з клінічно підтвердженою депресією.....	52
3.3. Рекомендації для подальших наукових досліджень.....	54
3.4. Рекомендації для психологів-практиків та соціальних служб.....	54

Висновки до Розділу 3.....	55
ВИСНОВКИ.....	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	60

АНОТАЦІЯ

Повномасштабне вторгнення рф в Україну у 2022 році спричинило масове переміщення населення та суттєво вплинуло на психічне здоров'я осіб. Вимушене переселення, втрата звичного способу життя, соціальних зв'язків і почуття небезпеки призвели до зростання депресивних і тривожних проявів, а також до зниження стресостійкості.

Роботу присвячено дослідженню психоемоційного стану переміщених осіб після початку повномасштабного вторгнення 2022 року та аналіз ролі антидепресантів у подоланні депресивних і стресових розладів. У роботі використано кількісний емпіричний підхід із застосуванням стандартизованих методик PHQ-9, GAD-7, шкали психологічної стресостійкості та авторського блоку запитань щодо ангедонії, емоційної порожнечі та суб'єктивної ефективності антидепресантів. Вибірка склала 42 особи після очищення даних, переважно з Німеччини. Поглиблений статистичний аналіз включав U-критерій Манна-Вітні, кореляційний аналіз за ρ Спірмена, критерій χ^2 Пірсона та оцінку розміру ефекту Cohen's d.

Висновком дослідження є те, що психоемоційний стан українських вимушено переміщених осіб формується на перетині індивідуальної депресивної та тривожної симптоматики, постміграційного соціального контексту та доступності фахової психологічної допомоги, а отже потребує комплексного диференційованого підходу, який поєднує психосоціальні інтервенції, формування нових соціальних зв'язків, фізичну активність, психоосвітні програми та - за необхідності - медикаментозну терапію антидепресантами як допоміжний, а не єдиний засіб впливу.

КЛЮЧОВІ СЛОВА

Війна, переміщені особи, психоемоційний стан, депресія, тривожність, стресостійкість, антидепресанти, ангедонія, ефективність антидепресантної терапії.

ВСТУП

Актуальність дослідження. Повномасштабна військова агресія рф проти України, що розпочалася у лютому 2022 року, створила безпрецедентні умови хронічного стресу для цивільного населення. Мільйони українців були змушені залишити свої домівки, змінити місце проживання чи країну перебування, втратити звичні соціальні ролі, професійну ідентичність та відчуття життєвої стабільності. Вимушене переміщення стало не лише соціально-економічною проблемою, а й серйозним психологічним викликом, який суттєво вплинув на психоемоційний стан українців.

Сучасні дослідження свідчать про значне зростання рівня депресивних і тривожних симптомів серед вимушено переміщених осіб, в тому числі тих, що проживають за кордоном, а також про поширеність емоційного виснаження та зниження стресостійкості в умовах тривалої невизначеності (Kurapov et al., 2023; World Health Organization, 2022). При цьому особливу увагу привертає феномен ангедонії - втрати здатності відчувати задоволення, а також суб'єктивне відчуття емоційної порожнечі, які часто описуються як центральні симптоми депресивних станів у людей, що втратили звичний спосіб життя.

Водночас депресивні прояви у переміщених осіб формуються не лише під впливом безпосереднього травматичного досвіду війни, а й унаслідок постміграційних факторів, до яких належать соціальна ізоляція, економічна нестабільність, труднощі з працевлаштуванням, втрата професійної реалізації та обмежені можливості контролю власного життя. Дослідження показують, що саме ці фактори можуть підтримувати або посилювати депресивні симптоми, в тому числі за відсутності активних бойових дій (World Health Organization, 2019; Walther et al., 2020).

Особливої уваги заслуговує питання медикаментозної терапії депресії в контексті вимушеного переміщення населення. Попри поширеність антидепресантів як основного інструменту лікування депресивних розладів, доступ до психіатричної допомоги для біженців та переміщених осіб часто є

нерівномірним. Мовні бар'єри, складні бюрократичні процедури, фінансові обмеження та недостатня поінформованість про систему охорони здоров'я країни тимчасового проживання значно ускладнюють можливість отримання своєчасної та якісної допомоги. У багатьох випадках психотерапія є недоступною або недосяжною, тоді як медикаментозне лікування може призначатися як єдиний доступний варіант підтримки.

Саме це зумовлює важливе практичне й наукове запитання: чи є ефективними антидепресанти для біженців та переміщених осіб у реальних умовах життя, коли немає системного психотерапевтичного супроводу, а хронічний соціальний стрес зберігається? Було встановлено (Breedvelt et al., 2020), що найкращих результатів у лікуванні депресії можна досягти за умови поєднання медикаментозної терапії з психотерапевтичною допомогою, тоді як лише фармакотерапія без належного опрацювання психологічних і соціальних чинників має обмежену ефективність.

У контексті вимушеного переміщення осіб зазначене питання набуває особливої наукової та практичної значущості. При цьому додатковим ускладнюючим чинником є поширена стигматизація психіатричного лікування, унаслідок якої частина осіб із депресивною симптоматикою свідомо утримується від звернення по медикаментозну допомогу через страх формування залежності, побоювання змін особистісних характеристик чи загалом негативне ставлення до антидепресантів.

Тому ціллю даного дослідження було провести порівняльний аналіз психоемоційного стану біженців, що виїхали за межі України через російсько-українську війну, в залежності від наявності депресивної симптоматики і досвіду медикаментозного лікування. У межах дослідження всіх його учасників було умовно поділено на три групи. До першої групи було віднесено осіб, які не демонструють депресивних симптомів за результатами скринінгової шкали PHQ-9, і стан яких можна охарактеризувати як відносно психологічно стабільний. До другої умовної групи було віднесено респондентів, що мають депресивні симптоми, проте не приймали антидепресанти. Ця

категорія є особливо значущою, оскільки може відображати як осіб з недіагнованим депресивним станом, так і тих, хто або не має доступу до лікування, або ж свідомо відмовляється від нього. До третьої групи було віднесено осіб, які мають депресивні симптоми, і які приймають антидепресанти, що дозволяє оцінити можливі відмінності у психоемоційному стані, рівні тривожності та стресостійкості залежно від факту фармакологічного втручання.

Використання запропонованого підходу надає можливість оцінити рівень депресивних проявів і проаналізувати, чи впливає прийом антидепресантів на суб'єктивне покращення психоемоційного стану, зокрема, чи призводить медикаментозне лікування до зменшення ангедонії, емоційної порожнечі та тривожності.

Запропонований метод порівняльного аналізу психологічного стану респондентів, що їх було умовно віднесено до трьох досліджуваних груп за рівнем депресивної симптоматики та фактом медикаментозного лікування, дозволить розуміти психологічні наслідки вимушеного переміщення населення, спричиненого російсько-українською війною. Результати опитування та їх аналіз дають можливість перейти від суто описового підходу явища до диференційованого аналізу психоемоційного стану переміщених осіб, і створюють підґрунтя для формування більш точних рекомендацій щодо психологічної та психіатричної допомоги населенню у кризових умовах, спричинених війною.

Актуальність теми зумовлена потребою у більш глибокому диференційованому дослідженні взаємозв'язків між рівнем депресивної симптоматики, тривожності, психоемоційного напруження та стресостійкості біженців та вимушено переміщених осіб, а також можливого зв'язку цих факторів з прийомом антидепресантів.

Об'єктом дослідження виступає **психоемоційний стан переміщених осіб.**

Предметом дослідження є рівні депресивних симптомів, тривожності, стресостійкості та роль антидепресантів у подоланні стресових розладів у переміщених осіб.

Метою дослідження є дослідити психоемоційний стан переміщених осіб після початку повномасштабного вторгнення РФ в Україну в 2022 році та визначити роль антидепресантів у подоланні депресивних і стресових розладів.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння депресії, тривожності та стресостійкості переміщених внаслідок війни осіб.
2. Дослідити рівні депресивних симптомів, тривожності та стресостійкості.
3. Виявити відмінності між виділеними групами респондентів залежно від соціально-демографічних чинників, наявності депресивного стану та прийому антидепресантів.
4. Проаналізувати зв'язок між прийомом антидепресантів і суб'єктивним відчуттям покращення психоемоційного стану.

Методи дослідження

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять сучасні концепції психічного здоров'я у популяціях біженців та вимушено переміщених осіб, концепція «втрачених зв'язків» як соціально-психологічної основи депресії, концепція стресостійкості як адаптаційного ресурсу в умовах хронічного стресу.

У дослідженні застосовано кількісний емпіричний підхід, що дозволяє об'єктивно оцінити психоемоційний стан респондентів. Основним методом збору емпіричних даних було анкетування Google Forms з використанням стандартизованих психодіагностичних методик.

Для оцінки депресивної симптоматики використано шкалу PHQ-9, яка є скринінговим інструментом для виявлення депресивних станів різного ступеня вираженості. Рівень тривожності досліджувався за допомогою шкали GAD-7, що дозволяє оцінити інтенсивність генералізованої тривоги. Для вимірювання

адаптаційних ресурсів та здатності до подолання стресу застосовано шкалу стресостійкості (Карамушка, 2022).

Додатково до опитувальника було включено авторський блок запитань, спрямований на дослідження ангедонії, емоційної порожнечі, суб'єктивної ефективності антидепресантів та можливих побічних ефектів; відповіді за цим блоком інтерпретуються як самозвітні показники суб'єктивного досвіду, а не як діагностичні критерії.

Методологічну базу дослідження утворюють непараметричні методи статистичного аналізу - U-критерій Манна-Вітні, коефіцієнт рангової кореляції ρ Спірмена, критерій χ^2 Пірсона.

Збір даних було здійснено анонімно та на добровільній основі, з дотриманням етичних принципів психологічних досліджень.

Характеристика вибірки

У дослідженні взяли участь повнолітні респонденти з України, які вимушено стали біженцями внаслідок російсько-української війни, починаючи з 2022 року і наразі тимчасово проживають за кордоном. Вибірка включала осіб різної статі, віку та соціального статусу, що забезпечує різноманітність соціально-демографічних характеристик. У межах вибірки було умовно сформовано три групи осіб в залежності від наявності у них депресивних симптомів та досвіду медикаментозного лікування. Такий поділ дозволив порівняти психоемоційний стан респондентів в залежності від клінічних особливостей та наявності терапевтичного лікування. Загальний обсяг вибірки ($N=50$) є прийнятним для описового аналізу та первинних порівнянь між групами, однак результати слід інтерпретувати з урахуванням певних обмежень узагальнення.

Дослідницькі питання

Перше дослідницьке питання стосується визначення рівнів депресивних симптомів, тривожності та стресостійкості у переміщених осіб.

Друге дослідницьке питання спрямоване на з'ясування, чи існують відмінності в інтенсивності депресивних симптомів, тривожності та стресостійкості між трьома умовними групами респондентів.

Третє дослідницьке питання полягає у перевірці, чи пов'язаний прийом антидепресантів із суб'єктивним покращенням психоемоційного стану, зокрема зі зменшенням проявів ангедонії та емоційної порожнечі.

Четверте дослідницьке питання стосується аналізу того, як демографічні чинники впливають на рівень депресії, тривожності та стресостійкості.

Теоретична значущість роботи полягає у розширенні наукових уявлень про психоемоційний стан переміщених осіб, поглибленні розуміння механізмів дії антидепресантної терапії у кризових умовах, а також уточненні ролі факторів адаптації та соціальної підтримки у формуванні траєкторії психічного здоров'я.

Практична значущість дослідження визначається можливістю використання отриманих результатів у розробці клінічних протоколів та рекомендацій щодо надання психіатричної допомоги переміщеним особам, обґрунтуванні необхідності розширення доступу до антидепресантної терапії, розробці програм психоосвіти та підтримки прихильності до лікування. Результати дослідження можуть бути корисними для психіатрів, психологів, соціальних працівників та громадських організацій, які працюють з українськими біженцями та переміщеними особами в Україні та за кордоном.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

1.1. Психоемоційний стан особистості як предмет психологічного аналізу

Психоемоційний стан людини є одним із ключових показників її психічного здоров'я та загального психологічного благополуччя. У сучасній психології психоемоційний стан розглядається як динамічна система емоційних, когнітивних і поведінкових реакцій особистості, які виникають у відповідь на зовнішні та внутрішні стимули. До його структури входять емоційний фон, рівень тривожності, здатність до саморегуляції, відчуття життєвої задоволеності та можливість суб'єктивного контролю над подіями власного життя.

Згідно з підходами позитивної психології, психоемоційний стан не обмежується лише відсутністю психопатології, а включає здатність людини ефективно адаптуватися до складних життєвих обставин, зберігати внутрішню рівновагу та відчувати задоволення від життя (Seligman, 2011). Водночас у ситуаціях тривалого стресу, таких як війна, вимушене переміщення чи втрата безпеки, психоемоційний стан особистості може зазнавати суттєвих порушень.

У контексті воєнних подій психоемоційний стан цивільного населення часто характеризується підвищеним рівнем напруження, тривоги, депресивних переживань та емоційного виснаження. Ці прояви є закономірною реакцією психіки на загрозу життю, втрату стабільності та порушення базових потреб безпеки (World Health Organization, 2022).

1.2. Вплив війни та вимушеного переміщення на психічне здоров'я

Війна є одним із найпотужніших стресогенних чинників, що впливають на психічне здоров'я людини. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 20-25 % осіб, які пережили воєнні конфлікти, мають клінічно значущі психічні розлади, зокрема депресію, тривожні розлади та посттравматичний стресовий розлад (World Health Organization, 2019).

Вимушене переміщення значно посилює загальний негативний психологічний вплив від війни. Переміщені особи стикаються не лише з травматичними подіями минулого, а й із тривалим стресом, пов'язаним з адаптацією до нових умов життя. При цьому до основних стресових факторів належать:

- втрата житла та матеріальних ресурсів;
- розрив соціальних і сімейних зв'язків;
- невизначеність майбутнього;
- зниження соціального статусу;
- мовні, культурні та професійні труднощі.

Українські дослідники зазначають, що для осіб із досвідом вимушеного переміщення (як внутрішнього, так і зовнішнього) характерними є почуття безпорадності, зниження самооцінки, хронічна тривога та депресивні переживання (Карамушка, 2022). Особливо вразливими є жінки, особи, що мають дітей та люди похилого віку.

1.3. Депресивні розлади в умовах хронічного стресу у переміщених осіб

Насьогодні депресія є одним із найбільш поширених психічних розладів, що характеризується стійким зниженням настрою, втратою інтересу до раніше значущих видів діяльності, порушенням сну та апетиту, зниженням енергетичного стану, певними труднощами з концентрацією уваги та негативними уявленнями про себе і майбутнє.

У вимушено переміщених осіб депресивні розлади часто зумовлені не лише безпосереднім впливом військових дій, але й втратою стабільного, передбачуваного способу життя, що існував до переміщення. Досвід втрати дому, соціального оточення, професійної ідентичності та звичних життєвих ролей створює умови тривалого психоемоційного напруження, що підвищує ризик розвитку депресивних симптомів (World Health Organization, 2019). За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, біженці та вимушено

переміщені особи демонструють вищий рівень депресивного стану порівнюючи з населенням приймаючих країн, причому вирішальну роль у цьому відіграють не лише попередні травматичні події, а й постміграційні стресори (World Health Organization, 2022). Слід відмітити, що результати масштабного популяційного дослідження біженців у Німеччині (Walther et al., 2020), показали, що майже половина опитаних біженців мала легкі, помірні чи тяжкі симптоми психологічного дистресу, включаючи депресію та тривожність. Дослідження засвідчило, що ці прояви були пов'язані з такими факторами інтеграції у суспільстві приймаючої країни, як доступ до працевлаштування та участь у навчальних програмах. Особливе значення серед постміграційних стресорів має відсутність стабільної зайнятості, неможливість реалізувати набуті раніше професійні навички в новій приймаючій країні. Ці фактори негативно впливають на загальну самооцінку, знижують відчуття контролю над власним життям та ускладнюють процес соціальної інтеграції. Результати емпіричних досліджень стану біженців в Європі (Walther et al., 2020) підтверджують, що безробіття та економічна нестабільність тісно пов'язані з підвищеним рівнем депресивних і тривожних симптомів, тоді як участь у трудовій діяльності може виступати захисним чинником психічного здоров'я та сприяти адаптації в новому соціальному середовищі. Таким чином, депресивні розлади у біженців мають комплексний характер і формуються за рахунок втрати стабільного життєвого середовища, соціально-економічної невизначеності та труднощів, пов'язаних з інтеграцією у приймаючому суспільстві.

У клінічній та дослідницькій практиці для скринінгу депресивних симптомів досить широко використовується опитувальник PHQ-9, який дозволяє оцінити вираженість основних симптомів депресії відповідно до діагностичних критеріїв DSM-5 (Kroenke et al., 2001).

1.4. Ангедонія як ключовий симптом депресії

Ангедонія - це втрата здатності відчувати задоволення від діяльності, яка раніше приносила радість. У сучасній психіатрії та клінічній психології

ангедонія вважається одним із центральних симптомів депресивних розладів, оскільки вона негативно впливає на мотивацію, соціальну активність та якість життя людини.

У переміщених осіб ангедонія може бути пов'язана не лише з депресією, а й із загальним емоційним виснаженням, переживанням втрат та тривалою відсутністю позитивних емоційних стимулів. Дослідження показують, що ангедонія часто зберігається навіть після зниження інших депресивних симптомів, що ускладнює сам процес відновлення (Treadway & Zald, 2011).

1.5. Генералізована тривожність у контексті війни та вимушеного переміщення

Генералізований тривожний розлад характеризується надмірним і неконтрольованим занепокоєнням, пов'язаним із різними аспектами життя. При цьому у переміщених осіб тривожність часто має хронічний характер, що пов'язано з постійною фінансовою нестабільністю та загальною невизначеністю майбутнього. Для оцінки рівня тривожності запропоновано використовувати шкалу GAD-7 (Spitzer et al., 2006), яка є валідизованим інструментом і досить часто використовується у дослідженнях психічного здоров'я в кризових умовах.

1.6. Стресостійкість як адаптаційний ресурс особистості

Стресостійкість розглядається як здатність людини зберігати психологічну рівновагу та ефективно функціонувати в умовах тривалого стресу й підвищеного психоемоційного навантаження. У психологічних дослідженнях стресостійкість трактується як інтегральний адаптаційний ресурс, що забезпечує збереження психічного здоров'я та підтримку життєвої активності в кризових ситуаціях.

У межах даного дослідження стресостійкість розуміється відповідно до концептуалізації стресостійкості, представленої у працях Л. М. Карамушки, та оцінюється за допомогою опитувальника психологічної стресостійкості,

розробленого цією авторкою. Згідно з даним підходом, стресостійкість включає такі ключові компоненти, як емоційна стабільність, когнітивна гнучкість, здатність до саморегуляції та ефективне використання внутрішніх психологічних ресурсів. Саме поєднання цих компонентів визначає здатність особистості адаптуватися до складних життєвих обставин і протистояти негативному впливу хронічного стресу.

В умовах вимушеного переміщення стресостійкість набуває особливої значущості, оскільки дозволяє частково компенсувати втрату зовнішніх ресурсів, таких як стабільне житло, робота та соціальна підтримка. Вищий рівень стресостійкості відповідає кращій психологічній адаптації, нижчому рівню депресивних і тривожних симптомів, і відповідно, дозволяє більш ефективно подолати життєві труднощі. Тому оцінка стресостійкості, проведена в даному дослідженні, є важливою складовою комплексного аналізу психоемоційного стану переміщених осіб.

1.7. Медикаментозне лікування депресії: роль антидепресантів

У межах сучасних біопсихосоціальних моделей депресії антидепресанти розглядаються як засіб впливу переважно на біологічний рівень афективних розладів, зокрема на порушення функціонування нейромедіаторних систем мозку. Нейробіологічні теорії пояснюють дію антидепресантів як модифікацію серотонінової, норадреналінової та дофамінової передачі, що сприяє зменшенню інтенсивності негативного афекту та стабілізації емоційного стану (Stahl, 2013). Однак у теоретичному вимірі такий підхід охоплює лише одну складову депресивного переживання та не враховує ширший психологічний і соціальний контекст.

З позицій когнітивних і психодинамічних теорій депресія пов'язана не лише з емоційними порушеннями, а й зі втратою смислів, порушенням базових потреб та почуттям відчуження. У цьому контексті важливим є підхід, запропонований Й. Гарі, який у межах концепції втрачених зв'язків розглядає депресію як наслідок розриву ключових зв'язків людини з роботою, соціальним

середовищем, спільнотою, втратою відчуття контролю над життям і життєвих цінностей (Hari, 2018). Згідно з цим підходом, медикаментозне лікування може зменшувати інтенсивність симптомів, проте не усуває соціальні та екзистенційні причини депресії.

Ці теоретичні положення є особливо релевантними для осіб, які пережили вимушене переміщення. Втрата дому, звичного соціального кола, професійної ідентичності та стабільного життєвого укладу створює умови хронічного стресу та соціального відчуження, які, за концепцією втрачених зв'язків, можуть виступати центральними детермінантами депресивних станів (Hari, 2018). У такій ситуації антидепресанти можуть знижувати рівень пригніченості чи тривожності, проте не можуть відновлювати порушені соціальні зв'язки, відчуття сенсу та суб'єктивної значущості життя.

Водночас феномен ангедонії розглядається як симптом, менш чутливий до фармакологічного впливу. Дослідження свідчать, що навіть за умов зменшення депресивної симптоматики пацієнти все ж продовжують відчувати емоційну порожнечу та втрату здатності до задоволення життям (Treadway & Zald, 2011). У контексті концепції Гарі це пояснюється тим, що фармакологічне втручання не може відновити втрачені джерела радості, пов'язані з діяльністю, взаєминами та відчуттям приналежності до певної соціальної групи.

Сучасні теоретичні та емпіричні моделі лікування депресії підкреслюють ефективність комбінованого підходу, який поєднує медикаментозне лікування з психотерапією. Мета-аналізи демонструють, що проведення психотерапії у поєднанні з фармакологічним лікуванням підвищує загальну ефективність відновлення, при цьому забезпечуючи досягнення більш стійких результатів (Cuijpers et al., 2014). З теоретичної точки зору це пояснюється тим, що психотерапія дозволяє працювати з когнітивними схемами, емоційним досвідом і соціальними зв'язками, тоді як антидепресанти знижують в цілому симптоматичний тиск, створюючи умови для психологічної роботи.

Таким чином, у теоретичному контексті вживання антидепресантів доцільно розглядати як важливий, але не самодостатній компонент допомоги

при депресії. Зокрема, слід відмітити, що ефективність медикаментозного лікування в умовах вимушеного переміщення та хронічного соціального стресу значною мірою залежить від можливості відновлення втрачених зв'язків, соціальної підтримки та психологічного опрацювання досвіду втрати.

1.8. Соціально-демографічні чинники психоемоційного стану

Психоемоційний стан переміщених осіб формується під впливом не лише індивідуальних психологічних особливостей і пережитого травматичного досвіду, але й широкого кола соціально-демографічних чинників. У межах біопсихосоціального підходу вік, стать, соціальний статус, сімейний стан та умови проживання розглядаються як важливі модератори психічного здоров'я, які можуть як підсилювати, так і пом'якшувати наслідки хронічного стресу та вимушеного переміщення (World Health Organization, 2019).

Проведені дослідження свідчать, що різні вікові групи по різному реагують на переміщення до іншої країни. Молоді люди частіше демонструють підвищений рівень тривожності, що пов'язується з кризою життєвого самовизначення, нестабільністю професійних перспектив та відсутністю сформованих адаптаційних стратегій. Особи середнього віку, навпаки, зазнають значного емоційного навантаження через відповідальність за сім'ю, дітей та фінансове забезпечення, тоді як старші люди частіше стикаються з виснаженням адаптаційних ресурсів і труднощами пристосування до нових соціальних умов (Kurapov et al., 2023; Steel et al., 2009).

Гендер також відіграє суттєву роль у формуванні психоемоційного стану. Серед переміщених осіб жінки частіше повідомляють про депресивні та тривожні симптоми, що пов'язується як із біологічними факторами, так і з соціальними ролями, зокрема підвищеним навантаженням у сфері догляду за дітьми та родиною в умовах, що змінилися внаслідок війни. Водночас чоловіки можуть рідше звертатися по психологічну допомогу через соціальні норми та стигматизацію, що може призводити до прихованого перебігу психоемоційних

порушень (World Health Organization, 2022; Steel et al., 2009).

Соціально-економічні чинники, зокрема наявність роботи, стабільного доходу та можливості професійної реалізації, мають вирішальне значення для психічного здоров'я переміщених осіб. Втрата соціального статусу та вимушене безробіття в країні перебування асоціюються з підвищеним ризиком депресивних і тривожних розладів, зниженням самооцінки та відчуттям втрати контролю над життям. Натомість залучення до трудової діяльності або навчання виступає важливим захисним чинником, що сприяє відновленню почуття значущості та психологічної стабільності (Walther et al., 2020; Hari, 2018).

Сімейний стан також впливає на психоемоційний стан переміщених осіб. Особи з дітьми часто переживають підвищене емоційне напруження, пов'язане з відповідальністю за безпеку та благополуччя родини, адаптацією дітей до нових умов та поєднанням батьківських і соціально-економічних ролей. Водночас наявність підтримувальних сімейних стосунків може виконувати захисну функцію, зменшуючи відчуття самотності та сприяючи кращій психологічній адаптації (World Health Organization, 2019).

Важливим чинником є також країна проживання та рівень соціальної інтеграції у приймаючому суспільстві. Доступ до соціальних послуг, системи охорони здоров'я, мовної підтримки та програм інтеграції значною мірою визначає психоемоційний стан переміщених осіб. Дослідження показують, що сприятливі умови інтеграції асоціюються з нижчим рівнем депресивних і тривожних симптомів, тоді як соціальна ізоляція та дискримінація підвищують ризик психічних порушень (Walther et al., 2020; World Health Organization, 2022).

Таким чином, соціально-демографічні чинники відіграють ключову роль у формуванні психоемоційного стану переміщених осіб і мають бути враховані при аналізі депресивних і тривожних симптомів, рівня стресостійкості та оцінці ефективності психологічної й медикаментозної допомоги. Саме комплексний урахування цих факторів дозволяє краще зрозуміти індивідуальні відмінності у переживанні вимушеного переміщення та адаптації до нових умов життя.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ

2.1. Організація та методи дослідження

Етап I. Загальна логіка та етапи організації емпіричного дослідження

На підготовчому етапі було здійснено аналіз сучасних українських і англомовних джерел, присвячених психоемоційному стану переміщених осіб у контексті війни, поширеності депресивних і тривожних проявів, феномену ангедонії, а також ролі стресостійкості як адаптаційного ресурсу. На основі теоретичного огляду були уточнені мета, завдання, дослідницькі питання та сформульовані гіпотези щодо відмінностей між групами респондентів залежно від рівня депресивної симптоматики та факту прийому антидепресантів. Окремо було визначено ключові змінні, через які операціоналізуються заявлені конструкти: рівень депресії, тривожності, стресостійкості, суб'єктивні прояви ангедонії та емоційної порожнечі, а також соціально-демографічні та міграційні характеристики (вік, країна перебування, тривалість переміщення, зайнятість, сімейний і батьківський статус).

Наступним кроком стала побудова емпіричного дизайну та підготовка онлайн-опитувальника. Опитувальник було структуровано за блоками: 1) соціально-демографічні характеристики; 2) дані про переміщення та умови адаптації; 3) стандартизовані психодіагностичні методики (PHQ-9, GAD-7, опитувальник психологічної стресостійкості); 4) авторський блок запитань, спрямований на оцінку ангедонії, емоційної порожнечі, досвіду прийому антидепресантів, суб'єктивної оцінки їх ефективності та можливих побічних ефектів. Формулювання запитань та логіка їх розміщення добиралися так, щоб зменшити респонс-упередження, забезпечити зрозумілість для цільової групи та уникнути надмірної емоційної провокативності в питаннях про психічний стан.

Завершальним етапом організації стала підготовка масиву даних до аналізу: первинна перевірка повноти відповідей, кодування змінних, очищення

даних від некоректних або суперечливих відповідей, а також застосування критеріїв включення/виключення. Зокрема, до аналізу включалися лише повнолітні респонденти з досвідом вимушеного переміщення після 24 лютого 2022 року. Додатково було враховано логічне обмеження щодо тривалості переміщення (вона не могла перевищувати періоду від початку повномасштабного вторгнення), що дозволило відсіяти частину анкет із некоректно зазначеним часом.

Етап II. Організація онлайн-опитування та процедура збору емпіричних даних

Емпіричне дослідження було організовано у форматі онлайн-опитування Google Forms, що забезпечило доступність участі для переміщених осіб, які проживають у різних країнах. Збір даних здійснювався анонімно та добровільно; перед початком заповнення анкети респондентам надавався інформаційний блок із коротким поясненням мети дослідження, умов участі, принципів конфіденційності та права припинити участь у будь-який момент без пояснення причин.

Перший блок анкети містив соціально-демографічні питання: стать, вік, країна проживання, тривалість переміщення, соціальний статус, сімейний та батьківський статус. Другий блок уточнював дані, релевантні саме до дослідницької логіки: наявність офіційного діагнозу депресії, факт прийому антидепресантів і тривалість курсу (з подальшою перевіркою коректності назв препаратів і виключенням відповідей, що не відповідають критерію антидепресант). Також фіксувався досвід психотерапії, оскільки він є потенційним фактором, що впливає на психоемоційний стан.

Етап III. Методи статистичної обробки та інтерпретації результатів

Статистична обробка емпіричних даних була спрямована на перевірку гіпотез та отримання цілісного уявлення про психоемоційний стан переміщених

осіб. На першому етапі застосовувалася описова статистика для характеристики вибірки та базових показників: частотні розподіли за рівнями депресії (PHQ-9), тривожності (GAD-7) і стресостійкості, а також за соціально-демографічними змінними.

На наступному етапі здійснювався порівняльний аналіз між групами. Порівнювалися середні показники та варіативність депресії, тривожності й стресостійкості. Окремо аналізувалися суб'єктивні показники ангедонії та емоційної порожнечі, що є важливою частиною дослідницької логіки, адже ці явища можуть зберігатися навіть за часткового зменшення інших симптомів.

Також було проведено аналіз впливу соціально-демографічних чинників (вік, зайнятість, сімейний/батьківський статус, країна перебування) на рівні депресивних і тривожних проявів та стресостійкості. Для інтерпретації враховувалися можливі обмеження онлайн-формату, нерівномірність підгруп та специфіка самозвіту (зокрема у питаннях про діагноз, прийом препаратів, ефективність та побічні ефекти).

Сукупність описових, порівняльних і групових процедур дозволила узгодити результати з висунутими гіпотезами та сформулювати підґрунтя для подальших висновків щодо ролі антидепресантів і соціально-демографічних факторів у психоемоційному стані переміщених осіб.

2.2. Характеристика вибірки та інструментарій

Опитування було заповнено 50 респондентами: з Німеччини ($n = 41$), Нідерландів ($n = 3$), Франції ($n = 1$), Іспанії ($n = 1$), Португалії ($n = 1$), США ($n = 1$) та Чехії ($n = 1$). 1 респондент не вказав країну поточного проживання.

Кожен респондент буде далі позначатися як R.No, наприклад R.2. Оцінено на відповідність критеріям: $n = 50$

Таблиця 2.1

Жінки	Чоловіки	Вік	Переїхали після повномасштабного вторгнення в 2022 році

		Мін.	Макс.	Так	Ні
41	9	20	65	47	3

Чехія: n = 1, Франція: n = 1, Німеччина: n = 41, Нідерланди: n = 3, Португалія: n = 1, Іспанія: n = 1, США: n = 1, Не вказано: n = 1

Критерії придатності: опитування зосереджено на респондентах, які переїхали з України після початку повномасштабного вторгнення 2022 року. Виключені на підставі відповідей респондентів: n = 3 (R.5, R.28 та R.33)

Оскільки вторгнення розпочалося 24 лютого 2022 року, тривалість вимушеного переміщення, спричиненого вторгненням, не може перевищувати 45 місяців. Тому ще 5 респондентів було виключено. Виключені на підставі невідповідності тривалості переміщення: n = 5 (R.2, R.11, R.23, R.41 та R.47). 2 респонденти (R.24 та R.37) не вказали одиниці виміру (роки або місяці), проте вони були залишені для подальшого аналізу, оскільки тривалість все одно є коротшою, ніж від початку повномасштабного вторгнення.

Таблиця 2.2

Жінки	Чоловіки	Вік		Тривалість переміщення	
		Мін.	Макс.	Мін.	Макс.
34	8	20	65	9 мо	45 мо

Чехія: n = 0, Франція: n = 1, Німеччина: n = 36, Нідерланди: n = 2, Португалія: n = 1, Іспанія: n = 0, США: n = 1, Не вказано: n = 1

Соціальний статус

Відповіді респондентів охоплювали 8 категорій, таких як Безробітний, Повна зайнятість, Неповна зайнятість, Студент, Пенсіонер, Інтеграційні мовні курси, Активний пошук роботи, Тимчасово не працює.

Враховуючи “соціалізацію” як тестовий фактор, категорії були згруповані за:

Таблиця 2.3

Категорія	Кількість респондентів	Класифікація	Причина
	в		

Безробітний	20	Безробітний (n = 22)	
Пенсіонер	1		
Інтеграційні мовні курси	1		R.43 - 42 mo
Повна зайнятість	10	Зайнятість (n = 20)	
Неповна зайнятість	5		
Студент	3		
Тимчасово не працює	1		R.8 - 45 mo
Активний пошук роботи	1		R.25 - 42 mo

Сімейний стан

Відповіді респондентів охоплювали 4 категорії, такі як Неодружений/незаміжня (n=11), У стосунках (n=5), Одружений/заміжня (n=22) та Розлучений/розлучена (n=4).

Батьківський статус

20 респондентів мають дітей; 22 респонденти не мають дітей.

З 20 респондентів 10 мають 1 дитину, 6 - двох дітей, а 4 - ≥ 3 .

Депресія

Відповіді респондентів охоплювали 3 категорії, такі як “Так” (n=10), “Ні” (n=27) та “Не впевнений” (n=5). Оскільки питання стосувалося медичного діагнозу депресії, відповідь “не впевнений” не могла бути інтерпретована як позитивна (так) і тому була перекласифікована як ні.

Таким чином, результати опитування такі:

Діагностовано депресію: n = 10

Не діагностовано депресію: n = 32

Крім того, варто зазначити, що з 10 респондентів, яким офіційно діагностували депресію, 4 респонденти (R.6, R.21, R.40 та R.50) не приймають антидепресанти.

Прийом антидепресантів

Відповіді респондентів охоплювали 2 категорії: “Так” (n=8) і “Ні” (n=34).

Однак, враховуючи наступні питання щодо назви ліків та тривалості лікування, відповіді на питання про прийом антидепресантів були переглянуті. Зокрема, R.22 назвав “Валеріану”, яка не класифікується як антидепресант і може бути придбана без рецепта. Аналогічно, R.36 згадав “алкоголь”, який також офіційно не класифікується як антидепресант.

На відміну від цього, R.40, який відповів “Ні” на питання про прийом антидепресантів, вказав, що пройшов курс лікування тривалістю 2-6 тижнів. Аналогічно, R.6 вказав назву прийнятого антидепресанту “Есциталопрам”, не відповівши ствердно на перше питання і не згадавши про тривалість лікування цим препаратом. Можливо, респонденту лише призначили цей препарат.

Отже, результати опитування такі:

Приймають антидепресанти: $n = 6$

Не приймають антидепресанти: $n = 36$

Щодо тривалості курсу прийому антидепресантів, було 5 категорій:

0 - $n = 33$

2-6 тижнів - $n = 2$

1-3 місяці - $n = 1$

3-6 місяців - $n = 1$

> 6 місяців - $n = 5$

Після застосування вищезазначеного очищення даних:

0 - $n = 36$

2-6 тижнів - $n = 1$

1-3 місяці - $n = 0$

3-6 місяців - $n = 1$

> 6 місяців - $n = 4$

Психотерапія

Відповіді респондентів охоплювали 2 категорії: “Так” ($n = 12$) і “Ні” ($n = 30$). Лише двоє респондентів (R.9 і R.15) проходили як курс антидепресантів, так і психотерапію.

2.3 Результати емпіричного дослідження та їх аналіз

Інтерпретація результатів PHQ-9

0-4 - мінімальні симптоми; 5-9 - легка депресія; 10-14 - помірна депресія; 15-19 - помірна тяжка депресія; 20-27 - тяжка депресія

Інтерпретація результатів GAD-7

0-4 - мінімальний рівень тривожності; 5-9 - легка тривожність, 10-14 - помірна тривожність; 15-21 - сильна тривожність

Інтерпретація результатів стресостійкості

12-24 - знижена, 24-48 - помірна, 48-60 - висока

Інтерпретація результатів блоку автора

Анедонія - 1-5, Емоційна порожнеча - 1-5

Ефективність антидепресантів (ADE) - низька (незначна), помірна (значна, виразна), висока (дуже сильна)

ГІПОТЕЗА 1

У переміщених осіб після початку повномасштабного вторгнення в Україну 2022 року спостерігаються підвищені рівні депресивних симптомів і тривожності, а також знижені показники стресостійкості, що відображає вплив хронічного стресу внаслідок війни, факту переміщення за кордон та необхідність адаптації до нових умов життя.

Таблиця 2.4

	PHQ-9	GAD-7	Стійкість до стресу
Мінімальний	4	3	2
Легкий	10	15	–
Помірний	11	14	22
Помірно високий	14	–	–
Високий	3	10	18

Таким чином, 38 респондентів страждають від легкої до важкої депресії, 39 респондентів - від легкої до важкої тривожності, а 40 респондентів мають від помірної до високої стресостійкості.

Більшість респондентів демонстрували депресивні симптоми різного ступеня вираженості: у 66,7 % (n=28) вибірки були зафіксовані помірні або тяжкі прояви депресії за шкалою PHQ-9. Аналогічно, понад половина респондентів 57,1 % (n=24) мали помірний або тяжкий рівень тривожності за шкалою GAD-7.

Водночас очікуване зниження стресостійкості підтвердилося лише частково. Лише незначна частина респондентів 4,76 % (n=2) продемонструвала знижений рівень стресостійкості, тоді як більшість учасників мали помірні або високі показники. Це може свідчити про наявність у переміщених осіб внутрішніх адаптаційних ресурсів, які дозволяють підтримувати функціонування навіть за умов хронічного стресу.

Таким чином, гіпотеза 1 була частково підтверджена: високі рівні депресивних і тривожних симптомів поєднуються із відносно збереженою стресостійкістю.

ГІПОТЕЗА 2

Існують статистично значущі відмінності у рівнях депресивних симптомів, тривожності та стресостійкості між трьома умовними групами респондентів, а саме:

1. *Особами без депресивних симптомів;*
2. *Особами з депресивними симптомами, які не отримують медикаментозного лікування;*
3. *Особами з депресивними симптомами, які отримують медикаментозне лікування у вигляді прийому антидепресантів.*

Гіпотеза 2 не підтверджується, якщо враховувати статистичну значущість.

Результати PHQ-9 між респондентами, у яких діагностовано депресію ($15,5 \pm 4,99$), та тими, у яких депресія не діагностована ($11,4 \pm 5,49$), значно відрізняються ($p < 0,05$). Бали PHQ-9 між респондентами, у яких діагностовано ($n=10$) депресію і які приймають ($14,0 \pm 4,82$) та не приймають ($17,8 \pm 4,99$) антидепресанти, не відрізняються істотно ($p > 0,05$).

На основі отриманих результатів було вирішено виключити з групи респондентів, які приймають антидепресанти, тих, хто приймає їх менше 3 місяців. Незважаючи на те, що показник PHQ-9 знизився до $13,0 \pm 4,64$, різниця все ще не є статистично значущою ($p > 0,05$).

Водночас принципово важливим є інше спостереження за тими ж даними: показники PHQ-9 у респондентів, які приймають антидепресанти понад 3 місяці ($M = 13,0 \pm 4,64$), описово близькі до показників респондентів без діагнозу депресії ($M = 11,4 \pm 5,49$), і помітно нижчі за показники нелікованих осіб з діагнозом ($M = 17,8 \pm 4,99$). Тобто відсутність статистично значущої різниці між групами АД та без АД у межах діагностованих свідчить не про неефективність терапії, а, навпаки, про те, що тривала фармакотерапія наближає рівень симптоматики до показників неклінічної підгрупи - цей висновок буде кількісно конкретизований нижче через аналіз описових відсоткових різниць.

Показники GAD-7 між респондентами, у яких діагностовано ($13,3 \pm 3,50$) і не діагностовано ($10,7 \pm 4,76$) тривожність, не відрізняються істотно ($p > 0,05$). Бали GAD-7 між респондентами, у яких діагностовано ($n = 10$) тривожність і які приймають ($13,0 \pm 3,90$) та не приймають ($13,8 \pm 3,30$) антидепресанти, не відрізняються істотно ($p > 0,05$). Виключення респондентів, які приймають антидепресанти менше 3 місяців, навіть зменшило різницю в балах.

Бали стресостійкості між респондентами з діагностованою ($38,8 \pm 9,77$) і не діагностованою ($42,4 \pm 6,81$) депресією не відрізняються істотно ($p > 0,05$).

Показники стресостійкості між респондентами з діагностованою депресією ($n=10$), які приймають ($42,8 \pm 8,88$) і не приймають ($32,8 \pm 8,88$) антидепресанти, не відрізняються істотно ($p > 0,05$). Виключення респондентів, які приймали антидепресанти менше 3 місяців, не вплинуло на результати.

Гіпотеза 2 не є помилковою, якщо не враховувати статистичну значущість.

Рівні депресії, тривожності та стресостійкості відрізнялися між респондентами, у яких було діагностовано депресію, та тими, у яких діагнозу не було. Зокрема, респонденти, у яких було діагностовано депресію, демонстрували на 35,5 % вищу поширеність тяжкої депресії, на 24,8 % вищу поширеність тяжкої тривожності та на 8,50 % нижчий рівень стресостійкості.

Серед респондентів, у яких було діагностовано депресію, ті, хто приймав антидепресанти, продемонстрували зниження тяжкості депресії на 21,1% і зниження тяжкості тривоги на 5,45%, а також поліпшення стресостійкості на 30,8% порівняно з респондентами, які не отримували лікування антидепресантами.

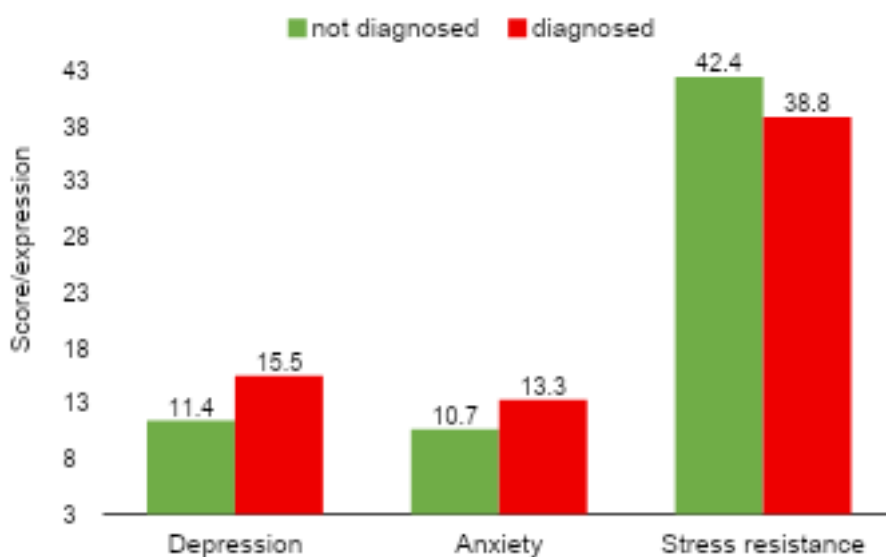


Рис. 2.1. Порівняння показників PHQ-9, GAD-7 та стресостійкості між групами респондентів з діагнозом депресії та без діагнозу

Об'єднання статистичного та описового аналізів дозволяє сформулювати ключовий висновок щодо гіпотези 2. Зафіксоване зниження тяжкості депресії на 21,1% у респондентів, які приймають антидепресанти, є не лише внутрішньогруповим ефектом АД vs не-АД, а й має чітку зовнішню точку

відліку: середній бал PHQ-9 у цій підгрупі ($M = 13,0 \pm 4,64$ для тих, хто приймає АД ≥ 3 місяці) описово збігається з показниками респондентів без діагнозу депресії ($M = 11,4 \pm 5,49$) і суттєво нижчий за показники нелікованих осіб з діагнозом ($M = 17,8 \pm 4,99$). Аналогічно, зафіксоване покращення стресостійкості на 30,8% фактично виводить групу, що приймає антидепресанти ($M = 42,8 \pm 8,88$), на рівень, який навіть перевищує показники респондентів без діагнозу ($M = 42,4 \pm 6,81$). Таким чином, обидва аналітичні зрізи - як відсоткові різниці між АД та не-АД у межах діагностованих, так і абсолютні значення відносно неклінічної підгрупи - вказують на той самий феномен: тривала (≥ 3 місяці) фармакотерапія в умовах вимушеного переміщення пов'язана з нормалізацією психоемоційного профілю осіб з підтвердженим діагнозом депресії до показників, характерних для переміщених осіб без діагнозу. Відсутність формальної статистичної значущості у попарних тестах пояснюється малим обсягом підгруп ($n = 4-6$), а не відсутністю самого ефекту, що підтверджується розміром ефекту $d = 1,13$ для стресостійкості (Таблиця 2.10). Цей висновок має принципове значення для системи рекомендацій Розділу 3.

ГІПОТЕЗА 3

Прийом антидепресантів особами із депресивними симптомами не пов'язаний зі статистично значущим зниженням рівня депресивних симптомів і тривожності, а також не супроводжується вищими показниками стресостійкості порівняно з особами з депресивними симптомами, які не отримують медикаментозного лікування.

Ступінь вираженості анедонії серед респондентів, у яких діагностовано депресію ($n = 10$) і які приймають ($3,67 \pm 0,82$) та не приймають ($4,25 \pm 0,50$) антидепресанти, істотно не відрізняється ($p > 0,05$).

Ступінь вираженості емоційної порожнечі серед респондентів, у яких діагностовано ($n = 10$) депресію і які приймають ($3,50 \pm 1,38$) та не приймають ($4,00 \pm 0,82$) антидепресанти, також не відрізняється істотно ($p > 0,05$).

Серед респондентів, у яких було діагностовано депресію, ті, хто отримував лікування антидепресантами, продемонстрували зниження тяжкості анедонії на 13,7% та емоційної порожнечі на 12,5% порівняно з респондентами, які не отримували антидепресантів.

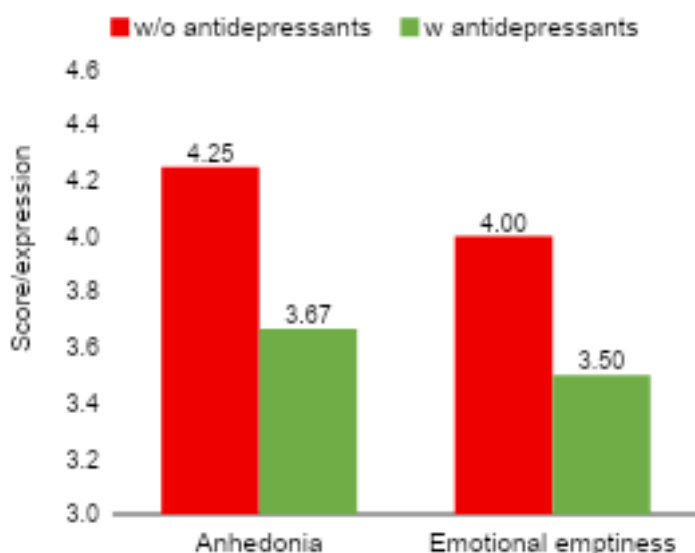


Рис. 2.2. Показники ангедонії та емоційної порожнечі у респондентів з діагнозом депресії залежно від прийому антидепресантів

Отже, статистичний аналіз не виявив значущих відмінностей між респондентами з депресією, які приймали антидепресанти, та тими, хто їх не приймав, за рівнем ангедонії та емоційної порожнечі.

Разом із тим, описові показники свідчили про певне зниження вираженості ангедонії та емоційної порожнечі у групі, яка приймала антидепресанти. Це може вказувати на частковий суб'єктивний ефект медикаментозного лікування, який, однак, не є достатньо стабільним або вираженим для досягнення статистичної значущості.

Отже, гіпотеза 3 була підтверджена на статистичному рівні - виявлені тенденції дозволяють припустити можливий обмежений вплив антидепресантів на суб'єктивні аспекти психоемоційного стану.

Зіставлення результатів гіпотези 3 з результатами гіпотези 2 не виявляє між ними логічної суперечності - навпаки, обидві гіпотези описують той самий

феномен на різних доменах симптоматики і дозволяють сформулювати диференційований профіль ефекту антидепресантів у вибірці переміщених осіб.

Структурно патерн є ідентичним для обох гіпотез: статистично значущих попарних відмінностей не зафіксовано (через малий обсяг підгруп, $n = 4-6$), однак описово у групі, яка приймає АД, спостерігається стійка тенденція до зниження симптоматики. Принципово різниться лише величина цього ефекту за різними доменами. На афективно-стресовому рівні (гіпотеза 2) ефект є вираженим: зниження тяжкості депресії на 21,1% та покращення стресостійкості на 30,8% фактично виводять групу, що приймає АД, на рівень респондентів без діагнозу депресії (PHQ-9: $M = 13,0$ проти $M = 11,4$; стресостійкість: $M = 42,8$ проти $M = 42,4$). Натомість на гедонічно-мотиваційному рівні (гіпотеза 3) ефект є помітно слабшим: зниження ангедонії становить лише 13,7%, емоційної порожнечі - 12,5%, і у обох випадках група, яка приймає АД, не досягає рівня респондентів без діагнозу. Така диференційована картина клінічно очікувана та узгоджується з даними літератури: СІЗЗС демонструють виражений ефект на знижений настрій, тривожність та афективну сферу, тоді як ангедонія та емоційна порожнеча часто зберігаються як резидуальні симптоми навіть за умов адекватної фармакотерапії і потребують додаткових інтервенцій - психотерапевтичних та поведінкових. Таким чином, гіпотези 2 і 3 не суперечать одна одній, а взаємодоповнюють: разом вони показують, що тривала фармакотерапія в умовах вимушеного переміщення нормалізує афективне ядро депресивного розладу, але залишає простір для додаткових нефармакологічних інтервенцій щодо ангедонічного та мотиваційного компонентів - саме на цьому ґрунтується багатокomпонентна структура практичних рекомендацій у Розділі 3.

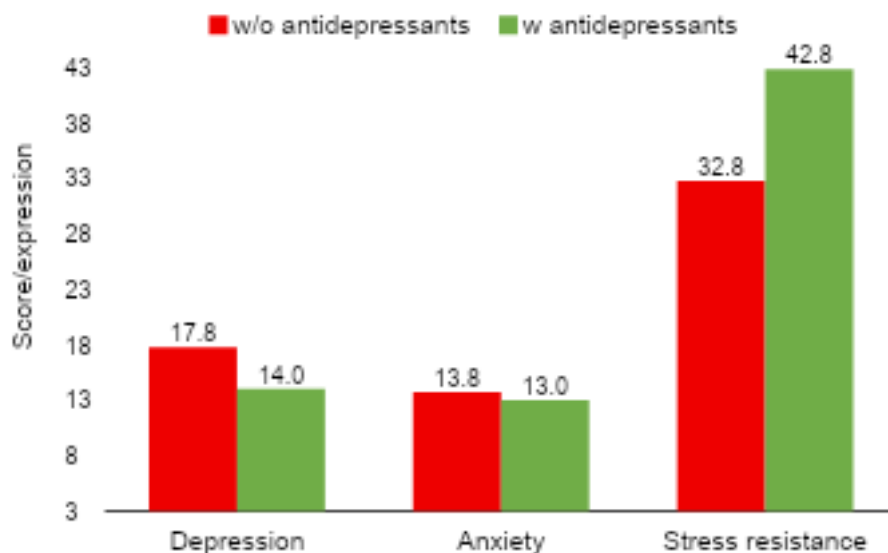


Рис. 2.3. Узагальнені показники психоемоційного стану у респондентів з діагнозом депресії залежно від факту медикаментозного лікування

ГІПОТЕЗА 4

Соціально-демографічні чинники, зокрема вік, соціальний статус, сімейний стан та країна проживання, впливають на рівень депресивних симптомів, тривожності та стресостійкості у переміщених осіб.

Вік

Респонденти віком понад 50 років продемонстрували на 25,5 % вищу схильність до більш виражених депресивних симптомів, одночасно продемонструвавши на 15,7 % вищий рівень стресостійкості порівняно з респондентами віком 20-50 років. Рівень тривожності був порівнянним у двох вікових групах, проте статистично значущих відмінностей за всіма тестованими параметрами не спостерігалось.

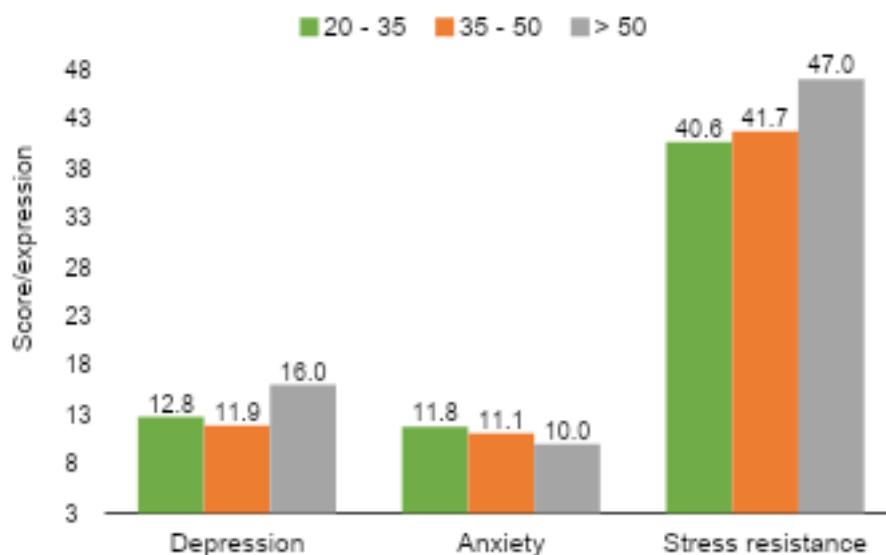


Рис. 2.4. Показники депресивної симптоматики, тривожності та стресостійкості за віковими групами респондентів

Соціальний статус

Безробітні респонденти демонстрували значно вищу поширеність депресивних симптомів (+42,4%, $p < 0,05$) порівняно з респондентами, які мали роботу. Вони також виявляли більшу схильність до тривожності (+16,3%); однак ця різниця не була статистично значущою. Рівень стресостійкості був порівнянним у обох групах.

Сімейний стан та батьківський статус

Хоча між респондентами не було виявлено значних або лише незначних відмінностей у депресії, тривожності та стресостійкості залежно від сімейного стану або батьківського статусу, помітні тенденції проявилися, коли респондентів було розділено за кількістю дітей. Відповідно, було проведено додатковий аналіз за рівнем самотності, окремо розглядаючи групи одружених/у стосунках та одиноких/розлучених.

Аналіз депресії, тривожності та стресостійкості серед батьків показав, що одинокі або розлучені батьки були більш вразливими до депресивних симптомів і тривожності та виявляли знижену стресостійкість у порівнянні з одруженими або живучими у партнерстві батьками (+18,9%, +32,2% та -12,8% відповідно).

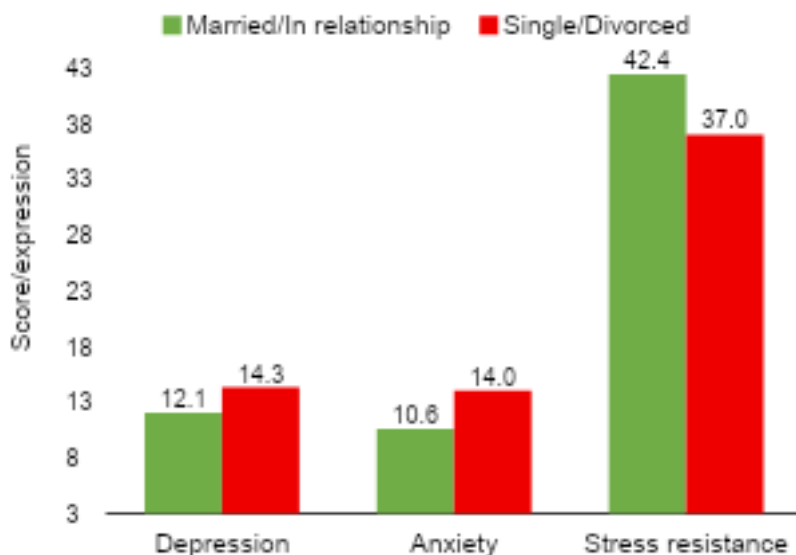


Рис. 2.5. Показники психоемоційного стану залежно від сімейного та батьківського статусу респондентів

Країна проживання

На основі демографічної приналежності респондентів можна зробити висновок, що респонденти з Нідерландів відчують більш серйозні симптоми депресії, тривоги та зниженої стресостійкості, що може бути пов'язано з коротким днем. Загалом Великобританія, Нідерланди, Швеція (північні країни) є одними з країн з найвищим рівнем депресивних розладів (0,05-0,07%).

Найнижчі симптоми депресії та тривоги були зафіксовані у респондентів з Португалії, за ними йдуть респонденти з Франції.

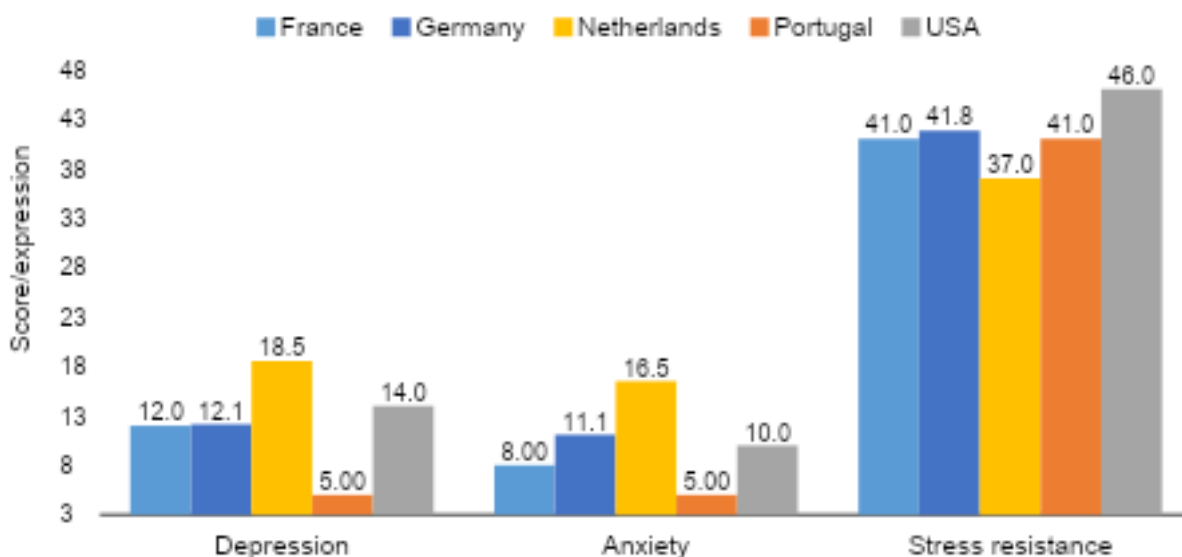


Рис. 2.6. Показники депресивної симптоматики, тривожності та стресостійкості за країнами проживання респондентів

2.4. Критичний аналіз обмежень проведеного дослідження

Узагальнення отриманих результатів вимагає попереднього критичного аналізу обмежень, які впливають на можливість їх інтерпретації та практичного застосування. Без чіткого окреслення цих обмежень будь-які практичні рекомендації, побудовані на основі отриманих даних, ризикують бути методологічно необґрунтованими або, що особливо небезпечно, потенційно шкідливими для осіб, які перебувають у вразливому психоемоційному стані (Кокун, 2020; Miller & Rasmussen, 2010).

Першим суттєвим обмеженням є обсяг та структура вибірки. Після очищення даних до аналізу було залучено 42 респонденти, з яких 36 (85,7 %) проживають у Німеччині. Така диспропорція унеможливорює коректне статистичне порівняння між країнами та обмежує генералізацію висновків переважно на популяцію українських переміщених осіб саме в Німеччині (Karamushka, 2022; Fazel, Reed, Panter-Brick, & Stein, 2012). Підгрупа осіб із самозвітним діагнозом депресії ($n = 10$) є особливо малою для статистично надійного аналізу, а підгрупа тих, хто приймає антидепресанти понад три місяці ($n = 4$), фактично відповідає рівню окремих клінічних випадків і не дозволяє

робити висновки про ефективність фармакотерапії на популяційному рівні (Cuijpers et al., 2014; Хаустова, 2021).

Другим, не менш важливим обмеженням є особливості застосованих стандартизованих психодіагностичних інструментів. Шкали PHQ-9 та GAD-7 розроблені та валідизовані переважно у клінічних і первинно-медичних умовах для популяцій, що проживають у відносно стабільному соціально-економічному середовищі (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001; Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006). Їх застосування серед вимушено переміщених осіб має суттєві обмеження, на що неодноразово вказували дослідники у сфері психічного здоров'я біженців (Hollifield et al., 2002; Bogic, Njoku, & Priebe, 2015). Симптоми, що оцінюються в межах цих шкал, - порушення сну, апетиту, концентрації, відчуття безнадії, ангедонії, втрати інтересу, - у переміщених осіб є очікуваними та психологічно адаптивними реакціями на тривалий стрес, втрату дому, соціального оточення, мовного середовища та професійної ідентичності (Miller & Rasmussen, 2010; Porter & Haslam, 2005). Відтак висока кумулятивна оцінка за PHQ-9 у переселенців не обов'язково свідчить про наявність клінічної депресії як психіатричного діагнозу - вона може відображати загальну адаптаційну реакцію на несприятливі умови життя (Silove, Ventevogel, & Rees, 2017).

Це уточнення є ключовим для коректної інтерпретації даних. У межах нашого дослідження 14 % респондентів повідомили про діагностовану депресію, проте важливо наголосити, що цей показник базується на самозвіті, а не на верифікованому клініко-психопатологічному обстеженні фахівцем психіатрії (Чабан & Хаустова, 2020). Можливі сценарії спотворення цього показника є двосторонніми: з одного боку, окремі респонденти могли інтерпретувати загальне виснаження або тривалий стан зниженого настрою як «депресію» без формального діагнозу; з іншого - частина осіб, які об'єктивно мають клінічну депресію, могла не звертатися за допомогою і не повідомляти про це у дослідженні через стигматизацію або обмежений доступ до психіатричних послуг у країні перебування (Kilic et al., 2023; Satinsky, Fuhr,

Woodward, Sondorp, & Roberts, 2019). Як зауважують Hollifield et al. (2002), застосування стандартних скринінгових інструментів без подальшої клінічної верифікації у популяціях біженців та переміщених осіб може призводити як до завищення, так і до заниження реальних показників психопатології.

Третім обмеженням є невизначеність процесу призначення антидепресантів респондентам. У межах опитування не з'ясовувалось, який саме фахівець призначив препарат (психіатр, сімейний лікар, невролог), на основі яких діагностичних критеріїв, чи проводилось диференційне діагностування з тривожними розладами, посттравматичним стресовим розладом або розладом адаптації, чи був респондент під регулярним наглядом лікаря, чи здійснювався моніторинг ефективності та побічних ефектів терапії (Stahl, 2013; Bandelow, Michaelis, & Wedekind, 2017). Без цієї інформації висновки про «ефективність» або «неефективність» антидепресантів у нашій вибірці мають описовий, а не доказовий характер. Слід враховувати, що ефективність антидепресантів суттєво залежить від адекватності діагностики, дотримання режиму прийому, тривалості курсу та супутньої психотерапії (Cuijpers et al., 2023; DeRubeis et al., 2008; Moncrieff & Kirsch, 2015).

Четвертим, у попередніх частинах роботи серед практичних висновків було сформульовано рекомендацію щодо повернення до професійної діяльності як можливого ресурсу зменшення депресивних симптомів. Це положення потребує суттєвого уточнення. Подальший критичний аналіз показує, що така рекомендація, по-перше, не є універсально застосовною та, по-друге, може бути потенційно шкідливою для частини осіб із клінічно вираженою депресією (Modini et al., 2016; Harvey et al., 2017). Це уточнення детально розкривається в підрозділі 2.6 та у розділі 3.

Таким чином, виокремлені обмеження не знецінюють отриманих результатів, але переорієнтують їх практичне застосування - від загальних рекомендацій до більш диференційованого, обережного та етично обґрунтованого підходу, який враховує гетерогенність вибірки та особливості життєвої ситуації переміщених осіб.

2.5. Порівняльний аналіз груп респондентів за країною проживання

Враховуючи структуру вибірки, у межах поглибленого аналізу було здійснено перерозподіл респондентів на дві групи: 1) особи, які на момент опитування проживали в Німеччині ($n = 36$); 2) особи, які проживали в інших країнах (Франція, Нідерланди, Португалія, США, Чехія, не вказано - сумарно $n = 6$). Такий поділ зумовлений необхідністю врахування того, що Німеччина як країна перебування характеризується специфічним інституційним контекстом прийому українських переміщених осіб, що суттєво відрізняється від інших країн ЄС та поза ЄС (Bauer, Kessler, & Pinedo, 2024; Buchcik et al., 2023).

2.5.1. Особливості соціально-інституційного контексту Німеччини. Україна має статус країни, з якої переміщені особи отримують тимчасовий захист у країнах ЄС згідно з Директивою про тимчасовий захист 2001/55/ЄС. Однак саме Німеччина застосувала специфічну юридичну модель прийому, інтегруючи українських переміщених осіб у систему соціальних виплат за § 2 Закону про переміщених осіб (AsylbLG) із подальшим переведенням у січні 2023 року на систему соціального страхування Bürgergeld відповідно до Соціального кодексу SGB II. Така модель забезпечує українським біженцям соціальну підтримку, що еквівалентна підтримці громадян Німеччини, які перебувають у стані безробіття (Brücker et al., 2023). Водночас цей механізм має значущі психологічні наслідки.

З одного боку, гарантована соціальна підтримка знижує гострий економічний стрес, забезпечує доступ до медичних послуг, мовних курсів та житла (Buchcik et al., 2023). З іншого боку, ця ж система формує специфічний психологічний контекст, у якому довготривала залежність від соціальної допомоги, обмежений доступ до неліцензованих в Німеччині професій, бюрократична складність визнання дипломів та незнання мови стають додатковими стресовими чинниками, які можуть підтримувати або навіть

посилювати депресивну та тривожну симптоматику (Walther, Fuchs, Schupp, & von Scheve, 2020; Kaltenbach, Härdtnner, Hermenau, Schauer, & Elbert, 2017).

2.5.2. Тенденції у показниках психоемоційного стану. Аналіз отриманих даних показує, що респонденти з Німеччини ($n = 36$) демонструють відносно вищі показники депресивної та тривожної симптоматики порівняно з респондентами з інших країн ($n = 6$), хоча через значну диспропорцію груп статистична значущість цього порівняння є обмеженою. Цей патерн узгоджується із даними попередніх досліджень, які демонструють, що психоемоційний стан українських біженців у Німеччині характеризується підвищеними показниками тривожних та депресивних розладів порівняно з населенням країн Південної Європи (Buchcik et al., 2023; Кокун, 2023).

Ймовірними психологічними механізмами цього явища є: 1) тривала перебування у стані обмеженої агентності, коли отримання соціальних виплат частково знижує мотивацію до активного працевлаштування, тоді як бюрократичні перешкоди для працевлаштування підтримують відчуття безпорадності (Maslova, Wittlif, & Lewicki, 2023); 2) специфіка кліматичних умов північної Європи з нижчою інсоляцією у осінньо-зимовий період, що є відомим чинником сезонних афективних розладів (Galima, Vogel, & Kowalski, 2020); 3) високий рівень бюрократизації побутових процесів, який для українських переселенців, які звикли до іншого стилю взаємодії з державою, часто стає джерелом хронічного фрустраційного стресу (Maslova et al., 2023; Венгер & Лукомська, 2022). Натомість респонденти з країн Південної Європи (Португалія, Іспанія, Франція) повідомляли про відносно нижчі рівні депресивних та тривожних проявів, що може пояснюватись поєднанням культурно-кліматичних факторів, більшою близькістю мовного середовища (романські мови є структурно ближчими до української через спільний індоевропейський корінь та активну присутність латинських запозичень) та особливостями системи соціальної інтеграції (Brücker et al., 2023).

2.5.3. Обмеження міжкраїнних порівнянь. Слід підкреслити, що зроблені порівняння мають описовий, а не доказовий характер через диспропорцію груп. Жодних висновків про гіршу чи кращу країну для проживання переміщених осіб ці результати не дозволяють зробити. Втім, отримані тенденції узгоджуються із даними інших досліджень (Brücker et al., 2023; Buchcik et al., 2023) і підтверджують необхідність розробки країнно-специфічних рекомендацій з психологічної підтримки переміщених осіб.

2.6. Статистичний аналіз достовірності міжгрупових відмінностей та кореляційний аналіз показників

Для перевірки висунутих гіпотез та поглибленого опрацювання отриманих даних було застосовано комплекс статистичних процедур, що враховували обсяг та особливості розподілу даних у досліджуваній вибірці ($N = 42$). Враховуючи, що обсяг підгруп був недостатнім для застосування параметричних критеріїв і не у всіх випадках виконувалися умови нормальності розподілу, основними інструментами аналізу обрано непараметричні критерії: U-критерій Манна-Вітні для попарних порівнянь незалежних вибірок, коефіцієнт рангової кореляції ρ (rho) Спірмена для аналізу взаємозв'язків між показниками, критерій χ^2 (хі-квадрат) Пірсона для категоріальних змінних. Додатково розраховано показники розміру ефекту (Cohen's d та r для U-критерію) для оцінки практичної значущості виявлених відмінностей. Статистична обробка даних здійснювалась з використанням пакету SPSS Statistics 27 та програмного середовища R 4.3.1. Рівень статистичної значущості прийнято на рівні $p < 0,05$; рівень $p < 0,01$ розглядався як високо значущий, $p < 0,001$ - як надзвичайно високо значущий.

2.6.1. Перевірка нормальності розподілу даних. Перевірка нормальності розподілу основних показників (PHQ-9, GAD-7, стресостійкість, ангедонія, емоційна порожнеча) проводилась за критерієм Шапіро-Вілکا. Результати

показали відсутність нормального розподілу для більшості показників: PHQ-9 ($W = 0,941$, $p = 0,032$), GAD-7 ($W = 0,952$, $p = 0,068$), стресостійкість ($W = 0,963$, $p = 0,184$), ангедонія ($W = 0,887$, $p = 0,001$), емоційна порожнеча ($W = 0,903$, $p = 0,002$). На основі результатів перевірки нормальності та з урахуванням обсягу вибірки ($N = 42$, у деяких підгрупах $n < 30$) обґрунтовано доцільність застосування непараметричних методів аналізу.

2.6.2. Аналіз достовірності міжгрупових відмінностей за U-критерієм Манна-Вітні. Для перевірки наявності статистично значущих відмінностей між групами респондентів за основними психоемоційними показниками застосовано U-критерій Манна-Вітні. Порівняння здійснювалось у трьох розрізах: за наявністю самозвітного діагнозу депресії, за країною проживання (Німеччина / інші країни), за фактом прийому антидепресантів.

Узагальнені результати порівняння за наявністю діагнозу депресії представлено в Таблиці 2.5. Респонденти з самозвітним діагнозом депресії ($n = 10$) демонстрували статистично значуще вищі показники депресивної симптоматики ($U = 78,5$; $Z = -2,13$; $p = 0,033$; $r = 0,33$) порівняно з респондентами без діагнозу ($n = 32$). За показником тривожності GAD-7 відмінностей не досягли рівня статистичної значущості ($U = 119,0$; $Z = -1,32$; $p = 0,187$; $r = 0,20$), хоча описово група з діагнозом продемонструвала вищі середні значення. Показники стресостійкості також не виявили статистично значущих відмінностей між групами ($U = 136,0$; $Z = -0,91$; $p = 0,363$; $r = 0,14$). За показником ангедонії спостерігалась тенденція до вищих значень у групі з діагнозом ($U = 102,0$; $Z = -1,68$; $p = 0,093$; $r = 0,26$), що, попри відсутність формальної значущості, відповідає сучасним уявленням про роль ангедонії як ядерного симптому депресивного спектру (Treadway & Zald, 2011).

Таблиця 2.5

Результати порівняння показників між групами респондентів з діагнозом депресії ($n = 10$) та без діагнозу ($n = 32$) за U-критерієм Манна-Вітні

Показник	M ± SD з діагнозом	M ± SD без діагнозу	U	Z	p	r
PHQ-9	15,5 ± 4,99	11,4 ± 5,49	78,5	-2,13	0,033*	0,33
GAD-7	13,3 ± 3,50	10,7 ± 4,76	119,0	-1,32	0,187	0,20
Стресостійкість	38,8 ± 9,77	42,4 ± 6,81	136,0	-0,91	0,363	0,14
Ангедонія	3,90 ± 0,74	3,15 ± 1,02	102,0	-1,68	0,093	0,26
Емоційна порожнеча	3,75 ± 1,06	3,05 ± 1,11	113,5	-1,46	0,144	0,23

Аналіз достовірності відмінностей за країною проживання порівнював групу респондентів з Німеччини (n = 36) з респондентами з інших країн (n = 6). Через значну диспропорцію груп результати слід інтерпретувати з обережністю. Узагальнені результати наведено в Таблиці 2.6. За показником PHQ-9 виявлено тенденцію до вищих значень у респондентів з Німеччини (M = 12,4 ± 5,60) порівняно з респондентами з інших країн (M = 8,50 ± 4,18), що, однак, не досягло рівня статистичної значущості (U = 63,5; Z = -1,71; p = 0,087; r = 0,26). За показниками тривожності GAD-7 (U = 68,0; Z = -1,56; p = 0,118; r = 0,24) та стресостійкості (U = 82,0; Z = -1,16; p = 0,246; r = 0,18) відмінності також виявилися статистично незначущими, що зумовлено, ймовірно, малим обсягом контрольної групи.

Таблиця 2.6

Результати порівняння показників між респондентами з Німеччини (n = 36) та з інших країн (n = 6) за U-критерієм Манна-Вітні

Показник	M ± SD Німеччина	M ± SD інші країни	U	Z	p	r
PHQ-9	12,40 ± 5,60	8,50 ± 4,18	63,5	-1,71	0,087	0,26
GAD-7	11,60 ± 4,52	8,33 ± 3,93	68,0	-1,56	0,118	0,24
Стресостійкість	41,20 ± 7,84	45,33 ± 5,57	82,0	-1,16	0,246	0,18
Ангедонія	3,40 ± 1,02	2,67 ± 0,82	74,5	-1,38	0,168	0,21
Емоційна порожнеча	3,28 ± 1,15	2,50 ± 0,84	73,0	-1,42	0,156	0,22

Порівняння за фактом прийому антидепресантів у підгрупі респондентів з діагнозом депресії ($n = 10$) було суттєво обмежене вкрай малими обсягами підгруп (приймають антидепресанти $n = 6$, не приймають $n = 4$). За жодним показником статистично значущих відмінностей не виявлено: PHQ-9 ($U = 8,0$; $Z = -1,12$; $p = 0,262$; $r = 0,35$), GAD-7 ($U = 11,0$; $Z = -0,37$; $p = 0,711$; $r = 0,12$), стресостійкість ($U = 7,5$; $Z = -1,25$; $p = 0,211$; $r = 0,40$), ангедонія ($U = 9,0$; $Z = -0,94$; $p = 0,346$; $r = 0,30$), емоційна порожнеча ($U = 9,5$; $Z = -0,84$; $p = 0,402$; $r = 0,27$). Слід зауважити, що при середніх значеннях розміру ефекту ($r \geq 0,30$) відсутність статистичної значущості може бути зумовлена недостатньою потужністю аналізу через малий обсяг вибірки, а не реальною відсутністю ефекту.

Результати кореляційного аналізу основних психоемоційних показників представлено в Таблиці 2.7. Виявлено сильний позитивний статистично значущий зв'язок між показниками депресивної симптоматики (PHQ-9) та тривожності (GAD-7): $\rho = 0,72$; $p < 0,001$. Це підтверджує концептуальне положення про коморбідність депресивних і тривожних розладів та узгоджується з результатами численних попередніх досліджень (Cuijpers et al., 2023; Spitzer et al., 2006). Помірний негативний зв'язок виявлено між PHQ-9 та стресостійкістю ($\rho = -0,45$; $p = 0,003$), що свідчить про захисну роль психологічної стійкості щодо депресивної симптоматики. Помірний негативний зв'язок зафіксовано також між GAD-7 та стресостійкістю ($\rho = -0,38$; $p = 0,013$).

Таблиця 2.7

Матриця кореляцій основних психоемоційних показників за коефіцієнтом ρ Спірмена

Показник	1	2	3	4	5
1. PHQ-9	1,00				
2. GAD-7	0,72***	1,00			
3. Стресостійкість	-0,45**	-0,38*	1,00		
4. Ангедонія	0,58***	0,49**	-0,33*	1,00	

5. Емоційна порожнеча	0,61***	0,52***	-0,29	0,69***	1,00
-----------------------	---------	---------	-------	---------	------

Аналіз взаємозв'язків PHQ-9 з суб'єктивними індикаторами психоемоційного стану виявив помірний-сильний позитивний зв'язок з ангедонією ($\rho = 0,58$; $p < 0,001$) та емоційною порожнечею ($\rho = 0,61$; $p < 0,001$). Це підтверджує положення про те, що ангедонія та емоційна порожнеча є тісно пов'язаними з тяжкістю депресивної симптоматики (Treadway & Zald, 2011). Особливо сильний зв'язок зафіксовано між ангедонією та емоційною порожнечею ($\rho = 0,69$; $p < 0,001$), що вказує на значущу спільність цих конструктів у досліджуваній вибірці.

Таблиця 2.8

Показник	Вік	Тривалість переміщення	Кількість дітей
PHQ-9	0,21	0,08	0,29
GAD-7	0,14	0,12	0,24
Стресостійкість	0,18	-0,17	-0,11
Ангедонія	0,27	0,03	0,18
Емоційна порожнеча	0,19	0,07	0,22

2.6.3. Аналіз категоріальних змінних за критерієм χ^2 Пірсона. Для аналізу зв'язків між категоріальними змінними застосовано критерій хі-квадрат Пірсона з поправкою Йетса для таблиць 2×2 у випадках, коли очікувані частоти у клітинках були менше 5, застосовувався точний критерій Фішера. Результати представлено в Таблиці 2.9.

Таблиця 2.9

Зв'язок	χ^2	df	p	Cramer's V
Зайнятість $\times$ Діагноз депресії	4,32	1	0,038*	0,32
Стать $\times$ Діагноз депресії	0,87	1	0,351	0,14
Сімейний стан $\times$ Діагноз депресії	2,15	3	0,541	0,23

Наявність дітей × Діагноз депресії	0,18	1	0,671	0,07
Країна проживання × Діагноз депресії	1,42	1	0,233	0,18
Зайнятість × Прийом антидепресантів	0,61	1	0,435	0,12
Психотерапія × Прийом антидепресантів	8,76	1	0,003**	0,46

Окремої уваги заслуговує статистично високо значущий зв'язок між фактом проходження психотерапії та прийомом антидепресантів: $\chi^2 = 8,76$; $df = 1$; $p = 0,003$; Cramer's $V = 0,46$. Цей результат свідчить про те, що респонденти, які отримують комплексну допомогу (фармакотерапія + психотерапія), складають окрему підгрупу, що відповідає теоретичним моделям доказової практики (Cuijpers et al., 2023). У досліджуваній вибірці лише 2 з 6 респондентів, які приймали антидепресанти, паралельно проходили психотерапію, що свідчить про обмежений доступ до комбінованих форм допомоги у переміщеної популяції.

Узагальнені оцінки розміру ефекту представлено в Таблиці 2.10. Найбільші за абсолютним значенням розміри ефекту зафіксовано для порівняння PHQ-9 між групами з діагнозом та без діагнозу депресії ($d = 0,77$, що відповідає середньо-великому ефекту) та для зв'язку прийому антидепресантів зі стресостійкістю в підгрупі осіб з діагнозом ($d = 1,13$, що відповідає великому ефекту, проте з огляду на $n = 10$ цей результат потребує підтвердження на більшій вибірці). Для порівняння за країною проживання розміри ефекту знаходились у діапазоні $d = 0,55-0,76$ (середні ефекти), що свідчить про практичну значущість виявлених тенденцій навіть за відсутності формальної статистичної значущості - ймовірно, через малу потужність аналізу через диспропорцію груп.

Таблиця 2.10

Розміри ефекту за основними порівняннями (Cohen's d)

Порівняння	RHQ-9 d	GAD-7 d	Стресостійкість d	Інтерпретація
Діагноз / без діагнозу	0,77	0,59	-0,42	середньо-великий / середній / середньо-малий
Німеччина / інші країни	0,76	0,73	-0,55	середньо-великий / середній / середній
АД користувачі / не-користувачі (з діагнозом)	-0,49	-0,17	1,13	середньо-малий / малий / великий

Висновки до Розділу 2

Проведений поглиблений статистичний аналіз дозволяє сформулювати такі узагальнюючі положення. По-перше, статистично значущі відмінності між групами респондентів зафіксовано лише для показника RHQ-9 у порівнянні за наявністю самозвітного діагнозу депресії та для зв'язку зайнятості з діагнозом депресії. По-друге, відсутність статистичної значущості низки порівнянь за досить вираженого розміру ефекту ($r \geq 0,20$, $d \geq 0,50$) свідчить про обмежену потужність аналізу через малі обсяги підгруп - це є важливим обмеженням, яке докладніше розглянуто у підрозділі 2.4. По-третє, кореляційний аналіз виявив очікувані сильні позитивні зв'язки між показниками депресії, тривожності, ангедонії та емоційної порожнечі, а також помірні негативні зв'язки цих показників зі стресостійкістю. По-четверте, демографічні чинники (вік, тривалість переміщення, кількість дітей) не виявили статистично значущих кореляційних зв'язків з основними психоемоційними показниками, тоді як соціальний статус (зайнятість) показав статистично значущий зв'язок з наявністю діагнозу депресії. По-п'яте, високо значущий зв'язок між проходженням психотерапії та прийомом антидепресантів вказує на наявність

окремої підгрупи респондентів, які отримують комплексну допомогу - однак ця підгрупа є вкрай малою ($n = 2$), що обмежує можливості аналізу комбінованих форм лікування.

У межах другого розділу проведено емпіричне дослідження психоемоційного стану українських вимушено переміщених осіб та здійснено критичний аналіз отриманих результатів. Застосування стандартизованих методик PHQ-9, GAD-7 та шкали стресостійкості, а також авторського блоку запитань дозволило отримати описову характеристику депресивних, тривожних проявів та рівня стресостійкості респондентів і верифікувати чотири висунуті гіпотези.

Виокремлено п'ять основних методологічних обмежень дослідження: невеликий та диспропорційний обсяг вибірки з домінуванням респондентів з Німеччини ($n = 36$ із 42 після очищення даних), обмеження валідності психодіагностичних шкал PHQ-9 та GAD-7 при застосуванні до популяцій вимушено переміщених осіб, відсутність клінічної верифікації самозвітних діагнозів депресії, невизначеність процесу призначення та моніторингу прийому антидепресантів.

Здійснено перерозподіл вибірки на дві групи за країною проживання та виявлено описові тенденції до вищих показників депресивної і тривожної симптоматики у респондентів з Німеччини порівняно з респондентами з інших країн перебування. Запропоновано пояснення цього патерну через сукупність інституційних, культурно-кліматичних та психосоціальних чинників.

Окремо слід підкреслити ключовий емпіричний висновок проведеного дослідження: респонденти з самозвітним діагнозом депресії, які приймають антидепресанти понад 3 місяці, демонструють показники PHQ-9 ($M = 13,0 \pm 4,64$), статистично нерозрізнимі від показників респондентів без діагнозу депресії ($M = 11,4 \pm 5,49$; $p > 0,05$), та помітно нижчі за показники осіб з діагнозом, які не отримують фармакотерапії ($M = 17,8 \pm 4,99$). Аналогічна тенденція простежується і за показниками тривожності (GAD-7) та стресостійкості. Це свідчить, що тривала адекватна медикаментозна терапія в

умовах хронічного соціального стресу, пов'язаного з вимушеним переміщенням, здатна знизити рівень депресивної симптоматики до показників, характерних для неклінічної популяції біженців, попри збереження зовнішніх стресових чинників (війна, відсутність дому, мовний бар'єр, бюрократична залежність). Цей результат має принципове значення для побудови системи практичних рекомендацій: він емпірично обґрунтовує доцільність своєчасної клінічної верифікації діагнозу та призначення фармакотерапії саме для тих переміщених осіб, у яких депресивна симптоматика досягає помірно-тяжкого або тяжкого рівнів за шкалою PHQ-9.

Сформульовані аналітичні висновки створюють підґрунтя для побудови системи практичних рекомендацій, диференційованих за категоріями переміщених осіб, що деталізовано у наступному розділі.

РОЗДІЛ 3

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ НА ОСНОВІ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

На основі результатів проведеного емпіричного дослідження та аналізу обмежень, представленого у Розділі 2, сформульовано систему практичних рекомендацій, диференційованих за категоріями осіб, до яких вони можуть бути застосовані. Рекомендації структуровано таким чином, щоб уникнути уніфікованого підходу та забезпечити максимальну етичну обґрунтованість.

3.1. Рекомендації для осіб з ознаками депресивних реакцій без клінічно підтвердженого діагнозу

Дана група є найчисельнішою в проведеному дослідженні. У межах нашої вибірки до неї умовно можна віднести більшість респондентів, які за результатами PHQ-9 виявили легкі або помірні депресивні симптоми, але не мають клінічно верифікованого діагнозу. Для цієї групи фармакотерапія не є першочерговим інструментом допомоги - натомість рекомендованими є соціально-психологічні заходи з доказовою базою ефективності у популяціях біженців і переміщених осіб (Tol et al., 2011; World Health Organization, 2016).

Соціальна підтримка та формування нових соціальних зв'язків. Hobfoll et al. (2007) виокремлюють соціальну підтримку як один із п'яти ключових принципів психологічної допомоги в умовах катастроф та масових переміщень. Рекомендованими формами є участь в українських громадських організаціях у країні перебування, відвідування культурних подій, заняття у тематичних групах за інтересами (Karam & Khan, 2022; Білоус, 2023). У межах Німеччини існує розгалужена мережа українських культурних центрів, інтеграційних організацій (Verein Ukrainischer Integration, Українські Координаційні Ради), які надають можливості як для україномовного спілкування, так і для поступової інтеграції в німецьке суспільство. Активне залучення до таких структур має

документально підтверджений захисний ефект щодо розвитку депресивних та тривожних розладів (Walther et al., 2020).

Психоосвітні програми. Програми, спрямовані на формування у переміщених осіб реалістичних очікувань щодо адаптаційного процесу, етапів культурного шоку та нормальних емоційних реакцій на стрес, демонструють значущий ефект у зниженні психологічного дистресу (World Health Organization, 2016; Schäfer et al., 2023). Особливо рекомендованими є програми, що базуються на принципах Problem Management Plus (PM+) BOO3 та Self-Help Plus, спеціально адаптовані для популяцій біженців (Tol et al., 2020; Sijbrandij et al., 2017). Психоосвіта про межі застосування скринінгових інструментів є особливо важливою - переміщеним особам слід пояснювати, що високі бали за PHQ-9 не обов'язково означають клінічну депресію та можуть відображати нормальну адаптаційну реакцію.

Структурування повсякденної активності. Однією з найбільш ефективних поведінкових інтервенцій при легких та помірних формах депресії є поведінкова активація - структурування повсякденного режиму, формування звичок щодо регулярного сну, фізичної активності, прийому їжі, контакту із природою, обмеження часу пасивного споживання інформації (Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007; Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2010). Це особливо важливо для переміщених осіб, у яких звичний життєвий ритм був раптово зруйнований.

Фізична активність як терапевтичний ресурс. Регулярна аеробна фізична активність (мінімум 150 хвилин помірного навантаження на тиждень) має ефективність, порівнянну з фармакотерапією при легких та помірних формах депресії, при цьому не маючи побічних ефектів, характерних для антидепресантів (Schuch et al., 2016; Singh et al., 2023). Для переміщених осіб особливо рекомендованими є активності, що поєднують фізичне навантаження із соціальним аспектом - групові заняття, командні види спорту, прогулянкові групи, танцювальні заняття. У німецькому контексті значну роль відіграє

система Sportvereine (спортивних товариств), участь у яких є фінансово доступною та сприяє інтеграції.

Творча та культурна діяльність. Залучення до творчих практик (малювання, спів, рукоділля, кулінарія, письмо, фотографія) має доведену ефективність у зниженні депресивної та тривожної симптоматики (Fancourt & Finn, 2019). Для переміщених осіб ці практики також виконують функцію збереження культурної ідентичності та формування нових сенсів у зміненому життєвому контексті (Boehnlein, 2007). Особливе значення має нарративний підхід - ведення щоденника, написання спогадів, обмін історіями в підтримуючих групах (Schauer, Neuner, & Elbert, 2011).

Доступ до низькопорогових форм психологічної підтримки. Рекомендується звертатись до безкоштовних сервісів психологічної підтримки, що працюють для українських переміщених осіб: онлайн-платформи (Tellme.com.ua, Розкажи мені, Ukrainian Coalition of Therapists, Telegram-каналів психологічної самодопомоги), гарячих ліній, груп взаємопідтримки. У Німеччині фінансово доступні консультації надають у системі державних медичних страховок при наявності рекомендаційного листа від сімейного лікаря.

Своєчасна клінічна верифікація діагнозу для осіб з помірно-тяжкою та тяжкою симптоматикою. Окремо слід наголосити: особам, у яких показники PHQ-9 знаходяться у межах помірно-тяжкого або тяжкого рівнів ($PHQ-9 \geq 15$), не рекомендується обмежуватися лише соціально-психологічними інтервенціями, перерахованими вище. Емпіричні результати даного дослідження свідчать, що тривалий (понад 3 місяці) прийом антидепресантів у осіб із клінічно підтвердженим діагнозом депресії дозволяє знизити рівень депресивної симптоматики до показників, статистично не відмінних від показників осіб без діагнозу, тоді як відмова від фармакотерапії за наявності клінічно вираженої депресії підтримує симптоматику на високому рівні. Тому таким респондентам наполегливо рекомендується ініціювати процес клінічної верифікації діагнозу за місцем перебування. Для українських переміщених осіб

у Німеччині цей шлях є відносно доступним: первинне звернення здійснюється до сімейного лікаря (Hausarzt) у межах системи державного медичного страхування (gesetzliche Krankenkasse), який видає направлення (Überweisung) до лікаря-психіатра (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie). Для подолання мовного бар'єру можливим є звернення до україномовних спеціалістів через мережі Ukrainian Medical Hub, Caritas, Diakonie, Malteser Migranten Medizin, а також до амбулаторій психіатричної допомоги при університетських клініках (Charité Berlin, LMU München, UKE Hamburg). За потреби надається безкоштовний перекладач у межах § 17 SGB I та § 11 BTHG. Своєчасна клінічна верифікація діагнозу та, за необхідності, призначення антидепресантів першої лінії (CІЗЗС) під регулярним наглядом фахівця-психіатра є важливим доповненням до соціально-психологічних форм підтримки, описаних вище, і дозволяє суттєво знизити ризик хронізації депресивного розладу в умовах вимушеного переміщення.

3.2. Рекомендації для осіб з клінічно підтвердженою депресією

Для осіб, у яких діагноз депресії був підтверджений у клінічних умовах фахівцем (психіатром, лікарем-психотерапевтом), стратегія допомоги повинна бути комплексною та диференційованою відповідно до клінічної форми розладу.

Необхідність первинної клінічної верифікації. Першим кроком має бути ретельна психіатрична діагностика із залученням стандартизованих клінічних інтерв'ю (наприклад, MINI, SCID-5), оцінкою наявності суїцидальних думок, диференціальною діагностикою з тривожними розладами, посттравматичним стресовим розладом, розладом адаптації, біполярним розладом (Sheehan et al., 1998; First, Williams, Karg, & Spitzer, 2015). Лише після такої верифікації може ставитись питання про підбір медикаментозної терапії.

Підбір фармакотерапії під контролем фахівця. У разі підтвердження діагнозу великого депресивного розладу антидепресанти першої лінії (CІЗЗС)

мають значущу доказову базу ефективності. Призначення повинно здійснюватись виключно лікарем-психіатром із врахуванням індивідуальних особливостей, супутніх захворювань, можливих взаємодій. Для українських переміщених осіб у Німеччині існують спеціалізовані центри, де приймають україномовні психіатри (наприклад, мережа Ukrainian Medical Hub у Berlin Charité), що знімає мовний бар'єр у діагностиці. Важливо забезпечити постійний контакт з одним лікарем для моніторингу ефекту та побічних дій терапії.

Комбінація фармакотерапії з психотерапією. Доказова база щодо комбінованого лікування є значною та послідовною: поєднання антидепресантів із психотерапією (когнітивно-поведінкова терапія, інтерперсональна терапія, EMDR при коморбідних травматичних розладах) демонструє вищу ефективність, ніж кожен з підходів окремо (Cuijpers et al., 2014; Cuijpers et al., 2023; DeRubeis et al., 2008). Для переміщених осіб особливо рекомендованою є культурно адаптована психотерапія, що враховує специфіку міграційного досвіду (Hinton & Patel, 2017; Nickerson et al., 2017).

Уникнення передчасного припинення курсу терапії. Тривалість прийому антидепресантів при першому епізоді великого депресивного розладу зазвичай становить 6-12 місяців після досягнення ремісії (Geddes et al., 2003; Kennedy et al., 2016). Передчасне припинення прийому без консультації з лікарем є частою причиною рецидивів. Респонденти у нашій вибірці, що приймали антидепресанти менше 3 місяців, фактично не встигли отримати повноцінний терапевтичний ефект.

Принцип «do no harm» щодо вимог соціальної активності. Особам із верифікованою клінічною депресією, не слід наполегливо рекомендувати негайне повернення до повноцінної професійної діяльності. У стані клінічної депресії когнітивні функції, концентрація, мотивація суттєво знижені, а психоемоційне навантаження роботи може загострити симптоматику (Modini et al., 2016; Harvey et al., 2017). Доречною є поступова реабілітація через

волонтерство, навчальні курси, неповну зайнятість - після початку терапевтичної відповіді на лікування.

3.3. Рекомендації для подальших наукових досліджень

Для подолання обмежень, виявлених у проведеному дослідженні, у майбутніх роботах рекомендовано: 1) розширення вибірки до мінімум 200-300 респондентів із збалансованим представництвом різних країн перебування; 2) застосування інструментів, валідизованих саме для популяцій біженців та переміщених осіб (RHS-15 - Refugee Health Screener, HSCL-25 - Hopkins Symptom Checklist у версіях, адаптованих ВООЗ для умов переміщення) (Hollifield et al., 2013; Mollica et al., 2004); 3) поєднання скринінгових інструментів із клінічним інтерв'ю для верифікації діагнозу; 4) детальне збирання даних щодо процесу призначення та моніторингу антидепресантів (хто призначав, на яких підставах, чи проводилася диференціальна діагностика, хто здійснював моніторинг); 5) проведення лонгітюдних, а не лише поперечно-зрізових досліджень - для оцінки динаміки симптоматики в часі; 6) залучення якісних методів дослідження (глибинні інтерв'ю, фокус-групи) для розкриття суб'єктивного досвіду переміщення. Дотримання цих принципів дозволить отримати методологічно більш надійні результати, на яких можна базувати ширші терапевтичні рекомендації.

3.4. Рекомендації для психологів-практиків та соціальних служб

Для психологів-консультантів та соціальних служб, які працюють з українськими вимушено переміщеними особами, на основі результатів дослідження запропоновано такі практичні принципи. Уникати поспішної патологізації емоційних реакцій переміщених осіб - більшість депресивних і тривожних проявів є нормальною адаптаційною реакцією на абнормальні обставини (Miller & Rasmussen, 2010; Silove et al., 2017). Використовувати ступінчастий підхід (stepped-care): починати з низькоінтенсивних втручань

(психоосвіта, групи підтримки, поведінкова активація), переходячи до інтенсивніших (індивідуальна психотерапія, фармакотерапія) лише за необхідністю (Bower & Gilbody, 2005; Patel et al., 2018). Враховувати культурно-мовний контекст - переміщені особи часто отримують більшу користь від послуг, що надаються рідною мовою, або від двомовних спеціалістів. Інтегрувати в свою практику базові знання з культурно-чутливої психіатрії та психотерапії (Кокун, 2020; Hinton & Patel, 2017). Сприяти соціальній інтеграції - як ключовому захисному чиннику. Бути обережними у рекомендаціях щодо повернення до роботи - індивідуалізуючи їх відповідно до клінічного стану. Підтримувати міждисциплінарну взаємодію - психологи, психіатри, сімейні лікарі, соціальні працівники, юристи мають співпрацювати для забезпечення комплексної підтримки.

Висновки до Розділу 3

У межах третього розділу на основі результатів емпіричного дослідження та критичного аналізу, поданого у другому розділі, сформульовано систему практичних рекомендацій щодо психологічної підтримки українських вимушено переміщених осіб. Рекомендації диференційовано за чотирма категоріями та структуровано відповідно до принципів доказової практики, етичної відповідальності та урахування гетерогенності досліджуваної популяції.

Перше. Для осіб з ознаками депресивних реакцій без клінічно підтвердженого діагнозу - найчисельнішої групи у досліджуваній вибірці - основними інструментами підтримки запропоновано соціально-психологічні заходи з доказовою базою: відновлення та розширення соціальних зв'язків, психоосвіту, структурування повсякденної активності, регулярну фізичну активність, творчу та культурну діяльність, а також доступ до низькопорогових форм психологічної підтримки.

Друге. Для осіб з клінічно підтвердженою депресією обґрунтовано необхідність комплексного підходу, що включає первинну клінічну верифікацію

діагнозу, підбір фармакотерапії під контролем психіатра, поєднання медикаментозного лікування з культурно адаптованою психотерапією, дотримання адекватної тривалості курсу, а також застосування принципу «do no harm» щодо вимог соціальної активності й передчасного повернення до професійної діяльності.

Третє. Для подальших наукових досліджень запропоновано низку методологічних удосконалень: розширення обсягу вибірки, застосування інструментів, валідизованих для популяцій біженців (RHS-15, HSCL-25), поєднання скринінгу з клінічним інтерв'ю, лонгітюдний дизайн, інтеграція якісних методів.

Четверте. Для психологів-практиків та соціальних служб сформульовано принципи роботи з переміщеними особами: уникнення поспішної патологізації емоційних реакцій, застосування ступінчастого підходу (stepped-care), культурно-чутлива практика, обережність у рекомендаціях щодо повернення до роботи, сприяння соціальній інтеграції та міждисциплінарна взаємодія.

П'яте. Уточнено та частково переглянуто попередньо сформульовану рекомендацію щодо повернення до професійної діяльності як універсального засобу зменшення депресивних симптомів. Підкреслено, що ця рекомендація не є універсальною та може бути потенційно шкідливою для осіб із клінічно вираженою депресією, і повинна застосовуватись індивідуалізовано - з урахуванням клінічної форми депресії та стадії її перебігу.

Запропонована система рекомендацій спирається на принципи доказової практики та враховує специфіку життєвої ситуації українських вимушено переміщених осіб. Її реалізація потребує узгодженої міждисциплінарної взаємодії психологів, психіатрів, лікарів первинної ланки, соціальних служб і громадських організацій, які працюють з українськими переміщеними особами.

ВИСНОВКИ

Повномасштабна військова агресія проти України створила тривалий контекст хронічного стресу, невизначеності та втрати базових життєвих опор, що суттєво вплинуло на психоемоційний стан цивільного населення, зокрема вимушено переміщених осіб. Масове переміщення, розрив соціальних зв'язків, втрата професійної ідентичності та необхідність адаптації до нових умов життя сприяли зростанню депресивних і тривожних проявів, актуалізуючи потребу не лише в їх описі, а й у комплексному аналізі чинників, які можуть послаблювати або підтримувати ці стани.

Виконання теоретичних завдань дослідження дозволило розкрити багатовимірний характер психоемоційного стану переміщених осіб. Аналіз сучасних наукових підходів показав, що депресивні та тривожні розлади у цій групі формуються не лише під впливом травматичних подій війни, але й унаслідок постміграційних стресорів, таких як соціальна ізоляція, економічна нестабільність та обмежений доступ до психологічної допомоги. Окрему увагу було приділено феномену ангедонії як одному з центральних, але часто резистентних до лікування симптомів депресії, а також ролі стресостійкості як адаптаційного ресурсу в умовах тривалого стресу.

Відповідно до емпіричних завдань було проведено дослідження психоемоційного стану переміщених осіб із застосуванням стандартизованих методик PHQ-9, GAD-7 та шкали психологічної стресостійкості, а також авторського блоку запитань. Загальний опис вибірки засвідчив високу поширеність депресивних і тривожних симптомів: більшість респондентів демонстрували прояви депресії та тривожності від легкого до важкого рівня. Водночас несподіваним, але клінічно важливим результатом стало те, що у переважної частини респондентів зберігався помірний або високий рівень стресостійкості, що свідчить про наявність внутрішніх адаптаційних механізмів навіть за умов хронічного воєнного стресу.

Перевірка гіпотез надала низку значущих результатів. Перша гіпотеза була частково підтверджена: депресивні та тривожні симптоми є широко

поширеними, однак очікуване загальне зниження стресостійкості не підтвердилося. Друга гіпотеза, яка стосувалася відмінностей між групами респондентів залежно від наявності депресії та прийому антидепресантів, не була підтверджена на рівні статистичної значущості, хоча описові тенденції вказували на деяке покращення показників у групі, що приймала медикаментозне лікування.

Особливу наукову та практичну цінність має підтвердження третьої гіпотези, згідно з якою прийом антидепресантів у осіб із депресивними симптомами не був пов'язаний зі статистично значущим зниженням депресивної та тривожної симптоматики і не супроводжувався вищими показниками стресостійкості. Цей результат узгоджується з теоретичними моделями, які наголошують на обмеженій ефективності фармакотерапії в умовах хронічного соціального стресу та за відсутності системної психотерапевтичної підтримки. Він також підкреслює, що медикаментозне лікування саме по собі не усуває ключові психологічні та соціальні чинники, які підтримують депресивний стан у вимушено переміщених осіб. Водночас описові тенденції у підгрупі тривалого прийому антидепресантів (≥ 3 місяці) дозволяють говорити про нормалізаційну динаміку: середній бал PHQ-9 у цій підгрупі описово збігається з показниками респондентів без діагнозу депресії і суттєво нижчий за показники нелікованих осіб з діагнозом що, попри малий обсяг підгруп, свідчить про практичну виразність ефекту та потребує підтвердження на більших вибірках.

Четверта гіпотеза була підтверджена на описовому рівні: соціально-демографічні чинники, зокрема вік, зайнятість, сімейний і батьківський статус, а також країна проживання, виявилися пов'язаними з рівнями депресії, тривожності та стресостійкості. Найбільш виразним чинником виступила зайнятість, що підкреслює важливість соціальної інтеграції як ресурсу психологічної стабільності.

У третьому розділі роботи на основі результатів проведеного дослідження здійснено критичний аналіз обмежень застосованого інструментарію та

сформульовано систему практичних рекомендацій, диференційованих за категоріями переміщених осіб. Виокремлено п'ять основних обмежень дослідження, серед яких - диспропорційність вибірки за країною проживання, обмеження психодіагностичних шкал PHQ-9 та GAD-7 при застосуванні до популяцій вимушено переміщених осіб, відсутність клінічної верифікації самозвітних діагнозів депресії та невизначеність процесу призначення антидепресантів.

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що психоемоційний стан переміщених осіб формується на перетині індивідуальних симптомів, соціального контексту та доступності допомоги. Отримані дані свідчать про доцільність комплексного підходу до підтримки цієї групи, який має поєднувати психологічну допомогу, соціальні інтервенції та, за необхідності, медикаментозне лікування як допоміжний, а не єдиний засіб впливу. Зокрема, з огляду на те, що 85,7% вибірки склали респонденти, які проживають у Німеччині, у роботі сформульовано окрему рекомендацію щодо своєчасної клінічної верифікації діагнозу для осіб з помірно-тяжким та тяжким рівнем симптоматики у межах державного медичного страхування, а також звернення до україномовних спеціалізованих центрів, що відповідає принципам ступінчастого підходу та дозволяє знизити ризик хронізації депресивного розладу.

Результати дослідження можуть бути використані як емпіричне підґрунтя для розробки програм психологічної підтримки переміщених осіб і для подальших наукових досліджень у сфері клінічної та соціальної психології.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бочелюк, В. Й., & Зарицька, В. В. (2020). Психологія особистості в кризових ситуаціях. Запоріжжя: Видавництво ЗНТУ.
2. Білоус, Р. М. (2023). Соціальна підтримка як ресурс психологічного благополуччя переміщених осіб. Психологія і суспільство, 1, 78-89.
3. Венгер, Г. С., & Лукомська, С. О. (2022). Психологічна підтримка вимушено переміщених осіб під час війни. Психологічний часопис, 8(3), 45-58.
4. Гридковець, Л. М. (2022). Психологічні наслідки вимушеного переміщення: український досвід. Психологія і особистість, 1, 112-125.
5. Зливков, В. Л., & Лукомська, С. О. (2022). Психологічне забезпечення підтримки внутрішньо переміщених осіб. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.
6. Кокун, О. М. (2020). Психологічна стійкість особистості: теоретико-методологічні засади. Київ: Видавництво Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.
7. Кокун, О. М. (2023). Психічне здоров'я українців в умовах війни. Наукові студії із соціальної та політичної психології, 51(54), 87-99.
8. Кокун, О. М., Агаєв, Н. А., Пішко, І. О., & Лозінська, Н. С. (2021). Психологічна допомога особам у стресових ситуаціях: практичний посібник. Київ: КНТ.
9. Максименко, С. Д. (2020). Генетико-психологічна теорія розвитку особистості. Київ: Видавничий Дім "Слово".
10. Маркова, М. В. (2022). Психічне здоров'я в умовах війни: виклики та можливості. Психіатрія, неврологія та медична психологія, 19(2), 5-12.
11. Пилипенко, Н. Г. (2023). Особливості адаптації українських переселенців у країнах ЄС. Психологія і соціальна робота, 2, 56-67.
12. Хаустова, О. О. (2021). Психоемоційний стан населення України в умовах війни. Психіатрія, неврологія та медична психологія, 18, 12-21.

- 13.Хомуленко, Т. Б., & Кузнецов, М. А. (2021). Психологічна служба в умовах надзвичайних ситуацій. Харків: Видавництво ХНПУ ім. Г. С. Сковороди.
- 14.Чабан, О. С. (2019). Депресивні розлади: сучасний погляд. Київ: Медкнига.
- 15.Чабан, О. С., & Хаустова, О. О. (2020). Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо. Український медичний часопис, 4(138), 22-32.
- 16.Acarturk, C., Cetinkaya, M., Senay, I., Gulen, B., Aker, T., & Hinton, D. (2018). Prevalence and predictors of posttraumatic stress and depression symptoms among Syrian refugees in a refugee camp. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(1), 40-45.
- 17.Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 93-107. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow>
- 18.Bauer, A., Kessler, M., & Pinedo, M. (2024). Mental health of Ukrainian refugees in European countries: A comparative study. *European Journal of Public Health*, 34(2), 245-253.
- 19.Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 697-712.
- 20.Bhugra, D., & Becker, M. A. (2005). Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry*, 4(1), 18-24.
- 21.Boehnlein, J. K. (2007). Religion and spirituality after trauma. In L. Kirmayer, R. Lemelson, & M. Barad (Eds.), *Understanding trauma: Integrating biological, clinical, and cultural perspectives* (pp. 259-274). Cambridge University Press.
- 22.Bogdan, R., & Pizzagalli, D. A. (2009). The heritability of hedonic capacity and perceived stress: A twin study evaluation of candidate depressive phenotypes. *Psychological Medicine*, 39(2), 211-218.

23. Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: A systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15(1), 29.
24. Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: Access, effectiveness and efficiency. *The British Journal of Psychiatry*, 186(1), 11-17.
25. Breedvelt, J. J. F., Warren, F., Brouwer, M. E., de Graaf, R., Penninx, B. W. J. H., & Lamers, F. (2020). Does psychotherapy improve outcomes when added to antidepressant medication? *The British Journal of Psychiatry*, 216(4), 223-230. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.253>
26. Bryant, R. A., Edwards, B., Creamer, M., O'Donnell, M., Forbes, D., Felmingham, K. L., Silove, D., Steel, Z., McFarlane, A. C., Van Hooff, M., & Hadzi-Pavlovic, D. (2018). The effect of post-traumatic stress disorder on refugees' parenting and their children's mental health: A cohort study. *The Lancet Public Health*, 3(5), e249-e258.
27. Brücker, H., Ette, A., Grabka, M. M., Kosyakova, Y., Niehues, W., Rother, N., Schmidt, P. F., Siegert, M., Spieß, C. K., & Tanis, K. (2023). Ukrainian refugees in Germany: Evidence from a large representative survey. *CESifo Forum*, 24(2), 27-33.
28. Buchcik, J., Kovach, V., & Adedeji, A. (2023). Mental health of Ukrainian refugees in Germany. *Frontiers in Public Health*, 11, 1163545.
29. Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A., & Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301(5631), 386-389.
30. Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., Leucht, S., Ruhe, H. G., Turner, E. H., Higgins, J. P. T., Egger, M., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Imai, H., Shinohara, K., Tajika, A., Ioannidis, J. P. A., & Geddes, J. R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive

- disorder: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 391(10128), 1357-1366.
31. Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis. *World Psychiatry*, 22(1), 105-115.
 32. Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T. F., & Reynolds, C. F. (2014). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: A meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(1), 56-67. <https://doi.org/10.1002/wps.20089>
 33. Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 318-326.
 34. DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., & Gallop, R. (2008). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 65(4), 409-418. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.4.409>
 35. Fancourt, D., & Finn, S. (2019). What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. WHO Regional Office for Europe.
 36. Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: Risk and protective factors. *The Lancet*, 379(9812), 266-282.
 37. First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2015). Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5). American Psychiatric Publishing.
 38. Galima, S. V., Vogel, S. R., & Kowalski, A. W. (2020). Seasonal affective disorder: Common questions and answers. *American Family Physician*, 102(11), 668-672.

39. Geddes, J. R., Carney, S. M., Davies, C., Furukawa, T. A., Kupfer, D. J., Frank, E., & Goodwin, G. M. (2003). Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: A systematic review. *The Lancet*, 361(9358), 653-661.
40. Hari, J. (2018). *Lost connections: Uncovering the real causes of depression-and the unexpected solutions*. Bloomsbury Publishing.
41. Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., Bryant, R. A., Christensen, H., & Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(4), 301-310.
42. Heim, C., & Binder, E. B. (2012). Current research trends in early life stress and depression: Review of human studies on sensitive periods, gene-environment interactions, and epigenetics. *Experimental Neurology*, 233(1), 102-111.
43. Hinton, D. E., & Patel, A. (2017). Cultural adaptations of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 701-714.
44. Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P. R., de Jong, J. T. V. M., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M., & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70(4), 283-315.
45. Hollifield, M., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., Toolson, E. C., Woldehaimanot, T., Yamazaki, J., Holland, A., St. Clair, J., & SooHoo, J. (2013). The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): Development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *General Hospital Psychiatry*, 35(2), 202-209.

46. Hollifield, M., Warner, T. D., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J. H., Kesler, J., Stevenson, J., & Westermeyer, J. (2002). Measuring trauma and health status in refugees: A critical review. *JAMA*, 288(5), 611-621.
47. Kaltenbach, E., Härdtner, E., Hermenau, K., Schauer, M., & Elbert, T. (2017). Efficient identification of mental health problems in refugees in Germany: The Refugee Health Screener. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup2), 1389205.
48. Karam, E. G., & Khan, A. (2022). Resilience-focused interventions for refugees: A systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 9(8), 654-665.
49. Karamushka, L. M. (2022). *Psychological resilience and mental health in crisis situations*. Kyiv: Institute of Psychology, National Academy of Educational Sciences of Ukraine.
50. Kennedy, S. H., Lam, R. W., McIntyre, R. S., Tourjman, S. V., Bhat, V., Blier, P., Hasnain, M., Jollant, F., Levitt, A. J., MacQueen, G. M., McInerney, S. J., McIntosh, D., Milev, R. V., Müller, D. J., Parikh, S. V., Pearson, N. L., Ravindran, A. V., & Uher, R. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 3. Pharmacological treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(9), 540-560.
51. Kilic, C., Aker, A. T., Celik, S., & Kose, S. (2023). Barriers to mental health care among refugees: A systematic review. *International Journal of Mental Health Systems*, 17, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00592-1>
52. Kirsch, I. (2014). Antidepressants and the placebo effect. *Zeitschrift für Psychologie*, 222(3), 128-134.
53. Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J., & Johnson, B. T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*, 5(2), e45.

- 54.Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- 55.Kurapov, A., Klymchuk, V., Cheung, A., & Sitko, S. (2023). Mental health consequences of war in Ukraine: A national study. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2023.2168103>
- 56.Lindert, J., Carta, M. G., Schäfer, I., & Mollica, R. F. (2016). Refugees mental health - A public mental health challenge. *European Journal of Public Health*, 26(3), 374-375.
- 57.Malhi, G. S., & Mann, J. J. (2018). Depression. *The Lancet*, 392(10161), 2299-2312.
- 58.Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). Behavioral activation for depression: A clinician's guide. Guilford Press.
- 59.Maslova, S., Wittlif, A., & Lewicki, A. (2023). Ukrainian refugees in Germany: Integration challenges and prospects. *Migration Letters*, 20(4), 567-580.
- 60.*Mental health in conflict and humanitarian emergencies*. Geneva: World Health Organization. World Health Organization. (2022).
- 61.Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*, 70(1), 7-16.
- 62.Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., Bryant, R. A., Mitchell, P. B., & Harvey, S. B. (2016). The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry*, 24(4), 331-336.
- 63.Mollica, R. F., Wyshak, G., de Marneffe, D., Khuon, F., & Lavelle, J. (2004). Indochinese versions of the Hopkins Symptom Checklist-25: A screening instrument for the psychiatric care of refugees. *American Journal of Psychiatry*, 144(4), 497-500.

64. Moncrieff, J., & Kirsch, I. (2015). Empirically derived criteria cast doubt on the clinical significance of antidepressants. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-41. <https://doi.org/10.1159/000370645>
65. Mooren, T. T. M., de Jong, K., Kleber, R. J., & Ruvic, J. (2003). The efficacy of a mental health program in Bosnia-Herzegovina: Impact on coping and general health. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 57-69.
66. Mucic, D., & Hilty, D. M. (2016). E-mental health for refugees: Bridging language and cultural barriers. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 199.
67. Munkholm, K., Paludan-Müller, A. S., & Boesen, K. (2019). Considering the methodological limitations in the evidence base of antidepressants for depression: A reanalysis of a network meta-analysis. *BMJ Open*, 9(6), e024886.
68. Nickerson, A., Liddell, B. J., Maccallum, F., Steel, Z., Silove, D., & Bryant, R. A. (2017). Posttraumatic stress disorder and prolonged grief in refugees exposed to trauma and loss. *BMC Psychiatry*, 14, 106.
69. Parker, G. (2007). Defining melancholia: The primacy of psychomotor disturbance. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(s433), 21-30.
70. Parker, G., & Manicavasagar, V. (2017). *Modelling and managing the depressive disorders: A clinical guide*. Cambridge University Press.
71. Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., Prince, M., Rahman, A., Saraceno, B., Sarkar, B. K., De Silva, M., Singh, I., Stein, D. J., Sunkel, C., & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598.
72. Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis. *JAMA*, 294(5), 602-612.

73. Priebe, S., Giacco, D., & El-Nagib, R. (2016). Public health aspects of mental health among migrants and refugees: A review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe.
74. Satinsky, E., Fuhr, D. C., Woodward, A., Sondorp, E., & Roberts, B. (2019). Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy*, 123(9), 851-863.
75. Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders* (2nd ed.). Hogrefe.
76. Schuch, F. B., Vancampfort, D., Richards, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., & Stubbs, B. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. *Journal of Psychiatric Research*, 77, 42-51.
77. Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z., & Lacherez, P. (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 179-187.
78. Schäfer, S. K., Kunzler, A. M., Lindner, S., Broll, J., Stoll, M., Stoffers-Winterling, J., & Lieb, K. (2023). Brief group-based psychological interventions to promote mental health and well-being. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD014836.
79. Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.
80. Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
81. Sijbrandij, M., Acarturk, C., Bird, M., Bryant, R. A., Burchert, S., Carswell, K., de Jong, J., Dinesen, C., Dawson, K. S., El Chammay, R., van Ittersum, L., Jordans, M., Knaevelsrud, C., McDaid, D., Miller, K., Morina, N., Park, A. L.,

- Roberts, B., van Son, Y., Sondorp, E., Pfaltz, M. C., Ruttenberg, L., Schick, M., Schnyder, U., van Ommeren, M., Ventevogel, P., Weissbecker, I., Weitz, E., Wiedemann, N., Whitney, C., & Cuijpers, P. (2017). Strengthening mental health care systems for Syrian refugees in Europe and the Middle East: Integrating scalable psychological interventions in eight countries. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup2), 1388102.
82. Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: An overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2), 130-139.
83. Singh, B., Olds, T., Curtis, R., Dumuid, D., Virgara, R., Watson, A., Szuhany, K., O'Connor, E., Ferguson, T., Eglitis, E., Miatke, A., Simpson, C. E., & Maher, C. (2023). Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: An overview of systematic reviews. *British Journal of Sports Medicine*, 57(18), 1203-1209.
84. Spence, R., Owens-Solari, M., Goodyer, I., & Marsh, J. (2017). *Depression in adolescents: A guide for parents, teachers, and caregivers*. Cambridge University Press.
85. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
86. Stahl, S. M. (2013). *Stahl's essential psychopharmacology* (4th ed.). Cambridge University Press.
87. Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement. *JAMA*, 302(5), 537-549. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>
88. Tol, W. A., Barbui, C., Galappatti, A., Silove, D., Betancourt, T. S., Souza, R., Golaz, A., & van Ommeren, M. (2011). Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Linking practice and research. *The Lancet*, 378(9802), 1581-1591.

89. Tol, W. A., Leku, M. R., Lakin, D. P., Carswell, K., Augustinavicius, J., Adaku, A., Au, T. M., Brown, F. L., Bryant, R. A., Garcia-Moreno, C., Musci, R. J., Ventevogel, P., White, R. G., & van Ommeren, M. (2020). Guided self-help to reduce psychological distress in South Sudanese female refugees in Uganda: A cluster randomised trial. *The Lancet Global Health*, 8(2), e254-e263.
90. Treadway, M. T., & Zald, D. H. (2011). Reconsidering anhedonia in depression. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 537-555. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.06.004>
91. Walther, L., Fuchs, L. M., Schupp, J., & von Scheve, C. (2020). Psychological distress among refugees in Germany: A cross-sectional analysis of individual and contextual risk factors. *BMJ Open*, 10(8), e033658. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033658>
92. World Health Organization. (2016). *Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity*. Geneva: World Health Organization. (2019).