МІНІСТЕРСТВО ФІНАНСІВ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ПОДАТКОВИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет соціально-гуманітарних технологій, спорту та реабілітації
Кафедра психології, педагогіки та суспільних дисциплін

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

«Психологічні особливості депресивних станів та їх корекції у молоді»

Здобувача вищої освіти
першого (бакалаврського) рівня
шифр групи,
спеціальності 053 «Психологія»
ОПП «Психологія» _____ **Крижановська С. І.**
підпис

Науковий керівник _____ **Пєтухова І. О.**
підпис наукового керівника к. пед. наук, доцент

Гарант освітньо-професійної
програми _____ **Заушнікова М. Ю.**
підпис гаранта ОП к. психол. наук, доцент

Допущено до захисту за рішенням кафедри
психології, педагогіки та суспільних дисциплін
протокол від «8»травня2026 р. № 11

Завідувач кафедри _____ **Пєтухова І. О.**
підпис к. пед. наук, доцент

Ірпінь – 2026

Реєстрація № 12 10.06.2026 _____

(дата) (підпис відповідальної ос

Результати перевірки до захисту 04.06.2026 _____

(до захисту, на доопрацювання) (дата) (підпис)

Результат захисту 90 ___

11.06.2026

(оцінка) (дата) (підпис)

Голова комісії: _____

А.М. Маслюк

(підпис) (ініціали, ПІБ)

Члени комісії: _____ Т.Г. Терехова

(підпис) (ініціали, ПІБ)

_____ М. Зацинкіна

(підпис) (ініціали, ПІБ)

_____ І. Головенко

(підпис) (ініціали, ПІБ)

МІНІСТЕРСТВО ФІНАНСІВ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ПОДАТКОВИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціально-гуманітарних технологій, спорту та реабілітації

Кафедра психології, педагогіки та суспільних дисциплін
Спеціальність 053 «Психологія»
Освітньо-професійна програма «Психологія»

Затверджую:
Завідувач кафедри психології,
педагогіки та суспільних дисципліни
_____ І.О. Петухова

Завдання на кваліфікаційну роботу
здобувача вищої освіти

Крижановська Соломія Ігорівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

Тема кваліфікаційної роботи: **Психологічні особливості депресивних станів та їх корекції у молоді**
Затверджена наказом ректора від 14.10.2025 №1323
Термін подачі закінченої роботи: 08.06.2026

Цільова установка: полягає у визначенні психологічних особливостей депресивних станів у молоді та обґрунтуванні ефективності програми психологічної корекції для їх подолання.Виявлення специфіки та рівня прояву депресивної симптоматики у молоді, а також визначення чинників, що впливають на виникнення цих станів.

Мета роботи: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості депресивних станів у молоді, а також розробити програму психологічної корекції депресивних проявів.

Об'єктом дослідження є депресивні стани у молоді.

Предметом дослідження є психологічні особливості депресивних станів та особливості їх корекції у молоді.

База дослідження: було проведено серед здобувачів вищої освіти від 18 до 22 років. Вибірку становили 30 досліджуваних, що дало змогу отримати первинні дані про вираженість депресивних проявів, рівень тривожності, стресу та загальний психоемоційний стан молодих людей.

Календарний план виконання роботи

№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етап Строк виконання етап	
		За планом	Ф
1	2	3	
1.	Вибір теми, вивчення літературних джерел та складання плану роботи	01.10.2025	0
2.	Підготовка першого розділу роботи та подання її керівнику	20.12.2025	2
3.	Підготовка другого розділу роботи та подання її керівнику	20.03.2026	2
4.	Доопрацювання роботи з урахуванням зауважень керівника	12.04.2026	1
5.	Публікація тез у збірнику наукових матеріалів	15.05.2026	1
6.	Попередній захист роботи	15.05.2026	2
7.	Отримання відгуку керівника роботи	27.05.2026	2
8.	Отримання зовнішньої рецензії	28.05.2026	2
9.	Допуск роботи зав. кафедри до захисту	01.06.2026	
10.	Захист роботи	06.06.2026	1

1. Дата видачі завдання «01» жовтня 2025 року
2. Керівник кваліфікаційної роботи
_____ І.О Пєтухова
3. Керівник освітньо-професійної програми
_____ М.Ю. Заушнікова
4. Завдання до виконання отримав здобувач вищої освіти
_____ С.І Крижановська

ЗМІСТ

ВСТУП ……... 4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ……..7
1.1. Поняття, сутність та основні ознаки депресивних станів …….. 7
1.2. Психологічні особливості прояву депресивних станів ……..13
Висновки до 1 розділу ……. 18
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ТА ЇХ КОРЕКЦІЇ У МОЛОДІ…… 19
2.1. Зміст, організація та методики емпіричного дослідження депресивних станів у молоді ……19
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження депресивних станів у молоді ……..24
2.3. Програма психологічної корекції депресивних станів у молоді …… 34
Висновки до 2 розділу ……..39
ВИСНОВКИ …… 40
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ …… 42
ДОДАТКИ …… 48

ВСТУП

Період молодості пов’язаний з активним особистісним, професійним і соціальним самовизначенням, формуванням життєвих планів, побудовою стосунків, навчальною та професійною реалізацією. В умовах війни, навчального перевантаження, інформаційного тиску, переживань за рідних, втрати відчуття безпеки й тривалої психоемоційної напруги молоді люди частіше стикаються з пригніченістю, втратою мотивації, виснаженням, тривожністю, порушенням сну, зниженням активності та погіршенням якості життя. Депресивні стани в молодому віці впливають на навчання, самооцінку, спілкування, здатність планувати майбутнє й підтримувати звичний ритм життя.

Проблему депресивних станів, психічного здоров’я молоді, вікових проявів емоційних порушень, стресу, тривожності, резильєнтності та психологічної допомоги розглядали Ю. Асєєва [2; 9; 22], І. Астремська [13], О. Бєлов [4; 39], Н. Бишевець [5], О. Бортнікова [6], В. Бочелюк [7], Д. Возний [2], І. Візнюк [10], О. Виноградова-Аник [11], А. Гиндич [16], О. Грушецька [26], І. Гусакова [15], С. Діденко [32], А. Долгієр [17], І. Долінчук [18], О. Дрозд [19], К. Єгоров [44], С. Коновалов [15], Н. Кордунова [24], Н. Коструба [23], З. Крижановська [24], Л. Магдисюк [26], А. Молотокас [32], І. Охріменко [6], Т. Пономаренко [38], Д. Понянська [9], В. Содолевська [42], Ю. Сидоренко [38], О. Ханюков [44], Л. Хмель [15], В. Храмцова [44], К. Шкарлатюк [46], О. Щукіна [44] та інші.

Попри наявність наукових напрацювань, проблема депресивних станів та їх корекції у молоді залишається актуальною, оскільки сучасні умови життя молодих людей супроводжуються тривалим стресом, емоційним виснаженням, навчальним перевантаженням, невизначеністю майбутнього та впливом воєнних подій. Своєчасне виявлення депресивних проявів, визначення їхніх психологічних чинників і добір засобів допомоги, що відповідають віковим потребам молоді, є вкрай необхідними, адже від цього залежить збереження емоційної стабільності, навчальної активності, соціальної адаптації та здатності молодої людини справлятися з кризовими ситуаціями, що зумовило вибір теми

дослідження «Психологічні особливості депресивних станів та їх корекції у молоді».

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості депресивних станів у молоді, а також розробити програму психологічної корекції депресивних проявів.

Завдання дослідження:

1. Розкрити поняття, сутність та основні ознаки депресивних станів як психологічного феномену.

2. Охарактеризувати психологічні особливості прояву депресивних станів.

3. Здійснити емпіричне дослідження депресивних станів у молоді.

4. Проаналізувати й інтерпретувати результати емпіричного дослідження.

5. Розробити програму психологічної корекції депресивних станів у молоді.

Об’єкт дослідження – депресивні стани у молоді.

Предмет дослідження – психологічні особливості депресивних станів та особливості їх корекції у молоді.

Методи дослідження. Для досягнення мети та виконання поставлених завдань використано комплекс теоретичних, емпіричних і кількісних методів. До теоретичних методів належать аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та систематизація наукових джерел з проблеми депресивних станів, психологічних особливостей молодого віку та напрямів психологічної корекції. Емпіричний блок дослідження представлено такими психодіагностичними методиками: анкета здоров’я пацієнта PHQ-9, опитувальник депресії Бека BDI-I в адаптації У. Нікітчук, шкала депресії, тривоги та стресу DASS-21 в українській версії Ю. Мельника й А. Стадніка. Для обробки результатів застосовано підрахунок первинних балів, визначення рівнів прояву досліджуваних показників, відсотковий аналіз і порівняння отриманих даних. Використання зазначених методик дало змогу оцінити вираженість депресивних проявів, рівень тривожності, стресу та загальний психоемоційний стан молоді.

Емпірична база дослідження. Емпіричне дослідження було проведено серед молоді віком від 18 до 22 років. Вибірку становили 30 досілджуваних, що дало змогу отримати первинні дані про вираженість депресивних проявів, рівень тривожності, стресу та загальний психоемоційний стан молодих людей. Участь у дослідженні була добровільною, а отримані результати використано в узагальненому вигляді з дотриманням принципів конфіденційності та етичності психологічного дослідження.

Теоретична значущість роботи полягає в узагальненні наукових положень щодо сутності депресивних станів у молодому віці, їх емоційних, когнітивних, поведінкових і соматичних проявів. У роботі систематизовано чинники, що сприяють виникненню депресивних проявів у молоді: воєнні події, навчальне перевантаження, тривала психоемоційна напруга, зниження соціальної підтримки, порушення сну, проблеми самооцінки та несталість майбутніх життєвих перспектив. Розкриття цієї проблеми поглиблює наукові уявлення про зв’язок депресивних станів із тривожністю, стресом, якістю життя, навчальною активністю, мотивацією та здатністю молодої людини адаптуватися до кризових умов.

Практична значущість роботи полягає у можливості використання отриманих результатів у діяльності практичних психологів, фахівців психологічної служби закладів освіти, кураторів студентських груп та інших фахівців, які працюють з молоддю. Запропонований психодіагностичний комплекс дає змогу визначати рівень депресивних проявів, тривожності, стресу та загального психоемоційного стану молодих людей. Розроблена програма психологічної корекції може застосовуватися для зниження депресивних проявів, розвитку навичок емоційної саморегуляції, формування адаптивних копінг-стратегій, підтримки самооцінки, активності та соціальної взаємодії молоді.

Структура й обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, двох розділів та висновків до них, загальних висновків, списку використаних

джерел (52 найменування) та 4 додатків (на 11 сторінках). Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 59 сторінок. Робота містить 6 таблиць та 3 рисунка.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ

1.1. Поняття, сутність та основні ознаки депресивних станів як психологічного феномену

Депресивні стани належать до поширених проявів емоційного неблагополуччя особистості, що виявляються у стійкому зниженні настрою, втраті життєвої активності, емоційному виснаженні, песимістичному сприйнятті себе й майбутнього, труднощах у виконанні звичних навчальних, професійних і соціальних завдань. У психологічному розумінні депресивний стан варто розглядати ширше, ніж короткочасний сум або природну реакцію на неприємну подію. Його сутність полягає в тому, що негативні переживання набувають тривалого характеру, впливають на мислення, поведінку, мотивацію, самооцінку, тілесне самопочуття й взаємодію з оточенням. О. Бортнікова, І. Охріменко та І. Тодорова підкреслюють, що депресивні прояви мають вікову специфіку, а їхня вираженість залежить від життєвої ситуації, особистісних ресурсів, соціальної підтримки та здатності людини справлятися зі стресом [6, с. 163-172].

Депресивний стан – це психологічний стан тривалого емоційного пригнічення, що супроводжується зниженням активності, втратою інтересу до звичних занять, негативною оцінкою себе, виснаженням, порушенням сну, труднощами концентрації та погіршенням соціального функціонування. О. Бєлов зазначає, що депресивна симптоматика істотно позначається на якості життя, суб’єктивному самопочутті, соціальній активності, життєвій енергії та здатності людини підтримувати звичну повсякденну діяльність [4, с. 28–31].

Сутність депресивного стану полягає у зміні загального емоційного тла особистості та способу її реагування на події. Людина починає сприймати себе, власні можливості й життєві перспективи крізь призму виснаження, зниження віри у власну результативність, внутрішнього напруження та втрати інтересу до

діяльності, яка раніше приносила задоволення. Депресивні прояви охоплюють пригніченість, байдужість, емоційну спустошеність, почуття провини, сорому, безпорадності, ускладнення прийняття рішень, погіршення пам'яті й концентрації. А. Молотокас і С. Діденко пов'язують виникнення депресивних переживань із впливом психотравмуючих подій, які порушують емоційну стабільність людини та посилюють відчуття вразливості [32, с. 214-218].

У науковій літературі депресивний стан розглядається з різних позицій: як емоційне порушення, як наслідок психотравмуючого досвіду, як чинник погіршення якості життя, як стан, що може супроводжуватися психосоматичними проявами, а також як проблема, що потребує своєчасної психологічної допомоги. Для кращого розуміння змісту цього поняття доцільно узагальнити підходи окремих авторів у таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Наукові підходи до розуміння депресивного стану

Автори	Визначення поняття
О. Бортнікова, І. Охріменко, І. Тодорова	Депресивний стан – це емоційне порушення, що виявляється у пригніченому настрої, відчутті безвиході, зниженні активності, втраті інтересу до життя та зміні ставлення людини до себе, інших людей і майбутнього [6, с. 165].
В. Бочелюк	Депресивний стан – це психоемоційне порушення, яке проявляється через пригніченість, дратівливість, втрату інтересу, навчальні труднощі, поведінкові зміни та потребу в психологічній підтримці [7, с. 413].
О. Бєлов	Депресивний стан – це порушення психоемоційного стану людини, що супроводжується погіршенням якості життя, зниженням соціальної активності, життєвої енергії, працездатності та суб'єктивного відчуття здоров'я [4, с. 28].
О. Галиченко, І. Астремська	Депресивний стан – це емоційне порушення, яке може поєднуватися з психосоматичними проявами, тілесним дискомфортом, внутрішнім напруженням і потребою в корекції емоційного та фізичного самопочуття [13, с. 86].
А. Молотокас, С. Діденко	Депресивний стан – це наслідок тривалого або інтенсивного психотравмуючого впливу, що проявляється емоційною нестабільністю, пригніченістю, тривожністю, а також зниженням адаптаційних можливостей особистості [32, с. 215-216].

Отже, депресивний стан можна визначити як тривалий психоемоційний стан пригнічення, що охоплює знижений настрій, втрату інтересу, виснаження, негативне самосприйняття, зменшення активності, труднощі соціальної взаємодії та погіршення якості життя.

На відміну від короткочасного смутку, депресивний стан є тривалішим і впливає на емоції, мислення, поведінку, тілесне самопочуття та соціальну активність людини. Ситуативний сум переважно виникає як реакція на конкретну подію, стрес пов'язаний із перенавантаженням, тривога – з очікуванням загрози, тоді як депресивний стан охоплює загальне психоемоційне функціонування особистості. Порівняльну характеристику цих станів подано в табл. 1.2.

Таблиця 1.2

Відмінність депресивного стану від близьких психоемоційних станів

Психоемоційний стан	Основна характеристика	Відмінність від депресивного стану
Ситуативний сум	Природна реакція на втрату, розчарування, конфлікт або тимчасові труднощі. Має зрозумілу причину, супроводжується зниженням настрою та поступово слабшає.	Депресивний стан є тривалішим, сильніше впливає на активність, самооцінку, мотивацію, сон, працездатність і спілкування.
Стресовий стан	Реакція на перевантаження, небезпеку, відповідальність, навчальні труднощі або воєнні події. Проявляється напруженням, втомою, дратівливістю та порушенням сну.	Стрес пов'язаний переважно із зовнішнім тиском і може зменшуватися після відпочинку. Депресивний стан супроводжується втратою інтересу, безпорадністю та зниженням життєвої активності.
Тривожний стан	Стан внутрішнього неспокою, очікування загрози, напруження, страху помилок і труднощів із розслабленням.	Тривога спрямована на очікування небезпеки, а депресивний стан – на пригніченість, виснаження, втрату інтересу й песимістичне бачення себе та майбутнього.

Джерело: складено автором на основі [6, с. 165; 19, с. 146-148; 41, с. 219]

Отже, депресивний стан має спільні риси із сумом, стресом і тривогою, однак відрізняється більшою тривалістю, стійкістю та ширшим впливом на психічне функціонування людини. Він охоплює емоції, мислення, поведінку, самооцінку, тілесне самопочуття й соціальну активність, тому потребує комплексного аналізу його структури та проявів.

У структурі депресивного стану доцільно виділяти кілька взаємопов'язаних компонентів. Емоційний компонент проявляється через пригнічений настрій, втрату радості, внутрішню спустошеність, дратівливість, плаксивість, емоційну вразливість і тривале відчуття напруження. Когнітивний компонент пов'язаний із негативними думками про себе, власні можливості та майбутнє, труднощами зосередження, самозвинуваченням, сумнівами у власній спроможності й песимістичною оцінкою життєвих подій. Поведінковий компонент охоплює пасивність, уникання спілкування, зниження активності, втрату ініціативи, відкладання справ і звуження кола інтересів. Соматичний компонент виявляється через втому, порушення сну, головний біль, напруження в тілі, зміни апетиту, брак сил і зниження загального фізичного тонусу. А. Молотокас і С. Діденко пов'язують формування депресивних переживань із впливом психотравмуючих подій, які порушують емоційну стабільність людини та посилюють відчуття безпорадності [32, с. 215-217].

Депресивні стани мають багатофакторну природу. Їх виникнення зумовлюється поєднанням особистісних, соціальних, сімейних, професійних і кризових чинників. До особистісних чинників належать занижена самооцінка, високий рівень самокритичності, схильність до переживання провини, залежність від зовнішнього схвалення, труднощі емоційної регуляції та низька стресостійкість. О. Бортнікова, І. Охріменко та І. Тодорова зазначають, що прояви депресивних станів залежать від вікових, особистісних і соціальних умов життя людини [6, с. 165-168]. А. Молотокас і С. Діденко пов'язують виникнення депресивних переживань із психотравмуючими подіями, які порушують емоційну стабільність та знижують адаптаційні можливості особистості [32, с. 215-216]. Соціальні чинники охоплюють дефіцит підтримки,

конфлікти, самотність, втрату стабільності, інформаційне перенавантаження та досвід втрат. За тривалого впливу цих чинників у людини поступово виснажуються адаптаційні ресурси, що може спричиняти пригніченість, апатію, втрату мотивації та зниження здатності до активної взаємодії з оточенням [23, с. 84-93].

Психологічний зміст депресивного стану пов'язаний також зі зниженням суб'єктивного відчуття контролю над життям. Людині стає складніше планувати дії, приймати рішення, підтримувати звичний ритм діяльності та бачити реальні шляхи подолання труднощів. Повсякденні завдання можуть сприйматися як надмірно складні, а звичайна активність потребує значних внутрішніх зусиль. Н. Бишевець підкреслюють, що стресогенні чинники впливають на самопочуття, поведінку, режим дня та здатність людини до продуктивної діяльності [5, с. 114-119]. У такому стані поступово посилюються втома, емоційна відстороненість, зниження інтересу до спілкування й відчуття власної безпорадності, що поглиблює порушення соціального функціонування [4, с. 28-31].

Ознаки депресивних станів можуть мати різну інтенсивність. В одних випадках вони проявляються через тимчасову пригніченість, втому, зниження працездатності та потребу у відновленні. В інших – набувають стійкого характеру, охоплюють більшість сфер життя, порушують сон, апетит, активність, самооцінку, спілкування та здатність виконувати повсякденні обов'язки. О. Бєлов зазначає, що депресивна симптоматика істотно впливає на якість життя, соціальне функціонування, життєву енергію та суб'єктивне сприйняття власного здоров'я [4, с. 28-31].

Депресивний стан проявляється також через зміну ставлення людини до себе. За таких умов знижується віра у власні здібності, посилюється самокритичність, виникає схильність знецінювати власні досягнення, гостро реагувати на помилки та сприймати труднощі як доказ особистої неспроможності. Є. Скворчевська зазначає, що депресивні стани у молоді часто супроводжуються зниженням самооцінки, негативними очікуваннями,

тривожністю і труднощами соціальної взаємодії [41, с. 219-222]. У. Нікітчук зазначає, що депресивність охоплює негативні думки про себе, почуття провини, внутрішню напругу та втрату впевненості [33, с. 58-65]. Це може формувати замкнене коло: негативне самосприйняття знижує активність, а пасивність посилює невпевненість і відчуття безсилля.

Депресивні стани впливають на якість життя людини, оскільки знижують здатність отримувати задоволення від спілкування, роботи, навчання, відпочинку, фізичної активності та планування майбутнього. Людина може втрачати інтерес до справ, які раніше мали для неї особистий сенс, обмежувати контакти, уникати нових завдань і поступово звужувати власний життєвий простір. О. Бєлов зазначає, що депресивна симптоматика пов'язана з погіршенням суб'єктивного самопочуття, зниженням життєвої енергії, соціальної активності та загального рівня якості життя [4, с. 28–31]. Подібну думку висловлюють О. Вдовіченко, Ю. Асєєва та Д. Понянська, які підкреслюють, що депресивні розлади мають соціальні наслідки, зокрема ускладнюють адаптацію, спілкування та повсякденне функціонування людини [9, с. 267–269].

Окремим проявом депресивного стану є зниження мотивації. Повсякденні справи починають сприйматися як важкі, виснажливі або позбавлені сенсу. Людина може відкладати виконання обов'язків, втрачати ініціативу, уникати відповідальності та потребувати більше часу для простих дій. І. Візнюк підкреслює зв'язок депресивності зі зниженням навчальної результативності, труднощами саморегуляції, ослабленням готовності до діяльності та погіршенням здатності зосереджуватися на завданнях [10, с. 67-72]. Зниження мотивації також посилюється втомою, порушенням сну, негативними думками та відсутністю швидкого позитивного результату, що поступово закріплює пасивність і зменшує активність людини [25, с. 71-75].

Отже, депресивні стани є складним психологічним феноменом, який охоплює емоційні, когнітивні, поведінкові та соматичні прояви. Їхня сутність полягає у стійкому зниженні психоемоційного тонусу, втраті активності,

погіршенні самоставлення, ослабленні мотивації. Формування депресивних станів пов’язане з особистісними особливостями, стресовими подіями, психотравмуючим досвідом і тривалим виснаженням адаптаційних ресурсів.

1.2. Психологічні особливості прояву депресивних станів у молодому віці

Молодий вік є періодом активного становлення особистості, формування професійної ідентичності, ціннісних орієнтацій, життєвих планів, навичок самостійного прийняття рішень і побудови стабільних соціальних зв’язків. У цей період людина поступово переходить від залежності від сімейного середовища до більшої автономії, вибудовує уявлення про власне майбутнє, здобуває освіту, шукає професійний напрям, формує близькі стосунки та розвиває відповідальність за власний вибір. Р. Павелків зазначає, що юнацький і ранній дорослий вік характеризуються інтенсивним розвитком самосвідомості, рефлексії, потреби у самореалізації та прагненням до життєвого самовизначення [36, с. 301-318]. За умов стабільного середовища ці процеси сприяють розвитку особистісної зрілості, а під впливом хронічного стресу можуть супроводжуватися тривогою, пригніченістю й емоційним виснаженням.

Психологічні особливості депресивних станів у молоді пов’язані з віковою чутливістю до оцінки, порівняння, соціального прийняття та перспективи майбутнього. Молоді люди гостро реагують на академічні труднощі, проблеми у стосунках, конфлікти з батьками, фінансову нестабільність, невизначеність професійного шляху та втрату звичних опор. У навчальному середовищі депресивні прояви часто виявляються через зниження мотивації до навчання, труднощі концентрації, емоційне вигорання, прокрастинацію, зниження віри у власні здібності й уникання активної участі в освітньому процесі. О. Виноградова-Аник та І. Лук’яненко вказують, що тривожні й депресивні стани здобувачів медичної освіти під час воєнного стану впливають на академічну успішність, здатність до навчальної мобілізації та загальне психологічне самопочуття [11, с. 17-18].

У молодому віці депресивні стани часто мають маскований характер. Зовні молода людина може продовжувати навчання, підтримувати спілкування, виконувати базові обов’язки, однак внутрішньо переживати виснаження, втрату інтересу, тривожне очікування, почуття самотності та сумніви у власному майбутньому. Частина студентів приховує пригніченість через страх осуду, небажання «обтяжувати» інших або переконання, що емоційні труднощі треба долати самостійно. Є. Скворчевська зазначає, що діагностика депресивних станів у молоді має враховувати приховані прояви, поєднання депресивності з тривогою, соматичними скаргами, порушеннями сну, зниженням самооцінки та труднощами соціальної взаємодії [41, с. 219-222].

Вагомою особливістю прояву депресивних станів у молоді є поєднання емоційної пригніченості з тривожністю. Тривога посилює очікування небажаних подій, формує внутрішню напругу, ускладнює сон, погіршує концентрацію та підтримує відчуття психічного виснаження. Депресивність, у свою чергу, послаблює мотивацію, знижує впевненість і створює відчуття безсилля. Т. Пономаренко й Ю. Сидоренко розглядають тривожність і депресію у студентів як виклики для освітнього середовища під час війни, оскільки ці стани впливають на навчальну активність, психологічну безпеку та потребу в підтримці [38, с. 71-76]. Для молоді поєднання тривожності й депресивності особливо складне, адже воно порушує здатність планувати майбутнє та підтримувати внутрішню організованість.

В умовах війни депресивні стани молоді формуються під впливом тривалого стресу, інформаційного перенавантаження, переживання загрози, розлуки з рідними, втрат, вимушених переміщень, руйнування звичних життєвих планів і відчуття браку стабільності. Ю. Асєєва, Д. Возний і Т. Волинчук за результатами психодіагностики молоді в умовах війни підкреслюють потребу в терапевтичних інтервенціях, спрямованих на підтримку психічного здоров’я, зниження емоційної напруги та відновлення адаптаційних ресурсів [2, с. 20-24]. Війна ускладнює перебіг депресивних

станів, оскільки джерела стресу часто мають тривалий характер і виходять за межі особистого контролю людини.

Молодь у воєнний період стикається з подвійним навантаженням: вікові завдання розвитку поєднуються з кризовими соціальними умовами. Одне джерело напруги становлять навчання, вибір професії, становлення самостійності, формування стосунків; інше – небезпека, втрати, фінансові труднощі, міграція, руйнування життєвих планів, постійний потік тривожної інформації. І. Пєша та Т. Андріученко зазначають, що збереження психічного здоров'я молоді в умовах повномасштабної війни потребує системної підтримки, доступу до психологічної допомоги, розвитку навичок саморегуляції та створення безпечного освітнього середовища [37, с. 107-112]. У цьому контексті депресивні стани треба розглядати як відповідь психіки на тривалий вплив стресу, дефіцит відновлення й порушення відчуття життєвої опори.

Однією з характерних ознак депресивних проявів у молоді є порушення сну. Сон виконує відновлювальну функцію, підтримує емоційну регуляцію, пам'ять, концентрацію та фізичну активність. Коли молодій людині важко заснути, сон стає поверхневим або переривчастим, знижується здатність до навчання, посилюється дратівливість, втома й емоційна нестійкість. Ю. Лященко та Л. Юр'єва у літературному огляді щодо диссомнічних порушень у хворих на тривожно-депресивні розлади описують тісний зв'язок порушень сну з тривожно-депресивною симптоматикою та потребою в комплексній діагностиці [25, с. 73]. Для молоді це має прямий зв'язок із навчанням, оскільки недосипання погіршує зосередження, пам'ять, темп мислення й здатність до самоконтролю.

Депресивні стани у молоді часто виявляються через зниження соціальної активності. Людина може рідше спілкуватися з друзями, уникати зустрічей, відповідей у месенджерах, спільних занять, групової роботи. Уникання тимчасово знижує напругу, однак поступово посилює самотність, звужує коло підтримки й закріплює пасивність. О. Вдовіченко, Ю. Асєєва та Д. Понянська наголошують, що депресивні розлади під час воєнного стану пов'язані із

соціальними наслідками, зокрема погіршенням якості життя та ускладненням соціального функціонування [9, с. 268-270]. У студентському середовищі це може проявлятися через відсторонення від групи, зниження участі в командних завданнях і втрату відчуття належності до спільноти.

Ще однією психологічною особливістю є зміна самооцінки. У молодому віці самооцінка активно формується під впливом навчальних досягнень, професійних перспектив, зовнішності, стосунків, соціального статусу та порівняння з ровесниками. За депресивного стану молода людина схильна інтерпретувати труднощі як доказ власної неспроможності, перебільшувати помилки, занижувати досягнення та сумніватися у власній компетентності. О. Бочелюк, аналізуючи депресію у дітей і підлітків, зазначає, що емоційні труднощі молодших вікових груп часто пов’язані з самооцінкою, сімейними взаєминами, навчальним навантаженням і потребою у психологічній підтримці [7, с. 413]. Для молоді ранньої дорослості цей механізм зберігає актуальність, хоча проявляється через професійне самовизначення, навчальну успішність і соціальну самореалізацію.

Істотним чинником депресивних проявів є травматичний досвід. Молоді люди, які пережили втрати, небезпеку, переміщення, розлуку з родиною, руйнування домівки або тривалий страх за близьких, мають підвищений ризик пригніченості, тривожності, емоційного оніміння, зниження довіри до майбутнього. З. Крижановська, Н. Кордунова та В. Марюха визначають травматичні події як чинники розвитку депресії у молодих людей, вказуючи на роль емоційної пам’яті, порушення відчуття безпеки та накопичення психологічної напруги [24, с. 66-71]. Вплив травматичних подій може проявлятися поступово, через виснаження, соматичні скарги, нічні пробудження, емоційну відстороненість і труднощі довіри.

Важливу роль у проявах депресивних станів відіграють копінг-стратегії. Конструктивні способи подолання стресу – звернення по підтримку, планування, фізична активність, емоційна саморегуляція та поступове розв’язання проблем – зменшують напругу й підтримують психологічну

адаптацію. Натомість уникання, ізоляція, постійне прокручування тривожних думок і хаотичний режим дня можуть посилювати депресивні прояви. А. Долгієр зазначає, що вибір копінг-стратегій у студентів під час воєнного стану прямо пов'язаний із їхньою здатністю адаптуватися до стресових умов [17, с. 46-51].

Резильєнтність є важливим ресурсом подолання депресивних проявів. Вона охоплює здатність відновлюватися після стресу, підтримувати внутрішню організованість, шукати підтримку, зберігати відчуття мети та використовувати власні ресурси. Н. Коструба та Л. Ляшко пов'язують резильєнтність молоді в умовах війни із саморегуляцією, оптимізмом, соціальною підтримкою та внутрішньою стійкістю [23, с. 84-93].

Сучасна молодь значну частину соціального життя реалізує через цифрове середовище. Соціальні мережі можуть виконувати підтримувальну функцію, однак водночас здатні посилювати порівняння, інформаційне перенавантаження, залежність від оцінок, страх пропустити важливу подію, порушення сну й емоційну нестабільність. Л. Вольнова аналізує вплив соціальних мереж на психічне здоров'я сучасної молоді та підкреслює, що цифровий простір здатний впливати на самооцінку, емоційний стан, рівень тривоги та якість міжособистісної взаємодії [12, с. 2-6]. У контексті депресивних станів це означає, що психологічне дослідження молоді має враховувати інформаційне середовище, режим користування гаджетами та характер онлайн-комунікації.

Депресивні прояви можуть супроводжуватися психосоматичними реакціями. Молоді люди часто описують втому, головний біль, напруження м'язів, дискомфорт у шлунку, серцебиття, слабкість, зниження апетиту або переїдання. О. Галиченко та І. Астремська розглядають корекцію депресивних розладів із психосоматичною симптоматикою та показують потребу в поєднанні психологічної роботи з тілесно орієнтованими й емоційно-регуляційними техніками [13, с. 86-88]. Для молоді тілесні прояви часто стають першим

сигналом емоційного перевантаження, хоча сама людина може пояснювати їх виключно втомою або навчальним навантаженням.

Загалом депресивні стани у молодому віці формуються під впливом вікових завдань, соціального середовища, воєнної ситуації, навчального навантаження, особистісних ресурсів і підтримки. Вони позначаються на емоціях, мисленні, поведінці, самопочутті, спілкуванні, навчанні та плануванні майбутнього. Часто ці прояви маскуються під втому, перевантаження, замкненість або втрату інтересу, тому їх своєчасне виявлення потребує комплексної психодіагностики депресивності, тривоги, стресу, сну, самооцінки.

Висновки до 1 розділу

Розкрито поняття, сутність та основні ознаки депресивних станів як психологічного феномену. Визначено, що депресивний стан є тривалим психоемоційним станом пригнічення, який охоплює знижений настрій, втрату інтересу, виснаження, негативне самосприйняття, зменшення активності та погіршення якості життя. З'ясовано, що депресивні стани відрізняються від ситуативного суму, стресу й тривоги більшою стійкістю та ширшим впливом на емоційну, когнітивну, поведінкову й соматичну сфери особистості. Також встановлено, що їх виникнення пов'язане з поєднанням особистісних, соціальних, стресових і психотравмуючих чинників.

Охарактеризовано психологічні особливості прояву депресивних станів у молодому віці. Встановлено, що молодь є вразливою до депресивних проявів через активне особистісне становлення, навчальне навантаження, потребу в самореалізації, формування самооцінки, професійне самовизначення та нестабільність життєвих перспектив. Депресивні стани у молоді можуть проявлятися через зниження мотивації, порушення сну, тривожність, втрату соціальної активності, самокритичність, емоційне виснаження та труднощі планування майбутнього. Підкреслено, що ці прояви часто маскуються під втому, замкненість, прокрастинацію або втрату інтересу, тому потребують своєчасного психологічного виявлення.

Визначено основні напрями психологічної корекції депресивних станів у молоді. До них віднесено психоедукацію, емоційну саморегуляцію, когнітивну роботу, поведінкову активізацію, розвиток копінг-стратегій, формування резильєнтності, підтримку соціальних контактів, нормалізацію режиму дня і сну, роботу з тілесною напругою та профілактику повторного емоційного виснаження. Обґрунтовано, що корекційна робота має бути поступовою, комплексною та орієнтованою на реальні потреби молодої людини. Її метою є зниження пригніченості, відновлення активності, посилення самопідтримки, розвиток психологічної стійкості та покращення соціального функціонування.

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ТА ЇХ КОРЕКЦІЇ У МОЛОДІ

2.1. Зміст, організація та методики емпіричного дослідження депресивних станів у молоді

Емпіричне дослідження було спрямоване на вивчення психологічних особливостей депресивних станів у молоді, визначення рівня вираженості депресивної симптоматики, тривожності, стресу та загального психоемоційного стану респондентів. Зміст дослідження ґрунтувався на положенні про те, що депресивні стани у молодому віці можуть проявлятися через пригнічений настрій, втрату інтересу до діяльності, зниження активності, втому, труднощі концентрації, порушення сну, негативне самосприйняття, тривожність і психоемоційне напруження. Вивчення цих показників дало змогу отримати первинні емпіричні дані для подальшого аналізу та розроблення програми психологічної корекції депресивних станів у молоді.

Метою емпіричного дослідження було визначення рівня вираженості депресивних проявів, тривожності та стресу у молоді, а також обґрунтування змісту програми психологічної корекції депресивних станів.

Для досягнення мети було визначено такі завдання емпіричного дослідження:

1) організувати вибірку респондентів і забезпечити етичні умови проведення психодіагностичного обстеження;

2) визначити рівень депресивної симптоматики за допомогою анкети здоров’я пацієнта PHQ-9;

3) дослідити вираженість депресивних проявів за Опитувальником депресії Бека BDI-I в українській адаптації У. Нікітчук;

4) оцінити рівень депресії, тривоги та стресу за шкалою DASS-21 в українській версії Ю. Мельника та А. Стадніка;

5) узагальнити отримані результати й визначити основні психологічні труднощі респондентів;

6) використати результати емпіричного дослідження як основу для розроблення програми психологічної корекції депресивних станів у молоді.

Емпіричне дослідження було проведено серед молоді віком від 18 до 22 років. Вибірку становили 30 респондентів. Така кількість учасників дала змогу отримати первинні дані про вираженість депресивних проявів, рівень тривожності, стресу та загальний психоемоційний стан молодих людей. Участь у дослідженні була добровільною. Отримані результати використано в узагальненому вигляді з дотриманням принципів конфіденційності, етичності, коректного ставлення до особистого досвіду і психологічної безпеки.

Організація емпіричного дослідження здійснювалася у три етапи: підготовчий, діагностичний та аналітико-програмний.

На підготовчому етапі було уточнено мету, завдання та логіку емпіричної частини роботи. Визначено основні показники, які підлягали вивченню: депресивна симптоматика, рівень пригніченості, тривожність, стрес, порушення сну, втомлюваність, зниження активності, труднощі концентрації та негативне самосприйняття. Також було обґрунтовано добір психодіагностичних методик, підготовлено бланки опитувальників, інструкції для респондентів, реєстраційні форми та таблиці для подальшої кількісної обробки результатів.

Діагностичний етап передбачав безпосереднє проведення психодіагностичного обстеження. Перед початком роботи респондентам було пояснено мету дослідження, порядок заповнення методик, принцип добровільності участі та узагальнений характер використання результатів. Учасники самостійно заповнювали бланки методик, орієнтуючись на власне самопочуття, переживання та поведінку протягом визначеного періоду. Дослідник надавав пояснення щодо технічних моментів виконання завдань, без впливу на зміст відповідей.

Аналітико-програмний етап був спрямований на обробку, узагальнення та інтерпретацію отриманих даних. На цьому етапі здійснювався підрахунок

первинних балів за кожною методикою, визначалися рівні прояву депресивної симптоматики, тривожності та стресу, аналізувалися результати за окремими шкалами. Кількісний аналіз дав змогу встановити розподіл результатів у вибірці, а якісний аналіз – пояснити психологічний зміст отриманих показників. Узагальнені результати стали підґрунтям для розроблення програми психологічної корекції депресивних станів у молоді.

Для комплексного дослідження депресивних станів у молоді було використано три психодіагностичні методики. Їх добір зумовлений метою і завданнями дослідження, оскільки кожна методика дає змогу оцінити окремі прояви психоемоційного стану (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Діагностичний інструментарій емпіричного дослідження

№	Методика	Діагностичне призначення
1	Анкета здоров'я пацієнта PHQ-9, українська версія Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії (Додаток А)	Використовується для оцінки вираженості депресивної симптоматики за останні два тижні. Дає змогу визначити рівень пригніченості, втрати інтересу, втоми, порушень сну, апетиту, концентрації та повсякденного функціонування.
2	Опитувальник депресії Бека BDI-I в українській адаптації У. Нікітчук (Додаток Б)	Спрямований на вивчення емоційних, когнітивних, мотиваційних, поведінкових і соматичних проявів депресивного стану. Дає змогу оцінити рівень депресивних проявів, самокритичність, втрату інтересу, втому, труднощі прийняття рішень і зміни самооцінки.
3	Шкала депресії, тривоги та стресу DASS-21 в українській версії Ю. Мельника та А. Стадніка (Додаток В)	Дає змогу окремо оцінити депресію, тривогу та стрес. У межах дослідження використовується для визначення зв'язку депресивних проявів із психоемоційним напруженням, тілесними проявами тривоги та труднощами розслаблення.

Джерело: складено автором на основі [1; 30; 33]

Анкета здоров’я пацієнта PHQ-9 була використана для визначення рівня вираженості депресивної симптоматики у молоді. Методика містить дев’ять пунктів, які стосуються основних проявів депресивного стану: зниження інтересу до звичайних справ, пригніченого настрою, порушень сну, втоми, змін апетиту, негативних думок про себе, труднощів концентрації та психомоторних змін. Респондент оцінює, як часто протягом останніх двох тижнів його турбували зазначені прояви. Кожна відповідь оцінюється від 0 до 3 балів, а загальна сума може становити від 0 до 27 балів. Результати інтерпретуються за такими рівнями: 0-4 бали – відсутність або мінімальні прояви депресивної симптоматики, 5-9 балів – легкий рівень, 10-14 балів – помірний рівень, 15-19 балів – виражений рівень, 20-27 балів – високий рівень депресивної симптоматики [1].

Опитувальник депресії Бека BDI-I в українській адаптації У. Нікітчук застосовувався для більш детального вивчення депресивних проявів. Методика містить 21 змістовий показник, пов’язаний із настроєм, ставленням до майбутнього, переживанням невдач, задоволеністю життям, почуттям провини, самооцінкою, самокритичністю, здатністю до активних дій, якістю сну, втомлюваністю, апетитом, соціальною активністю та фізичним самопочуттям. Кожен пункт оцінюється від 0 до 3 балів залежно від обраного варіанта відповіді. Загальна сума балів відображає рівень вираженості депресивних проявів. У межах дослідження результати інтерпретувалися за чотирма рівнями: 0-4 бали – мінімальні прояви, 5-7 балів – легкий рівень, 8-15 балів – середній рівень, 16 і більше балів – високий рівень депресивних проявів [33].

Шкала депресії, тривоги та стресу DASS-21 в українській версії Ю. Мельника та А. Стадніка була використана для оцінки трьох взаємопов’язаних складових психоемоційного стану. Методика містить 21 твердження, розподілене на три шкали: депресія, тривога та стрес. Шкала депресії охоплює прояви пригніченості, втрати інтересу, безініціативності, знецінення себе та песимістичного ставлення до життя. Шкала тривоги оцінює тілесні й емоційні прояви тривожності, зокрема напруження, панічні реакції, прискорене

серцебиття, сухість у роті та страх втрати контролю. Шкала стресу відображає нервове напруження, дратівливість, труднощі розслаблення, образливість і надмірне реагування на події. Кожне твердження оцінюється від 0 до 3 балів, після чого підраховуються окремі результати за кожною шкалою [30].

Обробка результатів здійснювалася відповідно до ключів кожної методики. За кожним респондентом було підраховано первинні бали, визначено рівні прояву досліджуваних показників та узагальнено результати за вибіркою. Для представлення емпіричних даних використовувалися таблиці, відсотковий розподіл, порівняння показників за окремими шкалами та графічна візуалізація. Це дало змогу встановити загальні тенденції у вибірці, визначити частку респондентів із різними рівнями депресивних проявів, тривожності та стресу.

Якісний аналіз результатів був спрямований на пояснення психологічного змісту отриманих показників та виявлення тих проявів, які найбільше характеризують психоемоційний стан респондентів. Особлива увага приділялася аналізу пригніченості, втрати інтересу до діяльності, виснаження, порушень сну, труднощів концентрації, негативного самосприйняття, зниження активності, тривожності та стресового напруження. Це дало змогу не просто зафіксувати рівні депресивних проявів, а й зрозуміти, які саме симптоми найбільше впливають на самопочуття, навчальну активність, соціальну взаємодію та повсякденне функціонування молоді. Отримані дані стали основою для визначення проблемних зон психоемоційного стану респондентів і подальшого обґрунтування змісту програми психологічної корекції депресивних станів у молоді.

Отже, організація емпіричного дослідження мала послідовний і комплексний характер. Поєднання PHQ-9, Опитувальника депресії Бека BDI-I та шкали DASS-21 дало змогу оцінити депресивні прояви з різних позицій: через загальний рівень депресивної симптоматики, особливості самосприйняття, мотивації, активності, а також через взаємозв’язок депресії з тривогою та стресом. Результати емпіричного дослідження стали основою для

подальшого аналізу психологічних особливостей депресивних станів у молоді та розроблення програми їх психологічної корекції.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження депресивних станів у молоді

Перед проведенням емпіричного дослідження респондентам було пояснено мету, зміст і порядок заповнення психодіагностичних методик. Учасники були поінформовані, що результати використовуються в узагальненому вигляді, без зазначення персональних даних. Діагностика проводилася в спокійних умовах, із дотриманням принципів добровільності, конфіденційності та психологічної безпеки. Респонденти самостійно заповнювали бланки, орієнтуючись на власне самопочуття, переживання та поведінку протягом визначеного періоду.

На першому етапі емпіричного дослідження було застосовано анкету здоров'я пацієнта PHQ-9, яка дала змогу оцінити рівень вираженості депресивної симптоматики у молоді за останні два тижні. Методика охоплює прояви пригніченого настрою, втрати інтересу до звичних справ, порушень сну, втоми, змін апетиту, негативного самосприйняття, труднощів концентрації, психомоторних змін та загального впливу цих проявів на повсякденне функціонування. Узагальнені результати за методикою PHQ-9 подано в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Результати дослідження рівня депресивної симптоматики за методикою PHQ-9 у молоді (n = 30)

Рівень депресивної симптоматики	Кількість респондентів	Частка, %
Мінімальний рівень	5	16,7
Легкий рівень	10	33,3
Помірний рівень	8	26,7
Виражений рівень	5	16,7
Високий рівень	2	6,6

За результатами методики PHQ-9 встановлено, що у 5 респондентів, тобто у 16,7% вибірки, виявлено мінімальний рівень депресивної симптоматики. Для цієї групи характерним є відносно стабільний емоційний стан, збереження інтересу до діяльності, достатній рівень енергії та здатність виконувати навчальні, побутові й соціальні завдання без виражених труднощів. Окремі прояви втоми або зниження настрою можуть виникати ситуативно, однак вони мають короткочасний характер і суттєво не порушують повсякденну активність.

Легкий рівень депресивної симптоматики зафіксовано у 10 респондентів, що становить 33,3% вибірки. Це найбільша група серед опитаних. Отриманий результат свідчить про наявність окремих проявів емоційного неблагополуччя: періодичної пригніченості, втоми, зниження інтересу до діяльності, труднощів зі сном або концентрацією. На цьому рівні депресивні прояви ще можуть мати помірний вплив на повсякденне функціонування, однак уже вказують на потребу в профілактичній роботі, розвитку навичок саморегуляції та підтримці психологічної стійкості.

Помірний рівень депресивної симптоматики виявлено у 8 респондентів, тобто у 26,7% досліджуваних. Для цієї групи характерними можуть бути стійкіші емоційні труднощі, зниження мотивації, втомлюваність, порушення сну, погіршення концентрації та зменшення активності. Помірний рівень депресивних проявів може впливати на навчання, спілкування, самооцінку та загальне самопочуття молодої людини. Отримані показники свідчать про доцільність психологічної підтримки, уточнення чинників емоційного стану та залучення респондентів цієї групи до корекційної програми.

Виражений рівень депресивної симптоматики встановлено у 5 респондентів, що становить 16,7% вибірки. Цей результат свідчить про помітне емоційне неблагополуччя, яке може супроводжуватися втратою інтересу до звичних справ, значною втомою, зниженням активності, негативними думками про себе, труднощами концентрації та погіршенням повсякденного функціонування. Для цієї групи особливо важливими є індивідуальна психологічна підтримка, робота з емоційною саморегуляцією, відновлення

режиму дня, поступова поведінкова активізація та формування навичок самопідтримки.

Високий рівень депресивної симптоматики виявлено у 2 респондентів, тобто у 6,6% вибірки. Такі показники вказують на суттєве психоемоційне напруження та значне ускладнення навчальної, соціальної й особистої активності. У цій групі важливим є уважне ставлення до стану респондентів, індивідуальний супровід психолога та, за потреби, скерування до профільного фахівця для додаткового оцінювання стану.

Для наочного представлення співвідношення рівнів депресивної симптоматики у молоді результати дослідження за методикою PHQ-9 подано на рис. 2.1.

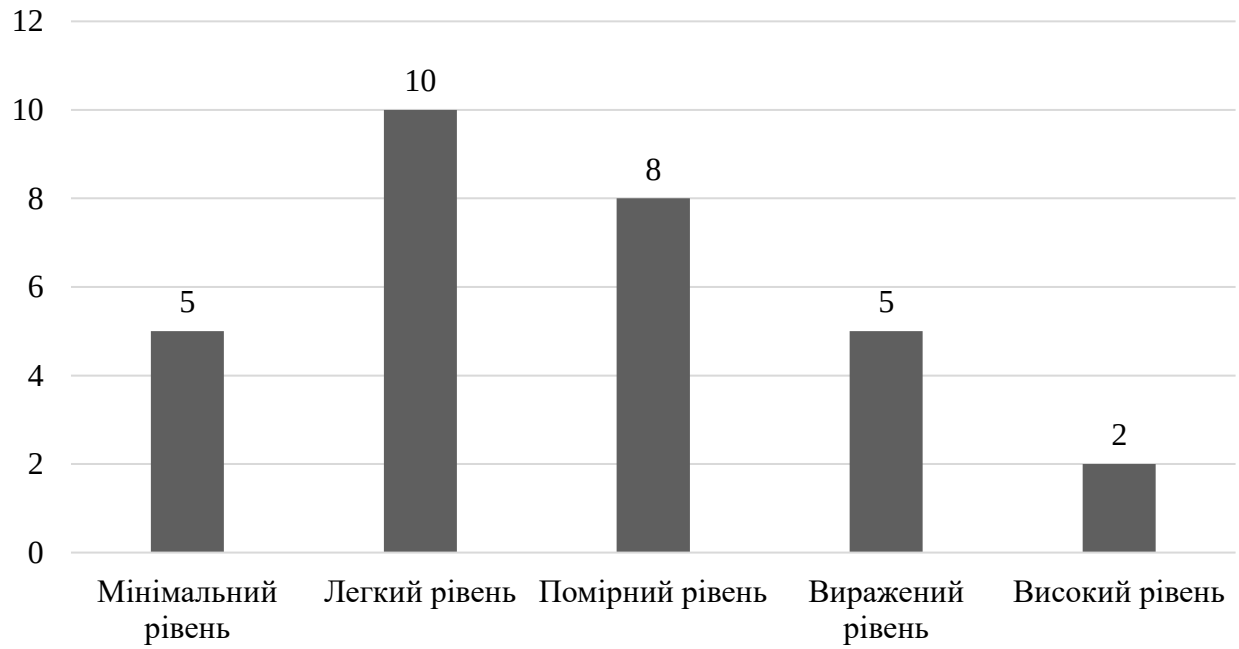


Рис. 2.1. Рівні депресивної симптоматики у молоді за методикою PHQ-9

Загалом результати за методикою PHQ-9 показали, що у значної частини молоді наявні депресивні прояви різного рівня вираженості. Мінімальний рівень зафіксовано у 16,7% респондентів, тоді як легкий, помірний, виражений і високий рівні разом становлять 83,3% вибірки. Це свідчить про поширеність

емоційного напруження, втоми, зниження інтересу, порушень сну, труднощів концентрації та зменшення активності серед опитаних молодих людей.

Отримані дані дають підстави визначити кілька проблемних зон, які потребують подальшого аналізу в межах емпіричного дослідження. До них належать пригнічений настрій, втрата інтересу до діяльності, зниження енергії, труднощі зі сном, негативне самосприйняття та зменшення здатності до продуктивної активності.

На другому етапі емпіричного дослідження було застосовано Опитувальник депресії Бека BDI-I в українській адаптації У. Нікітчук. Методика дала змогу детальніше оцінити депресивні прояви у молоді, зокрема емоційний стан, ставлення до себе й майбутнього, рівень самокритичності, втомлюваність, соціальну активність, якість сну, здатність до активних дій та загальне фізичне самопочуття. Узагальнені результати за Опитувальником депресії Бека подано в табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Результати дослідження рівня депресивних проявів за Опитувальником депресії Бека BDI-I у молоді (n = 30)

Рівень депресивних проявів	Кількість респондентів	Частка, %
Мінімальний рівень	4	13,3
Легкий рівень	7	23,3
Середній рівень	13	43,4
Високий рівень	6	20,0
Разом	30	100

За результатами Опитувальника депресії Бека встановлено, що у 4 респондентів, тобто у 13,3% вибірки, депресивні прояви відсутні або виражені мінімально. Для цієї групи характерні відносно стабільний емоційний стан, збереження інтересу до діяльності, здатність підтримувати соціальні контакти та виконувати повсякденні завдання. Такі респонденти загалом демонструють

достатній рівень самоконтролю, працездатності та позитивнішого ставлення до себе.

Легкий рівень депресивних проявів виявлено у 7 респондентів, що становить 23,3% вибірки. У цієї групи можуть спостерігатися окремі ознаки пригніченого настрою, втомлюваності, зниження активності, самокритичності або труднощів із мотивацією. Ці прояви ще мають помірний характер, проте вже можуть впливати на навчальну активність, настрій і загальне самопочуття. Для цієї частини респондентів доцільною є профілактична робота, спрямована на розвиток емоційної саморегуляції, підтримку самооцінки та стабілізацію режиму дня.

Середній рівень депресивних проявів зафіксовано у 13 респондентів, тобто у 43,4% досліджуваних. Це найбільша група у вибірці. Отриманий результат свідчить про помітне емоційне неблагополуччя, яке може проявлятися через зниження настрою, втрату задоволення від діяльності, труднощі концентрації, невпевненість у собі, зниження соціальної активності, втому та погіршення працездатності. Для цієї групи доцільним є включення до корекційної програми, оскільки середній рівень депресивних проявів уже може помітно впливати на навчання, спілкування, самооцінку та повсякденне функціонування.

Високий рівень депресивних проявів виявлено у 6 респондентів, що становить 20,0% вибірки. Це свідчить про значне емоційне неблагополуччя, яке може проявлятися через стійке зниження настрою, втрату інтересу до звичних справ, виснаження, підвищену самокритичність, труднощі у прийнятті рішень, порушення сну, зменшення навчальної та соціальної активності. Для цієї групи характерним може бути відчутне погіршення повсякденного функціонування, коли виконання звичайних завдань потребує значних внутрішніх зусиль. Респонденти з високим рівнем депресивних проявів потребують індивідуального психологічного супроводу, уважного ставлення до емоційного стану та, за потреби, додаткової консультації профільного фахівця.

Для наочного представлення співвідношення рівнів депресивних проявів у молоді результати за опитувальником депресії Бека BDI-I подано на рис. 2.2.

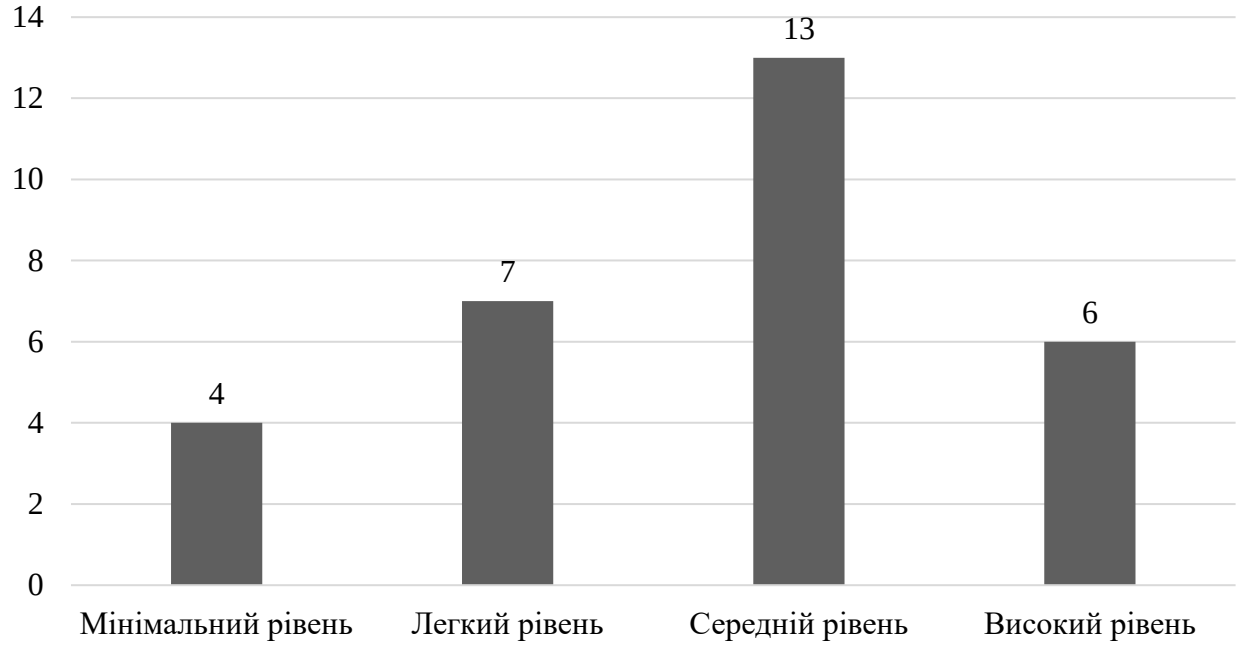


Рис. 2.2. Рівні депресивних проявів у молоді за Опитувальником депресії Бека BDI-I

Загалом результати за Опитувальником депресії Бека показали, що найбільша частина респондентів має середній рівень депресивних проявів – 43,4%. Легкий рівень виявлено у 23,3% опитаних, високий – у 20,0%, а мінімальний – у 13,3%. Отже, у більшості досліджуваних простежуються ознаки емоційного неблагополуччя різної інтенсивності, що підтверджує потребу в розробленні програми психологічної корекції.

Порівняно з результатами PHQ-9, дані Опитувальника депресії Бека дають змогу ширше побачити внутрішній зміст депресивних проявів. Якщо PHQ-9 більше фіксує частоту симптомів за останні два тижні, то BDI-I деталізує емоційні, когнітивні, мотиваційні, поведінкові та соматичні складові депресивного стану. Це дозволило виявити, що для частини респондентів характерні знижений настрій, самокритичність, труднощі з активністю, втомлюваність, проблеми зі сном, зниження соціальної включеності та негативне ставлення до себе.

Отримані результати свідчать, що в корекційній програмі потрібно передбачити роботу з кількома проблемними зонами: емоційною пригніченістю, самокритикою, зниженням мотивації, втомлюваністю, пасивністю, порушенням сну та труднощами соціальної взаємодії. Саме ці прояви можуть підтримувати депресивний стан і заважати молодій людині повноцінно навчатися, спілкуватися, планувати майбутнє та відновлювати власні ресурси.

На третьому етапі емпіричного дослідження було застосовано шкалу депресії, тривоги та стресу DASS-21 в українській версії Ю. Мельника та А. Стадніка. Методика дала змогу оцінити три взаємопов'язані складові психоемоційного стану молоді: депресивні прояви, тривожність і стресове напруження. Узагальнені результати за методикою DASS-21 подано в табл. 2.4.

Таблиця 2.4

Результати дослідження рівня депресії, тривоги та стресу за методикою DASS-21 у молоді (n = 30)

Рівень показника	Депресія	Тривога	Стрес
Нормальний рівень	6 осіб / 20,0%	5 осіб / 16,7%	7 осіб / 23,3%
Легкий рівень	7 осіб / 23,3%	6 осіб / 20,0%	8 осіб / 26,7%
Помірний рівень	9 осіб / 30,0%	8 осіб / 26,7%	9 осіб / 30,0%
Важкий рівень	5 осіб / 16,7%	7 осіб / 23,3%	4 особи / 13,3%
Дуже важкий рівень	3 особи / 10,0%	4 особи / 13,3%	2 особи / 6,7%
Разом	30 осіб / 100%	30 осіб / 100%	30 осіб / 100%

За шкалою депресії встановлено, що нормальний рівень мають 6 респондентів, тобто 20,0% вибірки. Для цієї групи характерні відносна емоційна стабільність, збереження інтересу до діяльності, здатність проявляти ініціативу та підтримувати звичний ритм життя. Легкий рівень депресії виявлено у 7 респондентів, що становить 23,3%. У цієї групи можуть спостерігатися окремі прояви пригніченості, зниження позитивних емоцій, втоми або труднощів із мотивацією.

Помірний рівень депресії зафіксовано у 9 респондентів, тобто у 30,0% вибірки. Це найбільша група за шкалою депресії. Отриманий результат свідчить про помітне емоційне неблагополуччя, яке може проявлятися через пригнічений настрій, втрату інтересу, зниження ініціативності, негативне самосприйняття та песимістичне ставлення до майбутнього. Важкий рівень депресії виявлено у 5 респондентів, або 16,7%, а дуже важкий – у 3 респондентів, що становить 10,0%. Ці показники вказують на виражене емоційне виснаження та потребу в індивідуальній психологічній підтримці.

За шкалою тривоги нормальний рівень виявлено у 5 респондентів, тобто у 16,7% вибірки. Легкий рівень тривоги мають 6 осіб, що становить 20,0%. У цих респондентів можуть виникати ситуативне хвилювання, тілесне напруження або труднощі із заспокоєнням у стресових ситуаціях. Помірний рівень тривоги зафіксовано у 8 осіб, тобто у 26,7% досліджуваних. Це свідчить про достатньо помітний внутрішній неспокій, очікування небажаних подій, напруження та схильність до надмірного реагування на складні ситуації.

Важкий рівень тривоги виявлено у 7 респондентів, або 23,3%, а дуже важкий – у 4 респондентів, що становить 13,3% вибірки. Це означає, що понад третина опитаних має виражені тривожні прояви, які можуть суттєво впливати на емоційний стан і повсякденне функціонування. Для цієї групи характерними можуть бути постійне хвилювання, внутрішнє напруження, труднощі із заспокоєнням, тілесні прояви тривоги, страх втрати контролю над ситуацією та підвищена чутливість до стресових подій. Поєднання тривоги з депресивними проявами може посилювати виснаження, порушувати сон, знижувати концентрацію, ускладнювати навчальну активність і підтримувати відчуття психологічного перенавантаження.

За шкалою стресу нормальний рівень встановлено у 7 респондентів, тобто у 23,3% вибірки. Легкий рівень стресу зафіксовано у 8 осіб, що становить 26,7%. Для цих респондентів характерні окремі прояви напруження, дратівливості, втоми, емоційної нестійкості або труднощів із розслабленням, які ще не мають різко вираженого характеру, але можуть посилюватися за умов

тривалого навантаження. Помірний рівень стресу виявлено у 9 респондентів, тобто у 30,0% вибірки. Це найбільша група за шкалою стресу, що свідчить про поширеність психоемоційного перенавантаження серед опитаних, зокрема труднощів із відновленням, підвищеної вразливості до подразників, швидкої втомлюваності та напруженого реагування на повсякденні ситуації.

Важкий рівень стресу мають 4 респонденти, що становить 13,3%, а дуже важкий – 2 респонденти, тобто 6,7% вибірки. Ці показники можуть вказувати на виражену нервову напругу, дратівливість, труднощі із заспокоєнням, швидку втомлюваність і зниження здатності до емоційного відновлення. Для цієї групи доцільними є вправи на саморегуляцію, стабілізацію режиму дня, робота зі сном, зниження інформаційного навантаження та розвиток конструктивних способів подолання стресу.

Для наочного представлення співвідношення рівнів депресії, тривоги та стресу у молоді результати дослідження за методикою DASS-21 подано на рис. 2.3.

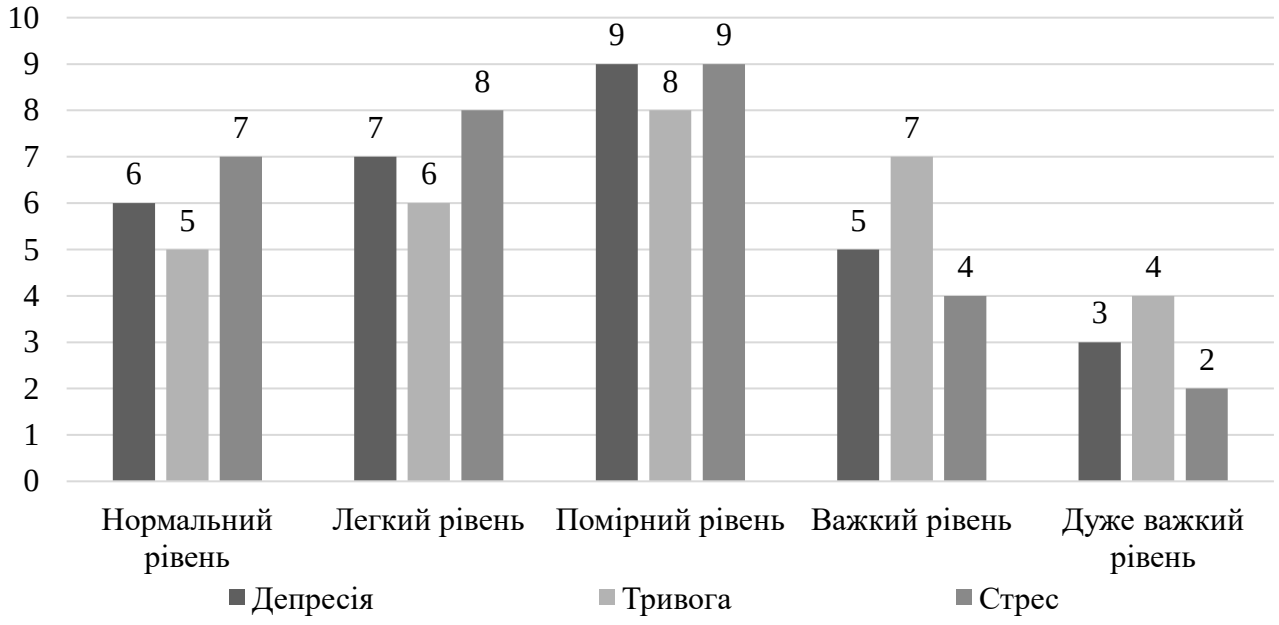


Рис. 2.3. Рівні депресії, тривоги та стресу у молоді за методикою DASS-21

Загалом результати за методикою DASS-21 показали, що найбільш поширеними серед респондентів є помірні прояви депресії та стресу – по 30,0% вибірки. За шкалою тривоги також переважає помірний рівень – 26,7%, однак

частка респондентів із важким і дуже важким рівнями тривоги разом становить 36,6%. Це свідчить про помітну роль тривожного напруження у загальному психоемоційному стані молоді.

Отримані дані підтверджують, що депресивні прояви у досліджуваній вибірці часто поєднуються з тривогою та стресом. Це означає, що корекційна програма має бути спрямована не тільки на зниження пригніченості, а й на розвиток навичок емоційної саморегуляції, стабілізацію сну, зменшення внутрішнього напруження, формування адаптивних копінг-стратегій і поступове відновлення активності.

Загальний аналіз результатів трьох методик показав, що серед молоді наявні депресивні прояви різного рівня вираженості. За PHQ-9 найбільша частина респондентів має легкий рівень депресивної симптоматики – 33,3%, за Опитувальником депресії Бека BDI-I переважає середній рівень депресивних проявів – 43,4%, а за DASS-21 найчастіше фіксується помірний рівень депресії – 30,0%. Це дає підстави стверджувати, що емоційне неблагополуччя у вибірці має виражений, але неоднорідний характер.

Порівняння результатів PHQ-9, BDI-I та DASS-21 дозволило визначити основні проблемні зони психоемоційного стану респондентів. До них належать пригнічений настрій, втрата інтересу до діяльності, втомлюваність, зниження мотивації, труднощі концентрації, порушення сну, негативне ставлення до себе, тривожність і стресове напруження. У частини респондентів ці прояви можуть впливати на навчальну активність, спілкування, повсякденне функціонування та здатність планувати майбутнє.

Отже, результати емпіричного дослідження підтвердили потребу в розробленні програми психологічної корекції депресивних станів у молоді. Її зміст має охоплювати психоедукацію, емоційну саморегуляцію, когнітивну роботу з негативними думками, поведінкову активізацію, розвиток копінг-стратегій, підтримку самооцінки, нормалізацію режиму дня і сну та посилення соціальної підтримки. Саме ці напрями відповідають виявленим проблемним

зонам і можуть сприяти зниженню депресивних проявів, тривожності та стресу у молоді.

2.3. Програма психологічної корекції депресивних станів у молоді

За результатами емпіричного дослідження було встановлено, що частина респондентів має депресивні прояви різного рівня вираженості, підвищену тривожність, стресове напруження, втому, порушення сну, зниження інтересу до діяльності, труднощі концентрації, самокритичність і зменшення соціальної активності. Дані, отримані за методиками PHQ-9, BDI-I та DASS-21, свідчать про потребу в цілеспрямованій психологічній роботі, спрямованій на емоційну стабілізацію, поступове відновлення активності, розвиток саморегуляції, підтримку самооцінки та формування адаптивних способів подолання стресу.

На основі отриманих результатів було розроблено програму психологічної корекції депресивних станів у молоді «Внутрішня опора». Її зміст орієнтований на роботу з тими проблемними зонами, які були виявлені під час діагностики: пригніченістю, втратою інтересу, емоційним виснаженням, тривожністю, стресом, негативним самосприйняттям, порушенням сну, пасивністю та труднощами соціальної взаємодії. Повний зміст програми наведено в додатку Д.

Мета програми полягає у зниженні депресивних проявів у молоді через розвиток емоційної саморегуляції, корекцію негативних думок, поступове відновлення активності, підтримку самооцінки, нормалізацію режиму дня, посилення соціальної підтримки та формування навичок самопідтримки.

Основними завданнями програми є: зниження рівня пригніченості, тривожності та стресового напруження; розвиток уміння розпізнавати власні емоції й регулювати їх; формування навичок роботи з негативними думками та самокритикою; поступове повернення до щоденної активності; підтримка позитивнішого ставлення до себе; розвиток адаптивних копінг-стратегій; покращення комунікації та звернення по допомогу; стабілізація режиму дня і сну; формування особистого плану самопідтримки.

Цільовою групою програми є молодь віком 18-22 років, у якої за результатами психодіагностики виявлено легкий, помірний, виражений або високий рівень депресивних проявів, тривожності чи стресового напруження. Програма може реалізовуватися практичним психологом, психологом закладу освіти або фахівцем психологічної служби. Оптимальна форма роботи – групова, оскільки вона дає змогу поєднати психоедукацію, вправи на саморегуляцію, обговорення, взаємну підтримку та відпрацювання комунікативних навичок. За потреби групова робота може доповнюватися індивідуальними консультаціями.

Програма розрахована на 8 занять тривалістю 60-90 хвилин кожне. Заняття доцільно проводити двічі на тиждень у стабільному складі групи. Оптимальна кількість учасників – 8-12 осіб, що дозволяє забезпечити активність кожного, зберегти довірливу атмосферу та надати учасникам можливість висловлюватися у безпечному форматі. У процесі роботи використовуються психоедукаційні бесіди, вправи емоційної саморегуляції, дихальні та релаксаційні техніки, когнітивні вправи, ведення щоденника настрою, поведінкова активізація, ресурсні вправи, комунікативні вправи та рефлексивні обговорення.

Структура програми передбачає три послідовні етапи: підготовчо-мотиваційний, корекційно-розвивальний та підсумково-рефлексивний.

Підготовчо-мотиваційний етап спрямований на створення безпечної атмосфери, знайомство учасників, пояснення мети програми та формування правил групової взаємодії. На цьому етапі важливо знизити початкове напруження, сформувати довіру до психолога й групи, пояснити учасникам, що робота буде спрямована на підтримку, саморозуміння та поступове відновлення внутрішніх ресурсів. Основними завданнями цього етапу є встановлення контакту, визначення очікувань, створення правил спілкування та первинне усвідомлення власного емоційного стану.

Корекційно-розвивальний етап є основною частиною програми. Він спрямований на роботу з пригніченістю, тривогою, стресом, негативними

думками, пасивністю, зниженням мотивації та труднощами соціальної взаємодії. У межах цього етапу учасники вчаться розпізнавати емоції, оцінювати їхню інтенсивність, використовувати дихальні й стабілізаційні вправи, формувати реалістичніші оцінки ситуації, поступово відновлювати активність. Окреме місце займає робота з ресурсами, підтримкою, способами подолання стресу.

Підсумково-рефлексивний етап спрямований на узагальнення отриманого досвіду, закріплення навичок саморегуляції та створення особистого плану самопідтримки. На цьому етапі учасники визначають, які вправи були для них корисними, які зміни вони помітили у власному стані, які способи підтримки можуть використовувати в повсякденному житті. Завершення програми має посилити відчуття власної спроможності, сформувати готовність звертатися по допомогу та підтримати мотивацію до подальшої турботи про психоемоційний стан.

Зміст програми розкривається через послідовність восьми занять, кожне з яких має власну мету, практичні вправи та очікуваний корекційний ефект.

Заняття 1. «Безпечний простір» спрямоване на знайомство учасників, зниження початкового напруження та створення довірливої атмосфери. Психолог пояснює мету програми, формат роботи, принципи добровільності, конфіденційності, поваги, права мовчати та доброзичливої взаємодії. У вправі «Мій стан сьогодні» учасники визначають свій емоційний стан за шкалою від 1 до 10. Вправа «Очікування від програми» допомагає сформулювати, що кожен учасник хотів би покращити у власному самопочутті. Завершується заняття короткою рефлексією: «На цих заняттях для мене важливо…».

Заняття 2. «Розуміння депресивного стану» має психоедукаційний характер. Психолог пояснює основні прояви депресивного стану: пригнічений настрій, втрату інтересу, втому, порушення сну, труднощі концентрації, самокритичність, зниження активності та соціального інтересу. Учасники обговорюють зв’язок між думками, емоціями, тілесними реакціями та поведінкою. У вправі «Коло мого стану» вони визначають, як настрій впливає

на навчання, спілкування, сон, активність і самоставлення. Вправа «Що допомагає, а що виснажує» спрямована на усвідомлення чинників, які підтримують або погіршують психоемоційний стан.

Заняття 3. «Емоції та саморегуляція» спрямоване на розвиток уміння розпізнавати й регулювати власні емоції. Психолог проводить бесіду про пригніченість, тривогу, втому, дратівливість, напруження та їхній вплив на поведінку. У вправі «Емоційний термометр» учасники визначають силу основних переживань і вчаться помічати їхні тілесні сигнали. Далі відпрацьовуються техніки «Повільне дихання» та «5-4-3-2-1», які допомагають знизити напруження й повернутися до теперішнього моменту. Наприкінці заняття кожен учасник обирає одну техніку, яку готовий застосовувати самостійно.

Заняття 4. «Думки, які підтримують пригніченість» присвячене роботі з негативними автоматичними думками, самокритикою, катастрофізацією та знеціненням власних досягнень. Психолог пояснює, як думки можуть посилювати пригнічений настрій, тривогу та втрату мотивації. У вправі «Ситуація – думка – емоція – дія» учасники аналізують типові ситуації, у яких їхній стан погіршується. Вправа «Докази за і проти» допомагає перевірити реалістичність негативних переконань. Завершується заняття формулюванням підтримувальної фрази, яку учасник може використовувати в моменти самокритики або невпевненості.

Заняття 5. «Поведінкова активізація» спрямоване на поступове повернення до щоденних справ, навчання, спілкування, відпочинку та занять, які мають особистий сенс. Психолог пояснює, що пасивність, уникання та відкладання справ можуть підтримувати депресивний стан. У вправі «Малі кроки» учасники визначають 2-3 реальні дії, які можуть виконати протягом найближчих днів. Вправа «Баланс справ» допомагає розподілити активність на обов’язкову, приємну, відновлювальну та соціальну. Як домашнє завдання пропонується фіксувати виконані дії та зміни настрою.

Заняття 6. «Копінг-стратегії та ресурси» спрямоване на формування конструктивних способів подолання стресу. Учасники обговорюють власні способи реагування на складні ситуації: уникання, перевантаження, звернення по підтримку, планування, відпочинок, фізичну активність. У вправі «Мої способи справлятися» вони визначають, які реакції допомагають, а які посилюють напруження. Вправа «Карта ресурсів» допомагає знайти людей, місця, заняття, думки й дії, які сприяють відновленню. Завершується заняття складанням короткого «Плану дій у складний день».

Заняття 7. «Соціальна підтримка і комунікація» має на меті зменшення ізоляції та розвиток уміння звертатися по допомогу. Психолог проводить бесіду про роль підтримки у подоланні пригніченості, тривоги й стресу. У вправі «Моє коло підтримки» учасники визначають людей, до яких можуть звернутися у складний період: друзів, членів родини, викладачів, психолога або інших довірених осіб. У вправі «Як попросити про допомогу» учасники формулюють прості фрази для звернення по підтримку. Через рольові ситуації відпрацьовуються навички безпечного висловлення потреб і відновлення контакту.

Заняття 8. «Мій план самопідтримки» є підсумковим. Воно спрямоване на закріплення навичок, отриманих під час програми, та формування індивідуального плану дій у разі погіршення стану. У вправі «Що мені допомагає» учасники пригадують техніки, які були для них найбільш корисними. Далі складається «План самопідтримки», у якому визначаються ранні ознаки емоційного виснаження, ресурсні дії, способи зменшення напруження, режим сну, контакти підтримки та кроки у складній ситуації. Завершується програма підсумковим колом «Після програми я беру із собою…».

Очікуваними результатами реалізації програми є зниження пригніченості, тривожності, покращення емоційної саморегуляції, поступове відновлення активності, зменшення самокритичності, стабілізація режиму дня і сну, розвиток конструктивних копінг-стратегій та посилення соціальної підтримки.

Важливим результатом також є формування у молоді навичок самоспостереження, уміння розпізнавати ранні ознаки погіршення стану та звертатися по допомогу.

Отже, запропонована програма психологічної корекції депресивних станів у молоді побудована відповідно до результатів емпіричного дослідження. Її зміст спрямований на ті проблемні зони, які були виявлені під час діагностики: пригніченість, тривожність, стрес, втрату інтересу, виснаження, порушення сну, самокритичність, пасивність і труднощі соціальної взаємодії. Реалізація програми може сприяти зниженню депресивних проявів, відновленню активності та покращенню психоемоційного стану молоді.

Висновки до 2 розділу

У другомк розділі нами розкрито зміст, організацію та методики емпіричного дослідження депресивних станів у молоді. Дослідження було проведено серед 30 респондентів віком від 18 до 22 років із дотриманням принципів добровільності, конфіденційності та психологічної безпеки. Для діагностики використано три методики: PHQ-9, Опитувальник депресії Бека BDI-I та шкалу DASS-21. Обраний діагностичний інструментарій дав змогу оцінити рівень депресивних проявів, тривожності, стресу, втомлюваності, порушень сну, труднощів концентрації та негативного самосприйняття.

Проаналізовано результати емпіричного дослідження депресивних станів у молоді. За методикою PHQ-9 найбільша частина респондентів мала легкий рівень депресивної симптоматики, за Опитувальником депресії Бека BDI-I переважав середній рівень депресивних проявів, а за шкалою DASS-21 найчастіше фіксувався помірний рівень депресії та стресу. Встановлено, що депресивні прояви у частини молоді поєднуються з тривожністю, стресовим напруженням, втомою, порушеннями сну, зниженням мотивації та труднощами соціальної взаємодії. Отримані результати показали потребу в психологічній підтримці респондентів, особливо тих, у кого виявлено виражені та високі показники депресивних проявів.

Розроблено програму психологічної корекції депресивних станів у молоді «Внутрішня опора». Її зміст побудовано відповідно до виявлених проблемних зон: пригніченості, тривожності, стресу, втрати інтересу, виснаження, порушення сну, самокритичності, пасивності та труднощів соціальної взаємодії. Програма охоплює психоедукацію, розвиток емоційної саморегуляції, роботу з негативними думками, поведінкову активізацію, формування копінг-стратегій, посилення соціальної підтримки та складання плану самопідтримки. Її реалізація може сприяти зниженню депресивних проявів, поступовому відновленню активності, покращенню самопочуття та зміцненню психологічної стійкості молоді.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі теоретично обґрунтовано та емпірично досліджено психологічні особливості депресивних станів у молоді, визначено рівень вираженості депресивних проявів, тривожності та стресу, а також розроблено програму психологічної корекції депресивних станів. На основі результатів теоретичного аналізу, емпіричного дослідження та узагальнення отриманих даних сформульовано такі висновки:

Розкрито поняття, сутність та основні ознаки депресивних станів як психологічного феномену. Визначено, що депресивний стан є тривалим психоемоційним станом пригнічення, який охоплює знижений настрій, втрату інтересу, емоційне виснаження, негативне самосприйняття, зменшення активності та погіршення якості життя. З'ясовано, що депресивні стани відрізняються від ситуативного суму, стресу й тривоги більшою стійкістю та ширшим впливом на емоційну, когнітивну, поведінкову й соматичну сфери особистості. Узагальнено, що їх виникнення пов'язане з поєднанням особистісних, соціальних, стресових, сімейних і психотравмуючих чинників.

Охарактеризовано психологічні особливості прояву депресивних станів у молодому віці. Встановлено, що молодь є вразливою до депресивних проявів через активне особистісне становлення, навчальне навантаження, професійне самовизначення, формування самооцінки, потребу в самореалізації та нестабільність життєвих перспектив. Депресивні стани у молоді можуть проявлятися через зниження мотивації, втрату інтересу до навчання й спілкування, порушення сну, тривожність, самокритичність, емоційне виснаження та труднощі планування майбутнього. Підкреслено, що ці прояви часто маскуються під втому, прокрастинацію, замкненість або перевантаження, тому потребують своєчасного психологічного виявлення.

Визначено основні напрями психологічної корекції депресивних станів у молоді. До них віднесено психоедукацію, розвиток емоційної саморегуляції, когнітивну роботу з негативними думками, поведінкову активізацію, формування адаптивних копінг-стратегій, розвиток резильєнтності, підтримку

соціальних контактів, нормалізацію режиму дня і сну, роботу з тілесною напругою та профілактику повторного емоційного виснаження. Обґрунтовано, що корекційна робота має бути поступовою, комплексною та орієнтованою на реальні потреби молодої людини.

Організовано та проведено емпіричне дослідження депресивних станів у молоді. У дослідженні взяли участь 30 респондентів віком від 18 до 22 років. Діагностика проводилася поетапно: на підготовчому етапі було визначено показники й підібрано методики, на діагностичному – проведено опитування, на аналітико-програмному – оброблено результати та визначено напрями корекційної роботи. Для дослідження використано PHQ-9, Опитувальник депресії Бека BDI-I та шкалу DASS-21. За результатами дослідження, найбільша частина респондентів характеризується легким рівнем депресивної симптоматики, переважає середній рівень депресивних проявів, найчастіше фіксувався помірний рівень депресії та стресу. Встановлено, що депресивні прояви у молоді часто поєднуються з тривогою, стресовим напруженням, втомлюваністю, порушенням сну, зниженням мотивації, самокритичністю та труднощами соціальної взаємодії. Отримані дані підтверджують, що депресивні прояви у досліджуваній вибірці часто поєднуються з тривогою та стресом. Це означає, що корекційна програма має бути спрямована не тільки на зниження пригніченості, а й на розвиток навичок емоційної саморегуляції, стабілізацію сну, зменшення внутрішнього напруження, формування адаптивних копінг-стратегій і поступове відновлення активності. Це дає підстави стверджувати, що емоційне неблагополуччя у вибірці має виражений, але неоднорідний характер.

Ввизначено основні проблемні зони психоемоційного стану респондентів. До них належать пригнічений настрій, втрата інтересу до діяльності, втомлюваність, зниження мотивації, труднощі концентрації, порушення сну, негативне ставлення до себе, тривожність і стресове напруження. У частини респондентів ці прояви можуть впливати на навчальну активність, спілкування, повсякденне функціонування та здатність планувати майбутнє.

Розроблено програму психологічної корекції депресивних станів у молоді «Внутрішня опора». Її зміст спрямований на зниження пригніченості, тривожності й стресового напруження, розвиток емоційної саморегуляції, корекцію негативних думок, поступове відновлення активності, підтримку самооцінки та формування навичок самопідтримки. Програма складається з 8 занять і охоплює психоедукаційні бесіди, дихальні та стабілізаційні вправи, когнітивну роботу, поведінкову активізацію, розвиток копінг-стратегій, роботу з соціальною підтримкою та складання особистого плану самопідтримки. Її реалізація може сприяти покращенню психоемоційного стану молоді, відновленню активності та зміцненню психологічної стійкості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анкета здоров’я пацієнта PHQ-9. URL: https://medcenter.lviv.ua/upload-files/phq-9.pdf (дата звернення: 01.05.2026).
2. Асєєва Ю. О., Возний Д. В., Волинчук Т. І. Психічне здоров’я молоді в умовах війни: результати психодіагностики та терапевтичних інтервенцій. *Ментальне здоров’я.* 2024. Вип. 3. С. 19-25. DOI: 10.32782/3041-2005/2024-3-4
3. Білоус О. В. Вікова психологія : навч. посіб. Чернігів : ЧНПУ імені Т. Г. Шевченка, 2015. 108 с.
4. Бєлов О. О. Гендерні та вікові особливості якості життя хворих на депресивні розлади. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2021. № 1. С. 27-33. DOI: https://doi.org/10.11603/1811-2471.2021.v.i1.11990
5. Бишевець Н. Г. Вплив стресогенних чинників на здоров’я та поведінкові розлади студентської молоді. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія.* 2024. Вип. 1. С. 113-122. DOI: 10.32652/spmed.2024.1.113-122
6. Бортнікова О. Г., Охріменко І. М., Тодорова І. С. Особливості вияву депресивних станів у різних вікових групах. *Соціально-правові студії*. 2021. Вип. 1(11). С. 163-172. DOI 10.32518/2617-4162-2021-1-163-172
7. Бочелюк В. Й. Депресія у дітей та підлітків: психологічні особливості, профілактика і подолання. *Наукові перспективи*. 2022. № 12(30). С. 409-421. DOI: https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-12(30)-409-421
8. Василенко І. М. Молодь України в умовах збройного конфлікту: соціально-психологічні аспекти. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2021. 200 с.
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. Вип. 52. С. 266-270. DOI: 10.32782/2663-5208.2023.52.45
10. Візнюк І. М. Психологічні детермінанти успішності під час навчання учнів зі схильністю до депресії. *Науковий вісник Херсонського державного*

університету. Серія: Психологічні науки. 2021. № 1. С. 66-74. DOI: https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-1-9

11. Виноградова-Аник О., Лук'яненко І. Вплив тривожних та депресивних станів здобувачів медичної освіти на їхню академічну успішність в умовах воєнного стану. *Медицина та фармація: освітні дискурси*. 2025. № 1. С. 16-19. DOI: https://doi.org/10.32782/eddiscourses/2025-1-3
12. Вольнова Л. М. Вплив соціальних мереж на психічне здоров'я сучасної молоді. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія.* 2023. Т. 34(73), № 6. URL: https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/6_2023/1.pdf (дата звернення: 02.05.2026).
13. Галиченко О. О., Астремська І. В. Корекція депресивних розладів з психосоматичною симптоматикою. *Габітус.* 2021. Вип. 30. С. 85-89. DOI: https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.30.14
14. Гетьман Т. О., Кричковська Т. Д. Проблеми вікової психології : хрестоматія. Київ : Сварог, 2019. 469 с.
15. Гусакова І. В., Коновалов С. В., Хмель Л. Л. Депресія, тривога та стрес за результатами тесту DASS-21 у студентів Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова. *Вісник Вінницького національного медичного університету.* 2023. Т. 27, № 1. С. 17-21. DOI: https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27(1)-03
16. Дзеружинська Н., Гиндич А. Дослідження психічного здоров'я студентів, які постраждали від війни: коморбідність, якість життя та ефективні терапевтичні підходи. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2025. Т. 10, № 1. DOI: https://doi.org/10.26766/pmgp.v10i1.596 (дата звернення: 02.05.2026)
17. Долгієр А. Психологічні особливості вибору студентами копінг-стратегій в умовах воєнного стану. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки.* 2024. Вип. 19. С. 45-52.
18. Долінчук І. О. Психічне здоров'я молоді в умовах воєнного стану. *Габітус.* 2023. Вип. 53. С. 56-61. DOI: https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.53.10

19. Дрозд О. В. Психологічні шляхи подолання тривожності у молоді в умовах війни. *Габітус.* 2024. Вип. 61. С. 145-149. DOI: https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.61.25
20. Жигайло Н. І., Шолубка Т., Москалець В., Федик О. Актуальні аспекти психологічної стійкості студентів в умовах війни та воєнного стану. *Вісник Львівського університету. Серія психологічна.* 2025. Вип. 58. С. 250-259. URL: https://elartu.tntu.edu.ua/handle/lib/50813 (дата звернення: 02.05.2026).
21. Кий-Кокарєва В. Г. Ставлення студентської молоді до свого здоров'я в умовах війни. *Україна. Здоров'я нації.* 2023. № 3. С. 63-67. DOI: https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.3/10
22. Корженко В. О., Жук А. М., Асєєва Ю. О. Тривожно-депресивні розлади та їх вплив на ментальне здоров'я в умовах війни. *Ментальне здоров'я.* 2024. № 2. С. 45-49. URL: https://journals.oneu.od.ua/index.php/mh (дата звернення: 02.05.2026).
23. Коструба Н., Ляшко Л. Особистісні характеристики психологічної резильєнтності молоді в умовах війни. *Психологічні перспективи*. 2023. Вип. 42. С. 82-96. DOI: https://doi.org/10.29038/2227-1376-2023-42-kos
24. Крижановська З. Ю., Кордунова Н. В., Марюха В. В. Травматичні події як чинники розвитку депресії у молодих людей. *Психологічні перспективи*. 2025. Вип. 45. С. 65-73. DOI: https://doi.org/10.29038/2227-1376-2025-45-kry
25. Лященко Ю. В., Юр'єва Л. М. Діагностика та лікування диссомнічних порушень у хворих на тривожно-депресивні розлади: огляд літератури. *Український вісник психоневрології.* 2020. Т. 28, вип. 3(104). С. 70-76.
26. Магдисюк Л., Грушецька О., Гричанюк О. Причини проявів депресивних станів у підлітків: профілактика, психокорекція та психологічне консультування в умовах війни. *Psychology Travelogs*. 2025. № 2. С. 107-114. DOI: https://doi.org/10.31891/PT-2025-2-10
27. Мащак С. О., Кучвара Х. Б. Особливості суб'єктивного благополуччя українців в умовах війни. *Науковий вісник Ужгородського національного*

університету. Серія: Психологія. 2022. № 6. С. 5-9. DOI: https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.6.1

28. Мідловець К. К. Опитувальник депресії Бека та його модифікація: порівняльний аналіз методичних характеристик тестів. *Український неврологічний журнал.* 2025. № 2. С. 34-40. DOI: https://doi.org/10.30978/UNJ2025-2-34
29. Мінін М. О. Психологічні предиктори резильєнтності студентської молоді. *Габітус.* 2025. Вип. 70. С. 157-162. DOI: https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.70.28 (дата звернення: 02.05.2026).
30. Мельник Ю. Б., Стаднік А. В. Шкала депресії, тривоги та стресу: методичний посібник (українська версія). Харків: ХОГОКЗ, 2023. 12 с. DOI: https://doi.org/10.26697/sri.krpoch/melnyk.stadnik.4.2023
31. Мельничук І. Я., Мельничук С. К. Психологічна корекція тривожних розладів особистості в ситуації невизначеності. *Наукові записки Центральноукраїнського державного університету. Серія: Психологія.* 2025. № 4. С. 58-63. DOI: https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2025-4-7
32. Молотокас А. А., Діденко С. В. Вплив психотравмуючих подій на виникнення депресії. *Габітус.* 2022. № 44. С. 214-218. DOI: https://doi.org/10.32782/2663-5208.2022.44.36
33. Нікітчук У. Психометричні властивості української версії Опитувальника депресії Бека-І, визначені на студентській вибірці. *Психологічний часопис.* 2020. Т. 6, № 11. С. 56-68. DOI: https://doi.org/10.31108/1.2020.6.11.6
34. Носова О. В. Психологічні чинники стресостійкості особистості в умовах воєнного стану. *Габітус.* 2025. Вип. 69. С. 185-190. DOI: https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.69.35
35. Огоренко В. В., Шорніков А. В. Вплив тривоги і депресії на психічний стан здобувачів медичної освіти під час воєнного стану. *Психосоматична медицина та загальна практика.* 2023. Т. 8, № 4. DOI: https://doi.org/10.26766/pmgp.v8i4.453 (дата звернення: 02.05.2026).

36. Павелків Р. В. Вікова психологія : підручник. 2-ге вид., стер. Київ : Кондор, 2015. 469 с.
37. Пєша І., Андріученко Т. Збереження психічного здоров'я молоді в умовах повномасштабної війни. *Соціальна робота та соціальна освіта*. 2023. № 2(11). С. 106-113. DOI: https://doi.org/10.31499/2618-0715.2(11).2023.291876
38. Пономаренко Т. І., Сидоренко Ю. В. Тривожність і депресія у студентів: виклики для освітнього середовища в умовах війни. Ментальне здоров'я. 2025. № 2. С. 70–78. DOI: https://doi.org/10.32782/3041-2005/2025-2.12 (дата звернення: 02.05.2026).
39. Пшук Н. Г., Бєлов О. О., Новицький А. В. Психосоціальна дезадаптація та якість життя студентів медичних закладів вищої освіти в умовах війни. *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31, вип. 2. С. 69-74. DOI: https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is2-2023-9
40. Сергєєнкова О. П., Столярчук О. А., Коханова О. П., Пасєка О. В. Вікова психологія : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2021. 376 с.
41. Скворчевська Є. Л. Особливості депресивних станів у молоді: діагностика та психологічна допомога. *Габітус.* 2022. Вип. 42. С. 218-223. DOI: https://doi.org/10.32782/2663-5208.2022.42.37
42. Содолевська В. Вплив війни на психічне здоров'я молоді: роль резилієнсу та психологічних інтервенцій. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Т. 9, № 3. DOI: https://doi.org/10.26766/pmgp.v9i3.532 (дата звернення: 02.05.2026).
43. Ткачишина О. Р. Дослідження проявів тривоги та депресії у студентів в умовах воєнного стану. *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія.* 2025. № 1. DOI: https://doi.org/10.32782/psyspu/2025.1.25 (дата звернення: 02.05.2026).
44. Чухрій І. В. Психологічні особливості емоційних переживань осіб юнацького віку. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія.* 2022. Вип. 6. С. 54-58. DOI: https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.6.1

45. Шкарлатюк К., Коширець В. Нервово-психічне напруження як чинник переживання депресивних станів молоді. *Psychology Travelogs*. 2025. № 1. С. 299-311. DOI: https://doi.org/10.31891/PT-2025-1-29
46. Amanvermez Y., Rahmadiana M., Karyotaki E., de Wit L., Ebert D. D., Kessler R. C., Cuijpers P. Stress management interventions for college students: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2023. Vol. 30, № 4. P. 423-444. DOI: https://doi.org/10.1111/cpsp.12342
47. Barnett P., Arundell L.-L., Saunders R., Matthews H., Pilling S. The efficacy of psychological interventions for the prevention and treatment of mental health disorders in university students: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2021. Vol. 280, Pt. A. P. 381-406. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.060
48. Chen B., Li J., Qi Y., Mao H., Liu Y., Wang W. Comparative effectiveness and acceptability of internet-based psychological interventions on depression in young people: a systematic review and network meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2025. Vol. 25. Article 321. DOI: https://doi.org/10.1186/s12888-025-06757-9 (дата звернення: 02.05.2026).
49. Cuijpers P., Miguel C., Ciharova M., Aalten P., Batelaan N., Salemink E., Spinhoven P., Struijs S., de Wit L., Gentili C., Ebert D., Harrer M., Bruffaerts R., Kessler R. C., Karyotaki E. Prevention and treatment of mental health and psychosocial problems in college students: an umbrella review of meta-analyses. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2021. Vol. 28, № 3. P. 229-244. DOI: https://doi.org/10.1037/cps0000030
50. Deng Y., Cherian J., Khan N. U. N., Kumari K., Sial M. S., Comite U., Gavurova B., Popp J. Family and academic stress and their impact on students' depression level and academic performance. *Frontiers in Psychiatry*. 2022. Vol. 13. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.869337 (дата звернення: 02.05.2026).
51. Kleinschmidt M., Paião A. V., Rufino T. A. T., Aragão Y. M., Silva C. S., Antúnez A. E. A. Effectiveness of interventions for depression in college students: a

systematic review. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2025. Vol. 27, № 1. DOI: 10.5935/1980-6906/ePTPCP16696.en (дата звернення: 02.05.2026).

52. Luo S., Mei Z., Fang G., Mu G., Zhang X., Luo S. Effects of mind–body therapies on depression among adolescents: a systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in Public Health*. 2024. Vol. 12. Article 1431062. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1431062 (дата звернення: 02.05.2026).

Додаток А

Анкета здоров'я пацієнта PHQ-9 (українська версія Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії для оцінки вираженості депресивної симптоматики у молоді) [1]

Реєстраційні дані

ПІБ _____

Вік_____ Дата дослідження _____

Стать_____ Група / курс_____

Інструкція

Уважно прочитайте наведені нижче твердження та оцініть, як часто протягом останніх двох тижнів Вас турбували зазначені стани. У кожному рядку потрібно обрати лише одну відповідь, яка найточніше відображає Ваше самопочуття. Методика не має правильних або неправильних відповідей, тому важливо відповідати щиро, орієнтуючись на власний стан, переживання та поведінку впродовж останнього часу.

Опитувальник

№	Як часто за останні 2 тижні Вас турбували такі прояви?	Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини цього часу	Майже кожного дня
1	Дуже низька зацікавленість або відсутність задоволення від звичайних справ.	0	1	2	3
2	Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності.	0	1	2	3
3	Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон.	0	1	2	3
4	Почуття втоми, знесилення або занепад	0	1	2	3

	сил.				
5	Поганий апетит або, навпаки, переїдання.	0	1	2	3
6	Негативні думки про себе, відчуття невдачі, розчарування в собі або думки про те, що Ви не виправдали очікувань близьких людей.	0	1	2	3
7	Труднощі з концентрацією уваги, наприклад під час читання, навчання або перегляду відео.	0	1	2	3
8	Помітна сповільненість рухів чи мовлення або, навпаки, надмірна метушливість і збудженість.	0	1	2	3
9	Наявність небезпечних думок, які потребують обов'язкового реагування фахівця.	0	1	2	3

Додаткове запитання

У випадку наявності наведених вище проблем оцініть, наскільки вони ускладнили виконання навчальних завдань, домашніх справ або спілкування з іншими людьми.

Варіант відповіді	Позначка
Зовсім не ускладнили	
Дещо ускладнили	
Дуже ускладнили	
Надзвичайно ускладнили	

Обробка результатів

Кожна відповідь оцінюється від 0 до 3 балів: 0 – не турбували взагалі; 1 – протягом декількох днів; 2 – більше половини цього часу; 3 – майже кожного дня. Загальний бал визначається шляхом додавання балів за всіма дев'ятьма

пунктами опитувальника. Максимальна кількість балів становить 27, мінімальна – 0. Чим вищий загальний бал, тим більш вираженими є депресивні прояви.

Інтерпретація результатів

Загальна сума балів	Інтерпретація результату
0-4 бали	Депресивна симптоматика відсутня або має мінімальний прояв. Такий результат свідчить про відносно стабільний емоційний стан, збереження інтересу до діяльності, достатній рівень енергії та здатність виконувати повсякденні справи без істотних емоційних труднощів.
5-9 балів	Легкий рівень депресивної симптоматики. У респондента можуть спостерігатися окремі прояви пригніченого настрою, втоми, зниження інтересу, труднощі зі сном або концентрацією уваги. Такі прояви ще не завжди суттєво порушують повсякденне функціонування, однак можуть вказувати на потребу в психологічній підтримці та профілактичній роботі.
10-14 балів	Помірний рівень депресивної симптоматики. Такий показник свідчить про помітні емоційні труднощі, які можуть впливати на навчання, спілкування, мотивацію, активність і загальне самопочуття молодої людини. На цьому рівні доцільною є психологічна консультація, уточнення чинників емоційного стану та включення респондента до корекційної або підтримувальної програми.
15-19 балів	Виражений рівень депресивної симптоматики. Результат може свідчити про значне зниження настрою, енергії, інтересу до діяльності, труднощі з концентрацією та відчутне погіршення повсякденного функціонування. У такому випадку бажаним є індивідуальний супровід психолога та, за потреби, направлення до відповідного фахівця.
20-27 балів	Високий рівень депресивної симптоматики. Такий показник вказує на суттєве емоційне неблагополуччя, яке може значно ускладнювати навчальну, соціальну та особисту активність. Респондент потребує уважного ставлення, професійної психологічної допомоги та додаткового фахового оцінювання стану.

Додаток Б

Опитувальник депресії Бека BDI-I в українській адаптації У. Нікітчук [33]

Реєстраційні дані

ПІБ _____

Вік_____ Дата дослідження _____

Стать_____ Група / курс_____

Інструкція

Уважно прочитайте кожну групу тверджень і виберіть той варіант відповіді, який найбільш точно відображає Ваше самопочуття на момент обстеження. У кожному пункті потрібно обрати один варіант відповіді: а, б, в або г. Якщо Вам здається, що підходять кілька варіантів, позначте той, який найточніше описує Ваш стан.

Опитувальник

№ з/п	Змістовий показник	а	б	в	г
1	Загальний емоційний стан, настрій				
2	Ставлення до майбутнього				
3	Переживання невдач і життєвих досягнень				
4	Рівень задоволеності діяльністю та життям				
5	Почуття провини та самозвинувачення				
6	Самооцінка та ставлення до себе				
7	Відчуття покарання або очікування негативних наслідків				
8	Розчарування в собі				
9	Самокритичність і переживання власних помилок				
10	Небезпечні думки, що потребують уважного реагування фахівця				
11	Схильність до плаксивості				
12	Дратівливість, напруження або емоційна байдужість				
13	Труднощі у прийнятті рішень				
14	Ставлення до власної зовнішності				
15	Здатність до активних дій				
16	Якість сну				
17	Втомлюваність і працездатність				
18	Апетит				
19	Соціальна активність і бажання спілкуватися з людьми				
20	Інтерес до близьких особистих стосунків				
21	Фізичне самопочуття та занепокоєння станом здоров’я				

Обробка результатів

Обробка результатів здійснюється шляхом підрахунку балів за всіма 21 пунктами методики. Кожен варіант відповіді має відповідну кількість балів: а – 0 балів; б – 1 бал; в – 2 бали; г – 3 бали. Після оцінювання всіх відповідей бали додаються. Отримана загальна сума балів відображає рівень вираженості депресивних проявів.

Інтерпретація результатів

Загальна сума балів	Рівень депресивних проявів
0-4	Депресивні прояви відсутні або виражені мінімально. Такий результат свідчить про відносно стабільний емоційний стан респондента. У нього зберігається інтерес до діяльності, здатність виконувати навчальні або повсякденні завдання, підтримувати соціальні контакти та контролювати власний емоційний стан.
5-7	Легкий рівень депресивних проявів. На цьому рівні можуть спостерігатися окремі ознаки пригніченого настрою, зниження активності, втомлюваність, незадоволеність собою або труднощі з мотивацією. Такі прояви ще не мають різко вираженого характеру, однак можуть свідчити про потребу в психологічній підтримці та профілактичній роботі.
8-15	Середній рівень депресивних проявів. Цей показник вказує на помітне емоційне неблагополуччя. У респондента можуть виникати труднощі з концентрацією, прийняттям рішень, навчальною активністю, спілкуванням, самооцінкою та загальним самопочуттям. У межах кваліфікаційної роботи такий рівень є важливим показником для включення респондента до корекційної програми.
16 і більше	Високий рівень депресивних проявів. Такий результат свідчить про значну вираженість депресивної симптоматики. Вона може впливати на навчання, соціальну активність, емоційний стан, мотивацію, працездатність і загальну якість життя. У такому випадку доцільним є індивідуальний психологічний супровід і додаткова консультація фахівця.

Додаток В

Шкала депресії, тривоги та стресу DASS-21 в українській версії Ю. Мельника та А. Стадніка [30]

Реєстраційні дані

ПІБ _____

Вік_____ Дата дослідження _____

Стать_____ Група / курс_____

Інструкція

Опитування проводиться з метою дослідження особистого самопочуття. Участь в опитуванні є добровільною та анонімною. Анкета містить твердження про те, як Ви почувалися протягом останнього тижня.

За кожним твердженням потрібно обрати один варіант відповіді від 0 до 3, який найбільше відповідає Вашому стану, та позначити його у відповідному стовпчику: 0 – не стосувалося мене зовсім; 1 – стосувалося мене деякою мірою або іноді; 2 – стосувалося мене значною мірою або досить часто; 3 – стосувалося мене дуже сильно або майже весь час.

Опитувальник

№	Твердження	0	1	2	3
1	Мені було важко розслабитися.				
2	Я відчував / відчувала сухість у роті.				
3	Здавалося, я взагалі не відчував / не відчувала жодних позитивних почуттів.				
4	Я відчував / відчувала утруднене дихання, наприклад надмірно прискорене дихання або задишку за відсутності фізичного навантаження.				
5	Мені було важко проявляти ініціативу, щоб щось робити.				
6	Я був / була схильний / схильна надмірно реагувати на ситуації.				
7	Я відчував / відчувала тремтіння, наприклад у руках.				
8	Я відчував / відчувала, що витрачаю багато нервової енергії.				

9	Мене турбували ситуації, у яких я можу запанікувати і виставити себе в незручному вигляді.				
10	Я відчував / відчувала, що мені нема чого чекати.				
11	Я помічав / помічала, що хвилююся.				
12	Мені було важко заспокоїтися.				
13	Я відчував / відчувала себе пригніченим / пригніченою і похмурим / похмурою.				
14	Я був / була нетерпимий / нетерпима до всього, що заважало мені продовжувати те, що я роблю.				
15	Я відчував / відчувала, що близький / близька до паніки.				
16	Я не міг / не могла нічим захопитися.				
17	Я відчував / відчувала, що не вартий / не варта багато чого як особистість.				
18	Мені здавалося, що я досить образливий / образлива.				
19	Я усвідомлював / усвідомлювала роботу мого серця за відсутності фізичного навантаження, наприклад відчував / відчувала прискорене серцебиття.				
20	Мені ставало страшно без будь-якої вагомої причини.				
21	Я відчував / відчувала, що життя безглузде.				

Обробка результатів

Обробка результатів здійснюється шляхом підсумовування балів за відповідними пунктами кожної шкали. Методика містить три шкали: депресія, тривога та стрес. Кожна шкала включає 7 пунктів.

Розподіл пунктів за шкалами DASS-21

Шкала	Номери пунктів
Депресія	3, 5, 10, 13, 16, 17, 21
Тривога	2, 4, 7, 9, 15, 19, 20
Стрес	1, 6, 8, 11, 12, 14, 18

Після підрахунку балів за кожною шкалою отримані показники порівнюються з критеріями інтерпретації. Чим вищим є результат за відповідною шкалою, тим більш вираженими є депресивні, тривожні або стресові прояви.

Інтерпретація результатів

Рівень показника	Депресія	Тривога	Стрес
Нормальний	0-4	0-3	0-7
Легкий	5-6	4-5	8-9
Помірний	7-10	6-7	10-12
Важкий	11-13	8-9	13-16
Дуже важкий	14 і більше	10 і більше	17 і більше

Характеристика шкал

Шкала депресії оцінює прояви пригніченості, похмурості, безнадії, знецінення життя, втрати інтересу до діяльності, зниження здатності відчувати задоволення, самоприниження та безініціативності. У межах дослідження ця шкала є важливою для визначення рівня депресивних проявів у молоді.

Шкала тривоги спрямована на оцінку тривожності, панічних проявів, тремтіння, сухості в роті, утрудненого дихання, серцебиття, тілесного напруження та занепокоєння щодо можливої втрати контролю. Її використання дає змогу встановити, чи супроводжуються депресивні стани підвищеною тривожністю.

Шкала стресу відображає рівень психоемоційного напруження, нервового збудження, дратівливості, образливості, труднощів із розслабленням, нетерпимості до перешкод і затримок. Ця шкала допомагає оцінити, наскільки емоційний стан молоді пов’язаний зі стресовим навантаженням.

Додаток Д

Програма психологічної корекції депресивних станів у молоді «Внутрішня опора»

Мета програми: зниження депресивних проявів у молоді через розвиток емоційної саморегуляції, корекцію негативних думок, поступове відновлення активності, підтримку самооцінки, нормалізацію режиму дня, посилення соціальної підтримки та формування навичок самопідтримки.

Цільова група: молодь віком 18-22 років, у якої за результатами психодіагностики виявлено легкий, помірний, виражений або високий рівень депресивних проявів, тривожності чи стресового напруження. Оптимальна кількість учасників у групі – 8-12 осіб.

Формат проведення: групові заняття з елементами індивідуальної рефлексії, психоедукаційних бесід, когнітивних вправ, вправ емоційної саморегуляції, дихальних і релаксаційних технік, ведення щоденника настрою, поведінкової активізації, ресурсних і комунікативних вправ.

Тривалість програми: 4 тижні, 8 занять, частота – двічі на тиждень, тривалість одного заняття – 60-90 хвилин.

Структура програми

Заняття	Тривалість	Зміст і вправи
Тиждень 1		
Заняття 1. Вступний модуль «Безпечний простір»	60-90 хв	Вступна бесіда про мету програми, формат роботи та правила групи: добровільність, конфіденційність, повага, право мовчати, доброзичливість. Вправа «Мій стан сьогодні»: учасники коротко визначають свій емоційний стан за шкалою від 1 до 10. Вправа «Очікування від програми»: кожен формулює, що хотів би покращити у власному самопочутті. Обговорення правил підтримувальної взаємодії. Підсумкова рефлексія: «На цих заняттях для мене важливо…».
Заняття 2.	60-90 хв	Психоедукаційна бесіда про депресивні

«Розуміння депресивного стану»		прояви: пригніченість, втрату інтересу, втому, порушення сну, труднощі концентрації, самокритичність і зниження активності. Обговорення зв’язку між думками, емоціями, тілесними реакціями та поведінкою. Вправа «Коло мого стану»: учасники позначають, як настрій впливає на навчання, спілкування, сон і активність. Вправа «Що допомагає, а що виснажує»: визначення підтримувальних і виснажливих чинників.
Тиждень 2		
Заняття 3. «Емоції та саморегуляція»	60-90 хв	Міні-бесіда про роль емоційної саморегуляції у зниженні напруження. Вправа «Емоційний термометр»: визначення сили пригніченості, тривоги, втоми, дратівливості. Практика «Повільне дихання»: тренування спокійного дихального ритму. Вправа «5-4-3-2-1»: повернення до теперішнього моменту через сенсорне сприйняття. Рефлексія: учасники визначають одну техніку, яку можуть застосовувати самостійно.
Заняття 4. «Думки, які підтримують пригніченість»	60-90 хв	Психоедукаційна частина про негативні автоматичні думки, самокритику, катастрофізацію та знецінення власних досягнень. Вправа «Ситуація – думка – емоція – дія»: аналіз типових ситуацій, у яких посилюється пригніченість. Вправа «Докази за і проти»: перевірка реалістичності негативних думок. Вправа «Підтримувальна фраза»: формулювання більш збалансованого ставлення до себе.
Тиждень 3		
Заняття 5. «Поведінкова активізація»	60-90 хв	Бесіда про зв’язок між пасивністю, втомою, втратою інтересу та посиленням депресивного стану. Вправа «Малі кроки»: учасники обирають 2-3 реальні дії на найближчі дні. Вправа «Баланс справ»: поділ активності на обов’язкову, приємну, відновлювальну та соціальну. Складання короткого плану дня. Домашнє завдання: фіксувати виконані дії та зміни настрою.

Тиждень 3. Заняття 6. «Копінг-стратегії та ресурси»	60-90 хв	Обговорення способів реагування на стрес: уникання, перевантаження, звернення по підтримку, планування, відпочинок, фізична активність. Вправа «Мої способи справлятися»: аналіз власних реакцій у складних ситуаціях. Вправа «Карта ресурсів»: визначення людей, місць, дій, занять і думок, які допомагають відновлюватися. Вправа «План дій у складний день»: створення короткого алгоритму самодопомоги.
Тиждень 4		
Заняття 7. «Соціальна підтримка і комунікація»	60-90 хв	Бесіда про роль підтримки у подоланні пригніченості, тривоги та стресу. Вправа «Моє коло підтримки»: учасники визначають людей, до яких можуть звернутися у складний період. Вправа «Як попросити про допомогу»: формулювання коротких і зрозумілих звернень до друга, родича, викладача або психолога. Рольові ситуації: «Мені важко сказати, що я потребую підтримки», «Я хочу відновити контакт». Підсумок: кожен визначає 2-3 безпечні джерела підтримки.
Заняття 8. Підсумковий модуль «Мій план самопідтримки»	60-90 хв	Узагальнення навичок, отриманих під час програми. Вправа «Що мені допомагає»: учасники пригадують техніки, які виявилися найбільш корисними. Вправа «Мій план самопідтримки»: визначення ранніх ознак погіршення стану, ресурсних дій, способів зменшення напруження, режиму сну, контактів підтримки та дій у складній ситуації. Підсумкова рефлексія: «Після програми я беру із собою…». Завершення роботи, позитивний зворотний зв’язок.