Український державний університет імені Михайла Драгоманова

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

Каландія Гела Тенгізович

УДК 159.972:364.26-056.262

ДИСЕРТАЦІЯ

ДІАГНОСТИКА І КОРЕКЦІЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ОСІБ, ЯКІ ВТРАТИЛИ ЗІР В ДОРОСЛОМУ ВІЦІ

016 Спеціальна освіта
01 Освіта

Подається на здобуття ступеня доктора філософії.
Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
_____Каландія Г.Т.

Науковий керівник: Руденко Лілія Миколаївна,
доктор психологічних наук,
професор

Київ - 2026

АНОТАЦІЯ

Каландія Г.Т. Діагностика і корекція депресивних станів у осіб, які втратили зір у дорослому віці. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 016 Спеціальна освіта. – Український державний університет імені Михайла Драгоманова. – Київ, 2026.

У дисертації здійснено теоретичне та емпіричне дослідження депресивних станів у дорослих осіб із набутою втратою зору як одного з чинників, що ускладнює психологічну адаптацію, реабілітацію, соціальну інтеграцію та відновлення активної життєдіяльності. Визначено психологічні особливості депресивних проявів, фактори ризику та протективні чинники їх розвитку, розроблено модель комплексного супроводу й авторську програму корекційного втручання та проведено її апробацію.

Теоретико-методологічний аналіз засвідчив, що набута втрата зору в дорослому віці супроводжується суттєвою перебудовою сформованого способу життя, самосприйняття, соціальних і професійних ролей та потребує тривалої психологічної адаптації. Депресивні стани в цих умовах можуть знижувати мотивацію до реабілітації, ускладнювати опанування нових способів діяльності та компенсаторних навичок, посилювати соціальну ізоляцію й обмежувати використання наявних адаптаційних ресурсів. У зв’язку з цим діагностика та корекція депресивних проявів розглядаються як важлива складова комплексного супроводу осіб із набутою втратою зору.

Емпіричне дослідження дозволило встановити високу поширеність депресивних проявів серед осіб із набутою втратою зору та визначити особливості їх структури. Виявлено когнітивно-афективний, соматичний, мотиваційно-поведінковий та емоційно-експресивний компоненти

депресивної симптоматики. Встановлено взаємозв'язки її вираженості із соціально-демографічними, особистісними та психологічними чинниками. Важливе протективне значення мають соціальна підтримка та адаптивні способи опанування труднощів, які сприяють збереженню активності, залученості до реабілітаційного процесу та кращій психологічній адаптації до втрати зору.

На основі теоретичних положень та отриманих емпіричних результатів розроблено й обґрунтовано модель комплексного супроводу осіб із депресивними станами при набутій втраті зору. Модель включає діагностичний, корекційно-реабілітаційний, освітньо-інформаційний, соціально-підтримувальний та інтеграційний компоненти й орієнтована не лише на зменшення депресивної симптоматики, а й на підтримку адаптаційних ресурсів особистості, соціального функціонування та включення особи в реабілітаційний процес.

Розроблено авторську програму корекційного втручання «Шлях до відновлення при втраті зору», спрямовану на зменшення депресивних і тривожних проявів, розвиток адаптивних способів опанування труднощів, посилення соціальної підтримки та сприяння психологічній адаптації до набутої втрати зору. Програма поєднує когнітивно-поведінковий підхід, поведінкову активацію, елементи терапії прийняття і зобов'язань, психоедукацію та методи розвитку навичок саморегуляції, адаптовані до потреб осіб із порушеннями зору.

Апробація програми засвідчила позитивну динаміку основних досліджуваних психологічних показників, більш виражену серед учасників, які завершили повний курс корекційної роботи. Отримані результати підтверджують доцільність включення корекційної допомоги до системи комплексного супроводу осіб із набутою втратою зору як складової підтримки їх психологічної адаптації та реабілітації.

За результатами дослідження розроблено рекомендації щодо профілактики депресивних станів, психологічної корекції та комплексного

супроводу осіб із набутою втратою зору в реабілітаційному процесі. Практичне значення одержаних результатів полягає в можливості використання розробленої моделі, корекційної програми та рекомендацій у діяльності реабілітаційних центрів, педагогічних та психологічних служб, закладів охорони здоров'я, соціальних та інших установ, що здійснюють супровід осіб із порушеннями зору.

Ключові слова: набуті порушення зору, втрата зору, депресивні стани, психодіагностика, біопсихосоціальна модель, реабілітація, поведінкова активація, когнітивно-поведінкова терапія, корекція, адаптація, особливі освітні потреби, корекційне втручання, соціалізація, комплексний супровід, корекційно реабілітаційна програма, соціальна інтеграція, якість життя.

ABSTRACT

Kalandiia H.T. Diagnosis and Correction of Depressive States in Individuals Who Lost Their Sight in Adulthood. – Qualifying scientific work as a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in Specialty 016 Special Education. – Mykhailo Drahomanov Ukrainian State University. – Kyiv, 2026.

The dissertation presents a theoretical and empirical study of depressive states in adults with acquired vision loss as one of the factors that may complicate psychological adaptation, rehabilitation, social integration, and the restoration of active everyday functioning. The psychological characteristics of depressive manifestations, as well as the risk and protective factors associated with their development, were identified. An integrative model of comprehensive support and an original psychological intervention programme were developed, and the programme was subsequently tested in practice.

The theoretical and methodological analysis demonstrated that acquired vision loss in adulthood is accompanied by substantial changes in an established way of life, self-perception, and social and professional roles, and requires prolonged psychological adaptation. Under these circumstances, depressive states may reduce motivation for rehabilitation, hinder the acquisition of new ways of functioning and compensatory skills, intensify social isolation, and limit the use of available adaptive resources. Therefore, the assessment and correction of depressive manifestations are considered an important component of comprehensive support for individuals with acquired vision loss.

The empirical study revealed a high prevalence of depressive manifestations among individuals with acquired vision loss and made it possible to determine the specific features of their structure. Cognitive-affective, somatic, motivational-behavioural, and emotional-expressive components of depressive symptomatology were identified. Associations were established between the severity of depressive manifestations and sociodemographic, personality, and psychological factors. Social support and adaptive coping strategies were found

to have an important protective role, contributing to the maintenance of activity, engagement in the rehabilitation process, and more successful psychological adaptation to vision loss.

Based on the theoretical framework and the empirical findings, an integrative model of comprehensive support for individuals experiencing depressive states following acquired vision loss was developed and theoretically substantiated. The model comprises diagnostic, correctional and rehabilitative, educational and informational, social support, and integrative components. It is aimed not only at reducing depressive symptoms but also at strengthening personal adaptive resources, supporting social functioning, and facilitating the individual's engagement in the rehabilitation process.

An original psychological intervention programme entitled *"The Path to Recovery Following Vision Loss"* was developed. The programme is aimed at reducing depressive and anxiety manifestations, developing adaptive coping strategies, strengthening social support, and facilitating psychological adaptation to acquired vision loss. It integrates a cognitive behavioural approach, behavioural activation, elements of Acceptance and Commitment Therapy, psychoeducation, and methods for developing self-regulation skills, adapted to the needs of individuals with visual impairments.

The programme evaluation demonstrated positive changes in the main psychological indicators under study, with more pronounced improvements observed among participants who completed the full course of psychological intervention. The findings support the appropriateness of incorporating psychological intervention into the system of comprehensive support for individuals with acquired vision loss as a component of their psychological adaptation and rehabilitation.

Based on the findings of the study, recommendations were developed for the prevention of depressive states, psychological correction, and comprehensive support for individuals with acquired vision loss during the rehabilitation process. The practical significance of the results lies in the possibility of applying the

developed model, psychological intervention programme, and recommendations in rehabilitation centres, psychological services, healthcare institutions, social services, and other organisations providing support to individuals with visual impairments.

Keywords: acquired visual impairment, vision loss, depressive states, psychodiagnostics, biopsychosocial model, rehabilitation, behavioral activation, cognitive behavioral therapy, psychological correction, adaptation, special educational needs, corrective intervention, socialization, comprehensive support, corrective and rehabilitation program, social integration, quality of life.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗДОБУВАЧА

Статті, опубліковані у фахових виданнях

1. Каландія Г. & Родченко Л. (2024). **Психологічні особливості прояву та динаміки перебігу депресивних станів особистості**. *Наукові праці міжрегіональної академії управління персоналом. Психологія*, (1(62), 5-9. DOI: Https://doi.org/10.32689/maup.psych.2024.1.1 .

2. Каландія Г. **Механізми формування депресивних станів у дорослих осіб з набутою втратою зору.** *Інклюзія і суспільство*. Кам'янець-Подільський: Навчально-реабілітаційний заклад вищої освіти «Кам'янець-Подільський державний інститут», 2025. № 3. 2025. С. 52-59. DOI: https://doi.org/10.32782/2787-5137-2025-3-6

3. Каландія Г. **Психологічні особливості переживання та подолання втрати зору в дорослому віці,** *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : збірник наукових праць.* Київ : Вид-во УДУ імені Михайла Драгоманова, 2024. Вип. 47. С. 103-108. DOI: https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series19.2024.47.15

4. Каландія, Г. **Теоретико-методичне обґрунтування програми корекції депресивних станів у дорослих осіб із набутою втратою зору**. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 122, 2 (Трав 2026), 116-135. DOI: https://doi.org/10.33189/ectu.v122i2.333

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

5. Каландія Г. Психологічний вимір динаміки депресивних розладів особистості. Матеріали IX Міжнародної науково-практичної конференції "Розбудова інноваційних економіки, менеджменту та освіти в умовах нової соціальної реальності" (Київ, Міжрегіональна Академія управління персоналом, 23–24 травня 2024 р.) Київ, 2024. С. 316-318. https://research.maup.com.ua/assets/files/conferency/17-problemi-modernizacii.pdf

6. Каландія Г. Проблемні аспекти адаптації до втрати зору у дорослих. Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції “Цифрова трансформація освіти: теоретико-методичні засади”. К., 2024. С. 152-154. https://enpuirb.udu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/35de165e-ef93-4149-925f-64dada857b75/content

7. Руденко Л. М., Каландія Г. Т. Соціальна підтримка як протективний чинник депресивних станів у дорослих із втратою зору Матеріали збірника праць «Дев’ятий Всеукраїнський Рефракційний Пленер`25»: науково-практична конференція офтальмологів, дитячих офтальмологів та оптометристів України з міжнародною участю, 10-11 жовтня 2025 року. С. 119-120.
https://uapo.org.ua/wp-content/uploads/2026/02/Zbirnyk_prac_RP2025.pdf

8. Каландія Г. Т. Структурні особливості депресивної симптоматики у дорослих із набутою втратою зору в контексті інклюзивної адаптації. Збірник матеріалів І Міжнародної науково-практичної конференції пам’яті академіка В.М. Синьова «Синергетичний підхід у розвитку та освіті осіб з обмеженнями життєдіяльності» 13-14 березня 2026 року, С. 54-55.
https://enpuir.udu.edu.ua/entities/publication/f611f467-06ae-4dff-84a4-1f996f56d985

9. Каландія Г. Особливості формування депресивних станів у дорослих осіб із набутою втратою зору. Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції «Вітальна безпека особи, суспільства і держави в умовах війни», 7-9 квітня 2026 року, м. Київ, С. 138-140. https://naukainfo.com/jurnaly/Conference128.pdf

ЗМІСТ

ВСТУП 12

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ОСІБ З ВТРАТОЮ ЗОРУ В ДОРОСЛОМУ ВІЦІ 20

1.1. Втрата зору в дорослому віці: причини та особливості перебігу 20

1.2. Депресивні стани як наслідок травматичної втрати зору у дорослих осіб 35

1.3. Сучасні підходи до корекції депресивних станів у осіб, які втратили зір у дорослому віці 50

Висновки до розділу 1 69

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ОСІБ З НАБУТОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ 72

2.1. Організація та методи дослідження депресивних проявів у осіб, які втратили зір в дорослому віці 72

2.2. Аналіз результатів діагностики депресивних станів та їх психологічних особливостей 92

2.3. Аналіз виявлення факторів ризику та протективних чинників розвитку депресії при набутій втраті зору 109

Висновки до розділу 2 122

РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ОСІБ, ЯКІ ВТРАТИЛИ ЗІР У ДОРОСЛОМУ ВІЦІ 126

3.1. Теоретичне обґрунтування моделі комплексного супроводу осіб з депресивними станами при втраті зору 126

3.2. Програма корекційного втручання для осіб з набутою втратою зору та депресивною симптоматикою 142

3.3. Рекомендації щодо профілактики та комплексного супроводу депресивних станів у реабілітаційному процесі 172

Висновки до розділу 3 184

ВИСНОВКИ 188

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 192
ДОДАТКИ 214

ВСТУП

Актуальність дослідження. Втрата зору в дорослому віці становить одну з найтяжчих форм інвалідності, що кардинально змінює життя людини та створює передумови для розвитку виражених труднощів для адаптації в нових умовах. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, понад 338 мільйонів людей у світі живуть із порушеннями зору, причому значна частина з них втрачає зір у дорослому віці внаслідок захворювань, травм або вікових змін. В Україні, за офіційними статистичними даними, налічується близько 300 тисяч осіб із порушеннями зору, з яких понад 60 % втратили зір після досягнення повноліття.

Набута втрата зору супроводжується глибокими психологічними наслідками, серед яких депресивні стани посідають особливе місце за поширеністю та тяжкістю перебігу. Сучасні епідеміологічні дослідження свідчать, що майже кожна четверта доросла особа з втратою зору повідомляє про клінічно значущі симптоми депресії, що у 2–3 рази перевищує показники серед осіб зі збереженим зором. При цьому молодші дорослі з втратою зору мають значно вищий ризик розвитку тяжких депресивних і тривожних проявів порівняно зі старшими віковими групами.

Водночас наслідки набутої втрати зору не вичерпуються лише емоційними порушеннями. Вони охоплюють зміни способу життя, труднощі адаптації, звуження можливостей соціального функціонування, ускладнення професійної самореалізації та потребу в спеціально організованій підтримці й реабілітації. Саме тому проблема депресивних станів у осіб, які втратили зір у дорослому віці, має розглядатися не лише як клініко-психологічна, а і як така, що безпосередньо пов'язана з процесом їх адаптації, соціальної інтеграції та відновлення активної життєдіяльності.

Питання адаптації, реабілітації та соціальної інтеграції осіб із порушеннями зору висвітлено у працях Р. Абдряхімова, В. Засенка, В. Кобильченка, А. Колупаєвої, І. Сасіної, Є. Синьової, П. Таланчука, С. Федоренко та інших дослідників. Методика оцінювання соціальних навичок

дорослих із порушеннями зору була запропонована М. Федоренко та С. Федоренко. Досвід організації психолого-педагогічного супроводу таких осіб в умовах інклюзії аналізували О. Позднякова, Д. Шульженко проаналізували. Розробкою психокорекційних технологій та комплексної допомоги займалася О. Чеботарьова. Г. Мозгова, С. Поліщук та О. Якимчук описали комплексне оцінювання емоційних, когнітивних і поведінкових проявів із поєднанням тестування, бесіди та спостереження. О. Вельган, О. Друзь, Л. Родченко, Л. Руденко та І. Семенець-Орлова розглянули роль розпізнавання й регуляції емоцій у подоланні наслідків бойової психотравми. Міждисциплінарну організацію реабілітаційної допомоги військовослужбовцям і ветеранам із функціональними порушеннями висвітлили О. Круглик, І. Маркусь та Л. Руденко. Отже, зазначена проблематика викликала інтересах у багатьох вітчизняних науковців.

Особливої значущості набула розробка теоретико-методологічних і практичних засад психокорекційної діяльності при порушеннях зору. Разом з тим корекційні практики, спрямовані на осіб із набутою втратою зору та депресивною симптоматикою, залишаються недостатньо розробленими в науковому плані, а наявні результати не завжди отримують належне впровадження в діяльність реабілітаційних центрів, психологічних служб та інших структур підтримки. Це зумовлює потребу в розробленні спеціалізованих підходів до діагностики й корекції депресивних станів, адаптованих до психологічних особливостей дорослих осіб із набутою втратою зору.

Однак, незважаючи на значну кількість досліджень у галузі тифлопедагогіки та психології депресивних розладів, аналіз наукової літератури свідчить про відсутність єдиного підходу до розуміння механізмів розвитку, діагностики та корекції депресивних станів в осіб із набутою втратою зору. Враховуючи досягнення сучасної психологічної науки, бракує досліджень, пов’язаних із розробленням комплексних

програм корекційного втручання, специфічно адаптованих до потреб осіб, які втратили зір у дорослому віці та мають депресивну симптоматику.

Особливої уваги потребує дослідження механізмів розвитку депресивних станів при набутій втраті зору, факторів ризику та протективних чинників, що впливають на перебіг депресії в цій категорії осіб. Визначення ефективних методів діагностики та розроблення доказових підходів до корекції депресивних станів дозволить підвищити якість життя осіб із порушеннями зору та ефективність їх реабілітації.

Отже, актуальність дослідження визначається високою поширеністю депресивних станів у осіб, які втратили зір у дорослому віці, недостатньою розробленістю спеціалізованих корекційних підходів, а також необхідністю вдосконалення комплексної допомоги, реабілітації та підтримки цієї категорії осіб у процесі їх адаптації до нових умов життя.

Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконано згідно з планом наукової діяльності факультету спеціальної освіти та соціальної політики Українського державного університету імені Михайла Драгоманова за напрямком «Дослідження проблем спеціальної та інклюзивної освіти». Тему дисертації затверджена Вченою радою Українського державного університету імені Михайла Драгоманова (протокол № 4 від 30.11. 2023 року).

Метою дисертаційної роботи є обґрунтування діагностичного комплексу дослідження депресивних станів у осіб з набутою втратою зору, емпіричне вивчення факторів їх розвитку та розроблення програми корекційного втручання для подолання депресивної симптоматики в процесі реабілітації та підтримки адаптаційних ресурсів особистості.

Мета дослідження зумовила постановку і розв'язання таких **завдань дослідження**:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових підходів щодо проблеми особливостей втрати зору в дорослому віці та механізмів розвитку депресивних станів у осіб з набутими порушеннями зору.

2. Емпірично дослідити, обґрунувати й розробити діагностичний комплекс для виявлення депресивних станів в осіб, які втратили зір у дорослому віці, а також визначити повязані з ними фактори ризику та протективні чинники.

3. Розробити та теоретично обґрунтувати модель комплексного супроводу осіб із набутою втратою зору та депресивними проявами, а також розробити й апробувати програму корекційного втручання для цієї категорії осіб.

4. Розробити рекомендації щодо профілактики депресивних станів, корекції та комплексного супроводу осіб із набутою втратою зору в процесі реабілітації.

Об'єкт дослідження: депресивні стани у осіб з набутою втратою зору в дорослому віці.

Предмет дослідження: діагностика, особливості розвитку, перебігу та корекції депресивних станів у осіб, які втратили зір у дорослому віці.

Методи дослідження. Для досягнення мети та виконання поставлених завдань використано комплекс наукових методів дослідження:

теоретичні: аналіз наукових джерел – для визначення стану розробленості проблеми депресивних станів при втраті зору; порівняння та узагальнення поглядів науковців – з метою виявлення особливостей розвитку депресивних станів при набутих порушеннях зору; систематизація наукових джерел – для обґрунтування структури та змісту програми корекційного втручання; теоретичне моделювання – для побудови концептуальної моделі корекції депресивних станів у осіб, які втратили зір у дорослому віці;

емпіричні: психодіагностичне тестування – для дослідження рівня депресивної симптоматики, особливостей копінг-поведінки, якості життя та адаптаційних можливостей; експертна оцінка – для визначення тяжкості функціональних порушень та ступеня соціальної дезадаптації; лонгітюдне

спостереження – для вивчення динаміки депресивних проявів у процесі адаптації до втрати зору;

методи математичної статистики: описова статистика, кореляційний аналіз, регресійний аналіз, критерії значущості відмінностей для перевірки гіпотез дослідження.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що:

вперше:

розроблено комплексну діагностику, спрямовану на дослідження психологічних особливостей депресивних станів у осіб з набутою втратою зору;

розроблено та обґрунтовано модель комплексного супроводу осіб з депресивними станами при втраті зору, особливістю якої є поєднання п'яти взаємопов'язаних компонентів: діагностичного, корекційно-реабілітаційного, освітньо-інформаційного, соціально-підтримувального та інтеграційного, що забезпечують етапний підхід до подолання депресивних станів з урахуванням стадій психологічної адаптації до втрати зору. Освітньо-реабілітаційна специфіка запропонованої моделі полягає в узгодженні психологічної підтримки з навчанням нових способів діяльності в умовах набутої втрати зору та іншими напрямами реабілітаційної допомоги;

обгрунтовано та створено комплексну програму корекційного втручання "Шлях до відновлення при втраті зору", що включає чотири послідовні модулі з детально розробленими занятями, адаптованими до специфіки роботи з особами з порушеннями зору;

удосконалено:

теоретичні уявлення про біопсихосоціальні механізми розвитку депресивних станів при набутій втраті зору з урахуванням сучасних досягнень нейронаук та когнітивно-поведінкової терапії;

методологічні підходи до діагностики депресивних станів у осіб з порушеннями зору шляхом адаптації стандартизованих діагностичних інструментів;

дістали подальшого розвитку:

наукові уявлення про етапність процесу адаптації до втрати зору та специфічні завдання психологічної підтримки на кожному етапі;

положення щодо факторів ризику та протективних чинників розвитку депресивних станів при набутих порушеннях зору.

Практичне значення одержаних результатів. Теоретико-методологічні положення дисертаційної роботи доведено до рівня конкретних розробок та рекомендацій щодо діагностики та корекції депресивних станів у осіб з набутою втратою зору.

Для фахівців зі спеціальної освіти практичне значення результатів дослідження полягає в можливості їх використання для підтримки мотивації осіб з набутою втратою зору до навчання й участі в реабілітації, а також для індивідуалізації освітньо-реабілітаційного супроводу з урахуванням їхнього психоемоційного стану.

Матеріали дисертаційного дослідження, його основні положення і висновки можуть бути використані: в освітньому процесі закладів вищої освіти для підготовки педагогів та психологів до роботи з особами з порушеннями зору в межах вивчення спеціальної психології, реабілітаційної психології, клінічної психології та спеціальної освіти; у системі підвищення кваліфікації фахівців з метою підвищення професійної компетентності психологів, які працюють у сфері реабілітації осіб з інвалідністю; у діяльності реабілітаційних центрів, психологічних служб закладів охорони здоров’я, громадських організацій, що надають допомогу особам з порушеннями зору.

Результати дисертаційного дослідження впроваджено в практичну діяльність у КНП «КМКЛ № 10» м. Києва, у відділенні психіатричної допомоги – Київському міському кризовому центрі

«Соціотерапія», що підтверджується відповідною довідкою про впровадження (додаток А).

Особистий внесок здобувача у працях, опублікованих у співавторстві. Наукові результати, викладені у фахових статтях [4; 43; 44], одержані здобувачем самостійно. У статті «Психологічні особливості прояву та динаміки перебігу депресивних станів особистості» [41] Г. Т. Каландія здійснив теоретичний аналіз наукових підходів до розуміння депресивних станів, систематизував їхні когнітивні, емоційні, мотиваційні та поведінкові прояви, проаналізував зміни депресивної симптоматики на різних етапах її формування, виокремив психологічні чинники ризику виникнення й прогресування депресивних станів та підготував основний текст статті. Внесок Л. Родченко полягав у постановці проблеми, науково-методологічному супроводі дослідження, узагальненні висновків і науковому редагуванні тексту статті.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та висновки дослідження доповідалися та обговорювалися на щорічних звітах аспірантів Українського державного університету імені Михайла Драгоманова впродовж 2024-2026 років та науково-практичних заходах різних рівнів: науково-практичній конференції «Спільнота практиків психосоціальних інтервенцій», м. Київ, 28–29 березня 2024 року; круглому столі «Трансформація спеціальної освіти та реабілітації осіб з порушеннями зору в Україні», онлайн-участь, 25 квітня 2024 року; науково-практичній конференції з міжнародною участю «Травми війни. Мультимодальний підхід у стаціонарному лікуванні», 21–22 червня 2024 року; звітно-науковій конференції «Освіта і наука», доповідь на тему: «Афективні реакції пацієнтів, які втратили зір у дорослому віці», м. Київ, 07–11 квітня 2025 року; ІІ Всеукраїнській науково-практичній конференції «Психологічна допомога в умовах сучасної пермакризи», доповідь на тему: «Емоційні реакції хворих на втрату зору в дорослому віці», м. Київ, 23 квітня 2025 року; звітно-науковій конференції викладачів, аспірантів і докторантів

«Єдність навчання і наукових досліджень – головний принцип університету», 19 травня 2025 року; міжнародній науково-практичній конференції «Професійна підтримка в умовах постконфлікту: європейський досвід для українських фахівців», доповідь на тему: «Копінг-стратегії у дорослих із набутою повною та частковою втратою зору», м. Київ, 23 травня 2025 року; науково-практичній конференції «Спільнота практиків психосоціальних інтервенцій», онлайн-участь, м. Київ, 12 липня 2025 року; доповідь на тему «Соціальна підтримка як протективний чинник депресивних станів у дорослих із втратою зору» на науково-практичній конференції офтальмологів, дитячих офтальмологів та оптометристів України з міжнародною участю «Дев'ятий всеукраїнський рефракційний пленер`25», 10-11 жовтня 2025 року; V Всеукраїнська науково-практична конференція «Інноваційні практики наукової освіти» 10-15 грудня 2025 р.; I Міжнародної науково-практичної конференції пам'яті академіка В. М. Синьова "Синергетичний підхід у розвитку та освіті осіб з обмеженнями життєдіяльності" 13-14 березня 2026 року; Доповідь на тему «Корекція депресивних станів у дорослих із набутою втратою зору: результати теоретичного та емпіричного дослідження" на секційному засіданні XIV Міжнародна науково-практична конференція "авіаційна та екстремальна психологія у контексті технологічних досягнень" 16 квітня 2026 р.;

Публікації. Основні результати дисертаційної роботи викладено у 9 публікаціях автора, з них: 4 статті у наукових фахових виданнях України (категорії «Б»), включених до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus International; 5 тез апробаційного характеру.

Структура дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, 2 додатків. Загальний обсяг дисертації – 219 сторінок. Дисертація містить 31 таблицю, 1 рисунок. Список використаних джерел складає 201 найменування.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ОСІБ З ВТРАТОЮ ЗОРУ В ДОРОСЛОМУ ВІЦІ

1.1. Втрата зору в дорослому віці: причини та особливості перебігу

Втрата зору в дорослому віці становить значну глобальну проблему охорони здоров'я та соціального благополуччя. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, приблизно 338 мільйонів людей у світі живуть з порушеннями зору різного ступеня тяжкості, при цьому переважна більшість випадків припадає на набуту втрату зору в дорослому віці [152].

Основними етіологічними факторами набутої втрати зору в дорослому віці є вікові зміни очей та хронічні захворювання. Діабетична ретинопатія залишається провідною причиною сліпоти серед дорослих працездатного віку, особливо в країнах з високим рівнем доходу. Глаукома характеризується поступовим прогресуванням і часто залишається недіагностованою до значної втрати периферичного зору. Вікова макулярна дегенерація переважно вражає людей похилого віку і може призводити до втрати центрального зору.

Окрему категорію становлять травматичні ураження зору, включаючи військові травми. В умовах збройного конфлікту в Україні зросла кількість випадків втрати зору внаслідок бойових дій, що створює особливі виклики для системи реабілітації та психологічної підтримки. Дослідження [122; 190] демонструють, що військовослужбовці з набутою втратою зору часто мають досвід посттравматичного стресового розладу, що ускладнює процес адаптації.

Нейронаукові розвідки [70] засвідчують значну пластичність мозку в процесі адаптації до втрати зору. Кросмодальна пластичність забезпечує

реорганізацію кортикальних зон, при якій візуальна кора починає обробляти слухову та тактильну інформацію. Цей процес особливо виражений у осіб з раннім початком втрати зору, але навіть при пізньому початку зберігається певний потенціал для адаптивних змін.

Нейронні механізми компенсації включають посилення функціонування збережених сенсорних систем. Доробки [70] ілюструють, що у людей з втратою зору спостерігається підвищена чутливість слухового аналізатора, покращена тактильна дискримінація та розвиток просторового слуху. Формування нових нейронних мереж відбувається через механізми структурної та функціональної пластичності, включаючи синаптогенез та мієлінізацію.

Роль візуальної пам'яті у процесі адаптації є критично важливою для осіб з набутою втратою зору. Збережені візуальні спогади служать основою для формування ментальних карт простору та об'єктів, що значно полегшує орієнтацію та навігацію. Водночас, необхідність постійного покладання на візуальну пам'ять може створювати додаткове когнітивне навантаження [160].

Втрата зору в дорослому віці являє собою кардинальну зміну життєвих обставин, що кваліфікується як одна з найтяжчих життєвих криз, які може переживати людина. На відміну від осіб, народжених з порушеннями зору, дорослі, які втрачають зір, стикаються з необхідністю кардинальної перебудови всіх сфер життєдіяльності на основі вже сформованих психологічних структур та життєвого досвіду [20; 47].

Фундаментальна відмінність між вродженими та набутими порушеннями зору полягає в тому, що дорослі мають попередній досвід зорового сприйняття світу, сформовані на його основі когнітивні схеми та поведінкові патерни. Згідно з науковим пошуком [74], приблизно 90% інформації про навколишню дійсність людина отримує за допомогою зору, що підкреслює критичну важливість зорового аналізатора для повноцінного когнітивного та соціального функціонування індивіда.

Класифікація зорових порушень базується на різних ступенях втрати зору. Абсолютна (тотальна) сліпота характеризується повною відсутністю зорових відчуттів. Практична сліпота передбачає збереження світловідчуття на рівні розрізнення світла від темряви або залишкового зору, що дозволяє розрізняти контури та силуети об'єктів. Розподіл осіб із зоровими порушеннями здійснюється на дві категорії залежно від часу втрати зору, при цьому друга категорія, що охоплює індивідів з пізньою втратою зору, характеризується наявністю попереднього досвіду зорових вражень [47; 127].

Розуміння процесу адаптації до втрати зору базується на кількох теоретичних моделях, які розглядають цей процес як послідовність стадій або фаз. Модель п'яти стадій горювання Kübler-Ross, первинно розроблена для термінальних хворих, виявилася корисною для розуміння процесу адаптації до набутої втрати зору [171]. Вивчення психологічного впливу втрати зору [189] показали, що пацієнти проходять через етапи "заперечення" та поступово рухаються до "прийняття" свого стану [42].

Модель Cholden виділяє три основні стадії: шок, депресію та переоцінку. Модель Blank описує перехід від фізичної залежності через депресію до досягнення незалежності. Сучасні інтегративні моделі підкреслюють нелінійний характер адаптації та можливість зворотних переходів між стадіями залежно від зовнішніх обставин та індивідуальних особливостей.

Критика лінійних моделей адаптації заснована на емпіричних даних, які демонструють індивідуальну варіативність процесу адаптації. Деякі особи можуть пропускати певні стадії, інші – переживати їх в іншій послідовності або повертатися до попередніх етапів під впливом стресових факторів.

Ставлення до дефекту характеризується поступовістю, яка проявляється у фазності або стадійності процесу. Початкова фаза неприйняття дефекту (негативна) відзначається розходженням між високим

рівнем домагань і рівнем можливостей, що відстає від нього, за рахунок зниження останніх. Такий дисонанс може призвести до фрустрації особистості і важкої дезадаптації її поведінки[43].

Початкова стадія заперечення може тривати від кількох тижнів до кількох місяців і характеризується відмовою визнавати реальність діагнозу, пошуком альтернативних медичних думок та нереалістичними очікуваннями щодо відновлення зору. Хоча ця стадія може забезпечити емоційну дистанцію та захист від пригнічення, вона також може перешкоджати своєчасному зверненню за реабілітаційною допомогою [42; 163].

За даними В. Журова [36], у процесі адаптації осліпла людина проходить чотири фази:

- фаза бездіяльності характеризується афективно-шоковою реакцією;
- фаза зайнятості передбачає витіснення патологічної домінанти психіки будь-якою роботою;
- фаза діяльності настає, коли діяльність починає сприйматися як можливість для творчості;
- фаза вчинку є часом прийняття рішень, які визначають подальше життя людини.

Завершальна фаза адекватного ставлення до дефекту відзначається формуванням установки на адекватну самооцінку, яка може стати стимулом, що визначатиме активність людини [43] і сприятиме відновленню психологічного статусу.

Копінг-стратегії при втраті зору можна класифікувати на адаптивні та неадаптивні підходи до подолання стресу. Аналіз засвідчує різноманітність стратегій, які використовують люди з набутою втратою зору для адаптації до нових умов життя [42; 169].

Адаптивні копінг-стратегії включають:

- проблемно-орієнтований копінг (активні дії для подолання конкретних труднощів, пошук практичних рішень, освоєння нових навичок)

- рефлексивний копінг (обдумування ситуації, аналіз можливостей та ресурсів, планування дій);
- пошук соціальної підтримки (звернення до сім'ї, друзів, фахівців та груп підтримки);
- когнітивна реструктуризація (зміна способу мислення про ситуацію, пошук позитивних аспектів).

Наукова розвідка [163] пацієнтів з пігментозним ретинітом виявила два основні копінг-патерни: "кусаючись та кричачи" (активна боротьба за збереження незалежності) та "є багато гірших речей" (збереження перспективи через гумор та порівняння).

Неадаптивні стратегії включають:

- уникаючий копінг (відмова від спроб розв'язання проблем, соціальний відхід);
- заперечення (відмова визнавати реальність втрати зору та її наслідки);
- самозвинувачення (надмірне покладання відповідальності на себе);
- румінації (нав'язливе повторення негативних думок).

Таким чином, використання адаптивних копінг-стратегій асоціюється з кращою якістю життя та нижчими рівнями депресивних симптомів [42; 169]. Водночас, деякі уникаючі стратегії можуть бути тимчасово корисними, надаючи особі час для мобілізації внутрішніх ресурсів [183].

Втрата зору призводить до значних трансформацій у когнітивному функціонуванні. Просторове мислення зазнає кардинальних змін, оскільки особа повинна перейти від візуально-просторових репрезентацій до аудіально-тактильних. Формування ментальних карт простору стає більш складним процесом, що вимагає інтеграції інформації з різних сенсорних каналів.

Зміни в пам'яті та увазі характеризуються перерозподілом когнітивних ресурсів. Слухова та моторна пам'ять набувають більшого значення, тоді як візуальна робоча пам'ять поступово втрачає актуальність.

Увага переорієнтовується на слухові та тактильні стимули, що може призводити до покращення дискримінації в цих модальностях.

Роль мови та вербалізації в когнітивній адаптації значно зростає. Вербальні описи стають основним засобом отримання інформації про візуальні аспекти світу. Розвиток метакогнітивних навичок допомагає особам з втратою зору більш ефективно планувати та контролювати свої когнітивні процеси.

Органи, функціональність яких обмежена або порушена внаслідок певних дефектів, вступають у комплексну взаємодію з навколишнім середовищем, до якого вони мають адаптуватися. Зазначена взаємодія демонструє підвищений потенціал компенсаторних механізмів. На основі цих спостережень було сформульовано фундаментальний психологічний закон, який описує трансформацію фізіологічної недостатності через суб'єктивне відчуття неповноцінності у психологічне прагнення до компенсації та гіперкомпенсації [43; 105].

Даний феномен підкреслює пластичність нервової системи та здатність організму до адаптивних змін у відповідь на функціональні обмеження. Процеси компенсації та гіперкомпенсації можуть призводити до розвитку альтернативних навичок та стратегій, що дозволяють індивіду ефективно функціонувати в соціальному середовищі.

Компенсаторні механізми у осіб з пізньою втратою зору базуються на вже сформованих нейронних зв'язках та попередньому візуальному досвіді. Такі механізми включають посилений розвиток слухового та тактильного сприйняття, а також формування більш складних когнітивних стратегій для обробки та інтерпретації інформації.

Втрата зору в дорослому віці може призвести до значної реструктуризації самосприйняття, зміни ідентичності та переоцінки життєвих цілей і цінностей. Особливості самосвідомості особистості можуть виступати прикладом вторинних відхилень, особливо коли втрата

зору відбувається в дорослому віці, на етапі, коли самосвідомість мала б досягти свого найвищого рівня розвитку [43; 105; 126].

Процес переосмислення ідентичності є критичним аспектом психологічної адаптації. Дорослі з набутою втратою зору часто описують необхідність "переосмислити свою особистість", оскільки вони більше не можуть виконувати попередні ролі на роботі, вдома або в дозвіллі. Цей процес може супроводжуватися глибоким екзистенціальним стресом та кризою сенсу життя [42].

Порушення емоційної регуляції є характерною особливістю різних етапів адаптації до втрати зору. На початкових стадіях спостерігається емоційна лабільність, схильність до афективних спалахів та труднощі в контролі емоційних реакцій. Поступово розвиваються більш стабільні патерни емоційного реагування, хоча цей процес може тривати місяці або роки [167].

Специфіка тривожних розладів при втраті зору пов'язана з підвищеною увагою до потенційних небезпек в навколишньому середовищі. Агорафобія та соціальна тривожність є частими супутниками втрати зору, особливо в перші місяці після діагностики. Експериментальні дані [36] вказують на те, що 81,7% пацієнтів з втратою зору переживають клінічно значущі рівні тривожності.

Особливості депресивних станів при втраті зору характеризуються поєднанням реактивних та ендогенних компонентів. Втрата зору може як спровокувати перший епізод депресії, так і погіршити перебіг існуючих афективних розладів. Поширеність депресії серед осіб з втратою зору становить від 42% до 85% залежно від критеріїв діагностики та досліджуваної популяції [36; 106].

Глибше виражений дефект зору призводить до стійкої психічної депривації соціального та емоційного характеру, порушує соціальну адаптацію особистості, формує занижену самооцінку та створює стійкі передумови для виникнення таких особистісних рис, як негативна

інтроверсія, висока тривожність, невпевненість у собі, конформність, сором'язливість [43; 102].

Для особистості, яка переживає втрату зору, особистісні якості та властивості виявляються такими ж непотрібними і відчуженими, як і справи, що раніше вирішувалися завдяки їх наявності. На фоні пригніченого психічного стану виникає своєрідна втрата власне життєвого сенсу.

Важливу роль в процесах компенсації та реабілітації при втраті зору відіграють соціальні установки. Внаслідок зорової депривації в особистості розвивається своєрідна установка на взаємостосунки зі зрячими: установка залежності від інших, установка активності під натиском, установка уникнення зрячих [43; 25].

Дослідницею Тімаковою Ю. [109] визначено життєві позиції осліплих осіб: "пасивний залежний" з проявами байдужості, несамостійності, фаталізму та "незалежний пасивний неадекватний" з проявами підкорення сліпоті та псевдокомпенсаторними новоутвореннями. Особи, які втратили зір в дорослому віці, характеризуються високим стресовим навантаженням при низькій особистісній стійкості до стресів, низьким рівнем самовизначення у часі та високим рівнем самотності [43; 109].

Процес адаптації до набутої втрати зору визначається складною взаємодією внутрішніх та зовнішніх факторів. Серед демографічних факторів вік втрати зору є одним з найбільш значущих предикторів успішності адаптації. Особи, які втратили зір у більш молодому віці, зазвичай демонструють кращу довгострокову адаптацію порівняно з тими, у кого втрата зору сталася в похилому віці [42; 176].

Вивчення якості життя в Норвегії демонструє, що вищі показники якості життя спостерігалися серед осіб з більш раннім віком початку втрати зору, що може пояснюватися кращою здатністю до адаптації в молодшому віці та легшістю засвоєння нових навичок [150]. Водночас молоді дорослі в початковому періоді можуть переживати більш виражений дистрес через раптові зміни в сімейних та професійних ролях.

Характер втрати зору також суттєво впливає на процес адаптації. Особи з поступовою втратою зору мають більше можливостей для поступового освоєння компенсаторних стратегій порівняно з тими, хто зіткнувся з раптовою повною втратою зору [42; 193]. Аналіз процесів адаптації військовослужбовців виявив специфічні особливості при травматичній втраті зору [190].

Діагноз порушення зору часто має негайний та тривалий вплив на членів сім'ї. Хоча реакції членів сім'ї можуть варіюватися, початковий діагноз може спричинити їм значний стрес. Фурман А. припустив, що члени сім'ї переживають кілька фаз адаптації, подібних до тих, що переживають їхні родичі з втратою зору: шок-заперечення, жалоба, депресія, переоцінка-підтвердження, подолання-мобілізація та самоприйняття-самооцінка [121].

Інструментальна підтримка є критичною для осіб з втратою зору, оскільки більшість цих осіб має певний ступінь функціональних обмежень, пов'язаних з втратою зору. Позитивні ефекти цього типу підтримки на функціонування осіб з втратою зору були задокументовані в кількох емпіричних дослідженнях. Дослідник встановив, що інструментальна допомога від членів сім'ї була пов'язана з кращою адаптацією до втрати зору, більшим задоволенням життям та меншою кількістю депресивних симптомів [121].

Якість сімейних стосунків може як полегшувати, так і ускладнювати процес адаптації. Дослідження військовослужбовців показало, що набута втрата зору створює значний стрес у подружніх стосунках через зміну динаміки залежності та необхідність перерозподілу ролей у сім'ї [190]. Водночас підтримуючі сімейні стосунки є потужним протективним фактором проти розвитку депресії [42].

Втрата професійної ідентичності є одним з найбільш болючих аспектів адаптації до втрати зору. Вивчення демонструє, що лише 44% осіб працездатного віку з сліпотою або серйозними порушеннями зору є працевлаштованими, порівняно з 79% осіб без інвалідності [176].

Економічна нестабільність створює додатковий стрес та може перешкоджати доступу до якісних реабілітаційних послуг[42].

Можливості професійної реабілітації значно розширилися завдяки розвитку асистивних технологій. Сучасні програми екранного доступу, як-от JAWS та NVDA, дозволяють особам з втратою зору ефективно працювати з комп'ютерами. Програми збільшення екрану та спеціалізовані пристрої відкривають нові можливості для збереження працездатності [132].

Дискримінація на робочому місці залишається значною проблемою. Стереотипи роботодавців щодо здатностей людей з втратою зору часто перешкоджають працевлаштуванню. Водночас успішні моделі професійної адаптації демонструють, що при належній підтримці та використанні технологій, особи з втратою зору можуть ефективно виконувати широкий спектр професійних обов'язків.

Індивідуально-психологічні характеристики відіграють ключову роль у формуванні стратегій адаптації. Наукові розвідки [35; 195] засвідчили, що оптимістичне світосприйняття та психологічна резистентність виступають важливими чинниками проактивного копінгу серед осіб із зоровими порушеннями. Респонденти з вираженими оптимістичними установками виявляють підвищену мотивацію до опанування нових компетенцій, залучення асистивних технологій та збереження міжособистісної взаємодії.

Роль «Великої П'ятірки» особистісних рис у процесі адаптації досліджувалася в кількох дослідженнях [182; 191]. Високі показники відкритості досвіду сприяють готовності до освоєння нових технологій та стратегій. Екстраверсія корелює з активним пошуком соціальної підтримки. Сумлінність пов'язана з систематичним підходом до реабілітації.

Локус контролю значно впливає на процес адаптації. Особи з внутрішнім локусом контролю демонструють кращі результати адаптації, оскільки вони схильні брати відповідальність за свій стан та активно шукати

способи покращення ситуації. Самоефективність формується поступово через успішний досвід подолання повсякденних викликів.

Серед зовнішніх факторів соціальна підтримка є одним з найбільш потужних предикторів успішної адаптації. Аналіз засвідчує різну динаміку потреби в підтримці залежно від етапу адаптації: на початкових етапах критичною є підтримка сім'ї, тоді як через 6-18 місяців більшого значення набуває підтримка друзів та осіб з подібним досвідом [42; 152].

Стигма та соціальні стереотипи створюють додаткові бар'єри для адаптації. Медіа-репрезентації людей з втратою зору часто фокусуються на обмеженнях, а не на можливостях, що формує негативні стереотипи в суспільстві. Дискримінація та стигматизація можуть призводити до соціального відходу та зниження самооцінки [166].

Законодавче забезпечення прав людей з інвалідністю, включаючи втрату зору, є важливим фактором соціальної адаптації. Доступність громадського транспорту та інфраструктури, наявність інклюзивних соціальних практик сприяють успішній інтеграції осіб з втратою зору.

Роль громадських організацій у підтримці осіб з втратою зору важко переоцінити. Організації як American Foundation for the Blind, Foundation Fighting Blindness та подібні вітчизняні організації надають комплексну підтримку, включаючи інформаційні ресурси, групи підтримки та адвокацію [188]. Соціальні мережі та онлайн-спільноти створюють нові можливості для комунікації та взаємодопомоги серед людей з втратою зору.

Втрата зору в різні періоди дорослого життя має специфічні психологічні характеристики та виклики. Втрата зору в молодому дорослому віці (20-40 років) часто співпадає з періодом формування кар'єри, створення сім'ї та досягнення життєвих цілей. Молоді дорослі можуть переживати особливо гострий стрес через порушення планів щодо освіти, професійного розвитку та особистого життя.

Особливості адаптації в середньому віці (40-60 років) пов'язані з необхідністю перегляду вже сформованих життєвих ролей та досягнень. У

цьому віці люди часто мають значні професійні та сімейні обов'язки, що ускладнює процес адаптації. Водночас, наявність життєвого досвіду та сформованих копінг-стратегій може сприяти більш ефективній адаптації.

Втрата зору в похилому віці (60+ років) часто поєднується з іншими віковими змінами та хронічними захворюваннями. Похилі люди можуть мати меншу мотивацію до освоєння нових технологій та навичок, що може ускладнювати реабілітацію. Проте наявність більшої кількості вільного часу та можливість зосередитися на адаптації можуть бути перевагами цього вікового періоду.

Дослідження виявляють значущі гендерні відмінності в емоційному реагуванні на втрату зору. Жінки частіше повідомляють про депресивні та тривожні симптоми в перші місяці після діагностики, тоді як чоловіки схильні до більшої емоційної стриманості та уникнення обговорення своїх переживань [169].

Гендерні особливості копінг-стратегій проявляються в тому, що жінки частіше використовують емоційно-орієнтовані стратегії та активніше шукають соціальну підтримку, тоді як чоловіки віддають перевагу проблемно-орієнтованим підходам та самостійному подоланню труднощів [169].

Соціальні очікування та гендерні ролі також впливають на процес адаптації. Традиційні уявлення про чоловічу незалежність можуть ускладнювати прийняття допомоги для чоловіків з втратою зору, тоді як жінки можуть легше адаптуватися до ситуацій, що вимагають прийняття підтримки.

Культурні відмінності в сприйнятті інвалідності значно впливають на процес адаптації. В індивідуалістичних культурах акцент робиться на особистій незалежності та досягненнях, що може створювати додатковий тиск на осіб з втратою зору. Колективістські культури можуть забезпечувати більшу сімейну та громадську підтримку, але водночас можуть обмежувати прагнення до незалежності.

Релігійні та духовні аспекти адаптації також відіграють важливу роль для багатьох осіб з втратою зору. Релігійні переконання можуть служити джерелом сенсу та надії, а також забезпечувати соціальну підтримку через релігійні громади. Деякі дослідження показують, що релігійність корелює з кращою психологічною адаптацією до втрати зору.

Соціально-економічний статус суттєво впливає на доступність реабілітаційних послуг та асистивних технологій. Особи з вищим рівнем доходу мають кращі можливості для отримання якісної медичної допомоги, придбання сучасних технічних засобів та участі в реабілітаційних програмах.

Розвиток асистивних технологій кардинально змінив можливості людей з втратою зору. Сучасні смартфони з функціями екранного доступу забезпечують доступ до широкого спектру інформаційних та комунікаційних послуг [132].

Спеціалізовані додатки для навігації, розпізнавання об'єктів та читання тексту значно розширюють можливості самостійного пересування та виконання повсякденних завдань.

Аспекти використання технологій включають як позитивні ефекти (підвищення самооцінки, почуття контролю, незалежності), так і потенційні виклики (цифровий розрив, залежність від технологій, фрустрація через технічні проблеми). Важливо забезпечити доступність навчання використанню асистивних технологій для всіх категорій користувачів.

Сучасні підходи до реабілітації осіб з втратою зору базуються на біопсихосоціальній моделі, що враховує медичні, психологічні та соціальні аспекти адаптації. Мультидисциплінарні програми реабілітації включають медичну допомогу, навчання орієнтації та мобільності, психологічну підтримку та професійну реабілітацію [171].

Психосоціальні інтервенції показують невеликий, але значущий ефект у покращенні депресивної симптоматики у людей з порушеннями зору, при цьому ефективність пов'язана з віком – молодший вік асоціюється з

кращими результатами [103]. Проте після виключення дослідження-викиду з невеликим розміром вибірки ефект втручань на депресивні симптоми втрачав статистичну значущість.

Групові програми підтримки та психоедукації демонструють ефективність у покращенні адаптації та зменшенні соціальної ізоляції. Програми самоменеджменту в поєднанні зі звичайною допомогою призводили до більшої участі в життєвих ситуаціях та адаптації до втрати зору, меншої кількості депресивних симптомів, кращої фізичної та психічної якості життя [103].

Сучасні дослідження зосереджуються на розробці персоналізованих підходів до реабілітації, що враховують індивідуальні особливості, етапи адаптації та специфічні потреби різних груп людей з втратою зору. Лонгітюдні дослідження процесу адаптації дозволяють краще зрозуміти динаміку змін та критичні періоди, що потребують особливої уваги.

Розвиток віртуальної та доповненої реальності відкриває нові можливості для навчання та реабілітації. Технології машинного навчання дозволяють створювати більш інтелектуальні асистивні системи, здатні адаптуватися до індивідуальних потреб користувачів.

Інтегративні підходи до психологічної підтримки поєднують різні терапевтичні модальності з урахуванням специфіки втрати зору. Дослідження показують необхідність адаптації стандартних психотерапевтичних підходів для роботи з людьми з порушеннями зору [106].

У контексті теоретичного осмислення проблематики адаптації до втрати зору Андросович К. називає проблему адаптації міждисциплінарним поняттям і наголошує на необхідності її подальшого дослідження [5]. Соціально-психологічну адаптацію автор трактує як результат соціальних та психологічних змін, тобто фактично пристосування конкретної особи до нових груп людей чи видів діяльності.

Фурман А. зазначає, що індивід активно пристосовується до змін у соціальному середовищі за допомогою дій, вчинків, певного роду діяльності, оволодіння рольовими соціально-психологічними функціями [121]. Гартманн Г. обґрунтовує положення про те, що процес адаптації людини до соціального середовища розпочинається від моменту народження і триває протягом усього життя [38].

Дудка Т. застосовує диференціацію адаптаційних процесів на "зовнішню" і "внутрішню" адаптацію [33]. Зовнішня адаптація спрямована на пристосування до об'єктивних умов навколишнього середовища, тоді як внутрішня адаптація орієнтована на інтрапсихічні процеси особистості.

Чистяков С. [132] концептуалізує соціально-психологічну адаптацію як багатокомпонентну систему, виділяючи поведінковий, емоційний, когнітивний та психофізіологічний компоненти. Автор підкреслює системний характер адаптаційних процесів.

Таким чином, втрата зору в дорослому віці являє собою складний багатовимірний процес, що супроводжується значними психологічними, соціальними та життєвими змінами. Адаптація до втрати зору характеризується індивідуальною варіативністю та залежить від комплексу взаємопов'язаних факторів, включаючи вік, характер втрати зору, особистісні характеристики, соціальну підтримку та доступність реабілітаційних ресурсів.

Процес адаптації проходить через кілька етапів, кожен з яких має свої психологічні особливості та вимагає специфічних стратегій підтримки. Розвиток компенсаторних механізмів та ефективних копінг-стратегій відіграє ключову роль у формуванні нової, більш адаптивної самосвідомості осіб з втратою зору [43].

Сучасне розуміння проблеми підкреслює необхідність комплексного, персоналізованого підходу до психологічної підтримки та реабілітації, що враховує не лише медичні аспекти втрати зору, але й психологічні, соціальні та культурні фактори. Розвиток технологій та інноваційних підходів до

реабілітації відкриває нові можливості для покращення якості життя та соціальної інтеграції людей з втратою зору, водночас підкреслюючи важливість психологічної підтримки на всіх етапах адаптаційного процесу.

1.2. Депресивні стани як наслідок травматичної втрати зору у дорослих осіб

Сучасне розуміння депресивних розладів базується на біопсихосоціальній моделі, згідно з якою депресія розглядається як результат складної взаємодії біологічних (генетичних, нейрохімічних, гормональних), психологічних (когнітивних, емоційних, поведінкових) та соціальних (стресові події, міжособистісні стосунки, культурні чинники) факторів [41]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, депресією страждає близько 300 мільйонів людей у світі. В Україні депресія є найбільш поширеною проблемою серед психічних розладів, при цьому українці страждають депресією значно частіше, аніж жителі країн Європейського Союзу [128].

Важливими є також концепції вразливості та стресу, в рамках яких депресія розвивається внаслідок впливу стресових подій на осіб із генетичною, психологічною або біологічною схильністю до цього розладу. В умовах воєнного конфлікту в Україні проблема депресивних станів набуває особливої гостроти та актуальності через масштабні бойові дії, руйнування міст і сіл, вимушену міграцію мільйонів українців, травматичні події та постійний стрес [41].

Когнітивна модель депресії, розроблена А. Бека [146], залишається однією з найбільш впливових теоретичних рамок для розуміння депресивних розладів. Згідно з цією моделлю, депресія виникає внаслідок дії трьох взаємопов'язаних механізмів: когнітивної тріади негативного мислення (негативні думки про себе, світ та майбутнє), систематичних

помилок у обробці інформації та формування негативних автоматичних думок.

Пізніше науковець запропонував уніфіковану модель депресії, в якій депресивний стан розглядається як адаптивна відповідь на сприйняту втрату життєво важливих ресурсів, включаючи соціальні зв'язки, професійну ідентичність або фізичні можливості [42; 147]. Розроблена теоретична модель особливо релевантна для розуміння депресивних станів при втраті зору, оскільки зір є одним з найважливіших сенсорних ресурсів людини.

Імплементація когнітивного підходу в контексті травматичної втрати зору розкриває специфічні патерни дисфункціонального мислення. Емпіричні спостереження вказують на схильність осіб із набутою сліпотою до руйнівного прогнозування ("нормальне функціонування стає неможливим"), надмірного самозвинувачення ("моя безвідповідальність спричинила ці наслідки") та екстремального оцінювання ("часткова втрата зору прирівнюється до абсолютної немічності") [189].

Наукові дані [120; 125] демонструють, що втрата зору призводить до значних змін у нейробіологічних процесах, які можуть сприяти розвитку депресії. Кросмодальна пластичність мозку, коли візуальна кора починає обробляти слухову та тактильну інформацію, може створювати додаткове навантаження на когнітивні ресурси та сприяти розвитку депресивних симптомів.

Низка теорій пов'язують депресію з порушеннями нейромедіаторних систем (серотонінергічної, норадренергічної, допамінергічної) та дисбалансом гормонів [41]. При втраті зору порушується циркадний ритм через відсутність світлової стимуляції, що впливає на продукцію мелатоніну та серотоніну, підвищуючи ризик депресії [30].

Оскільки кількість серотоніну в мозку залежить від освітленості середовища, низька інтенсивність сонячного світла та тривале перебування в затемнених приміщеннях сприяють розвитку депресій. Описане особливо

актуально для осіб з повною втратою зору, які втрачають можливість сприймати навіть мінімальні світлові стимули.

Для кращого розуміння специфіки депресивних станів при втраті зору доцільно провести порівняльний аналіз з депресивними реакціями при інших видах втрат (*табл. 1.1)*. Аналіз літературних джерел [120; 128] розкриває, що депресія як закономірна реакція на суттєві життєві втрати характеризується диференційованими проявами, еволюційною динамікою та прогностичними можливостями залежно від категорії втраченого ресурсу.

Таблиця 1.1

Порівняльні характеристики депресивних станів при різних видах втрат

Критерій порівняння	**Втрата зору**	**Втрата слуху**	**Втрата кінцівки**	**Втрата близької людини**
Поширеність депресії	25-85%	15-30%	20-35%	10-20%
Час розвитку симптомів	2-6 місяців	6-12 місяців	3-9 місяців	1-3 місяці
Тривалість гострої фази	6-18 місяців	12-24 місяці	9-18 місяців	3-12 місяців
Переважні симптоми	Тривога, безпорадність, соціальний відхід	Ізоляція, паранойя	Зниження самооцінки, ПТСР	Горе, туга, порожнеча
Специфічні когніції	"Я нічого не бачу"	"Мене не чують"	"Я неповноцінний"	"Світ порожній"
Соціальна стигма	Висока	Помірна	Помірна	Відсутня
Можливості реабілітації	Добрі при правильному підході	Відмінні з технологіями	Відмінні з протезуванням	Природне відновлення

Втрата зору характеризується найвищими показниками поширеності депресії серед усіх видів сенсорних порушень. Це пов'язано з тим, що зір забезпечує близько 90% інформації про навколишній світ, його втрата кардинально змінює способи взаємодії з оточенням. На відміну від втрати

слуху, яка переважно впливає на комунікативні функції, втрата зору порушує просторову орієнтацію, мобільність, здатність до самообслуговування та професійної діяльності.

Порівняно з втратою кінцівки, депресія при втраті зору має більш тривалий та складний перебіг. Якщо втрата кінцівки може бути компенсована протезуванням з відновленням значної частини функцій, то втрата зору вимагає кардинальної перебудови всіх життєвих навичок. Втрата близької людини, хоча і супроводжується глибокими емоційними переживаннями, зазвичай має природний процес загоєння горя, тоді як адаптація до втрати зору є довгостроковим процесом, що може тривати роки.

Часові характеристики також відрізняються: депресія при втраті зору розвивається протягом 2-6 місяців після діагностики та може тривати 6-18 місяців в гострій фазі, що значно довше, ніж при більшості інших втрат. Специфічними когнітивними викривленнями при втраті зору є катастрофічні думки про повну безпорадність ("я нічого не бачу, значить нічого не можу"), на відміну від інших втрат, де когніції мають інший фокус.

Аналіз даних таблиці показує, що втрата зору має найбільший діапазон поширеності депресії (25-85%), що пов'язано з індивідуальними відмінностями в адаптаційних ресурсах та доступності реабілітаційної допомоги. Соціальна стигма при втраті зору залишається високою в багатьох суспільствах, що додатково ускладнює процес психологічної адаптації та може призводити до поглиблення депресивних симптомів.

За даними міжнародних досліджень, середні показники поширеності депресії серед осіб з порушеннями зору коливаються від 25% до 60% в різних країнах. У країнах з розвиненою системою реабілітації (Скандинавські країни, Канада) показники нижчі, тоді як у країнах з обмеженими ресурсами – значно вищі [128].

Теорія навченої безпорадності, первинно сформульована M. Seligman, надає альтернативне пояснення механізмів формування депресії. Згідно з

цією теорією, депресія виникає, коли індивід навчається тому, що його спроби контролювати або змінити негативні ситуації не приносять результату, що призводить до пасивності та втрати мотивації навіть у ситуаціях, де контроль можливий [42; 186].

Подальший розвиток теорії включив атрибутивні процеси, де песимістичний атрибутивний стиль (схильність пояснювати негативні події внутрішніми, стабільними та глобальними причинами) значно підвищує ризик розвитку депресії [141]. У контексті втрати зору навчена безпорадність може проявлятися як стійке переконання в неможливості адаптації до нових умов життя, відмова від освоєння компенсаторних навичок та повна залежність від допомоги інших осіб [42; 195].

Сучасні нейропсихологічні експертизи показують, що депресія при втраті зору характеризується специфічними змінами в активності мозку. Функціональна магнітно-резонансна томографія виявляє гіперактивацію амігдали та зниження активності префронтальної кори, що корелює з вираженістю депресивних симптомів.

Особливості нейропластичності при депресії та втраті зору включають уповільнення процесів кросмодальної адаптації, порушення формування нових нейронних зв'язків, зниження нейрогенезу в гіпокампі та дисбаланс нейромедіаторних систем. Описані зміни створюють нейробіологічну основу для розвитку та підтримання депресивної симптоматики.

Результати крос-культурних досліджень [71; 128] підтверджують суттєві етнокультурні варіації у реакціях на втрату зору та схильності до афективних розладів. Специфіка української ментальності, зокрема поширеність стигматизуючих поглядів на інвалідність, може провокувати загострення депресивних симптомів. Водночас традиційна сімейна згуртованість служить буферним чинником.

Культурні фактори, що впливають на депресію при втраті зору, включають релігійні переконання та ставлення до страждання, традиційні

уявлення про інвалідність, рівень соціальної підтримки в громаді, доступність традиційних практик зцілення та економічні можливості сім'ї. Розуміння цих факторів є важливим для адаптації терапевтичних підходів до культурного контексту пацієнта.

Гендерні відмінності у розвитку депресії при втраті зору мають свої особливості. Жінки частіше звертаються за психологічною допомогою, але водночас більше схильні до інтерналізації проблем. Чоловіки рідше визнають депресивні симптоми, що може призводити до пізньої діагностики *(табл. 1.2)*.

Таблиця 1.2

Гендерні відмінності в проявах депресії при втраті зору

Аспект	Жінки	Чоловіки
Частота звернень за допомогою	65-70%	30-35%
Переважні симптоми	Тривога, плач, самозвинувачення	Гнів, роздратованість, соматичні скарги
Копінг-стратегії	Емоційнох-орієнтовані, пошук підтримки	Проблемно-орієнтовані, уникнення
Соматичні прояви	Головний біль, порушення сну	Серцево-судинні симптоми, м'язова напруга
Соціальна поведінка	Ізоляція, зниження активності	Агресивність, конфліктність
Професійна адаптація	Повільніша, більш обережна	Швидша, але з більшим ризиком

Депресія при втраті зору рідко існує ізольовано. У 90% випадків спостерігається коморбідність з іншими психічними розладами. Найчастішими коморбідними станами є тривожні розлади, які зустрічаються у 80-85% пацієнтів з депресією при втраті зору. До них

належать генералізований тривожний розлад, панічний розлад та специфічні фобії, особливо агорафобія та соціофобія.

Посттравматичний стресовий розлад спостерігається у 30-40% випадків, особливо при травматичній втраті зору. Характерними є нічні кошмари, флешбеки та уникнення тригерів, пов'язаних з обставинами втрати зору. Соматоформні розлади виявляються у 25-35% пацієнтів і включають хронічний біль, конверсійні симптоми та іпохондричні прояви [43].

Розлади адаптації зустрічаються у 60-70% випадків і проявляються труднощами пристосування до нових умов та порушеннями соціального функціонування. Ця коморбідність значно ускладнює клінічну картину та потребує комплексного підходу до лікування.

Прояви депресії при втраті зору мають виражені вікові особливості. У молодому віці (18-30 років) спостерігається найвища частота суїцидальних думок, переважання екзистенційних проблем, складності з професійним самовизначенням та проблеми створення сім'ї. Молоді люди особливо гостро переживають порушення життєвих планів та перспектив.

У середньому віці (30-55 років) на перший план виходять кризи професійної ідентичності, складнощі виконання батьківських функцій, економічні проблеми та зміна ролей у сім'ї. Ця вікова група часто переживає найбільший стрес через необхідність підтримувати сім'ю та виконувати соціальні зобов'язання.

У похилому віці (55+ років) депресія при втраті зору часто ускладнюється коморбідністю з деменцією, соціальною ізоляцією, втратою незалежності та фізичними обмеженнями. Похилі люди можуть мати менші ресурси для адаптації, але водночас менший тиск соціальних очікувань [69].

У контексті війни в Україні особливої актуальності набуває проблема депресії у військових ветеранів з втратою зору. Визначена група має специфічні клінічні особливості, що включають коморбідність з ПТСР у 85-

90% випадків, вищу частоту суїцидальних спроб, комплекс провини вижившого та порушення ідентичності воїна [65].

Соціальні аспекти включають складнощі соціальної реінтеграції, проблеми з цивільним працевлаштуванням, напруження у сімейних стосунках та відчуття непорозуміння з боку суспільства. Військові ветерани з втратою зору демонструють поширеність депресії на рівні 80-95% порівняно з 60-70% у цивільних осіб, коморбідність з ПТСР у 85-90% випадків проти 15-25% у цивільних, та суїцидальні думки у 40-60% порівняно з 20-30% у загальній популяції осіб з втратою зору [113] (*табл. 1.3*).

Таблиця 1.3

Порівняння депресії у цивільних та військових з втратою зору

Характеристика	Цивільні особи	Військові ветерани
Поширеність депресії	60-70%	80-95%
Коморбідність з ПТСР	15-25%	85-90%
Суїцидальні думки	20-30%	40-60%
Тривалість лікування	6-12 місяців	12-24 місяці
Відповідь на терапію	Добра	Повільна
Соціальна підтримка	Варіабельна	Специфічна

Депресія при втраті зору має значні економічні наслідки як для індивіда, так і для суспільства.

Психодинамічний підхід розглядає розвиток депресивних станів як результат переживання втрати значущого об'єкта прив'язаності, почуття провини стосовно втраченого емоційно близького іншого, витісненої у несвідоме агресії та проблем із самооцінкою [31]. При втраті зору цей підхід особливо релевантний, оскільки зір може розглядатися як значущий об'єкт прив'язаності до світу.

Когнітивно-поведінкова парадигма пов'язує депресивні стани з панівним песимістичним атрибутивним стилем та набутою безпорадністю.

Внутрішнє локалізоване приписування причин негативних життєвих подій, сприйняття їх як глобальних і стабільних зумовлюють вразливість до розвитку депресивної симптоматики [40; 41; 187].

Гуманістичний та екзистенційний підходи виникнення депресивних станів пов'язують з дефіцитом переживання особистісного сенсу та втратою усвідомлення життєвих цінностей і цілей [41]. Ключовими передумовами розвитку депресивної симптоматики є порушення здатності особистості наповнювати життя індивідуальним змістом і знаходити автентичний шлях самоздійснення [40].

У Міжнародній класифікації хвороб депресивні розлади визначаються як стани, що супроводжуються депресивним афектом, маркованим пригніченим настроєм (смутком, дратівливістю, почуттям спустошеності) або ангедонією, які поєднуються з різноманітними когнітивними, поведінковими та нейровегетативними симптомами [41; 165]. Зазначені симптомні прояви суттєво знижують здатність індивіда до успішного функціонування в провідних життєвих сферах.

Депресивні стани визначаються як специфічний психічний стан, що характеризується комплексом таких симптомів: афективні порушення (пригнічений настрій або підвищена дратівливість); виражена втома, знесиленість, брак енергії та мотивації; тривожно-фобічні переживання; ангедонія (помітне зниження інтересу до життєвих подій, втрата задоволення від звичних видів діяльності); соматовегетативні розлади; порушення сну; когнітивні розлади (відчуття власної нікчемності, ідеї самозвинувачення, надмірні почуття провини); психічна загальмованість [41; 60].

За концепцією С. Пфайфера [90], клінічна картина депресивних розладів характеризується наявністю чотирьох ключових симптомокомплексів.

По-перше, афективні порушення, що проявляються депресивним розладом емоційної сфери: ангедонія, переживання втрати життєвої наснаги

і надії, вітальна туга, внутрішній неспокій та страхи, емоційна спустошеність, апатія.

*По-друге***,** когнітивні розлади: загальмованість процесів мислення, порушення пам'яті та уваги, депресивне "забарвлення" думок, труднощі у прийнятті рішень через негативні автоматичні думки.

По-третє, порушення психомоторики: загальмованість рухів, зниження рухової активності (гіпокінезія) або підвищена метушливість, розгальмованість рухів (гіперкінезія).

По-четверте, соматовегетативні розлади: підвищена втомлюваність, виснажуваність, порушення сну і апетиту, зміни маси тіла, алгічні симптоми та неприємні соматичні відчуття.

Депресивні розлади характеризуються розвитком специфічного афективного стану, зміст якого первинно детермінується психотравмуючою ситуацією [83; 110]. На ранніх етапах пацієнти схильні надмірно драматизувати події, приписувати провину зовнішнім обставинам чи власній долі. Центральне місце у їхніх переживаннях посідає заглибленість у негативний емоційний стан та супутні фізичні розлади.

З часом симптоматика набуває більш ендогенного характеру з посиленням афективних порушень та вегетативних проявів. З'являються рухова загальмованість, апатія, порушення концентрації уваги й розумових операцій. На більш пізніх стадіях актуальність травматичних переживань поступово втрачається, у клінічній картині починають домінувати типові ендогенні депресивні прояви: ідеї самозвинувачення, добові коливання настрою, виражені соматовегетативні розлади [41; 79].

В Україні, згідно з офіційною статистикою Міністерства охорони здоров'я, кількість осіб з інвалідністю по зору щорічно зростає на 3-5%, що свідчить про масштабність проблеми [42; 197; 198]. За даними українських дослідників, в Україні проживає близько 65 тисяч сліпих осіб, а загалом у світі нараховується близько 314 мільйонів осіб з порушеннями зору.

Настання сліпоти у дорослих особистостей спричиняє радикальну реорганізацію життєдіяльності, руйнуючи сформовані соціальні мережі, професійні амбіції та самостійність побутової поведінки. Результати аналізу свідчать про виникнення депресивних розладів клінічного рівня у 60-70% пацієнтів, які втратили зоровий аналізатор після 18-річного віку, впродовж дванадцятимісячного періоду від діагностування. Частота депресивної патології в зазначеній групі у 3-4 рази вища порівняно з віковими аналогами загальної популяції [198].

Поширеність клінічно значущих депресивних симптомів серед дорослих з втратою зору становить приблизно 25%, що в 2-3 рази перевищує показники в загальній популяції [154]. За даними досліджень, серед 60 пацієнтів з низьким зором спостерігались високі рівні психологічного дистресу: 85% мали депресію, 81,7% - тривожність, 75% - стрес [42; 197].

Особливу увагу привертає феномен "каскадної інвалідизації", коли депресивні стани, що виникли внаслідок втрати зору, призводять до подальшого погіршення адаптаційних можливостей, зниження мотивації до реабілітації та формування вторинних психосоматичних розладів. Такий процес створює замкнене коло, де психологічні наслідки інвалідності посилюють її функціональні прояви.

Важливим аспектом є те, що при набутій втраті зору депресивні симптоми часто супроводжуються специфічним візуально-пов'язаним дистресом, який є незалежним предиктором тяжкості депресивної симптоматики, незалежно від ступеня порушення зору та тривалості захворювання [42; 156]. Описаний феномен відрізняється від загальної депресивної симптоматики та потребує специфічних терапевтичних підходів.

Концепція візуально-пов'язаного дистресу включає емоційні реакції, специфічно пов'язані з втратою зору: страх перед подальшим погіршенням зору, тривога щодо безпеки пересування, соромливість через використання допоміжних засобів. Важливо, що візуально-пов'язаний дистрес є надійним

предиктором депресивної симптоматики навіть при контролі ступеня порушення зору та соціально-демографічних факторів.

Когнітивні викривлення при втраті зору мають специфічні особливості порівняно з іншими формами депресії. Особи з набутою втратою зору схильні до розвитку катастрофічних інтерпретацій своєї ситуації, де будь-які труднощі розглядаються як докази повної безпорадності [147]. Поширеними є також селективна увага до негативних аспектів ситуації (неможливість водити автомобіль, читати дрібний текст) при ігноруванні збережених можливостей та ресурсів.

Роль самооцінки та образу тіла у формуванні депресивних станів при втраті зору є особливо значущою для молодих дорослих. Молоді люди з глибокою втратою зору переживають значне зниження самооцінки, пов'язане з неможливістю виконувати соціальні ролі та досягати професійних цілей [163]. Учасники досліджень повідомляли про відчуття "неповноцінності" та переконання щодо майбутнього безробіття.

Зміни в образі тіла при втраті зору включають не лише втрату візуального самосприйняття, але й зміни в кінестетичному та просторовому самоусвідомленні. Особи з набутою втратою зору часто повідомляють про відчуття втрати контролю над своїм тілом, невпевненість у рухах та страх фізичної травми [42; 177].

Аналіз факторів ризику розвитку депресії при втраті зору показує, що найбільш вразливими є особи молодого та середнього віку, оскільки втрата зору перериває їхні життєві плани та кар'єрні амбіції. Лонгітюдне дослідження національної вибірки показало, що набута втрата зору асоціюється з підвищеним ризиком розвитку депресії в усіх вікових групах, причому найбільший ризик спостерігається у молодих та осіб середнього віку [42; 154].

Гендерні відмінності також відіграють роль: жінки частіше повідомляють про депресивні симптоми після втрати зору, що узгоджується із загальною тенденцією більшої поширеності депресії серед жінок. За

даними українських джерел, жінок депресії вражають частіше, оскільки їх організм виробляє дещо менше серотоніну, аніж чоловічий [154].

Причина втрати зору також впливає на ризик розвитку депресії. Раптова втрата зору (внаслідок травми, інсульту) асоціюється з вищим ризиком гострих депресивних реакцій порівняно з поступовою втратою зору при хронічних захворюваннях. Прогресуючі захворювання дають більше часу для психологічної підготовки, хоча можуть призводити до хронічної тривоги очікування.

Особливу увагу в сучасних українських умовах привертають військові ветерани з втратою зору. Дослідження показують, що військові, які отримали порушення зору під час служби, часто мають досвід посттравматичного стресового розладу. Після звільнення у них спостерігається почуття самотності, соціальної ізоляції, втрати зв'язку з товаришами, відсутність почуття розуміння з боку цивільного населення [145].

За прогнозами ВООЗ, у майбутньому близько 15 мільйонів українців потребуватимуть психологічної підтримки, із них 3-4 мільйони – медикаментозного лікування у зв'язку з наслідками війни. Серед патологічних проявів кризи життєвих втрат можна виділити тяжку депресію, що супроводжується безсонням, постійне напруження, самозвинувачення, появу психосоматичних захворювань [197].

Соціально-економічні фактори значно впливають на розвиток та перебіг депресивних станів при втраті зору. Низький рівень доходу, відсутність доступу до якісних медичних послуг, обмежена соціальна підтримка створюють додаткові стресори. В умовах війни ці фактори посилюються через загальну економічну нестабільність та порушення системи охорони здоров'я.

При легкій депресії у людей з втратою зору спостерігаються деякі труднощі у виконанні звичайної роботи, але це майже не впливає на загальний результат і функціонування людини [79]. Характерними є

періодичні знижені настрої, легка втомлюваність, зниження мотивації до освоєння нових навичок адаптації.

Помірна депресія характеризується більш вираженими симптомами, що значно впливають на повсякденне функціонування. Спостерігається виражена ангедонія, порушення сну та апетиту, значне зниження енергії та мотивації до участі в реабілітаційних програмах.

Важка депресія при втраті зору може супроводжуватися суїцидальними думками, повною втратою здатності до самообслуговування, вираженими когнітивними порушеннями. Такі пацієнти потребують негайної госпіталізації та інтенсивного лікування.

При втраті зору можуть спостерігатися атипові форми депресії з гіперсомнією замість безсоння, збільшенням апетиту, гіперчутливістю до відмови з боку оточуючих. Атипова депресія вражає жінок в 4 рази частіше, ніж чоловіків [31].

Нелікована депресія при втраті зору призводить до погіршення загального стану здоров'я через нехтування медичними рекомендаціями, відмову від участі в реабілітаційних програмах, розвиток вторинних соматичних захворювань. Пацієнти з депресією частіше зловживають алкоголем або наркотичними речовинами, намагаючись самостійно лікувати симптоми [187].

Депресія призводить до прогресуючої соціальної ізоляції, втрати міжособистісних зв'язків, конфліктів у сім'ї. Особи з нелікованою депресією рідко повертаються до продуктивної діяльності, що створює додаткове економічне навантаження на сім'ю та суспільство. Нелікована депресія значно погіршує процес адаптації до втрати зору, перешкоджає освоєнню компенсаторних навичок, використанню асистивних технологій, що, у свою чергу, призводить до зниження якості життя та збільшення ступеня інвалідизації. Найтяжчим наслідком нелікованої депресії є суїцидальний ризик. Особи з втратою зору мають підвищений ризик суїцидальних думок та спроб, особливо в перші місяці після діагностування порушення зору.

Повторні думки про смерть та суїцидальні спроби є одними з основних симптомів депресії [197; 198].

За О. Тімченко [110], у осіб зі схильністю до депресивних розладів стресові події можуть виступати тригером, який запускає ланцюгову реакцію негативних психічних процесів. Стресові чинники активують характерні для депресивного стану переживання (смутку, концентрації на власних проблемах, самозвинувачення), які зумовлюють формування депресивного афекту.

Останній спричиняє виникнення дисфункціональних когніцій, емоційних та поведінкових патернів, що "підживлюють" й загострюють негативний емоційний фон, інтенсифікують самозвинувачення та поглиблюють депресивний стан особистості. Простежується циклічна взаємодія стресових подразників, депресогенного стилю переживань, афективних зрушень та когнітивно-поведінкових розладів у підтримці депресивної симптоматики [41].

Депресія характеризується переживанням безпорадності, тривоги, очікуванням негативних подій, втратою адаптивних навичок та заміщенням їх уникаючою поведінкою. При втраті зору ці механізми особливо виражені через об'єктивні труднощі адаптації та необхідність освоєння принципово нових способів взаємодії з навколишнім світом.

Війна в Україні створила особливу категорію осіб з втратою зору – військових, які отримали поранення в бойових умовах. Така втрата зору поєднується з посттравматичним стресовим розладом, що ускладнює клінічну картину та потребує комплексного підходу до лікування.

Воєнні дії призвели до порушення системи медичної та психологічної допомоги, особливо в регіонах, найбільш постраждалих від війни. Це створює додаткові труднощі для своєчасного виявлення та лікування депресивних розладів у осіб з втратою зору.

Тривалий стрес, пов'язаний з воєнною ситуацією в країні, чинить значний психоемоційний тиск на населення та може спричиняти

накопичення дезадаптивних реакцій, що потенційно загрожує комплексом медичних та соціальних ризиків.

Формування депресивних станів у дорослих осіб внаслідок набутої втрати зору представляє складний багатофакторний процес, що включає взаємодію когнітивних, емоційних, соціальних та біологічних механізмів. Теоретичні моделі надають фундаментальне розуміння основних механізмів, при цьому специфіка втрати зору вимагає урахування унікальних аспектів цього виду інвалідності [42].

Депресивні розлади при втраті зору характеризуються вищою поширеністю порівняно із загальною популяцією, специфічною симптоматикою (візуально-пов'язаний дистрес) та схильністю до хронічного перебігу при відсутності адекватного лікування. Особливої уваги потребують військові ветерани з втратою зору в контексті поточної ситуації в Україні.

Розуміння етіопатогенетичних механізмів, факторів ризику та клінічних особливостей депресивних станів при втраті зору є необхідною передумовою для розробки ефективних стратегій діагностики, лікування та профілактики цих розладів, що становить актуальне завдання сучасної клінічної психології та психіатрії.

1.3. Сучасні підходи до корекції депресивних станів у осіб, які втратили зір у дорослому віці

У рамках сучасних клінічних підходів терапія депресивних станів на тлі зорових порушень привертає пріоритетну увагу, адже тотальне або парціальне ураження зорової функції кардинально звужує адаптивні ресурси індивіда в ключових життєвих доменах. Наслідком стає виникнення гострих дезадаптивних станів, що проявляються інтенсивним психологічним дистресом, формуванням патологічних когнітивних схем самопринижения та частим розвитком невротичних розладів.

Сучасна парадигма лікування пацієнтів з порушеннями зору базується на мультидисциплінарному підході, що передбачає комплексну корекцію всіх супутніх проблем та коморбідних станів, асоційованих з основним захворюванням. Принципово важливим є забезпечення пацієнт-центрованого підходу, при якому всі діагностичні та терапевтичні втручання максимально узгоджуються з пацієнтом та супроводжуються детальним роз'ясненням їх клінічної доцільності та очікуваних результатів.

У зв’язку з цим доцільним є звернення до поняття комплексного супроводу як ширшої системи допомоги особам із порушеннями зору. У дослідженні Т. М. Осадчої супровід розглядається як мультидисциплінарний метод, забезпечуваний єдністю зусиль педагогів, психологів, соціальних і медичних працівників, а комплексний супровід — як сумісна робота фахівців, спрямована на подолання певної проблеми. При цьому допомога тлумачиться як одномоментний вплив, тоді як супровід має більш широкий, системний і тривалий характер [81]. Спираючись на це положення, у межах даного дослідження комплексний супровід осіб із набутою втратою зору та депресивними станами розуміється як узгоджена система психологічної, медичної, соціальної та реабілітаційної допомоги, спрямованої на зниження вираженості депресивної симптоматики, підтримку адаптаційних ресурсів особистості, відновлення соціального функціонування та підвищення якості життя.

Згідно з українськими клінічними протоколами, депресія є поширеним розладом, який піддається лікуванню. Існують різноманітні засоби лікування при депресії, при цьому слід намагатися застосовувати психотерапію або медикаментозне лікування препаратами першої лінії раніше, ніж проводити інші втручання [112]. Найбільш серйозним ускладненням депресії є суїцид, що особливо актуально для осіб з втратою зору, які мають підвищений ризик суїцидальних думок.

За даними українських експертів, депресія є лідером серед психічних патологій серед українців, особливо в умовах воєнного стану [18; 112].

Дослідження Світового банку показали, що в Україні найпоширенішими психічними захворюваннями є депресія, тривожні розлади та розлади, пов'язані з вживанням алкоголю й інших психоактивних речовин.

Фармакологічне лікування депресивних станів у осіб з втратою зору характеризується певними особливостями, що відрізняють його від стандартного підходу до терапії депресії. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну залишаються препаратами першої лінії, однак їх призначення вимагає особливої уваги до побічних ефектів, які можуть впливати на адаптаційні можливості пацієнтів з порушеннями зору.

Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну відносяться до першої лінії призначення при депресії, оскільки є найбільш збалансованими з точки зору ефективності та безпеки [2]. Такі препарати сприяють затримці більшої кількості молекул серотоніну у щілині між двома нервовими клітинами, в результаті чого ефект цього нейромедіатора проявляється довше і сильніше.

Аналіз клінічних даних [94; 133] свідчить про зменшену респонсивність до антидепресантної терапії серед осіб із зоровою депривацією відносно загальної популяції, що пояснюється дією психосоціальних детермінант та тривалого стресу, обумовленого обмеженнями життєдіяльності. Комплексний терапевтичний протокол, який синтезує медикаментозні та психологічні інтервенції, забезпечує значно кращі терапевтичні результати порівняно з одномодальним лікуванням.

При виборі антидепресантів необхідно враховувати індивідуальні особливості пацієнта, включаючи стать і вік, тяжкість і діагностичний підтип захворювання, супутню патологію, відповідь на лікування в анамнезі, чутливість до побічних ефектів та можливі біомаркери [133]. Терапевтичні фактори включають ефективність, переносимість і безпеку препарату, його ефективність в умовах клінічної практики, потенційну взаємодію лікарських засобів, простоту застосування та вартість.

Особливої уваги потребує моніторинг когнітивних функцій під час медикаментозного лікування, оскільки деякі антидепресанти можуть впливати на концентрацію уваги та пам'ять, що критично важливо для осіб, які покладаються на альтернативні сенсорні канали для отримання інформації. За українськими протоколами, основну роль у лікуванні депресії відіграє фармакотерапія, ефекти від якої розвиваються найшвидше через два тижні застосування препаратів [61].

Фармакотерапія депресивного епізоду повинна бути продовжена ще на шість місяців після зникнення симптомів. У випадку перенесення трьох епізодів депресії за останні п'ять років показане лікування впродовж декількох років [123]. Для пацієнтів з втратою зору це особливо важливо, оскільки ризик рецидивів може бути підвищеним через постійні стресори, пов'язані з інвалідністю.

При психотичній депресії комбінація антидепресанту та нейролептика є більш ефективною, ніж їх використання у вигляді монотерапії. Пацієнти, які одужали від психотичної депресії, мають вищий ризик рецидиву, тому профілактичне лікування особливо важливе [123].

Когнітивно-поведінкова терапія, адаптована для осіб з втратою зору, фокусується на двох основних компонентах: зменшення румінаційного способу мислення у відповідь на інвалідність та допомога в корекції та досягненні реалістичних цілей. Ефективність терапії підтверджена мета-аналізом, який показав помірну ефективність порівняно зі звичайним доглядом [42; 163].

Техніка лікування депресій за допомогою когнітивно-поведінкової терапії спирається на взаємозв'язок відчуттів і думок. У стані депресії домінують негативні уявлення людини про себе, а метою психотерапії є зміна емоційного стану і настрою пацієнта. Когнітивно-поведінкова психотерапія депресії є короткостроковою терапією, зазвичай 12-16 сеансів по одному на тиждень, сфокусованою на симптомах та заснованою на

передумові, що депресивний афект підтримується спотвореними уявленнями про себе, навколишній світ та майбутнє [123].

Ключовим моментом в когнітивно-поведінковій терапії депресії є розуміння пацієнтом причин депресії, створення позитивних уявлень про себе і свої ресурси, формування оптимістичного прогнозу на майбутнє. В результаті використання методів когнітивної психотерапії пацієнт чітко усвідомлює, що його стан залежить від його власних зусиль [200].

Проблемно-орієнтована терапія демонструє особливу ефективність у лікуванні депресії при втраті зору. Рандомізовані контрольовані дослідження показали, що проблемно-орієнтована терапія, що надається через телефон, призводить до значущого покращення тяжкості депресивних симптомів, якості життя та впевненості у використанні проблемно-орієнтованих копінг-навичок через три місяці після початку лікування [42; 156].

Проблемно-орієнтована терапія є короткостроковою психотерапією, зазвичай 12-16 сеансів по одному на тиждень, сфокусованою на одній або декількох ділянках проблемного функціонування. Визначений підхід особливо ефективний для осіб з втратою зору, оскільки фокусується на практичних аспектах адаптації до нових умов життя.

Емоційно-фокусована психотерапія продемонструвала диференційовані переваги у редукції депресивної симптоматики порівняно з проблемно-центрованими методиками. Наукові спостереження [195] засвідчили, що незважаючи на вищу ефективність проблемно-орієнтованих інтервенцій у сфері адаптації до зорових порушень, виключно емоційно-спрямована терапія забезпечувала клінічно значуще зниження депресивних проявів.

Зазначена методологія концентрується на процесингу афективних реакцій, асоційованих із втратою зору, зокрема скорботи, фрустрації, тривожності та відчаю. Емоційно-орієнтований підхід сприяє проходженню пацієнтами закономірних етапів переживання втрати функціональних

можливостей та конструюванню нової життєвої філософії в умовах інвалідності.

Міжособистісна терапія є короткостроковою психотерапією, сфокусованою на міжособистісних стосунках та їх впливі на депресивні симптоми. Для осіб з втратою зору цей підхід особливо важливий, оскільки інвалідність часто призводить до порушення соціальних зв'язків та зміни ролей у міжособистісних відносинах [149].

Якщо депресія нетяжка або пацієнт віддає перевагу психотерапії, то вона може бути ефективною як монотерапія. При тяжкій депресії фармакотерапія зазвичай ефективніша. Комбіноване лікування може бути ще ефективнішим, хоча потребує більших фінансових затрат [173].

Для пацієнтів з втратою зору комбінований підхід часто є оптимальним, оскільки дозволяє одночасно впливати на біологічні механізми депресії через медикаменти та на психологічні та соціальні аспекти через психотерапію. Це особливо важливо з урахуванням комплексної природи проблем, з якими стикаються особи з втратою зору.

Ефективне лікування депресії при втраті зору вимагає інтеграції психологічного втручання з реабілітаційними програмами. Навчання новим навичкам орієнтації та мобільності, використання асистивних технологій та професійна реабілітація можуть значно покращити ефективність лікування депресії.

Особливого розгляду заслуговує програма самоменеджменту для осіб зі слабким зором, яка характеризується потужною доказовою базою ефективності [172]. Дана програма була розроблена на основі комплексного аналізу існуючих досліджень впливу втрати зору на якість життя пацієнтів, а також міждисциплінарних консультацій з реабілітологами та фахівцями суміжних спеціальностей.

Структурно програма передбачає проведення восьми тригодинних групових терапевтичних занять з щотижневою періодичністю. Програми самоменеджменту, що надаються в груповому форматі, демонструють

стабільні позитивні результати. Мета-аналіз показав, що самоменеджмент був значно ефективнішим за контрольні умови у зменшенні психологічного дистресу та покращенні самоефективності й функціонування у пацієнтів з віково-пов'язаною макулярною дегенерацією [42; 156].

Групова терапія має особливі переваги для осіб з втратою зору, оскільки дозволяє учасникам поділитися досвідом адаптації, отримати взаємну підтримку та навчитися один у одного ефективним стратегіям подолання труднощів. Групові програми включають психоедукаційні компоненти, навчання копінг-стратегіям та взаємну підтримку учасників.

Результати емпіричних досліджень [78; 161] підтверджують переважну дієвість колективних терапевтичних форматів у нівелюванні соціального відчуження та розвитку конструктивної особистісної ідентичності у людей із втратою зору. Респонденти групової терапії регулярно повідомляють про стабілізацію афективного фону, підвищення власної гідності та посилення мотиваційної готовності до участі в реабілітаційних процедурах.

Наукові розвідки [68; 127] узагальнили три основні групи терапевтичних засобів для відновлення психічного здоров'я пацієнтів з порушеннями зору. Перша група включає методи впливу на емоційні, поведінкові та когнітивні компоненти особистості, спрямовані на корекцію психічного статусу. До цієї групи належать психогігієнічні заходи, психокорекційні методики включаючи тренінгові програми та психотерапевтичні втручання, навчання техніками саморегуляції, гіпнотерапія, прогресивна м'язова релаксація, аутогенне тренування, а також аудіовізуальні методи психорегуляції.

Друга група представлена засобами впливу на регуляторні функції організму пацієнта, включаючи нейроендокринну регуляцію, нормалізацію функціонування вегетативної нервової системи та оптимізацію діяльності центральної нервової системи. Методи цієї групи поділяються на фармакологічні, фізичні включаючи гідротерапію, ароматерапію, масажні

техніки, електрофізіологічні включаючи нейростимуляцію, міостимуляцію, акупунктуру, а також лікувальну фізкультуру, фітотерапію, магнітотерапію та лазеротерапію.

Третя група охоплює кліматолікувальні методи, зокрема бальнеотерапію з використанням мінеральних вод, таласотерапію з використанням морської води, аеротерапію у вигляді терапевтичних повітряних ванн, а також комплексне санаторно-курортне лікування [127].

Координована робота мультидисциплінарного колективу є фундаментальною передумовою забезпечення холістичного терапевтичного супроводу. Результати аналізу [26; 162] виокремили сім критичних параметрів, що детермінують успішність психотерапевтичних інтервенцій у клієнтів із порушеннями зору: клінічні особливості зорового дефіциту, екологічні умови, психотравмуючі впливи, емоційно-афективна сфера, кваліфікація та позиція терапевта, організація терапевтичного середовища та забезпеченість адаптованими ресурсами.

Оптимальна міждисциплінарна команда повинна включати офтальмолога, психолога, спеціаліста з реабілітації зору, інструктора з орієнтації та мобільності, ерготерапевта, соціального працівника та, за потреби, психіатра для медикаментозного лікування. Координація між учасниками команди та регулярний моніторинг прогресу є обов'язковими компонентами ефективного втручання [42; 119].

Цифрові технології відкривають нові можливості для надання підтримки особам з втратою зору. Телепсихологія та мобільні додатки для ментального здоров'я демонструють високу ефективність у забезпеченні доступності психологічної допомоги. Особливо перспективними є голосові інтерфейси та тактильні технології, адаптовані для потреб людей з порушеннями зору [17].

Телефонні втручання показали особливу ефективність для осіб з втратою зору, оскільки не вимагають візуального контакту та можуть проводитися в комфортних домашніх умовах. Проблемно-орієнтована

терапія через телефон продемонструвала значущі результати в лікуванні депресії при втраті зору [156].

Нейробіофідбек та інші методи нейромодуляції показують обнадійливі результати у лікуванні депресії при неврологічних порушеннях, включаючи втрату зору внаслідок черепно-мозкових травм. Сучасні методи включають транскраніальну електростимуляцію головного мозку, стимуляцію блукаючого нерва та інші інноваційні підходи [175].

Віртуальна реальність та доповнена реальність знаходять застосування у реабілітаційних програмах, дозволяючи створювати контрольовані середовища для тренування адаптивних навичок та подолання фобій, пов'язаних з пересуванням та соціальною взаємодією.

Розвиток генетичних досліджень дозволяє краще розуміти індивідуальні особливості реакції на втрату зору та схильність до розвитку депресивних станів. Фармакогенетичне тестування може оптимізувати вибір антидепресантів та їх дозування для конкретного пацієнта.

Біомаркери стресу та запалення розглядаються як потенційні предиктори розвитку депресії при втраті зору, що може дозволити раннє втручання та профілактику. Дослідження показують, що рівні кортизолу, цитокінів запалення та нейротрофічних факторів можуть служити індикаторами ризику розвитку депресії.

Сімейно-орієнтована терапія демонструє високу ефективність у лікуванні депресії при втраті зору. Навчання членів родини техніками підтримки та комунікації значно покращує результати лікування та знижує ризик рецидивів. Сім'я відіграє критичну роль в процесі адаптації до втрати зору, і її залучення до терапевтичного процесу є важливим компонентом успішного лікування [159].

Сімейна терапія включає роботу з почуттям провини, яке можуть відчувати члени сім'ї, навчання ефективним способам надання підтримки без створення надмірної залежності, та допомогу в адаптації до змінених

ролей у родині. Особлива увага приділяється балансу між підтримкою та заохоченням незалежності.

Групи взаємопідтримки та піринговe консультування показують стабільні позитивні результати, особливо у поєднанні з професійною психологічною допомогою. Ці підходи особливо важливі для подолання соціальної ізоляції та формування позитивної ідентичності.

Піринговe консультування, коли особи з досвідом успішної адаптації до втрати зору надають підтримку тим, хто нещодавно втратив зір, показує високу ефективність. Такий підхід забезпечує реалістичну перспективу можливостей адаптації та служить джерелом надії та мотивації [185].

Професійна реабілітація відіграє ключову роль у лікуванні депресії при втраті зору. Повернення до трудової діяльності або освоєння нової професії значно покращує психологічний стан та самооцінку пацієнтів. Дослідження показують, що працевлаштовані особи з втратою зору мають нижчі рівні депресії та кращу якість життя.

Програми професійної реабілітації включають оцінку професійних інтересів та здібностей, навчання новим навичкам, адаптацію робочого місця та підтримку в процесі працевлаштування. Особлива увага приділяється використанню асистивних технологій, які можуть значно розширити професійні можливості осіб з втратою зору.

Терапія через діяльність та ерготерапія допомагають відновити відчуття контролю над власним життям та формують нові адаптивні навички. Особливо ефективними є програми, що поєднують професійне навчання з психологічною підтримкою.

Ерготерапія фокусується на відновленні здатності до виконання повсякденних активностей, включаючи самообслуговування, ведення домашнього господарства, дозвіллєву діяльність та професійні обов'язки. Цей підхід особливо важливий для підвищення самооцінки та зменшення почуття безпорадності.

Методи психологічної діагностики депресії при втраті зору потребують адаптації стандартних інструментів. Beck Depression Inventory залишається одним з найбільш валідних інструментів для оцінки депресивних симптомів у цій популяції, показуючи середній бал 9.6 у дослідженні осіб з діагностованими очними захворюваннями [189].

Однак необхідно враховувати, що деякі соматичні симптоми депресії можуть бути пов'язані безпосередньо з втратою зору, а не з депресивним розладом [42]. Це вимагає особливої уваги до інтерпретації результатів та використання додаткових методів оцінки.

Емпіричні спостереження розкривають катастрофічну недостатність психодіагностичного та психотерапевтичного покриття: приблизно 91% людей із порушеннями зору, що демонструють депресивну або анксіозну симптоматику, не отримують спеціалізованої психологічної підтримки [176]. Виявлені дані обґрунтовують доцільність упровадження рутинного скринінгу психічного здоров'я в офтальмологічній мережі та реабілітаційних закладах.

Більшість людей, які страждають на депресію, не знають про наявність своєї психологічної проблеми, приймаючи депресію як норму життя або вважаючи її проявом поганого настрою [175]. Для осіб з втратою зору ця проблема ускладнюється тим, що депресивні симптоми можуть розглядатися як "природна" реакція на інвалідність.

Щодо України, більшість спеціалізованих програм лікування депресивних станів при втраті зору перебуває на стадії розробки та впровадження. Ратифікація Україною Конвенції ООН про права інвалідів та затвердження Державної цільової програми визначили стратегічні завдання для вітчизняних закладів охорони здоров'я щодо забезпечення доступності медико-психологічної допомоги для осіб з порушеннями зору [4].

У контексті розвитку спеціалізованої допомоги особам з депресивними станами при втраті зору в Україні актуальною є розробка національних клінічних протоколів, адаптованих до вітчизняних реалій, а

також створення мультидисциплінарних команд, що включають офтальмологів, психіатрів, психологів та реабілітологів для забезпечення комплексного підходу до лікування даної категорії пацієнтів.

Виконання вимог медико-технологічних документів є обов'язковим для всіх практикуючих лікарів, незалежно від закладу, в якому вони працюють, що створює основу для стандартизації підходів до лікування депресії, включаючи випадки коморбідності з втратою зору.

За даними міжнародних досліджень, найбільшу ефективність у лікуванні депресії при втраті зору демонструють комбіновані підходи, що поєднують медикаментозне лікування з психотерапевтичними методами. Мета-аналіз показав, що психосоціальні втручання мають невеликий, але значущий ефект на покращення депресії у людей з порушеннями зору, при цьому ефективність корелює з віком пацієнтів, де молодший вік асоціюється з кращими результатами [143].

Емпіричні дослідження свідчать про диференційовану ефективність різних терапевтичних підходів залежно від специфічних аспектів адаптації до втрати зору. Так, проблемно-орієнтована терапія виявляється більш ефективною для покращення функціональної адаптації та освоєння практичних навичок життя з втратою зору, тоді як емоційно-орієнтована терапія демонструє переваги у зменшенні власне депресивної симптоматики [195].

Програми самоменеджменту показують стійкі позитивні результати з тривалістю ефекту до шести місяців після завершення втручання. Особливо важливим є той факт, що ефективність цих програм не залежить від ступеня втрати зору, що робить їх універсальним інструментом для різних категорій пацієнтів [156].

Аналіз факторів, що впливають на ефективність лікування, виявив кілька ключових предикторів успішності терапевтичних втручань. Молодший вік пацієнтів корелює з кращою відповіддю на всі види лікування, що пов'язано з більшою нейропластичністю та адаптивними

ресурсами молодого мозку. Час, що минув з моменту втрати зору, також відіграє важливу роль, при цьому оптимальний період для початку інтенсивної психологічної інтервенції становить від трьох до дванадцяти місяців після діагностування порушення зору.

Окрім того, соціальна підтримка також виступає потужним модератором ефективності лікування. Пацієнти з високим рівнем сімейної підтримки демонструють кращі результати незалежно від типу застосованого втручання. Водночас, надмірна опікунська поведінка з боку близьких може негативно впливати на результати лікування, сприяючи формуванню залежної поведінки та зниженню мотивації до активної участі у реабілітаційних програмах.

Когнітивні здібності пацієнта, особливо збережена здатність до навчання та формування нових навичок, є критично важливими для успішності когнітивно-поведінкових втручань. Особи з вищим рівнем освіти та розвиненими метакогнітивними навичками показують кращу відповідь на структуровані психотерапевтичні програми.

Лонгітюдні дослідження ефективності лікування депресії при втраті зору демонструють неоднозначну картину довгострокових результатів. Найбільш стійкі позитивні ефекти спостерігаються при комбінованому лікуванні, що включає як фармакологічну, так і психосоціальну складову. Однак навіть при успішному первинному лікуванні ризик рецидивів залишається підвищеним протягом перших двох років після втрати зору [151].

Аналіз факторів, що сприяють довгостроковому збереженню ефекту лікування, показав критичну важливість інтеграції набутих навичок у повсякденне життя пацієнта. Програми, що включають компоненти підтримуючої терапії та регулярний моніторинг стану, демонструють значно нижчі показники рецидивів порівняно з короткостроковими інтенсивними втручаннями.

Професійна реабілітація та повернення до трудової діяльності виявляються одними з найпотужніших факторів довгострокової підтримки психологічного благополуччя. Пацієнти, які успішно адаптувалися до професійної діяльності з урахуванням обмежень зору, демонструють стабільно низькі рівні депресивної симптоматики навіть через п'ять років після втрати зору.

Військові ветерани з втратою зору становлять особливу клінічну групу, що потребує спеціалізованих терапевтичних підходів. Коморбідність депресії з посттравматичним стресовим розладом, що спостерігається у 85-90% випадків, вимагає інтегрованого лікування, що одночасно адресує обидва розлади. Стандартні протоколи лікування депресії часто виявляються недостатньо ефективними для цієї популяції без врахування травматичного компоненту [63].

Когнітивно-поведінкова терапія, адаптована для роботи з травмою, показує кращі результати порівняно зі стандартними підходами. Особлива увага приділяється роботі з почуттям провини вижившого, втратою військової ідентичності та труднощами реінтеграції у цивільне суспільство. Групові програми для ветеранів демонструють високу ефективність завдяки спільному досвіду та взаєморозумінню учасників.

Фармакологічне лікування у ветеранів може вимагати коригування стандартних протоколів з урахуванням можливих черепно-мозкових травм та їх впливу на метаболізм психотропних препаратів. Екологічна обережність потрібна при призначенні препаратів з седативним ефектом, оскільки вони можуть погіршувати когнітивні функції, що особливо критично для осіб з втратою зору [54].

Гендерні відмінності у проявах та перебігу депресії при втраті зору вимагають диференційованих терапевтичних підходів. Жінки частіше демонструють інтерналізуючі симптоми депресії, включаючи самозвинувачення, почуття провини та соціальний відхід. Для них більш

ефективними виявляються емоційно-орієнтовані терапевтичні підходи та групові програми взаємопідтримки.

Чоловіки з втратою зору частіше проявляють екстерналізуючі симптоми, включаючи гнів, роздратованість та схильність до ризикованої поведінки. Для цієї групи більш ефективними є проблемно-орієнтовані підходи, фокусовані на практичних аспектах адаптації та відновленні професійного функціонування.

Особливої уваги потребують жінки репродуктивного віку з втратою зору, для яких депресія може ускладнюватися гормональними змінами та проблемами, пов'язаними з материнством. Інтеграція гінекологічної допомоги у комплексне лікування депресії є важливою складовою успішної терапії.

Лікування депресії при втраті зору у різних вікових групах має свої специфічні особливості. У молодих дорослих (18-30 років) акцент робиться на підтримці освітніх та професійних планів, розвитку незалежності та формуванні здорових міжособистісних стосунків. Терапевтичні програми для цієї групи часто включають компоненти професійної орієнтації та навчання соціальним навичкам.

Середній вік (30-55 років) характеризується необхідністю балансування ролей батька, професіонала та особи з інвалідністю. Терапевтичні втручання фокусуються на підтримці сімейного функціонування, адаптації професійних ролей та розвитку лідерських якостей у громаді людей з інвалідністю.

Похилий вік (55+ років) вимагає особливої уваги до коморбідних медичних станів та когнітивних змін. Терапевтичні програми адаптуються з урахуванням можливих обмежень пам'яті та концентрації, з більшим акцентом на підтримуючій терапії та паліативному догляді [142].

Ефективність лікування депресії при втраті зору значною мірою залежить від культурної адаптації терапевтичних підходів. В українському культурному контексті особливого значення набувають традиційні

уявлення про інвалідність, роль сім'ї у догляді за хворими та ставлення до психічного здоров'я.

Релігійні та духовні аспекти відіграють важливу роль у процесі адаптації до втрати зору для значної частини українського населення. Інтеграція духовної підтримки у терапевтичні програми може значно підвищити їх ефективність. Співпраця з релігійними громадами та духовними лідерами допомагає створити більш комплексну систему підтримки.

Стигматизація психічних розладів, що залишається поширеною в українському суспільстві, створює додаткові бар'єри для звернення за допомогою. Психоедукаційні програми для сімей та громад є важливою складовою подолання цих бар'єрів та підвищення доступності лікування.

Соціально-економічний статус пацієнта суттєво впливає на доступність та ефективність лікування депресії при втраті зору. Пацієнти з вищим рівнем доходу мають кращий доступ до спеціалізованих послуг, асистивних технологій та приватної психологічної допомоги, що корелює з кращими результатами лікування.

Географічна доступність послуг залишається критичною проблемою в Україні, особливо для мешканців сільських районів. Телемедичні технології частково вирішують цю проблему, але їх ефективність обмежується рівнем цифрової грамотності та доступністю інтернет-з'єднання.

Система соціального захисту та державної підтримки осіб з інвалідністю в Україні перебуває у стадії реформування, що створює додаткові стресори для пацієнтів та їх сімей. Інтеграція соціальної роботи у комплексні програми лікування депресії є важливою складовою подолання цих системних проблем.

Розвиток штучного інтелекту та машинного навчання відкриває нові можливості для персоналізації лікування депресії при втраті зору. Алгоритми, що аналізують патерни голосу та мовлення, можуть виявляти

ранні ознаки погіршення психічного стану та сигналізувати про необхідність коригування терапії.

Системи домашньої автоматизації та мережі інтегрованих девайсів відкривають перспективи пасивного збору даних щодо життєдіяльності, відпочинку та міжособистісних контактів пацієнтів із втратою зору. Акумульована інформація може слугувати основою для об'єктивного аналізу лікувальних результатів та превентивного виявлення депресивних загострень [194].

Технології віртуального та змішаного середовища модифікуються для використання особами із зоровими порушеннями шляхом інтеграції тактильних та звукових модальностей. Зазначені рішення застосовуються для формування контрольованих навчальних просторів з метою опанування компетенцій просторової навігації та самостійного пересування, що сприяє зростанню самоефективності та редукції тривожних станів.

Розвиток нових класів антидепресантів з швидким початком дії, таких як антагоністи NMDA-рецепторів, відкриває перспективи для лікування резистентних форм депресії при втраті зору. Кетамінова терапія показує обнадійливі результати у пацієнтів, які не відповідають на стандартні антидепресанти [194].

Персоналізована медицина на основі генетичного тестування дозволяє оптимізувати вибір препаратів та їх дозування з урахуванням індивідуальних особливостей метаболізму. Фармакогенетичне тестування може значно підвищити ефективність лікування та зменшити ризик побічних ефектів.

Нейромодуляційні підходи, включаючи транскраніальну магнітну стимуляцію та глибоку стимуляцію мозку, розробляються спеціально для пацієнтів з коморбідними неврологічними порушеннями та втратою зору. Ці методи показують особливу ефективність у випадках резистентної депресії.

Інтегративна медицина, що поєднує традиційні медичні підходи з комплементарними методами, набуває популярності у лікуванні депресії при втраті зору. Акупунктура, медитація усвідомленості та йога адаптуються для потреб осіб з порушеннями зору та показують позитивні результати як додаткові методи лікування [195].

Оцінка ефективності лікування депресії при втраті зору не може обмежуватися лише зменшенням депресивної симптоматики. Сучасні підходи передбачають комплексну оцінку якості життя, що включає фізичне, психологічне, соціальне та духовне благополуччя пацієнта.

Функціональна незалежність у повсякденних активностях є одним з ключових показників успішності лікування. Здатність до самообслуговування, використання громадського транспорту, ведення домашнього господарства та участь у соціальних активностях значною мірою визначає суб'єктивне відчуття якості життя.

Соціальна інтеграція та підтримання значущих міжособистісних стосунків розглядаються як критичні компоненти психологічного благополуччя. Ефективне лікування повинно не лише зменшувати депресивні симптоми, але й сприяти відновленню та розвитку соціальних зв'язків.

Стратегічною метою комплексного лікування депресії при втраті зору є досягнення стану, коли інвалідність не визначає ідентичність особи, а розглядається як одна з багатьох характеристик. Це вимагає глибокої трансформації самосприйняття та життєвих цінностей, що досягається через тривалий терапевтичний процес.

Розвиток ресурсів стійкості та адаптивності є довгостроковою ціллю, що виходить за межі симптоматичного лікування. Пацієнти повинні не лише подолати поточний епізод депресії, але й розвинути навички, що допоможуть їм ефективно справлятися з майбутніми викликами та стресорами.

Американська асоціація оптометристів створила детальні клінічні протоколи, базовані на засадах науково обґрунтованої медицини, для корекції коморбідних психічних порушень у хворих з очною патологією [172]. Запропоновані стандарти охоплюють структурування проблемних аспектів, процедурні схеми надання профільної допомоги та діагностичні висновки, які можуть стати підґрунтям для імплементації у вітчизняній медичній практиці.

Скандинавські країни демонструють одні з найкращих показників реабілітації осіб з втратою зору завдяки інтегрованій системі медичної, психологічної та соціальної підтримки. Особливістю їх підходу є раннє втручання, починаючи з перших днів після діагностування порушення зору, та безперервність надання послуг протягом усього процесу адаптації.

Канадська модель включає обов'язкове психологічне консультування для всіх осіб з новою втратою зору протягом перших трьох місяців після діагностики. Цей підхід показав значне зменшення частоти розвитку клінічно значущих депресивних розладів порівняно з традиційними моделями надання допомоги.

Впровадження міжнародних стандартів лікування депресії при втраті зору в Україні вимагає адаптації до місцевих соціально-економічних та культурних умов. Першочерговими завданнями є підготовка спеціалізованих кадрів, створення міждисциплінарних команд та розробка національних клінічних протоколів.

Інтеграція психологічної допомоги у систему офтальмологічної допомоги є критично важливою для раннього виявлення та профілактики депресивних розладів.

Розвиток телемедичних технологій може частково компенсувати нестачу спеціалізованих послуг у віддалених регіонах України. Впровадження платформ дистанційного консультування та моніторингу стану пацієнтів може значно покращити доступність якісної психологічної допомоги.

Таким чином, сучасні підходи до лікування депресивних станів у осіб, які втратили зір у дорослому віці, характеризуються мультимодальністю та персоналізацією терапевтичних втручань. Найбільшу ефективність демонструють комбіновані програми, що поєднують фармакологічне лікування, психотерапію та реабілітаційні заходи з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта та специфіки його соціального оточення.

Критично важливим є раннє виявлення та втручання, оскільки своєчасне лікування значно покращує прогноз та зменшує ризик хронізації депресивного розладу. Розвиток систем скринінгу в офтальмологічних закладах та центрах реабілітації зору є першочерговим завданням для підвищення ефективності допомоги цій категорії пацієнтів.

Висновки до розділу 1

Теоретичний аналіз наукової літератури засвідчив, що втрата зору в дорослому віці являє собою складний багатовимірний процес, що кардинально змінює всі сфери життєдіяльності особистості. На відміну від осіб з вродженими порушеннями зору, дорослі з набутою втратою зору стикаються з необхідністю кардинальної перебудови сформованих когнітивних схем, поведінкових патернів та життєвого досвіду, що базувався на зоровому сприйнятті світу.

Процес адаптації до втрати зору характеризується стадійністю та індивідуальною варіативністю, проходячи через етапи заперечення, депресії та поступового прийняття. Критичними факторами успішної адаптації виступають: вік втрати зору, характер втрати зору (поступова чи раптова), особистісні риси (оптимізм, психологічна стійкість), соціальна підтримка та доступність реабілітаційних ресурсів.

Встановлено, що втрата зору призводить до активації компенсаторних механізмів, включаючи кросмодальну пластичність мозку,

посилення функціонування збережених сенсорних систем та формування нових нейронних мереж. Однак ці процеси можуть створювати додаткове когнітивне навантаження та впливати на розвиток депресивних станів.

Депресивні стани при втраті зору характеризуються високою поширеністю (25–85 % залежно від досліджуваної популяції), що в 3–4 рази перевищує показники у загальній популяції. Специфічною особливістю є наявність візуально пов’язаного дистресу, що є незалежним предиктором тяжкості депресивної симптоматики та включає страх подальшого погіршення зору, тривогу щодо безпеки пересування та сором’язливість через використання допоміжних засобів.

Етіопатогенез депресивних станів при втраті зору має мультифакторний характер і включає порушення циркадних ритмів через відсутність світлової стимуляції, що впливає на продукцію серотоніну; когнітивні викривлення (катастрофічне мислення, надмірна персоналізація, дихотомічне оцінювання); формування навченої безпорадності; нейробіологічні зміни (гіперактивація амігдали, зниження активності префронтальної кори).

Обґрунтовано, що клінічна картина депресії при втраті зору має специфічні особливості порівняно з депресією при інших видах втрат: найвищі показники поширеності, найтривалішу гостру фазу, високу коморбідність із тривожними розладами та ПТСР, особливо при травматичній втраті зору.

Констатовано, що особливої уваги потребують військові ветерани з втратою зору, які демонструють найвищі показники поширеності депресії, значну коморбідність із посттравматичним стресовим розладом та підвищену частоту суїцидальних думок порівняно із загальною популяцією осіб з втратою зору.

Виокремлено сучасні підходи до лікування депресивних станів при втраті зору, що базуються на мультидисциплінарній біопсихосоціальній моделі, яка передбачає інтеграцію фармакологічних, психотерапевтичних та

реабілітаційних методів. Найбільшу ефективність демонструють комплексні програми, адаптовані до психологічних і функціональних особливостей осіб з порушеннями зору.

Серед психокорекційних підходів особливу ефективність виявляють когнітивно-поведінкова терапія, адаптована до роботи з візуально пов’язаними когнітивними викривленнями, проблемно-орієнтована терапія, емоційно-орієнтовані підходи та програми самоменеджменту, спрямовані на відновлення особистісної активності, розвиток адаптивних копінг-стратегій і покращення якості життя.

Теоретичний аналіз також підтвердив доцільність розгляду депресивних станів у осіб з набутою втратою зору не лише як клініко-психологічного феномену, а і як важливого чинника, що ускладнює процес адаптації, соціальної інтеграції та реабілітації. Це дає підстави розглядати діагностику і корекцію депресивних станів як важливу складову ширшої системи комплексного супроводу осіб з набутою втратою зору. Такий супровід передбачає узгодження психологічної, медичної, соціальної та реабілітаційної допомоги відповідно до потреб цієї категорії осіб.

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ОСІБ З НАБУТОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ

2.1. Організація та методи дослідження депресивних проявів у осіб, які втратили зір в дорослому віці

Емпіричне дослідження депресивних станів у осіб, які втратили зір в дорослому віці, було проведено з метою виявлення психологічних особливостей функціонування особистості в умовах кардинальної зміни життєвої ситуації внаслідок набутих порушень зору та в контексті воєнного конфлікту в Україні, а також визначення факторів, що впливають на розвиток, перебіг та подолання депресивних проявів у військових та цивільних осіб з втратою зору.

Теоретико-методологічною основою дослідження виступили концепції психологічної адаптації до втрати сенсорних функцій, теорії копінг-поведінки, підходи до розуміння депресивних розладів у осіб з набутими інвалідностями, а також дослідження психологічних наслідків травматичного досвіду в умовах воєнного конфлікту та специфіки реабілітаційних процесів у осіб з порушеннями зору [1; 9; 12; 13; 24; 40; 58; 64; 79; 96-98; 103].

Для вирішення поставлених у дослідженні завдань була розроблена програма емпіричного дослідження, спрямована на вивчення депресивних станів у осіб, які втратили зір в дорослому віці під час воєнного конфлікту в Україні. Дослідження здійснювалося у три взаємопов’язані етапи протягом 2023–2025 років. Окремі етапи частково перекривалися в часі відповідно до логіки збору й аналізу емпіричних даних, розроблення та апробації корекційної програми.

На першому етапі (2023–2024 рр.) - підготовчо-діагностичному - здійснено теоретичний аналіз проблеми депресивних станів у осіб із

набутою втратою зору, визначено методологічні засади та програму емпіричного дослідження, сформовано комплекс психодіагностичних методик та забезпечено їх доступне пред'явлення особам із порушеннями зору. Було сформовано основну вибірку дослідження, отримано добровільну інформовану згоду учасників та проведено первинне комплексне психодіагностичне обстеження 186 осіб, які втратили зір у дорослому віці.

На другому етапі (2024–2025 рр.) - аналітико-конструювальному - здійснено статистичну обробку та змістовий аналіз результатів емпіричного дослідження. Визначено поширеність і особливості депресивних проявів, проаналізовано їх структуру, взаємозв'язки з тривожністю, копінг-стратегіями, сприйнятою соціальною підтримкою, особистісними характеристиками та соціально-демографічними й клініко-психологічними чинниками. На основі отриманих емпіричних результатів і теоретичного аналізу обґрунтовано модель комплексного супроводу осіб із депресивними станами при набутій втраті зору та розроблено авторську програму корекційного втручання «Шлях до відновлення при втраті зору».

На третьому етапі (2024–2025 рр.) - апробаційно-узагальнювальному - проведено апробацію розробленої корекційної програми. До участі було залучено 32 особи з основної емпіричної вибірки, які мали помірні або виражені депресивні прояви за BDI-II та погодилися розпочати програму. Повний курс із 20 корекційних занять завершили 14 учасників, тоді як 18 осіб припинили участь на різних етапах. Повторне психодіагностичне обстеження із застосуванням BDI-II, HADS, MSPSS та WCQ проведено для всіх 32 учасників через 20–23 тижні після первинного оцінювання. Також на цьому етапі здійснено аналіз динаміки досліджуваних показників у кожній підгрупі та порівняно величину змін між природно сформованими підгрупами завершення і незавершення програми. За результатами апробації узагальнено можливості практичного застосування авторської програми, сформульовано висновки та розроблено рекомендації щодо

психологічної корекції, профілактики депресивних станів і комплексного супроводу дорослих осіб із набутою втратою зору.

Загальна вибірка дослідження склала 186 осіб віком від 22 до 68 років, які втратили зір в дорослому віці в період з 2014 по 2024 роки. Критерієм включення до дослідження була втрата зору (повна або значна) після 18 років, що сталася внаслідок воєнних дій, терористичних актів або в умовах воєнного стану в Україні, за винятком випадків вродженої сліпоти чи втрати зору в дитячому віці.

Військова група (n=98, 52,7%) включала військовослужбовців Збройних Сил України, Національної гвардії, прикордонної служби та інших силових структур, які отримали поранення очей або контузійні травми з втратою зору під час виконання бойових завдань в зоні проведення антитерористичної операції / операції об'єднаних сил або під час повномасштабного російського вторгнення.

Цивільна група (n=88, 47,3%) складалася з цивільних осіб, які втратили зір внаслідок прямого воєнного впливу (обстріли, вибухи, теракти) або через погіршення медичної допомоги в умовах воєнного конфлікту, що призвело до несвоєчасного лікування очних захворювань з подальшою втратою зору.

Розподіл за статтю: чоловіки склали 142 особи (76,3%), жінки – 44 особи (23,7%), що відображає специфіку воєнного конфлікту з переважним залученням чоловіків до бойових дій.

Віковий розподіл: 22-30 років – 47 осіб (25,3%), 31-40 років – 52 особи (28,0%), 41-50 років – 49 осіб (26,3%), 51-60 років – 28 осіб (15,1%), понад 60 років – 10 осіб (5,4%).

Освітній рівень: середня освіта – 34 особи (18,3%), професійно-технічна – 48 осіб (25,8%), неповна вища – 31 особа (16,7%), вища освіта – 73 особи (39,2%).

Причини втрати зору в військовій групі: осколкові поранення очей – 52 особи (53,1%), мінно-вибухові травми – 28 осіб (28,6%), контузійні ураження – 12 осіб (12,2%), хімічні опіки – 6 осіб (6,1%).

Причини втрати зору в цивільній групі: травми внаслідок обстрілів – 31 особа (35,2%), несвоєчасне лікування глаукоми/катаракти – 26 осіб (29,5%), діабетична ретинопатія без адекватного лікування – 18 осіб (20,5%), травми при евакуації/переміщенні – 13 осіб (14,8%).

Термін втрати зору: до 6 місяців – 29 осіб (15,6%), 6-12 місяців – 41 особа (22,0%), 1-3 роки – 76 осіб (40,9%), понад 3 роки – 40 осіб (21,5%).

Сімейний стан: одружені/заміжні – 118 осіб (63,4%), неодружені – 52 особи (28,0%), розлучені – 12 осіб (6,5%), вдові/вдівці – 4 особи (2,2%).

Усі учасники дали добровільну інформовану згоду на участь у дослідженні після детального роз'яснення його мети, процедур та можливих ризиків. Особливу увагу приділялося забезпеченню психологічної безпеки учасників, враховуючи їхню вразливість внаслідок травматичного досвіду та адаптації до порушень зору.

Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою пакету програм SPSS 25.0 з використанням методів описової статистики, кореляційного аналізу, t-критерію Стьюдента для незалежних груп та дисперсійного аналізу.

Для проведення дослідження використовувався комплекс методик, спрямованих на вивчення депресивних проявів у осіб, які втратили зір в дорослому віці, оцінку їх психоемоційного стану, адаптаційних можливостей та ефективності корекційно-реабілітаційних заходів. Підбір діагностичного інструментарію здійснювався з урахуванням специфічних особливостей цільової групи дослідження, необхідності комплексної оцінки депресивної симптоматики та можливості адаптації методик для осіб з порушеннями зору.

За допомогою Шкали депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI - II) [144] досліджено рівень та структуру депресивних проявів у осіб, які

втратили зір в дорослому віці, виявлено специфічні особливості депресивної симптоматики та здійснено оцінку ефективності корекційно-реабілітаційних заходів.

Шкала депресії Бека є однією з найбільш валідних та широко використовуваних методик для діагностики депресивних станів, розробленою А. Беком у 1961 році з подальшими модифікаціями [174; 176]. Дана методика представляє собою самооціночний опитувальник, призначений для виявлення та оцінки ступеня вираженості депресивної симптоматики у осіб віком від 13 років і старше.

Значущість використання методики в контексті дослідження полягає у її здатності забезпечити об'єктивну та стандартизовану оцінку депресивних проявів у осіб, які зазнали втрати зору в дорослому віці. Особлива важливість цієї методики обумовлена тим, що втрата зору в дорослому віці часто супроводжується розвитком депресивної симптоматики внаслідок кардинальної зміни життєвих обставин, необхідності адаптації до нових умов функціонування та переживання горя втрати. Шкала Бека дозволяє не лише виявити наявність депресивних розладів, але й диференціювати їх за ступенем важкості, що є критично важливим для розробки індивідуальних програм психологічної корекції та реабілітації.

Структурно опитувальник складається з 21 групи тверджень, кожна з яких містить чотири варіанти відповідей, що оцінюються від 0 до 3 балів залежно від інтенсивності прояву симптому. Методика охоплює широкий спектр депресивних симптомів, систематизованих відповідно до критеріїв DSM-IV: когнітивно-афективний блок (пункти 1-13) включає оцінку настрою, песимізму, почуття провини, незадоволеності собою, самозвинувачення, суїцидальних думок, плаксивості, дратівливості, соціальної ізоляції, нерішучості, змін у сприйнятті власної зовнішності, працездатності та втомлюваності; соматичний блок (пункти 14-21) охоплює

порушення сну, апетиту, вагові зміни, занепокоєння станом здоров'я та зниження лібідо.

Процедура проведення методики є достатньо гнучкою та може здійснюватися як в індивідуальній, так і в груповій формі, що особливо важливо для роботи з особами з порушеннями зору, які можуть потребувати індивідуального підходу та додатково часу для виконання завдань. Респонденту пропонується вибрати з кожної групи тверджень те, яке найточніше описує його самопочуття та переживання протягом останніх двох тижнів, включаючи день обстеження. Орієнтовний час виконання становить 5-10 хвилин, що робить методику економічною з точки зору часових затрат та зменшує навантаження на досліджуваних, які можуть переживати підвищену втомлюваність внаслідок адаптації до життя без зору.

Інтерпретація результатів здійснюється на основі підрахунку загального балу як суми всіх відповідей респондента з максимально можливим показником 63 бали. Діагностичні критерії включають наступні діапазони: 0-13 балів свідчать про відсутність депресивних розладів; 14-19 балів вказують на легку депресію; 20-28 балів характеризують помірну депресію; 29-63 бали свідчать про виражену (важку) депресію. Така градація дозволяє не лише констатувати наявність депресивної симптоматики, але й визначити її інтенсивність, що є принципово важливим для планування терапевтичних інтервенцій та оцінки їх ефективності в динаміці.

Психометричні характеристики методики демонструють її високу надійність та валідність: коефіцієнт внутрішньої узгодженості α Кронбаха складає 0,86-0,91, тест-ретестова надійність знаходиться в діапазоні r = 0,60-0,90, що підтверджує стабільність та точність отримуваних результатів. Ці показники є особливо важливими в контексті лонгітюдного дослідження, де необхідно відстежувати динаміку депресивних проявів у процесі адаптації та реабілітації.

Особлива цінність методики для роботи з особами, які втратили зір в дорослому віці, полягає у її адаптивності до специфічних потреб цієї категорії досліджуваних. Методика не вимагає візуального сприйняття стимульного матеріалу та може бути легко адаптована для аудіального пред'явлення або тактильного сприйняття (шрифт Брайля). Крім того, зміст питань методики дозволяє виявити специфічні аспекти депресивних переживань, характерних саме для осіб з набутими порушеннями зору, такі як зміни в самосприйнятті, соціальна ізоляція, втрата впевненості в собі та песимістичні установки щодо майбутнього.

У рамках проведеного дослідження методика дозволила сформувати чітке уявлення про поширеність та структуру депресивних розладів у досліджуваній вибірці, а також виділити групи респондентів з різним ступенем вираженості депресивної симптоматики для подальшого диференційованого підходу до корекційно-реабілітаційної роботи.

За допомогою Госпітальної шкали тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [197] досліджено взаємозв'язок між тривожними та депресивними проявами у осіб, які втратили зір в дорослому віці, виявлено специфіку коморбідності цих станів та оцінено їх вплив на процеси психологічної адаптації до нових життєвих умов.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) була розроблена А. Зігмондом та Р. Снейтом у 1983 році як скринінговий інструмент для виявлення тривожних та депресивних розладів у пацієнтів загальносоматичних клінік. Первинно методика створювалася для використання в умовах загальної медичної практики, що обумовлює її особливу придатність для роботи з особами, які мають різноманітні соматичні ускладнення, включаючи порушення зору.

Особлива значущість використання HADS в контексті дослідження осіб з втратою зору полягає у здатності методики одночасно оцінювати як депресивні, так і тривожні прояви, що є критично важливим для розуміння психологічного стану даної категорії осіб. Втрата зору в дорослому віці

закономірно призводить не лише до депресивних переживань, пов'язаних з горем втрати та необхідністю кардинальної перебудови життєдіяльності, але й до підвищення рівня тривожності внаслідок невизначеності майбутнього, страхів щодо самостійного функціонування та занепокоєння щодо соціальної підтримки. Коморбідність тривожних та депресивних розладів у цієї категорії осіб є поширеним явищем, а їх взаємний вплив може значно ускладнювати процеси адаптації та реабілітації.

Структурно шкала складається з 14 тверджень, які рівномірно розподілені між двома підшкалами: підшкала A (тривога) включає непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, а підшкала D (депресія) охоплює парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Така організація методики забезпечує збалансовану оцінку обох компонентів психоемоційного стану та дозволяє виявити їх відносну представленість у структурі психологічних порушень конкретного індивіда.

Підшкала тривоги (A) спрямована на виявлення генералізованої тривожності та включає оцінку таких проявів, як внутрішнє напруження, занепокоєння, нервозність, панічні реакції, фобічні страхи та психомоторне збудження. Для осіб з втратою зору ці симптоми часто пов'язані з реальними життєвими викликами: страхом пересування у просторі, занепокоєнням щодо особистої безпеки, тривогою з приводу соціальних взаємодій та невпевненістю у власних можливостях виконання повсякденних завдань.

Підшкала депресії (D) орієнтована на виявлення ангедонії (втрати здатності отримувати задоволення), зниженого настрою, втрати інтересу до діяльності, почуття безнадійності та песимістичних установок щодо майбутнього. У контексті втрати зору ці прояви можуть бути обумовлені гострими переживаннями втрати колишніх можливостей, необхідністю відмови від значущих видів діяльності, соціальною ізоляцією та труднощами у формуванні нової життєвої перспективи.

Важливою особливістю HADS є те, що методика свідомо виключає соматичні симптоми тривоги та депресії (такі як втомлюваність, порушення сну, апетиту, головні болі), зосереджуючись переважно на емоційних та

когнітивних проявах. Це робить її особливо цінною для роботи з особами, які мають соматичні захворювання або фізичні обмеження, оскільки дозволяє уникнути хибнопозитивних результатів, які можуть виникати внаслідок соматичних симптомів, не пов'язаних з психічними розладами.

Процедура проведення методики є простою та не вимагає значних часових затрат. Кожне твердження оцінюється за 4-бальною шкалою (від 0 до 3 балів), що відображає частоту або інтенсивність прояву відповідного симптому протягом останнього тижня.

Інтерпретація результатів здійснюється окремо для кожної підшкали з максимально можливим балом 21 для кожної з них. Діагностичні критерії включають наступні діапазони: 0-7 балів свідчать про норму (відсутність клінічно значущих проявів); 8-10 балів вказують на субклінічно виражені симптоми; 11-21 бал характеризує клінічно виражені прояви тривоги або депресії відповідно. Така градація дозволяє не лише виявити наявність патологічних станів, але й оцінити їх субклінічні прояви, що є особливо важливим на ранніх етапах розвитку психологічних порушень.

Практична цінність для роботи з особами з втратою зору полягає у її здатності забезпечити комплексну оцінку психоемоційного стану без необхідності додаткового обстеження соматичної сфери. Методика легко адаптується для осіб з порушеннями зору шляхом аудіального пред'явлення або використання тактильних форматів, а зміст питань не вимагає візуального досвіду для розуміння та відповіді.

Крім того, HADS дозволяє виявити специфічні патерни взаємозв'язку між тривожними та депресивними проявами у осіб з втратою зору. Зокрема, методика може допомогти з'ясувати, чи переважають у конкретного індивіда тривожні переживання (що може свідчити про гостру фазу адаптації до втрати зору з вираженими страхами та занепокоєнням щодо майбутнього) чи депресивні прояви (що може вказувати на хронічну дезадаптацію з формуванням стійких песимістичних установок та втратою мотивації до активної життєдіяльності) [73; 179].

За допомогою опитувальника "Способи опанувальної поведінки" (адаптація методики WCQ), розробленого Р. Лазарусом і С. Фолкманом [170] досліджено особливості копінг-стратегій та механізмів психологічного подолання життєвих труднощів у осіб, які втратили зір в дорослому віці, виявлено домінуючі способи опанування стресовими ситуаціями та їх адаптивний потенціал у процесі пристосування до нових життєвих умов.

Методика базується на трансакційній теорії стресу та копінгу, згідно з якою стрес розглядається як результат взаємодії між індивідом та середовищем, а копінг-поведінка визначається як когнітивні та поведінкові зусилля особистості, спрямовані на управління стресовими ситуаціями.

Втрата зору в дорослому віці є надзвичайно стресогенною подією, яка кардинально змінює життєву ситуацію людини та вимагає активізації різноманітних копінг-механізмів для успішної адаптації. Ефективність подолання цього життєвого виклику значною мірою визначає подальшу якість життя, рівень психологічного благополуччя та успішність соціальної реінтеграції особи. Розуміння домінуючих копінг-стратегій дозволяє не лише прогнозувати адаптаційні можливості конкретного індивіда, але й розробляти цільові корекційні програми, спрямовані на розвиток більш адаптивних способів опанування труднощами.

Теоретичною основою методики є концепція подолання життєвих труднощів як когнітивних та поведінкових зусиль індивіда, що постійно змінюються з метою управління специфічними зовнішніми та внутрішніми вимогами, які оцінюються як такі, що випробовують або перевищують наявні ресурси особистості. Завдання подолання негативних життєвих обставин полягає в тому, щоб або подолати труднощі, або зменшити їх негативні наслідки, або уникнути цих труднощів, або витерпіти їх. Опанувальна поведінка розглядається як цілеспрямована соціальна активність, що дозволяє впоратися з важкою життєвою ситуацією

способами, адекватними особистісним особливостям та характеристикам ситуації.

Структурно опитувальник містить 50 тверджень, які описують різні варіанти поведінкових та когнітивних реакцій у важких життєвих ситуаціях. Досліджуваному пропонується оцінити частоту використання кожного з описаних способів поведінки за 4-бальною шкалою: 0 балів – ніколи не використовую, 1 бал – рідко використовую, 2 бали – іноді використовую, 3 бали – часто використовую. Така система оцінювання дозволяє виявити не лише наявність певних копінг-стратегій у репертуарі особистості, але й інтенсивність їх використання.

Методика дозволяє діагностувати вісім основних копінг-стратегій, кожна з яких характеризується специфічними особливостями та адаптивним потенціалом.

Конфронтаційний копінг (пункти 2, 3, 13, 21, 26, 37) характеризується агресивними зусиллями щодо зміни ситуації, передбачає певний ступінь ворожості та готовності до ризику. Ця стратегія може проявлятися у вигляді імпульсивності, надмірного завзяття, постійної корекції поведінкових стратегій. У осіб з втратою зору конфронтаційний копінг може проявлятися як активний опір обмеженням, спричиненим порушенням зору, або як агресивна поведінка щодо оточуючих.

Дистанціювання (пункти 8, 9, 11, 16, 32, 35) передбачає когнітивні зусилля відокремитися від ситуації та зменшити її значущість. Супроводжується раціоналізацією, переключенням уваги, знеціненням стресового стимулу. Для осіб з порушенням зору ця стратегія може виявлятися у намаганні применшити значущість втрати зору або у відстороненому ставленні до пов'язаних з цим труднощів.

Самоконтроль (пункти 6, 10, 27, 34, 48, 53, 54) характеризується зусиллями щодо регулювання власних почуттів і дій, стримуванням емоцій та переживань, мінімізацією їх впливу на оцінку ситуації. Супроводжується

надмірним контролем поведінки та прагненням приховати власні переживання від оточуючих.

Пошук соціальної підтримки (пункти 4, 14, 17, 24, 33, 36) визначається активними зусиллями в пошуку інформаційної, інструментальної та емоційної підтримки з боку оточуючих. Супроводжується потребою у співпереживанні та пошуком осіб, здатних надати допомогу. Для осіб з втратою зору ця стратегія є особливо важливою, оскільки соціальна підтримка відіграє критичну роль у процесі адаптації.

Прийняття відповідальності (пункти 5, 19, 22, 42) характеризується визнанням власної ролі у виникненні проблеми з супутніми спробами її вирішення. Може супроводжуватися надмірною самокритичністю та самозвинуваченням, що особливо проблематично для осіб з набутими порушеннями зору.

Втеча-уникнення (пункти 7, 12, 25, 31, 38, 41, 50, 51) супроводжується уявними та поведінковими зусиллями, спрямованими на втечу або уникнення проблеми. Може проявлятися у вигляді заперечення реальності, фантазування, нереалістичних очікувань, використання засобів компенсації (переїдання, зловживання алкоголем тощо).

Планування вирішення проблеми (пункти 1, 20, 30, 39, 40, 47) передбачає довільні, проблемно-орієнтовані зусилля щодо зміни ситуації, включає аналітичний підхід до проблеми, формування стратегії дій та покрокове планування їх реалізації. Ця стратегія вважається однією з найбільш адаптивних для осіб з порушенням зору.

Позитивна переоцінка (пункти 15, 18, 23, 28, 29, 49, 52) базується на переосмисленні проблеми з позитивної сторони, розгляді її як можливості для особистісного розвитку. Супроводжується філософським поглядом на проблему та активною роботою над саморозвитком.

Обробка результатів здійснюється шляхом підрахунку середнього значення для кожної копінг-стратегії. Чим вище отримане значення, тим частіше використовується відповідна стратегія, що у подальшому дозволяє

створити індивідуальний профіль копінг-поведінки та виявити домінуючі способи подолання стресових ситуацій.

Практична значущість методики для роботи з особами з втратою зору полягає у можливості виявлення як адаптивних, так і дезадаптивних копінг-стратегій. Адаптивними для даної категорії осіб є планування вирішення проблеми, позитивна переоцінка та пошук соціальної підтримки, тоді як втеча-уникнення, надмірне прийняття відповідальності та конфронтаційний копінг можуть ускладнювати процес адаптації.

Методика легко адаптується для використання з особами з порушеннями зору шляхом аудіального пред'явлення питань або використання тактильних форматів. Зміст тверджень не потребує візуального досвіду та є зрозумілим для всіх категорій досліджуваних.

У рамках проведеного дослідження опитувальник використовувався для виявлення індивідуальних особливостей копінг-поведінки осіб з втратою зору, аналізу зв'язку між домінуючими копінг-стратегіями та рівнем депресивних проявів, а також для розробки цільових корекційних програм, спрямованих на формування більш адаптивних способів подолання життєвих труднощів.

За допомогою Багатовимірної шкали сприйняття соціальної підтримки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS) [72] досліджено рівень та структуру суб'єктивного сприйняття соціальної підтримки у осіб, які втратили зір в дорослому віці, виявлено особливості підтримуючих відносин у різних соціальних мережах та їх роль у попередженні та подоланні депресивних станів.

Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) була розроблена Г. Зіметом у 1988 році як короткий та ефективний інструмент для оцінки суб'єктивного сприйняття адекватності соціальної підтримки з боку різних джерел. Методика базується на теоретичних засадах про багатовимірність соціальної підтримки та важливість суб'єктивного сприйняття підтримки для психологічного благополуччя особистості.

Соціальна підтримка є критично важливим фактором успішної адаптації до життя з порушеннями зору. Втрата зору в дорослому віці призводить до кардинальних змін у соціальному функціонуванні людини, часто супроводжується соціальною ізоляцією, втратою незалежності та зміною ролей у міжособистісних відносинах. Адекватна соціальна підтримка може виступати як потужний протективний фактор, що попереджує розвиток депресивних станів та сприяє формуванню позитивних адаптаційних стратегій.

Дослідження [181; 193] показують, що особи з порушеннями зору часто стикаються з амбівалентним ставленням оточуючих: з одного боку - надмірною опікою та гіперпротекцією, з іншого – уникненням контактів через невизначеність щодо адекватних способів взаємодії. Така ситуація може призводити до формування дисфункціональних соціальних мереж, що не забезпечують необхідної підтримки або, навпаки, посилюють почуття безпорадності та залежності. MSPSS дозволяє виявити не лише кількісні, але й якісні характеристики соціальної підтримки, зокрема ступінь задоволеності підтримкою з боку різних соціальних мереж.

Структурно MSPSS складається з 12 пунктів, які рівномірно розподілені між трьома субшкалами, кожна з яких містить чотири твердження.

Субшкала "Сім'я" оцінює наявність та адекватність соціальної підтримки з боку членів родини. Для осіб з втратою зору сімейна підтримка часто є первинним та найбільш доступним ресурсом, однак її якість може значно варіювати. Ефективна сімейна підтримка характеризується балансом між необхідною допомогою та збереженням автономії особи з порушеннями зору, емоційним прийняттям та вірою у здатність людини адаптуватися до нових умов життя.

Субшкала "Друзі" оцінює наявність та адекватність соціальної підтримки з боку друзів та знайомих. Дружні відносини для осіб з втратою зору можуть зазнавати значних трансформацій: частина друзів може

відсторонитися через незручність або нерозуміння, тоді як інші можуть виявити особливу чуйність та готовність до підтримки. Підтримка з боку друзів є особливо важливою для збереження соціальної активності та попередження ізоляції.

Субшкала "Близькі люди" оцінює наявність та адекватність соціальної підтримки з боку значущих близьких осіб, які не обов'язково є членами родини чи друзями, але відіграють важливу роль у житті людини. Це можуть бути партнери, колеги, наставники, члени підтримуючих груп або релігійних спільнот.

Процедура проведення методики є простою та зручною для використання з особами з порушеннями зору. Кожне твердження оцінюється за 7-бальною шкалою Лікерта від 0 ("дуже не згоден") до 6 ("дуже згоден"), що дозволяє отримати детальну градацію суб'єктивного сприйняття підтримки. Орієнтовний час виконання складає 3-5 хвилин, що робить методику ефективною для використання як в індивідуальному, так і в груповому форматі.

Інтерпретація результатів здійснюється шляхом підрахунку середніх значень для кожної субшкали окремо та загального показника сприйняття соціальної підтримки. Можливі значення для кожної субшкали коливаються від 0 до 24 балів, а загальний показник - від 0 до 72 балів. Вищі показники свідчать про більш позитивне сприйняття соціальної підтримки з відповідних джерел.

Діагностичні критерії включають наступні діапазони для кожної субшкали: 0-8 балів вказують на низький рівень сприйняття підтримки, 9-16 балів характеризують помірний рівень, 17-24 бали свідчать про високий рівень сприйняття соціальної підтримки. Для загального показника: 0-24 бали - низький рівень, 25-48 балів - помірний рівень, 49-72 бали - високий рівень сприйняття соціальної підтримки.

Методики дозволяє виявити диспропорції у сприйнятті підтримки з різних джерел, що може вказувати на проблемні зони у соціальному

функціонуванні. Наприклад, висока підтримка з боку сім'ї при низькій підтримці з боку друзів може свідчити про соціальну ізоляцію та надмірну залежність від родинного оточення. Навпаки, низька сімейна підтримка при адекватній підтримці з боку друзів може вказувати на сімейні конфлікти або нерозуміння.

Методика легко адаптується для використання з особами з порушеннями зору шляхом аудіального пред'явлення тверджень або використання тактильних форматів. Зміст питань не потребує візуального досвіду та є зрозумілим для всіх категорій досліджуваних, що робить її універсальним інструментом оцінки соціальної підтримки.

Важливою особливістю MSPSS є те, що вона оцінює саме суб'єктивне сприйняття підтримки, а не її об'єктивну наявність. Це принципово важливо, оскільки психологічний ефект соціальної підтримки значною мірою залежить від того, як людина сприймає та інтерпретує отримувану допомогу. Особи з депресивними станами можуть недооцінювати наявну підтримку або сприймати її як недостатню навіть за умови її об'єктивної адекватності.

За допомогою методики "Міні-Мульт" [168] досліджено особистісні особливості осіб, які втратили зір в дорослому віці, зокрема виявлено рівень депресивних та гіпоманіакальних тенденцій як індикаторів психологічної адаптації та емоційного реагування на кардинальні зміни життєвої ситуації.

Методика "Міні-Мульт" представляє собою скорочений варіант всесвітньо відомого Міннесотського багатоаспектного особистісного опитувальника (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI-2). Дана методика є одним з найбільш валідних та широко використовуваних інструментів психологічної діагностики особистості, що дозволяє виявити як нормальні особистісні риси, так і патологічні відхилення у психічному стані.

Методика "Міні-Мульт" дозволяє комплексно оцінити особистісні зміни, які можуть виникати внаслідок адаптації до життя з порушеннями

зору. Втрата зору в дорослому віці не лише призводить до функціональних обмежень, але й може спричинити глибинні особистісні трансформації, зміни у самосприйнятті, емоційному реагуванні та поведінкових патернах. Методика дозволяє виявити як патологічні особистісні зміни, що можуть ускладнювати процес адаптації, так і компенсаторні механізми, які сприяють успішному пристосуванню до нових життєвих умов.

Структурно "Міні-Мульт" складається з 71 твердження, які розподілені між 11 шкалами: трьома оціночними шкалами, що визначають щирість відповідей респондента та достовірність результатів тестування, та вісьмома базисними шкалами, які оцінюють різноманітні особистісні якості та психопатологічні тенденції. Респондентам пропонується відповідати на твердження у форматі "так" або "ні", що робить методику зручною для використання та не потребує складних когнітивних операцій від досліджуваних.

У рамках проведеного дослідження особлива увага приділялася двом базисним шкалам, які мають найбільшу релевантність для вивчення депресивних станів та адаптаційних процесів у осіб з втратою зору.

Шкала D (Депресія) призначена для виявлення депресивних тенденцій, які можуть варіювати від легких субдепресивних станів до клінічно вираженої депресії. Високі оцінки за цією шкалою характерні для чутливих, сенситивних осіб, схильних до тривожних переживань, боязких та сором'язливих у міжособистісних контактах. Такі особи зазвичай проявляють старанність, сумлінність, високу моральність та обов'язковість у справах, однак водночас демонструють значні труднощі у прийнятті самостійних рішень внаслідок невпевненості у власних силах. Характерною рисою є схильність до відчаю при найменших невдачах або перешкодах, що особливо проблематично для осіб, які стикаються з необхідністю адаптації до втрати зору.

Для осіб з втратою зору високі показники за шкалою депресії можуть відображати не лише патологічні депресивні стани, але й нормальну

реакцію горя та печалі у відповідь на втрату важливої функції. Водночас стійко високі показники можуть свідчити про формування дезадаптивних депресивних патернів, які перешкоджають успішній реабілітації та соціальній інтеграції.

Низькі оцінки за шкалою депресії свідчать про відсутність депресивних тенденцій, характеризують активних, товариських осіб з вираженим відчуттям власної значущості, сили, енергії та бадьорості. Для осіб з втратою зору помірно знижені показники можуть вказувати на успішну адаптацію та формування позитивних копінг-стратегій.

Шкала Ма (Гіпоманія) призначена для виявлення гіпоманіакальних тенденцій, які проявляються у підвищеній активності, енергійності та оптимістичному налаштуванні. Високі оцінки за цією шкалою характерні для осіб з піднесеним настроєм незалежно від зовнішніх обставин. Такі люди є активними, діяльними, енергійними та життєрадісними, вони полюбляють роботу з частими змінами та охоче вступають у контакти з людьми. Однак їхні інтереси часто є поверхневими та нестійкими, їм бракує витримки та наполегливості у досягненні довготривалих цілей.

Поєднаний аналіз обох шкал дозволяє отримати більш повну картину емоційного стану особистості: високі показники депресії при низьких показниках гіпоманії можуть свідчити про глибокий депресивний стан, тоді як високі показники обох шкал можуть вказувати на змішані афективні стани або циклічні коливання настрою.

У контексті адаптації до втрати зору помірно підвищені показники за шкалою гіпоманії можуть відображати компенсаторні механізми - спробу особистості подолати депресивні переживання через підвищену активність та соціальну залученість. Водночас надмірно високі показники можуть свідчити про маніакальну захисну реакцію, яка перешкоджає реалістичному усвідомленню ситуації та адекватному плануванню адаптаційних заходів.

Низькі значення за шкалою гіпоманії відображають зниження активності та контактів з людьми, що для осіб з втратою зору може свідчити про соціальну ізоляцію та втрату мотивації до активної життєдіяльності.

Інтерпретація результатів здійснюється на основі Т-балів з урахуванням нормативних даних. Показники в діапазоні 45-55 Т-балів розглядаються як нормальні, 56-65 Т-балів – як помірно підвищені, 66-75 Т-балів – як високі, понад 75 Т-балів – як дуже високі. Для шкали депресії високі показники вказують на наявність депресивної симптоматики, для шкали гіпоманії – на підвищену активність та імпульсивність.

За допомогою анкети соціально-демографічних даних досліджено соціальний портрет осіб, які втратили зір в дорослому віці, виявлено взаємозв'язки між соціально-демографічними характеристиками та вираженістю депресивних проявів, а також здійснено стратифікацію вибірки для забезпечення репрезентативності результатів дослідження.

Дослідження показують, що такі чинники як вік втрати зору, її причина, тривалість життя з порушеннями зору, рівень освіти, сімейний стан та інші соціально-демографічні характеристики можуть суттєво впливати на психологічну адаптацію та схильність до депресивних переживань.

Структурно анкета включає кілька ключових блоків інформації, кожен з яких має важливе значення для розуміння факторів ризику депресивних станів.

Вік досліджуваних є критично важливим фактором, що впливає на процеси адаптації до втрати зору. Молодші особи зазвичай демонструють більшу пластичність та адаптивні можливості, однак можуть переживати більш гостру реакцію на втрату через незавершеність життєвих планів та кар'єрних прагнень. Особи середнього віку часто стикаються з необхідністю кардинальної зміни професійної діяльності та переосмислення життєвих цілей. Люди похилого віку можуть мати додаткові соматичні захворювання,

що ускладнює адаптацію, проте їхня життєва мудрість може сприяти більш філософському ставленню до втрати.

Стать також є важливим фактором, оскільки чоловіки та жінки можуть по-різному реагувати на втрату зору та мати різну схильність до депресивних розладів. Жінки статистично частіше страждають на депресію, однак можуть краще адаптуватися до залежності від інших, тоді як чоловіки можуть важче переносити втрату незалежності та необхідність прийняття допомоги.

Рівень освіти впливає на когнітивні ресурси особистості для подолання життєвих труднощів, здатність до переучення та освоєння нових навичок, необхідних для життя з порушеннями зору. Вищий рівень освіти зазвичай корелює з кращими адаптивними можливостями та нижчим ризиком розвитку депресії, оскільки забезпечує більше можливостей для професійної реалізації та соціальної підтримки.

Причина втрати зору є одним з найбільш значущих факторів, що впливає на психологічну адаптацію. Раптова втрата зору внаслідок травми або гострого захворювання часто призводить до більш вираженої депресивної реакції порівняно з поступовою втратою зору при прогресуючих захворюваннях, коли людина має час для психологічної підготовки. Водночас поступова втрата може супроводжуватися хронічним стресом та тривогою очікування повної сліпоти.

Термін втрати зору дозволяє оцінити стадію адаптаційного процесу та ідентифікувати особливості депресивних проявів на різних етапах пристосування до порушень зору. Гострий період (перші місяці після втрати зору) зазвичай характеризується реакцією горя та кризовими переживаннями. Проміжний період (від 6 місяців до 2 років) може супроводжуватися формуванням депресивних розладів при неуспішній адаптації. Віддалений період (понад 2 роки) дозволяє оцінити довгострокові наслідки та ефективність адаптаційних процесів.

Сімейний стан має критичне значення для прогнозування адаптаційних можливостей та ризику депресії. Наявність підтримуючого партнера або сім'ї зазвичай є потужним протективним фактором, тоді як самотність може значно підвищувати ризик депресивних розладів. Водночас сімейні відносини можуть зазнавати значних трансформацій після втрати зору одного з членів родини, що може як сприяти, так і перешкоджати успішній адаптації.

Аналіз соціально-демографічних характеристик також дозволяє оцінити репрезентативність вибірки та можливості генералізації отриманих результатів на більш широку популацію осіб з порушеннями зору. Крім того, ці дані використовуються для контролю змішувальних факторів при статистичному аналізі та забезпечення коректності інтерпретації результатів.

2.2. Аналіз результатів діагностики депресивних станів та їх психологічних особливостей

Комплексне дослідження депресивних станів у осіб, які втратили зір в дорослому віці в умовах воєнного конфлікту в Україні, було проведено із застосуванням стандартизованих психодіагностичних методик – Шкали депресії Бека (BDI-II) [174; 180] та Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) [201]. Використання двох взаємодоповнюючих інструментів дозволило отримати всебічну картину депресивної симптоматики та забезпечити надійність діагностичних висновків.

Первинний аналіз результатів за методикою BDI-II виявив високу поширеність депресивних проявів у досліджуваній вибірці. Як показано в *табл.* 2.1, клінічно значущі депресивні симптоми (помірна та виражена депресія) було діагностовано у 56,5% досліджуваних, що значно перевищує поширеність депресії у загальній популяції (10-15%) та навіть серед осіб з

різними формами інвалідності (25-30%), що підтверджує особливу вразливість досліджуваної категорії до розвитку депресивних розладів.

Таблиця 2.1

Розподіл досліджуваних за рівнем вираженості депресії (у % від загальної кількості опитаних)

Рівень депресії	Військові, %	Цивільні, %	Загалом, %
Відсутність депресивних розладів	12,2	20,5	16,1
Легка депресія	23,5	31,8	27,4
Помірна депресія	38,8	35,2	37,1
Виражена депресія	25,5	12,5	19,4

Порівняльний аналіз між військовою та цивільною групами виявив статистично значущі відмінності у вираженості депресивної симптоматики ($t=2,31$, $p<0,05$). Військовослужбовці демонструють не лише вищі середні показники депресії, але й більшу частоту вираженої депресії (25,5% проти 12,5% у цивільній групі). Така закономірність може бути пояснена кумулятивним впливом декількох травматичних чинників: безпосередньо бойової травми, що призвела до втрати зору, загального травматичного досвіду участі у воєнних діях, а також специфічними труднощами адаптації військовослужбовців до цивільного життя в умовах інвалідності.

Особливо тривожним є той факт, що лише 16,1% досліджуваних не мають клінічно значущих депресивних проявів, що свідчить про масштабність проблеми психічного здоров'я у даної категорії осіб. Виявлена структура розподілу вказує на необхідність диференційованого підходу до психологічної допомоги: якщо особи з легкою депресією можуть отримувати користь від групових форм підтримки та психоедукації, то 56,5% досліджуваних з помірною та вираженою депресією потребують індивідуальної психотерапевтичної роботи та можливого медикаментозного лікування. Крім того, значна частка осіб з вираженою депресією серед

військовослужбовців (25,5%) вимагає невідкладних заходів кризової інтервенції та суїцидальної превенції.

Водночас слід зауважити, що навіть у цивільній групі показники депресії є достатньо високими, що свідчить про універсальність депресивного реагування на втрату зору незалежно від її причин.

Аналіз розподілу за методикою HADS підтвердив виявлені закономірності та надав додаткову інформацію про коморбідність депресивних та тривожних розладів (*табл.* 2.2).

Таблиця 2.2

Результати вираженості депресивних та тривожних розладів (у % від загальної кількості опитаних)

Показник	Військові, %	Цивільні, %	Загалом, %	χ^2/t-критерій
Підшкала Депресії (D)				
Норма	28,6	38,6	33,3	χ^2=6,84*
Субклінічна виразність	31,6	33,0	32,3	
Клінічна виразність	39,8	28,4	34,4	
Підшкала Тривоги (A)				
Норма	19,4	35,2	26,9	χ^2=11,23**
Субклінічна виразність	35,7	36,4	36,0	
Клінічна виразність	44,9	28,4	37,1	

*p<0,05, **p<0,01

Особливо показовими є результати за підшкалою тривоги, де різниці між групами є ще більш вираженими. Клінічно значущі тривожні прояви було виявлено майже у половини військовослужбовців (44,9%) порівняно з 28,4% у цивільній групі, що узгоджується з даними сучасних досліджень посттравматичного стресу у ветеранів, які вказують на високу коморбідність депресивних та тривожних розладів у даної категорії осіб [62].

Високі показники субклінічної вираженості як депресії (32,3%), так і тривоги (36,0%) заслуговують на особливу увагу, оскільки ці стани часто є предикторами розвитку клінічно значущих розладів при відсутності своєчасної психологічної підтримки. Виявлена коморбідність депресивних та тривожних симптомів ускладнює клінічну картину та вимагає комплексного терапевтичного підходу. Особливо це стосується військової групи, де поєднання ПТСР-симптоматики, депресії та тривоги може призводити до формування складних коморбідних станів, резистентних до стандартних терапевтичних втручань. Тривога у цьому контексті може проявлятися як страх перед майбутнім, занепокоєння щодо власної безпеки та здатності до самообслуговування, а також соціальна тривога, пов'язана зі страхом негативної оцінки оточуючих.

Кореляційний аналіз між показниками BDI-II та HADS виявив сильний позитивний зв'язок ($r=0,78$, $p<0,001$), що підтверджує конвергентну валідність використаних методик та надійність отриманих результатів. Водночас кореляція між депресією та тривогою склала $r=0,69$ ($p<0,001$), що вказує на тісний зв'язок цих станів при збереженні їх відносної автономності.

Для поглибленого розуміння специфіки депресивних проявів у осіб з втратою зору було проведено експлораторний факторний аналіз результатів за методикою BDI-II [174; 180]. Використання методу головних компонентів з ортогональним обертанням варімакс дозволило виявити латентну структуру депресивної симптоматики та ідентифікувати основні синдромальні комплекси.

Аналіз адекватності вибірки для факторного аналізу показав задовільні результати: критерій Кайзера-Мейєра-Олкіна (KMO) склав 0,84, тест сферичності Бартлетта був статистично значущим ($\chi^2=2847,3$, $df=210$, $p<0,001$), що свідчить про придатність даних для факторизації.

Виділені фактори (*табл.* 2.3) демонструють чітку змістовну структуру та високу внутрішню узгодженість (коефіцієнт альфа Кронбаха для кожного фактору перевищує 0,75).

Когнітивно-афективний фактор (23,4% дисперсії) об'єднує центральні депресивні симптоми, пов'язані з негативним самосприйняттям, песимістичними установками та почуттями провини й самозвинувачення. Цей фактор відображає когнітивну тріаду депресії за А. Беком: негативне ставлення до себе, світу та майбутнього. У контексті втрати зору ці прояви часто пов'язані з переживанням власної неповноцінності, самозвинуваченням за "недостатню обережність" та песимістичними прогнозами щодо можливостей майбутньої самореалізації [116].

Таблиця 2.3

Факторна структура депресивної симптоматики досліджуваних

Симптом	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
Фактор 1. Когнітивно-афективний (λ=4,21, 23,4% дисперсії)				
Сум, пригніченість настрою	**0,78**	0,21	0,15	0,12
Песимізм щодо майбутнього	**0,74**	0,18	0,26	0,19
Почуття провини	**0,71**	0,14	0,22	0,31
Самокритика та самозвинувачення	**0,69**	0,25	0,18	0,28
Почуття покарання	**0,65**	0,19	0,12	0,35
Фактор 2. Соматичний (λ=3,87, 21,5% дисперсії)				
Втомлюваність, втрата енергії	0,22	**0,81**	0,19	0,14
Порушення сну	0,18	**0,77**	0,12	0,22
Втрата апетиту	0,15	**0,73**	0,28	0,16
Схуднення	0,12	**0,68**	0,24	0,19
Занепокоєння станом здоров'я	0,29	**0,62**	0,31	0,18
Фактор 3. Мотиваційно-поведінковий (λ=2,96, 16,4% дисперсії)				
Втрата інтересу до діяльності	0,24	0,18	**0,79**	0,16
Зниження працездатності	0,19	0,33	**0,71**	0,21
Соціальна відстороненість	0,31	0,22	**0,69**	0,24

Зниження лібідо	0,16	0,28	**0,67**	0,19
Труднощі концентрації уваги	0,27	0,25	**0,64**	0,28
Фактор 4. Емоційно-експресивний (λ=2,13, 11,8% дисперсії)				
Плаксивість	0,18	0,16	0,22	**0,76**
Дратівливість	0,25	0,19	0,28	**0,72**
Нерішучість	0,32	0,21	0,31	**0,68**
Незадоволеність зовнішнім виглядом	0,28	0,24	0,19	**0,65**
Суїцидальні думки	0,41	0,18	0,24	**0,61**

Загальна пояснена дисперсія: 73,1%.

Домінування когнітивно-афективного фактору у структурі депресивної симптоматики (23,4% дисперсії) підкреслює важливість когнітивного компонента у розвитку та підтримці депресивних станів при втраті зору. Особливо значущими є високі факторні навантаження показників "песимізм щодо майбутнього" (0,74) та "почуття провини" (0,71), що відображає специфіку психологічного реагування на набуту втрату зору. Ці симптоми часто проявляються у вигляді катастрофічного мислення про власне майбутнє, переконань у власній беззахисності та неспроможності, а також у формі самозвинувачення за обставини, що призвели до втрати зору [178].

Соматичний фактор (21,5% дисперсії) включає фізичні та вегетативні прояви депресії. Важливо зауважити, що у осіб з втратою зору ці симптоми можуть мати подвійну природу: частково обумовлюватися власне депресивним розладом, а частково - процесами адаптації до порушення зору, зміною режиму дня, фізичної активності та харчування, що потребує особливої уваги при диференційній діагностиці та плануванні корекційних заходів.

Соматичний фактор заслуговує на особливу увагу через складність диференціації його проявів від адаптаційних процесів. Втомлюваність та втрата енергії можуть бути пов'язані як з депресивним розладом, так і з підвищеними енергетичними витратами на орієнтування у просторі та виконання повсякденних завдань. Порушення сну часто обумовлені як

емоційними переживаннями, так і порушенням циркадних ритмів через відсутність світлових сигналів, що вимагає диференційованого підходу до корекції: якщо симптоми мають переважно депресивну природу, ефективними будуть антидепресанти та психотерапія, тоді як адаптаційні порушення потребують реабілітаційних заходів та корекції режиму [42; 124].

Мотиваційно-поведінковий фактор (16,4% дисперсії) відображає порушення у сфері мотивації, активності та соціального функціонування. Для осіб з втратою зору ці прояви є особливо проблематичними, оскільки знижена мотивація може серйозно перешкоджати процесам реабілітації та освоєнню нових навичок, необхідних для самостійного функціонування.

Мотиваційно-поведінкові порушення створюють порочне коло: втрата інтересу до діяльності та зниження працездатності призводять до соціальної ізоляції, що, у свою чергу, поглиблює депресивну симптоматику. Особливо проблематичним є зниження лібідо та труднощі концентрації уваги, які можуть значно впливати на якість міжособистісних відносин та здатність до навчання новим навичкам. У контексті реабілітації ці симптоми можуть стати серйозною перешкодою для освоєння техніки орієнтування у просторі, роботи з комп'ютером та іншими технічними засобами [51; 108].

Емоційно-експресивний фактор (11,8% дисперсії) характеризується емоційною лабільністю, підвищеною дратівливістю та нерішучістю. Ці прояви часто є вторинними відносно основних депресивних симптомів, але можуть значно ускладнювати міжособистісні відносини та соціальну адаптацію [19; 135].

Незважаючи на найменший відсоток поясненої дисперсії, емоційно-експресивний фактор має важливе клінічне значення через його вплив на соціальне функціонування. Плаксивість та дратівливість можуть викликати непорозуміння в родині та відштовхувати потенційних помічників. Нерішучість ускладнює процес прийняття важливих життєвих рішень, необхідних для адаптації. Включення до цього фактору суїцидальних думок

підкреслює його клінічну значущість, незважаючи на відносно невелике факторне навантаження.

Порівняльний аналіз факторних значень між військовою та цивільною групами виявив статистично значущі відмінності за трьома з чотирьох факторів *(табл.* 2.4).

Військовослужбовці демонструють більш виражені прояви за когнітивно-афективним, соматичним та мотиваційно-поведінковим факторами, що узгоджується з загальними тенденціями вищої депресивності у цій групі. Відсутність значущих відмінностей за емоційно-експресивним фактором може свідчити про більшу емоційну стриманість військовослужбовців або про універсальність цих проявів при адаптації до втрати зору.

Таблиця 2.4

Порівняння факторних значень між військовою та цивільною групами

Фактор	Військові (M±SD)	Цивільні (M±SD)	t-критерій	p-значення	Коен d
Когнітивно-афективний	0,18±1,02	-0,20±0,95	2,57	p<0,05	0,39
Соматичний	0,22±1,08	-0,24±0,89	3,14	p<0,01	0,47
Мотиваційно-поведінковий	0,15±0,98	-0,17±1,01	2,19	p<0,05	0,32
Емоційно-експресивний	0,08±1,06	-0,09±0,92	1,18	p>0,05	0,17

Виявлені відмінності мають важливе теоретичне та практичне значення. Значущі ефекти за Cohen's d (від 0,32 до 0,47) вказують на клінічно релевантні відмінності між групами. Особливо виражені відмінності за соматичним фактором (d=0,47) можуть відображати як фізичні наслідки бойових поранень, так і специфіку військової культури, де фізичне здоров'я та витривалість мають особливе значення. Когнітивно-афективні

відмінності можуть бути пов'язані з руйнуванням професійної ідентичності військового та необхідністю кардинальної переоцінки життєвих цінностей. Мотиваційні порушення у військовослужбовців можуть ускладнюватися втратою чіткої ієрархічної структури та зовнішньої мотивації, характерної для військового середовища [66; 77].

Відсутність значущих відмінностей за емоційно-експресивним фактором заслуговує на особливу увагу. Це може відображати універсальність емоційних реакцій на втрату зору, але також може вказувати на недооцінку емоційних проявів у військовій групі через культурні норми "емоційної стійкості" та можливе приховування симптомів.

Детальний аналіз демографічних та анамнестичних чинників виявив низку важливих закономірностей, що мають значення для розуміння етіопатогенезу депресивних станів при втраті зору та планування диференційованих підходів до їх корекції.

Аналіз гендерних відмінностей підтвердив класичну закономірність більшої схильності жінок до депресивних розладів, однак виявив і специфічні особливості, характерні для досліджуваної популяції *(табл.* 2.5).

Таблиця 2.5

Гендерні відмінності в депресивних проявах

Фактор	**Чоловіки (n=142)**	**Жінки (n=44)**	**t-критерій**	**p-значення**	**95% ДІ**
Когнітивно-афективний	-0,08±0,97	0,26±1,08	2,12	p<0,05	0,02-0,66
Соматичний	-0,12±0,94	0,38±1,17	3,01	p<0,01	0,17-0,83
Мотиваційно-поведінковий	-0,04±1,01	0,13±0,96	1,03	p>0,05	-0,20-0,54
Емоційно-експресивний	-0,18±0,91	0,58±1,12	4,78	p<0,001	0,45-1,07

Жінки демонструють статистично валідно вищі показники депресивних проявів за всіма використаними оцінювальними методиками. Найбільш суттєві статеві розбіжності реєструються у сфері емоційної експресії, включаючи підвищену сльозливість, іритабільність та афективну варіабельність. Виявлені закономірності узгоджуються з традиційними гендерними моделями емоційної поведінки та можуть відображати взаємодію біологічних і соціокультурних факторів.

Максимально виражена гендерна дивергенція в емоційно-експресивній сфері (d=0,76) вказує на кардинально відмінні моделі афективного реагування представників різної статі на зорову депривацію. Зазначені розбіжності можуть відображати як нейробіологічні особливості функціонування лімбічних структур, так і соціалізаційні процеси, що забезпечують жінкам більшу свободу емоційного самовираження. Критично важливо враховувати, що підвищена емоційна експресивність у жінок може полегшувати ідентифікацію та клінічну верифікацію депресивної симптоматики, натомість чоловіки схильні до маскування афективних проявів. Статистично значущі розбіжності в соматичній сфері можуть детерміновуватися як психофізіологічними відмінностями, так і варіаціями в інтерпретації та вербалізації тілесних симптомів.

Відсутність значущих гендерних відмінностей за мотиваційно-поведінковим фактором може вказувати на універсальність впливу втрати зору на діяльнісну сферу незалежно від статі. Це може також відображати той факт, що втрата зору настільки кардинально змінює можливості функціонування, що гендерні відмінності у мотивації стають менш значущими.

Водночас важливо зауважити, що абсолютні показники депресії у чоловіків також є достатньо високими (19,8 балів за BDI-II), що перевищує пороговий рівень легкої депресії, та свідчить про те, що втрата зору є потужним депресогенним фактором незалежно від статі.

Аналіз вікових груп виявив нелінійний характер зв'язку між віком та вираженістю депресивних проявів (*табл.* 2.6).

Виявлена U-подібна крива залежності депресивності від віку відображає складну динаміку адаптаційних процесів. Відносно високі показники у наймолодшій групі (22-30 років) можуть бути пов'язані з кризою ідентичності та руйнуванням життєвих планів у період формування кар'єри та сім'ї. Домінування мотиваційного та емоційного факторів у цій групі вказує на гостроту переживання втрати перспектив та емоційну нестабільність.

Таблиця 2.6

Вікові особливості депресивних проявів

Вікова група	**BDI-II (M±SD)**	**HADS-D (M±SD)**	**HADS-A (M±SD)**	**Домінуючі фактори**
22-30 років	21,4±11,2	8,9±4,3	10,1±4,8	Мотиваційний, Емоційний
31-40 років	25,1±10,9	9,8±4,1	10,7±4,2	Когнітивно-афективний
41-50 років	19,2±9,4	8,1±3,7	8,9±3,9	Соматичний
51-60 років	16,8±8,9	7,3±3,2	7,8±3,6	Соматичний
61+ років	18,3±9,7	7,9±3,8	8,2±4,1	Когнітивно-афективний

Пік депресивності у групі 31-40 років збігається з періодом найбільшої соціальної відповідальності, коли особа зазвичай має найбільше зобов'язань перед сім'єю та роботодавцем. Втрата зору у цьому віці може сприйматися як катастрофа, що руйнує не лише власні плани, але й благополуччя близьких. Переважання когнітивно-афективного фактору свідчить про глибокі порушення самооцінки та світосприйняття.

Дисперсійний аналіз показав статистично значущі відмінності між віковими групами: $F(4,181)=3,72$, $p<0,01$ для BDI-II та $F(4,181)=2,89$, $p<0,05$ для HADS-D.

Поступове зниження депресивності у старших вікових групах може відображати кілька механізмів: по-перше, природне зниження життєвих

амбіцій та переорієнтація на менш залежні від зору активності; по-друге, накопичений досвід подолання життєвих криз; по-третє, можливе зниження інтенсивності емоційного реагування у старшому віці. Водночас переважання соматичного фактору може вказувати на маскування депресивних симптомів за фізичними скаргами або на реальні вікові зміни у здоров'ї [134; 139].

Найвищі показники депресії спостерігаються у період 6-12 місяців після втрати зору, що відповідає стадії повного усвідомлення незворотності втрати та необхідності кардинальної перебудови життя. Цей період характеризується переважанням когнітивно-афективних симптомів, зокрема песимістичних установок та самозвинувачення.

Початковий період (до 6 місяців) характеризується відносно нижчими показниками депресії, що може відображати дію психологічних захисних механізмів та неповне усвідомлення масштабів втрати. Переважання емоційно-експресивного фактору свідчить про гостру стресову реакцію з підвищеною емоційною лабільністю та дратівливістю.

Період 1-3 роки після втрати характеризується поступовим зниженням депресивності, але з переважанням мотиваційних порушень, що може ускладнювати процеси реабілітації та освоєння нових навичок. У цей період особи часто переживають внутрішній конфлікт між усвідомленням необхідності активних дій та відсутністю мотивації до них.

Найнижчі показники депресії спостерігаються у групі осіб, які живуть з втратою зору понад 3 роки, що свідчить про можливість успішної довгострокової адаптації. Водночас переважання соматичного фактору може вказувати на формування хронічних депресивних станів з домінуванням фізичних проявів або на вікові зміни у структурі депресивної симптоматики.

Отримані результати формують емпіричну основу для розуміння специфіки депресивних станів при набутій втраті зору в умовах воєнного конфлікту та визначають напрямки розробки диференційованих підходів до

їх діагностики та корекції. Виявлені закономірності підкреслюють необхідність урахування не лише клінічних, але й соціально-демографічних факторів при плануванні психологічної допомоги даній категорії осіб. Найвищий рівень депресивності спостерігається у віковій групі 31–40 років, що, ймовірно, зумовлено найбільшим впливом втрати зору на професійну реалізацію та сімейне благополуччя у цьому віці. Молодші особи (22-30 років) також демонструють високі показники депресії, але з переважанням мотиваційних та емоційних порушень, що може відображати кризу ідентичності та невизначеність життєвих перспектив [28; 84; 131].

Цікавою є відносно низька депресивність у групі 51-60 років, що може бути пов'язана з більшою психологічною зрілістю, накопиченим життєвим досвідом подолання труднощів та меншою залежністю від фізичної активності у професійній діяльності.

Аналіз впливу причини втрати зору на розвиток депресивних станів виявив важливі закономірності, що мають значення для розуміння психологічних механізмів адаптації (*табл.* 2.7).

Таблиця 2.7

Депресивні прояви залежно від причини втрати зору

Причина втрати зору	**BDI-II (M±SD)**	**HADS-D (M±SD)**
Травматичні причини		
Бойові поранення	24,2±11,8	9,7±4,4
Цивільні травми (обстріли)	22,1±10,4	9,1±4,2
Інші травми	20,8±9,9	8,6±3,9
Захворювання		
Глаукома/катаракта	17,2±8,7	7,4±3,1
Діабетична ретинопатія	18,9±9,2	7,8±3,4
Інші захворювання	16,5±8,1	7,1±3,0

Особи, які втратили зір внаслідок травматичних причин, демонструють статистично значуще вищі показники депресії порівняно з тими, хто втратив зір через захворювання. Різниця у 5,7 балів за BDI-II є клінічно значущою та може відображати додатковий травматичний вплив раптової втрати зору, відсутність часу для психологічної підготовки, а також можливі супутні посттравматичні стресові розлади.

Найвищі показники депресії у групі осіб з бойовими пораненнями (24,2 бали за BDI-II) підкреслюють особливу тяжкість цієї категорії травм. Це може бути пов'язано не лише з раптовістю втрати та фізичним болем, але й з комплексом психологічних факторів: почуття провини вцілілого, руйнуванням професійної ідентичності військового, травматичними спогадами про обставини поранення. Крім того, бойові поранення часто супроводжуються множинними травмами, що ускладнює фізичну реабілітацію та адаптацію.

Дещо нижчі, але все ще високі показники у групі цивільних травм від обстрілів (22,1 бали) відображають травматичний вплив воєнних дій на цивільне населення. Ці особи, крім втрати зору, стикаються з руйнуванням звичного життя, втратою домівки та близьких, що створює додаткове навантаження на адаптаційні ресурси.

Значно нижчі показники депресії при захворюваннях можуть бути пояснені кількома факторами: поступовість розвитку, що дозволяє певною мірою підготуватися до втрати; можливість медичного моніторингу та підтримки; відсутність травматичного компонента. Водночас навіть у цих групах показники депресії перевищують нормативні значення, що підкреслює універсальність депресивного реагування на втрату зору.

Особливої уваги потребує група з діабетичною ретинопатією, де відносно вищі показники депресії можуть бути пов'язані з хронічним характером основного захворювання, необхідністю постійного медичного контролю та усвідомленням прогресуючого характеру втрати зору.

Отримані результати мають важливе значення для клінічної практики та підкреслюють необхідність диференційованого підходу до діагностики та корекції депресивних станів при втраті зору. Високі показники поширеності депресії (56,5% клінічно значущих випадків) обґрунтовують необхідність обов'язкового скринінгу депресивних розладів у всіх осіб з набутою втратою зору. Виявлені групи ризику - військовослужбовці, особи віком 31-40 років, жінки та особи з травматичною втратою зору - потребують особливої уваги та превентивних заходів.

Для поглибленого розуміння етіологічних механізмів депресивних розладів при набутій втраті зору було проведено комплексний аналіз соціально-демографічних та психосоціальних факторів ризику. Систематичний підхід до ідентифікації предикторів депресивних станів має критично важливе значення для розробки персоналізованих програм профілактики та раннього втручання у групах підвищеного ризику.

Використовуючи логістичну регресію з дихотомічною залежною змінною "наявність клінічно значущої депресії" (BDI-II ≥20 балів), було проаналізовано вплив основних соціально-демографічних чинників на ризик розвитку депресивних станів. Модель логістичної регресії продемонструвала високу якість (псевдо-R^2 Nagelkerke = 0,387, тест Hosmer-Lemeshow χ^2=6,34, p=0,609), що свідчить про адекватність моделі та надійність отриманих результатів (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

Соціально-демографічні фактори ризику депресивних станів (результати логістичної регресії)

Фактор	**OR**	**95% ДІ**	p
Освітній рівень			
Вища освіта	1,00	-	-
Неповна вища	1,95	0,87-4,37	0,108
Професійно-технічна	2,68	1,34-5,35	0,005**
Середня	3,89	1,71-8,84	0,001**
Сімейний стан			
У шлюбі	1,00	-	-

Неодружені	2,48	1,31-4,69	0,005**
Розлучені	5,67	1,18-27,2	0,030*
Вдови/вдівці	3,33	0,37-30,1	0,284
Працевлаштування до травми			
Працював	1,00	-	-
Не працював	2,51	1,15-5,48	0,021*

***p<0,001, *$p<0,01$, $p<0,05$

Освітній рівень виявився одним з найбільш значущих та клінічно релевантних предикторів депресивних станів у досліджуваній популяції. Виявлений лінійний градієнт ризику демонструє чітку зворотну залежність: чим нижчий освітній рівень, тим вищий ризик розвитку депресії. Особи з середньою освітою мають майже в 4 рази вищий ризик розвитку клінічно значущої депресії порівняно з особами з вищою освітою (OR=3,89, 95% ДІ: 1,71-8,84).

Виявлена закономірність може бути пояснена багатофакторною моделлю впливу освіти на адаптаційні ресурси особистості. По-перше, вищий освітній рівень зазвичай асоціюється з більшими когнітивними ресурсами для подолання життєвих труднощів, кращими навичками аналізу проблем, критичного мислення та пошуку креативних рішень. Особи з вищою освітою частіше володіють навичками інформаційного пошуку, що дозволяє їм краще орієнтуватися у доступних ресурсах реабілітації та підтримки. По-друге, освіта формує більш гнучкі когнітивні схеми та готовність до навчання новому, що є критично важливим при необхідності освоєння альтернативних способів функціонування. По-третє, особи з вищою освітою частіше мають професії, які менше залежать від зорового сприйняття (інтелектуальна діяльність, консультування, викладання), що значно полегшує їх професійну реадаптацію та зменшує економічні втрати. По-четверте, вищий освітній рівень традиційно корелює з кращим матеріальним становищем, більш розвиненими соціальними мережами та доступністю якісних медичних і реабілітаційних послуг [23].

Сімейний стан продемонстрував найсильніший загальний ефект серед усіх досліджуваних змінних та виявив складну нелінійну структуру ризиків.

Розлучені особи демонструють найвищий ризик розвитку депресії (OR=5,67, 95% ДІ: 1,18-27,2), що може відображати як попередню психологічну вразливість, яка могла сприяти розлученню, так і додаткові стресові фактори, пов'язані з втратою сімейної підтримки у критичний період адаптації до інвалідності.

Неодружені особи також демонструють значуще підвищений ризик депресії (OR=2,48, 95% ДІ: 1,31-4,69), що підкреслює протективну роль стабільних партнерських відносин. Шлюб може забезпечувати не лише емоційну підтримку та практичну допомогу у повсякденному житті, але й сенс відповідальності та мотивацію до адаптації. Партнер часто виконує функції "адаптивного помічника", допомагаючи в освоєнні нових навичок та підтримуючи самооцінку. Крім того, сімейні відносини забезпечують соціальну інтеграцію та зменшують ризик ізоляції, який є одним з ключових факторів розвитку депресії при втраті зору.

Статус зайнятості до травми також виявився значущим предиктором депресивних станів. Особи, які не працювали до втрати зору, мають у 2,5 рази вищий ризик розвитку депресії (OR=2,51, 95% ДІ: 1,15-5,48). Цей ефект може відображати як попередні психосоціальні проблеми, так і нестачу ресурсів для адаптації до нових умов життя.

Таким чином, виявлені закономірності мають важливе практичне значення для організації системи психологічної та соціальної підтримки осіб з втратою зору. Вони дозволяють ідентифікувати групи підвищеного ризику та розробити персоналізовані програми профілактики депресивних розладів. Особливої уваги потребують програми ранньої професійної реабілітації, соціальної підтримки для самотніх осіб та спеціальні служби для сільських районів. Крім того, важливим є розвиток програм, спрямованих на подолання стигми інвалідності та формування активної життєвої позиції у осіб з втратою зору.

2.3. Аналіз виявлення факторів ризику та протективних чинників розвитку депресії при набутій втраті зору

Аналіз копінг-поведінки за допомогою опитувальника "Способи опанувальної поведінки" (адаптація методики WCQ), розробленого Р.Лазарусом і С. Фолкманом [170] виявив складну систему взаємозв'язків між способами подолання життєвих труднощів та схильністю до депресивних реакцій. Результати демонструють як універсальні закономірності копінг-поведінки, так і специфічні особливості, характерні для адаптації до втрати зору в умовах воєнного конфлікту.

Дескриптивний аналіз використання різних копінг-стратегій показав неоднорідність досліджуваної вибірки за способами подолання життєвих труднощів (*табл.* 2.9).

Таблиця 2.9

Частота використання копінг-стратегій у досліджуваних групах

Копінг-стратегія	Військові	Цивільні	Загалом	t-критерій	p-значення
Конфронтаційний копінг	1,67±0,74	1,43±0,68	1,56±0,72	2,31	p<0,05
Дистанціювання	1,52±0,69	1,38±0,64	1,45±0,67	1,42	p>0,05
Самоконтроль	1,89±0,71	1,76±0,67	1,83±0,69	1,28	p>0,05
Пошук соціальної підтримки	1,34±0,79	1,58±0,82	1,45±0,81	2,03	p<0,05
Прийняття відповідальності	1,78±0,73	1,61±0,69	1,70±0,71	1,66	p>0,05
Втеча-уникнення	1,43±0,75	1,21±0,63	1,33±0,70	2,19	p<0,05
Планування розв'язання проблем	1,23±0,81	1,47±0,86	1,34±0,84	1,98	p<0,05
Позитивна переоцінка	1,18±0,79	1,39±0,83	1,28±0,81	1,80	p>0,05

Цивільні особи демонструють більше використання конструктивних стратегій (пошук соціальної підтримки, планування розв'язання проблеми), тоді як військовослужбовці частіше вдаються до конфронтаційного копінгу та уникнення. Зазначені відмінності можуть відображати як професійну специфіку військової підготовки, так і особливості соціального контексту адаптації.

Виявлені відмінності у копінг-поведінці між військовими та цивільними особами відображають глибші структурні особливості адаптації до втрати зору в різних соціальних контекстах. Більше використання конфронтаційного копінгу військовослужбовцями (1,67±0,74 проти 1,43±0,68 у цивільних) може відображати професійну деформацію, коли звичні для військового середовища стратегії 'прямого штурму' виявляються неефективними при адаптації до інвалідності. Водночас вищі показники стратегії втечі-уникнення у цій же групі (1,43±0,75 проти 1,21±0,63) створюють парадоксальну картину: поєднання агресивного подолання з уникненням може свідчити про внутрішній конфлікт між професійними установками на активність та реальними можливостями їх реалізації.

Менше використання стратегій пошуку соціальної підтримки військовослужбовцями (1,34±0,79 проти 1,58±0,82 у цивільних) може відображати культурні норми військового середовища, де звернення за допомогою інтерпретується як прояв слабкості. Це створює додаткові бар'єри для адаптації, оскільки ізоляція від підтримуючих мереж є одним з найсильніших предикторів депресивних станів. Нижчі показники планування розв'язання проблеми у військової групи (1,23±0,81 проти 1,47±0,86) можуть відображати звички до зовнішнього керівництва та труднощі з самостійним прийняттям рішень у цивільному контексті.

Кореляційний аналіз виявив диференційовані зв'язки різних копінг-стратегій з депресивними проявами (*табл*. 2.10).

Адаптивні стратегії характеризуються значущими негативними кореляціями з усіма показниками депресії. Особливо виражені зв'язки спостерігаються для стратегії планування розв'язання проблеми, що підкреслює важливість активного, проблемно-орієнтованого підходу до подолання наслідків втрати зору [55; 104]. Позитивна переоцінка демонструє найсильніший зв'язок з когнітивно-афективним фактором (r=-0,41), що узгоджується з когнітивними теоріями депресії.

Таблиця 2.10

Кореляції копінг-стратегій з показниками депресії

Копінг-стратегія	BDI-II	HADS-D	HADS-A	Когнітивний фактор	Соматичний фактор	Мотиваційний фактор
Адаптивні стратегії						
Планування розв'язання проблеми	-0,42***	-0,38***	-0,29**	-0,39***	-0,31**	-0,48***
Позитивна переоцінка	-0,38***	-0,35***	-0,26**	-0,41***	-0,22*	-0,35***
Пошук соціальної підтримки	-0,35***	-0,29**	-0,31**	-0,28**	-0,19*	-0,41***
Дезадаптивні стратегії						
Втеча-уникнення	0,51***	0,47***	0,43***	0,44***	0,38***	0,52***
Прийняття відповідальності	0,29**	0,24*	0,31**	0,41***	0,18*	0,22*
Конфронтаційний копінг	0,33***	0,28**	0,39***	0,25*	0,29**	0,31**
Амбівалентні стратегії						
Самоконтроль	0,18*	0,15	0,22*	0,19*	0,23*	0,11
Дистанціювання	0,21*	0,19*	0,17	0,24*	0,14	0,18*

***p<0,001, *$p<0,01$, $p<0,05$

Дезадаптивні стратегії показують сильні позитивні кореляції з депресією. Стратегія втечі-уникнення має найсильніший зв'язок з мотиваційним фактором (r=0,52), що логічно, оскільки уникнення перешкоджає активним зусиллям щодо адаптації та реабілітації.

Кластерний аналіз за методом k-середніх дозволив виділити чотири основні типи копінг-поведінки у досліджуваній вибірці *(табл*. 2.11).

Виділена типологія копінг-поведінки має важливе практичне значення для індивідуалізації психологічної допомоги.

Конструктивний тип (32,3% вибірки) характеризується не лише низькими показниками депресії, але й специфічним когнітивним стилем: здатністю до системного аналізу проблем, гнучкістю мислення та готовністю до експериментування з новими способами функціонування. Ці особи часто стають 'моделями успішної адаптації' для інших і можуть ефективно використовуватися як ко-тренери у групових програмах реабілітації.

Таблиця 2.11

Типологія копінг-поведінки та її зв'язок з депресивними проявами

Тип копінг-поведінки	**Домінуючі стратегії**	**BDI-II (M±SD)**	**HADS-D (M±SD)**
Конструктивний	Планування (2,1±0,6) Позитивна переоцінка (1,9±0,7)	14,2±7,8	6,4±3,1
Підтримувальний	Соціальна підтримка (2,3±0,5) Самоконтроль (2,1±0,6)	17,3±8,9	7,8±3,4
Уникаючий	Втеча-уникнення (2,2±0,6) Дистанціювання (2,0±0,7)	26,8±10,4	10,7±4,2
Конфронтаційний	Конфронтація (2,4±0,6) Самозвинувачення (2,1±0,7)	25,1±11,2	9,9±4,6

Дисперсійний аналіз підтвердив статистичну значущість відмінностей між типами: $F(3,182)=18,74$, $p<0,001$ для BDI-II та $F(3,182)=13,29$, $p<0,001$ для HADS-D.

Підтримувальний тип (28,5% вибірки) демонструє проміжну адаптацію, що може бути як тимчасовою стадією на шляху до конструктивного копінгу, так і стабільним патерном для осіб з традиційними сімейними цінностями. Важливо, що ці особи можуть мати прихований потенціал для покращення адаптації при розвитку навичок самостійного розв'язання проблем [32; 55].

Уникаючий тип (23,7% вибірки) потребує особливої уваги, оскільки пасивне уникнення може маскувати глибокі страхи та травматичні переживання. Високі показники депресії у цій групі часто супроводжуються суїцидальними думками, що вимагає кризової інтервенції. Стратегія дистанціювання може бути захисною на початкових етапах, але при тривалому використанні перешкоджає процесам горювання та прийняття втрати.

Конфронтаційний тип (15,5% вибірки) представляє особливий виклик для терапевтичної роботи через схильність до агресивного відкидання допомоги та самозвинувачення при неуспіхах. Ці особи часто мають високі стандарти до себе та розглядають втрату зору як особисту поразку, що потребує роботи з перфекціоністськими установками та самооцінкою [57; 103; 105].

Множинна лінійна регресія з покроковим включенням змінних дозволила створити предиктивну модель депресивних станів на основі копінг-стратегій (*табл.* 2.12).

Таблиця 2.12

Регресійна модель копінг-предикторів депресії

(залежна змінна: BDI-II)

Предиктор	**B** (нестандартизо-ваний)	**β** (стандартизо-ваний)	**t-статистика**	**p-значення**	**sr^2**
Константа	8,73		4,21	p<0,001	
Втеча-уникнення	6,84	0,44	7,23	p<0,001	0,19
Планування розв'язання	-4,92	-0,31	-4,87	p<0,001	0,09
Позитивна переоцінка	-3,67	-0,24	-3,94	p<0,001	0,06
Прийняття відповідальності	2,89	0,19	3,12	p<0,01	0,04
Пошук соціальної підтримки	-2,43	-0,16	-2,67	p<0,01	0,03

$R^2 = 0,51$, $R^2adj = 0,49$, $F(5,180) = 37,4$, $p<0,001$

Модель пояснює 51% дисперсії депресивних проявів, що є високим показником для психологічного дослідження. Стратегія втечі-уникнення є найсильнішим предиктором депресії, пояснюючи 19% унікальної дисперсії. Конструктивні стратегії (планування та позитивна переоцінка) мають потужні протективні ефекти.

Аналіз соціальної підтримки за допомогою Багатовимірної шкали сприйняття соціальної підтримки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS) [72] виявив її критично важливу роль у попередженні та пом'якшенні депресивних станів у осіб з втратою зору. Результати демонструють як кількісні, так і якісні аспекти соціальної підтримки та їх диференційований вплив на психологічне благополуччя.

Дескриптивний аналіз показників соціальної підтримки виявив значну варіативність у сприйнятті підтримки з різних джерел (*табл.* 2.13).

Таблиця 2.13

Показники сприйняття соціальної підтримки у досліджуваних групах

Джерело підтримки	**Військові**	**Цивільні**	**Загалом**	**t-критерій**	**p-значення**
Підтримка сім'ї	17,8±5,8	18,9±4,6	18,3±5,2	1,42	p>0,05
Підтримка друзів	13,9±6,7	15,6±5,4	14,7±6,1	1,87	p>0,05
Підтримка значущих інших	15,4±6,2	17,1±5,3	16,2±5,8	2,01	p<0,05
Загальна підтримка	47,1±16,2	51,6±13,1	49,2±14,7	2,14	p<0,05

Цивільні особи демонструють дещо вищі показники сприйняття соціальної підтримки, особливо з боку значущих інших, що може

відображати більшу соціальну інтеграцію та доступність підтримуючих мереж у цивільному середовищі. Водночас відмінності за сімейною підтримкою є незначущими, що свідчить про універсальність сімейних зв'язків незалежно від соціального статусу.

Розподіл досліджуваних за рівнями соціальної підтримки показав значну гетерогенність вибірки (*табл*. 2.14).

Таблиця 2.14

Розподіл за рівнями соціальної підтримки та її зв'язок з депресією

Рівень підтримки	**BDI-II (M±SD)**	**HADS-D (M±SD)**	**HADS-A (M±SD)**	**% з клінічною депресією**
Високий	16,2±8,1	6,9±3,2	7,8±3,6	32,1%
Помірний	21,8±9,7	8,9±3,8	9,4±4,2	61,8%
Низький	31,4±9,8	12,6±4,1	13,2±4,8	84,2%

Дисперсійний аналіз підтвердив статистичну значущість відмінностей: $F(2,183)=27,63$, $p<0,001$ для BDI-II.

Особливо показовим є різке зростання частоти клінічної депресії при зниженні рівня соціальної підтримки: від 32,1% у групі з високою підтримкою до 84,2% у групі з низькою підтримкою, що засвідчує протективну роль соціальної підтримки та необхідність її цілеспрямованого формування у процесі реабілітації.

Виявлений градієнт депресивності залежно від рівня соціальної підтримки (від 32,1% до 84,2% клінічної депресії) відображає множинні механізми протективного впливу соціальних зв'язків. По-перше, соціальна підтримка забезпечує практичну допомогу у повсякденному функціонуванні, що особливо критично на початкових етапах адаптації до втрати зору. По-друге, вона виконує функцію 'соціального дзеркала', допомагаючи підтримувати позитивну ідентичність та самооцінку попри фізичні обмеження.

Особливо важливим є той факт, що навіть у групі з високою підтримкою третина осіб (32,1%) має клінічну депресію, що свідчить про необхідність професійної психологічної допомоги навіть при наявності сильних соціальних мереж. Це може відображати як особистісну вразливість, так і об'єктивну тяжкість адаптації до втрати зору, яка не може бути повністю компенсована лише соціальною підтримкою.

Кореляційний аналіз різних джерел підтримки з депресивною симптоматикою виявив їх неоднорідний вплив (*табл.* 2.15).

Таблиця 2.15

Кореляції різних джерел соціальної підтримки з показниками депресії

Джерело підтримки	**BDI-II**	**HADS-D**	**Фактори**			
			Когнітивний	Соматичний	Мотиваційний	Емоційний
Підтримка сім'ї	-0,47***	-0,42***	-0,41***	-0,33***	-0,48***	-0,35***
Підтримка друзів	-0,39***	-0,35***	-0,32***	-0,29**	-0,44***	-0,31**
Підтримка значущих інших	-0,43***	-0,38***	-0,37***	-0,31**	-0,41***	-0,33***
Загальна підтримка	-0,52***	-0,46***	-0,44***	-0,37***	-0,53***	-0,40***

***p<0,001, *$p<0,01$, $p<0,05$

*Сімейна підтримк***а** демонструє найсильніші зв'язки з мотиваційним фактором депресії (r=-0,48), що підкреслює роль родини у підтримці життєвих цілей та мотивації до активності. Це особливо важливо для осіб з втратою зору, які потребують тривалої підтримки у процесі реабілітації.

Підтримка друзів має найсильніший зв'язок також з мотиваційним фактором (r=-0,44), що може відображати роль однолітків у підтримці соціальної активності та включеності у громадське життя.

Підтримка значущих інших (професіонали, волонтери, інші особи з порушеннями зору) показує збалансований вплив на всі аспекти депресії, що підкреслює важливість спеціалізованої підтримки [104].

Для перевірки гіпотези про медіаторну роль соціальної підтримки у зв'язку між травматичним досвідом та депресією було проведено медіаторний аналіз за методом Барона-Кенні (*табл*. 2.16).

Таблиця 2.16

Медіаторна роль соціальної підтримки у зв'язку травматичного досвіду з депресією

Шлях	**Коефіцієнт**	**SE**	**t-статистика**	**p-значення**	**95% ДІ**
a (Травма → Соц.підтримка)	-6,84	2,12	-3,23	p<0,01	-11,0 до -2,7
b (Соц.підтримка → Депресія)	-0,31	0,05	-6,47	p<0,001	-0,41 до -0,21
c (Травма → Депресія, прямий)	4,87	1,34	3,63	p<0,001	2,2 до 7,5
c' (Травма → Депресія, непрямий)	2,75	1,28	2,15	p<0,05	0,2 до 5,3
Медіаторний ефект (a×b)	**2,12**	**0,78**			**0,6 до 3,6**

Результати підтверджують часткову медіацію: травматичний досвід втрати зору знижує сприйняття соціальної підтримки, що в свою чергу підвищує ризик депресії.

Виявлена часткова медіація (43,5% ефекту) соціальної підтримки у зв'язку між травматичним досвідом та депресією розкриває складні

психосоціальні механізми адаптації до втрати зору. Травматичний досвід не лише безпосередньо впливає на психологічне благополуччя, але й руйнує соціальні зв'язки через кілька механізмів: зміну ролей у родині, втрату професійних контактів, соціальну стигматизацію та власне уникнення соціальних ситуацій через сором або страх.

Зниження сприйняття соціальної підтримки на 6,84 балів при травматичній втраті зору має кумулятивний ефект: особа не лише втрачає об'єктивну підтримку, але й може неадекватно інтерпретувати наявну допомогу як недостатню через депресивні когнітивні викривлення. Це створює порочне коло: зниження підтримки → погіршення настрою → подальше відштовхування оточуючих → ще більша ізоляція [53].

Залишок прямого ефекту травми (56,5%) вказує на наявність інших медіаторних механізмів, можливо пов'язаних з нейробіологічними змінами, порушенням сну, хронічним болем або когнітивними факторами, що потребує подальших досліджень.

Аналіз результатів за методикою "Міні-Мульт" [168] виявив важливі особистісні предиктори депресивних станів у осіб з втратою зору. Особлива увага приділялася шкалам депресії (D) та гіпоманії (Ma) як індикаторам особистісної схильності до депресивного реагування та адаптивних ресурсів особистості.

Аналіз розподілу за шкалами D та Ma виявив чотири основні особистісні типи з різною схильністю до депресивних станів (*табл.* 2.17).

Таблиця 2.17

Особистісні типи та їх характеристики за показниками депресії

Особистісний тип	**Критерії (Т-бали)**	**BDI-II (M±SD)**	**HADS-D (M±SD)**
Депресивний	D≥65, Ma≤45	28,3±9,7	11,2±3,8
Збалансований	45<D<65, 45<Ma<65	19,1±8,4	8,1±3,4

Гіпертимний	D≤45, Ma≥65	14,6±7,2	6,2±2,9
Циклотимний	D≥65, Ma≥65	25,7±11,4	10,4±4,6

Дисперсійний аналіз підтвердив високу значущість відмінностей між типами: $F(3,182)=22,18$, $p<0,001$ для BDI-II.

Виявлена типологія особистісних профілів має пряме відношення до прогнозування перебігу адаптації та планування терапевтичних втручань. *Депресивний тип* (23,1% вибірки) характеризується не лише високими показниками депресії, але й специфічним когнітивним стилем: схильністю до катастрофічної інтерпретації подій, дихотомічного мислення та персоналізації негативних результатів. У контексті втрати зору ці особи схильні інтерпретувати будь-які труднощі як докази власної неповноцінності.

Гіпертимний тип (18,3% вибірки) демонструє природну резильєнтність, але потребує уваги до можливого заперечення реальних труднощів. Їхній оптимізм може інколи перешкоджати реалістичному плануванню та призводити до фрустрації при зіткненні з об'єктивними обмеженнями.

Збалансований тип становить майже половину вибірки та характеризується помірними показниками депресії. Особи з достатньою психологічною стабільністю, які здатні до поступової адаптації при відповідній підтримці.

Циклотимний тип (12,9% вибірки) представляє особливий клінічний інтерес через поєднання високої активності з депресивними тенденціями. Ці особи можуть демонструвати періоди інтенсивної активності, що змінюються глибокими спадами настрою, що ускладнює як діагностику, так і терапевтичну роботу [34].

Детальний аналіз кореляцій особистісних характеристик з різними аспектами депресивної симптоматики показав диференційований характер зв'язків (*табл.* 2.18).

Шкала депресії (D) демонструє очікувано високі кореляції з усіма показниками депресії, особливо з когнітивно-афективним фактором (r=0,69), що підтверджує валідність методики та центральну роль когнітивних викривлень у депресивному реагуванні.

Таблиця 2.18

Кореляції особистісних шкал з депресивною симптоматикою

Шкала	**BDI-II**	**HADS-D**	**HADS-A**	Фактори			
				Когнітивний	Соматичний	Мотиваційний	Емоційний
Депресія (D)	0,71***	0,67***	0,58***	0,69***	0,51***	0,64***	0,48***
Гіпоманія (Ma)	0,38***	0,32***	-0,29**	-0,31**	-0,27**	-0,45***	-0,22*

***p<0,001, *$p<0,01$, $p<0,05$

Шкала гіпоманії (Ma) показує помірні негативні кореляції з депресією, з найсильнішим зв'язком з мотиваційним фактором (r=-0,45). Це підкреслює протективну роль природної активності та енергійності у попередженні мотиваційних порушень при втраті зору.

Множинна регресія з особистісними змінними як предикторами депресії дала наступні результати (*табл.* 2.19).

Таблиця 2.19

Регресійна модель особистісних предикторів депресії

Предиктор	**B**	**β**	**t-статистика**	**p-значення**	**sr^2**
Константа	-18,47		-3,82	p<0,001	
Шкала D (Т-бали)	0,49	0,68	12,34	p<0,001	0,45
Шкала Ma (Т-бали)	-0,18	-0,19	-3,47	p<0,001	0,03
D × Ma (взаємодія)	0,003	0,12	2,18	p<0,05	0,01

$R^2 = 0,58$, $R^2adj = 0,57$, $F(3,182) = 83,7$, $p<0,001$

Модель пояснює 58% дисперсії депресивних проявів, що є найвищим показником серед усіх аналізованих моделей. Шкала D є домінуючим предиктором, пояснюючи 45% унікальної дисперсії. Значущий ефект взаємодії вказує на те, що поєднання високих показників за обома шкалами (циклотимний тип) створює особливо несприятливі умови для адаптації.

На основі проведених аналізів було побудовано комплексну інтегративну модель факторів, що впливають на розвиток депресивних станів у осіб з втратою зору (*табл.* 2.20).

Таблиця 2.20

Інтегративна модель предикторів депресивних станів при втраті зору

Блок факторів	Предиктор	β	p-значення	Унікальний внесок (sr^2)
Особистісні	Шкала D (депресивність)	0,52	p<0,001	0,18
	Шкала Ma (активність)	-0,14	p<0,01	0,02
Копінг-стратегії	Втеча-уникнення	0,28	p<0,001	0,08
	Планування вирішення	-0,19	p<0,01	0,04
	Позитивна переоцінка	-0,15	p<0,05	0,03
Соціальні	Загальна соціальна підтримка	-0,22	p<0,001	0,05
	Сімейний стан (самотність)	0,16	p<0,05	0,03
Демографічні	Жіноча стать	0,13	p<0,05	0,02
	Травматична причина	0,17	p<0,01	0,03
	Термін 6-12 місяців	0,14	p<0,05	0,02

$R^2 = 0,67$, $R^2adj = 0,65$, $F(9,176) = 39,4$, $p<0,001$

Створена інтегративна модель, що пояснює 67% дисперсії депресивних станів, має важливе практичне значення для клінічної практики, оскільки дозволяє здійснювати персоналізований підхід до профілактики та лікування депресії при втраті зору. Домінування особистісних факторів (20% дисперсії) підкреслює необхідність ранньої ідентифікації осіб групи ризику ще до розвитку клінічної симптоматики.

Практичне застосування моделі передбачає створення 'профілю ризику' для кожного пацієнта з оцінкою за всіма ключовими факторами. Особи з високими показниками за шкалою D, низькою соціальною підтримкою, домінуванням стратегій уникнення потребують інтенсивних профілактичних заходів ще до розвитку клінічної депресії.

Модель також дозволяє прогнозувати ефективність різних терапевтичних підходів: особи з високими мотиваційними порушеннями можуть краще відповідати на поведінкову терапію, тоді як особи з когнітивними викривленнями - на когнітивну терапію. Особливо важливим є врахування взаємодії факторів: наприклад, особи з депресивним особистісним типом при низькій соціальній підтримці мають експоненційно вищий ризик тяжкої депресії.

Проведений комплексний аналіз факторів ризику та протективних чинників розкриває багатофакторну природу депресивних станів при втраті зору та підкреслює необхідність холістичного підходу до їх профілактики та корекції. Виявлені закономірності вказують на те, що успішна адаптація до втрати зору залежить не стільки від тяжкості фізичного порушення, скільки від складної взаємодії особистісних, соціальних та поведінкових факторів.

Висновки до розділу 2

Проведене емпіричне дослідження депресивних станів у осіб з набутою втратою зору в умовах воєнного конфлікту в Україні дозволило

отримати комплексну картину психологічних особливостей функціонування особистості та виявити ключові закономірності розвитку, перебігу та подолання депресивних проявів у даної категорії осіб.

Результати дослідження підтверджують критичну поширеність депресивних розладів серед осіб з набутою втратою зору: клінічно значущі депресивні симптоми діагностовано у більше ніж половини досліджуваних, що в декілька разів перевищує поширеність у загальній популяції та серед осіб з іншими формами інвалідності. Лише невелика частина досліджуваних не має клінічно значущих депресивних проявів, що свідчить про універсальність депресивного реагування на втрату зору та необхідність обов'язкового скринінгу депресивних розладів у всіх осіб з набутими порушеннями зору.

Виявлено значущі міжгрупові відмінності: військовослужбовці демонструють вищі показники депресії порівняно з цивільними особами, зокрема частіше страждають на виражену депресію. Високі показники коморбідності депресивних та тривожних розладів ускладнюють клінічну картину та вимагають комплексного терапевтичного підходу.

Факторний аналіз виявив чотири основні синдромальні комплекси депресивних проявів: когнітивно-афективний фактор є домінуючим компонентом, що включає негативне самосприйняття, песимістичні установки та почуття провини, відображаючи центральну роль когнітивних викривлень у депресивному реагуванні на втрату зору. Соматичний фактор охоплює фізичні та вегетативні прояви, що потребують диференційної діагностики з адаптаційними процесами. Мотиваційно-поведінковий фактор відображає порушення активності та соціального функціонування, критичні для реабілітаційного процесу. Емоційно-експресивний фактор характеризується емоційною лабільністю та нерішучістю, що ускладнюють міжособистісні відносини.

Військовослужбовці демонструють більш виражені прояви за когнітивно-афективним, соматичним та мотиваційно-поведінковим факторами, що вказує на специфіку їх адаптаційних труднощів.

Логістична регресія виявила ключові фактори ризику: освітній рівень є найсильнішим предиктором з лінійним градієнтом ризику, коли особи з нижчим освітнім рівнем мають суттєво вищий ризик депресії. Сімейний стан також має критичне значення, де розлучені особи демонструють найвищий ризик, а неодружені також мають підвищений ризик, що підкреслює протективну роль стабільних партнерських відносин. Статус зайнятості до травми та причина втрати зору також є значущими предикторами, де травматичні причини асоціюються з вищими показниками депресії порівняно із захворюваннями.

Підтверджено класичну закономірність більшої схильності жінок до депресивних розладів з особливо вираженими відмінностями за емоційно-експресивним фактором. Виявлено нелінійний характер зв'язку депресивності з віком: пік припадає на групу середнього віку - період найбільшої соціальної відповідальності, що може сприйматися як катастрофа, яка руйнує не лише власні плани, але й благополуччя близьких.

Аналіз копінг-поведінки виявив чітке розділення стратегій на адаптивні та дезадаптивні. Регресійна модель показала, що втеча-уникнення є найсильнішим предиктором депресії, тоді як планування розв'язання проблеми та позитивна переоцінка мають потужні протективні ефекти. Виділено чотири типи копінг-поведінки з різними адаптаційними потенціалами: конструктивний, підтримувальний, уникаючий та конфронтаційний.

Військовослужбовці частіше використовують дезадаптивні стратегії, менше звертаються за соціальною підтримкою, що може відображати професійну деформацію та культурні норми військового середовища.

Соціальна підтримка виявилася критично важливим протективним фактором: частота клінічної депресії суттєво зростає при зниженні рівня

підтримки. Медіаторний аналіз підтвердив, що травматичний досвід втрати зору знижує сприйняття соціальної підтримки, що опосередковано підвищує ризик депресії. Сімейна підтримка демонструє найсильніші зв'язки з мотиваційним фактором депресії, підкреслюючи роль родини у підтримці життєвих цілей.

Аналіз особистісних факторів виявив найвищу предиктивну здатність особистісних характеристик. Схильність до депресивного реагування є домінуючим предиктором, тоді як природна активність має протективний ефект. Виділено чотири особистісні типи: депресивний, збалансований, гіпертимний та циклотимний з різними показниками адаптації.

Створено комплексну інтегративну модель предикторів депресивних станів, яка демонструє ієрархію факторів впливу: особистісні фактори є домінуючим блоком, далі слідують копінг-стратегії як ключові поведінкові механізми, соціальні фактори як підтримуючі мережі та демографічні фактори як базові характеристики.

Результати дослідження обґрунтовують необхідність обов'язкового скринінгу депресивних розладів у всіх осіб з набутою втратою зору, диференційованого підходу до психологічної допомоги з урахуванням виявлених факторів ризику, розробки спеціалізованих програм для військовослужбовців, цілеспрямованого формування адаптивних копінг-стратегій та соціальної підтримки, а також превентивних заходів для груп підвищеного ризику.

РОЗДІЛ 3
КОРЕКЦІЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ОСІБ, ЯКІ ВТРАТИЛИ ЗІР У ДОРОСЛОМУ ВІЦІ

3.1. Теоретичне обґрунтування моделі комплексного супроводу осіб з депресивними станами при втраті зору

Втрата зору в дорослому віці становить одну з найтяжчих форм інвалідності, що кардинально змінює спосіб життя людини та створює передумови для розвитку серйозних психологічних порушень.

Депресивні розлади при набутій втраті зору характеризуються особливою складністю та багатофакторністю, що зумовлює необхідність розробки спеціалізованих підходів до комплексного супроводу. Сучасні епідеміологічні дослідження демонструють, що майже кожна четверта доросла особа з втратою зору повідомляє про тривожність або депресію, при цьому молодші дорослі з втратою зору мають майже в п'ять разів вищий ризик серйозної тривожності або депресії порівняно з старшими дорослими.

Теоретичне обґрунтування ефективної моделі комплексного супроводу потребує інтеграції найсучасніших досягнень у галузі психології здоров'я, нейронаук, реабілітаційної психології та доказової психотерапії. Особливої актуальності набуває розуміння специфічних механізмів розвитку депресивних станів при втраті зору, що відрізняються від класичних моделей депресії та потребують адаптованих терапевтичних підходів.

Сучасний стан досліджень у цій галузі характеризується переходом від традиційної медичної моделі інвалідності до біопсихосоціального підходу, який розглядає депресивні розлади при втраті зору як результат складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів. Цей підхід відкриває нові можливості для розробки комплексних,

персоналізованих програм комплексного супроводу, які враховують унікальні особливості адаптації до втрати зору [10; 11].

У зв'язку з цим доцільно розглядати допомогу особам з депресивними станами при набутій втраті зору не лише як систему окремих психологічних втручань, а як складову ширшого комплексного супроводу. Спираючись на підхід Т. М. Осадчої, комплексний супровід можна визначити як міждисциплінарну систему скоординованої допомоги, що об'єднує психологічний, педагогічний, соціальний, медичний і реабілітаційний напрями підтримки особистості. У межах даного дослідження модель комплексного супроводу спрямована на подолання депресивної симптоматики, підтримку адаптаційних ресурсів особистості, формування конструктивних стратегій подолання труднощів, відновлення соціального функціонування та підвищення якості життя [81].

Особливого значення набуває розуміння етапності процесу адаптації до втрати зору, оскільки ефективність інтервенцій значною мірою залежить від стадії, на якій перебуває особа. Від гострої фази шоку та заперечення до поступового прийняття нової реальності та формування адаптивних стратегій – кожен етап потребує специфічних терапевтичних підходів та методів підтримки.

У контексті сучасних викликів особливої актуальності набуває розробка доказових, економічно ефективних моделей комплексного супроводу, які можуть бути впроваджені в різних організаційних формах та культурних контекстах. Важливим аспектом є також інтеграція традиційних психотерапевтичних підходів з новітніми технологіями та методами реабілітації.

Теоретичне обґрунтування моделі комплексного супроводу осіб з депресивними станами при набутій втраті зору базується на інтегративному біопсихосоціальному підході, який розглядає депресивні розлади як складний, багатофакторний феномен, що виникає в результаті динамічної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних детермінант [158; 184].

Біологічний компонент моделі включає сучасні нейрофізіологічні дослідження, які демонструють, що втрата зору призводить до структурних та функціональних змін у центральній нервовій системі, які безпосередньо впливають на розвиток депресивних станів. Дослідження показують порушення циркадних ритмів через відсутність світлової стимуляції сітківки, що впливає на вироблення мелатоніну та серотоніну – нейротрансмітерів, критично важливих для регуляції настрою [156].

Крім того, виявлено зміни в нейропластичності мозку, особливо в ділянках дорсального зорового потоку, що відповідає за просторову обробку інформації та може призводити до порушень вищих зорових функцій навіть при збереженій елементарній зоровій функції [148]. Визначені нейробіологічні зміни створюють підґрунтя для розвитку не лише депресивних, але й тривожних розладів.

Психологічний компонент включає когнітивні викривлення, емоційні реакції на втрату та зміни в самосприйнятті. Сучасні дослідження виділяють п'ять ключових тем психологічного впливу втрати зору: процес прийняття діагнозу, включаючи підтеми "заперечення" та поступового руху до "прийняття"; вплив на психічне здоров'я, що охоплює депресію, поганий настрій, тривожність та погіршення зору, пов'язане зі стресом; різноманітні втрати, що супроводжують первинну втрату зору; вплив на ідентичність, включаючи відчуття обмеженого життя та занепокоєння щодо визначення особистості через порушення зору; та думки про майбутнє з його довгостроковими наслідками як негативними, так і позитивними.

Особливо важливим є феномен "циклу стресу та погіршення зору", коли стрес або тривожність погіршують зір, що призводить до замкнутого кола, де стрес веде до погіршення зору, що, в свою чергу, призводить до більшого стресу.

Соціальний компонент охоплює зміни у соціальних ролях та відносинах, якість міжособистісних стосунків, рівень соціальної підтримки, доступність та якість реабілітаційних послуг, а також соціальні стереотипи

та стигматизацію. Дорослі з порушеннями зору можуть мати нижчі показники зайнятості та вищі показники депресії та тривожності. У випадку літніх людей порушення зору може сприяти соціальній ізоляції, труднощам при ходьбі, підвищеному ризику падінь та переломів [196].

Сучасні дослідження [153] показують, що порушення зору збільшило ризик депресії після коригування на вік, стать, дохід, регіон проживання, артеріальну гіпертензію, діабет та дисліпідемію зі скоригованим показником ризику 1,19 та рівнем значущості 0,002.

Первинна когнітивна оцінка визначає ступінь загрози, яку представляє втрата зору для різних сфер життєдіяльності особи. Вторинна оцінка стосується оцінки наявних внутрішніх та зовнішніх ресурсів для подолання ситуації. Невідповідність між сприйнятою загрозою та доступними ресурсами призводить до розвитку стресової реакції та потенційних депресивних проявів.

Модель адаптації до втрати зору демонструє, що набута втрата зору викликає декілька психологічних реакцій. Дослідники [155] ідентифікували двадцять типів втрат від сліпоти у своїй класичній роботі, включаючи втрату фізичної цілісності, впевненості у збережених органах чуттів, контакту з реальністю через оточуюче середовище, візуального фону, світлової безпеки, мобільності, технік повсякденного життя, легкості письмової та усної комунікації, інформаційного прогресу, візуального сприйняття приємного та прекрасного, рекреації, кар'єрних можливостей, фінансової безпеки, особистої незалежності, соціальної адекватності, анонімності, самооцінки та загальної організації особистості.

Концепція психологічної готовності до реабілітації, розроблена Wright B. [199] та адаптована науковцями [158] для осіб з втратою зору, включає чотири основні компоненти. Емоційна готовність передбачає здатність впоратися з негативними емоціями, пов'язаними з втратою зору, включаючи депресію, тривожність та гнів. Когнітивна готовність включає розуміння природи порушення зору, прогнозу та реабілітаційного процесу,

а також реалістичні очікування щодо результатів. Поведінкова готовність охоплює мотивацію до активної участі у реабілітаційних заходах та готовність до змін у способі життя. Соціальна готовність передбачає здатність використовувати соціальну підтримку та ресурси, а також готовність до зміни соціальної ролі [85].

Дослідження [111; 164] серед тридцяти семи експертів, включаючи професіоналів, осіб з порушеннями зору та родичів клієнтів з порушеннями зору, виявило сім категорій факторів, які були визначені як важливі в лікуванні проблем психічного здоров'я для клієнтів з порушеннями зору.

Серед осіб з віковою макулярною дегенерацією модифіковані когнітивно-поведінкові втручання використовувалися для покращення симптомів депресії та тривожності з певним успіхом. Дослідження ефективності показало, що єдиний компонент когнітивно-поведінкового лікування, поведінкова активація, в поєднанні з реабілітацією слабкозорих була значно ефективнішою у профілактиці депресії у пацієнтів з макулярною дегенерацією порівняно з підтримуючою терапією в поєднанні з реабілітацією слабкозорих.

Емпіричні дані наукового пошуку [105] також підтверджують ефективність раціонально-емотивної поведінкової терапії для осіб зі сліпотою. Учасники цього дослідження повідомили про значне зниження ірраціональних переконань, депресії, тривожності та стресу, а також покращення самооцінки, тоді як ці ж зміни не спостерігалися в контрольній групі.

Терапія прийняття та зобов’язань (ACT) належить до підходів «третьої хвилі» когнітивно-поведінкової терапії та спрямована на формування прийняття внутрішніх переживань замість експерієнційного уникнення (англ. experiential avoidance), а також на зміну поведінки відповідно до особистих цілей і цінностей. Ефективність цього підходу продемонстровано щодо зменшення проявів депресії, тривожності та інших проблем психічного здоров’я в осіб із соматичними захворюваннями. У

літніх людей з порушеннями зору було повідомлено про зв'язок між нижчим прийняттям втрати зору та підпороговою депресією, а уникаюча поведінка була ідентифікована як унікальний предиктор як специфічного для зору дистресу, так і депресивних симптомів.

Подальший медіаційний аналіз показав, що покращення показників депресії після поведінкової активації та реабілітації слабкозорих пояснювалося збільшенням соціальної залученості. Поведінкова активація виявилася особливо ефективною, оскільки фокусується на збільшенні приємної та значущої активності, не потребує складних когнітивних вправ, що може бути проблематично для осіб з порушеннями зору, легко адаптується до обмежень, пов'язаних із втратою зору, та підвищує соціальну залученість, що є ключовим фактором профілактики депресії.

Тяжка втома є поширеним симптомом для людей з порушеннями зору, з шкідливим впливом на емоційне функціонування, пізнання, працездатність та діяльність повсякденного життя. Дослідження показують складний взаємозв'язок між тяжкістю порушення зору, депресією та когнітивними функціями. Втрата зору може призводити до порушення уваги та концентрації, зниження швидкості обробки інформації, проблем з робочою пам'яттю та труднощів з виконавчими функціями.

Сучасні дослідження [37; 82; 114] показують, що мозок осіб з втратою зору демонструє значну нейропластичність. Компенсаторні механізми включають посилення функціонування інших сенсорних систем, реорганізацію кортикальних мереж та розвиток нових нейронних зв'язків. Розуміння цих механізмів є критично важливим для розробки ефективних реабілітаційних програм.

Розробка інтегративної моделі супроводу осіб з депресивними станами при втраті зору базується на синтезі сучасних теоретичних концепцій та емпіричних даних щодо ефективності різних терапевтичних підходів [50; 58; 59; 81; 93; 99; 140]. Модель представляє собою цілісну систему взаємопов'язаних компонентів, що забезпечують комплексний

вплив на всі аспекти функціонування особи з урахуванням специфіки адаптації до втрати зору (*рис. 3.1*).

Діагностичний компонент становить фундаментальну основу всієї системи комплексного супроводу та передбачає багаторівневу оцінку стану особи. Біопсихосоціальна оцінка включає детальний аналіз біологічних факторів, зокрема характеру та ступеня втрати зору, супутніх соматичних захворювань, нейропсихологічного статусу та функціонального стану організму. Психологічна діагностика охоплює стандартизовану оцінку депресивної та тривожної симптоматики з використанням адаптованих для осіб з порушеннями зору інструментів, а також спеціалізовані опитувальники для оцінки якості життя, пов'язаної зі зором [3; 87]. Г. Мозгова, С. Поліщук та О. Якимчук розглядають психодіагностику як комплексне оцінювання емоційних, когнітивних і поведінкових проявів, що передбачає зіставлення результатів стандартизованих методик із відомостями, отриманими під час бесіди та спостереження [75]. У контексті запропонованої моделі це дає змогу інтерпретувати показники депресивної симптоматики з урахуванням обставин втрати зору та змін у повсякденному функціонуванні особи.

Особливу увагу приділяють оцінці копінг-стратегій та адаптаційних ресурсів особистості, включаючи аналіз превалюючих способів подолання стресу, рівня психологічної стійкості, самоефективності та локусу контролю. Соціальна діагностика передбачає оцінку якості та кількості соціальних зв'язків, рівня соціальної підтримки, сімейного функціонування, професійного статусу та економічних умов життя [16; 39]. С. Федоренко та М. Федоренко пропонують оцінювати соціальні навички дорослих із порушеннями зору, поєднуючи кількісні показники соціально-комунікативних характеристик із якісним аналізом індивідуального досвіду взаємодії [117]. Для планування комплексного супроводу це дає підстави поряд зі сприйманою соціальною підтримкою з’ясовувати, у яких

повсякденних ситуаціях особа має труднощі у спілкуванні, підтриманні контактів та участі в соціальному житті.

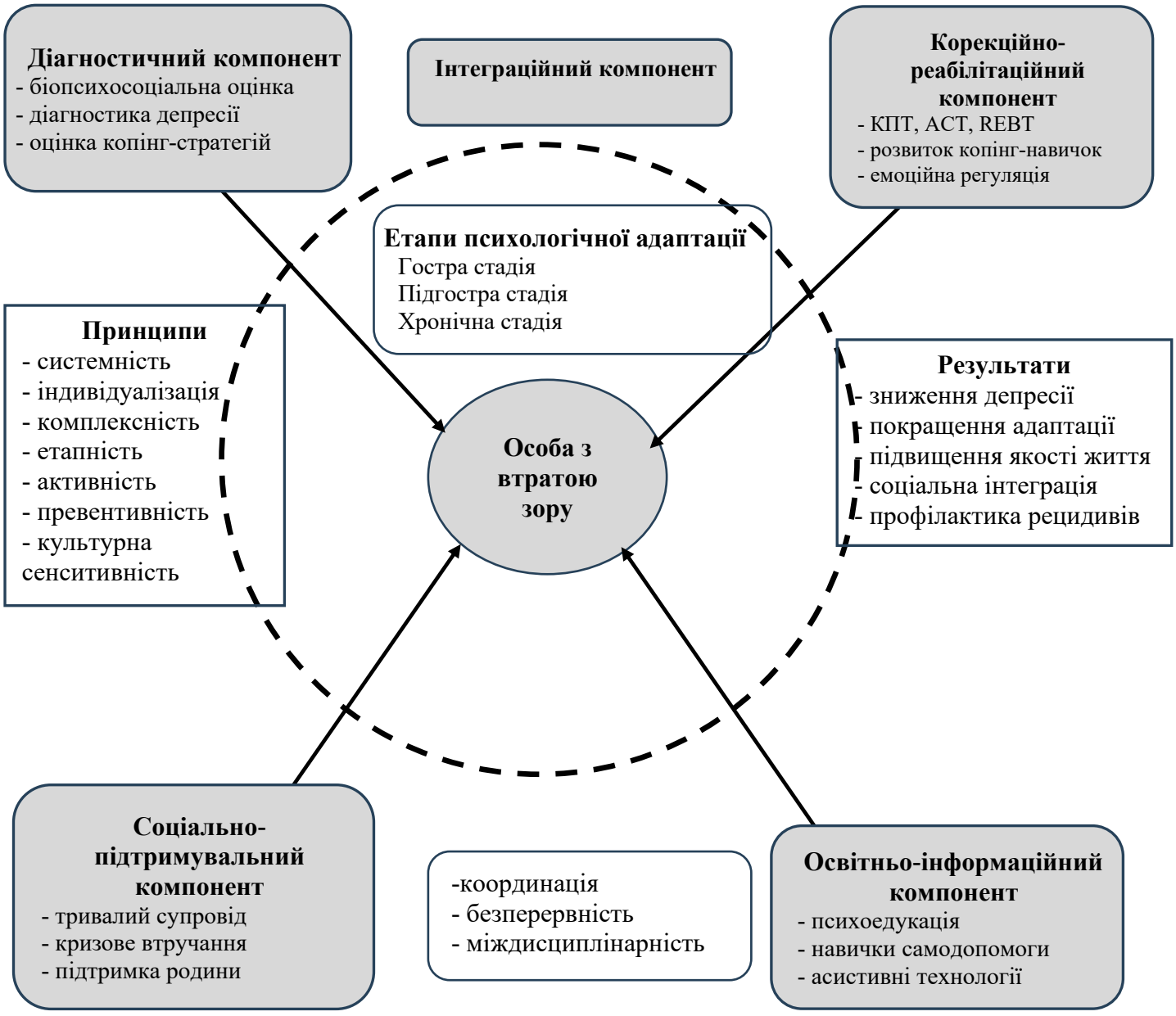


Рис. 3.1 Модель комплексного супроводу осіб із депресивними станами при набутій втраті зору.

Критично важливим елементом діагностичного компоненту є визначення стадії адаптації до втрати зору, що дозволяє диференційовано підбирати інтервенції відповідно до актуальних потреб та готовності особи

до змін. Це включає оцінку рівня прийняття діагнозу, мотивації до реабілітації, ставлення до майбутнього та готовності до використання компенсаторних засобів.

Результати оцінювання психоемоційного стану, мотивації та індивідуальних ресурсів особи доцільно використовувати для узгодження психологічної допомоги з освітньо-реабілітаційними заходами, зокрема визначення темпу навчання та необхідного обсягу підтримки. Відповідні відомості можуть бути корисними тифлопедагогу, фахівцю з просторового орієнтування й мобільності та іншим учасникам міждисциплінарної команди за умови дотримання конфіденційності й згоди особи на обмін інформацією.

Корекційно-реабілітаційний компонент представляє собою систему цілеспрямованих інтервенцій, спрямованих на покращення психоемоційного стану та розвиток адаптивних навичок. Зниження депресивної та тривожної симптоматики досягається через застосування доказових психотерапевтичних методів, адаптованих до специфіки втрати зору. Когнітивно-поведінкова терапія модифікується з урахуванням сенсорних обмежень, включаючи використання аудіальних та тактильних матеріалів, адаптацію домашніх завдань та техніки роботи з автоматичними думками, специфічними для втрати зору.

Розвиток адаптивних копінг-стратегій включає навчання проблемно-орієнтованим способам подолання труднощів, техніки емоційної регуляції, методи управління стресом та формування позитивних атрибутивних стилів. Особлива увага приділяється розвитку навичок використання збережених сенсорних модальностей та формуванню компенсаторних стратегій у різних сферах життєдіяльності [8; 86].

О. Друзь, Л. Родченко, Л. Руденко та співавтори розглядають розпізнавання й регуляцію власних емоцій як навички, розвиток яких може сприяти емоційній стійкості військовослужбовців після бойової психотравми [91]. У межах запропонованої моделі ці навички доцільно

відпрацьовувати на прикладі ситуацій, що виникають під час реабілітації після втрати зору. Зокрема, під час опанування нового маршруту особа може навчатися розпізнавати ознаки емоційного напруження, застосовувати доступні прийоми саморегуляції та повертатися до виконання завдання в прийнятному для себе темпі.

Підвищення готовності до реабілітації передбачає спільне з особою визначення досяжних цілей, обговорення практичної значущості майбутнього навчання, формування реалістичних очікувань щодо результатів реабілітації, розвиток навичок самоадвокації та поступове залучення до посильних видів діяльності. Мотивацію до активної участі в реабілітації доцільно підтримувати впродовж усього періоду комплексного супроводу з урахуванням особистих пріоритетів людини. Формування позитивної ідентичності включає переосмислення самоконцепції з урахуванням нових реалій, інтеграцію досвіду втрати зору в загальний життєвий наратив та розвиток альтернативних джерел самооцінки [101].

Освітньо-інформаційний компонент спрямований на підвищення рівня інформованості та компетентності особи в питаннях, пов'язаних із втратою зору та її наслідками. Психоедукація щодо природи депресії при втраті зору включає надання науково обґрунтованої інформації про механізми розвитку депресивних станів, фактори ризику та захисні фактори, нормальність психологічних реакцій на втрату та можливості їх корекції.

Навчання навичкам самодопомоги та саморегуляції охоплює широкий спектр практичних умінь, включаючи техніки релаксації та зниження стресу, методи самоконтролю емоційного стану, стратегії попередження та управління кризовими ситуаціями. Особлива увага приділяється навчанню розпізнавання ранніх симптомів погіршення психоемоційного стану та алгоритмам дій у таких ситуаціях.

Інформування про реабілітаційні можливості передбачає ознайомлення з доступними послугами медичної реабілітації, професійної підготовки, соціальної підтримки та ресурсами громадських організацій. В

освітньо-реабілітаційному аспекті особу інформують про можливості опанування навичок просторового орієнтування й мобільності, самообслуговування, використання асистивних технологій, адаптованого програмного забезпечення й мобільних додатків та, за індивідуальної потреби, читання й письма шрифтом Брайля. Зазначені напрями визначають зміст можливої взаємодії з фахівцями зі спеціальної освіти; програма психологічної корекції підтримує готовність особи до навчання, проте не замінює його. У працях із тифлопедагогіки формування компенсаторних способів діяльності розглядається у зв'язку з попереднім життєвим досвідом дитини та завданнями її соціалізації [118]. У реабілітації після втрати зору в дорослому віці врахування попереднього досвіду дає змогу визначити, які звичні побутові, професійні чи соціальні дії людина прагне відновити, і відповідно до цих пріоритетів добирати компенсаторні навички.

Соціально-підтримувальний компонент забезпечує тривалість та стабільність комплексного супроводу на всіх етапах адаптації до втрати зору. Тривалий супровід передбачає регулярні контакти з клієнтом протягом тривалого періоду з метою моніторингу психоемоційного стану, підтримки досягнутих результатів та своєчасного виявлення потреби в додаткових інтервенціях [6].

Кризове втручання при загостренні симптомів включає розробку індивідуальних планів реагування на кризові ситуації, забезпечення доступності екстреної психологічної допомоги та координацію з іншими службами при необхідності більш інтенсивного втручання. Профілактика рецидивів депресивних епізодів передбачає регулярну оцінку факторів ризику, підтримку адаптивних копінг-стратегій та своєчасну корекцію терапевтичної програми.

Підтримка сім'ї та близьких включає психоедукаційну роботу з родичами, навчання ефективним способам надання підтримки, попередження розвитку синдрому вигорання у осіб, що доглядають, та

формування функціональних сімейних відносин в умовах зміненої ситуації [49].

Інтеграційний компонент забезпечує координацію роботи психологів, лікарів, соціальних працівників, тифлопедагогів, фахівців із просторового орієнтування й мобільності, професійної реабілітації та інших спеціалістів. Він передбачає регулярні міждисциплінарні консультації, спільне планування реабілітаційних заходів та узгодження індивідуальних цілей допомоги [21; 80; 136]. Аналізуючи міжнародний досвід інклюзивної шкільної освіти, О. Л. Позднякова та Д. І. Шульженко описують організацію супроводу, що поєднує оцінювання потреб учнів, корекційно-розвиткову роботу та консультування родин [137]. Для комплексного супроводу дорослих із набутою втратою зору цей досвід має значення на рівні організаційного принципу: психологічну допомогу й навчання компенсаторних навичок доцільно узгоджувати в межах спільного плану, сформованого за участю самої особи. Психологічна підтримка сприяє залученню особи до освітньо-реабілітаційних заходів, спеціально-педагогічна робота спрямована на опанування необхідних навичок, а клінічне оцінювання, діагностування та лікування психічних розладів здійснюються відповідними медичними фахівцями в межах їхніх професійних повноважень.

Забезпечення безперервності допомоги передбачає створення ефективних механізмів передачі інформації між різними рівнями та етапами надання послуг, від гострої стаціонарної допомоги до амбулаторного спостереження та громадської підтримки. Інтеграція психологічної допомоги з медичною та соціальною реабілітацією включає синхронізацію різних видів втручань, взаємне посилення терапевтичних ефектів та оптимізацію використання ресурсів. О. П. Круглик, Л. М. Руденко та І. С. Маркусь обґрунтовують міжгалузеву організацію реабілітаційних послуг для військовослужбовців і ветеранів із функціональними порушеннями, зокрема поєднання психологічної, педагогічної та соціальної допомоги [92].

У разі набутої втрати зору практичним завданням команди є узгодження психологічної підтримки з навчанням просторового орієнтування й мобільності та поступовим поверненням до значущих видів діяльності. Наприклад, відновлення самостійних поїздок може бути спільною ціллю роботи психолога й фахівця з мобільності. Перший допомагає особі долати емоційні труднощі, пов’язані з виходом із дому, а другий навчає безпечного пересування обраним маршрутом.

Модель базується на системі взаємопов'язаних принципів, що визначають філософію та методологію комплексного супроводу.

Принцип системності передбачає розгляд особистості як цілісної системи, що функціонує у взаємодії біологічних, психологічних та соціальних підсистем. Це означає, що жоден аспект функціонування не може розглядатися ізольовано, а терапевтичні інтервенції повинні враховувати складність та багаторівневість системних взаємозв'язків.

Принцип індивідуалізації ґрунтується на визнанні унікальності кожної особи та необхідності персоналізованого підходу до комплексного супроводу. Це включає врахування не лише ступеня та характеру втрати зору, але й особистісних характеристик, життєвого досвіду, культурного бекграунду, соціальних умов та індивідуальних преференцій щодо форм та методів допомоги.

Принцип комплексності передбачає інтеграцію різноманітних методів та технік психологічного впливу на основі принципів доказової практики. Це означає використання найефективніших терапевтичних підходів у їх оптимальній комбінації, адаптованій до специфічних потреб та особливостей кожного клієнта.

Принцип етапності визначає необхідність послідовної реалізації терапевтичних завдань відповідно до стадії психологічної адаптації до втрати зору. Кожен етап характеризується специфічними психологічними особливостями та потребує відповідних терапевтичних стратегій, що забезпечує максимальну ефективність втручань.

Принцип активності передбачає залучення самої особи як активного учасника процесу комплексного супроводу з максимальним використанням її внутрішніх ресурсів та потенціалу до самозмін. Це включає формування мотивації до участі в терапевтичному процесі, розвиток навичок самодопомоги та самоконтролю, а також підтримку автономії та права на прийняття рішень.

Принцип превентивності спрямований на профілактику психологічних ускладнень та рецидивів депресивних станів через раннє виявлення факторів ризику, своєчасне втручання та розвиток захисних механізмів. Це включає як первинну профілактику у осіб з високим ризиком розвитку депресії, так і вторинну та третинну профілактику у тих, хто вже має відповідні порушення.

Принцип культурної сенситивності передбачає врахування культурних, етнічних та релігійних особливостей при наданні психологічної допомоги. Це включає адаптацію терапевтичних підходів до культурного контексту, залучення культурних медіаторів при необхідності, повагу до традиційних цінностей та переконань, а також інтеграцію традиційних та сучасних методів підтримки.

Ефективність моделі комплексного супроводу забезпечується через складну систему взаємодії між її компонентами. Діагностичний компонент надає необхідну інформацію для планування всіх інших видів втручань, визначаючи пріоритети, цілі та методи роботи. Результати діагностики регулярно переглядаються та оновлюються, що дозволяє динамічно адаптувати терапевтичну програму до змін у стані клієнта.

Корекційно-реабілітаційний компонент тісно взаємодіє з освітньо-інформаційним, оскільки навчання нових навичок та знань є невід'ємною частиною терапевтичного процесу. Освітні елементи інтегруються в терапевтичні заняття, а терапевтичні техніки використовуються для закріплення отриманих знань та навичок.

Соціально-підтримувальний компонент забезпечує тривалість та стабільність ефектів від корекційних та освітніх втручань, створюючи умови для їх генералізації та закріплення в реальному житті. Інтеграційний компонент координує всі інші компоненти, забезпечуючи їх узгоджене функціонування та максимальну ефективність загальної системи допомоги.

Гостра стадія, що триває від нуля до шести місяців після втрати зору, характеризується шоком та запереченням діагнозу, гострими емоційними реакціями у вигляді гніву, відчаю та тривожності, порушеннями сну та апетиту, соціальною ізоляцією та ризиком розвитку гострого стресового розладу. Рекомендованими інтервенціями на цьому етапі є кризове консультування, емоційна підтримка та нормалізація реакцій, психоедукація для пацієнта та родини, короткострокова когнітивно-поведінкова терапія та за необхідності медикаментозна підтримка [88].

Підгостра стадія, що триває від шести до вісімнадцяти місяців, характеризується поступовим усвідомленням реальності втрати, розвитком депресивної симптоматики, спробами адаптації до нових умов, формуванням нових копінг-стратегій та переоцінкою життєвих цілей та пріоритетів. Рекомендованими інтервенціями є довгострокова психотерапія у формі когнітивно-поведінкової терапії або терапії прийняття та зобов'язань, тренінг навичок подолання стресу, групова терапія, професійна реабілітація та навчання використанню асистивних технологій.

Хронічна стадія, що триває більше вісімнадцяти місяців, характеризується відносною стабілізацією емоційного стану, формуванням нової ідентичності, розвитком компенсаторних навичок, можливими періодичними кризами та загостреннями, а також інтеграцією досвіду втрати в життєву історію. Рекомендованими інтервенціями є підтримуюча психотерапія, профілактика рецидивів, розвиток соціальних навичок, підтримка професійної діяльності та участь у групах взаємодопомоги [116].

Біологічними факторами ризику розвитку депресії при втраті зору є раптова втрата зору проти поступової, повна сліпота проти часткової втрати

зору, молодший вік на момент втрати зору, супутні хронічні захворювання та генетична схильність до депресії.

Психологічними факторами ризику є низька самооцінка та низька самоефективність, песимістичний атрибутивний стиль, використання уникаючих копінг-стратегій, перфекціоністські установки та попередній досвід депресивних розладів.

Соціальними факторами ризику є низький рівень соціальної підтримки, соціальна ізоляція, фінансові труднощі, обмежений доступ до реабілітаційних послуг, стигматизація та дискримінація.

Особистісними ресурсами, що виступають захисними факторами, є висока самоефективність, оптимістичний світогляд, гнучкість мислення, духовність та релігійність, а також попередній досвід подолання труднощів. Соціальними ресурсами є міцна соціальна мережа підтримки, функціональні сімейні стосунки, доступ до якісних медичних та реабілітаційних послуг, участь у громадських організаціях та професійна зайнятість.

Культурні переконання щодо інвалідності, сліпоти та психічного здоров'я значно впливають на процес адаптації та готовність звертатися за допомогою. Необхідно враховувати культурні стереотипи щодо сліпоти, релігійні уявлення про причини втрати зору, традиційні методи лікування та підтримки, мовні бар'єри та різне ставлення до професійної психологічної допомоги.

Ефективна модель комплексного супроводу повинна бути культурно адаптованою та включати залучення культурних медіаторів, використання культурно відповідних метафор та прикладів, адаптацію психотерапевтичних технік, співпрацю з релігійними лідерами та традиційними цілителями, а також врахування сімейних та громадських структур підтримки.

3.2. Програма корекційного втручання для осіб з набутою втратою зору та депресивною симптоматикою

Результати проведеного теоретичного аналізу та емпіричного дослідження виявили гостру потребу в розробці спеціалізованої програми корекційного втручання для осіб з набутою втратою зору та депресивною симптоматикою. У межах даного дослідження така програма розглядається не ізольовано, а як важлива складова комплексного супроводу осіб з набутою втратою зору, що поєднує психологічну, медичну, соціальну та реабілітаційну допомогу. Аналіз сучасних досліджень [14; 102; 56] показав, що майже кожна четверта доросла особа з втратою зору повідомляє про тривожність або депресію, при цьому існуючі програми психологічної реабілітації недостатньо враховують специфіку депресивних розладів при набутій втраті зору.

На основі отриманих даних щодо особливостей перебігу депресивних станів при втраті зору було розроблено комплексну програму корекційного втручання "Шлях до відновлення при втраті зору". Програма орієнтована на зниження депресивної симптоматики, підвищення адаптивних можливостей та покращення якості життя осіб з набутою втратою зору, з урахуванням виявлених у процесі дослідження специфічних факторів ризику та захисних механізмів.

Програма розроблена з урахуванням сучасних тенденцій у галузі психології здоров'я, когнітивно-поведінкової терапії, терапії прийняття та зобов'язань, а також наявного досвіду реабілітації осіб з порушеннями зору. В основу програми покладено біопсихосоціальний підхід, що забезпечує формування необхідних психологічних навичок, розвиток адаптивних копінг-стратегій, відновлення соціального функціонування учасників та узгоджується з логікою комплексного супроводу осіб з набутою втратою зору [89; 41; 108; 81].

У системі спеціальної освіти авторську програму «Шлях до відновлення при втраті зору» доцільно розглядати як психологічний компонент комплексного освітньо-реабілітаційного супроводу. Комплексний супровід передбачає міждисциплінарну координацію педагогічної, психологічної, медичної, соціальної та реабілітаційної допомоги, тоді як програма конкретизує зміст і послідовність роботи з депресивними проявами та адаптаційними ресурсами особистості. Початковий модуль «Стабілізація та мотивація» може підтримувати формування психологічної готовності до подальших реабілітаційних заходів. Наступні модулі спрямовані на розвиток саморегуляції, зменшення уникання й активізацію особистісних ресурсів, необхідних для участі в навчанні та соціальному житті. У межах дисертаційного дослідження модель комплексного супроводу теоретично обґрунтовано, а корекційну програму реалізовано та апробовано.

Мета програми корекційного втручання "Шлях до відновлення при втраті зору" полягає у зниженні депресивної симптоматики та підвищенні адаптації осіб з набутою втратою зору через розвиток когнітивних, емоційних, поведінкових та соціальних компонентів психологічного благополуччя. Досягнення мети передбачає застосування сучасних доказових методів психотерапії, адаптованих до специфіки втрати зору, та формування стійких навичок самодопомоги для підтримання досягнутих результатів.

Завдання програми корекційного втручання структуровані відповідно до основних компонентів адаптації. В рамках когнітивного компоненту передбачається зниження частоти та інтенсивності негативних автоматичних думок, пов'язаних з втратою зору, корекція дисфункціональних переконань щодо власних можливостей та майбутнього, формування реалістичного та позитивного мислення щодо адаптації до втрати зору, а також розвиток навичок когнітивної реструктуризації для самостійного подолання негативних думок.

Емоційний компонент включає зниження рівня депресивної симптоматики та тривожності, розвиток навичок емоційної регуляції та толерантності до дистресу, відновлення здатності переживати позитивні емоції та насолоджуватися життям, формування навичок прийняття та опрацювання горя від втрати зору.

Поведінковий компонент передбачає підвищення рівня щоденної активності та участі в значущих діяльностях, розвиток навичок використання компенсаторних стратегій та асистивних технологій, формування адаптивних копінг-стратегій для подолання практичних труднощів, відновлення самостійності у повсякденному житті та професійній діяльності.

Соціальний компонент включає покращення якості міжособистісних стосунків та соціальної взаємодії, розвиток навичок комунікації про власні потреби та обмеження, інтеграцію в соціальну мережу підтримки та громадські організації, формування адекватної соціальної ролі особи з порушеннями зору.

Екзистенційний компонент охоплює відновлення сенсу життя та життєвих цілей в умовах втрати зору, формування нової ідентичності, що інтегрує досвід втрати зору, розвиток духовних ресурсів та джерел внутрішньої сили, прийняття нових можливостей для особистісного зростання.

Унаслідок участі в програмі корекційного втручання учасники мають досягти системних змін у психологічному функціонуванні, що відображають сформованість усіх компонентів адаптації до втрати зору.

У межах когнітивного компоненту учасники мають набути розуміння природи депресії при втраті зору та механізмів її розвитку, знання про вплив негативних думок на емоційний стан та поведінку, навички ідентифікації та аналізу автоматичних думок та когнітивних викривлень, техніки когнітивної реструктуризації та розвитку альтернативного мислення, стратегії подолання катастрофічного мислення та руміацій.

Емоційний компонент передбачає формування умінь застосовувати техніки емоційної регуляції та управління настроєм, розпізнавати та адекватно виражати різні емоційні стани, використовувати стратегії самозаспокоєння та зниження тривожності, опрацьовувати складні емоції, пов'язані з втратою зору, підтримувати емоційний баланс у стресових ситуаціях.

Поведінковий компонент включає навички планування та здійснення щоденної активності відповідно до власних цілей, ефективного використання компенсаторних навичок та асистивних технологій, подолання уникнення та поступового розширення сфери активності, застосування проблемно-орієнтованих копінг-стратегій, підтримання здорового способу життя та режиму дня.

Соціальний компонент передбачає розвиток компетенцій встановлювати та підтримувати якісні міжособистісні стосунки, ефективно комунікувати про власні потреби та можливості, користуватися соціальною підтримкою та надавати її іншим, інтегруватися в професійну та громадську діяльність, адвокатувати власні права та інтереси як особи з інвалідністю.

Екзистенційний компонент охоплює формування здатності формулювати життєві цілі та пріоритети в нових умовах, знаходити сенс та цінність у власному досвіді втрати зору, розвивати духовні ресурси та джерела натхнення, приймати виклики як можливості для особистісного зростання, інтегрувати досвід втрати в цілісну життєву наративу.

Програма корекційного втручання "Шлях до відновлення при втраті зору" розрахована на двадцять тижнів індивідуальної роботи з частотою зустрічей один раз на тиждень тривалістю шістдесят хвилин кожна. Загальна тривалість програми становить двадцять годин безпосередньої роботи з психологом та приблизно сорок годин самостійної роботи учасника з виконання домашніх завдань та практики навичок.

Програма складається з чотирьох основних модулів. Модуль "Стабілізація та мотивація" охоплює перші п'ять занять та присвячений

встановленню терапевтичного альянсу, психоедукації щодо депресії при втраті зору, формуванню мотивації до змін та розвитку базових навичок емоційної регуляції.

Модуль "Когнітивна реструктуризація" включає заняття з шостої по дванадцяте та спрямований на ідентифікацію та корекцію дисфункціональних думок та переконань, розвиток альтернативного мислення та формування реалістичних когнітивних схем.

Модуль "Поведінкова активація та соціальна інтеграція" охоплює заняття з тринадцятої по вісімнадцяте та зосереджений на підвищенні рівня активності, розвитку соціальних навичок та інтеграції в соціальне середовище.

Модуль "Профілактика рецидивів та планування майбутнього" включає дев'ятнадцяте та двадцяте заняття та присвячений закріпленню досягнутих результатів, розробці індивідуального плану підтримки психологічного благополуччя та профілактики рецидивів депресії. Структура програми наведена окремо (Додаток Б).

Зміст програми корекційного втручання

Заняття 1. Знайомство та встановлення контакту.

Мета заняття полягає у створенні безпечного терапевтичного середовища через встановлення довірливих стосунків між психологом та учасником програми. Проводиться детальне структуроване інтерв'ю для збирання анамнезу життя, включаючи обставини втрати зору, попередній рівень функціонування та поточні труднощі. Здійснюється комплексна діагностика депресивної симптоматики з використанням стандартизованих методик, таких як шкала депресії Бека, Госпітальна шкала тривоги та депресії. Оцінюється ступінь втрати зору та її функціональний вплив на повсякденне життя, включаючи самообслуговування, мобільність, професійну діяльність та соціальну активність. Особлива увага приділяється виявленню індивідуальних факторів ризику розвитку депресії та наявних захисних ресурсів, включаючи соціальну підтримку, попередній досвід

подолання труднощів, духовні переконання та особистісні сильні сторони. Оцінюється мотивація до участі в програмі та готовність до терапевтичної роботи, формуються початкові очікування від процесу психокорекції.

Заняття 2. Психоедукація: розуміння депресії при втраті зору.

Учасник отримує детальну науково обґрунтовану інформацію про природу депресивних розладів при втраті зору, включаючи епідеміологічні дані, клінічні прояви та особливості перебігу. Розглядається біопсихосоціальна модель розвитку депресії, де біологічні фактори включають нейрохімічні зміни, порушення циркадних ритмів та нейропластичність мозку; психологічні фактори охоплюють когнітивні викривлення, емоційні реакції на втрату та зміни самооцінки; соціальні фактори включають зміни ролей, якість підтримки та доступність ресурсів. Детально пояснюються механізми взаємозв'язку між втратою зору та емоційним станом, включаючи процеси горювання, адаптації та формування нової ідентичності. Нормалізуються почуття гніву, смутку, страху та безнадійності як природні реакції на значущу втрату. Формується розуміння того, що депресія є лікованим станом, а не невідворотним наслідком втрати зору, представляються різні підходи до лікування та їх ефективність.

Заняття 3. Цілепокладання та мотивація до змін.

Спільно з учасником проводиться детальний аналіз його життєвої ситуації, цінностей та пріоритетів для формулювання реалістичних та значущих цілей терапії. Використовується техніка SMART-цілей для створення конкретних, вимірюваних, досяжних, релевантних та обмежених у часі терапевтичних завдань. Проводиться мотиваційне інтерв'ю з використанням технік відкритих запитань, рефлективного слухання та підсумовування для підвищення внутрішньої мотивації до змін. Досліджуються амбівалентні почуття щодо одужання, включаючи страхи перед змінами, вторинні вигоди від хвороби та опір терапевтичному процесу. Ідентифікуються та активізуються особистісні ресурси для

подолання труднощів, включаючи попередні досягнення, сильні сторони характеру, підтримуючі стосунки та духовні переконання. Розробляється індивідуальна ієрархія цілей від найбільш досяжних до найскладніших, що забезпечує поступовий прогрес та підтримання мотивації.

Заняття 4. Навички емоційної регуляції та техніки релаксації.

Вводяться фундаментальні техніки управління емоційним станом, адаптовані до специфіки втрати зору. Детально вивчається техніка діафрагмального дихання з акцентом на тактильних відчуттях руху грудної клітини та живота, що особливо важливо для осіб з порушеннями зору. Освоюється прогресивна м'язова релаксація за Якобсоном з послідовним напруженням та розслабленням різних груп м'язів, що допомагає розвинути кінестетичну усвідомленість тіла. Вводяться техніки заземлення, що використовують збережені сенсорні модальності: слухове заземлення через ідентифікацію п'яти різних звуків, тактильне заземлення через дотик до різних текстур, нюхове заземлення через розпізнавання ароматів. Учасник навчається розпізнавати ранні фізіологічні ознаки емоційного дистресу, такі як зміни в диханні, м'язовому напруженні, серцевому ритмі. Формується індивідуальний "набір швидкої допомоги" з найефективніших для конкретної особи технік саморегуляції.

Заняття 5. Розвиток навичок самоспостереження та рефлексії.

Формуються навички усвідомленого та неосуджуючого спостереження за власними внутрішніми процесами, включаючи думки, емоції, тілесні відчуття та поведінкові реакції. Вводиться концепція міндфулнес з адаптацією до специфіки втрати зору, з акцентом на слуховій, тактильній та кінестетичній усвідомленості замість візуальної. Учасник навчається практиці "сканування тіла", де увага послідовно спрямовується на різні частини тіла для розвитку інтероцептивної усвідомленості. Вводиться ведення щоденника настрою та активності в адаптованому форматі, включаючи аудіозаписи або використання асистивних технологій для осіб зі значними порушеннями зору. Розвиваються навички розрізнення

між первинними емоціями та вторинними реакціями на них, що є ключовим для емоційної регуляції. Формується звичка регулярної самооцінки психоемоційного стану та факторів, що на нього впливають.

Заняття 6. Зв'язок між думками, почуттями та поведінкою.

Детально вивчається когнітивна модель емоцій та поведінки, яка демонструє, що не події самі по собі, а наша інтерпретація цих подій визначає наші емоційні реакції та поведінку. Учасник навчається розрізняти об'єктивні факти та суб'єктивні інтерпретації через практичні вправи з аналізом конкретних ситуацій з його життя. Освоюється техніка ідентифікації автоматичних думок – тих швидких, часто неусвідомлених ментальних реакцій, які виникають у відповідь на різні ситуації. Практикується використання моделі ABC де A означає активуючу подію, B – переконання або думки про цю подію, C – наслідки у вигляді емоцій та поведінки. Учасник навчається відстежувати цей ланцюжок в реальному часі через техніку "зупинка та перевірка", коли при виникненні сильної емоційної реакції він зупиняється та аналізує, які думки передували цій емоції. Формується розуміння того, що зміна думок може призвести до зміни емоцій та поведінки.

Заняття 7. Ідентифікація негативних автоматичних думок.

Розвиваються специфічні навички розпізнавання негативних автоматичних думок, що характерні для осіб з втратою зору та депресією. Особлива увага приділяється думкам про власну неспроможність, безпорадність, тягар для оточуючих, відсутність майбутнього, соціальну неприйнятність. Вводиться техніка "полювання на думки" як систематичний процес відстеження та фіксації негативного внутрішнього діалогу протягом дня. Учасник навчається ведення щоденника думок з зазначенням ситуації, інтенсивності емоцій, конкретного змісту автоматичних думок та їх впливу на поведінку. Розглядаються найпоширеніші категорії негативних думок при втраті зору: катастрофічні передбачення майбутнього, порівняння з минулим функціонуванням,

негативні припущення про ставлення оточуючих, сумніви у власних здібностях до адаптації. Формується навичка "відлучення" від думок через техніки спостереження за ними як за психічними подіями, а не абсолютними істинами. Практикується техніка "маркування" думок за типами для кращого розуміння власних ментальних патернів.

Заняття 8. Когнітивні викривлення при втраті зору.

Детально вивчаються типові когнітивні викривлення, що особливо характерні для осіб з втратою зору та депресією. Катастрофізація розглядається як тенденція уявляти найгірші можливі сценарії розвитку подій, особливо щодо майбутньої незалежності та якості життя. "Читання думок" аналізується як схильність приписувати оточуючим негативні думки про себе без достатніх доказів. Надузагальнення досліджується як перенесення одного негативного досвіду на всі подібні ситуації в майбутньому. Дихотомічне мислення розглядається як схильність мислити категоріями "все або нічого", особливо щодо власних здібностей та можливостей. Персоналізація вивчається як тенденція брати на себе відповідальність за негативні події, які насправді не залежать від особи. Ментальний фільтр аналізується як зосередження виключно на негативних аспектах ситуації з ігноруванням позитивних. Учасник навчається розпізнавати ці патерни у власному мисленні через конкретні приклади з щоденного життя та розуміти їх руйнівний вплив на емоційний стан та поведінку.

Заняття 9. Сократівське опитування та пошук доказів.

Освоюються техніки критичного аналізу негативних думок через систематичне сократівське опитування. Учасник навчається ставити собі ключові запитання: "Які конкретні докази підтверджують цю думку?", "Які факти суперечать цій думці?", "Чи існують альтернативні пояснення ситуації?", "Як би я оцінив цю ситуацію, якби вона сталася з моїм близьким другом?", "Що найгіршого може статися, і чи зможу я з цим впоратися?", "Що найймовірніше станеться насправді?". Практикується техніка "адвокат

проти прокурора", де учасник по черзі захищає та спростовує свої негативні думки, шукаючи об'єктивні докази за обидва боки. Вводиться концепція "експериментів з думками", коли учасник перевіряє достовірність своїх припущень через конкретні поведінкові тести в реальному житті. Формуються навички розрізнення між ймовірністю та можливістю, між емоційним мисленням та фактичною реальністю. Учасник навчається використовувати техніку "зменшення масштабу", де катастрофічні думки розглядаються в контексті більшої життєвої перспективи.

Заняття 10. Розвиток альтернативного мислення.

Формуються навички генерації альтернативних, більш реалістичних та збалансованих думок для заміни дисфункціональних когнітивних патернів. Учасник практикує техніку "перефразування", де негативні думки переформулюються в більш нейтральну або позитивну форму без втрати контакту з реальністю. Освоюється техніка "пошуку альтернатив", яка передбачає генерацію принаймні трьох різних пояснень для кожної проблемної ситуації. Використовується техніка "найкращий друг", де учасник уявляє, що би він сказав близькому другу в подібній ситуації, і застосовує ту ж підтримку до себе. Практикується розвиток "збалансованого мислення", яке враховує як реальні труднощі, так і наявні ресурси та можливості. Особлива увага приділяється формуванню реалістично оптимістичних думок про власні можливості адаптації до втрати зору, включаючи визнання як обмежень, так і компенсаторних здібностей. Учасник навчається використовувати "мову можливостей" замість "мови неможливості", фокусуючись на тому, що він може зробити, а не на тому, чого не може.

Заняття 11. Робота з глибинними переконаннями.

Ідентифікуються та детально аналізуються глибинні переконання про себе, світ та майбутнє, що лежать в основі депресивного мислення та формувалися протягом життя. Глибинні переконання про себе можуть включати "Я неповноцінний", "Я тягар для інших", "Я нездатний до

самостійного життя". Переконання про світ можуть охоплювати "Світ небезпечний для людей з інвалідністю", "Люди не приймають тих, хто відрізняється", "Суспільство не дає справжніх можливостей людям з порушеннями зору". Переконання про майбутнє можуть включати "Мене чекає лише погіршення", "Я ніколи не буду щасливим", "Моє життя не матиме сенсу". Досліджується історія формування цих переконань, включаючи ранні досвіди, сімейні послання, травматичні події та соціальні впливи. Аналізується, як втрата зору могла активізувати чи посилити існуючі дисфункціональні переконання. Вводяться техніки роботи з глибинними установками, включаючи історичний тест, техніку континууму, пошук винятків з правила. Практикується розробка нових, більш адаптивних переконань, що враховують як реальність втрати зору, так і можливості повноцінного життя з цим станом.

Заняття 12. Закріплення когнітивних навичок.

Інтегруються та систематизуються всі освоєні когнітивні техніки в єдину систему самодопомоги. Учасник створює персональний "набір інструментів для роботи з думками", який включає найефективніші для нього техніки когнітивної реструктуризації, адаптовані до його індивідуальних потреб та можливостей. Розробляється покроковий алгоритм самостійної роботи з негативними думками: розпізнавання емоційного дистресу, ідентифікація автоматичних думок, класифікація когнітивних викривлень, застосування сократівського опитування, генерація альтернативних думок, перевірка ефективності через зміну емоційного стану. Практикується самостійне застосування когнітивної реструктуризації в різних життєвих ситуаціях через рольові ігри та моделювання сценаріїв. Формуються навички "ментального тренування", коли учасник регулярно практикує когнітивні техніки навіть за відсутності гострого дистресу для підтримання ментальної гнучкості. Створюється план регулярної практики когнітивних навичок з конкретними завданнями на кожен день тижня.

Заняття 13. Аналіз патернів активності та уникнення.

Проводиться детальний аналіз індивідуальних патернів щоденної активності та уникнення, що сформувалися після втрати зору та можуть підтримувати депресивний стан. Досліджуються діяльності, які учасник припинив виконувати через втрату зору, та аналізуються причини цього припинення: об'єктивні труднощі, страх невдач, соціальна тривожність, втрата мотивації. Ідентифікуються активності, які раніше приносили задоволення, сенс або досягнення, та оцінюються реальні можливості їх адаптації або модифікації відповідно до нових умов. Аналізується зв'язок між рівнем щоденної активності та настроєм через ведення детального щоденника активності та настрою протягом тижня. Виявляються "пастки уникнення", коли страх перед труднощами призводить до відмови від спроб, що в свою чергу посилює почуття безпорадності та знижує настрій. Досліджуються патерни "бум-провал", коли періоди високої активності змінюються періодами повного виснаження. Розробляється розуміння важливості збалансованої активності, що включає продуктивні справи, приємні активності, соціальні взаємодії та відпочинок.

Заняття 14. Планування поступового збільшення активності.

Розробляється детальний індивідуальний план поступового збільшення щоденної активності з урахуванням реальних обмежень, пов'язаних з втратою зору, та наявних ресурсів. Використовується принцип "маленьких кроків", коли складні завдання розбиваються на дрібніші, досяжні компоненти для уникнення відчуття перевантаження (overwhelm) та забезпечення успішного досвіду. Практикується техніка градуйованого завдання, коли активності ранжуються за рівнем складності від найлегших до найскладніших, з поступовим переходом від простіших до складніших завдань. Особлива увага приділяється включенню трьох типів активностей: необхідних для щоденного функціонування, приємних для підтримання позитивного настрою, значущих для відчуття сенсу та досягнень. Розробляється тижневий розклад активностей з конкретними,

вимірюваними цілями на кожен день. Плануються конкретні стратегії подолання передбачуваних перешкод, включаючи погану погоду, погіршення настрою, технічні труднощі. Створюється система самовинагороди за досягнення планових цілей активності для підтримання мотивації.

Заняття 15. Освоєння компенсаторних навичок та асистивних технологій.

Проводиться комплексна оцінка індивідуальних потреб у компенсаторних навичках та асистивних технологіях відповідно до ступеня втрати зору, життєвих цілей та пріоритетів учасника. Учасник детально знайомиться з широким спектром доступних технічних засобів, включаючи збільшувальні пристрої, програми екранного доступу, брайлівські дисплеї, розумні окуляри, навігаційні додатки, розпізнавання тексту та об'єктів. Практикуються базові навички просторового орієнтування та мобільності, включаючи техніки безпечного пересування в знайомому та незнайомому середовищі, використання природних орієнтирів, розвиток слухової орієнтації. За потреби вводяться навички використання білої тростини, включаючи правильну техніку тримання, ритм руху, інтерпретацію тактильної інформації. Розглядаються можливості та процес отримання собаки-поводиря для тих, хто може скористатися цим ресурсом. Особлива увага приділяється психологічним аспектам прийняття та використання компенсаторних засобів, включаючи подолання сорому, страху осуду оточуючих, опору змінам. Формується позитивне ставлення до асистивних технологій як інструментів розширення можливостей, а не символів обмежень.

Заняття 16. Розвиток соціальних навичок та комунікації.

Формуються специфічні навички ефективної комунікації щодо власних потреб, можливостей та обмежень у різних соціальних контекстах. Учасник навчається техніках самоадвокації, включаючи ясне пояснення своїх потреб, запит конкретної допомоги, встановлення меж у стосунках.

Практикуються навички звернення за допомогою таким чином, що зберігає гідність та автономію, уникаючи як надмірної залежності, так і дисфункціональної незалежності. Розвиваються вміння відповідати на недоречні запитання чи коментарі про втрату зору з упевненістю та дипломатично. Освоюються техніки побудови нових знайомств та підтримання існуючих дружніх стосунків, включаючи стратегії участі в соціальних заходах, групових активностях, професійних об'єднаннях. Практикуються навички невербальної комунікації, адаптовані до втрати зору, включаючи використання голосу, жестів, дотику у відповідних культурних межах. Розглядаються стратегії розкриття інформації про втрату зору в різних ситуаціях: при знайомстві, на роботі, в романтичних стосунках, з урахуванням особистого комфорту та доцільності. Формуються навички конструктивного вирішення конфліктів, що можуть виникати через непорозуміння, пов'язані з втратою зору.

Заняття 17. Інтеграція в соціальну мережу підтримки.

Проводиться детальне картування наявних джерел соціальної підтримки, включаючи сім'ю, друзів, колег, професійних помічників, та оцінюються можливості розширення та покращення якості цих стосунків. Учасник знайомиться з різноманітними громадськими організаціями для осіб з порушеннями зору, їх послугами, програмами та можливостями участі. Розглядаються переваги участі в групах взаємодопомоги, включаючи можливість поділитися досвідом, отримати практичні поради, знайти рольові моделі успішної адаптації. Досліджуються можливості онлайн-спільнот, форумів, соціальних мереж для осіб з втратою зору як джерела інформації, підтримки та соціальних контактів. Планується поступова участь у соціальних та культурних заходах, починаючи з менш загрозливих та поступово розширюючи коло активностей. Розробляються стратегії подолання соціальної тривожності та страху осуду, включаючи когнітивну підготовку до соціальних ситуацій, техніки релаксації, поступову експозицію. Особлива увага приділяється балансу між

отриманням підтримки та наданням допомоги іншим, що сприяє відчуттю власної цінності та взаємності у стосунках. Формується розуміння різних типів соціальної підтримки: емоційної, інформаційної, практичної, соціальної інтеграції.

Заняття 18. Відновлення професійної діяльності та хобі.

Проводиться комплексна оцінка можливостей продовження попередньої професійної діяльності з урахуванням втрати зору, включаючи аналіз основних трудових функцій, необхідних адаптацій робочого місця, доступних асистивних технологій та підтримки роботодавця. Розглядаються варіанти професійної реабілітації, включаючи навчання новим навичкам, перекваліфікацію, підприємництво, фріланс, волонтерську діяльність як альтернативні шляхи професійної самореалізації. Досліджуються існуючі програми підтримки працевлаштування для осіб з інвалідністю, включаючи державні служби, неурядові організації, спеціалізовані агентства. Планується поступове повернення до роботи або пошук нової професійної діяльності з урахуванням реалістичних часових рамок та необхідної підготовки. Особлива увага приділяється відновленню або розвитку нових хобі та інтересів, що можуть принести задоволення, сенс та можливості для соціальних контактів. Розглядаються адаптації улюблених активностей, таких як спорт, музика, мистецтво, читання, подорожі, садівництво відповідно до нових можливостей. Досліджуються нові види діяльності, які можуть бути особливо доступними та цікавими для осіб з втратою зору, включаючи аудіомистетства, тактильні ремесла, музичну творчість. Формується розуміння важливості структурованого часу та значущих активностей для підтримання психологічного благополуччя.

Заняття 19. Розробка індивідуального плану профілактики рецидивів.

Систематизуються та інтегруються всі освоєні протягом програми навички та стратегії в комплексну систему самодопомоги та підтримки психологічного благополуччя. Детально ідентифікуються індивідуальні попереджувальні сигнали можливого рецидиву депресії, включаючи ранні

зміни в настрої, мисленні, поведінці, соціальній активності, фізичному стані, сні та апетиті. Розробляється конкретний, покроковий план дій у випадку появи попереджувальних сигналів, який включає негайні стратегії самодопомоги, активацію соціальної підтримки, звернення за професійною допомогою при необхідності. Створюється персональний "аварійний план" кризового втручання з чіткими контактами підтримки, включаючи друзів, родичів, психолога, лікаря, кризові служби.

Заняття 20. Планування майбутнього та завершення програми.

Формулюються детальні довгострокові цілі та плани на майбутнє з урахуванням реалістичної оцінки нових можливостей, обмежень та набутих навичок адаптації до втрати зору. Проводиться систематична оцінка всіх досягнень та позитивних змін, що відбулися в процесі терапії, включаючи зниження депресивної симптоматики, покращення настрою, підвищення активності, розвиток соціальних навичок, формування адаптивних копінг-стратегій та нових життєвих перспектив. Учасник та психолог спільно аналізують початковий стан на першому занятті та поточний рівень функціонування, відзначаючи конкретні кількісні та якісні показники прогресу за стандартизованими шкалами та суб'єктивними відчуттями. Планується подальший саморозвиток через конкретні короткострокові цілі на наступні три місяці, середньострокові цілі на півроку та довгострокові устремління на рік вперед. Розробляється індивідуальна стратегія підтримання досягнутих результатів, включаючи регулярну практику освоєних навичок, продовження участі в підтримуючих активностях, розвиток нових інтересів та можливостей. Обговорюються потенційні виклики та труднощі, що можуть виникнути в майбутньому, та розробляються превентивні стратегії їх подолання з використанням набутого досвіду та навичок. Планується система регулярного самомоніторингу психоемоційного стану та життєвого функціонування для раннього виявлення потреби в додатковій підтримці. Визначаються критерії та умови для можливого повернення до психологічної допомоги в

майбутньому, включаючи профілактичні консультації, бустерні заняття або більш інтенсивне втручання при необхідності. Створюється персональний "план успіху", що включає ключові стратегії підтримки благополуччя, важливі контакти підтримки, список досягнень для нагадування про власні можливості та мотивуючі цитати або принципи для складних моментів. Проводиться емоційне завершення терапевтичних стосунків з відзначенням значущості пройденого шляху, вираженням вдячності за взаємну працю та побажаннями успіху в подальшому житті з новими можливостями та перспективами.

У структурі програми корекційного втручання використовуються різноманітні методи та техніки, адаптовані до специфіки роботи з особами з втратою зору. Когнітивно-поведінкова терапія модифікується з урахуванням сенсорних обмежень, включаючи використання аудіальних записів замість письмових завдань, тактильних матеріалів для релаксації та адаптованих форм ведення щоденників.

Техніки міндфулнес адаптуються з акцентом на аудіальних та тактильних відчуттях замість візуальних образів. Використовуються керовані медитації, що зосереджуються на диханні, звуках оточення та тілесних відчуттях. Практики усвідомленості інтегруються в повсякденні активності, такі як прийом їжі, ходьба та слухання музики.

Поведінкові техніки включають градуйоване завдання, експозицію та попередження реакції, адаптовані до специфіки втрати зору. Особлива увага приділяється подоланню уникнення ситуацій, що вимагають використання компенсаторних навичок або взаємодії з оточуючими.

Соціальні навички розвиваються через рольові ігри, моделювання ситуацій та домашні завдання з поступового розширення соціальних контактів. Д. І. Шульженко та Н. В. Возчикова розглядають формування передкомунікативних і базових комунікативних умінь як основу корекційно-розвиткового супроводу [138]. У програмі для дорослих із набутою втратою зору принцип поетапності стосується відпрацювання вже

сформованих умінь у ситуаціях, що змінилися після втрати зору. Наприклад, учасник спочатку відпрацьовує в рольовій вправі, як звернутися по допомогу та пояснити, якої саме підтримки потребує, а потім застосовує цю навичку в обраній повсякденній ситуації. Використовуються техніки асертивної поведінки, навички ведення переговорів та конструктивного вирішення конфліктів.

В основу програми корекційного втручання покладено ключові принципи, що забезпечують її ефективність та безпечність для учасників.

Принцип індивідуалізації передбачає адаптацію програми до унікальних потреб, можливостей та обмежень кожного учасника. Враховуються ступінь втрати зору, вік, освітній рівень, соціальний статус, культурні особливості та попередній досвід психологічної допомоги.

Принцип поступовості забезпечує градуйоване збільшення складності завдань та поступове розширення зони комфорту учасника. Кожна нова навичка вводиться після засвоєння попередньої, що сприяє їх закріпленню та покращує стійкість результатів.

Принцип активності орієнтує на максимальне залучення учасника до терапевтичного процесу як активного співучасника власного одужання. Заохочується самостійність, ініціативність та відповідальність за результати терапії.

Принцип ресурсності спрямовує увагу на виявлення та активацію внутрішніх і зовнішніх ресурсів учасника. Підкреслюються сильні сторони, досягнення та можливості замість зосередження лише на проблемах.

Принцип екологічності вимагає врахування всіх аспектів життя учасника та мінімізації негативних наслідків терапевтичного втручання. Особлива увага приділяється підтримці соціальних зв'язків та збереженню важливих життєвих ролей.

Принцип доказовості передбачає використання лише науково обґрунтованих методів та технік з доведеною ефективністю. Регулярно

проводиться моніторинг прогресу та корекція програми відповідно до індивідуальних результатів.

Принцип культурної сенситивності забезпечує повагу до культурних, релігійних та етнічних особливостей учасника. Методи роботи адаптуються до культурного контексту без втрати їх основного терапевтичного потенціалу.

Таким чином, програма корекційного втручання «Шлях до відновлення при втраті зору» представляє собою комплексний, науково обґрунтований підхід до психологічної реабілітації осіб з набутою втратою зору та депресивною симптоматикою. Програма інтегрує найсучасніші досягнення когнітивно-поведінкової терапії, терапії прийняття та зобов'язань, міндфулнес-підходів та спеціалізованих методів роботи з особами з порушеннями зору та спрямована на підвищення результативності. Водночас її реалізація доцільна в системі комплексного супроводу, що передбачає узгодження психологічної, медичної, соціальної та реабілітаційної допомоги відповідно до потреб осіб, які втратили зір у дорослому віці. Довгострокова ефективність програми забезпечується не лише зниженням депресивної симптоматики, але й формуванням нової, позитивної ідентичності особи з порушеннями зору, розвитком адаптивних життєвих стратегій, відновленням соціальних зв'язків та відкриттям нових можливостей для особистісного зростання та самореалізації.

Зміст авторської програми «Шлях до відновлення при втраті зору» узгоджено з основними компонентами розробленої моделі комплексного супроводу осіб, які втратили зір у дорослому віці. Діагностичний компонент реалізується через первинне та повторне психодіагностичне оцінювання, моніторинг психоемоційного стану й індивідуальних ресурсів учасника. Корекційно-реабілітаційний компонент представлений психокорекційною роботою, спрямованою на зниження депресивних і тривожних проявів, розвиток адаптивних копінг-стратегій, поведінкову активацію та відновлення повсякденного функціонування. Освітньо-інформаційний

компонент реалізується через психоосвіту щодо депресивних станів, механізмів адаптації до втрати зору, способів саморегуляції, самодопомоги та використання доступних ресурсів. Соціально-підтримувальний компонент охоплює розвиток навичок звернення по допомогу, активізацію сімейної та соціальної підтримки, розширення соціальних контактів і сприяння поверненню до значущої діяльності. Інтеграційний компонент забезпечує поєднання психологічного втручання з медичною, соціальною та реабілітаційною допомогою, а також координацію залучення інших фахівців відповідно до індивідуальних потреб особи. Таким чином, корекційна програма виступає практичним інструментом реалізації моделі комплексного супроводу та конкретизує її зміст на рівні індивідуальної роботи з особами з набутою втратою зору та депресивними проявами.

Під час реалізації програми психологічні завдання доцільно узгоджувати з індивідуальними освітньо-реабілітаційними цілями особи: готовністю опановувати нові способи діяльності, взаємодіяти з фахівцями та поступово розширювати самостійну активність. Оцінювання досягнення цих цілей потребує окремих показників і методик. У проведеній апробації оцінювання результативності програми ґрунтувалося насамперед на динаміці психодіагностичних показників.

Апробація програми корекційного втручання та аналіз її результативності

Апробація авторської корекційної програми «Шлях до відновлення при втраті зору» проводилася на базі КНП «КМКЛ № 10» м. Києва, у відділенні психіатричної допомоги — Київському міському кризовому центрі «Соціотерапія». До участі залучали дорослих осіб із набутою втратою зору, у яких за результатами первинного психодіагностичного обстеження було виявлено помірно виражені або виражені депресивні прояви.

Діагностичний етап, проведений у 2023–2024 роках, охоплював 186 осіб. Отримані результати стали емпіричною основою для визначення

напрямів корекційного впливу та розроблення програми. Для її подальшої апробації , учасникам основного емпіричного дослідження, які відповідали визначеним умовам участі у корекційній роботі, було запропоновано пройти розроблену програму. Особи з мінімальними показниками або легкою депресивною симптоматикою до участі в програмі не залучалися. Додатковими умовами були набута втрата зору в дорослому віці, добровільна згода на участь та можливість долучатися до амбулаторної корекційної роботи.

Участь у програмі погодилися розпочати 32 особи. Інші учасники емпіричного етапу не були включені до апробації з різних причин: відсутність необхідного рівня депресивних проявів, зміна місця проживання або переїзд до іншого регіону, небажання брати участь у корекційній роботі, а також неможливість регулярно відвідувати передбачені програмою амбулаторні заняття.

До початку корекційної роботи всім 32 учасникам було проведено первинне психодіагностичне обстеження із застосуванням шкали депресії Бека (BDI-II), Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS), Багатовимірної шкали сприйнятої соціальної підтримки (MSPSS) та методики «Способи опанувальної поведінки» (WCQ).

Авторська програма передбачала проходження 20 амбулаторних корекційних занять. У процесі її реалізації природним чином сформувалися дві підгрупи. Першу підгрупу становили 14 осіб, які завершили повний цикл корекційного втручання та пройшли всі 20 передбачених програмою занять (Підгрупа А). До другої підгрупи увійшли 18 осіб, які розпочали участь у програмі, але припинили її на різних етапах (Підгрупа Б).

Дострокове припинення участі було зумовлене різними причинами. Частина учасників надала перевагу медикаментозному лікуванню або вважала достатньою підтримку з боку родини; інші не мали можливості регулярно відвідувати всі корекційні заняття. Серед об’єктивних перешкод були труднощі пересування, потреба у постійному супроводі іншої особи,

неможливість родичів або значущих близьких регулярно забезпечувати такий супровід, транспортні та безпекові обмеження, пов’язані з умовами воєнного стану, а також зміна життєвих обставин.

В той же час, учасники, які не завершили повний курс програми, не були втрачені для подальшого спостереження. Вони продовжували отримувати доступну медичну допомогу, зокрема медикаментозне лікування, та за потреби зверталися за психологічною підтримкою у закладі, на базі якого проводилося дослідження. Це дало змогу підтримувати з ними контакт і провести повторне психодіагностичне обстеження.

Повторне оцінювання було проведено для всіх 32 учасників через 20–23 тижні після первинного обстеження із застосуванням того самого комплексу психодіагностичних методик. Для 14 осіб, які завершили повний курс програми, повторне обстеження проводилося після проходження 20 корекційних занять. Для 18 учасників, які достроково припинили участь, повторне обстеження здійснювалося через співставний часовий проміжок.

Таким чином, дизайн апробації передбачав повторні вимірювання в усіх 32 учасників і дав змогу оцінити динаміку досліджуваних психологічних показників у двох природно сформованих підгрупах: осіб, які завершили повний курс корекційної програми (n = 14), та осіб, які розпочали, але не завершили його (n = 18). Необхідно зазначити , що друга підгрупа не розглядалася як класична контрольна група, оскільки розподіл учасників не здійснювався випадковим чином, а припинення участі визначалося особистісними, організаційними та об’єктивними життєвими обставинами. Водночас наявність повторного обстеження в обох підгрупах дала змогу використовувати групу незавершення програми як природно сформовану групу порівняння.

Для опису кількісних даних використовували середнє арифметичне та стандартне відхилення (M±SD). Зважаючи на невелику чисельність підгруп та їх природне, а не рандомізоване формування, для аналізу змін між первинним і повторним обстеженням застосовували критерій знакових

рангів Вілкоксона. Для зіставлення незалежних підгруп використовували U-критерій Манна–Уїтні. Окремо порівнювали величину індивідуальної зміни показників (Δ) між первинним та повторним обстеженням. Для міжгрупових порівнянь величини змін додатково наводили розмір ефекту r. Критичний рівень статистичної значущості приймали на рівні $p<0,05$. Для серії з восьми вторинних порівнянь показників WCQ додатково застосовували поправку Холма.

Перед аналізом динаміки було перевірено початкову співставність підгруп за досліджуваними показниками.

Таблиця 3.1

Початкові показники учасників групи завершення та незавершення програми

Показник	**Підгрупа А (n=14), M±SD**	**Підгрупа Б (n=18), M±SD**	**p**
BDI-II	27,50 ± 5,08	28,44 ± 4,55	0,634
HADS-D	14,64 ± 4,48	15,11 ± 3,27	0,580
HADS-A	15,07 ± 4,68	15,28 ± 3,46	0,819
MSPSS, загальний показник	40,57 ± 2,79	40,67 ± 4,04	0,954
Підтримка родини (MSPSS)	13,57 ± 1,40	13,61 ± 1,42	0,985
Підтримка друзів (MSPSS)	12,07 ± 2,13	12,06 ± 1,76	0,969
Підтримка значущих інших (MSPSS)	14,93 ± 1,73	15,00 ± 1,46	0,682
Конфронтація (WCQ)	10,14 ± 2,60	10,11 ± 2,61	0,923
Дистанціювання (WCQ)	11,64 ± 2,92	11,61 ± 2,93	0,863
Самоконтроль (WCQ)	9,29 ± 2,33	9,33 ± 2,30	0,985

Показник	Підгрупа А (n=14), M±SD	Підгрупа Б (n=18), M±SD	p
Пошук соціальної підтримки (WCQ)	8,79 ± 2,46	8,83 ± 2,48	0,938
Прийняття відповідальності (WCQ)	8,00 ± 1,92	8,00 ± 1,94	0,923
Втеча-уникнення (WCQ)	12,71 ± 3,12	12,67 ± 3,09	0,908
Планування розв’язання проблеми (WCQ)	8,50 ± 2,38	8,50 ± 2,41	1,000
Позитивна переоцінка (WCQ)	7,43 ± 2,50	7,39 ± 2,52	0,744

Як видно з табл. 3.1, статистично значущих відмінностей між підгрупами на етапі первинного обстеження не виявлено за жодним із досліджуваних показників (усі p>0,05). Отже, за вимірюваними психодіагностичними характеристиками підгрупи на початковому етапі були статистично співставними.

Таблиця 3.2

Динаміка депресивних, тривожних проявів та сприйнятої соціальної підтримки

Показник	Підгрупа А: до	Підгрупа А: після	p	Підгрупа Б: до	Підгрупа Б: повторно	p
BDI-II	27,50 ± 5,08	12,64 ± 5,72	<0,001	28,44 ± 4,55	17,39 ± 3,24	<0,001
HADS-D	14,64 ± 4,48	5,79 ± 3,38	<0,001	15,11 ± 3,27	9,17 ± 2,48	<0,001
HADS-A	15,07 ± 4,68	6,71 ± 3,38	<0,001	15,28 ± 3,46	9,72 ± 2,87	<0,001

Показник	**Підгрупа А: до**	**Підгрупа А: після**	**p**	**Підгрупа Б: до**	**Підгрупа Б: повторно**	**p**
MSPSS total	40,57 ± 2,79	55,29 ± 3,07	<0,001	40,67 ± 4,04	48,61 ± 4,47	<0,001
Підтримка родини	13,57 ± 1,40	18,36 ± 1,55	<0,001	13,61 ± 1,42	15,89 ± 1,57	<0,001
Підтримка друзів	12,07 ± 2,13	16,71 ± 1,59	<0,001	12,06 ± 1,76	14,33 ± 2,00	<0,001
Підтримка значущих інших	14,93 ± 1,73	20,21 ± 1,63	<0,001	15,00 ± 1,46	18,39 ± 1,72	<0,001

Позитивна динаміка спостерігалася в обох підгрупах. У групі завершення програми (група А) середній показник BDI-II знизився з 27,50±5,08 до 12,64±5,72 бала, HADS-D — з 14,64±4,48 до 5,79±3,38 бала, HADS-A — з 15,07±4,68 до 6,71±3,38 бала. Загальний показник MSPSS зріс з 40,57±2,79 до 55,29±3,07 бала.

У групі незавершення (група Б) програми також спостерігалося статистично значуще покращення, проте його величина за основними показниками була меншою. Такий результат є закономірним з огляду на те, що ці особи не залишалися без допомоги: вони продовжували отримувати медичне лікування, могли користуватися психологічною підтримкою, а частина з них до моменту припинення участі пройшла певну кількість занять авторської програми. У зв’язку з цим для оцінювання результативності повного курсу принципово важливим було не лише встановлення наявності змін у кожній підгрупі, а й зіставлення величини цих змін.

Таблиця 3.3

Порівняння величини змін основних психологічних показників у двох підгрупах

Показник	Δ Підгрупа А	Δ Підгрупа Б	p	r
BDI-II	−14,86	−11,06	0,010	0,45
HADS-D	−8,86	−5,94	0,002	0,55
HADS-A	−8,36	−5,56	0,002	0,53
MSPSS total	+14,71	+7,94	<0,001	0,80
Підтримка родини	+4,79	+2,28	<0,001	0,59
Підтримка друзів	+4,64	+2,28	0,004	0,51
Підтримка значущих інших	+5,29	+3,39	<0,001	0,60

Примітка. *Δ — різниця між показником повторного та первинного обстеження. Для BDI-II та HADS від'ємне значення Δ відображає зменшення симптоматики; для MSPSS позитивне значення відображає підвищення сприйнятої соціальної підтримки.*

Порівняння величини індивідуальних змін показало статистично значущі міжгрупові відмінності за всіма основними показниками. Зниження BDI-II у групі завершення становило в середньому 14,86 бала проти 11,06 бала в групі незавершення (p=0,010; r=0,45). Більш виражене зменшення встановлено також за HADS-D (p=0,002; r=0,55) та HADS-A (p=0,002; r=0,53). Найбільшу міжгрупову відмінність виявлено за загальним показником MSPSS: приріст у групі завершення становив 14,71 бала проти 7,94 бала в групі незавершення (p<0,001; r=0,80). Статистично значущі відмінності динаміки встановлено також за всіма трьома джерелами соціальної підтримки.

Таблиця 3.4

Розподіл учасників за рівнем депресивних проявів за BDI-II

Рівень BDI-II	Підгрупа А: до, n	Підгрупа А: після, n	Підгрупа Б: до, n	Підгрупа Б: повторно, n
Мінімальні прояви	0	7	0	3
Легкі прояви	0	4	0	8
Помірні прояви	6	3	8	7
Виражені прояви	8	0	10	0
Разом	14	14	18	18

Категоріальний аналіз BDI-II також підтвердив позитивну динаміку. До початку апробації в підгрупі завершення 6 учасників (42,9%) мали помірні, а 8 (57,1%) — виражені депресивні прояви. Після завершення програми у 7 осіб (50,0%) показники відповідали мінімальному рівню, у 4 (28,6%) — легкому та у 3 (21,4%) — помірному; випадків вираженої симптоматики не виявлено.

У підгрупі незавершення на повторному обстеженні мінімальні прояви виявлено у 3 осіб (16,7%), легкі — у 8 (44,4%), помірні — у 7 (38,9%); випадків виражених проявів також не зафіксовано.

Таблиця 3.5

Розподіл учасників за рівнем депресивних проявів за HADS-D

Рівень HADS-D	Підгрупа А: до, n	Підгрупа А: після, n	Підгрупа Б: до, n	Підгрупа Б: повторно, n
Норма (0–7)	0	8	0	4

Рівень HADS-D	Підгрупа А: до, n	Підгрупа А: після, n	Підгрупа Б: до, n	Підгрупа Б: повторно, n
Субклінічний рівень (8–10)	3	5	1	9
Клінічно виражений рівень (11–21)	11	1	17	5
Разом	14	14	18	18

Таблиця 3.6

Розподіл учасників за рівнем тривожних проявів за HADS-A

Рівень HADS-A	Підгрупа А, n	Підгрупа А: після, n	Підгрупа Б: до, n	Підгрупа Б: повторно, n
Норма (0–7)	0	6	0	5
Субклінічний рівень (8–10)	3	6	1	6
Клінічно виражений рівень (11–21)	11	2	17	7
Разом	14	14	18	18

За HADS-D після завершення повного курсу нормативний діапазон був зафіксований у 8 з 14 учасників, тоді як у групі незавершення — у 4 з 18. За HADS-A нормативні значення під час повторного обстеження мали 6 з 14 учасників групи завершення та 5 з 18 учасників групи незавершення.

Таблиця 3.7

Динаміка копінг-стратегій за WCQ у двох підгрупах

Копінг-стратегія	**Підгрупа А: до**	**Підгрупа А: після**	**p**	**Підгрупа Б: до**	**Підгрупа Б: повторно**	**p**
Конфронтація	10,14 ± 2,60	8,71 ± 2,20	0,027	10,11 ± 2,61	9,44 ± 2,50	0,054
Дистанціювання	11,64 ± 2,92	9,00 ± 2,35	0,002	11,61 ± 2,93	10,56 ± 2,75	0,002
Самоконтроль	9,29 ± 2,33	11,86 ± 2,44	0,002	9,33 ± 2,30	10,28 ± 2,22	0,059
Пошук соціальної підтримки	8,79 ± 2,46	12,43 ± 2,28	0,002	8,83 ± 2,48	10,06 ± 2,39	0,003
Прийняття відповідальності	8,00 ± 1,92	9,57 ± 1,83	0,016	8,00 ± 1,94	8,61 ± 1,75	0,012
Втеча-уникнення	12,71 ± 3,12	8,43 ± 2,34	0,002	12,67 ± 3,09	10,94 ± 2,90	0,003
Планування розв’язання проблеми	8,50 ± 2,38	12,79 ± 2,46	0,002	8,50 ± 2,41	10,06 ± 2,34	<0,001
Позитивна переоцінка	7,43 ± 2,50	11,50 ± 2,62	0,003	7,39 ± 2,52	8,89 ± 2,52	<0,001

У групі завершення програми статистично значущі зміни встановлено за всіма вісьмома копінг-стратегіями. У групі незавершення статистично значущі зміни виявлено за дистанціюванням, пошуком соціальної підтримки, прийняттям відповідальності, втечею-уникненням, плануванням

розв’язання проблеми та позитивною переоцінкою; зміни конфронтації та самоконтролю не досягли рівня статистичної значущості.

Таблиця 3.8

Порівняння величини змін показників WCQ між підгрупами

Копінг-стратегія	Δ Підгрупа А	Δ Підгрупа Б	p	p (Холм)	r
Конфронтація	−1,43	−0,67	0,271	0,271	0,19
Дистанціювання	−2,64	−1,06	0,019	0,058	0,41
Самоконтроль	+2,57	+0,94	0,014	0,056	0,43
Пошук соціальної підтримки	+3,64	+1,22	0,005	0,032	0,49
Прийняття відповідальності	+1,57	+0,61	0,099	0,198	0,29
Втеча-уникнення	−4,29	−1,72	0,004	0,027	0,51
Планування розв’язання проблеми	+4,29	+1,56	<0,001	0,007	0,59
Позитивна переоцінка	+4,07	+1,50	0,008	0,039	0,47

Примітка. *Значення p (Холм) наведено з урахуванням поправки Холма на вісім одночасних міжгрупових порівнянь показників WCQ.*

За первинними міжгруповими порівняннями більш виражена позитивна динаміка у групі завершення спостерігалася за дистанціюванням, самоконтролем, пошуком соціальної підтримки, втечею-уникненням, плануванням розв’язання проблеми та позитивною переоцінкою. Після застосування поправки Холма статистично стійкими залишилися міжгрупові відмінності за пошуком соціальної підтримки (p=0,032), втечею-

уникненням (p=0,027), плануванням розв’язання проблеми (p=0,007) та позитивною переоцінкою (p=0,039).

Узагальнюючи результати апробації, слід зазначити, що протягом 20–23 тижнів позитивна динаміка психоемоційного стану спостерігалася в обох природно сформованих підгрупах. Водночас серед осіб, які завершили всі 20 занять авторської програми, величина позитивних змін була статистично більш вираженою за BDI-II, HADS-D, HADS-A, загальним показником MSPSS та всіма трьома його підшкалами. За WCQ після поправки Холма статистично стійкі міжгрупові відмінності зберігалися за чотирма копінг-стратегіями. Отримані результати свідчать на користь практичної доцільності повного проходження авторської корекційної програми. Водночас їх слід інтерпретувати з урахуванням нерандомізованого дизайну, природного формування підгруп, дострокового припинення участі частиною респондентів та отримання учасниками групи незавершення інших видів медичної й психологічної допомоги.

Проведене дослідження визначає перспективи подальшого вивчення психологічних особливостей депресивних станів при набутій втраті зору та можливостей їх корекції. Подальші дослідження доцільно спрямувати на оцінювання довгострокової динаміки результатів корекційного втручання, використання більших вибірок і контрольованих дизайнів, розроблення диференційованих програм з урахуванням віку, характеру та ступеня втрати зору, а також вивчення можливостей групових і дистанційних форматів психологічної допомоги.

3.3. Рекомендації щодо профілактики та комплексного супроводу депресивних станів у реабілітаційному процесі

Профілактика депресивних станів і комплексний супровід осіб, які втратили зір у дорослому віці, належать до пріоритетних напрямів сучасної реабілітаційної практики, що базуються на комплексному розумінні

етіології, патогенезу та динаміки розвитку психоемоційних порушень при втраті зору. Розроблені рекомендації ґрунтуються на інтеграції найкращих практик міжнародного досвіду, результатах сучасних наукових досліджень та практичних напрацюваннях вітчизняних фахівців у галузі тифлопсихології та реабілітаційної медицини [27; 48; 95; 96; 100].

У сфері спеціальної освіти рекомендації орієнтовані на створення психологічних умов для участі дорослих осіб з набутою втратою зору в освітньо-реабілітаційних заходах. Підтримку мотивації та розвиток адаптивних способів подолання труднощів доцільно поєднувати із взаємодією з тифлопедагогом та іншими фахівцями. Така взаємодія спрямована на узгодження психологічної допомоги з навчанням нових способів діяльності та розвитком самостійності. О. Чеботарьова та Н. Білецька, узагальнюючи досвід корекційно-розвиткової роботи з дітьми з особливими освітніми потребами, підкреслюють значення індивідуального й диференційованого добору методів відповідно до потреб учасників [129]. У супроводі дорослих із набутою втратою зору цей принцип доцільно реалізовувати через спільний добір доступного формату матеріалів, темпу опанування компенсаторних навичок і способів їх відпрацювання в повсякденних ситуаціях.

Профілактика депресивних станів у осіб з набутою втратою зору базується на багаторівневій моделі превентивних заходів, що включає первинну, вторинну та третинну профілактику відповідно до класифікації Джеральда Каплана. Ця модель була адаптована до специфіки тифлологічної реабілітації з урахуванням унікальних особливостей адаптації до втрати зору та факторів ризику розвитку депресивних розладів.

Первинна профілактика спрямована на попередження виникнення депресивних станів у осіб з ризиком втрати зору або у тих, хто нещодавно втратив зір. Цей рівень профілактики включає заходи з підготовки до можливої втрати зору при прогресуючих захворюваннях очей, раннє

психологічне втручання в гострий період втрати зору, формування захисних факторів та підвищення психологічної стійкості особистості.

Вторинна профілактика зосереджена на ранньому виявленні та втручанні при перших проявах депресивної симптоматики, що дозволяє запобігти розвитку клінічно вираженого депресивного розладу. Цей рівень включає систематичний скринінг психоемоційного стану, швидке реагування на виявлені порушення та надання короткострокових психологічних інтервенцій. У контексті дошкільної спеціальної освіти О. Чеботарьова підкреслює значення раннього виявлення труднощів розвитку та своєчасної організації комплексної допомоги дитині й родині [130]. Для вторинної профілактики депресивних станів у дорослих із набутою втратою зору цей організаційний принцип доцільно реалізовувати через поєднання раннього виявлення психоемоційних труднощів зі своєчасним наданням психологічної допомоги та, за згодою особи, консультуванням її близьких щодо способів підтримки.

Третинна профілактика спрямована на запобігання рецидивам депресивних епізодів, мінімізацію негативних наслідків перенесеної депресії та підтримку досягнутого рівня психологічного благополуччя. Цей рівень включає довгострокові програми підтримки, групи взаємодопомоги та індивідуальні плани профілактики рецидивів [50].

Гострий період втрати зору характеризується інтенсивними психологічними реакціями, що можуть стати підґрунтям для розвитку депресивних станів. Сучасні дослідження свідчать, що раннє психологічне втручання у перші тижні після втрати зору значно знижує ризик розвитку депресивних розладів та сприяє більш успішній довгостроковій адаптації.

Кризове консультування становить основу допомоги в гострий період та включає надання емоційної підтримки, валідацію переживань особи, нормалізацію психологічних реакцій на втрату. Важливим аспектом кризового консультування є інформування про типові стадії адаптації до

втрати зору, що допомагає особі краще розуміти власні переживання та формує реалістичні очікування щодо процесу відновлення.

Психоедукація сім'ї відіграє критичну роль у профілактиці депресивних станів, оскільки якість сімейної підтримки значною мірою визначає успішність адаптації до втрати зору. Члени родини потребують навчання щодо способів надання адекватної підтримки, уникнення гіперопіки, підтримання балансу між допомогою та заохочення самостійності. Особливу увагу слід приділити роботі з власними страхами та тривогами членів родини, що можуть негативно впливати на атмосферу в сім'ї та процес адаптації особи з втратою зору.

Інформування про доступні ресурси реабілітації та соціальної підтримки має відбуватися поетапно, з урахуванням емоційної готовності особи до сприйняття інформації. Раннє ознайомлення з можливостями реабілітації формує надію на майбутнє та мотивацію до активної участі в реабілітаційному процесі, що є важливими захисними факторами проти розвитку депресії.

Захисні фактори відіграють ключову роль у профілактиці депресивних станів та включають як особистісні характеристики, так і зовнішні ресурси підтримки. Соціальна підтримка є одним з найпотужніших захисних факторів проти депресії при втраті зору. Формування мережі підтримки має включати різні рівні: близьку сім'ю, друзів, професійних помічників, групи взаємодопомоги та громадські організації для осіб з порушеннями зору.

Особливу цінність мають контакти з іншими особами, які успішно адаптувалися до втрати зору, оскільки вони можуть слугувати позитивними рольовими моделями та джерелом практичних порад. Програми менторства, де досвідчені особи з порушеннями зору надають підтримку новачкам, показали високу ефективність у профілактиці депресивних станів та прискоренні процесу адаптації.

Розвиток адаптивних копінг-стратегій є критично важливим для профілактики депресії. Особи з втратою зору потребують навчання здоровим способам подолання стресу, включаючи проблемно-орієнтовані стратегії вирішення практичних труднощів та емоційно-орієнтовані стратегії управління негативними переживаннями. Техніки релаксації, медитації, фізичні вправи адаптовані до можливостей особи з порушеннями зору, творча діяльність можуть служити ефективними засобами управління стресом.

Збереження максимально можливої автономії та незалежності є фундаментальним принципом профілактики депресії при втраті зору. Це включає раннє навчання навичкам самообслуговування, просторового орієнтування, використання асистивних технологій, що дозволяють особі зберегти контроль над власним життям та уникнути надмірної залежності від оточуючих.

Участь у значущій діяльності, що приносить відчуття сенсу та досягнень, є важливим захисним фактором проти депресії. Це може включати продовження попередньої професійної діяльності з необхідними адаптаціями, освоєння нових професійних навичок, волонтерську діяльність, творчість, спорт для осіб з порушеннями зору. Важливо допомогти особі знайти нові джерела самореалізації та соціального визнання, які компенсують втрачені можливості.

Ефективна система вторинної профілактики базується на регулярному моніторингу психоемоційного стану осіб з втратою зору на всіх етапах реабілітаційного процесу. Регулярний скринінг має проводитися з використанням валідованих, стандартизованих інструментів оцінки депресивної симптоматики, адаптованих для використання у осіб з порушеннями зору [22; 103].

Рекомендується використання коротких скринінгових інструментів, таких як Шкала депресії пацієнта PHQ-2 та Шкала генералізованої тривожності GAD-2, що дозволяють швидко виявити осіб з ризиком

розвитку депресивних та тривожних розладів. У разі позитивного результату скринінгу має проводитися більш детальна оцінка з використанням повних версій відповідних шкал та клінічного інтерв'ю.

Ідентифікація груп підвищеного ризику дозволяє концентрувати превентивні зусилля на найбільш вразливих особах. До факторів ризику розвитку депресії при втраті зору належать молодший вік на момент втрати зору, раптовість втрати зору, повна сліпота порівняно з частковою втратою зору, наявність супутніх соматичних захворювань, соціальна ізоляція, фінансові труднощі, попередні епізоди депресії або інших психічних розладів.

Міждисциплінарна співпраця є основою ефективної системи раннього виявлення депресивних станів. Усі фахівці реабілітаційної команди, включаючи лікарів-офтальмологів, медсестер, тифлопедагогів, інструкторів з просторового орієнтування, соціальних працівників, мають бути навчені розпізнавати ранні ознаки депресії та знати алгоритми направлення до спеціалістів з психічного здоров'я [105].

При виявленні перших ознак депресивної симптоматики критично важливим є швидке реагування для запобігання прогресуванню розладу. Негайне психологічне консультування має бути доступним протягом 48 годин після виявлення проблеми, що дозволяє провести детальну оцінку стану та розпочати необхідні інтервенції.

Обов'язкова оцінка суїцидального ризику має проводитися при будь-яких проявах депресивної симптоматики, оскільки особи з втратою зору мають підвищений ризик суїцидальних думок та поведінки. Ця оцінка включає структуроване клінічне інтерв'ю, використання стандартизованих шкал оцінки суїцидального ризику та розробку плану безпеки при необхідності.

Короткострокові психологічні інтервенції можуть включати кризове консультування, когнітивно-поведінкові техніки для управління негативними думками, навчання навичкам релаксації та стрес-

менеджменту, мобілізацію соціальної підтримки. Ці інтервенції мають бути адаптовані до специфіки втрати зору та індивідуальних потреб особи.

Третинна профілактика включає систему довгострокової підтримки для осіб, які пройшли лікування депресивних розладів. Групи підтримки відіграють особливо важливу роль, оскільки надають можливість поділитися досвідом з іншими людьми, які стикалися з подібними викликами, отримати практичні поради та емоційну підтримку, а також служити джерелом взаємної мотивації для підтримання психологічного благополуччя.

Регулярні зустрічі груп підтримки мають проводитися під керівництвом кваліфікованого фахівця та включати як структуровані елементи, такі як освітні презентації та навчання новим навичкам, так і неформальне спілкування та взаємну підтримку учасників. Особливу цінність мають групи, що об'єднують осіб на різних етапах адаптації до втрати зору, що дозволяє новачкам вчитися у більш досвідчених учасників.

Бустерні заняття індивідуальної психотерапії проводяться періодично після завершення основного курсу лікування для закріплення досягнутих результатів, відпрацювання навичок у нових життєвих ситуаціях та профілактики рецидивів. Частота цих занять може варіювати від щомісячних у перші півроку до щоквартальних у наступний період, залежно від індивідуальних потреб та рівня стабільності стану.

Телефонна підтримка та онлайн-консультування можуть забезпечити доступність психологічної допомоги для осіб, які мають труднощі з відвідуванням очних консультацій через мобільні обмеження або географічну віддаленість. Організація гарячої лінії для отримання екстрених консультацій забезпечує безперервність підтримки та можливість швидкого втручання в кризових ситуаціях.

Персоналізований підхід до профілактики рецидивів передбачає розробку детального індивідуального плану для кожної особи, що включає специфічні стратегії підтримання психологічного благополуччя та

запобігання повторним епізодам депресії. Ідентифікація ранніх попереджувальних сигналів є ключовим елементом такого плану та включає індивідуальні зміни в настрої, мисленні, поведінці, фізичному стані, які можуть сигналізувати про початок рецидиву.

Ці сигнали можуть включати поступове зниження мотивації до щоденних активностей, зростання негативних думок про майбутнє, соціальну самоізоляцію, порушення сну або апетиту, зниження використання компенсаторних навичок або асистивних технологій. Важливо, щоб особа навчилася розпізнавати ці сигнали на ранніх стадіях, коли ще можливе ефективне самостійне втручання.

Копінг-стратегії для кожної особи підбираються індивідуально на основі того, які техніки виявилися найбільш ефективними під час попереднього лікування. Це можуть бути конкретні техніки когнітивної реструктуризації, методи релаксації, фізичні вправи, творча діяльність, соціальні активності або духовні практики. План має включати покрокові інструкції застосування цих стратегій у різних ситуаціях.

Ресурси підтримки включають детальну контактну інформацію всіх осіб та служб, до яких можна звернутися за допомогою: психолога, психіатра, лікаря загальної практики, кризових служб, близьких друзів чи родичів, груп підтримки. План має також включати інформацію про доступність та режим роботи цих ресурсів.

План дій у кризі представляє собою покроковий алгоритм конкретних дій, які особа має вжити при значному погіршенні стану або виникненні суїцидальних думок. Цей план має бути простим, зрозумілим та легко доступним у критичній ситуації, включати контакти екстрених служб та конкретні кроки забезпечення безпеки.

Ефективна система комплексного супроводу потребує чіткої організаційної структури, що забезпечує доступність, безперервність та якість психологічної допомоги на всіх етапах реабілітаційного процесу. Кризова служба має функціонувати цілодобово та забезпечувати негайну

психологічну допомогу в гострих ситуаціях, включаючи суїцидальні кризи, гострі стресові реакції, декомпенсації психоемоційного стану [14; 67].

Амбулаторне відділення з комплексним супроводом забезпечує планову психологічну допомогу, включаючи індивідуальне консультування, групову терапію, сімейну терапію, навчальні програми для пацієнтів та їх родичів. Це відділення має працювати за принципом мультидисциплінарної команди, що включає психологів, психіатрів, педагогів, соціальних працівників, спеціалістів з реабілітації.

Денний стаціонар надає інтенсивні програми для осіб з вираженою депресивною симптоматикою, які потребують більш інтенсивного втручання, ніж амбулаторне лікування, але не потребують госпіталізації. Програми денного стаціонару можуть включати щоденну групову терапію, індивідуальні заняття, освітні програми, навчання життєвим навичкам, професійну реабілітацію.

Служба соціально-психологічної підтримки забезпечує довгострокове ведення клієнтів, включаючи регулярні контрольні огляди, підтримуючу терапію, координацію з іншими службами, допомогу в кризових ситуаціях. Ця служба також координує роботу груп взаємодопомоги та програм менторства.

Високоякісна допомога особам з втратою зору та депресивними станами потребує спеціально підготовлених фахівців з відповідними знаннями та навичками. Спеціалізована освіта психологів має включати поглиблене вивчення особливостей психологічної адаптації до втрати зору, специфіки депресивних розладів при порушеннях зору, адаптованих методів психологічної діагностики та терапії [84].

Навчальні програми мають включати як теоретичні знання, так і практичні навички роботи з особами з різним ступенем втрати зору, розуміння принципів використання асистивних технологій, знання ресурсів реабілітації та соціальної підтримки. Особлива увага має приділятися

розвитку навичок адаптації стандартних психологічних методик до потреб осіб з порушеннями зору.

Міждисциплінарна підготовка всіх фахівців реабілітаційної команди є необхідною для створення єдиного терапевтичного середовища. Лікарі, медсестри, тифлопедагоги, інструктори з мобільності, соціальні працівники мають володіти базовими знаннями про депресивні розлади, вміти розпізнавати ранні ознаки погіршення психоемоційного стану, знати принципи надання первинної підтримки та алгоритми направлення до спеціалістів з психічного здоров'я [76].

Ефективна система комплексного супроводу потребує тісної координації з різноманітними службами та організаціями, що надають допомогу особам з порушеннями зору. Взаємодія з медичними службами включає координацію з офтальмологами для розуміння медичних аспектів втрати зору та прогнозу, співпрацю з психіатрами для медикаментозного лікування тяжких форм депресії, роботу з лікарями загальної практики для комплексного підходу до здоров'я пацієнта.

Співпраця з соціальними службами забезпечує вирішення практичних питань, що можуть впливати на психоемоційний стан, включаючи забезпечення соціальними виплатами, допомогою в побуті, професійною реабілітацією. Центри соціальних послуг можуть надавати довгострокову підтримку та допомагати в інтеграції осіб з порушеннями зору в суспільство.

Партнерство з освітніми закладами сприяє підготовці майбутніх фахівців, проведенню досліджень, розвитку інноваційних підходів до реабілітації. Університети можуть надавати навчальні ресурси, дослідницьку підтримку, а також служити базою для практичної підготовки студентів.

Громадські організації для осіб з порушеннями зору відіграють важливу роль у наданні соціальної підтримки, організації груп взаємодопомоги, адвокації прав, проведенні освітніх та культурних заходів.

Співпраця з цими організаціями забезпечує більш повну інтеграцію осіб з втратою зору в суспільство та доступ до додаткових ресурсів підтримки.

Оцінка ефективності профілактичних заходів та системи супроводу має базуватися на комплексі епідеміологічних, функціональних та економічних показників, що дозволяють об'єктивно оцінити результати роботи та визначити напрямки подальшого вдосконалення.

Епідеміологічні показники включають зниження поширеності депресивних розладів серед осіб з втратою зору в регіоні обслуговування, скорочення середньої тривалості депресивних епізодів завдяки ранньому виявленню та втручанню, зменшення частоти госпіталізацій з приводу психічних розладів серед цільової групи. Ці показники мають відстежуватися через регулярні епідеміологічні дослідження та аналіз медичної статистики.

Функціональні показники охоплюють підвищення рівня соціальної інтеграції осіб з втратою зору, що може вимірюватися через участь у громадській діяльності, соціальних та культурних заходах, використання громадського транспорту та публічних сервісів. Покращення показників якості життя оцінюється через стандартизовані опитувальники якості життя, адаптовані для осіб з порушеннями зору, що включають фізичний, психологічний, соціальний та екологічний домени [29].

Збільшення рівня зайнятості серед осіб з втратою зору є важливим індикатором успішної реабілітації та профілактики депресії. Цей показник включає як повернення до попередньої роботи з необхідними адаптаціями, так і освоєння нових професій, підприємницьку діяльність, волонтерську роботу.

Економічні показники ефективності включають скорочення прямих витрат на лікування депресивних розладів через зменшення потреби в госпіталізаціях, довгостроковій терапії, медикаментозному лікуванні. Зниження використання медичних послуг внаслідок поліпшення загального

стану здоров'я та психологічного благополуччя також вносить вклад в економічну ефективність програм профілактики.

Підвищення економічної активності цільової групи через збільшення зайнятості, зменшення залежності від соціальних виплат, внесок у валовий внутрішній продукт через трудову діяльність та сплату податків представляє довгостроковий економічний ефект профілактичних програм.

Сучасний розвиток інформаційних технологій відкриває нові можливості для підвищення ефективності та доступності комплексного супроводу осіб з втратою зору. Телемедичні технології дозволяють надавати психологічні консультації на відстані, що особливо важливо для осіб з мобільними обмеженнями або тих, хто проживає у віддалених регіонах з обмеженим доступом до спеціалізованих служб.

Мобільні додатки для моніторингу настрою та психологічного стану можуть бути адаптовані для використання особами з порушеннями зору через голосове управління та звукові підказки. Ці додатки дозволяють відстежувати динаміку симптомів, нагадувати про необхідність виконання домашніх завдань, надавати доступ до ресурсів самодопомоги.

Віртуальна реальність та доповнена реальність можуть використовуватися для створення контрольованих середовищ для експозиційної терапії, навчання навичкам орієнтування, розвитку впевненості в різних соціальних ситуаціях. Для осіб з частковою втратою зору ці технології можуть допомогти в адаптації до змінених зорових можливостей.

Штучний інтелект може підтримувати фахівців у прийнятті клінічних рішень, аналізі динаміки стану пацієнтів, прогнозуванні ризику рецидивів, персоналізації терапевтичних підходів. Чат-боти з функціями психологічної підтримки можуть забезпечувати цілодобову доступність базової психологічної допомоги та направляти до спеціалістів при необхідності.

Розроблені рекомендації щодо профілактики та комплексного супроводу депресивних станів у реабілітаційному процесі представляють

собою комплексний підхід до вирішення однієї з найактуальніших проблем сучасної реабілітології. Їх впровадження в практику роботи реабілітаційних центрів, лікувальних закладів та соціальних служб сприятиме значному покращенню якості життя осіб з набутою втратою зору, зниженню поширеності депресивних розладів у цій популяції та підвищенню ефективності реабілітаційного процесу в цілому. Успішна реалізація цих рекомендацій потребує системного підходу, адекватного фінансування, професійної підготовки кадрів та міжвідомчої координації зусиль усіх учасників реабілітаційного процесу.

Висновки до розділу 3

Обґрунтовано теоретичні засади моделі комплексного супроводу осіб з депресивними станами при втраті зору, що базується на синтезі сучасних досягнень біопсихосоціального підходу, когнітивно-поведінкової терапії, теорії стресу та копінгу, концепції психологічної готовності до реабілітації та новітніх розробок у галузі тифлопедагогіки та тифлопсихології. Встановлено, що ефективна модель комплексного супроводу має включати п’ять взаємопов’язаних компонентів: діагностичний, корекційно-реабілітаційний, освітньо-інформаційний, соціально-підтримувальний та інтеграційний, що забезпечують комплексний підхід до подолання депресивних станів з урахуванням специфіки втрати зору.

Визначено, що особливістю розробленої моделі є її спрямованість на етапність психологічної адаптації до втрати зору, що включає гостру стадію з характерними проявами шоку та заперечення, підгостру стадію з розвитком депресивної симптоматики та спробами адаптації, а також хронічну стадію з відносною стабілізацією стану і формуванням нової ідентичності. Доведено, що кожна стадія потребує специфічних терапевтичних підходів та методів підтримки, що забезпечується

принципами системності, індивідуалізації, комплексності, етапності, активності, превентивності та культурної сенситивності.

Розроблено програму корекційного втручання «Шлях до відновлення при втраті зору», що є структурованою системою індивідуальної роботи, розрахованою на двадцять тижнів з частотою зустрічей один раз на тиждень. Створено чотири послідовні модулі програми: стабілізація та мотивація, когнітивна реструктуризація, поведінкова активація та соціальна інтеграція, профілактика рецидивів та планування майбутнього, кожен з яких включає детально розроблені заняття з конкретними цілями, завданнями та методами роботи[10].

Розроблена програма конкретизує корекційну складову авторської моделі комплексного супроводу та забезпечує її практичну реалізацію у форматі структурованої індивідуальної роботи.

Апробацію авторської програми проведено на базі КНП «КМКЛ № 10» м. Києва із залученням 32 осіб з помірними або вираженими депресивними проявами за BDI-II. Повний курс із 20 корекційних занять завершили 14 учасників, 18 — припинили участь на різних етапах; повторне обстеження всіх учасників проведено через 20–23 тижні. Позитивну динаміку виявлено в обох підгрупах, однак серед осіб, які завершили повний курс програми, вона була статистично більш вираженою за BDI-II, HADS-D, HADS-A, загальним показником MSPSS та всіма його підшкалами. Аналіз WCQ також засвідчив більш виражені зміни копінг-поведінки у групі завершення; після поправки Холма статистично стійкі міжгрупові відмінності зберігалися за пошуком соціальної підтримки, втечею-уникненням, плануванням розв’язання проблеми та позитивною переоцінкою. Отримані результати свідчать на користь практичної доцільності повного проходження розробленої програми з урахуванням обмежень нерандомізованого дизайну.

Впроваджено інноваційні аспекти програми через інтеграцію когнітивно-поведінкових підходів з елементами терапії прийняття та

зобов’язань, міндфулнес-терапії та методів поведінкової активації, адаптованих до сенсорних особливостей осіб з порушеннями зору. Акцентовано увагу на формуванні навичок використання асистивних технологій, розвитку компенсаторних стратегій, відновленні соціальних зв’язків та професійної діяльності як ключових факторів успішної адаптації до втрати зору.

Систематизовано рекомендації щодо профілактики депресивних станів і надання психологічної допомоги в реабілітаційному процесі на основі багаторівневого підходу. Виокремлено первинну профілактику, спрямовану на запобігання виникненню депресивних станів; вторинну — на їх раннє виявлення та своєчасне надання допомоги; третинну — на запобігання рецидивам, зменшення наслідків перенесених депресивних станів і підтримку досягнутих результатів.

Запропоновано організаційну структуру системи комплексного супроводу, що передбачає кризову службу для надання невідкладної допомоги, амбулаторне відділення для планової психологічної роботи, денний стаціонар для інтенсивних програм та службу довгострокової підтримки. Визначено організаційні умови її реалізації: належну професійну підготовку фахівців, регулярну супервізію, міждисциплінарну співпрацю та координацію із суміжними службами.

Розроблені теоретичні положення та практичні рекомендації можуть бути використані в діяльності реабілітаційних центрів, закладів охорони здоров’я та соціальних служб для вдосконалення психологічної допомоги особам із набутою втратою зору. Їх застосування спрямоване на своєчасне виявлення депресивних проявів, індивідуалізацію корекційної роботи та узгодження психологічної допомоги з іншими складовими комплексного супроводу. Вплив такого впровадження може підвищити ефективність психологічної реабілітації осіб з набутою втратою зору, знизити поширеність та тяжкість депресивних розладів у цій популяції, покращити якість життя та соціальну інтеграцію учасників реабілітаційного процесу.

Встановлено, що результати проведеного дослідження створюють наукове підґрунтя для розвитку спеціалізованих служб комплексного супроводу осіб з депресивними станами при втраті зору, сприяють підвищенню професійної компетентності фахівців реабілітаційної сфери та формують основу для розробки державних програм психологічної реабілітації осіб з порушеннями зору в Україні.

ВИСНОВКИ

1. Теоретико-методологічний аналіз проблеми засвідчив, що депресивні стани у осіб із набутою втратою зору є складним біопсихосоціальним феноменом, формування якого визначається взаємодією психологічних, біологічних та соціальних чинників. Втрата зору в дорослому віці супроводжується необхідністю суттєвої перебудови сформованого способу життя, самосприйняття, соціальних і професійних ролей, що може значно ускладнювати процес психологічної адаптації. Це обґрунтовує необхідність розглядати депресивні прояви не ізольовано, а в контексті загального процесу адаптації, реабілітації та соціальної інтеграції особи.

2. Встановлено, що корекція депресивних станів у осіб із набутою втратою зору потребує комплексного підходу, який враховує не лише вираженість депресивної симптоматики, але й особливості адаптації, наявні психологічні та соціальні ресурси особи. Найбільш доцільним є поєднання когнітивно-поведінкових методів, поведінкової активації, елементів терапії прийняття і зобов’язань, психоедукації, розвитку навичок саморегуляції, адаптивних копінг-стратегій та активізації соціальної підтримки. Такий підхід доцільно реалізовувати в межах комплексного супроводу, що поєднує психологічну, медичну, соціальну та реабілітаційну допомогу.

3. Розроблено та проведено комплексну діагностику, спрямовану на дослідження психологічних особливостей депресивних станів у осіб з набутою втратою зору. Констатовано, що депресивні стани в осіб із набутою втратою зору мають багатовимірний характер і проявляються у взаємопов’язаних змінах когнітивної, емоційної, поведінкової, соціальної та особистісно-смислової сфер. Когнітивні прояви пов’язані з негативними автоматичними думками та песимістичними установками щодо власних можливостей, емоційні — з пригніченим настроєм, ангедонією та тривожністю, поведінкові — зі зниженням активності та уникненням

складних життєвих ситуацій, соціальні — зі звуженням міжособистісних контактів, а особистісно-смислові — з труднощами переосмислення життєвих цілей, ролей та власної ідентичності. Емпіричне дослідження структури депресивної симптоматики дозволило додатково виокремити когнітивно-афективний, соматичний, мотиваційно-поведінковий та емоційно-експресивний фактори, що підтверджує необхідність комплексного підходу до діагностики та корекції.

4. Виявлено високу поширеність депресивної симптоматики серед осіб із набутою втратою зору: помірні та виражені депресивні прояви за BDI-II встановлено у 56,5 % досліджуваних, а клінічно виражені тривожні прояви за HADS-A — у 37,1 %. Встановлено, що вираженість депресивних проявів пов’язана з комплексом соціально-демографічних, особистісних та психологічних чинників. Важливе протективне значення мають сприйнята соціальна підтримка та використання адаптивних копінг-стратегій, тоді як уникаючі способи опанування труднощів, недостатність підтримки та окремі несприятливі життєві обставини пов’язані з більш вираженою депресивною симптоматикою. Найвищі показники депресивних проявів спостерігалися в період 6–12 місяців після втрати зору, що підкреслює важливість своєчасного виявлення психологічних труднощів та раннього надання допомоги..

5. На основі теоретичного аналізу та отриманих емпіричних результатів розроблено й обґрунтовано модель комплексного супроводу осіб із депресивними станами при набутій втраті зору. Модель включає п’ять взаємопов’язаних компонентів — діагностичний, корекційно-реабілітаційний, освітньо-інформаційний, соціально-підтримувальний та інтеграційний — і передбачає етапність, індивідуалізацію та міждисциплінарність допомоги. Її зміст орієнтований на поєднання діагностики психоемоційного стану, корекційної роботи, психоедукації, активізації соціальних ресурсів та узгодження психологічної допомоги з медичними, соціальними і реабілітаційними заходами.

6. Розроблено авторську програму корекційного втручання «Шлях до відновлення при втраті зору», спрямовану на зменшення депресивних і тривожних проявів, розвиток адаптивних способів опанування труднощів, посилення соціальної підтримки та сприяння психологічній адаптації до набутої втрати зору. Програма передбачає 20 індивідуальних корекційних занять, об'єднаних у чотири послідовні модулі: стабілізація та мотивація; когнітивна реструктуризація; поведінкова активація та соціальна інтеграція; профілактика повторного посилення депресивних проявів і планування майбутнього. Зміст програми поєднує когнітивно-поведінковий підхід, поведінкову активацію, елементи терапії прийняття і зобов'язань, психоедукацію та методи розвитку навичок саморегуляції з урахуванням особливостей осіб із порушеннями зору.

7. Проведено апробацію авторської корекційної програми із залученням 32 осіб із помірними або вираженими депресивними проявами. Повний курс із 20 корекційних занять завершили 14 учасників, тоді як 18 осіб припинили участь на різних етапах; повторне психодіагностичне обстеження було проведено для всіх 32 учасників через 20–23 тижні. Позитивна динаміка спостерігалася в обох підгрупах, однак серед осіб, які завершили повний курс програми, вона була більш вираженою за показниками депресивної та тривожної симптоматики, сприйнятої соціальної підтримки та низки копінг-стратегій. Отримані результати свідчать на користь практичної доцільності застосування розробленої програми в системі психологічної корекції та комплексного супроводу осіб із набутою втратою зору.

8. За результатами проведеного дослідження розроблено та систематизовано рекомендації щодо профілактики депресивних станів, психологічної допомоги та комплексного супроводу осіб із набутою втратою зору в реабілітаційному процесі. Запропоновані рекомендації охоплюють первинний, вторинний і третинний рівні профілактики, раннє виявлення депресивних проявів, своєчасне психологічне втручання,

підтримку адаптаційних ресурсів та соціальної інтеграції, а також міждисциплінарну взаємодію фахівців. Розроблені положення можуть бути використані в діяльності реабілітаційних центрів, психологічних служб закладів охорони здоров’я, соціальних служб та інших установ, що працюють з особами із порушеннями зору.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абдряхімов Р. Оцінка якості життя комбатантів із клінічними проявами посттравматичного синдрому й частковою втратою зору внаслідок бойової травми. *Медицина сьогодні і завтра*. 2019. № 2 (83). С. 33–42.

2. Абдряхімов Р.А. Особливості фрустраційного реагування у учасників бойових дій з клінічними проявами посттравматичного синдрому та частковою втратою зору. *Психіатрія, неврологія, медична психологія.* 2018. №10. С.54-61.

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

4. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: зб. наук. праць. К. : Ун–т «Україна», 2015. № 12(14). 241 с.

5. Андросович К.А. Феномен соціальної адаптації як предмет наукового аналізу. *Освіта та розвиток обдарованої особистості*. 2016. №3. С. 34–45.

6. Артеменко А., Батаєва, К. Мілітарна ідентичність та соціальна адаптація ветеранів АТО/ООС: монографія. Харків: Видавництво ХГУ «НУА», 2022. 192 с.

7. Ассонов Д., Хаустова О. Розвиток концепції резилієнсу в науковій літературі протягом останніх років. *Psychosom. Med. Gen. Pract.* 2019. 4(4). e0404219.

8. Бацилєва О. В., Потаєва К. С. Поняття та особливості вибору копінг-стратегій: теоретичний аспект. *Матеріали наук. конф., м. Вінниця, 2017-2018 р. Вінниця*. 2019. С.167–169.

9. Бедлінський В. О. Депресивна симптоматика: особливості перебігу залежно від віку пацієнта. *Психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2018. №3 (100). С. 22–24.

10. Берегова Н., Колба В. Життєва криза як психологічний феномен. *Theoretical approaches of Fun-damental Sciences. Theory, Practice and prospects. The XI International Science Conference*, April 26–28, 2021. Geneva, Switzerland. P. 211–213.

11. Білокінь О.І. Актуальні напрямки розвитку побутової реабілітації осіб із зоровими порушеннями. *Український журнал реабілітаційної медицини*. 2020. № 1. С. 15–24

12. Борисенко Л., Корват Л. Психологічні особливості депресивних станів осіб в умовах воєнного стану в Україні. *Перспективи та інновації науки*. 2022. С. 65-67.

13. Бортнікова О. Г. Особливості вияву депресивних станів у різних вікових груп. *Соціально-правові студії*. 2021. С. 163–172.

14. Бочелюк В. Й., Тихомирова Г.В. Особливості розвитку людини з порушеннями зору. Психологія людини з обмеженими можливостями. К.: Центр учб. літ., 2016. С. 92−95.

15. Бочелюк В. Й., Турубарова А. В. Психологія людини з обмеженими можливостями. Київ: «Центр учбової літератури», 2011. 264 с.

16. Вітяж Т. О. Психологічна адаптація осіб з інвалідністю: особливості та перспективи. *Український психологічний журнал*. 6(21). 2019. С. 48-53.

17. Гаврилова М.Л. Цифрові технології у зоровій реабілітації: сучасний стан та перспективи. *Журнал медичних технологій*. 2018. №12. С. 65–74.

18. Гайда І.М. Особливості структури та перебіг сучасної бойової травми у військовослужбовців Збройних Сил України. *Патологія.* 2018. Т.15. №1 942). С.73-76.

19. Гайдук В. М., Пилипенко О. В. Психофізіологічні особливості адаптації військовослужбовців різного віку. *Збірник наукових праць*. 1(66). Харків: ХНУПС, 2021. С.112–117.

20. Гаркуша І., Дубінський С. Про проблеми життєвої кризи особистості. *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Серія «Педагогіка та психологія». Дніпро*. Вип. 1 (23). 2022. С. 49–58.

21. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів: Видавництво Старого Лева. 2015. 416 с.

22. Глоба О. П. Соціальна інтеграція осіб з обмеженими функціональними можливостями: теоретико-практичні підходи. Наук. часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2011. Вип. 17. С. 43−46.

23. Гошовський Я. О. Психологія депривації. Луцьк: ПП Іванюк, 2021. 195 с.

24. Гребенюк Т. Реабілітація людей з порушеннями зору: аналіз ситуації. *Матеріали Міжнародного проєкту «Підтримка реабілітації людей з інвалідністю, які отримали травми внаслідок війни»*. 2023. 56 с. URL: https://www.undp.org/uk/ ukraine/publications/reabilitatsiya-lyudey-z-porushennyamy-zoru-analiz-sytuatsiyi.

25. Гребенюк Т.М. Вивчення особливостей соціально-психологічної адаптації інвалідів по зору до навчання у ВУЗах. *Соціально-психологічні проблеми тифлопедагогіки. Збірник наукових праць.* Київ: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2004. Випуск 3. С. 52-63.

26. Грицак Є.Я., Горбаль М.С. Зміни у системі офтальмологічної допомоги: європейський досвід і українські перспективи. *Здоров'я України*. 2018. 10. С. 42–45.

27. Грішин Е. Складна життєва ситуація як передумова формування резильєнтності особистості. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Серія «Психологія».* 2022. Вип. 65. С. 25–41.

28. Гуляєва О. В. Чинники психологічного благополуччя у студентів з обмеженними можливостями здоров'я: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології». Харків, 2018. С. 18.

29. Давидова О.В. Особливості процесу адаптації у осіб із порушенням зору до життя в умовах війни. *Вісник післядипломної освіти. Серія*

«Соціальні та поведінкові науки»; Серія «Управління та адміністрування». 2024. Вип. 27(56). С.30-42.

30. Дем'яненко Б.Л., Дем'яненко В.М. Соціально-стресові розлади у контексті національної безпеки України. Домбровська Я.М.; Бр. ДУ, 2020.

31. Долішня Н.І., Кечур Р., Мироненко О.І. Психодинамічне розуміння депресивних розладів. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихологія*. 2008. 3-1. С.77–81.

32. Дроздова І. В., Щудро С. А., Храмцова В. В., Гончар Ю. О. Поширеність хвороб і первинна інвалідність осіб молодого віку в Україні. *Український вісник медико-соціальної експертизи.* 2017. (3-4). С.29–34.

33. Дутка Т. М. Проблема соціально–психологічної адаптації. URL: https://www.inforum.in.ua/conferences/16/29/196

34. Єрмакова Н. О. Копінг-поведінка як особистісний ресурс у кризових ситуаціях життя. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика: монографія за ред. С.Д. Максименка, С.Б. Кузікової, В.Л. Зливкова. Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2017. 540 с.

35. Єрьоменко В. М. Формування психологічної стійкості осіб з інвалідністю в умовах соціальної адаптації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Психологічні науки*. 27(2). 2018. С. 84-89.

36. Журов В. В. Розвиток просторової перцепції у осліплих осіб зрілого віку: дис. ...канд. психолог. наук: 19.00.08. К., 2001. 206 с.

37. Захарова О. М. Педагогічні технології в реабілітаційній роботі з незрячими людьми. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Серія: Педагогіка і психологія*. 2020. № 8. С. 56–62.

38. Зінченко А. В. Психологічна характеристика адаптації у контексті різних наукових підходів. URL: www.irbis–nbuv.gov.ua › irbis_nbuv › cgiirbis_64

39. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219с.

40. Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика. *Науковий вісник Миколаївського національного університету ім. В.О. Сухомлинського. Психологічні науки*. 2016. 1(16). С.77– 82.

41. Каландія Г. & Родченко Л. (2024). Психологічні особливості прояву та динаміки перебігу депресивних станів особистості. *Наукові праці міжрегіональної академії управління персоналом. Психологія*, 1(62). С. 5-9.

42. Каландія Г. Механізми формування депресивних станів у дорослих осіб з набутою втратою зору. *Інклюзія і суспільство*. Кам'янець-Подільський: Навчально-реабілітаційний заклад вищої освіти «Кам'янець-Подільський державний інститут», 2025. № 3. 2025. С. 52-59.

43. Каландія Г. Психологічні особливості переживання та подолання втрати зору в дорослому віці. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : збірник наукових праць.* М-во освіти і науки України, Укр. держ. ун-т імені Михайла Драгоманова. Київ : Вид-во УДУ імені Михайла Драгоманова, 2024. Вип. 47. С. 103-108.

44. Каландія, Г. Теоретико-методичне обґрунтування програми корекції депресивних станів у дорослих осіб із набутою втратою зору. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 122, 2 (Трав 2026), 116-135.

45. Карамушка Л. М., Снігур Ю.С. Копінг-стратегії: сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоров'я особистості та організації. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць* / за ред. С. Д. Максименка. Київ: Логос, 2020. Т. 1. Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. Вип. 55. С. 23-30.

46. Карачинський О. А., Гальцова С. В., Ляска О. П., ПТСР у військовослужбовців: особливості клінічної картини та підходи до лікування. *Перспективи та інновації науки*. 2024. № 2. Вип. 36. С. 624–638.

47. Климчук В.О. Психологія посттравматичного зростання: монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.

48. Клінічні рекомендації з надання медичної допомоги пацієнтам з неврологічними, психічними та поведінковими розладами / за ред. Волошина П. В., Лінського І. В., Марути Н. О., Волошиної Н. П., Міщенка В. М., Дубенка А. Є. Харків : Видавець Строков Д. В., 2021. 376 с.

49. Клопота Є. А. Вплив сім'ї на процес інтеграції особистості з вадами зору. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами : зб. наук. пр. / Відкрит. міжнар. ун-т розвитку людини «Україна»*. К., 2014. № 11 (13). С. 166−177.

50. Клопота Є. А. Особливості психологічного супроводу людей з вадами зору в умовах інклюзивного простору. *Актуальні проблеми педагогіки, психології та професійної освіти.* № 1. 2019. С. 92-98.

51. Клопота Є. А. Психологічні основи інтеграції в суспільство осіб з вадами зору: монографія. Запоріжжя: ЗНУ, 2014. 408 с

52. Клопота Є.А. Особливості процесу інтеграції в суспільство осіб з глибокими порушеннями зору. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами.* 2015. № 12 (14). С 142-155.

53. Кобець О. Психотерапія посттравматичного стресового розладу у зарубіжних дослідженнях на шляху до каністерапії. *Вісник Національного університету оборони України.* 2024. 77(1). С.53–61.

54. Ковальчук Л.Я. Стан підготовки фахівців з реабілітації порушень зору в Україні. *Медична освіта та держава.* 2021. № 4. С. 112–119.

55. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Олійник В. О. Теоретичні основи посттравматичного зростання військовослужбовців – учасників бойових дій. ТОВ "7БЦ". 2023.

56. Колупаєва А.А., Таранченко А.А. Інклюзивна освіта: від основ до практики: монографія. К. : ТОВ «АТОПОЛ», 2016. 152 с.

57. Кононова М. М., Слюняєва Н. А. Проблема депривації і самодепривації контексті функціональних взаємозв'язків «Я» суб'єкта з його психологічними захистами. *Психологія і особистість*. 2016. № 2. С. 166–174.

58. Коробкова Ю., Тонкопей Ю. Корекція супровідних вегетативних станів слабозорих осіб засобами фізичної терапії та ерготерапії. *Український журнал медицини, біології та спорту.* 2020. Т.5, 2 (24). С. 139–146.

59. Костенко Т.М, Перепеченко О.М. Психологічна реабілітація осіб з глибокими порушеннями зору In: Сучасний світ і незрячі: *Матеріали VIII Міжнародної науково-практичної конференції (19-21.09.2018 р).* ПП Іванюк В. П., м. Луцьк, Україна, 2018. С. 43-45.

60. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини. За ред. І. Я. Коцана. Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. 2011. 430 с.

61. Коць Є. М. Психологічні особливості когнітивно-поведінкових стратегій осіб із соціальною тривожністю. Луцьк, 2018. 213 с.

62. Красницька О. Депривація військовослужбовців, які виконують завдання у відриві від основних сил, та в умовах полону. *Вісник НУОУ*. №2(66). Київ, 2022. 5С.0–63.

63. Краченко К. О., Тімченко О. В., Широбоков Ю. М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції: монографія. Харків, 2017. 256 с.

64. Крук І., Григус І. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Rehabilitation and Recreation*. 2023. №15. С. 50–56.

65. Кузікова С., Зливков В., Лукомська С., Щербак Т., Котух О.К. Психологічний супровід особистості в умовах війни. Київ.- Ніжин, Видавець ПП Лисенко М.М., 2024. 260 с.

66. Мазур Є., Короп О. Методологічні аспекти дослідження організації, якості та ефективності спеціалізованої медичної допомоги хворим з травматичними ушкодженнями ока. *Україна. Здоров'я нації*. 2025. (2). С.111–119.

67. Максименко С.Д., Гришко О.Д. Психічний супровід і психічне здоров'я. Том. 2. Київ: Видавництво Людмила, 2024. 468 с.

68. Маньківська І. Особливості організації зорової реабілітації в умовах військових дій. *Журнал педіатричної офтальмології*. 2020. № 2. С. 45–53.

69. Маркова М.В., Марков А.Р. Медико-психологічні детермінанти інформаційно-психологічної безпеки цивільного населення: монографія. Харків, «Друкарня Мадрид», 2019. 248 с.

70. Мартинова Л. МКХ-11: оновлений погляд на типологію хвороб. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихологія*. 2022. 1(132). С.5-6.

71. Марута Н.О., Маркова М.В. Інформаційно-психологічна війна як новий виклик сучасності: стан проблеми та напрямки її подолання. *Укр. вісн.психоневрол*. 2015. 23. Вип. 3(84). С. 21–28.

72. Мельник Ю. Б., Стаднік А. В. Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки: метод. посіб. (укр. версія). Харків: ХОГОКЗ. 2023. 12 с.

73. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н. Посттравматичні стресові розлади. Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Х. : ХМАПО, 2014. 223 с.

74. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій. Миколаїв: Іліон, 2018. 298 с.

75. Мозгова Г., Поліщук С., Якимчук О. Особливості психодіагностики та психотерапії відхилень у психічному розвитку особистості. *Наука і освіта*. 2025. № 1. С. 13–22. DOI 10.24195/2414-4665-2025-1-2.

76. Мудрий Я.С. Соціальна реабілітація осіб з порушенням зору. *Modern engineering and innovative technologies*. 2020. Вип.10. С.47-50.

77. Никоненко Ю.П. Клінічна психологія. Київ: ТОВ «КНТ», 2016. 369 с.

78. Оксютович М., Мельничук Д. Конструктивні стратегії поведінки особистості у психогенних кризових ситуаціях. *Вчені записки Університету «КРОК».* Вип. 1 (69). Київ, 2023. С. 253–260.

79. Орос М. М., Сіткар А. Порівняльний аналіз поширеності депресії серед відносно здорових та хворих людей. *Здоров'я України*. 2016. № 3 (38). С. 50–52.

80. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. / Гридковець Л. та ін. ; за заг. ред. Л. Гридковець. Том 3. Київ, 2018. 236 с.

81. Осадча Т. М. Комплексний супровід дітей дошкільного віку з порушенням голосової функції органічного генезу : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03. Київ, 2015. 222 с.

82. Папуча М. В. Проблеми психології переживання: монографія. Ніжин: НДУ імені Миколи Гоголя, 2019. 191 с.

83. Пасічняк Н. І., Матейко Н. М. Психологічні особливості депресивних розладів. *Актуальні проблеми сучасної психології.* Лютий 2017. С. 27–31.

84. Попова О. Вікові особливості соціальної адаптації людей з порушеннями зору. *Соціальна робота та соціальна освіта*. 2022. 2 (9). С. 136–142.

85. Попович А. М. Соціальні бар'єри та соціальна реабілітація. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія : Педагогіка. Соціальна робота.* 2017. Випуск 1 (40). С. 227–229.

86. Похлєстова, О. Ю. Копінг як функція стресостійкості особистості. *Актуальні проблеми психології в закладах освіти*. 2019. Т. 9. № 9. С.291–299.

87. Психодіагностика та психокорекція міжособистісних та внутрішньоособистісних конфліктів: підручник / за заг. ред.

С.Д.Максименка, В.Є. Луньова. К.: Інститут психології ім. Г.С. Костюка НАП України. Monreal: Accent Graphics Communications. 2015. С. 280-294.

88. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій. / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. Г. Царенко ; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : Логос, 2015. 207 с.

89. Психологія здоров'я людини. / І.В. Толкунова, О.Р. Гринь, І.І. Смоляр, О.В. Голець; за ред.. І.В. Толкунової. Київ, 2018. 156 с.

90. Пфайфер С. Депресія. Хвороба сучасності. Наук. ред. В. Бабич ; пер. з нім. О. Кушнікова. Львів: Свічадо, 2017. 87 с.

91. Руденко Л., Родченко Л., Друзь О., Семенець-Орлова І., Вельган О. Розвиток емоційної стійкості особистості для подолання наслідків військової травми. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія*. 2023. Вип. 5 (61). С. 18–24. DOI 10.32689/maup.psych.2023.5.3.

92. Руденко Л. М., Круглик О. П., Маркусь І. С. Розробка технологій та впровадження реабілітаційних послуг військовослужбовцям, ветеранам з функціональними порушеннями. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 19. Спеціальна освіта та психологія*. 2024. Вип. 46. С. 47–53. DOI 10.31392/UDU-nc.series19.2024.46.07

93. Руденко Л.І., Соловйова І.С. Сучасні підходи до зорової реабілітації в Україні. *Офтальмологічний журнал*. 2019. 1. С.12–18.

94. Савицький В. Л. Коморбідні тривожні та депресивні розлади у військовослужбовців у загальномедичній практиці. *Проблеми військової охорони здоров'я.* 2017. №. 47. С. 242-248.

95. Сасіна І. О., Гребенюк Т. М., Медведок Л. Г. Ключові положення міжнародної політики щодо реабілітації осіб з обмеженнями повсякденного функціонування. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : збірник наукових праць.* К., 2023. Вип. 44. С. 73-82.

96. Сасіна І. О., Паламар О. М., Гребенюк Т. М., Купріянова Т. О., Медведок Л.Г. Удосконалення системи соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців, які отримали порушення зору внаслідок бойових дій. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 5 : Педагогічні науки: реалії та перспективи: зб. наук. праць.* Київ, 2022. Вип. 88. С. 177-181.

97. Сасіна І., Гребенюк Т. Формування життєвої компетентності осіб з порушеннями зору в процесі соціальної реабілітації. *Формування життєвої компетентності осіб з особливими освітніми потребами в системі позашкільної, спеціальної та інклюзивної освіти :* збірник наукових праць за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції. Харків, 2023. С. 210–213.

98. Сасіна І.О., Гребенюк Т.М., Свєт Є.О., Костенко Т.М., Лукасевич І.І. Основи реабілітації людей з порушеннями зору. Київ, 2024. 115 с.

99. Сафін О. Д. Основні підходи до функціонування системи психологічної реабілітації та реадаптації учасників антитерористичної операції. *Наука і оборона*. 2016. №1. С. 24–30.

100. Свєт Є. О. Супровід людей із порушеннями зору. Київ, 2023. 144 с.

101. Сердюк Л. З. Психологічні особливості студентів з інвалідністю. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб.наук. праць.* № 11 (13). К.:Університет «Україна», 2014. С. 238-251.

102. Синьова Є. П, Федоренко С. В. Тифлопсихологія. К.: Нац. пед. ун-т ім. М. П.Драгоманова, 2018. 325 с.

103. Синьова Є. П. Особливості розвитку і виховання особистості при глибоких порушеннях зору: монографія. К. : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2012. 441 с.

104. Смирнова Т. М., Осьдло В. І., Чижевський С. О. Подолання наслідків бойового стресу у військовослужбовців –учасників бойових дій шляхом психосоціального відновлення. *Вісник Національного університету оборони України.* Київ: НУОУ. 2023. 6 (76). С.168–177.

105. Сотнікова К. К., Федорова О. В. Проблема психосоціальної адаптації людей з вадами зору в сучасній Україні. *Теоретичні і прикладні проблеми психології.* 2019. № 2. С. 311–320.

106. Спеціальна педагогіка. Понятійно-термінологічний словник. За ред. Бондаря В.І. Луганськ, 2003.

107. Титаренко Т.М. Життєва криза і психологічне здоров'я особистості. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика: монографія за ред. С.Д. Максименка, С.Б. Кузікової, В.Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2017. 540 с.

108. Титаренко Т.М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації. Кропивницький, Україна : Імекс-ЛТД, 2018.

109. Тімакова Ю. В. Вплив втрати зору в дорослому віці на самосвідомість особистості : автореферат дис. … канд. психол.наук : 19.00.08. Київ, 2010. 20 с.

110. Тімченко О. В. Синдром посттравматичних, стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування: монографія. Х.: Вид-во Університету внутрішніх справ. 2000. 268 с.

111. Ткачишина О.Р. Особливості соціально-психологічної адаптації особистості в умовах кризових ситуацій. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія.* Т. 32(71). №3. Видавничий дім «Гельветика», 2021. С. 93–98

112. Ткачук І. М. Поширеність тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції. *Вісник наукових досліджень*. 2018. № 1. С. 64-66.

113. Толкунова І.В., Гринь О.Р., Смоляр І.І., Голець О.В. Психологія здоров'я людини. Київ: 2018. 156 с.

114. Тонкопей Ю. Л., Скиба О. О. Фізіологічна оцінка супутніх змін гемодинаміки у осіб з порушеннями зору на початку програми фізичної терапії у санаторно-курортних умовах. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2021. 2 (30). С. 2014–2010.

115. Ульянов К. Броньований розум. Бойовий стрес та психологія екстремальних ситуацій. Київ : ПП «КП» УкрСІЧ», 2020. 304 с.

116. Усенко К. Т. Депресивні стани особистості та особливості їх проявів в період після річниці війни в Україні. *Інноваційні проєкти для післявоєнного відновлення та розвитку України: збірник доповідей Ювілейної 90-ї щорічної студентської наукової конференції (17 квітня — 20 травня 2023 р., м. Київ)*. Київ, КНЕУ, 2023. С. 27–29.

117. Федоренко С., Федоренко М. Методика дослідження соціальних навичок у дорослих осіб із порушенням зору. *Наукові записки Бердянського державного педагогічного університету. Серія «Педагогічні науки»*. 2026. Вип. 3. С. 134–141.

118. Федоренко С., Синьов В., Синьова Є. Теоретико-методологічні основи процесу виховання дітей з порушеннями зору. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. 2025. Вип. 25. С. 7–23.

119. Фещенко Н.М., Борисова О.С. Міждисциплінарний підхід у системі реабілітації пацієнтів із сенсорними порушеннями. *Український медичний часопис.* 2022. №4. С. 61–66.

120. Франкова І., Чабан О., Бурлака О. Гендерні особливості стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців в умовах війни в Україні. *Psychosomatic Medicine and General Practic*e. 2019. 4(3): e0403–04214.

121. Фурман А. В. Психодіагностика особистісної адаптованості: Наукове видання. Тернопіль: Економічна думка, 2000. 197 с.

122. Харитонова Н. Посттравматичне зростання, як основа психологічного супроводу ветеранів російсько-української війни: огляд досліджень. *Psychology Travelogs*. 2021. (1). С. 167–189.

123. Хаустова О.О. Психосоціальна реабілітація: проблеми і шляхи вирішення. *Архів психіатрії*. 2015. 21(2). С.36–42.

124. Хміляр О. Ф. Символічна регуляція ціннісно-орієнтаційної сфери особистості. *Вісник Національного університету оборони України: зб. наук. пр.* 2015. Випуск №1 (44). С. 246–253.

125. Цимбалюк В.І. Охорона ментального здоров'я та медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни: теорія і практика: монографія. ВСВ «Медицина», 2021. 256 с.

126. Цимбалюк І. С. Психологічні аспекти самореалізації осіб з інвалідністю. *Вісник практичної психології та соціальної роботи*. 2018. 2(21). С.112-118.

127. Чабан О. С., Абдряхімова Ц. Б., Хаустова О. О., Клебан К. І., Прохорова О. В., Москаленко–Моспаненко О.В. Особливості підтримання психічного здоров'я пацієнтів із порушенням зору травматичного або іншого генезу. *Медична психологія*. 2016. Т. 11. № 1. С. 16–26.

128. Чабан О.С., Хаустова О.О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги. *Український медичний часопис*. 2022. 4 (150).

129. Чеботарьова О., Білецька Н. Психокорекційні технології як інструмент оптимізації психічного розвитку, самовираження та соціалізації дітей з особливими освітніми потребами. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2025. № 4 (120). С. 223–235. DOI 10.33189/ectu.v120i4.298.

130. Чеботарьова О. Дошкільна освіта дітей з особливими освітніми потребами: навчально-методичне забезпечення. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2024. Вип. 25. Ч. 2. С. 284–300.

131. Черезова І.О. Психологія життєвих криз особистості: навчальний посібник. Для студентів вищих навчальних закладів. Бердянськ, БДПУ, 2016. 193 с.

132. Чистяков С. А. Соціально–психологічні особливості адаптації молодих офіцерів прикордонників. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2013_3_42

133. Чорна В.В., Серебреннікова О.А., Коломієць В.В. та ін. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. 2023. *Молодий вчений*. 12 (124). С.28-39.

134. Швалб Ю. М. Психологічна структура складних життєвих обставин. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : монографія / за ред. С.Д. Максименка, С.Б. Кузікової, В.Л.Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2017. 540 с.

135. Швець А.В., Калниш В.В., Марущенко К.Ю. Особливості характеристик дезадаптації у військовослужбовців після перебування в зоні збройного конфлікту. *Український часопис військової медицини.* Київ: 2023. 38–48 с.

136. Шевченко Н. Ф. Індивідуальне психологічне консультування : навч. посіб / за ред. Н. Шевченко. Запоріжжя : ЗНУ. 2018. 224 с.

137. Шульженко Д. І., Позднякова О. Л. Світовий досвід інклюзивної форми освіти. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 19. Спеціальна освіта та психологія*. 2025. Вип. 49. С. 89–100. DOI 10.31392/UDU-nc.series19.2025.49.15.

138. Шульженко Д. І., Возчикова Н. В. Теоретико-практичні аспекти формування передкомунікативних та базових комунікативних вмінь і навичок у дітей раннього віку з ускладненнями розвитку. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 19. Спеціальна освіта та психологія*. 2025. Вип. 48. С. 222–230. DOI 10.31392/UDU-nc.series19.2025.48.33. sj.udu.edu.ua

139. Яблонська Т.М. Трансформації ідентичності особистості вракурсі онтогенезу і травматичних життєвих подій. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика: монографія за ред. С.Д. Максименка, С.Б. Кузікової, В.Л. Зливкова. Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка. 2017. 540 с. С. 139–162.

140. Яковенко О. В., Коваленко І. С. Соціально-психологічні аспекти реабілітації людей з інвалідністю. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»*. 2021. № 6. С. 22–29.

141. Abramson L.Y., Seligman M.E., Teasdale J.D. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*. 1978. Vol. 87. №1. 49-74.

142. Achalia RM, Jacob A, Achalia G, Sable A, Venkatasubramanian G, Rao NP. Investigating spontaneous brain activity in bipolar disorder: A rest-ing-state functional magnetic resonance imaging study. *Indian J Psychiatry.* 2019. 61(6). P. 630-4.

143. Ali A.M., Hori H., Kim Y., Kunugi H. Predictors of nutritional status, depression, Internet addiction, Facebook addiction, and tobacco smoking among women with eating disorders in Spain. *Frontiers in Psychiatry*. 2021. 12. P.735109.

144. Beck A. T. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of general psychiatry*. 1961. Т.4. №6. 561-571 с.

145. Beck A.T., Alford B.A. Depression: Causes and Treatment (2nd Edition). Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 2009. 405 p.

146. Beck A.T., Bredemeier K. A unified model of depression. *Clinical Psychological Science*. 2016. 4(4). 596-619.

147. Beck A.T., et al. Beck's cognitive model of depression: Evolution, modern evidence and critical appraisal. *Scientific Research Publishing*. 2025. Vol.1. 12-25.

148. Bennett C. R., Bauer C. M., Bailin E. S., Merabet L. B. Neuroplasticity in cerebral visual impairment (CVI): Assessing functional vision and the neurophysiological correlates of dorsal stream dysfunction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2019. 108. ҐР.171-181.

149. Beroš, K., Brajković, L., Kopilaš, V. Psychological resilience and depression in women with anorexia nervosa. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*. 2021. 9(1).

150. Blind veterans UK. National Eye Health Week: HCAs caring for vision-impaired people. *British Journal of Healthcare Assistants*, 2017. 11 (9). P. 466-466.

151. Boujut E., Gana K. Relationship between depressive mood and eating disorders in a non-clinical young female sample: a one-year longitudinal analysis of cross-lagged and simultaneous effects, eating behaviors. *Eating Behaviors.* 2014. 15(3). P. 434-440.

152. Bourne R. R. A., Steinmetz J. D., Flaxman S., Briant P. S., Taylor H. R., Resnikoff S. et al. Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. Trends in prevalence of blindness and distance and near vision impairment over 30 years: an analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet Global Health*. 2021. 9(2). e130-e143.

153. Braakman J., Sterkenburg P. S. Needed adaptations in psychological treatments for people with vision impairment: A Delphi study, including clients, relatives, and professionals. *Frontiers in Psychology*. 2023. 14. 1028084.

154. Choi H.G., Lee M.J., and Lee S.M. Visual impairment and risk of depression: A longitudinal follow-up study using a national sample cohort. *Scientific Reports*. 2018. 8. 2083.

155. Davis C., Lovie-Kitchin J., ThompsonB. Psychosocial adjustment following acquired vision loss. *British Journal of Visual Impairment*. 2003. 21(3). P. 106-113.

156. Demmin D. L., Silverstein S. M. Visual impairment and mental health: Unmet needs and treatment options. *Clinical Ophthalmology*. 2020. 14. P. 4229-4251.

157. Doherty G. J., Scheid T. L. The dimensions of psychological readiness for rehabilitation in people with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*. 2007. 101(2). P.78-90.

158. Engel G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286). 1977. P. 129-136.

159. Ergüney Okumuş F.E., Sertel Berk H.Ö., Yücel B. Body image, depression and eating behaviour: a comparative study in eating disordered women and healthy controls. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2019. 29(4), P. 774-780.

160. Ernst M., Werner A.M., Tibubos A.N., Beutel M.E., Zwaan M., Brähler E. Gender-dependent associations of anxiety and depression symptoms with eating disorder psychopathology in a representative population sample. *Frontiers in Psychiatry*. 2021. 26(12). P.645654.

161. Fried E.I., Epskamp S., Nesse R.M., Tuerlinckx F., Borsboom D. What are ‘good’ depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis. *J Affect Disord.* 2016.189. P.314-20.

162. Frontiers Psychology. Needed adaptations in psychological treatments for people with vision impairment: A Delphi study. *Frontiers in Psychology*. 2025. 14. 1028084.

163. Garcia G.A., Khoshnevis M., Gale J., et al. Profound vision loss impairs psychological well-being in young and middle-aged individuals. *Clin Ophthalmol. 2017.* 11. 417-427.

164. Horowitz A., Reinhardt J. P., Boerner K. The effect of rehabilitation on depression among visually disabled older adults. *Aging & Mental Health*. 2005. 9(6). P.563-570.

165. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2022. URL: https://icd.who.int/browse11/l-m/en

166. Jackson A.J., et al. Association of perceiveddiscrimination with emotional well-being in olderadults with visual impairment. *JAMAophthalmology*. 2019. 137(7)/ 825-832.

167. Keshishian A.C., Tabri N., Becker K.R. et al. Comorbid depression and substance useprospectively predict eating disorderpersistence among women with anorexianervosa and bulimia nervosa. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*. 2021. 31(4). P. 309-315.

168. Kremyar A. J., Wygant D. B. Measuring internalizing psychopathology using the MMPI-3: An examination of convergent, discriminant, and incremental validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment.* 2023. Vol. 45. № 3. P. 671–690.

169. Krithika Anil, Gulcan Garip. Coping strategies, vision-related quality of life, and emotional health in managing retinitis pigmentosa. *BMC Ophthalmology*. 2018. 18 (1), 21.

170. Kryukova T. L., Cuftack E. V. The Questionnaire of Coping Ways (adaptation techniques WCQ). *Journal of the Practical Psychologist*. 2007. №. 3. C.93-112.

171. Kübler-Ross E. On death and dying. New York: Routledge. 1973.

172. Major depressive and anxiety disorders in visually impaired older adults / H.P.A. Van der Aa, H.C.Comijs, B.W.H.H.Penninx et al. *IOVS*. 2015. Vol.56. P. 849–854.

173. Martin J., Streit F., Treutlein J., Lang M., Frank J., Forstner A.J., et al. Expert and self-assessment of lifetime symptoms and diagnosis of major depressive disorder in large-scale genetic studies in the general population: comparison of a clinical interview and a self-administered checklist. *Psychiatr Genet.* 2017. 27(5). P.187-96.

174. Maruta N.A., Yavdak I.A. Neurotrophic Treatment of Depressions: Opportunities and Prospects. *International neurological journal*. 2014. № 4. P.66

175. Mason T.B., Lavender J.M., Wonderlich S.A., Crosby R.D., Joiner T.E., Mitchell J.E., Crow S.J. et al. The role of interpersonal personality traits and reassurance seeking in eating disorder symptoms and depressive symptoms among women with bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*. 2016. 68. P. 165-171.

176. NCOA. Supporting your mental health: How to cope with vision loss. National Council on Aging. 2024.

177. Nyman S.R., Gosney M.A., Victor C.R. Psychosocial impact of visual impairment in working-age adults. *The British Journal of Ophthalmology*. 2010. 94(11), 1427-1431.

178. Onnink M., Teunissen L.B., Verstraten P.F., van Nispen R.M., van der Aa HP. Experts' perspectives on the impact of visual impairment and comorbid mental disorders on functioning in essential life domains. *BMC Psychiatry*. 2024. 24 (1). P.209.

179. Pakhomova N. G., Okhrimenko I. M., Kul'bida S. V., Yanovska T. A., Stanetska H. M. Neuropsychological principles of cognitive and communicative activities diagnosis in adults with extrapyramidal system disorders. *Wiadomości Lekarskie,* VOLUME LXXIV, ISSUE 10 PART 1, OCTOBER 2021. 2494-2502.

180. Piotrowski Chris. The status of the Beck inventories (BDI, BAI) in psychology training and practice: A major shift in clinical acceptance. *Journal of Applied Biobehavioral Research*. 2017. 23.

181. Pypenko I. S., Stadnik A. V., Melnyk Yu. B., Mykhaylyshyn U. B. Theimpact of the war in Ukraine on the psychological well-being of students. *International Journal of Science Annals.* 2023. 6(2). P. 20–31.

182. Qadir S.A., Muhsin S.S. Association between Eating Disorders with Depression: A Descriptive Study. *Medico-legal Update*. 2020. 20(2). P. 597-601.

183. Rai H., Rohatgi J., Dhaliwal U. Coping strategy in persons with low vision or blindness – an exploratory study. *Indian Journal of Ophthalmology*. 2019. 67(5). 669-676.

184. Richardson C. G. The underutilization of mental health care services in the lives of people with blindness or visual impairment: A literature review on rehabilitation factors toward provision. *Clinical Ophthalmology*. 2024. 18. P.953-980.

185. Sahlin P., Nordström A., Lee D. A conceptual model for vision rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine.* 2020. 52(6). P. 332–340.

186. Seligman M.E. Learned helplessness: Theory of depression. *Positive Psychology. 2024.*

187. Seligman M.E.P., Sripada Ch. Railton P., Baumeister R.F. Homo Prospectus. New York: Oxford University Press. 2016. 400 p.

188. Senra H., Balaskas K., Mahmoodi N., Aslam T. Experience of anti-VEGF treatment and clinical levels of depression and anxiety in patients with wet age-related macular degeneration. *American Journal of Ophthalmology*. 2017. 177. P. 213-224.

189. Senra H., et al. Psychological impact of vision loss. *Mental Health Journal*. 2022. 6(3). 25-31.

190. Sharon A. M. Stevelink, Estelle M. Malcolm, Nicola T. Fear. Visual impairment, coping strategies and impact on daily life: A qualitative study among working-age UK ex-service personnel. *BMC Public Health*. 2015. 15. 1118.

191. Sjögren M., Støving R.K. Anorexia Nervosa: reduction in depression during inpatient treatment is closely related to reduction in eating disorder psychopathology. *Journal of Personalized Medicine*. 2022. 12. P. 682.

192. Stadnik A. V., Melnyk Yu. B., Mykhaylyshyn U. B., de Matos M. G. Peculiarities of the psychological well-being and social adaptation of young studentsand cadets in wartime conditions. *International Journal of Science Annals.* 2023. 6(1). P. 22–30.

193. Sturrock B.A., et al. The influence of coping on vision-related quality of life in patients with low vision. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*. 2015. 56(4). 2416-2422.

194. Swetlitz N. Depression's Problem With Men. *AMA J Ethics*. 2021. 23(7). E586-9.

195. Tshuma N., et al. Challenges and coping strategies of the visually impaired adults: A brief exploratory systematic literature review. *International Journal of Research*. 2022. Vol. 6. №2. 245-267.

196. Warren M. Evaluation and intervention for visual processing deficits in adult acquired brain injury. *Rehabilitation Research & Development Service*. 2016. 53(6). P. 693–704.

197. World Health Organization. *Blindness and visual impairment: Fact sheet*. WHO Media Centre. 2023. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment

198. World Health Organization. *World report on vision*. Geneva: World Health Organization. 2019. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570

199. Wright B. A. *Physical disability: A psychosocial approach* (2nd ed.). Harper & Row. 1983.

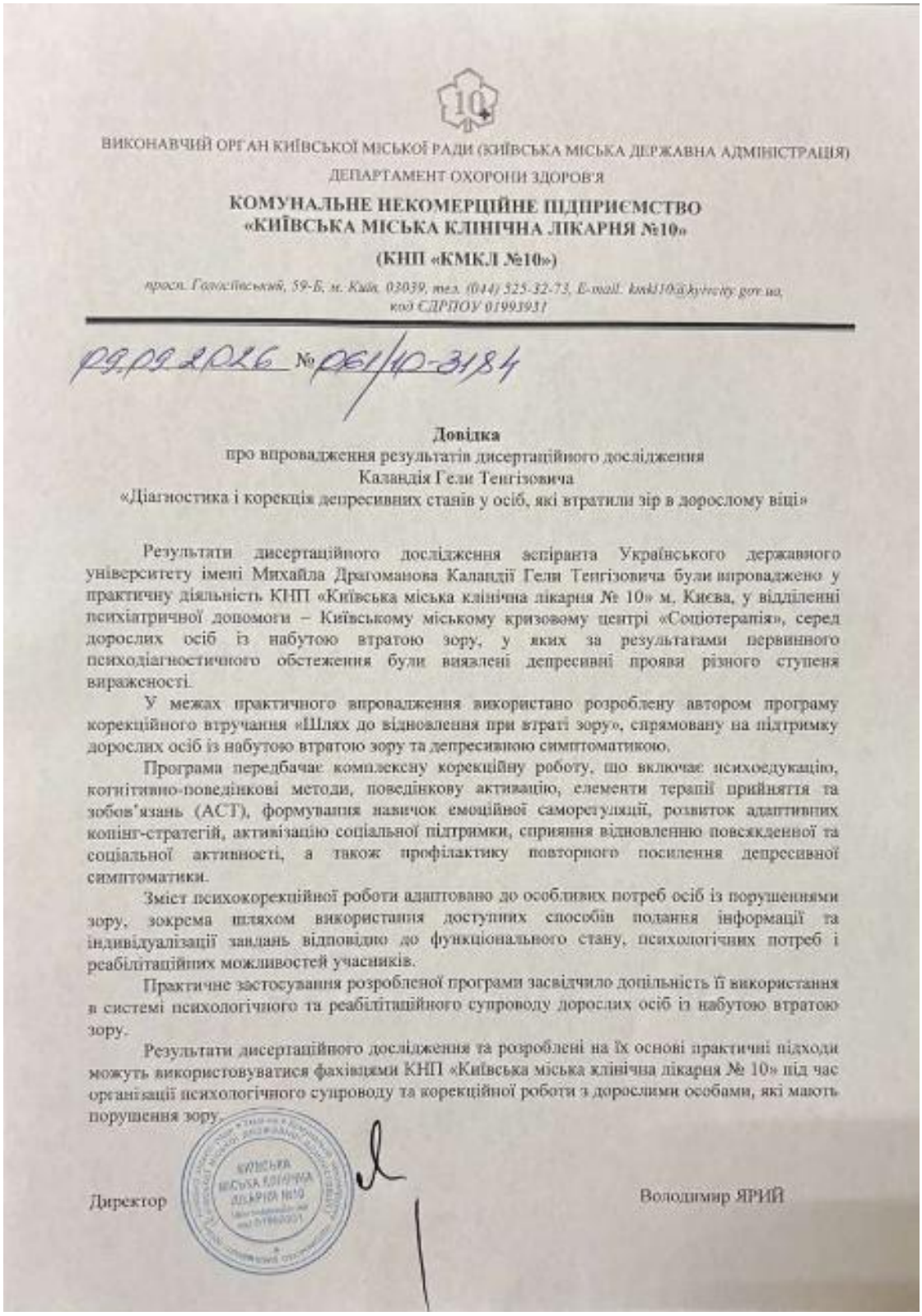
200. Yang J., Zhang M., Ahn H., Zhang Q., Jin T.B., Li I., et al. Development and evaluation of a multimodal marker of major depressive disorder. *Hum Brain Mapp*. 2018. 39(11). P.4420-39.

201. Zigmond A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*. 1983. 67(6). P.361-370.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

ДОВІДКА ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЙНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ



ВИКОНАВЧИЙ ОРГАН КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ (КИЇВСЬКА МІСЬКА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ)
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №10»
(КНП «КМКЛ №10»)
просп. Голосіївський, 59-Б, м. Київ, 03039, тел. (044) 525-32-73, E-mail: kmkl10@kyivcity.gov.ua,
код ЄДРПОУ 01993931

29.09.2026 № 061/10-3184

Довідка
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Каландія Гели Тенгізовича
«Діагностика і корекція депресивних станів у осіб, які втратили зір в дорослому віці»

Результати дисертаційного дослідження аспіранта Українського державного університету імені Михайла Драгоманова Каландії Гели Тенгізовича були впроваджено у практичну діяльність КНП «Київська міська клінічна лікарня № 10» м. Києва, у відділенні психіатричної допомоги – Київському міському кризовому центрі «Соціотерапія», серед дорослих осіб із набутою втратою зору, у яких за результатами первинного психодіагностичного обстеження були виявлені депресивні прояви різного ступеня вираженості.

У межах практичного впровадження використано розроблену автором програму корекційного втручання «Шлях до відновлення при втраті зору», спрямовану на підтримку дорослих осіб із набутою втратою зору та депресивною симптоматикою.

Програма передбачає комплексну корекційну роботу, що включає психоедукацію, когнітивно-поведінкові методи, поведінкову активацію, елементи терапії прийняття та зобов'язань (ACT), формування навичок емоційної саморегуляції, розвиток адаптивних копінг-стратегій, активізацію соціальної підтримки, сприяння відновленню повсякденної та соціальної активності, а також профілактику повторного посилення депресивної симптоматики.

Зміст психокорекційної роботи адаптовано до особливих потреб осіб із порушеннями зору, зокрема шляхом використання доступних способів подання інформації та індивідуалізації завдань відповідно до функціонального стану, психологічних потреб і реабілітаційних можливостей учасників.

Практичне застосування розробленої програми засвідчило доцільність її використання в системі психологічного та реабілітаційного супроводу дорослих осіб із набутою втратою зору.

Результати дисертаційного дослідження та розроблені на їх основі практичні підходи можуть використовуватися фахівцями КНП «Київська міська клінічна лікарня № 10» під час організації психологічного супроводу та корекційної роботи з дорослими особами, які мають порушення зору.

Директор Володимир ЯРИЙ

ДОДАТОК Б

СТРУКТУРА ПРОГРАМИ КОРЕКЦІЙНОГО ВТРУЧАННЯ «ШЛЯХ ДО ВІДНОВЛЕННЯ ПРИ ВТРАТІ ЗОРУ»

Програма корекційного втручання «Шлях до відновлення при втраті зору» розроблена для дорослих осіб із набутою втратою зору та депресивною симптоматикою. Її метою є зниження вираженості депресивних проявів і підвищення рівня психологічної адаптації шляхом розвитку когнітивних, емоційних, поведінкових та соціальних компонентів психологічного благополуччя.

Програма ґрунтується на біопсихосоціальному підході та інтегрує методи когнітивно-поведінкової терапії, поведінкової активації, терапії прийняття та зобов'язань, психоедукації, розвитку навичок емоційної саморегуляції та соціальної взаємодії. Зміст і способи проведення вправ адаптовано до потреб осіб із порушеннями зору з використанням переважно аудіального, тактильного та кінестетичного способів подання інформації.

Організаційні характеристики програми

Параметр	**Характеристика**
Форма роботи	індивідуальна
Тривалість програми	20 тижнів
Кількість занять	20
Періодичність	1 заняття на тиждень
Тривалість одного заняття	60 хвилин
Загальний обсяг безпосередньої роботи з психологом	20 годин
Самостійна робота	близько 40 годин упродовж програми

Основні завдання програми

- зниження депресивної та тривожної симптоматики;
- формування навичок емоційної регуляції;
- виявлення та корекція негативних автоматичних думок і дисфункціональних переконань;
- розвиток адаптивних копінг-стратегій;
- подолання поведінкового уникнення та поступове відновлення щоденної активності;
- розвиток соціальної взаємодії та здатності користуватися підтримкою;
- освоєння компенсаторних стратегій та асистивних технологій;
- формування реалістичних життєвих цілей і навичок профілактики повторного посилення депресивної симптоматики.

Структура та зміст програми

Модуль	№	Тема заняття	Основний зміст роботи
І. Стабілізація та мотивація	1	Знайомство та встановлення терапевтичного контакту	Встановлення терапевтичного альянсу; уточнення обставин втрати зору та актуальних труднощів; первинна оцінка психоемоційного стану, факторів ризику та наявних ресурсів; визначення очікувань від участі у програмі.
	2	Психоедукація: розуміння депресії при втраті зору	Формування уявлення про природу депресивних станів, біопсихосоціальні механізми їх розвитку, психологічні реакції на втрату зору та можливості психологічної корекції.
	3	Цілепокладання та мотивація до змін	Визначення індивідуальних цінностей і пріоритетів; постановка реалістичних терапевтичних цілей; мотиваційне інтерв'ювання; активізація особистісних ресурсів.
	4	Навички емоційної регуляції та техніки релаксації	Навчання діафрагмальному диханню, прогресивній м'язовій релаксації, сенсорним технікам заземлення; формування індивідуального набору засобів саморегуляції.
	5	Розвиток навичок самоспостереження та рефлексії	Розвиток усвідомлення думок, емоцій, тілесних реакцій і поведінки; адаптовані практики усвідомленості; ведення щоденника настрою та активності.
ІІ. Когнітивна реструктуризація	6	Зв'язок між думками, почуттями та поведінкою	Ознайомлення з когнітивною моделлю; розрізнення фактів та інтерпретацій; аналіз взаємозв'язку між ситуацією, думками, емоціями та поведінкою.
	7	Ідентифікація негативних автоматичних думок	Виявлення типових негативних думок щодо власної неспроможності, залежності,

Модуль	№	Тема заняття	Основний зміст роботи
			майбутнього та соціального сприйняття; ведення щоденника думок.
	8	Когнітивні викривлення при втраті зору	Розпізнавання катастрофізації, дихотомічного мислення, надузагальнення, персоналізації, «читання думок» та інших дисфункціональних когнітивних патернів.
	9	Сократівське опитування та пошук доказів	Формування навичок критичної перевірки негативних припущень; пошук доказів «за» і «проти»; розгляд альтернативних пояснень та поведінкова перевірка переконань.
	10	Розвиток альтернативного мислення	Формування реалістичних і збалансованих способів інтерпретації ситуацій; переформулювання дисфункціональних думок; розвиток «мови можливостей».
	11	Робота з глибинними переконаннями	Виявлення та аналіз стійких негативних переконань про себе, світ і майбутнє; дослідження їх походження; формування більш адаптивних переконань.
	12	Закріплення когнітивних навичок	Систематизація технік когнітивної реструктуризації; формування індивідуального алгоритму самостійної роботи з негативними думками; тренування навичок у різних життєвих ситуаціях.
III. Поведінкова активація та соціальна інтеграція	13	Аналіз патернів активності та уникнення	Аналіз змін у повсякденній активності після втрати зору; виявлення поведінкового уникнення; визначення діяльності, пов’язаної із задоволенням, досягненням та сенсом.

Модуль	№	Тема заняття	Основний зміст роботи
	14	Планування поступового збільшення активності	Побудова індивідуального плану поведінкової активації; використання принципу малих кроків і градуйованих завдань; планування щоденної активності.
	15	Освоєння компенсаторних навичок та асистивних технологій	Ознайомлення з доступними компенсаторними стратегіями й асистивними технологіями; розвиток навичок орієнтування та мобільності; подолання психологічних бар'єрів щодо використання допоміжних засобів.
	16	Розвиток соціальних навичок та комунікації	Формування навичок повідомлення про власні потреби, звернення по допомогу, встановлення особистих меж, самоадвокації, підтримання соціальних контактів і конструктивного розв'язання конфліктів.
	17	Інтеграція в соціальну мережу підтримки	Картування наявних джерел підтримки; розширення соціальних контактів; залучення сім'ї, друзів, груп взаємодопомоги, громадських та онлайн-спільнот.
	18	Відновлення професійної діяльності та хобі	Аналіз можливостей повернення до професійної діяльності або перекваліфікації; адаптація робочого середовища; відновлення попередніх або пошук нових значущих видів дозвілля.
IV. Профілактика рецидивів та планування майбутнього	19	Розробка індивідуального плану профілактики рецидивів	Визначення індивідуальних ранніх ознак погіршення психоемоційного стану; систематизація стратегій самодопомоги; план залучення соціальної та професійної підтримки у кризових ситуаціях.
	20	Планування майбутнього та завершення терапії	Оцінювання досягнутих результатів; порівняння вихідного й підсумкового стану; визначення коротко-, середньо- та

Модуль	№	Тема заняття	Основний зміст роботи
			довгострокових життєвих цілей; формування стратегії підтримання досягнутих змін.

Реалізація програми передбачає наскрізне застосування принципів індивідуалізації, доступності, поступовості, активної участі особи у корекційному процесі та адаптації способів подання матеріалу відповідно до характеру й ступеня порушення зору. Самостійна робота між заняттями спрямована на закріплення сформованих навичок у повсякденних умовах та їх перенесення в реальні життєві ситуації.

Очікуваними результатами проходження програми є зменшення вираженості депресивної та тривожної симптоматики; підвищення рівня повсякденної активності; формування більш адаптивних способів мислення та подолання труднощів; розвиток навичок емоційної саморегуляції; підвищення здатності користуватися соціальною підтримкою; розширення соціальної та функціональної незалежності; формування реалістичної життєвої перспективи та навичок профілактики повторного погіршення психоемоційного стану.