

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

**Факультет управління персоналу, соціології та психології
Кафедра педагогіки та психології**

**ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА «ЕКОНОМІЧНА ТА
СОЦІАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ»**

Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки
Спеціальність 053 Психологія

Форма навчання: очна (денна)

КВАЛІФІКАЦІЙНА БАКАЛАВРСЬКА РОБОТА

**на тему: «ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОДОЛАННЯ
ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ МОЛОДДЮ»**

Здобувачки Катерини БУЙНЯК

(підпис)

Науковий керівник: канд. пед. н., доц. Тетяна КОВАЛЬКОВА

(підпис)

**Робота допущена до захисту перед Екзаменаційною
комісією (ЕК) з атестації здобувачів вищої освіти**

Завідувачка кафедри: д.п.н., проф. Марина АРТЮШИНА

(підпис)

Київ-2026

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

Факультет управління персоналу, соціології та психології

Кафедра педагогіки та психології

Освітньо-професійна програма «Економічна та соціальна психологія»

галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки

спеціальність 053 Психологія

ПОГОДЖЕНО

Керівник проектної групи (гарант)

освітньо-професійної програми

_____Ліна КОЛЕСНІЧЕНКО

(підпис)

2025 р.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри педагогіки

та психології

_____Марина АРТЮШИНА

(підпис)

2025 р.

ІНДИВІДУАЛЬНЕ ЗАВДАННЯ

студентці Буйняк Катерині Євгеніївні

денної форми навчання

на підготовку кваліфікаційної бакалаврської роботи

на тему: «Психологічні особливості подолання депресивних станів молоддю»

Тему затверджено наказом ректора Університету від «25» жовтня 2025р. №1732-ст

Бакалаврська дипломна робота виконується на матеріалах вітчизняних та зарубіжних вчених, статистичних даних, а також Інтернет-джерелах з теми дослідження.

План бакалаврської дипломної роботи

Розділ 1	Теоретико-методологічні засади дослідження психологічних особливостей подолання депресії молоддю
Розділ 2	Емпіричне дослідження особливостей подолання депресії молоддю
Об'єкт дослідження:	Депресивні стани молоді
Предмет дослідження:	Психологічні особливості подолання депресії молоддю.
Мета бакалаврської дипломної роботи:	Проаналізувати та емпірично дослідити психологічні особливості подолання депресивних станів молоддю.

Конкретні завдання, які студент повинен виконати для досягнення поставленої мети:

У розділі 1.	Здійснити аналіз теоретико-методологічних засад дослідження психологічних особливостей подолання депресії молоддю.
У розділі 2	Емпірично дослідити особливості подолання депресивних станів молоддю.
	Проаналізувати та інтерпретувати результати дослідження щодо виявлення особливостей психологічного подолання депресивних станів молоддю.

**Завдання підготував
науковий керівник**

(підпис)

Т.О. Ковалькова

(ініціали, прізвище)

« ____ » _____ 2025 р.

**Завдання одержав
студент**

(підпис)

К.Є.Буйняк

(ініціали, прізвище)

« ____ » _____ 2025 р.

В і д г у к
 про кваліфікаційну бакалаврську роботу
 здобувача факультету Управління персоналом, соціології та психології
 освітньо-професійної програми «Економічна та соціальна психологія»

Буйняк Катерини Євгеніївни

на тему:
 «Психологічні особливості подолання депресивних станів молоддю»

1. Актуальність теми:

Тема дипломної роботи «Психологічні особливості подолання депресивних станів молоддю» Буйняк Катерини є актуальною, так як сучасні соціальні, економічні та інформаційні фактори створюють навантаження на психіку молодої людини, а юнацький період характеризується підвищеною емоційною нестабільністю. Особливої значущості набуває пошук особливостей подолання депресивних станів молоддю. Проблема психологічних особливостей подолання депресивних станів молоддю є недостатньо дослідженою, тому потребує детального вивчення.

2. Позитивні риси кваліфікаційної бакалаврської роботи:

Зміст бакалаврської роботи відповідає затвердженій темі, меті та завданням. Повнота виконання завдань, правильність та глибина обґрунтування основних понять полягає в тому, що в проведеному теоретичному аналізі бакалаврської роботи Буйняк Катерини представлений теоретичний аналіз поняття депресії та симптомів депресивних станів; особливостей подолання депресивних станів у молоді. Емпіричне дослідження здійснювалося за розробленою програмою, необхідним психодіагностичним інструментарієм та обґрунтуванням прийнятих рішень. Студенткою було проаналізовано результати емпіричного дослідження особливостей подолання депресії молоддю.

3. Наявність самостійних розробок автора:

Буйняк Катериною проведено емпіричне дослідження особливостей подолання депресії молоддю.

4. Цінність теоретичних висновків та практичних рекомендацій:

Теоретична значущість одержаних результатів полягає у розширенні уявлень про особливості подолання депресії молоддю.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що матеріали дослідження можуть бути використані в сфері освіти при взаємодії з молоддю.

5. Наявність недоліків:

Дипломна робота могла б мати більш ґрунтовний теоретичний та емпіричний аналіз психологічних особливостей подолання депресивних станів молоддю. Але ці побажання не впливають на загальну якість виконаної роботи.

6. Загальна оцінка кваліфікаційної бакалаврської роботи та її допущення до захисту перед ЕК:

Кваліфікаційна бакалаврська робота Буйняк Катерини «Психологічні особливості подолання депресивних станів молоддю» в цілому відповідає вимогам кваліфікаційного рівня, заслуговує на оцінку 60 балів та може бути рекомендована до захисту.

Науковий керівник:

кандидат педагогічних наук, доцент,
 доцент кафедри педагогіки та психології
 КНЕУ ім. В. Гетьмана

Тетяна КОВАЛЬКОВА

“07” червня 2026 р.

Реферат

Кваліфікаційна бакалаврська робота містить 48 сторінок, 10 таблиць, 5 рисунків, список використаних джерел з 54 найменувань, 4 додатків.

«Психологічні особливості подолання депресивних станів молоддю»

Об'єктом дослідження є депресивні стани молоді.

Предметом дослідження є психологічні особливості подолання депресії молоддю.

Мета кваліфікаційної бакалаврської роботи – проаналізувати та емпірично дослідити психологічні особливості подолання депресії молоддю.

Відповідно до поставленої мети були визначені такі завдання:

- провести аналіз поняття депресії та симптомів депресивних станів;
- виявити особливості подолання депресивних станів у молоді;
- здійснити організацію та вибір методик дослідження;
- проаналізувати отримані результати дослідження.

Методи дослідження: для розв'язання визначених завдань було використано комплекс теоретичних, емпіричних і статистичних методів.

Теоретичні – аналіз, систематизація й узагальнення даних представлених у науковій літературі щодо сучасного стану досліджуваної проблеми;

Теоретичні – аналіз, узагальнення, описовий метод, систематизація, порівняння.

Емпіричні – опитування, тестування (з використанням гугл-форми) та психодіагностичних методик: опитувальник «Шкала депресії» Бека (в адаптації Тарабріної М. В.) – для визначення наявності депресії у особистості, тест життєстійкості Мадді, методика Ш. Шварца PVQ «Портрет цінностей» (адаптація Семків І.).

Математико-статистичні методи – кореляційний аналіз Пірсона.

Практичне значення отриманих результатів полягає у виявленні взаємозв'язку між рівнем депресії у молоді та її цінностями та рівнем життєстійкості, що впливає на способи подолання депресії.

Рік виконання кваліфікаційної бакалаврської роботи 2025.

Рік захисту роботи 2025.

Ключові слова: депресія, депресивні стани, психічне здоров'я, життєстійкість, молодь, симптоми депресії.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОДОЛАННЯ ДЕПРЕСІЇ МОЛОДДЮ	9
1.1. Поняття депресії та її характеристики	9
1.2. Симптоми депресивних станів.....	18
1.3. Особливості подолання депресивних станів у молоді	26
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОДОЛАННЯ ДЕПРЕСІЇ МОЛОДДЮ.....	31
2.1. Організація та методики дослідження	31
2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів.....	37
ВИСНОВКИ	50
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	53
ДОДАТКИ	60

ВСТУП

Актуальність дослідження психологічних особливостей подолання депресії молоддю обумовлена високою поширеністю депресивних станів у юнацькому віці, складністю їх раннього розпізнавання та значним суїцидальним ризиком. Сучасні соціальні, економічні та інформаційні фактори створюють додаткове навантаження на психіку молодої людини, що підвищує ймовірність виникнення розладів настрою. Юнацький період характеризується підвищеною емоційною нестабільністю, що пов'язано з особливостями пубертатного розвитку, зокрема з гормональними змінами та формуванням особистісної ідентичності. Важливість вивчення механізмів подолання депресії серед молоді зумовлена необхідністю розробки ефективних психологічних стратегій підтримки, спрямованих на формування стійкості до стресових впливів та зниження ризику хронізації депресивних станів.

Особливої актуальності ця проблема набуває в умовах довготривалої війни в Україні, коли молодь перебуває під постійним впливом стресових факторів, таких як небезпека для життя, втрата близьких, вимушене переміщення, економічна нестабільність та обмеження можливості жити звичним життям. Ці обставини сприяють загостренню депресивних станів та підвищенню рівня тривожності, що робить вивчення психологічних стратегій подолання депресії особливо важливим. Дослідження механізмів адаптації та ефективних методів психологічної допомоги є необхідним для розробки практичних рекомендацій, спрямованих на покращення емоційного благополуччя молоді та зниження ризику розвитку хронічних психічних розладів.

Характер та прояви депресії вивчали Бек Е., Біседо К., Зунг В., Лоуен О., Хелл Д, Асланян Т. С., Єгорова О. Б., Астремська І. В., Бортнікова О. Г., Вдовіченко О. В., Вінс В. А., Зубцов Д., Круглова Н., Молотокас А. А., Орос М., Радул І. Г., Скворчевська Є. Л., Тенгізович К. Г., Тімченко О. В. та інші. Однак,

мало вивчалась проблема виникнення та подолання депресії у молоді, як окремої вікової категорії.

Мета дослідження: проаналізувати та емпірично дослідити психологічні особливості подолання депресивних станів молоддю.

Завдання дослідження:

1. Провести аналіз поняття депресії та симптомів депресивних станів.
2. Виявити особливості подолання депресивних станів у молоді.
3. Здійснити організацію та вибір методик дослідження.
4. Проаналізувати отримані результати дослідження.

Об'єктом дослідження є депресивні стани молоді.

Предметом дослідження є психологічні особливості подолання депресії молоддю.

Методи дослідження:

Теоретичні – аналіз, узагальнення, описовий метод, систематизація, порівняння.

Емпіричні – опитування, тестування (з використанням гугл-форми) та психодіагностичних методик:

1. Опитувальник «Шкала депресії» Бека (в адаптації Тарабріної М. В.) – для визначення наявності депресії у особистості (дод.Б);
2. Тест життєстійкості Мадді (дод.Д);
3. Методика Ш. Шварца PVQ «Портрет цінностей» (адаптація Семків І.) (дод.В).

Математико-статистичні методи – кореляційний аналіз Пірсона.

Практична значущість одержаних результатів полягає у виявленні взаємозв'язку між рівнем депресії у молоді та її цінностями та рівнем життєстійкості, що впливає на способи подолання депресії.

Структура роботи. Кваліфікаційна бакалаврська робота містить 48 сторінок, 10 таблиць, 5 рисунків, список використаних джерел з 54 найменувань, 4 додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОДОЛАННЯ ДЕПРЕСІЇ МОЛОДІЮ

1.1. Поняття депресії та її характеристики

Депресія є психоемоційним розладом, що характеризується стійким зниженням настрою, загальним емоційним пригніченням та зменшенням рівня особистісної активності. Це захворювання належить до числа найбільш поширених у світі. За оцінками експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, у будь-який момент часу депресивні стани спостерігаються приблизно у 500 мільйонів осіб.

О. Лоуен інтерпретує депресію як стан, що характеризується відсутністю будь-яких емоцій. Оскільки пригнічення емоцій є чинником, що спричиняє розвиток депресивного стану, депресія не може розглядатися як окрема емоція. Загалом цей феномен визначається як негативний психічний стан, який впливає на психологічні, фізіологічні та соціальні функції індивіда [50].

А. Бек розглядає депресію не лише як емоційний розлад, а як специфічний когнітивний стан, що формується під впливом психотравмуючих чинників та активізує дисфункціональну когнітивну схему, відому як «когнітивна триада депресії». Перший компонент цієї триади стосується негативних уявлень особистості про саму себе, що проявляється у сприйнятті себе як нікчемної, безпорадної та неспроможної досягати успіху. Другий компонент передбачає негативне ставлення до навколишнього світу, що спричиняє трактування взаємодії з ним крізь призму невдач і поразок, а також схильність до песимістичного оцінювання минулого та теперішнього. Третій компонент полягає у формуванні песимістичних очікувань щодо майбутнього, яке сприймається як позбавлене радості та перспектив. Ці когнітивні патерни спричиняють розвиток мотиваційних, поведінкових і соматичних симптомів

депресії, водночас ускладнюючи нормальні процеси когнітивної переробки інформації, сприйняття та пригадування. Унаслідок цього особистість втрачає здатність адекватно інтерпретувати життєві події, що сприяє формуванню депресивного стилю мислення, який характеризується самозвинуваченням, перебільшенням власних недоліків і надмірним почуттям відповідальності [42, с.61-90].

Д. Хелл пропонує розглядати депресію як захисний механізм, що сприяє внутрішній інтеграції та забезпечує виживання особистості в умовах кризових ситуацій. Згідно з автором цієї концепції, під час життєвих криз, коли індивід втрачає важливий об'єкт, виникає природне відчуття смутку, яке допомагає пережити подію втрати. Проте, якщо людина не здатна прийняти втрату і страх перед нею набуває патологічного характеру, ситуація стає критичною, збільшуючи ймовірність виникнення серйозного психічного захворювання. У таких умовах активуються психологічні захисні механізми, що проявляються в специфічній когнітивно-афективній переробці переживань, коли нестерпний смуток не допускається до свідомості, заміщаючись депресивною порожнечою, байдужістю та апатією [46].

Молотокас А. А. та Проскурня А. С. трактують депресію як емоційний розлад, що характеризується наявністю таких афективних станів, як пригніченість, безнадійність, безпорадність, почуття провини, надмірна самокритика та втрата інтересу до зовнішньої діяльності [24, с.215]. Зазначені психоемоційні порушення супроводжуються зниженням рівня психічної та моторної активності, емоційною відстороненістю, підвищеною стомлюваністю, зниженням лібідо, анорексією та порушеннями сну, зокрема ранковим безсонням. В окремих випадках певні форми емоційних розладів можуть виявлятися не безсонням і втратою апетиту, а навпаки – надмірною сонливістю та гіперфагією. Подібні фізіологічні порушення розглядаються як вегетативні прояви депресії, що слугують підґрунтям для численних гіпотез щодо її психосоматичного характеру.

Вдовіченко О. В., Асєєва Ю. О., Понянська Д. О. дають таке визначення депресивних розладів – «це захворювання, які впливають на психічний стан людини і можуть мати серйозні соціальні наслідки» [9, с.267]. Ці наслідки можуть проявлятися на різних рівнях життєдіяльності особистості, зокрема в особистому, родинному, соціальному та професійному контекстах. Депресія здатна знижувати функціональну ефективність, призводити до проблем у міжособистісних стосунках та у процесах соціальної адаптації, а також мати негативний вплив на фізичне здоров'я.

Депресія є складним станом, що виникає внаслідок поєднання генетичних, біологічних, внутрішньоособистісних та екологічних факторів. Наукові дослідження досягли значних успіхів у вивченні взаємозв'язків між різними частинами мозку та ефектами депресії, а також у розумінні ролі нейромедіаторів у передачі сигналів між нервовими клітинами. Вивчення генетичних факторів та особливостей способу життя дозволяє глибше зрозуміти ризики і симптоми депресії. Дослідники вважають, що взаємозв'язки між нервовими клітинами, ріст нервових клітин та функціонування нервових ланцюгів мають важливе значення для розвитку депресії. Окремі вчені висувують гіпотезу, що дисбаланс нейромедіаторів, зокрема моноамінів, які присутні в високих концентраціях у лімбічній системі, може викликати серйозні поведінкові та емоційні зміни, характерні для депресії. Дослідження показують, що ділянка мозку – гіпокамп, що відповідає за пам'ять та емоції, зменшується під час депресії [2, с.175].

Отже, на основі узагальнення окремих визначень та характеристик депресію можна розглядати як:

- тимчасове зниження настрою;
- стійкий афект, що виражається в важкій зміні самовідчуття та самосвідомості;
- симптом, що характеризується пригніченим (сумним, тужливим або тривожним) настроєм;

- синдром, який являє собою комплекс пригніченого настрою у поєднанні з низкою характерних симптомів, зокрема специфічними вітальними відчуттями, порушеннями сну (переважно у формі безсоння), зниженням концентрації уваги, ослабленням емоційної залученості, вегетативними дисфункціями, а також домінуванням песимістичних установок у мисленні;
- психічне захворювання, що полягає в тривалій наявності або повторенні зазначеного синдрому.

Д. Хелл описав схему розвитку складових депресивної поведінки. Спочатку поведінка людини, що страждає від депресії, сприймається як заклик або крик про допомогу. Відчай і безпорадність викликають у її близьких співчуття та прагнення допомогти. Однак з часом скарги депресивної особи починають викликати у оточуючих незадоволення та ворожі почуття, оскільки дратівливість і нестриманість призводять до відчуженості. Іншими словами, заклик, ворожість і відчуження, як складові депресивної поведінки, спричиняють у близьких амбівалентні почуття – співчуття, роздратування і прагнення уникати спілкування. Іноді ці суперечливі почуття настільки сильні, що блокуючи одне одного, провокують у близьких відчуття безпорадності та внутрішньої спустошеності. Таким чином, дослідження депресивної поведінки свідчить про те, що депресія є не лише проблемою її носія, а й глибоко впливає на міжособистісні стосунки, завдаючи страждань не лише йому, а й його близьким [46].

Ступінь розвитку депресивного стану характеризується по-різному залежно від наукових підходів. За шкалою вираженості депресії, запропонованою А. Т. Беком [42;41], депресія поділяється на легкий, середній та високий ступінь розвитку. Водночас за методикою диференціальної діагностики, розробленою В. Зунгом [54], оцінюється загальний стан особистості та її настрій, що дозволяє визначити рівень депресивного стану, зокрема, субдепресії, депресії та високого ступеня вираженості депресії.

Депресивні розлади вирізняються формуванням специфічного афективного стану, що здебільшого зумовлений впливом психотравмальної ситуації. У початковій фазі розвитку розладу пацієнти демонструють тенденцію до гіперболізації подій, схильність покладати відповідальність за власний стан на зовнішні обставини або фаталістичне сприйняття життєвих обставин. Ключовим компонентом емоційного досвіду є занурення в негативний афективний стан, що супроводжується різноманітними соматичними проявами.

З плином часу клінічна симптоматика депресивного розладу набуває більш ендогенного характеру, що проявляється у посиленні афективних розладів та вегетативних дисфункцій. Виявляються рухова загальмованість, апатія, зниження здатності до концентрації уваги та утруднення розумових процесів, хоча на ранніх стадіях пацієнти схильні інтерпретувати ці прояви як наслідок перевтоми або забудькуватість.

У подальшому значущість психотравмального досвіду поступово редукується, тоді як клінічна картина починає домінувати типовими ендогенними ознаками: ідеями самозвинувачення, вираженими соматовегетативними порушеннями, а також добовими коливаннями настрою із відносним покращенням у вечірній час.

Прогресування депресивного розладу супроводжується зміщенням акценту з психогенних чинників на біологічно обумовлені механізми афективних порушень. Відповідно, клінічна структура захворювання трансформується, відзначається посилення ендогенних симптомів при одночасному зменшенні впливу первинного психотравмального фактора [5;18;30].

О. Тімченко зазначає, що у осіб із схильністю до депресивних розладів стресові ситуації можуть бути спусковим механізмом, який запускає ланцюгову реакцію негативних психічних процесів [33]. Під впливом стресових факторів активуються типові для депресії переживання, такі як смуток, фокусування на власних проблемах і самозвинувачення, що веде до формування депресивного афекту. Це, в свою чергу, спричиняє появу дисфункціональних когніцій,

емоційних і поведінкових патернів, які поглиблюють негативний емоційний фон, посилюють самозвинувачення та підсилюють депресивний стан. Таким чином, відбувається циклічний процес взаємодії стресових чинників, депресогенного способу переживання, афективних змін і когнітивно-поведінкових розладів, що підтримують і загострюють депресивні симптоми.

За словами психологів, одним із факторів розвитку депресії є непослідовність у підкріпленні (винагородах і покараннях). У таких умовах особистість втрачає здатність розуміти закономірності підкріплення. Наприклад, коли батьки або вихователі застосовують схвалення і покарання випадковим чином, це спричиняє плутанину у дитини, викликаючи в неї почуття безпорадності та безнадії. Ці почуття є характерними ознаками депресивного синдрому.

Залежно від причин і ступеня прояву депресивні стани класифікуються на кілька груп. Згідно з сучасними науковими підходами, депресії поділяються на психогенні, ендогенні та соматогенні. Психогенні депресивні розлади виникають внаслідок психологічних або стресових ситуацій. Ендогенні депресії можуть бути проявом таких захворювань, як шизофренія, маніакально-депресивний психоз або інволюційна меланхолія. Соматогенні депресії розвиваються на фоні різноманітних соматичних захворювань.

Нелікована депресія може мати серйозні наслідки для здоров'я, включаючи порушення сну, безсоння та ослаблення імунної системи, зазначає доктор Шіолі. Вона також асоціюється з хронічним болем та захворюваннями, деякі з яких знижують здатність до повсякденних функцій та соціальної взаємодії, що може призвести до погіршення депресії. Область мозку, що обробляє біль, знаходиться поруч з тими, що відповідають за емоційну регуляцію. Коли ми переживаємо емоційну дисрегуляцію, як у випадку депресії, це активує наші больові рецептори, і больові сигнали від периферичних нервів посилюються в мозку [2, с.176].

Депресивні розлади здатні суттєво ускладнювати міжособистісні взаємини, зокрема з членами родини та близьким оточенням. У осіб, які

страждають на депресію, нерідко виникають труднощі у вираженні емоцій і підтриманні ефективної комунікації, що спричиняє непорозуміння, емоційну дистанцію та напруження у стосунках. Як наслідок, можливе поступове відчуження, порушення соціальних зв'язків і втрата соціальної підтримки з боку родичів і друзів, що, у свою чергу, може поглиблювати перебіг депресивного стану [2].

Процес соціальної адаптації для осіб із депресивними розладами нерідко виявляється ускладненим. Основні симптоми депресії (підвищена тривожність, сумніви у власних можливостях, занижена самооцінка та схильність до соціальної ізоляції) суттєво обмежують здатність до активної участі в соціальному житті й формування нових міжособистісних контактів. Це, своєю чергою, звужує перспективи працевлаштування та уповільнює професійне зростання.

Окрім психологічних і соціальних наслідків, депресивні розлади можуть негативно впливати і на соматичний стан. Типовими фізичними симптомами є м'язовий біль, головний біль, порушення функціонування травної системи та ослаблення імунної відповіді. Усі ці прояви знижують загальну якість життя пацієнтів і створюють додаткові труднощі у виконанні щоденних обов'язків.

Депресивні розлади чинять виражений негативний вплив на професійну діяльність та освітній процес. Зниження рівня енергії, порушення концентрації уваги й втрата мотивації зумовлюють падіння загальної продуктивності, підвищення частоти допущених помилок і погіршення якості виконання професійних обов'язків. У таких осіб часто виникають труднощі з дотриманням робочого режиму, схильність до прокрастинації та втрата зацікавленості у професійній сфері. Аналогічні прояви спостерігаються і в освітньому середовищі, де депресивні симптоми ускладнюють засвоєння навчального матеріалу, знижують академічну успішність та зменшують залученість у навчальний процес [9, с.268].

Депресивні стани можуть виступати одним із чинників, що сприяють формуванню залежностей від психоактивних речовин, зокрема алкоголю чи

наркотичних засобів. З метою уникнення чи тимчасового послаблення інтенсивних негативних емоцій і внутрішньої напруги, характерних для депресії, особи нерідко вдаються до вживання цих речовин як до засобу саморегуляції. Проте подібне «полегшення» є короткочасним і, зазвичай, супроводжується подальшим погіршенням як психічного, так і соматичного здоров'я. В результаті формується замкнене коло, у якому залежність ускладнює перебіг депресії та створює додаткові бар'єри на шляху до ефективного лікування [27].

Негативні соціальні наслідки депресивних розладів поширюються не лише на саму людину, а й на її близьких родичів та друзів. Вони можуть відчувати безпорадність, оскільки не завжди розуміють, що саме стало причиною змін у поведінці та настрої близької людини. Це часто призводить до конфліктів, непорозумінь і напруженості у стосунках.

Депресія являє собою складний і багатогранний психічний розлад, що включає низку клінічних форм, кожна з яких характеризується специфічними симптомами та особливостями перебігу. До основних різновидів депресивних станів належать:

Мажорна депресія (клінічна депресія) – найбільш поширена форма розладу, що супроводжується глибоким пригніченням емоційного стану, втратою інтересу до життя, хронічною втомою, змінами апетиту та маси тіла, порушеннями сну, труднощами концентрації, почуттям безнадії, провини й зниженням самооцінки.

- дистимія (хронічна депресія) – тривалий, щонайменше дворічний, депресивний стан з менш вираженою, але стійкою симптоматикою, що включає знижений настрій, апатію, втомлюваність, а також песимістичне сприйняття майбутнього;
- біполярний афективний розлад (маніакально-депресивний синдром) – характеризується чергуванням фаз манії (підвищеного настрою, гіперактивності, ейфорії) та депресії (пригніченості, втрати інтересу до діяльності, емоційної спустошеності);

- сезонний афективний розлад (сезонна депресія) – виникає переважно у холодну пору року, що пов'язано зі зменшенням світлового дня; проявляється сонливістю, пригніченим настроєм, апатією, зниженням енергії та змінами у харчовій поведінці;
- посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – психічний стан, що виникає після переживання тяжких або травматичних подій, проявляється нав'язливими спогадами, підвищеною тривожністю, порушеннями сну, емоційною гіперзбудливістю та уникненням ситуацій, пов'язаних із травмою;
- атипова депресія – форма, що супроводжується нетиповими для класичної депресії симптомами, такими як підвищений апетит, гіперсомнія, підвищена емоційна чутливість і відчуття важкості у кінцівках;
- посттравматична депресія – виникає внаслідок черепно-мозкової травми, супроводжується когнітивними порушеннями, змінами настрою, загальною психічною загальмованістю та емоційним виснаженням;
- післяпологова депресія – розвивається у жінок після пологів, характеризується підвищеною емоційною вразливістю, тривожністю, апатією, дратівливістю, почуттям провини та труднощами у встановленні емоційного контакту з дитиною [20, с.83].

Кожна форма депресії відрізняється за тривалістю, глибиною проявів та характером перебігу, тому вкрай важливо своєчасно встановити точний діагноз і звернутися по кваліфіковану психіатричну або психотерапевтичну допомогу. Рання інтервенція дозволяє ефективніше контролювати симптоми, покращити психоемоційний стан пацієнта та відновити якість життя. Депресія є не просто емоційною реакцією на стрес чи втрату, а серйозним психічним розладом із системним впливом на весь організм. Окрім емоційної пригніченості, вона часто супроводжується соматичними симптомами – такими як хронічні болі, порушення сну, розлади апетиту, зниження імунного захисту, гормональні

дисбаланси та загальне фізичне виснаження. Ускладнення можуть також включати порушення серцево-судинної, шлунково-кишкової й нервової систем. Особливу загрозу становить той факт, що депресивний стан суттєво підвищує ризик суїцидальних думок і поведінки. Саме тому розлад потребує комплексного лікування з використанням медикаментозної терапії, психотерапії та соціальної підтримки. Усвідомлення серйозності депресії як хвороби та зменшення стигматизації психічних розладів є ключовими кроками до ефективної профілактики й своєчасного втручання [20, с.83].

Отже, депресія є поширеним і серйозним психічним розладом, який суттєво впливає на емоційний стан, когнітивні процеси та здатність людини справлятися з повсякденними завданнями, включаючи сон, харчування та професійну діяльність. Це захворювання відноситься до психічних розладів, але в разі відсутності лікування може призвести до значного погіршення стану, розвитку тяжких форм депресії, виникнення супутніх психічних розладів та навіть спричинити розвиток психосоматичних захворювань.

1.2. Симптоми депресивних станів

Депресії та депресивні стани виникають під впливом різноманітних причин і характеризуються широким спектром проявів, що зумовлює необхідність впорядкування та систематизації депресивної симптоматики. Такий підхід дозволяє покращити розуміння патології, сприяє точнішій діагностиці та підвищує ефективність вибору лікувальних стратегій [19, с.209].

Психічні депресивні розлади у представників різних вікових груп мають варіабельні клінічні прояви, що обумовлює необхідність застосування індивідуалізованого підходу під час надання психологічної підтримки. Такий диференційований метод забезпечує більш ефективне врахування вікових особливостей пацієнтів та сприяє оптимізації терапевтичних втручань [8, с.166].

Відповідно до концепції С. Пфайфера, клінічна симптоматика депресивних розладів включає чотири основні групи ознак:

- перша група охоплює афективні порушення, які проявляються як розлад емоційної сфери: ангедонія (втрата здатності до переживання радості), відчуття втрати життєвої енергії і надії, вітальна туга, внутрішній неспокій, страхи, емоційна спустошеність та апатія;
- друга група пов'язана з когнітивними порушеннями, що характеризуються уповільненням мисленнєвих процесів, дефіцитом пам'яті та уваги, депресивним забарвленням думок, а також труднощами у прийнятті рішень, спричиненими негативними автоматичними думками;
- третя група симптомів стосується порушень психомоторної сфери, які можуть проявлятися як гальмування рухів і зниження рухової активності (гіпокінезія), так і надмірна метушливість та підвищена рухова активність (гіперкінезія);
- четверта група включає соматовегетативні розлади, що виявляються підвищеною втомою, виснаженням, порушеннями сну й апетиту, коливаннями маси тіла, больовими симптомами та неприємними соматичними відчуттями в різних органах і системах організму [26].

Отже, згідно з концепцією С. Пфайфера, депресивні стани відзначаються різноманітною симптоматикою, що включає порушення емоційної, когнітивної, психомоторної та соматичної сфер функціонування людини. Інтенсивність проявів та співвідношення окремих симптомів можуть змінюватися залежно від типу та тяжкості депресивного розладу [26].

У Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду депресивні розлади визначаються як стани, що характеризуються наявністю депресивного афекту, вираженого помітним пригніченим настроєм (смуток, дратівливістю, відчуттям емоційного спустошення) або ангедонією. Ці стани супроводжуються різноманітними когнітивними, поведінковими (зокрема, зниженням активності) та нейровегетативними симптомами, такими як порушення сну, апетиту та зниження енергетичного потенціалу. Вказані симптоми суттєво знижують

здатність особи до ефективного функціонування в ключових життєвих сферах [47].

Депресивні розлади характеризуються формуванням специфічного афективного стану, який на початковому етапі зумовлений психотравмуючими обставинами [33]. На ранніх стадіях пацієнти схильні до надмірного драматизування подій, перекладаючи відповідальність на зовнішні фактори або власну долю. У центрі їх емоційного досвіду перебуває глибоке занурення в негативний емоційний стан, що супроводжується соматичними порушеннями.

Проте з плином часу симптоматика набуває переважно ендogenous характеру, що супроводжується посиленням афективних порушень та вегетативних проявів. У пацієнтів з'являються рухова загальмованість, апатія, порушення концентрації уваги та когнітивних функцій, хоча на початкових етапах ці симптоми можуть інтерпретуватися ними як забудькуватість чи втома.

На пізніших стадіях значимість психотравматичних факторів поступово зменшується, а клінічна картина набуває типових ознак ендogenous депресії: домінують ідеї самозвинувачення, добові коливання настрою із покращенням у вечірні години, а також виражені соматовегетативні розлади.

Прогресування депресивного розладу супроводжується зміщенням патогенетичного акценту з психогенних причин на посилення біологічних детермінант афективних порушень. Відбувається поступова трансформація клінічної симптоматики із зростанням ендogenous ознак та одночасним зниженням ролі первинного психотравмуючого фактора [25].

Як зазначає О. Тімченко, у осіб із схильністю до депресивних розладів стресові події можуть виступати каталізатором, що запускає ланцюгову реакцію негативних психічних процесів. Стресові чинники активують типові для депресивного стану переживання – смуток, зосередженість на власних проблемах, самозвинувачення – які сприяють формуванню депресивного афекту. Цей афект, своєю чергою, призводить до виникнення дисфункціональних когнітивних, емоційних та поведінкових патернів, що підтримують і посилюють негативний емоційний стан, інтенсифікують

самокритику й загострюють депресивний стан особистості. Таким чином, формується циклічна взаємодія між стресовими подразниками, депресогенним стилем переживань, афективними змінами та когнітивно-поведінковими порушеннями, що сприяє підтриманню депресивної симптоматики [33].

Депресивні стани та депресія можуть виникати з різних причин і мати різноманітні прояви, що робить важливим питання їх класифікації та систематизації. Згідно з МКХ-10, депресія та депресивні розлади належать до групи розладів настрою, що охоплює стани, при яких основним порушенням є зміна емоційного фону, спрямована в бік депресії (з тривогою або без неї) або піднесення. Зміни настрою зазвичай супроводжуються варіаціями загального рівня активності. Більшість інших симптомів є вторинними або можуть бути пояснені на тлі цих змін (МКХ-10). Депресивні симптоми поділяються на основні та додаткові. Для діагностики депресії, відповідно до МКБ-10, повинно бути присутнє два основних симптоми та не менше трьох додаткових.

До основних симптомів депресії відносяться:

- тривалий пригнічений настрій, який не залежить від зовнішніх обставин (більше ніж два тижні);
- ангедонія – втрата інтересу або задоволення від діяльності, що раніше приносила задоволення; виражена стомленість або «занепад сил», що характеризується стабільністю цього стану протягом тривалого часу (наприклад, протягом місяця).

До додаткових симптомів належать:

- песимізм, почуття провини, марності, тривоги і (або) страху;
- знижена самооцінка;
- труднощі з концентрацією та прийняттям рішень;
- думки про смерть і (або) самогубство;
- нестабільний апетит, значне зменшення або збільшення ваги;
- порушення сну, включаючи безсоння або гіперсомнію (МКХ-10).

Загалом, в сучасній медичній практиці застосовують два основні підходи до класифікації депресивних розладів. Перший підхід базується на

Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10), яка відповідає критеріям Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та є обов'язковою в медичній практиці в таких країнах, як Хорватія, Росія, Україна, Австралія та інші. Інший підхід використовує критерії, зазначені в «Посібнику з діагностики та статистики психічних розладів» (DSM-IV), який є основним для американської системи охорони здоров'я та застосовується в більшості досліджень депресивних станів (дод.А) [25].

Залежно від кількості та інтенсивності симптомів депресивні стани поділяються на легкі, помірно виражені та важкі. Легкі депресивні стани характеризуються наявністю двох або трьох основних симптомів. Пацієнт, хоча і відчуває значне нездужання, здебільшого може продовжувати виконувати основні види діяльності. Для депресивних станів середнього ступеня вираженості характерно проявлення чотирьох або більше симптомів. В цьому випадку пацієнт стикається з серйозними труднощами у виконанні звичних завдань. Важка форма депресії без психотичних симптомів супроводжується вираженими симптомами, що значно знижують самооцінку, спричиняють почуття власної непотрібності або провини. Типовими є суїцидальні думки чи спроби, а також наявність численних псевдосоматичних проявів (МКХ-10).

Вияв депресивних розладів у дітей суттєво відрізняється від їх виявів у дорослих [8, с.167] (табл.1.1).

Таблиця 1.1

Прояви депресивних розладів у дітей в залежності від віку

Вік дитини	Прояви депресивного стану
0–3 роки	Порушення харчової поведінки, проблеми зі сном (сонливість), ангедонія, підвищена дратівливість, безпідставний сум, зниження активності, незацікавленість улюбленими іграми, агресія під час ігор
3–6 років	Дисфункціональні порушення сну, скарги на біль соматичної природи (біль у животі чи головний біль), сум, схильність до інтроверсії, агресивність, обмеження ігрової поведінки, відчуття провини, виснаження, когнітивні обмеження, енурез/енкопрез
6–12 років	Переважають страхи, вербалізоване почуття смутку, труднощі у навчальній діяльності, соціальна ізоляція, а також наявність суїцидальних думок
12–19 років	Нав'язливі суїцидальні думки, апатія, соціальна ізоляція, безсоння, самопошкодження, коливання настрою, зниження працездатності, втрата інтересу, саможалоштва поведінка, схильність до злочинності, хронічна втома, вживання психоактивних речовин, зниження самооцінки

Джерело: [8, с.167]

Для неповнолітніх депресивні стани характеризуються порівняно високим рівнем ремісій (близько 33%), що водночас пов'язано з великим ризиком переходу захворювання у хронічну форму (до 80%) до досягнення ними повноліття. Зі збільшенням числа депресивних епізодів значно підвищується ймовірність рецидивів.

Зі збільшенням кількості депресивних епізодів істотно зростає ймовірність повторних загострень. За даними досліджень, після першого депресивного епізоду ризик рецидиву становить близько 60%, при двох епізодах – 70%, а при трьох і більше – понад 90%. Підвищення частоти епізодів супроводжується посиленням симптоматики, що може спричинити формування резистентної депресії. Згідно з дослідженнями К. Біседо, депресивні епізоди у молодих пацієнтів зазвичай тривають менше 10 тижнів, тоді як у осіб похилого віку їх тривалість може перевищувати 20 тижнів [43].

Депресія може мати спадкову природу: особи, які мають близьких родичів, що страждають від депресії, піддаються вдвічі або втричі вищому ризику розвитку цього розладу, відповідно до даних Stanford Medicine. Найвищий рівень поширеності депресії спостерігається серед осіб віком від 18 до 29 років і становить 21%, після чого йдуть особи віком від 45 до 64 років (18,4%), віком від 65 років і старше (18,4%) та особи віком від 30 до 44 років (16,8%).

Депресія також асоціюється з різноманітними хронічними захворюваннями. Наприклад, 51% пацієнтів з хворобою Паркінсона, 42% пацієнтів з раком, 27% пацієнтів з діабетом та 17% пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями одночасно страждають від депресії. Згідно з даними Mental Health America, 28,2% дорослих не отримують необхідного лікування депресії та інших психічних розладів. При цьому 42% дорослих повідомляють, що не могли отримати належну медичну допомогу через фінансові труднощі [41].

Отже, хоча депресивні розлади мають спільні ознаки незалежно від віку, ступінь їх вираженості та глибина психічного порушення значною мірою

залежать від усвідомленості особи щодо власного стану. Усвідомлення проблеми сприяє зверненню за професійною допомогою, що дозволяє запобігти формуванню рецидивів. Натомість відсутність визнання психічного розладу та спроби подолати його самостійно можуть призводити до хронізації патології, ускладнень і тривалого перебігу, що значно ускладнює або навіть унеможливорює повне одужання [8, с.170].

У психології виділяють типові симптоматичні прояви депресії, які поділяються на кілька основних груп.

- емоційні прояви включають пригнічений настрій, тугу, розпач, страждання, дратівливість, тривожність, втрату здатності отримувати задоволення від раніше приємних занять та зниження інтересу до навколишнього світу;
- фізіологічні прояви охоплюють порушення сну (безсоння або підвищену сонливість), дисфункції травної системи, такі як запори, зміни апетиту у вигляді втрати або переїдання, зниження лібідо, болі в серці, шлунку, м'язах, а також зниження загального рівня енергії;
- поведінкові прояви проявляються у вигляді соціальної ізоляції, уникання спілкування, відмови від раніше улюблених розваг, зловживання алкоголем або психоактивними речовинами, що тимчасово полегшують стан;
- когнітивні прояви характеризуються труднощами з прийняттям рішень, зниженням концентрації уваги, переважанням негативних і песимістичних думок про себе, заниженою самооцінкою, думками про самогубство, особливо при тяжкій депресії, відчуттям власної непотрібності чи незначимості, уповільненістю мислення [19, с.213].

Депресія зазвичай розвивається поступово, проходячи послідовні стадії розвитку, наведемо їх на рис.1.1.

Слід враховувати, що депресія є не просто пригніченим емоційним станом, а комплексним синдромом, що включає специфічні психологічні прояви. Наявність депресивних симптомів не завжди свідчить про наявність

психічного захворювання, а може бути наслідком значного стресового навантаження та втоми, пов'язаної з інтенсивними життєвими випробуваннями [32, с.7].



Рис.1.1. Стадії депресивних станів

Джерело: розроблено автором за [20, с.83]

Тенгізович К. Г. та Родченко Л. відмічають, що в умовах воєнного стану психічні розлади можуть розвиватися за двома основними напрямками:

- по-перше, збільшується поширеність депресивних, тривожних, фобічних, посттравматичних та інших тяжких психічних порушень внаслідок ескалації конфлікту;
- по-друге, відбувається нехтування необхідністю впровадження психопрофілактичних та реабілітаційних заходів [32, с.9].

Отже, досліджуючи психологічні прояви депресивних станів виділяють переважно емоційні, когнітивні, фізіологічні та поведінкові симптоми. Депресивна поведінка чинить негативний вплив як на психічне, так і на фізичне

здоров'я індивіда і може проявлятися на будь-якому етапі його життя. У цьому розділі було здійснено теоретико-методологічний аналіз проблеми депресивних станів серед молоді. Встановлено, що депресія є складним психічним розладом, який охоплює емоційні, когнітивні, поведінкові та соматичні прояви. Проаналізовано основні наукові підходи до розуміння депресії, її причини, механізми розвитку та наслідки для особистості. Визначено, що молодь є особливо вразливою до депресивних станів через вікові, соціальні та психологічні особливості розвитку. Розглянуто основні симптоми депресії, чинники ризику та сучасні підходи до її профілактики й подолання. З'ясовано, що важливими ресурсами подолання депресивних станів є життєстійкість, система цінностей, соціальна підтримка та своєчасна психологічна допомога. Отримані теоретичні результати стали основою для проведення емпіричного дослідження в майбутньому.

1.3. Особливості подолання депресивних станів у молоді

Депресивні стани негативно впливають на життя людини. Депресія спричиняє соціальну ізоляцію, ускладнює комунікацію з близькими, провокує сімейні конфлікти та призводить до втрати соціальної підтримки. Вона негативно впливає на професійне життя, викликаючи труднощі в роботі чи навчанні, що, у свою чергу, може спричинити фінансові проблеми. Крім того, депресивний стан обмежує здатність виконувати повсякденні завдання та підвищує ризик розвитку супутніх психічних розладів, таких як панічні атаки, анорексія або ангедонія. Своєчасне виявлення та лікування депресії є критично важливим для запобігання тяжким ускладненням і значного покращення якості життя пацієнтів [20, с.83].

Оскільки подолання та корекція депресивних станів зазвичай потребують тривалого часу, існує широкий спектр методів лікування цього розладу. Різні терапевтичні напрямки та школи пропонують специфічні підходи, тому важливо обрати метод, який максимально відповідає індивідуальним особливостям

перебігу захворювання у кожного пацієнта. При цьому слід враховувати клінічну симптоматику, етіологічні чинники та ступінь вираженості депресивних проявів [8].

Для подолання депресивних станів застосовують психотерапевтичні методики з елементами тілесноорієнтованої терапії, дихальної гімнастики, аутотренінгу, вправ на м'язову релаксацію, а також музичну та танцювальну терапію. Крім того, використовують імажинативну терапію, символдраму, гештальт-терапію та психодраму [7].

Психоаналітичний підхід до роботи з депресивними станами може застосовуватися на пізніших етапах терапії, коли пацієнт здатен усвідомлено диференціювати «Я», сформовані передумови для опору терапевтичному процесу, а також розвинена здатність до символутворення, що забезпечує ефективність вербальної взаємодії.

Тілесно-орієнтована терапія є унікальним і ефективним засобом особистісного розвитку, спрямованим на інтеграцію почуттів, розуму та тілесних відчуттів. Вона допомагає відновити порушені і сформувати відсутні зв'язки між цими сферами, створюючи умови для прийняття власного тілесного образу. Робота з тілом відкриває терапевтичні можливості «поза цензурою свідомості», що дозволяє виявити глибинні причини проблем і отримати доступ до несвідомих рівнів психіки [11].

Для клієнтів із депресивними проявами рекомендовано практику танцювально-рухової терапії під ритмічну мажорну музику, що має тонізуючий вплив, а також парні вправи, спрямовані на покращення сприйняття зовнішніх і внутрішніх стимулів. У процесі терапії опрацьовують теми «злетів і падінь», втрати та смерті. Для розвитку навичок контролю агресії ефективною є індивідуальна робота з уявним мечем. Масаж та інші форми фізичного контакту між учасниками сприяють розслабленню м'язів і зон хронічної напруженості, а також виступають засобом підтримки й заспокоєння дезадаптивних психоемоційних установок

При подоланні депресії важливо проводити роботу з клієнтами, спрямовану на виявлення їх ресурсних станів, фіксацію внутрішньої сили та формування навичок самодопомоги за допомогою візуалізації образів, «танцю сили», а також розвитку емоційного діапазону та комунікативних умінь як на вербальному, так і на невербальному рівнях. Значну увагу слід приділяти спонтанності й креативності, що базуються на автентичному танці. Регулярність виконання знайдених ефективних практичних технік є критичною, оскільки систематичне щоденне повторення виступає необхідною умовою досягнення тривалого психотерапевтичного ефекту [11; 23].

З метою психологічної профілактики депресивних станів застосовують когнітивно-поведінкову психотерапію, ключовою перевагою якої є оперативне покращення самопочуття клієнтів із подальшим збереженням позитивного ефекту у довгостроковій перспективі. Цей підхід навчає пацієнтів ставати власними терапевтами, що сприяє формуванню навичок саморегуляції.

Психологічна профілактика виступає ефективним засобом подолання депресивних проявів, орієнтованим на корекцію психосоматичних порушень. Вона сприяє зняттю тілесного напруження, відновленню ресурсів особистості та активації життєтворчих процесів. Впровадження психотерапевтичних методів і технік у комплексі з іншими терапевтичними підходами та медикаментозним лікуванням значно підвищує ефективність покращення психосоматичного стану пацієнтів [7].

Фундаментом формування захисного бар'єру проти депресії є схильність до позитивного мислення. Важливо обговорювати свої думки, переживання і страхи з близькими, друзями або особами, які переживають подібні емоції. Водночас не рекомендується прагнути догоджати усім оточуючим або ставити перед собою надмірно високі, нереалістичні цілі. Особливу увагу слід приділяти регулярному психологічному та фізичному відпочинку [23].

Також доцільно застосовувати техніки системно-сімейної терапії, зокрема структурну сімейну психотерапію, когнітивно-поведінкову системну психотерапію та емпіричну системну психотерапію. Відповідно до концепції

сімейносистемної терапії Мюррея Боуена, депресія та стрес виникають у разі, коли рівень тривоги перевищує здатність сімейної системи справлятися з чинниками стресу. Терапевтичний вплив у межах цього підходу спрямований на зниження рівня тривоги, підвищення рівня самодиференціації особистості та досягнення «звільнення від емоційного хаосу». Психолог має звертати увагу на усвідомлення клієнтом власної активної ролі у взаєминах як у сімейній системі, так і в інших соціальних контекстах [22].

Для подолання депресивних станів використовують різноманітні види невербальної та напіввербальної психотерапії, серед яких тілесно-орієнтована терапія, дихальна гімнастика, аутотренінг, вправи на м'язову релаксацію, музична терапія, танцювальна терапія, імажинативна терапія, символдрама, гештальт-терапія та психодрама. Психоаналітична терапія застосовується на пізніших етапах лікування, коли у пацієнта з депресією достатньо диференційована структура «Я», сформувалися передумови для роботи з психічним опором та розвинулася здатність до символотворення, що є необхідною умовою ефективності вербальної взаємодії [22].

Тілесно-орієнтована терапія виступає як ефективний засіб особистісного зростання і цілісного розвитку, що інтегрує емоційні, когнітивні та соматичні аспекти досвіду індивіда. Вона сприяє відновленню порушених та формуванню нових зв'язків між почуттями, розумом і тілесними відчуттями, забезпечуючи умови для усвідомленого прийняття власного тілесного образу. Терапевтична робота з тілом відкриває можливість впливу, що здійснюється поза межами свідомого контролю, що дає змогу глибше розкрити причини психологічних труднощів та отримати доступ до неусвідомлених рівнів психіки.

Клієнтам із проявами депресії рекомендовано виконувати танцювально-рухові вправи під ритмічну мажорну музику, що має тонізуючий ефект. Ефективною є також парна робота, спрямована на покращення сприйняття зовнішніх і внутрішніх стимулів, а також опрацювання тематики «злетів і падінь», втрат і смерті. Для розвитку навичок контролю та регуляції агресії доцільно використовувати індивідуальні вправи із застосуванням уявного меча.

Масаж і інші форми фізичних контактів між учасниками допомагають знімати м'язову напругу в хронічно затиснутих ділянках, водночас виконуючи функцію підтримки та заспокоєння дезадаптивних установок. У процесі терапії важливо працювати над виявленням і фіксацією ресурсних станів клієнтів за допомогою візуалізації образів, «танцю сили», а також розвитку емоційного діапазону, комунікативних навичок на вербальному й невербальному рівнях, спонтанності та креативності на основі автентичного танцю. Регулярне, щоденне повторення опрацьованих практичних навичок є ключовою умовою ефективності психотерапевтичного впливу у подоланні депресивних станів [6;7].

Для психологічної профілактики депресивних станів широко застосовують когнітивно-поведінкову психотерапію, основною перевагою якої є швидке покращення самопочуття пацієнтів із подальшим утриманням позитивних результатів у довгостроковій перспективі.

Комплексний підхід до подолання депресії передбачає поєднання медикаментозної терапії, психотерапевтичних методик, соціальної підтримки та змін у способі життя. Медикаментозне лікування, зазвичай, базується на застосуванні антидепресантів, які сприяють відновленню хімічного балансу в головному мозку. Психотерапевтичні методи зосереджені на виявленні та корекції деструктивних патернів мислення, що підтримують депресивний стан. Соціальна підтримка є важливою складовою терапії, оскільки вона сприяє зниженню відчуття ізоляції та підсилює соціальні зв'язки. Це може бути реалізовано через участь у групах підтримки, залучення до різноманітних соціальних активностей або отримання підтримки від близького оточення [10, с.231].

Отже, депресія являє собою складний багатофакторний психічний розлад, що формується під впливом взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів. Характер перебігу депресії може варіюватися від легких, тимчасових порушень до тяжких форм, які потребують спеціалізованого медичного втручання. Клінічні прояви депресії включають емоційні, когнітивні, фізіологічні та поведінкові зміни, що істотно погіршують якість життя пацієнта.

Врахування гендерних і вікових особливостей захворювання є необхідною умовою для розробки індивідуалізованих підходів до діагностики та терапії. Рання діагностика та своєчасне втручання мають ключове значення для запобігання ускладненням та підвищення рівня життя хворих.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОДОЛАННЯ ДЕПРЕСІЇ МОЛОДДЮ

2.1. Організація та методики дослідження

Відповідно до мети та завдань дослідження було організовано та проведено емпіричне дослідження особливостей подолання депресії молоддю. Вибірка дослідження склала 59 осіб віком від 18 до 35 років, 49 жінок та 10 чоловіків.

Мета дослідження – виявити особливості подолання депресії молоддю.

Етапи проведення емпіричного дослідження особливостей подолання депресії молоддю включали (рис.2.1).

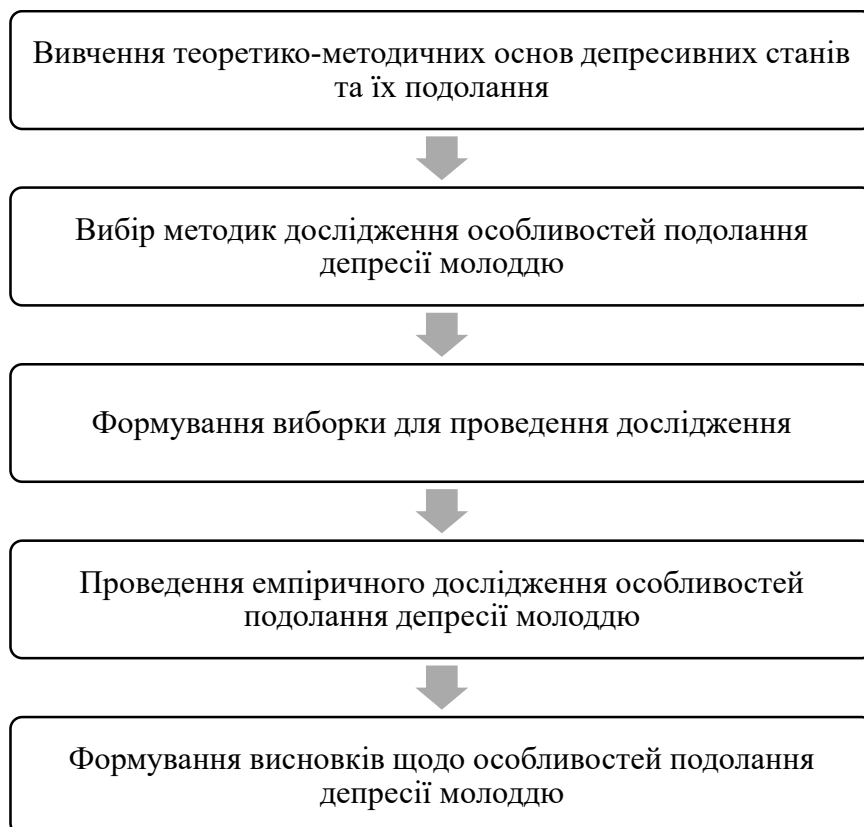


Рис.2.1. Етапи проведення емпіричного дослідження особливостей подолання депресії молоддю

Джерело: розроблено автором

Для проведення дослідження особливостей подолання депресії молоддю було обрано наступні методики:

1. Опитувальник «Шкала депресії» Бека (в адаптації Тарабріної М. В.) – для визначення наявності депресії у особистості (дод.Б).
2. Тест життєстійкості Мадді (дод.Д)
3. Методика Ш. Шварца PVQ «Портрет цінностей» (адаптація Семків І.) (дод.В).

Опитування проводилось в Гугл-формі в дистанційному режимі, період проведення опитування – січень 2025-травень 2025 року.

Шкала депресії Бека в адаптації Тарабріної М. В.

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory), запропонована А.Т. Беком, була розроблена на основі клінічних спостережень, які дозволили виявити обмежений набір найбільш значущих симптомів депресії та типових скарг. За допомогою двох підшкал (когнітивно-афективної та соматичних проявів депресії) поступово оцінюється інтенсивність 21 симптому депресії. Ця шкала є простою та зручною для використання.

Шкала депресії Бека відзначається високою релевантністю та специфічністю, розроблених для застосування в клінічній практиці з метою діагностики та оцінки рівня депресивних розладів. Незважаючи на час її створення, шкала депресії Бека не втратила актуальності і активно використовується в психіатричній та психотерапевтичній практиці і сьогодні. Існує три варіанти цього опитувальника: BDI, BDI-1A та BDI-II. Нами обрано для дослідження варіант шкали в адаптації Тарабріної М. В.

Методика складається з 21 питання, кожне з яких оцінюється за чотирибальною шкалою (від 0 до 3). Загальний бал дозволяє визначити ступінь депресії, від легкого до важкого. Застосування цієї шкали допомагає не лише діагностувати депресію, а й оцінити її динаміку при проведенні психологічного лікування або корекції.

Кожну відповідь оцінюють за шкалою від 0 до 4. Вищі загальні бали вказують на більш виражені симптоми депресії. Стандартні межі балів дещо відрізняються від оригінальної версії BDI:

- 0–13: мінімальний рівень депресії;
- 14–19: легкий рівень депресії;
- 20–28: помірний рівень депресії;
- 29–63: важка депресія.

Тест життєстійкості Мадді

Тест життєстійкості Мадді (Maddi Hardiness Test), розроблений американським психологом Сьюзен Мадді, базується на концепції життєстійкості як комплексу особистісних характеристик, що визначають здатність людини ефективно долати стресові ситуації, адаптуватися до змін і зберігати психологічну рівновагу. Методика оцінює три основні компоненти життєстійкості: залученість, контроль та прийняття виклику.

Тест складається з 45 тверджень, кожне з яких оцінюється за чотирибальною шкалою:

- «ні» – 0 балів,
- «скоріше ні, ніж так» – 1 бал,
- «скоріше так, ніж ні» – 2 бали,
- «так» – 3 бали.

Для пунктів із зворотним кодуванням оцінки нараховуються у зворотному порядку (від 3 до 0 балів), що дозволяє уникнути упереджень у відповідях.

Підсумовується загальний бал життєстійкості та окремі бали трьох субшкал:

- залученість (commitment), що відображає ступінь активної участі у житті та знаходження сенсу в подіях;
- контроль (control) – віра у власний вплив на життєві обставини;
- прийняття виклику (challenge) – готовність розглядати труднощі та зміни як можливості для особистісного зростання.

Отримані результати дозволяють класифікувати рівень життєстійкості як низький, середній або високий. Тест використовується для діагностики особистісних ресурсів, корекції психоемоційного стану, а також у професійній орієнтації та підвищенні адаптивності до стресу.

Методика Ш. Шварца PVQ «Портрет цінностей» (адаптація Семків І.)

Методика «Портрет цінностей» (Portrait Values Questionnaire, PVQ), розроблена соціальним психологом Шаломом Шварцом, базується на його теорії базових цінностей, які визначають мотивацію поведінки людини. Ця теорія виділяє десять основних цінностей, які відображають універсальні орієнтири в житті: влада, досягнення, гедонізм, стимуляція, самовизначення, безпека, конформізм, традиція, благополуччя і універсалізм [31, с.20].

Методика PVQ складається з 40 коротких описів особистостей, кожен із яких виражає певне ціннісне ставлення або орієнтир. Випробуваний оцінює, наскільки кожен опис схожий на нього, за шкалою від 1 («дуже не схоже») до 6 («дуже схоже»). Таким чином, PVQ дозволяє індивідуально виміряти інтенсивність кожної із десяти базових цінностей

Методика вимірює десять основних цінностей, які згруповані в три більші групи відповідно до теорії Шварца:

- конформізм (Conformity) – цінність самоконтролю, стриманості від дій, які можуть образити інших або порушити соціальні норми;
- традиція (Tradition) – повага і прийняття культурних чи релігійних традицій, скромність, покірність;
- доброзичливість (Benevolence) – турбота про близьких, дружність, допомога і підтримка рідних і знайомих;
- універсалізм (Universalism) – розуміння, терпимість і захист добробуту всіх людей і природи загалом;
- самостійність (Self-Direction) – незалежність, свобода думки і дій, творче самовираження;
- стимуляція (Stimulation) – прагнення до новизни, змін, викликів і різноманіття у житті;

- гедонізм (Hedonism) – задоволення, насолода життям і отримання радості від нього;
- досягнення (Achievement) – прагнення до успіху, визнання через особисті досягнення і компетентність;
- влада (Power) – контроль над людьми та ресурсами, статус і престиж;
- безпека (Security) – прагнення до стабільності, захищеності, впевненості у майбутньому.

Формула для розрахунку коефіцієнта кореляції Пірсона має такий вигляд:

$$r = \frac{\sum (X_i - \bar{X})(Y_i - \bar{Y})}{\sqrt{\sum (X_i - \bar{X})^2 * \sum (Y_i - \bar{Y})^2}} \quad (2.1)$$

де, X_i та Y_i – значення спостережень для першої та другої змінних відповідно,

$\bar{X}$ та $\bar{Y}$ – середні значення відповідних змінних;

$\sum$ – сума по всіх спостереженнях.

Коефіцієнт кореляції може набувати значень у діапазоні від -1 до 1. Якщо значення близьке до 1 або до -1, це вказує на статистично значущий кореляційний зв'язок між параметрами, а значення, наближене до 0, свідчить про статистично незначущого кореляційний зв'язку.

Сформуємо гіпотезу дослідження, що існує зв'язок між рівнем депресії у молоді та її цінностями та рівнем життєстійкості, що впливає на способи подолання депресії.

Отже, за допомогою методик опитувальник «Шкала депресії» Бека (в адаптації Тарабріної М. В.), тест життєстійкості Мадді та «Портрет цінностей» Ш. Шварца PVQ (адаптація Семків І.) було проаналізовано особливості подолання депресії молоддю. Було висунуто гіпотезу про зв'язок між рівнем депресії у молоді та її цінностями та рівнем життєстійкості, що впливає на способи подолання депресії.

2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

За результатами опитування учасників вибірки через гугл-форму було оброблено результати опитування за кожною з методик та проведено аналіз отриманих результатів.

Первинні статистики для показників за методикою «Шкала депресії Бека» (в адаптації Тарабріної М. В.) наведено в табл.2.1.

Таблиця 2.1

Первинні статистики для показників за методикою «Шкала депресії Бека» (в адаптації Тарабріної М. В.)

Респонденти	Мінімальне значення	Максимальне значення	Мода	Медіана	Середнє значення	Стандартне відхилення
Загалом	2	56	16	23	23,63	13,89
Жінки	3	56	16	23	23,43	13,89
Чоловіки	2	38	6	23	24,60	14,30

Джерело: розраховано за результатами опитування

З табл. 2.1 бачимо, що відповідно до проведеного дослідження мінімальне значення за шкалою депресії Бека склало 2 бали, а максимальне – 56 балів, що свідчить про широкий діапазон індивідуальних відмінностей у рівні депресивних проявів серед респондентів. Мода загального показника становить 16 балів, тобто саме це значення зустрічалося найчастіше. Медіанне значення (23 бали) та середнє значення (23,63 бала) практично збігаються, що вказує на відносно симетричний розподіл показників у вибірці. Стандартне відхилення становить 13,89 бала, що свідчить про значну варіативність результатів. Схожі тенденції простежуються і в розподілі за статтю: середнє значення серед жінок (23,43 бала) трохи нижче, ніж серед чоловіків (24,60 бала), однак стандартне відхилення у чоловіків є вищим (14,30 бала), що може свідчити про більшу розбіжність у рівні депресивних симптомів у цій підгрупі.

За шкалою депресії Бека (в адаптації Тарабріної М. В.) було розраховано рівень депресії у досліджуваних. Результати наведено в табл.2.2.

Результати оцінювання прояву депресії у досліджуваних за шкалою депресії Бека (в адаптації Тарабріної М. В.)

Рівень прояву депресії	Загалом (N=59)		Жінки (N=49)		Чоловіки (N=10)	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
відсутність депресії	13	22,03%	11	22,45%	2	20,00%
легка депресія	10	16,95%	9	18,37%	1	10,00%
помірна депресія	13	22,03%	11	22,45%	2	20,00%
важка депресія	23	38,98%	18	36,73%	5	50,00%
всього	59	100,00%	49	100,00%	10	100,00%

Джерело: розраховано за результатами опитування

Загалом, у 22,03% опитаних (13 осіб) виявлено відсутність депресії, що свідчить про емоційну стабільність і низький рівень психоемоційного напруження. Легка депресія була зафіксована у 16,95% респондентів (10 осіб). Такі прояви можуть включати періодичні епізоди зниженого настрою, втому, зниження мотивації, однак зазвичай не порушують функціонування в основних сферах життя. Помірна депресія виявлена також у 22,03% опитаних (13 осіб), що свідчить про наявність помітних симптомів – таких як апатія, розлади сну, негативне самосприйняття, зниження активності, – які потребують психокорекції або психотерапевтичного супроводу. Найвищу частку склали респонденти з важкою депресією – 38,98% (23 особи), що свідчить про серйозні порушення у психоемоційному стані, які можуть супроводжуватись відчуттям безнадії, ідеями самозвинувачення, відчуттям ізоляції та вимагають професійної психологічної або психіатричної допомоги.

Результати оцінювання прояву депресії у досліджуваних за шкалою депресії Бека за статтю наведемо на рис.2.2. У жіночій вибірці (N=49) спостерігається така ж частка осіб без проявів депресії, як і в загальній – 22,45% (11 осіб). Легкий рівень депресії відзначено у 18,37% жінок (9 осіб), що дещо вище, ніж у загальній вибірці. Помірний рівень спостерігається також у 22,45% жінок (11 осіб). Частка жінок із важкою депресією становить 36,73% (18 осіб), що трохи нижче загального показника. Це вказує на переважання легких і

помірних форм депресії серед жінок, хоча й частка тяжких станів залишається значною.

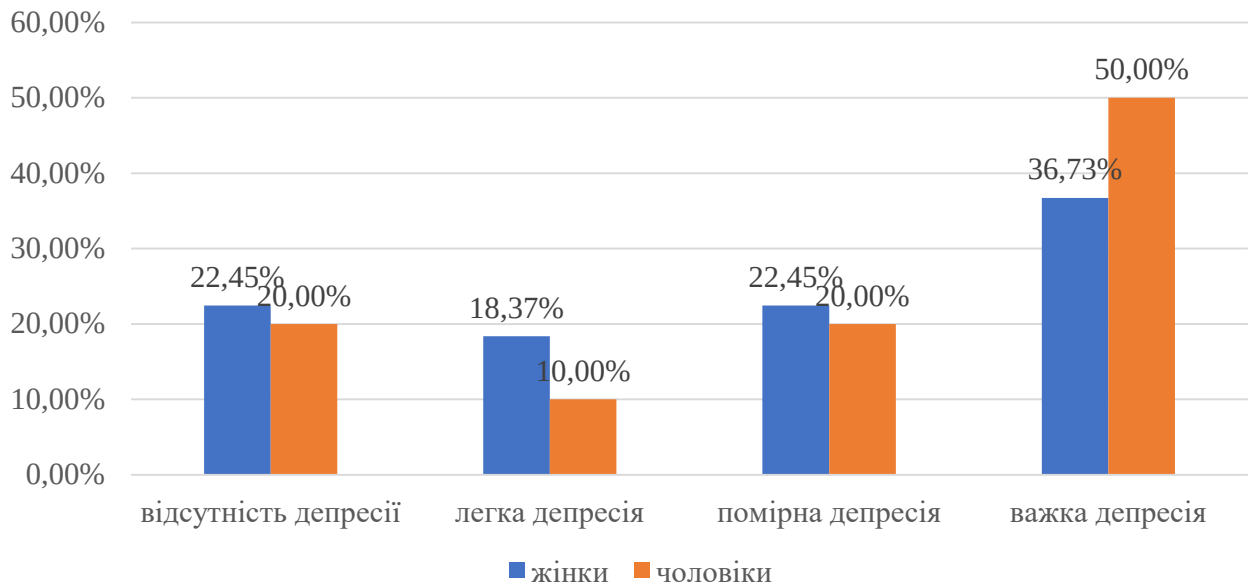


Рис.2.2. Результати оцінювання прояву депресії у досліджуваних за методикою «Шкала депресії» Бека (в адаптації Тарабріної М. В.) за статтю

Джерело: побудовано за результатами опитування

У чоловічій вибірці (N=10) відсутність депресії виявлено у 20,00% респондентів (2 особи), легку депресію – у 10,00% (1 особа), помірну – у 20,00% (2 особи), а от важку депресію – у половини учасників (50,00%, або 5 осіб). Таким чином, у порівнянні з жінками, чоловіки частіше демонструють важкі форми депресії, хоча загальна кількість вибірки є обмеженою, що потребує обережності в інтерпретації результатів.

Загалом, зафіксовані результати вказують на високу поширеність депресивних проявів серед опитаних, причому в значної частини респондентів симптоми мають помірну або важку вираженість. Особливу увагу слід приділити чоловічій підгрупі, де спостерігається вищий відсоток тяжких станів, що може свідчити про недостатню психологічну підтримку або схильність до прихованого перебігу емоційних розладів.

Високий рівень депресії серед молоді зумовлений поєднанням хронічного стресу через війну, страху перед мобілізацією (для чоловіків), втрати безпеки та

життєвих орієнтирів, соціальної ізоляції, невизначеності майбутнього, а також обмежених можливостей для освіти, кар'єри й емоційної підтримки, що разом формує стійке відчуття безсилля, тривоги та пригнічення.

Первинні статистики для показників за методикою «Портрет цінностей» (PVQ) Ш. Шварца (в адаптації Семків І.) наведено в табл.2.3.

Таблиця 2.3

Первинні статистики для показників за методикою «Портрет цінностей» (PVQ) Ш. Шварца (в адаптації Семків І.)

	Цінність	Міні-мальне значення	Макси-мальне значення	Мода	Медіана	Середнє значення	Стандартне відхилення
1	Конформізм	2,00	5,50	3,50	3,75	3,74	0,66
2	Традиція	2,00	5,75	4,75	4,25	4,15	0,92
3	Доброзичливість	1,50	6,00	4,25	4,25	4,13	1,02
4	Універсалізм	2,67	5,33	4,17	4,17	4,09	0,69
5	Самостійність	2,25	5,25	4,00	4,00	3,82	0,73
6	Стимуляція	1,33	6,00	4,00	4,00	4,12	1,02
7	Гедонізм	1,00	5,67	3,00	2,67	2,80	0,88
8	Досягнення	1,50	5,75	3,25	4,25	4,05	0,88
9	Влада	2,00	5,67	4,33	3,67	3,78	0,80
10	Безпека	2,20	5,40	4,20	4,20	3,98	0,69

Джерело: розраховано за результатами опитування

Найвищі середні значення спостерігаються за такими цінностями, як конформізм (3,74), традиція (4,15), доброзичливість (4,13), універсалізм (4,09) і стимуляція (4,12), що свідчить про значущість соціально схвалюваних норм, стабільності, відкритості до нового досвіду та підтримки позитивних стосунків із оточенням серед респондентів.

Найнижчий середній показник зафіксовано щодо цінності гедонізм (2,80), що може вказувати на знижену орієнтацію на задоволення, насолоду та особистий комфорт у поточних життєвих умовах. Також порівняно невисокий середній рівень влади (3,78) свідчить про відносно невелику орієнтацію досліджуваних на домінування та вплив у міжособистісній чи соціальній сфері.

Найбільшу варіативність результатів (за стандартним відхиленням) спостерігаємо для таких цінностей, як доброзичливість та стимуляція ($\sigma = 1,02$), що свідчить про значні індивідуальні відмінності у ставленні респондентів до цих аспектів. Найменша варіативність – у сфері конформізму ($\sigma = 0,66$), що вказує на стабільність оцінок цієї цінності серед опитаних.

Загалом отримані результати свідчать про те, що в умовах соціальної та економічної невизначеності найбільш значущими для респондентів є цінності, пов'язані із соціальною підтримкою, моральними нормами та адаптацією до існуючих обставин, тоді як менш пріоритетними є цінності, орієнтовані на індивідуальне задоволення чи соціальне домінування.

Середні показники за шкалами за методикою «Портрет цінностей» (PVQ) Ш. Шварца (в адаптації Семків І.) для чоловіків та жінок наведено на рис.2.3.

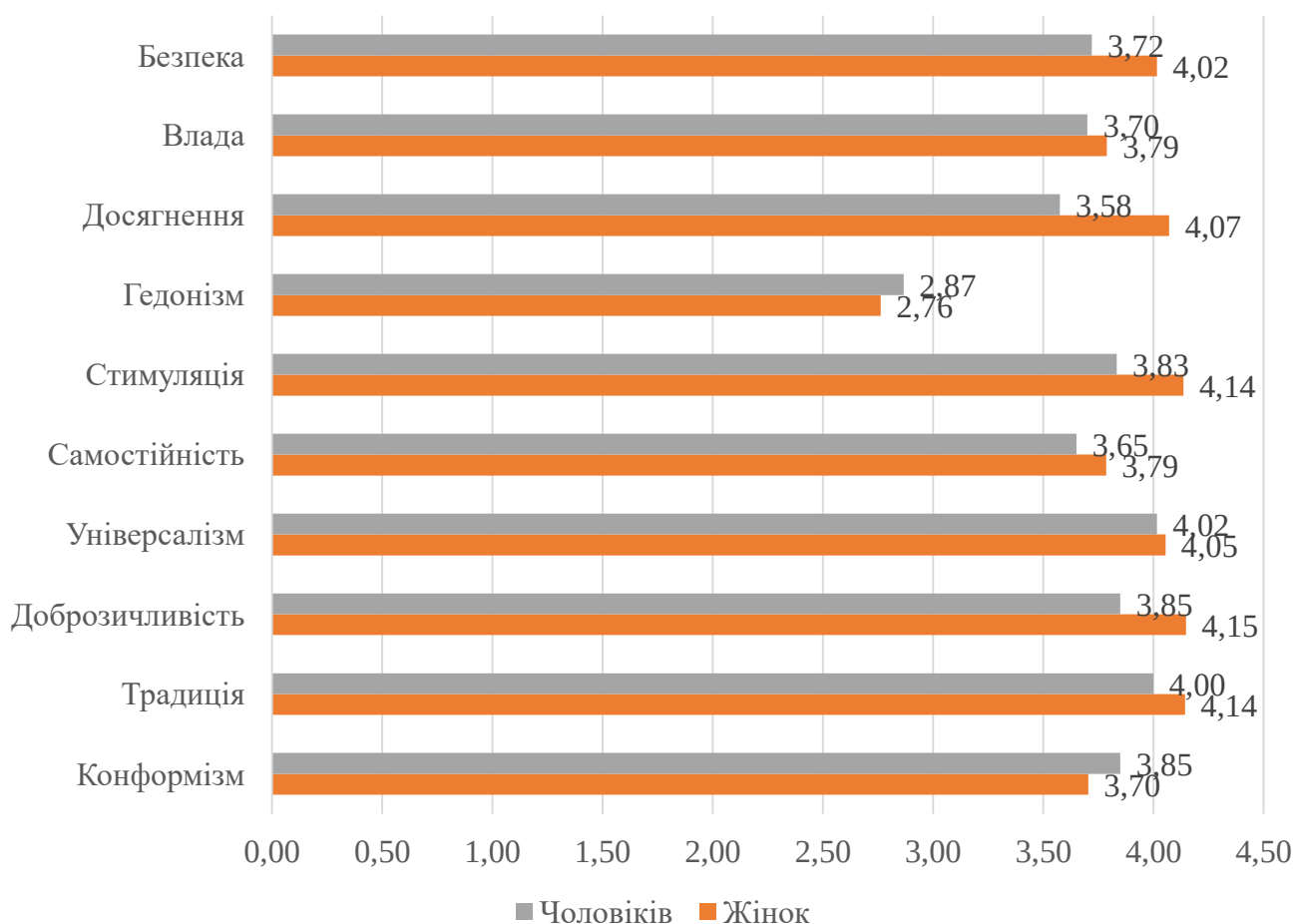


Рис.2.3. Середні показники за шкалами за методикою «Портрет цінностей» (PVQ) Ш. Шварца (в адаптації Семків І.) для чоловіків та жінок

Джерело: побудовано за результатами опитування

На рисунку 2.3 наведено порівняльні середні значення за шкалами методики «Портрет цінностей» Ш. Шварца (в адаптації Семків І.) серед жінок і чоловіків. Жінки мають вищі середні оцінки за більшістю ціннісних орієнтацій, зокрема доброзичливістю, досягненнями, стимуляцією та безпекою, що свідчить про відносно вищу значущість цих цінностей у їхній системі пріоритетів. У чоловіків дещо вищі середні показники за шкалами гедонізму та конформізму, що може вказувати на більшу вагу особистого задоволення та прийняття соціальних норм. Рівень орієнтації на універсалізм і владу в обох групах є подібним, що вказує на відносну узгодженість у сприйнятті цих цінностей незалежно від статі.

Первинні статистики для показників за методикою «Тест життєстійкості» С. Мадді наведено в табл.2.4.

Таблиця 2.4

Первинні статистики для показників за методикою «Тест життєстійкості»

С. Мадді

	Компоненти життєстійкості	Мінімальне значення	Максимальне значення	Мода	Медіана	Середнє значення	Стандартне відхилення
1	Залученість	10,00	50,00	34,00	27,00	28,14	9,11
2	Контроль	10,00	48,00	25,00	25,00	25,35	7,60
3	Прийняття ризику	3,00	27,00	18,00	16,00	15,28	5,62
4	Загальна життєстійкість	26,00	122,00	73,00	70,00	68,77	20,28

Джерело: розраховано за результатами опитування

Мінімальні значення варіювалися від 3 (прийняття ризику) до 26 (загальна життєстійкість), максимальні – від 27 до 122 відповідно. Найчастіше зустрічалися (мода) значення становили 18 для прийняття ризику, 25 для контролю, 34 для залученості і 73 для загального показника. Медіани свідчать про центральні тенденції в межах 16–70 балів, а середні значення коливалися від 15,28 (прийняття ризику) до 68,77 (загальна життєстійкість), що супроводжувалося помірною варіабельністю, підтвердженою значеннями стандартного відхилення.

За методикою «Тест життєстійкості» С. Мадді було розраховано рівень депресії у досліджуваних. За методикою «Тест життєстійкості» С. Мадді було оцінено рівні життєстійкості за трьома шкалами: залученість, контроль та прийняття ризику. Результати опитування за шкалою залученості наведено в табл.2.5.

Таблиця 2.5

Результати оцінювання за методикою «Тест життєстійкості» С. Мадді за шкалою залученості

Рівень вираженості життєстійкості за шкалою залученості	Загалом (N=59)		Жінки (N=49)		Чоловіки (N=10)	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
високий	3	5,08%	2	4,08%	1	10,00%
середній	24	40,68%	21	42,86%	3	30,00%
низький	32	54,24%	26	53,06%	6	60,00%
всього	59	100,00%	49	100,00%	10	100,00%

Джерело: побудовано за результатами опитування

За шкалою залученості в межах загальної вибірки 5,08% респондентів мають високий рівень життєстійкості, що свідчить про їхню активну участь у життєвих процесах, сильну мотивацію та емоційну залученість. Середній рівень, який означає помірний ступінь залученості та баланс між активністю й відпочинком, спостерігається у 40,68% опитаних. Низький рівень залученості, що може свідчити про відсутність інтересу або емоційної відстороненості, виявлено у 54,24% учасників дослідження.

Серед жінок високий рівень залученості має 4,08%, середній – 42,86%, а низький – 53,06%, що відображає тенденцію до помірної або зниженої активної участі у житті. Серед чоловіків високий рівень зафіксовано у 10% респондентів, середній – у 30%, а низький – у 60%, що вказує на більшу кількість чоловіків з низькою життєвою залученістю порівняно з жінками. Ці дані свідчать про те, що більшість опитаних, особливо чоловіки, мають знижену активність та мотивацію у життєвих сферах.

Результати опитування за шкалою контролю наведено в табл.2.6.

Результати оцінювання за методикою «Тест життєстійкості» С. Мадді за шкалою контролю

Рівень вираженості життєстійкості за шкалою контролю	Загалом (N=59)		Жінки (N=49)		Чоловіки (N=10)	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
високий	2	3,39%	2	4,08%	0	0,00%
середній	43	72,88%	36	73,47%	7	70,00%
низький	14	23,73%	11	22,45%	3	30,00%
всього	59	100,00%	49	100,00%	10	100,00%

Джерело: побудовано за результатами опитування

За шкалою контролю в загальній вибірці високий рівень життєстійкості має 3,39% опитаних, що свідчить про їхню здатність ефективно впливати на події власного життя та відчувати відповідальність за свої дії. Середній рівень, який відображає помірний рівень контролю над життєвими обставинами, виявлено у 72,88% респондентів. Низький рівень, що може свідчити про відчуття безпорадності або знижену здатність керувати ситуаціями, спостерігається у 23,73% учасників.

Серед жінок високий рівень контролю зафіксовано у 4,08%, середній – у 73,47%, а низький – у 22,45%, що свідчить про переважання середнього рівня контролю. Серед чоловіків високий рівень контролю не виявлено, середній рівень має 70%, а низький – 30%, що вказує на більший відсоток чоловіків із пониженим відчуттям контролю у порівнянні з жінками. Загалом результати свідчать про те, що більшість опитаних зберігають середній рівень здатності контролювати життєві події, проте суттєва частка осіб має низький рівень контролю, що може негативно впливати на їхню життєстійкість.

Результати опитування за шкалою прийняття наведемо в табл.2.7.

За шкалою прийняття у загальній вибірці 30,51% респондентів мають високий рівень життєстійкості, що свідчить про їхню готовність приймати нові виклики та адаптуватися до змін. Середній рівень, який відображає помірну здатність до прийняття ризику і нововведень, виявлено у 52,54% опитаних.

Низький рівень, що може свідчити про небажання або труднощі у прийнятті змін і ризиків, зафіксовано у 16,95% респондентів.

Таблиця 2.7

Результати оцінювання за методикою «Тест життєстійкості» С. Мадді за шкалою прийняття

Рівень вираженості життєстійкості за шкалою прийняття	Загалом (N=59)		Жінки (N=49)		Чоловіки (N=10)	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
високий	18	30,51%	15	30,61%	3	30,00%
середній	31	52,54%	25	51,02%	6	60,00%
низький	10	16,95%	9	18,37%	1	10,00%
всього	59	100,00%	49	100,00%	10	100,00%

Джерело: побудовано за результатами опитування

Серед жінок високий рівень прийняття спостерігається у 30,61%, середній – у 51,02%, а низький – у 18,37%, що вказує на переважання середнього рівня здатності приймати зміни. Серед чоловіків 30% мають високий рівень, 60% – середній, і 10% – низький, що свідчить про більшу частку чоловіків із помірною здатністю до прийняття ризиків у порівнянні з жінками. Загалом результати показують, що більшість опитаних демонструють помірний рівень життєстійкості за шкалою прийняття, що сприяє адаптації до нових ситуацій.

Отже, результати свідчать про те, що більшість досліджуваних має середній рівень життєстійкості за всіма трьома компонентами, при цьому найвищий відсоток низького рівня спостерігається за шкалою залученості, особливо серед чоловіків. Це може свідчити про потребу в підвищенні активної участі та залученості у життєві процеси, особливо в чоловічій групі.

Результати оцінювання рівня життєстійкості у досліджуваних за методикою «Тест життєстійкості» С. Мадді для жінок та чоловіків наведено на рис.2.4.

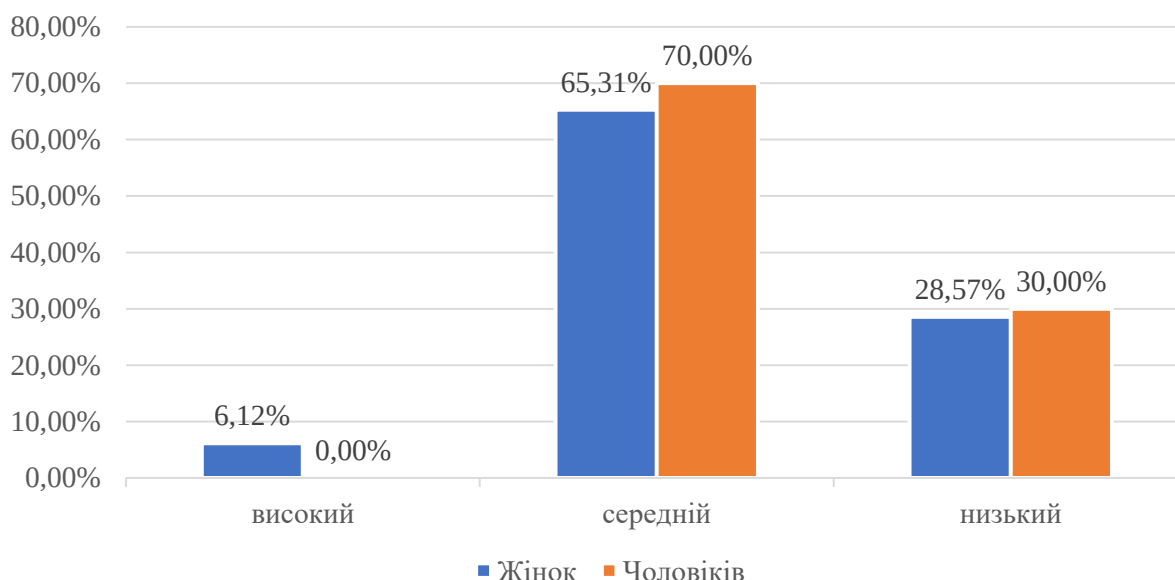


Рис.2.4. Результати оцінювання рівня вираженості життєстійкості у досліджуваних за методикою «Тест життєстійкості» С. Мадді для жінок та чоловіків, %

Джерело: побудовано за результатами опитування

За загальним рівнем життєстійкості 5,08% опитаних належать до групи з високим рівнем, що свідчить про їхню здатність ефективно долати стресові ситуації та зберігати внутрішню рівновагу. Середній рівень життєстійкості має більшість – 66,10%, що вказує на помірну стійкість до життєвих труднощів і здатність адаптуватися до змін. Низький рівень, який може свідчити про труднощі у подоланні стресу та збереженні психологічного комфорту, спостерігається у 28,81% респондентів.

Серед жінок 6,12% мають високий рівень життєстійкості, 65,31% – середній, і 28,57% – низький, що відображає загальну тенденцію вибірки з незначною перевагою високого рівня у порівнянні із загальним показником. У чоловіків високий рівень життєстійкості не зафіксовано, 70% мають середній рівень, а 30% – низький, що може свідчити про деякі складнощі з подоланням життєвих викликів у цій групі. Таким чином, результати вказують на більшу стабільність життєстійкості серед жінок у порівнянні з чоловіками.

Для виявлення взаємозв'язку між вираженістю депресії у молоді та рівнем життєстійкості за допомогою коефіцієнту кореляції Пірсона. Наведемо результати розрахунку коефіцієнта кореляції r Пірсона між методиками опитувальником «Шкала депресії» Бека та тестом життєстійкості Мадді (табл.2.8).

Таблиця 2.8

Коефіцієнт кореляції r Пірсона між методиками опитувальником «Шкала депресії» Бека та тестом життєстійкості Мадді

	Рівень депресії
Залученість	-0,594
Контроль	-0,413
Прийняття ризику	-0,526
Загальна життєстійкість	-0,568

Джерело: розраховано автором за результатами опитування

Таблиця 2.8 демонструє значущі зворотні кореляційні зв'язки між рівнем депресії (за шкалою депресії Бека) та різними компонентами життєстійкості (за тестом Мадді). Зокрема, кореляційні коефіцієнти мають такі значення: залученість ($r = -0,594$), контроль ($r = -0,413$), прийняття ризику ($r = -0,526$), загальна життєстійкість ($r = -0,568$). Всі коефіцієнти кореляції є статистично значущими ($p \leq 0,001$), що свідчить про високу надійність отриманих результатів.

Зворотний характер зв'язку означає, що зі зростанням показників життєстійкості спостерігається зниження рівня депресії, що відповідає концепції життєстійкості як ресурсу, який сприяє адаптації та ефективному подоланню стресових ситуацій. Найсильніший зворотний зв'язок виявлено для показника залученості, що свідчить про важливість активної участі у життєвих подіях як фактора, що зменшує прояви депресивних симптомів. Аналогічна тенденція простежується і для прийняття ризику, що може бути інтерпретовано як здатність до конструктивного реагування на невизначеність і зміни.

Показник контролю, що відображає суб'єктивне відчуття впливу на події власного життя, також має значущий зворотний зв'язок із рівнем депресії,

підтверджуючи роль особистісної автономії у підтримці психологічного здоров'я. Загальний індекс життєстійкості корелює із рівнем депресії на високому рівні, що підтверджує комплексний вплив життєстійкості на емоційний стан молоді.

Таким чином, отримані результати підтверджують гіпотезу про існування значущого зворотного зв'язку між рівнем життєстійкості та вираженістю депресивних симптомів у молодіжній вибірці. Ці дані мають практичне значення для формування превентивних та корекційних заходів, спрямованих на зміцнення життєстійкості як ключового ресурсу протидії депресії.

Для виявлення взаємозв'язку між вираженістю депресії у молоді та рівнем життєстійкості за допомогою коефіцієнту кореляції Пірсона. Наведемо результати розрахунку коефіцієнта кореляції r Пірсона між методиками опитувальником «Шкала депресії» Бека та методикою Ш. Шварца PVQ «Портрет цінностей» (табл.2.9).

Таблиця 2.9

Коефіцієнт кореляції r Пірсона між методиками опитувальником «Шкала депресії» Бека та методикою Ш. Шварца PVQ «Портрет цінностей»

	Рівень депресії
Конформізм	-0,280
Традиція	-0,311
Доброзичливість	-0,383
Універсалізм	-0,170
Самостійність	-0,186
Стимуляція	-0,346
Гедонізм	0,428
Досягнення	-0,246
Влада	-0,172
Безпека	-0,295

Джерело: розраховано автором за результатами опитування

Результати свідчать про наявність статистично значущих зворотних кореляцій між рівнем депресії та ціннісними орієнтаціями, такими як конформізм ($r = -0,280$, $p = 0,05$), традиція ($r = -0,311$, $p = 0,05$), доброзичливість ($r = -0,383$, $p = 0,01$), стимуляція ($r = -0,346$, $p = 0,01$), гедонізм ($r = -0,428$, $p = 0,001$), досягнення ($r = -0,246$, $p = 0,1$) та безпека ($r = -0,295$, $p = 0,05$). Це

свідчить, що вищий рівень цих цінностей асоціюється з нижчою вираженістю депресивних симптомів.

Отже, отримані результати вказують на наявність зв'язку між ціннісними орієнтаціями особистості та її психоемоційним станом. Зниження вираженості депресивних симптомів асоціюється з вищим рівнем життєстійкості, яка, у свою чергу, опосередковано пов'язана з певними системами цінностей. Це підкреслює значущість індивідуальних смисложиттєвих орієнтацій у збереженні психічного здоров'я молоді та підтверджує доцільність урахування особистісних цінностей у психопрофілактичній та психокорекційній роботі.

Таким чином, підтверджується гіпотеза про зв'язок між рівнем депресії у молоді та її цінностями та рівнем життєстійкості, що впливає на способи подолання депресії.

Для ефективного зниження рівня депресії серед молоді важливо спрямувати зусилля на розвиток життєстійкості та формування адаптивних ціннісних орієнтацій. Життєстійкість виступає як ключовий ресурс, що забезпечує здатність особистості долати стресові ситуації, зберігати психологічну рівновагу та швидко відновлюватися після невдач.

Розвиток життєстійкості має здійснюватися через формування навичок ефективного управління емоціями, підвищення особистої відповідальності за власне життя, а також розвиток внутрішньої мотивації і активної життєвої позиції. Важливо сприяти розвитку критичного мислення та навичок адаптивного подолання проблемних ситуацій, що дозволяє молодим людям зменшувати відчуття безпорадності та посилювати впевненість у власних силах.

Формування ціннісних орієнтацій має бути спрямоване на підтримку соціальної взаємодії, взаємодопомоги, поваги до традицій і самовизначення. Зокрема, розвиток цінностей доброзичливості, універсалізму, самостійності та соціальної відповідальності сприяє створенню позитивного соціального середовища та зміцненню психологічного благополуччя. Водночас важливо уникати надмірного фокусування на матеріальних чи владних цінностях,

оскільки вони можуть послаблювати внутрішні ресурси та поглиблювати негативні психоемоційні стани.

Для реалізації цих завдань рекомендується інтегрувати спеціалізовані тренінги з розвитку життєстійкості, психотерапевтичні програми, а також освітні заходи, спрямовані на формування адаптивних ціннісних систем. Важливо забезпечити підтримку молоді через створення середовища, яке стимулює саморозвиток, соціальну активність і внутрішню мотивацію до позитивних змін.

Таким чином, розвиток життєстійкості та формування здорових ціннісних орієнтацій є ефективною превентивною стратегією у зниженні рівня депресії серед молодих людей, що має важливе значення для забезпечення їхнього психічного здоров'я та соціальної адаптації.

ВИСНОВКИ

1. Депресія – це поширений і серйозний психічний розлад, який істотно впливає на емоційний стан, когнітивні функції та здатність людини виконувати повсякденні справи, зокрема забезпечувати нормальний сон, харчування та професійну активність. Хоча депресія належить до психічних захворювань, за відсутності належного лікування вона може призвести до значного погіршення стану, розвитку тяжких форм, появи супутніх психічних розладів і навіть викликати психосоматичні захворювання.

Депресії та депресивні стани мають багатофакторну природу виникнення та проявляються різноманітними симптомами. За концепцією С. Пфайфера, вони охоплюють порушення емоційної, когнітивної, психомоторної та соматичної сфер. Інтенсивність і поєднання симптомів залежать від типу й тяжкості розладу. У науковій літературі симптоми депресії класифікують переважно як емоційні, когнітивні, фізіологічні та поведінкові. Депресивна поведінка негативно впливає як на психічне, так і фізичне здоров'я людини, проявляючись на різних етапах її життя.

2. Комплексне подолання депресії ґрунтується на поєднанні медикаментозного лікування, психотерапії, соціальної підтримки та змін способу життя. Індивідуалізація підходів із урахуванням вікових і гендерних особливостей є необхідною умовою ефективної діагностики та терапії. Рання діагностика й своєчасне втручання мають вирішальне значення для запобігання ускладненням і покращення якості життя пацієнтів.

3. Мета дослідження було виявлення особливості подолання депресії молоддю. Вибірка дослідження склала 59 осіб віком від 18 до 35 років, 49 жінок та 10 чоловіків. За допомогою методик опитувальник «Шкала депресії» Бека (в адаптації Тарабріної М. В.), тест життєстійкості Мадді та «Портрет цінностей» Ш. Шварца PVQ (адаптація Семків І.) було проаналізовано особливості подолання депресії молоддю. Було висунуто гіпотезу про зв'язок між рівнем

депресії у молоді та її цінностями та рівнем життєстійкості, що впливає на способи подолання депресії.

4. Серед опитаних молодих людей понад третина (38,98%) виявили важкий рівень депресії, тоді як легка та помірна депресія виявлені у 16,95% та 22,03% відповідно; відсутність депресії зафіксована лише у 22,03% респондентів. Аналіз за статтю показує, що важка депресія частіше зустрічається серед чоловіків (50%), ніж серед жінок (36,73%), тоді як відсутність депресії та легкі форми депресії є більш поширеними серед жінок. Загалом, результати свідчать про високий рівень депресивних проявів у досліджуваній вибірці.

Дослідження за методикою «Портрет цінностей» (PVQ) Ш. Шварца показало, що серед опитаних найвиразнішими є цінності традиції, доброзичливості, стимуляції та досягнень, що свідчить про їх важливу роль у ціннісній структурі молоді. Водночас гедонізм має найнижчий рівень проявленості, що свідчить про його відносно меншу значущість у вибірці. Загалом цінності характеризуються помірною виразністю та відносно стабільною варіативністю серед респондентів.

За методикою «Тест життєстійкості» С. Мадді виявлено, що 5,08% опитаних мають високий рівень життєстійкості, 66,10% – середній, а 28,81% – низький. Серед жінок високий рівень становить 6,12%, середній – 65,31%, низький – 28,57%, тоді як у чоловіків високий рівень не зафіксовано, 70% мають середній, а 30% – низький рівень. Це свідчить про вищу життєстійкість жінок порівняно з чоловіками.

За допомогою коефіцієнту кореляції Пірсона було виявлено наявність зв'язку між рівнем депресії у молоді та її цінностями та рівнем життєстійкості, що впливає на способи подолання депресії.

Для зниження депресії серед молоді важливо розвивати життєстійкість і формувати адаптивні ціннісні орієнтації. Життєстійкість забезпечує здатність долати стрес, зберігати рівновагу та відновлюватися після невдач через управління емоціями, відповідальність і активну життєву позицію. Формування

цінностей доброзичливості, універсалізму, самостійності та соціальної відповідальності підтримує психологічне благополуччя. Уникнення надмірної орієнтації на матеріальні чи владні цінності сприяє збереженню внутрішніх ресурсів. Рекомендується впроваджувати тренінги, психотерапевтичні та освітні програми для підтримки саморозвитку і соціальної активності молоді. Таким чином, розвиток життєстійкості і здорових цінностей є ключовою стратегією профілактики депресії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аслаян Т. С., Єгорова О. Б., Шевельдіна О. В. Роль вдячності в подоланні невротичної депресії юнаків. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. № 5. С. 110-113.
2. Астремська І. В., Рожова О. А. Депресія як передумова розвитку психічних та соматичних захворювань. *Габітус*. 2023. № 55. С. 173-177.
3. Атаманчук Н. М. Підвищення стресостійкості молоді: психологічний ресурс арт-технік. Гуманітарний простір науки: досвід та перспективи: зб. матеріалів XXVII Міжнарод. наук. практ. інтернет-конф. (4 травня 2020 р., Переяслав), 2020. Вип. 27. С. 159–160.
4. Бек Аарон Т. Когнітивна терапія депресії: теоретична рефлексія та особисті роздуми. *Психологія і суспільство*. 2019. № 1. С. 90-100.
5. Білан О. М., Литвиненко О., Бандура Ю. Депресивні та тривожні прояви у старшокласників залежно від соціодемографічних факторів. Педагогічна освіта: Теорія і практика. Психологія. Педагогіка. 2019. С. 70–75.
6. Борисенко Л., Корват Л. Психологічні особливості депресивних станів осіб в умовах воєнного стану в Україні. Перспективи та інновації науки. 2022. С. 65-67.
7. Бортнікова О. Г. Особливості вияву депресивних станів у різних вікових груп. Соціально-правові студії. 2021. С. 163–172.
8. Бортнікова О. Г., Охріменко І.М., Тодорова І.С. Особливості вияву депресивних станів у різних вікових груп. *Соціально-правові студії*. 2021. № 1 (11). С. 163-172.
9. Вдовіченко О. В., Асєєва Ю. О., Понянська Д. О. Особливості сприйняття якості життя та соціальні наслідки депресивних розладів під час воєнного стану. *Габітус*. 2023. № 52. С. 266-270.
10. Вінс В. А., Бондарчук А. Г., Марченко Т. П. Особливості подолання депресивних станів у дорослих за допомогою методу символдрами. *Габітус*. 2024. № 63. С. 230-234.

11. Воробйова А. В. Особливості депресивних станів дівчат старшого підліткового віку. Current issues of science, prospects and challenges: collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the I International Scientific and Theoretical Conference. 2021. С. 33.
12. Данилюк І., Предко В., Кислинська А. Психологічні особливості зв'язку життєстійкості та самооцінки особистості в складних життєвих ситуаціях. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2023. № 2 (18). С. 63–69.
13. Дзеружинська Н, Гиндич А. Депресивні розлади у студентів медичного ВНЗ в умовах хронічного стресу. *PMGP*. 2024. № 3. 8 с.
14. Дика Б. М. Діагностичні особливості депресивного розладу у молодих людей. *Магістр медсестринства*. 2022. № 1 (27) С. 25–29.
15. Жигайло Н., Шолубка Т. Формування психологічної стійкості студентів ЗВО під час війни. *Вісник Львівського університету*. 2022. Вип. 14. С. 3–14.
16. Заїка В. М. Психологічні особливості виявлення та подолання депресивних розладів. Психолого-педагогічні аспекти розвитку особистості в сучасному світі : Збірник наукових праць. Полтава: Освіта, 2007. С. 8–14.
17. Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика *Науковий вісник мну імені В. Сухомлинського*. 2016. № 1 (16). С. 77-81.
18. Крижановська З. Ю., Радчук Н. Емоційні розлади як кореляти порушення якості психічного здоров'я в студентському віці. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2023. №3. С. 72–75.
19. Круглова Н. Теоретичні засади дослідження сутності депресії та депресивних станів і їх психологічних проявів. *Збірник наукових праць Проблеми сучасної психології*. 2020. № (49). С. 202–223.
20. Мельник А., Магдисюк Л., Грушецька О. Причини, патологічні прояви і стадії депресивних станів: гендерний аспект. *Наукові записки*

Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія. 2025. № 81. С. 80-85.

21. Методика дослідження соціально–психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонда. URL: <https://guc.org.ua/wp-content/uploads/2024/06/BLANK-Rodzhera-Dajmonda.pdf> (дата звернення 04.02.2025).

22. Мілушина М. О. Феномен співзалежності в теорії сімейних систем м. Боуена. *Психологія і особистість*. 2020. № (1). С. 145–157.

23. Мітлош А. В. Особливості опанувальної поведінки осіб з різним рівнем невротизації. Когнітивно-поведінкові стратегії розвитку здобувачів вищої освіти у процесі професійної підготовки: збірник тез всеукраїнського науково-практичного семінару. Дніпро: Дніпропетровський державний університет внутрішніх справ. 2021. С. 115–117.

24. Молотокас А. А., Проскурня А.С. Сексуальна дисфункція у осіб із депресивними розладами. *Габітус*. 2023. № 55. С. 178-181.

25. Орос М., Тодавчич О. Нейробіологічні основи депресії та тривожного розладу: принципи консервативного лікування. НЕЙPONEWS. 2019. № 1. С. 34-36.

26. Пфайфер С. Депресія. Хвороба сучасності. Наук. Ред. В. Бабич ; пер. З нім. О. Кушнікова. Львів: Свічадо, 2017. 87 с.

27. Радул І. Г. Депресивність як психологічний феномен. Київ-Ніжин: ПП Лисенко. 2018. № 11. С. 163-172.

28. Садова М. А. Гендерні та вікові відмінності депресивних станів особистості. Міжнародний науковий журнал «Науковий огляд». 2020. С. 75– 89.

29. Скворчевська Є. Л. Особливості депресивних станів у молоді: діагностика та психологічна допомога. *Габітус*. 2022. № 42. С. 218-222.

30. Степарук С., Сікора Ю. Психологічна профілактика депресивних станів. Наукові заходи Юридичного факультету Західноукраїнського національного університету. 2020. С. 471–474.

31. Субашкевич І. Р. Формування ціннісно-смислової сфери С студентів педагогічних спеціальностей засобами медіапсихологічних технологій [практ. посіб.] / Ірина Романівна Субашкевич. Львів : Растр-7, 2016. 60 с.
32. Тенгізович К. Г., Родченко Л. Психологічні особливості прояву та динаміки перебігу депресивних станів особистості. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія*. 2024. № 1(62). С. 5-9.
33. Тімченко О. В. Синдром посттравматичних, стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування: монографія. Х.: Вид-во Університету внутрішніх справ. 2000. 268 с.
34. Хараджи М., Труніна Г. Емоційно-психологічний стан студентської молоді під час війни. *Перспективи та інновації науки*. 2023. № 12 (30). С. 793–801.
35. Хасан І. Є. Чинники виникнення депресивних станів у підлітків. *Перспективи розвитку сучасної психології*. 2022. С. 255–260.
36. Шмаргун В. Психологія стресостійкості студентської молоді. К.: Видавничий центр НУБіП України, 2018. 198 с.
37. 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.
38. Яланська С. П. Збереження психологічного здоров'я студентської молоді. Соціальна робота у сфері збереження репродуктивного здоров'я молоді: теорія і практика: навчальний посібник. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2021. С. 29–39.
39. Adele C. Viguera Prevalence and Predictors of Depression Among Patients With Epilepsy, Stroke, and Multiple Sclerosis Using the Cleveland Clinic Knowledge Program Within the Neurological Institute. 2018. P. 370–375.
40. Barton B. Et al. Die depressive Symptomatik muss «übersetzt» werden. *DNP-Der Neurologe & Psychiater*. 2017. V. 18. № 3. P. 35–44.

41. Beck A. T. Inventory for Measuring Depression. Arch. Gen. Psychiatry; Ellis, 4 58, 1962. 207–216
42. Beck A.T., Alford B.A. Depression: Causes and Treatment (2nd Edition). Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 2009. 405 p.
43. Beesdo K. Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. Klinische Psychologie und Psycho therapie. Springer, Berlin, Heidelberg. 2006. P. 731–762
44. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and metaanalysis. Lancet. 2019. № 394(10194). P. 240-248.
45. Geller B., DelBello M.P. Bipolar disorder in childhood and early adolescence. The Guilford Press. New York ; London, 2006. 342 p.
46. Hell D. Depression. URL: <https://www.amazon.co.uk/Depression-Wissen-stimmt-Daniel-Hell/dp/3451613654> (дата звернення 04.02.2025).
47. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2022. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (дата звернення: 20.04.2025).
48. Khoshaba D., Maddi S. Early Antecedents of Hardiness. Consulting Psychology Journal, 1999. № 51, 2. P. 106–117.
49. Kobasa S. C., Maddi S. R., Kahn S. Hardiness and health: A prospective study. Journal of Personality and Social Psychology. 1982. № 42(1). P. 168–177.
50. Lowen A. Depression and the Body: The Biological Basis of Faith and Reality. Penguin Publishing Group. 1993. 320 p.
51. Parchani A., Vidnya K., Panda P.K. Fear, Anxiety, Stress and Depression of Novel Coronavirus (COVID19) Pandemic Among Patients and Their Healthcare Workers. *A Descriptive Study*. 2021. P. 1737–1746.
52. Raf L.A. Widdershoven, Marieke Wichers, Peter Kuppens, Jessica A. Hartmann, Claudia Menne-Lothmann, Claudia J.P. Simons, Joanneke A. Bastiaansen, Effect of self-monitoring through experience sampling on emotion differentiation in depression, Journal of Affective Disorders. 2019. № 244. P. 71-77.

53. Seligman M.E.P., Sripada Ch. Railton P., Baumeister R.F. Homo Prospectus. New York: Oxford University Press. 2016. 400 p.
54. Zung W. W. Self-rating depression scale in an outpatient clinic. Further validation of the SDS. Arch Gen Psychiatry. 1965. P. 508–515.

ДОДАТКИ

Додаток А

Симптоми депресії згідно з МКХ-10 і DSM-IV

МКХ-10	DSM-IV
Депресивний настрій	Депресивний настрій
Втрата інтересу і відчуття задоволення в багатьох видах діяльності	Втрата інтересу і відчуття задоволення в багатьох видах діяльності
Втрата енергії	Слабість або втрата енергії
Зниження апетиту	Зниження маси тіла (до 5% в місяць)
Безсоння	Безсоння або сонливість
Відчуття нікчемності чи провини	Відчуття нікчемності чи провини
Зниження концентрації уваги	Зниження концентрації або зниження здатності приймати рішення
Думки про самогубство	Часті думки про смерть або планування спроби суїциду
Песимістичні думки	Повільне психомоторне функціонування або збудження
Зниження впевненості у собі або самосвідомості	

Шкала депресії Бека в адаптації М. В. Тарабріної.

Цей опитувальник складається з групи тверджень. Прочитайте, будь-ласка, кожен групу тверджень і виберіть те, яке найбільш точно характеризує ваше самопочуття, мислення і настрої на сьогодні. Обведіть колом номер вибраного твердження. Зверніть увагу, що спершу необхідно прочитати усі твердження в одній групі і лиш тоді робити вибір.

З кожної групи потрібно обрати твердження яке вам найбільше підходить.

1

- Я не сумую
- Мені погано і сумно
- Мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою вдіяти
- Мені так погано і сумно, що я не в змозі більше терпіти

2

- Майбутнє не лякає мене
- Я боюся майбутнього
- Нічого хорошого в майбутньому мене не чекає
- Моє майбутнє безпросвітне

3

- Я не відчуваю себе невдахою
- У моєму житті невдач і провалів було більше, ніж у будь-кого іншого
- Коли я оглядаюся на своє життя, я бачу в ньому багато невдач
- Я відчуваю, що я – цілковитий невдаха

4

- Я цілком задоволений своїм життям
- Я не так задоволений життям, як раніше
- Я не можу отримувати задоволення від життя
- Мене не задовольняє абсолютно все

5

- Я не відчуваю себе винуватим
- Може, я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо

- Більшість часу я відчуваю себе винуватим
- Я постійно відчуваю провину

6

- Я задоволений собою
- Іноді я відчуваю себе нестерпним
- Я постійно відчуваю власну неповноцінність
- Я абсолютно нікчемна людина

- Я не відчуваю, що заслужив покарання
- Я зробив щось варте осуду, і готовий до покарання
- Я знаю, що заслуговую на суворе покарання
- Я відчуваю себе вже покараним життям

7

- Я знаю, що я не гірший за інших
- Іноді я роблю помилки, за які потім себе критикую
- Я увесь час звинувачую себе у своїх прорахунках
- Я відчуваю себе винуватим у всіх бідах

8

- Я ніколи не розчаровувався в собі
- Я часто відчуваю розчарування в собі
- Я не люблю себе
- Я себе ненавиджу

9

- Я ніколи не думав про самогубство
- Іноді мені спадає на думку самогубство, але я не буду цього робити
- Я хотів би накласти на себе руки
- Я вб'ю себе, як тільки трапиться нагода

10

- Я ніколи не плачу
- Іноді мені хочеться плакати
- Я плачу майже постійно
- Раніше я плакав, а тепер не можу, навіть якщо дуже хочеться

11

- Я спокійний
- Мене легко роздратувати
- Я постійно відчуваю роздратування
- Мені все байдуже, навіть те, що раніше дратувало мене

12

- Я легко приймаю рішення
- Буває, що я відкладаю прийняття рішення на потім
- Мені важко приймати рішення
- Я взагалі не можу нічого вирішувати

12

- Я маю вигляд, як зазвичай
- Я маю вигляд гірший, ніж зазвичай
- Я почав виглядати набагато гірше, ніж зазвичай
- Я огидний

14

- Я можу працювати так само добре, як і раніше
- Мені доводиться робити зусилля, щоб змусити себе працювати

- Я насилу можу виконувати звичайну роботу
 - Я взагалі не можу виконувати ніякої роботи
- 15
- Я сплю так само добре, як раніше
 - Я почав гірше спати і прокидаюся втомленим
 - Я рано прокидаюся і відчуваю, що не виспався
 - Я прокидаюся кілька разів за ніч і більше не можу заснути
- 16
- Я втомлююся не більше, ніж зазвичай
 - Тепер я втомлююся більше, ніж завжди
 - Майже все викликає в мене втому
 - Я взагалі нічого не можу робити через втому
- 17
- У мене хороший апетит
 - Мій апетит гірший, ніж раніше
 - Мій апетит набагато гірший, ніж раніше
 - У мене взагалі немає апетиту
- 18
- Мені легко спілкуватися з людьми
 - Мені доводиться змушувати себе спілкуватися з людьми
 - Мені дуже важко спілкуватися з людьми
 - Я абсолютно не спілкуюся з людьми
- 19
- Я відчуваю себе цілком здоровим
 - Мене турбують проблеми, пов'язані з моїм здоров'ям (запор, пронос, біль і т.п.)
 - Я постійно думаю про проблеми, пов'язані з моїм здоров'ям
 - Я вважаю, що моє здоров'я безнадійно підірване
- 20
- Мій сексуальний потяг зберігся на колишньому рівні
 - Мій сексуальний потяг знизився
 - Зараз я міг би спокійно обходитися без сексу
 - Секс мене абсолютно не цікавить

Методика Ш. Шварца PVQ «Портрет цінностей» (адаптація Семків І.)

Методика спрямована для дослідження динаміки зміни цінностей груп (культур) у зв'язку зі змінами в суспільстві, життєвими проблемами.

Інструкція: Нижче наведено описи деяких людей. Прочитайте уважно і подумайте, наскільки текст відповідає Вам. Якщо опис стосується Вас, то позначте у комірці відповідь.

	НАСКІЛЬКИ ПОДІБНОЮ ДО ТЕБЕ Є ЦЯ ЛЮДИНА					
	Дуже подібна	Така ж як я	Майже така, як я	Трішки така як я	Не така як я	Зовсім не така як я
1. Для нього важливо вигадувати щось нове і бути творчим. Він любить все робити оригінально						
2. Для нього важливо бути багатим. Він хоче мати багато грошей і дорогих речей						
3. Для нього важливо, щоб усіх людей у світі вважали рівними. Вважає, що кожен повинен мати рівні шанси у житті						
4. Для нього важливо показати свої здібності. Він хоче, щоб люди захоплювались тим, що він робить						
5. Для нього важливо жити у безпечному середовищі. Він уникає всього, що може загрожувати втраті безпеки						
6. Він вважає, що важливо робити багато цікавих речей у житті. Він завжди намагається спробувати щось нове						
7. Він вважає, що люди повинні робити те, що їм говорять. Переконаний, що люди повинні дотримуватися правил завжди, навіть тоді, коли ніхто не бачить						
8. Для нього важливо вислухати думки людей, які відрізняються від нього. Навіть якщо він з ними не погоджується, він все ж хоче їх зрозуміти						
9. Він вважає, що не варто просити більше, ніж вже маєш. Він переконаний, що люди повинні бути задоволені з того, що у них вже є						
10. Він шукає будь-яку нагоду, щоб розважитись. Для нього важливо робити те, що приносить йому задоволення						
11. Йому подобається самостійно вирішувати, що робити. Для нього важливо бути вільним у плануванні та у виборі своєї діяльності						
12. Для нього важливо дбати про близьких людей. Він намагається дбати про їхнє добро						
13. Для нього важливо бути успішним. Він любить вражати інших						

14. Для нього важлива безпека його країни. Він вважає, що держава повинна бути на сторожі внутрішньої та зовнішньої загрози					
15. Він любить ризикувати, завжди шукає пригод					
16. Для нього важливо поводити себе правильно. Він намагається уникати вчинків, які для інших здаються помилковими					
17. Йому подобається бути керівником і вказувати іншим, що вони повинні робити. Він хоче, щоб люди робили те, що він каже					
18. Для нього важливо бути вірним своїм друзям. Він хоче присвятити себе близьким людям					
19. Він щиро вірить у те, що люди повинні піклуватись про природу. Для нього важливо доглядати навколишнє середовище					
20. Для нього важливо бути релігійним. Він старається дотримуватися своїх релігійних переконань					
21. Для нього важливою є чистота та порядок. Він зовсім не любить, коли серед речей безлад					
22. Він вважає, що важливо цікавитися багатьма речами. Він цікавий і старається все зрозуміти					
23. Він переконаний, що всі народи у світі повинні жити в гармонії. Поширення ідеї миру між усіма людьми для нього є важливим					
24. Він вважає, що бути амбітним – це важливо. Він намагається показати, наскільки він здібний					
25. Він вважає, що все треба робити традиційними способами. Для нього важливо дотримуватися звичаїв, яких його навчили					
26. Для нього важливо насолоджуватись життям та отримувати. Він любить себе розважати					
27. Для нього важливо відповідати потребам інших людей. Він намагається підтримати тих, кого знає					
28. Він переконаний, що завжди повинен виявляти повагу до батьків та старших людей. Для нього важливо бути слухняним					
29. Він хоче, щоб зі всіма були справедливими, навіть із тим, кого він не знає. Для нього важливо захищати слабких у суспільстві					
30. Він любить сюрпризи. Для нього важливо, щоб його життя було цікавим					
31. Він боїться захворіти. Бути здоровим – дуже важливо для нього					
32. Бути попереду у житті дуже важливо для нього. Він все намагається робити краще ніж інші					
33. Для нього важливо прощати людей, які його образили. Він намагається побачити хороші сторони в людях і не ображатися					
34. Для нього важливо бути незалежним. Він любить покладатися на себе					
35. Для нього важливо, щоб його країна мала стабільний уряд. Він турбується про забезпечення соціального порядку					

36. Дія нього важливо весь час буїи ввічливим з іншими людьми. Він намагається ніколи не дратувати та не турбувати інших						
37. Він дуже хоче насолоджуватись життям. Гарне проведення часу є дуже важливим дня нього						
38. Дія нього важливо бути скромним. Він намагається не привертати до себе увагу						
39. Він завжди хоче бути тим, хто приймає рішення. Він любить бути лідером						
40. Дія нього важливо пристосуватися до природи. Він вважає, що люди не повинні змінювати природу						

Облік балів здійснюється за схемою

Дуже подібна	Така як я	Майже така як я	Трішки така як я	Не така як я	Зовсім не така як я
6	5	4	3	2	1

Шкала обліку за формулами:

Цінності	Питання
Конформізм	$= (п7+п16+п28+п36) / 4$
Традиція	$= (п9+п20+п25+п38) / 4$
Доброзичливість	$= (п12+п18+п27+п33) / 4$
Універсальність	$= (п3+п8+п19+п23+п29+п40) / 6$
Самостійність	$= (п1+п11+п22+п34) / 4$
Стимуляція	$= (п6+п15+п30) / 3$
Гедонізм	$= (п10+п26+п37) / 3$
Досягнення	$= (п4+п13+п24+п32) / 4$
Влада	$= (п2+п17+п39) / 3$
Безпека	$= (п5+п14+п21+п31+п35) / 5$

Тест життєстійкості Мадді

Опис методики. Опитувальник дозволяє досліджувати життєстійкість – систему переконань про себе, світ, відносини з ним, які дозволяють витримувати та ефективно долати стресові ситуації.

Інструкція: «Виразіть свою згоду або незгоду за 4-бальною шкалою з низкою тверджень, представлених у бланку («ні», «швидше ні, ніж так», «швидше так, ніж ні», «так»)).».

текст опитувальника

№	питання	немає	скоріше ні ніж так	скоріше так ніж ні	так
1.	Я часто не впевнений в своїх рішеннях.				
2.	Іноді мені здається, що нікому немає до мене діла.				
3.	Часто, навіть добре виспавшись, я насилу змушую себе встати з ліжка.				
4.	Я постійно зайнятий, і мені це подобається.				
5.	Часто я віддаю перевагу «плисти за течією».				
6.	Я міняю свої плани в залежності від обставин.				
7.	Мене дратують події, через які я змушений змінювати свій розпорядок дня.				
8.	Непередбачені труднощі часом сильно стомлюють мене.				
9.	Я завжди контролюю ситуацію настільки, наскільки це необхідно.				
10.	Часом я так втомлююся, що вже ніщо не може зацікавити мене.				
11.	Часом все, що я роблю, здається мені марним.				
12.	Я намагаюся бути в курсі всього, що відбувається навколо мене.				
13.	Краще синиця в руках, ніж журавель у небі.				
14.	Увечері я часто відчуваю себе абсолютно розбитою.				
15.	Я вважаю за краще ставити перед собою важкодоступні цілі і досягати їх.				
16.	Іноді мене лякають думки про майбутнє.				
17.	Я завжди впевнений, що зможу втілити в життя те, що задумав.				
18.	Мені здається, я не живу повним життям, а тільки граю роль.				
19.	Мені здається, якби в минулому у мене було менше розчарувань і негараздів, мені було б зараз легше жити на світі.				

20.	Проблеми, що виникають часто здаються мені нерозв'язними.				
21.	Зазнавши поразки, я буду намагатися взяти реванш.				
22.	Я люблю знайомитися з новими людьми.				
23.	Коли хто-небудь скаржиться, що життя нудне, це означає, що він просто не вміє бачити цікаве.				
24.	Мені завжди є чим зайнятися.				
25.	Я завжди можу вплинути на результат того, що відбувається навколо.				
26.	Я часто шкодую про те, що вже зроблено.				
27.	Якщо проблема вимагає великих зусиль, я вважаю за краще відкласти її до кращих часів.				
28.	Мені важко зближуватися з іншими людьми.				
29.	Як правило, оточуючі слухають мене уважно.				
30.	Якби я міг, я багато чого змінив би в минулому.				
31.	Я досить часто відкладаю на завтра те, що важко здійснити, або те, в чому я не впевнений.				
32.	Мені здається, життя проходить повз мене.				
33.	Мої мрії рідко збуваються.				
34.	Несподіванки дарують мені інтерес до життя.				
35.	Часом мені здається, що всі мої зусилля марні.				
36.	Часом я мрію про спокійне розмірене життя.				
37.	Мені не вистачає завзятості закінчити розпочате.				
38.	Буває, життя здається мені нудною і безбарвною.				
39.	У мене немає можливості впливати на несподівані проблеми.				
40.	Навколишні мене недооцінюють.				
41.	Як правило, я працюю із задоволенням.				
42.	Іноді я відчуваю себе зайвим навіть в колі друзів.				
43.	Буває, на мене навалюється стільки проблем, що просто руки опускаються.				
44.	Друзі поважають мене за завзятість і непохитність.				
45.	Я охоче беруся втілювати нові ідеї.				

Обробка результатів

Для підрахунку результатів відповідей на прямі пункти присвоюються бали від 0 до 3 («ні» – 0 балів, «скоріше ні, ніж так» – 1 бал, «скоріше так, ніж ні» – 2 бали, «так» – 3 бали) , відповідям на зворотні пункти присвоюються бали від 3 до 0 («ні» – 3 бали, «так» – 0 балів). Потім підсумовується загальний бал життестійкості і показники для кожної з 3 субшкал (залученості, контролю і прийняття ризику). Прямі та зворотні пункти для кожної шкали представлені нижче.

СУПРОВІДНА ІНФОРМАЦІЯ

Автор: Буйняк Катерина Євгеніївна / Buiniak Kateryna Yevheniivna

Назва: Психологічні особливості подолання депресивних станів молоддю / Psychological Features of Coping with Depressive States Among Youth

Ключові слова: депресія, депресивні стани, психічне здоров'я, життєстійкість, молодь, симптоми депресії / depression, depressive states, mental health, hardiness, youth, symptoms of depression

Науковий керівник: Ковалькова Тетяна Олександрівна / Tetiana Kovalkova

Факультет і кафедра: Факультет управління персоналу, соціології та психології; Кафедра педагогіки та психології / Faculty of Personnel Management, Sociology and Psychology; Department of Pedagogy and Psychology

Освітня програма: Економічна та соціальна психологія / Economic and Social Psychology

Мова: Українська / Ukrainian

Рівень: Перший (бакалаврський) / Bachelor's degree

Дата захисту: 11.06.2026