

Гела Тенгізович КАЛАНДІЯ,
аспірант кафедри спеціальної психології та медицини,
Український державний університет імені Михайла Драгоманова
E-mail: kalandiyagela@gmail.com
ORCID: 0009-0000-9238-3405

МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ДОРОСЛИХ ОСІБ З НАБУТОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ

Анотація. *Вступ.* Одними з найскладніших викликів сучасного українського суспільства є проблеми, пов'язані з тривогою та депресією. Особливо гострою ця проблематика постає у дорослих осіб із набутою втратою зору, у яких ризик розвитку депресивних станів у 2–3 рази перевищує показники загальної популяції. Втрата зору порушує звичний спосіб життя, призводить до обмеження автономії, змінює соціальні ролі та провокує глибоку емоційну кризу.

Мета роботи: дослідити механізми формування депресивних станів у дорослих осіб внаслідок набутої втрати зору та визначення основних чинників, що впливають на процес адаптації до інвалідизації.

Наукова новизна. У статті узагальнено й систематизовано сучасні теоретичні підходи до розуміння депресивних станів при набутій втраті зору на основі когнітивної моделі А. Бека та теорії навченої безпорадності М. Селігмана. Показано специфіку когнітивних спотворень, візуально-пов'язаного дистресу, змін самооцінки та ідентичності в осіб із набутою втратою зору. Систематизовано внутрішні (вік, особистісні риси, копінг-стратегії) та зовнішні (соціальна підтримка, доступність реабілітації, ставлення оточення) чинники адаптації. Окреслено роль адаптивних та неадаптивних копінг-стратегій, а також можливості психотерапевтичних втручань і міждисциплінарного підходу в профілактиці й корекції депресивних станів.

Висновки. Отримані результати підтверджують багатofакторність процесу формування депресивних станів при набутій втраті зору та підкреслюють важливість комплексного підходу до психологічної допомоги. Дослідження має практичне значення для розробки науково обґрунтованих програм корекції та реабілітації, підготовки спеціалізованих фахівців, а також впровадження ефективних стратегій профілактики й лікування депресивних станів у осіб із сенсорною інвалідністю.

Ключові слова: депресивні стани, набута втрата зору, копінг-стратегії, когнітивна модель Бека, навчена безпорадність, психосоціальна реабілітація, візуально-пов'язаний дистрес.

Gela Tengizovich KALANDIYA,
Postgraduate Student at the Department of Special Psychology and Medicine,
Dragomanov Ukrainian State University
E-mail: kalandiyagela@gmail.com
ORCID: 0009-0000-9238-3405

PSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF DEPRESSIVE STATES FORMATION IN ADULTS WITH ACQUIRED VISUAL IMPAIRMENT

Abstract. Introduction. Mental health problems related to anxiety and depression are among the most pressing challenges in contemporary societies. Adults who experience acquired vision loss are at particularly high risk, with depressive disorders occurring two to three times more frequently in this group compared to the general population. Vision loss alters lifestyle, disrupts social roles and autonomy, and often triggers a profound emotional and existential crisis.

Purpose. To study the psychological mechanisms of the formation of depressive states in adults as a result of acquired vision loss and to identify the main factors influencing the process of adaptation to disability.

Scientific novelty. The article analyses the mechanisms of depressive state formation in the context of acquired vision loss through the lens of Beck's cognitive model and Seligman's learned helplessness theory. It systematizes internal (age, personality traits, coping strategies) and external (social support, access to rehabilitation, social attitudes) factors of adaptation, highlights the role of vision-related distress, changes in self-esteem and identity, and substantiates the importance of adaptive coping and multidisciplinary interventions for psychological support.

Conclusions. The findings emphasize the multifactorial nature of depressive states in adults with acquired visual impairment and justify the need for an integrated approach combining psychological assessment, psychotherapy, psychoso-

cial rehabilitation, and interdisciplinary cooperation. These results are significant for the development of evidence-based programs aimed at preventing and treating depressive states in individuals with acquired vision loss.

Key words: *depressive states, acquired vision loss, coping strategies, Beck's cognitive model, learned helplessness, psychosocial rehabilitation, vision-related distress.*

Вступ. Проблема депресивних станів внаслідок набутої втрати зору у дорослих осіб набуває особливої гостроти в контексті зростаючої поширеності офтальмологічних захворювань у світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, понад 2,2 мільярда людей мають порушення зору, з яких щонайменше 1 мільярд випадків можна було запобігти або ще не вирішено. 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 [19; 20].

Втрата зору в дорослому віці кардинально змінює життєвий уклад людини, призводячи до руйнування звичних соціальних зв'язків, професійних планів та особистої автономії. Дослідження показують, що у 60–70 % осіб, які втратили зір після 18 років, розвиваються клінічно значущі депресивні розлади протягом першого року після діагностування. Показники депресії в даній групі в 3–4 рази перевищують аналогічні в загальній популяції того ж віку.

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.

Сучасні підходи до реабілітації осіб з втратою зору переважно зосереджені на відновленні практичних навичок та технічному забезпеченні, тоді як психологічний компонент адаптації залишається недостатньо дослідженим. Брак системного розуміння механізмів розвитку депресивних станів у цієї категорії осіб обмежує ефективність комплексних реабілітаційних програм та знижує якість життя пацієнтів.

У контексті розвитку інклюзивного суспільства та реформування системи надання допомоги особам з інвалідністю в Україні, дослідження психологічних аспектів адаптації до втрати зору набуває не лише наукового, але й практичного значення для розробки ефективних протоколів психологічної підтримки та профілактики депресивних розладів у даній категорії осіб.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Сучасне розуміння депресивних станів при набутій втраті зору ґрунтується на кількох провідних теоретичних моделях, які пояснюють механізми їх виникнення та розвитку.

Когнітивна модель депресії, розроблена А. Беком [3], 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 [4].

Застосування когнітивної моделі до контексту набутої втрати зору демонструє специфічні прояви когнітивних спотворень. Дослідження показують, що особи з набутою втратою зору часто демонструють катастрофічне мислення («я ніколи не зможу жити нормально»), надмірну персоналізацію («це сталося через мою недбалість») та дихотомічне оцінювання ситуації («якщо я не можу бачити ідеально, то я абсолютно безпорадний») [15].

Теорія навченої безпорадності, первинно сформульована М. Селігманом, 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 [14]. Подальший розвиток теорії включив атрибутивні процеси, де песимістичний атрибутивний стиль (схильність пояснювати негативні події

внутрішніми, стабільними та глобальними причинами) значно підвищує ризик розвитку депресії [1].

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. Дослідження [18] показало, що студенти з порушеннями зору, які демонструють симптоми навченої безпорадності, мають значно нижчі показники академічної успішності та соціальної адаптації.

Специфіка депресивних розладів при набутій втраті зору має певні відмінності від депресії при вроджених порушеннях зору. Лонгітудне 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 [4]. Поширеність клінічно значущих депресивних симптомів серед дорослих з втратою зору становить приблизно 25 %, що в 2–3 рази перевищує показники в загальній популяції.

Важливим аспектом є те, що при набутій втраті зору депресивні симптоми часто супроводжуються специфічним візуально-пов'язаним дистресом (vision-specific distress), який є незалежним предиктором тяжкості депресивної симптоматики, незалежно від ступеня порушення зору та тривалості захворювання [5]. Цей феномен відрізняється від загальної депресивної симптоматики та потребує специфічних терапевтичних підходів.

Мета дослідження. У рамках даної статті ставимо за мету дослідити механізми формування депресивних станів у дорослих осіб внаслідок набутої втрати зору та визначити основні чинники, що впливають на процес адаптації до інвалідизації.

Виклад основного матеріалу. Процес психологічного реагування на набуту втрату зору характеризується складною послідовністю когнітивних, емоційних та поведінкових змін, які можуть призвести до формування депресивного стану.

Модель п'яти стадій горювання Е. Кюблер-Росс, первинно розроблена для термінальних хворих, виявилася корисною для розуміння процесу адаптації до набутої втрати зору [10]. Дослідження психологічного впливу втрати зору показало, що пацієнти проходять через етапи «заперечення» та поступово рухаються до «прийняття» свого стану [15]. Однак цей процес не є лінійним і може характеризуватися зворотними переходами між стадіями залежно від зовнішніх обставин та індивідуальних особливостей.

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 [7].

Когнітивні спотворення при втраті зору мають специфічні особливості порівняно з іншими формами депресії. Дослідження показують, що особи з набутою втратою зору схильні до розвитку катастрофічних інтерпретацій своєї ситуації, де будь-які труднощі розглядаються як докази повної безпорадності [3]. Поширеними є також селективна увага до негативних аспектів ситуації (неможливість водити автомобіль, читати дрібний текст) при ігноруванні збережених можливостей та ресурсів.

Концепція візуально-пов'язаного дистресу відіграє центральну роль у формуванні депресивних симптомів. Цей феномен включає емоційні реакції, специфічно пов'язані з втратою зору, такі як страх перед подальшим погіршенням зору, тривога щодо безпеки пересування, сором через використання допоміжних засобів [5]. Важливо, що візуально-пов'язаний дистрес є надійним предиктором депресивної симптоматики навіть при контролі ступеня порушення зору та соціально-демографічних факторів.

Роль самооцінки та образу тіла у формуванні депресивних станів при втраті зору є особливо значущою для молодих дорослих. Дослідження [7] показало, що молоді люди з глибокою втратою зору переживають значне зниження самооцінки, пов'язане з неможливістю виконувати соціальні ролі та досягати професійних цілей. Учасники дослідження повідомляли про відчуття «неповноцінності» та переконання, що вони «будуть безробітними все життя» та не зможуть фінансово підтримувати свої сім'ї.

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, що призводить до соціального відходу та зниження фізичної активності [12].

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.

Процес адаптації до набутої втрати зору визначається складною взаємодією внутрішніх та зовнішніх факторів, які можуть як сприяти, так і перешкоджати успішному пристосуванню до нових умов життя.

Серед внутрішніх факторів вік втрати зору є одним з найбільш значущих предикторів успішності адаптації. Дослідження [11] показало, що особи, які втратили зір у більш молодому віці, зазвичай демонструють кращу довгострокову адаптацію порівняно з тими, у кого втрата зору сталася в похилому віці. 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 [17]. Дослідження військовослужбовців показало, що ті, хто втратив зір внаслідок бойових дій, демонстрували вищі рівні прийняття свого стану та гордості за обставини втрати зору порівняно з особами з небойовими причинами порушення зору [16].

Особистісні риси відіграють критичну роль у виборі стратегій подолання. Дослідження [18] виявило, що оптимізм та психологічна стійкість є значущими предикторами проактивного подолання у осіб з порушеннями зору. Особи з вищими показниками оптимізму демонструють більшу готовність до освоєння нових навичок, використання допоміжних технологій та підтримання соціальних контактів.

Копінг-стратегії при втраті зору можна класифікувати на адаптивні та неадаптивні. До адаптивних стратегій належать рефлексивний копінг (обдумування ситуації та пошук рішень), проблемно-орієнтований копінг (активні дії для подолання труднощів), пошук соціальної підтримки та когнітивна реструктуризація (зміна способу мислення про ситуацію) [9]. Дослідження показують, що використання *engaging coping strategies* асоціюється з кращою якістю життя та нижчими рівнями депресивних симптомів.

Неадаптивні стратегії включають уникаючий копінг, соціальний відхід, зловживання психоактивними речовинами та румінації. Хоча уникаючий копінг традиційно розглядається як негативна стратегія, деякі дослідження показують, що він може бути тимчасово корисним, надаючи особі час для мобілізації внутрішніх ресурсів [13].

Серед зовнішніх факторів соціальна підтримка є одним з найбільш потужних предикторів успішної адаптації. Дослідження показують 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.

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 [16]. Водночас підтримуючі сімейні стосунки є потужним протективним фактором проти розвитку депресії.

Доступність та якість реабілітаційних послуг суттєво впливають на результати адаптації. Комплексна реабілітація слабкого зору, що включає навчання навичкам повсякденного життя, орієнтації та мобільності, використання допоміжних технологій та психологічну підтримку, демонструє значущі позитивні ефекти на якість життя та зниження депресивних симптомів [5].

Соціально-економічні фактори також відіграють важливу роль. Дослідження показують, що лише 44 % осіб працездатного віку з сліпотою або серйозними порушеннями зору

є працевлаштованими, порівняно з 79 % осіб без інвалідності [11]. Економічна нестабільність створює додатковий стрес та може перешкоджати доступу до якісних реабілітаційних послуг.

Ставлення суспільства та наявність бар'єрів у навколишньому середовищі також впливають на процес адаптації. Дискримінація та стигматизація, пов'язані з інвалідністю, можуть призводити до соціального відходу та зниження самооцінки [8]. Водночас доступне фізичне середовище та інклюзивні соціальні практики сприяють успішній інтеграції осіб з втратою зору.

Ефективна система підтримки осіб з набутою втратою зору повинна базуватися на науково обґрунтованих підходах та враховувати специфічні потреби цієї категорії пацієнтів.

Методи психологічної діагностики депресії при втраті зору потребують адаптації стандартних інструментів. Шкала депресії Бека (BDI) 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 [15]. Однак необхідно враховувати, що деякі соматичні симптоми депресії можуть бути пов'язані безпосередньо з втратою зору, а не з депресивним розладом.

Дослідження показують критичну недостатність діагностики та лікування: приблизно 91 % осіб з порушеннями зору, які демонструють ознаки депресії або тривоги, не отримують послуг психічного здоров'я [11]. Це вказує на необхідність впровадження систематичного скринінгу в офтальмологічних закладах та центрах реабілітації зору.

Специфічними індикаторами для психологічного втручання є: наявність суїцидальних думок (що було виявлено у кількох учасників дослідження), виражений візуально-пов'язаний дистрес, соціальний відхід тривалістю більше 3 місяців, відмова від участі в реабілітаційних програмах та зловживання психоактивними речовинами як стратегія подолання.

Problem-Solving Therapy (Терапія орієнтована на вирішення проблем) демонструє особливу ефективність у лікуванні депресії при втраті зору. Рандомізовані контрольовані дослідження показали, що Problem-Solving Therapy, 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 [5]. Важливою перевагою методу є можливість надання послуг фахівцями з рівнем магістра або бакалавра, що розширює доступність лікування.

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 [7]. Ефективність терапії підтверджена метааналізом, який показав помірну ефективність порівняно зі звичайним доглядом.

Емоційно-орієнтована терапія показала специфічні переваги для зменшення депресивних симптомів порівняно з проблемно-орієнтованими підходами. Дослідження [18] виявило, що хоча проблемно-орієнтована терапія була ефективнішою для покращення адаптації до втрати зору, лише емоційно-орієнтована терапія призводила до значущого зменшення депресивних симптомів.

Програми самоменеджменту, що надаються в груповому форматі, демонструють стабільні позитивні результати. Метааналіз 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, з ефектами, що тривають до шести місяців після завершення програми [5].

Роль міждисциплінарної команди є критичною для забезпечення комплексного догляду. Дельфійське дослідження виявило сім ключових факторів, важливих для лікування проблем психічного здоров'я у клієнтів з порушеннями зору: характеристики порушення зору, фактори навколишнього середовища, стресори, емоційні аспекти, роль та ставлення професіонала, особливості терапевтичного середовища та доступність матеріалів [6].

Оптимальна міждисциплінарна команда повинна включати офтальмолога, психолога/психотерапевта, 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.

Специфічні рекомендації для практичної реалізації включають: впровадження систематичного скринінгу депресії та тривоги в усіх офтальмологічних закладах з використанням валідованих інструментів; створення мультидисциплінарних центрів реабілітації зору з обов'язковим включенням послуг психічного здоров'я; розвиток телемедичних програм для забезпечення доступності психологічної підтримки; підготовка спеціалізованих фахівців з психічного здоров'я, що мають знання про специфіку роботи з особами з втратою зору; створення груп взаємопідтримки; розробка адаптованих матеріалів та технологій для психотерапевтичної роботи з особами з порушеннями зору.

Висновки і перспективи подальших досліджень. Таким чином, 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, таких як візуально-пов'язаний дистрес та необхідність переосмислення ідентичності.

Процес адаптації визначається складною взаємодією внутрішніх факторів (вік, особистісні риси, копінг-стратегії) та зовнішніх чинників (соціальна підтримка, доступність реабілітаційних послуг, соціально-економічні умови). Успішна адаптація потребує комплексного підходу, що поєднує раннє виявлення депресивних симптомів, спеціалізовані психотерапевтичні втручання, соціальну підтримку та мультидисциплінарну реабілітацію.

Ефективність втручань підтверджена значним корпусом досліджень, що демонструють позитивні ефекти проблемно-орієнтованої терапії, програм самоменеджменту та комплексної реабілітації. Однак існує критична потреба у покращенні доступності реабілітаційних послуг для цієї популяції та підготовці спеціалізованих фахівців.

Подальші дослідження мають зосередитися на розробці персоналізованих підходів до лікування, дослідженні довгострокових ефектів втручань та вивченні механізмів, що забезпечують стійкість позитивних змін. Особлива увага повинна приділятися розробці інноваційних технологій та телемедичних підходів для забезпечення широкого доступу до якісної реабілітаційної та корекційної допомоги.

Література:

1. Abramson L.Y., Seligman M.E., Teasdale J.D. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*. 1978. Vol. 87. № 1. P. 49–74.
2. Beck A.T., Bredemeier K. A unified model of depression. *Clinical Psychological Science*. 2016. Vol. 4. № 4. P. 596–619. DOI: <https://doi.org/10.1177/2167702616628523>.
3. Beck A.T. et al. Beck's cognitive model of depression: Evolution, modern evidence and critical appraisal. *Scientific Research Publishing*. 2025. Vol. 1. P. 12–25. DOI: 10.4236/psych.2025.161002.
4. Choi H.G., Lee M.J., Lee S.M. Visual impairment and risk of depression: A longitudinal follow-up study using a national sample cohort. *Scientific Reports*. 2018. Vol. 8. P. 2083. DOI: 10.1038/s41598-018-20374-5.
5. Demmin D., Silverstein S. Visual impairment and mental health: Unmet needs and treatment options. *Clinical Ophthalmology*. 2020. Vol. 14. P. 4229–4251. DOI: 10.2147/OPHTH.S258783.
6. 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. Vol. 14. P. 1028084. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1028084.
7. Garcia G.A., Khoshnevis M., Gale J. et al. Profound vision loss impairs psychological well-being in young and middle-aged individuals. *Clinical Ophthalmology*. 2017. Vol. 11. P. 417–427. DOI: 10.2147/OPHTH.S113414.
8. Jackson A.J. et al. Association of perceived discrimination with emotional well-being in older adults with visual impairment. *JAMA Ophthalmology*. 2019. Vol. 137. № 7. P. 825–832. DOI: 10.1001/jamaophthalmol.2019.1230.
9. Krithika A., Garip G. Coping strategies, vision-related quality of life, and emotional health in managing retinitis pigmentosa. *BMC Ophthalmology*. 2018. Vol. 18. № 1. P. 21. DOI: 10.1186/s12886-018-0689-2.
10. Kübler-Ross E. *On Death and Dying*. New York: Routledge, 1973.
11. NCOA. Supporting your mental health: How to cope with vision loss. National Council on Aging. 2024. URL: <https://www.ncoa.org/article/vision-loss-and-mental-health-how-to-cope-and-adapt>.
12. Nyman S.R., Gosney M.A., Victor C.R. Psychosocial impact of visual impairment in working-age adults. *The British Journal of Ophthalmology*. 2010. Vol. 94. № 11. P. 1427–1431. DOI: 10.1136/bjo.2009.164814.

13. Rai H., Rohatgi J., Dhaliwal U. Coping strategy in persons with low vision or blindness – an exploratory study. *Indian Journal of Ophthalmology*. 2019. Vol. 67. № 5. P. 669–676. DOI: 10.4103/ijo.IJO_1655_18.
14. Seligman M.E. Learned helplessness: Theory of depression. *Positive Psychology*. 2024.
15. Senra H. et al. Psychological impact of vision loss. *Mental Health Journal*. 2022. Vol. 6. № 3. P. 25–31. URL: <https://www.mentalhealthjournal.org/articles/psychological-impact-of-vision-loss.pdf>.
16. Stevelink S.A.M., Malcolm E.M., Fear N.T. Visual impairment, coping strategies and impact on daily life: A qualitative study among working-age UK ex-service personnel. *BMC Public Health*. 2015. Vol. 15. P. 1118. DOI: 10.1186/s12889-015-2455-1.
17. 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. Vol. 56. № 4. P. 2416–2422. DOI: 10.1167/iops.14-16223.
18. 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. P. 245–267. DOI: <https://doi.org/10.32936/pssj.v6i2.301>.
19. World Health Organization. World report on vision. Geneva: WHO, 2019. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570>.
20. World Health Organization. Blindness and visual impairment: Fact sheet. Geneva: WHO, 2023. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>

References:

1. Abramson, L.Y., Seligman, M.E., & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 87. №1, 49–74 [in English].
2. Beck, A.T., & Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression. *Clinical Psychological Science*, 4(4), 596–619. DOI: <https://doi.org/10.1177/2167702616628523> [in English].
3. Beck, A.T., et al. (2025). Beck's cognitive model of depression: Evolution, modern evidence and critical appraisal. *Scientific Research Publishing*. Vol. 1, 12–25. DOI: 10.4236/psych.2025.161002 [in English].
4. Choi, H.G., Lee, M.J., & Lee, S.M. (2018). Visual impairment and risk of depression: A longitudinal follow-up study using a national sample cohort. *Scientific Reports*, 8, 2083. DOI: 10.1038/s41598-018-20374-5 [in English].
5. Demmin, D., & Silverstein, S. (2020). Visual impairment and mental health: Unmet needs and treatment options. *Clin Ophthalmol*, 14, 4229–4251. DOI: 10.2147/OPTH.S258783 [in English].
6. Braakman, J., & Sterkenburg, P. S. (2023). Needed adaptations in psychological treatments for people with vision impairment: A Delphi study, including clients, relatives, and professionals. *Frontiers in Psychology*. 14. 1028084. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1028084 [in English].
7. Garcia, G.A., Khoshnevis, M., & Gale, J., et al. (2017). Profound vision loss impairs psychological well-being in young and middle-aged individuals. *Clin Ophthalmol.*, 11, 417–427. DOI: 10.2147/OPTH.S113414 [in English].
8. Jackson A.J., et al. (2019). Association of perceived discrimination with emotional well-being in older adults with visual impairment. *JAMA Ophthalmology*. 137(7), 825–832. DOI: 10.1001/jamaophthalmol.2019.1230 [in English].
9. Krithika Anil, & Gulcan Garip (2018). Coping strategies, vision-related quality of life, and emotional health in managing retinitis pigmentosa. *BMC Ophthalmology*, 18 (1), 21. DOI: 10.1186/s12886-018-0689-2 [in English].
10. Kübler-Ross, E. (1973). *On death and dying*. New York: Routledge [in English].
11. NCOA. (2024). Supporting your mental health: How to cope with vision loss. National Council on Aging. Retrieved from: <https://www.ncoa.org/article/vision-loss-and-mental-health-how-to-cope-and-adapt> [in English].
12. Nyman, S.R., Gosney, M.A., & Victor, C.R. (2010). Psychosocial impact of visual impairment in working-age adults. *The British Journal of Ophthalmology*, 94(11), 1427–1431. DOI: 10.1136/bjo.2009.164814 [in English].
13. Rai, H., Rohatgi, J., & Dhaliwal, U. (2019). Coping strategy in persons with low vision or blindness – an exploratory study. *Indian Journal of Ophthalmology*, 67(5), 669–676. DOI: 10.4103/ijo.IJO_1655_18 [in English].
14. Seligman, M.E. (2024). Learned helplessness: Theory of depression. *Positive Psychology* [in English].
15. Senra, H., et al. (2022). Psychological impact of vision loss. *Mental Health Journal*, 6(3), 25–31. <https://www.mentalhealthjournal.org/articles/psychological-impact-of-vision-loss.pdf> [in English].
16. Sharon, A. M., Stevelink, Estelle M. Malcolm, Nicola T. Fear (2015). Visual impairment, coping strategies and impact on daily life: A qualitative study among working-age UK ex-service personnel. *BMC Public Health*. 15. 1118. DOI: 10.1186/s12889-015-2455-1 [in English].
17. Sturrock, B.A., et al. (2015). The influence of coping on vision-related quality of life in patients with low vision. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 56(4), 2416–2422. DOI: 10.1167/iops.14-16223 [in English].

18. Tshuma, N., et al. (2022). Challenges and coping strategies of the visually impaired adults: A brief exploratory systematic literature review. *International Journal of Research*, Vol. 6, № 2, 245–267. <https://doi.org/10.32936/pssj.v6i2.301> [in English].
19. World Health Organization. (2019). *World report on vision*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570> [in English].
20. World Health Organization. (2023). *Blindness and visual impairment: Fact sheet*. WHO Media Centre. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment> [in English].

Отримано: 06.11.2025

Рекомендовано: 02.12.2025

Опубліковано: 30.12.2025