

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Інститут управління, психології та безпеки

Кафедра практичної психології

**ДЕПРЕСИВНІ СТАНИ СТУДЕНТІВ-ПСИХОЛОГІВ:
ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА**

кваліфікаційна робота

здобувача вищої освіти
освітнього ступеня «бакалавр»

Анастасії ТУРАНСЬКОЇ

4 курсу денної форми навчання
спеціальність 053 «Психологія»
ОПП «Психологія»

Науковий керівник

кандидат психологічних наук
Олександра КУЗЬО

Рецензент

кандидат психологічних наук, доцент
Оксана ХРИСТУК

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

«24» травня 2022 р., протокол №15

завідувач кафедри практичної психології

кандидат психологічних наук

_____ **Галина ОДИНЦОВА**

Львів
2022

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ЗМІСТОВІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ	6
1.1. Основні підходи до трактування поняття «депресивний стан особистості».	6
1.2. Характеристика підходів до розуміння депресивних станів особистості...	9
1.3. Причини, типи та види виникнення депресивних станів у студентів.....	12
1.4. Підходи до профілактики та подолання депресивних станів.....	18
Висновки до Розділу 1.....	22
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ СТУДЕНТІВ-ПСИХОЛОГІВ	23
2.1. Процедура організації емпіричного дослідження: вибірка, методи і методики дослідження.....	23
2.2. Інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	25
2.2.1. Інтерпретація результатів порівняльного аналізу	25
2.2.1. Інтерпретація результатів кореляційного аналізу	34
Висновки до Розділу 2....	37
ВИСНОВКИ	38
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	40

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасний ритм життя, безперечно, сприяє загостренню різноманітних негативних емоційних станів. Депресивні стани не є винятком, тим паче, що в умовах сьогодення існує чимало передумов для їхнього формування.

Депресивні стани можуть з'являтися у будь-якому віці, проте період студентства є особливо чутливим для їхнього прогресування, що пов'язано із насиченим та стрімким періодом адаптації до умов навчання і загалом загостренням великої кількості потреб, наявності цілей у різних сферах та бажанням максимальної і стрімкої реалізації у цих сферах.

Зазвичай, у студентів депресивний стан характеризується негативним емоційним фоном, змінами у мотиваційній сфері, модифікацією когнітивних уявлень, зниженням самооцінки, енергетичною виснаженістю та, як наслідок, загальною пасивністю поведінки. Внаслідок цього особа має потребу в ізоляції та усамітненні.

Часто депресивні прояви у цьому віці пов'язані із зниженням рівня адаптації, що призводить до замкнутості, відчуженості та зануренні у власні переживання. Також часто на фоні потреби і гострої необхідності мамо актуалізації, проте відсутності можливостей чи особистісних ресурсів у студента може виникати стан надмірної тривожності та сором'язливості і як результати цих переживань – поява депресивного стану.

Також несформованість та нечіткість Я-концепції у цьому віці може призводити до внутрішньої нестабільності, конфліктності та негативних уявлень щодо себе та своєї поведінки, що може слугувати передумовами формування депресії саме у студентському віці.

Відповідно у випадку переживання депресивного стану студенти обриють поведінкову копінг-стратегію–втечу та уникнення з метою зменшення емоційного напруження. Тому важливим є коректне і своєчасне виявлення цих

станів у студентів задля успішної профілактики та корекції їх проявів серед студентів.

Мета дослідження є шляхом теоретико-емпіричного аналізу визначити особливості депресивних станів у студентів та окреслити методи діагностики та шляхи подолання.

Відповідно до мети дослідження сформульовано наступні **завдання**:

1. Проаналізувати зміст поняття «депресивний стан особистості».
2. Описати особливості прояву депресивних станів у студентів.
3. Охарактеризувати причини та види депресивних станів.
4. Окреслити методи діагностики та шляхи подолання депресивних станів.
5. Здійснити емпіричне дослідження особливостей депресивних станів у студентів.

Об'єктом дослідження є депресивні стани особистості.

Предметом дослідження є особливості, діагностика та подолання депресивних станів у студентів- психологів.

Теоретико-методологічною базою дослідження є розгляд депресії та депресивних станів у зрізі клінічної та медичної психології (Найчастіше депресія та депресивні розлади здебільшого розглядаються (Н. Гаранян, Є. Наталевич, І. Первова, В. Підкоритов, В. Синицький).

Детальний розгляд депресивних станів та депресії знаходимо у наукових працях О. Ідобаєва, Н. Повякель, А. Подольського, А. Бека, М. Селігмана, Р. Комера та А. Холмогорова).

Вплив депресивності на особистісні сфери детально описано в наукових працях Ю. Антропова, І. Дубровіна, С. Обухова, Ю. Ковальова).

Теоретична значущість дослідження визначається розширенням і поглиблення знань щодо прояву та особливостей депресивності у студентському віці та впливі на адаптацію.

Практична значущість дослідження полягає у запропонованих методах подолання депресивності у рамках різноманітних психокорекційних та психотерапевтичних підходів.

Надійність та вірогідність результатів дослідження забезпечується через використання методів та методики, які відповідають меті і завданням дослідження.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків та списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1. ЗМІСТОВІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Основні підходи поняття «депресивний стан особистості»

Сучасне суспільство ставить дуже високий темп і створює масу причин, не тільки для радості, але і для апатії до життя. Останні десятки років наше суспільство зазнавало суттєвих змін у політичній, економічній та духовній сферах життя, що в свою чергу впливало на появу кризової ситуації в країні, що негативно сприяло проблемам в емоційній сфері. Так і сьогодні гострота вивчення проблем емоційних відхилень залишається актуальною.

В умовах тотальної глобалізації сучасна людина доволі часто відчуває стан меланхолії, пригніченого настрою, що в свою чергу характеризує сучасність як соціум із меланхолійно-депресивним станом. Саме тому пропонуємо детальніше вивчити дефініції депресивного стану особистості.

У XXI столітті депресія стає однією із найпопулярніших хвороб у цілому світі, для якої властивим є відчуття песимістичності буття, зниженого настрою, негативного відчуття себе, нездатністю бачити хороше зараз та у майбутньому. Також для перебігу депресивних станів характерно є відчуття тривожності, гальмування діяльності, викривлення пізнавальних процесів, зачасту виникнення суїцидальних тенденцій [13].

Згідно статистичних даних на сьогодні депресія охоплює 10% населення у віці старшому 40 років, причому вражає переважно жінок, та втричі переважає серед осіб пенсійного віку.

На основі вивчення науково-психологічної літератури проблеми депресії та депресивних станів, ми взяли за основу відомий підхід до пояснення депресії А.Бека, згідно поглядів якого депресія порушує адаптаційні властивості людини до суспільних змін та зв'язана із хибним уявленням людини про навколишнє середовище. Науковець підкреслює причини появи цієї недуги внаслідок єднання трьох елементів : негативний погляд на самого себе, на довколишній світ та на своє майбуття [4].

Відповідно до міжнародної класифікації хворіб (МКХ-10), депресія розподіляється на основні та додаткові симптоми (див. Табл.1), де наявність 2-х з основних симптомів і 3-х з додаткових засвідчує про патологічний стан депресії.

Таблиця 1.

Типові симптоми депресії

Основні симптоми	Додаткові симптоми
Пригнічений (поганий) настрій більше 14 днів	Знижене почуття власної гідності, відчуття непотрібності
Втрата відчуття радості та задоволення від звичних справ	Негативізм до світу навколо та до себе
Відмова від улюблених занять, хобі	Розлади сну, харчування
Погіршення стану, занепад сил	Почуття провини, тривоги, страх, суїцидальні думки

Встановлення висновку про захворювання депресією здійснюється за наявних симптомів, які продовжуються впродовж 14 днів і більше. Для цієї хвороби також властивим є болі голови та інших частин тіла за відсутніх реальних підстав.

В цілому, депресія – це стан, що пов'язаний з почуттями, настроями та переживаннями, перебіг яких спричиняє суттєві зміни у поведінці, мотивації та пізнавальній активності людини. Властива схильність до стану спустошеності, відчаю, печалі.

Зміст поняття «депресивний стан» належить до класу психічних станів, яке вводить складові суб'єктивного стану його у невербальному прояві (жести, міміка) та негативному вияві почуттів та настроїв [5].

Депресія та депресивний стан переживається людиною у єдності змін на психічному та соматичному рівнях, що підкреслює властиві емоційні порушення. Тому пропонуємо ретельніше проаналізувати типові симптоми перебігу депресії:

- відокремлений спосіб життя, людина схильна усамітнюватися, уникати соціальні контакти;
- швидкозмінний настрій та поведінка;
- відмова від тих активностей, що раніше приносили задоволення, нудьгування від звичних видів діяльностей;
- порушення та розлади сну, харчування (булімія /анорексія, переїдання, відчуття постійного голоду, безсоння або сонливість);
- аутоагресія, або вияв ризикованої, часто небезпечної для життя поведінки;
- низька самооцінка, відчуття своєї гіршості, меншовартості;
- фізичні недомогання: головний біль, біль у тілі, спині, розлади шлунку;
- суїцидальні думки [14, с.26].

Також на основі теоретичного вивчення літератури нами виявлено, що одним із можливих механізмів депресії є гальмування півкулі головного мозку і активація іншої, що впливає на порушення балансу між психічними сферами, інтелектуальної та емоційної.

Депресивний стан часто супроводжується порушенням та розладами життєздатності організму, негативний вплив почуттів, мислення та негативні повідомлення утворюють у мозку людини психічну енергію, що здійснює гальмівну дію на утворення інших енергій, що забезпечують нормальне функціонування організму загалом.

Депресія виникає в момент відчуття незадоволеності цінностей, потреб, порушуючи цілісність Я та особа, що хворіє депресією відчуває брак сил, або неможливість здійснювати бажану активність.

При депресивному перебігу організм людини відчуває нестачу внутрішньої сили до життя, тому для цього стану властива зниження реакції на ситуації та події навколишнього.

1.2. Характеристика підходів до розуміння депресивних станів особистості

Аналізуючи наукову літературу щодо вивчення депресивних станів та депресії, можна виділити наступні думки науковців на цю проблематику:

У наукових працях М.Покрасса в основі виникнення депресивного стану лежить усвідомлена або неусвідомлена потреба перебудови мотиваційної сфери та сфери цінностей, і як наслідок, вибір механізму саморуїнування [33].

В той час, Ш.Трікетт, американський психотерапевт, висловлює думку, що депресія часто є наслідком переживання тривоги. Автор стверджує, що депресивний стан впливає цілісно на людину, перебудовуючи всю її структуру, починаючи від думок, закінчуючи поведінкою. Ці зміни мають поступальний характер, проте суттєво змінюють особистість на всіх її рівнях. Ш. Трікетт також зазначає, що труднощі у когнітивних процесах часто виникає при депресивному стані, зазвичай це характерне для уваги, пам'яті, непослідовності та хаотичності думок [47].

Стан самотності, апатії, тужливий настрій та тривале переживання пригнічення є типовими ознаками депресивного стану. Зростає рівень плаксивості без суттєвих на це причин та приводів, проте може бути й стан емоційної відстороненості та реагування при впливі справді негативних значущих подій..

Варто зазначити, що емоційні прояви людей різновікової групи у депресивних станах відрізняються : молодь частіше примхлива, дратівлива, схильна обезцінювати себе; дорослі, зрілі люди відчують тривало сум, незадоволеність, гнівливість та ворожість; особи пенсійного та люди похилого віку частіше згадують про неприємні фізичні відчуття та біль.

У наукових поглядах Курпатова А.В. розкривається особливий аналіз особи, що страждає депресією, для яких характерне відчуття власної неспроможності, такі особи схильні до самозвинувачення та песимістичного настрою, переконані у негативному майбутньому та відрізняються невмінням до планування та ухвалення життєвих рішень [21].

Ковальов О.В. вказує, що думки про смерть чи суїцидальну поведінку, безнадійність майбутнього життя, негативізм до сьогодення охоплює людей частіше за підстав переживання людиною депресивних станів. Саме тому у 80% цієї недуги ймовірність суїцидальної схильності залишається доволі високою [30, с.104].

До всього варто додати, що втрата інтересу до сексуального життя є одним із нетипових ознак депресії, що виникає на реакцію страху бути відкинутим.

І все ж серед найбільш поширених ознак депресії залишаються гнів, відсутність сприйняття критики власної поведінки, втрата концентрації, виникнення фантомних болей, страх смерті, відсутність ретельності у виконанні роботи.

У зарубіжних дослідників депресії та депресивних станів симптоматика поширюється на п'ять функціональних областей структури особистості:

1. Емоційна симптоматика включає пригніченість, тугу, почуття, нікчемності, втрата радості, тривога, гнів чи навпаки збудження і плаксивість.
2. Мотиваційна симптоматика пов'язана із втратою ініціативи, інтересу та невимушеності у професійних, соціальних та інтимних зв'язках.
3. Поведінкові симптоми виявляються через зменшення активності, бажання залишатися наодинці, сповільненість рухів і мови.
4. Когнітивні симптоми проявляються у негативній оцінці самого себе, як некомпетентної, неповноцінної особи, звинувачення себе в причетності до всіх негативних подій, навіть до тих, до яких людина не має відношення, песимізм, відсутність фіксування на власних успіхах.
5. Фізичні симптоми виявляють себе у головних болях, розлади травлення, запомороченні та загальному нездужанні, слабкості та втраті апетиту, порушенні сну [25] .

У своїх наукових доробках науковець К.Шнейдер описує депресію як стан, що характеризується почуттям нікчемності, втратою самоповаги,

нездатність до адекватної реакції на похвалу, песимістичністю майбутнього майбутнього, хронічною втомою. А Н.Самоукіна описує стан депресії як байдуже ставлення до життя, себе, роботи, проявляється втратою апетиту та відсутністю бажання прокидатися вранці та займатися рутинними справами, відчуття порожнечі та безвиході [40].

В цілому, депресія та депресивна реакція паралізує рух та активність людини. Щоб справитися зі щоденними справами, людині доводиться робити надзусилля над собою. І в той час допоки людина в депресії, доти вона не бачить змісту робити бодай щось.

Депресія відрізняється від розчарування, оскільки розчарування супроводжується тільки сумом, а депресія позбавляє людину активності. Під час переживання розчарування особа може виражати свої почуття, чого не здатна робити людина в депресії, оскільки порушується емоційна сфера.

Грапляється, що виникненню депресії не обов'язково передують певні події чи ситуації. Таке депресивне реагування може виникнути раптово, або розвиватися поступово і в один момент досягнути свого піку, а людина не спроможна відслідкувати, що саме її запустило.

Тому, депресію не можна трактувати як емоцію, оскільки вона викликана придушенням емоцій і є відсутністю яких-небудь емоцій. Для депресивного стану характерно відсутність або недостатність взаємодії з соціумом.

Тому глибинне і точне розуміння поняття депресивного стану та депресії, вміння диференціювати основні та додаткові симптоми, особливості протікання станів залежить своєчасності та правильності постановки об'єктивного діагнозу і надання психологічної допомоги особі, що знаходиться в такому стані.

1.3. Причини, типи та види виникнення депресивних станів у студентів

Після важких пережитих подій, травмуючих ситуацій, неблагополучних умов у суспільстві, переживання внутрішньої напруги та нестабільних емоційних реакцій, поява депресій та депресивних станів стає більш очевидною, ніж за нормативних умов.

Саме тому, традиційно виділяють основні три групи факторів, що впливають на виникнення депресії, серед яких біологічні, особистісні фактори та умови середовища. До біологічних факторів належить вік, стать, спадкова ознака, стан внутрішніх органів, обмін речовин; фактори середовища пояснюють соціальні і сімейні взаємини, психічні травми, наявність соціальної підтримки, особливості сімейного виховання, особливості суспільно-політичної ситуації; особливості індивідуальних якостей людини.

Сучасне трактування депресії розглядає її як прояв взаємодії декількох факторів ризику. Раніше вважалось, що ендогенні і реактивні фактори ризику є незалежними, проте ці фактори розглядають як додаткові і взаємопов'язані з факторами структури особистості.

Психіатром Д.С. Озерецьким виокремлено 5 складових депресивного стану та депресії, а саме : характеріологічні особливості, вік, психотравма, страх самотності та судинні зміни. Тобто, депресивний стан слід розглядати в комплексній взаємодії декількох факторів ризику.

Більшість дослідників надають перевагу домінуванню впливу соціальних факторів у виникненні депресивних станів. Так, ще у поглядах З. Фрейда згадується, що інстинкти кожної людини егоїстичні, асоціальні та аморальні, тому проживаючи в суспільстві, людина не може їх реалізувати відтак виникає депресія.

Науковець Е. Дюркгейм дотримується думки, що причинами депресії можу бути розірваний зв'язок з суспільством і надмірний контроль суспільства над кожною конкретною особою, що відповідно позначається на виникненні депресії.

Психолог Е. Фромм наголошує на тому, що суспільство та особливості життя в ньому, його закони сприяють появі депресії, особливо життя у великих містах робить людину самотньо. З цим пов'язане прагнення людини уникати ці стани через домінування у суспільстві, бажання керувати людьми, бажання до набуття високих соціальних статусів. Також можна згадати про агресивну форму реагування, так звану руйнацію, яка полягає у підсвідомому бажанні «зруйнувати світ, щоб він не зруйнував особу». Також часто з метою уникнення переживання депресії людина починає зливатися з групою, перетворюючись в конформіста [49].

Окрім вищезгаданих факторів залишаються актуальними високий рівень безробіття, низькі зарплати, корупція, бюрократія, низька якість та задоволеність життя, що сприяє виникненню депресивних станів.

До групи психологічних факторів, що сприяє виникненню депресії належить також втрата близької людини, розлука, переїзд, нудьга, сум, лінь та апатія підсилюють депресивні стани, особливий стиль мислення (негативне мислення), що супроводжується фіксацією на негативним сторонах власного життя і власної особистості, а також специфічний стиль спілкування в сім'ї з підвищеним рівнем критики та високою конфліктністю.

Високий рівень соціальної ізоляції спричинює мінімізацію кількості теплих та довірливих стосунків, що призводить до прогресування депресії.

Важливим моментом виникнення депресії є переживання фрустрації, що пов'язана із недосягненням важливих цілей.

Відтак А. Лоуен виділяє такий тип депресії як переслідування нереальних цілей. Переслідуючи ілюзії, люди ставлять перед собою нереальні цілі, досягнення яких зробить їх вільними, і відновить право на самовираження (наприклад статус, слава, успіх чи багатство). Оскільки в сучасному світі людина живе в нереальності, велика частина її енергії йде на переслідування нереальних цілей.

Переживання особистісної кризи залишається також однією із типових причин депресії, потреба пошуку нових зразків поведінки та зміни старих соціальних ролей на нові підсилює стан депресії.

Проблеми зі здоров'ям – важливе джерело депресії, оскільки вони супроводжуються зниженням активності, працездатності, появою негативних емоцій, погіршення настрою, необхідністю підтримки та залежністю від інших людей.

Надаючи допомогу особистостям, що страждають депресивними розладами, важливо забезпечити можливість прояву індивідуалізації та зміцнити стан «Я». Першочерговим є формування довіри до світу, на якому базується сенс життя.

Щодо класифікації депресивного стану, традиційно виділяють класичну депресію, невротичну депресію та психогенну депресію, де для класичної депресії властиво пригнічений стан, смуток, поява тривожності, відсутність задоволення від рутинних справ. Основним її симптомом є безвілля, звільненість мисленнєвих та рухових реакцій.

Для невротичної депресії характерним є наслідок дії психотравмуючої ситуації. Проблеми зі сном, тривожне пробудження, головні болі, зниження артеріального тиску, загальна слабкість, апатія, зниження лібідо є основними проявами невротичної депресії. Частіше за все притаманна для безкомпромісних, прямолінійних та невпевнених в собі людей.

Психогенна депресія виникає внаслідок втрати значущих цінностей, втрати або смерті близької людини. Мінливість настрою і гіперчутливість найбільш притаманні при психогенній депресії. Спогади про минуле, нудьга, почуття власної негідності, негативне забарвлення попереднього досвіду і епізодів життя, суїцидальна схильність є основними рисами осіб з депресивною реакцією [51].

Також серед депресій інколи виокремлюють циркулярну депресію, яка характеризується станом, що може змінюватися щодобово, або ж посезонно.

Основними критеріями цієї депресії є порушення сну, раннє пробудження, а також відчуття непотрібності для оточення та світу.

Психогенні стани залежать від рівня стресу, а ендогенні не пов'язані із дією жодних факторів. При психогенних станах людина усвідомлює факт наявності психологічної проблеми, а при ендогенному стані навпаки вважає себе абсолютно здоровою. Для осіб з психогенною депресією властива швидка втомлюваність і втрата сил, а при ендогенній депресії спостерігається постійна втома. При психогенній депресії людина звинувачує у своїй проблемі оточення, а при ендогенній звинувачення мають тільки особистісний характер.

В психологічній та медичній літературі також зустрічаються основні форми депресивних станів, такі як легка депресія, помітна форма та важка депресія. Для легкої депресії властива нечітка і непомітна симптоматика, для помітної та важкої форми характерні приступи та складні форми вираження, що супроводжують гострими емоційними станами.

У залежності від клінічної картини класифікують: істерію (особа знаходиться в стані афекту та частих приступів істерики); ажитивний розлад (постійне переживання тривоги і неспокою); дистимну депресію (байдужість та без емоційність, автоматичність дій); адинамічний розлад (прийняття пасивного способу життя); іпохондричну депресію (страх надуманих хворіб); астенічний розлад (загальна слабкість, втома та вялість) [50].

Монополярна та біполярна депресія ще одна із форм депресивних станів. Для монополярної депресії властивий пригнічений настрій, туга, прояви печалі, песимізм, відсутність причин для радості і відчуття задоволення. В той час як біполярна депресія може навпаки супроводжуватися маніакальним станом, що має небезпечні наслідки, за яким може слідувати зниження настрою.

Клінічна депресія являє собою комплекс симптомів, що впливають на здатність людини працювати, навчатися, відпочивати, насолоджуватися подіями і життям. такий варіант перебігу депресії може супроводжуватися навіть втратою працездатності, а також має ймовірність неодноразово повторюватися.

Ще одним типом депресії є дистимія, для якої властиві довготривалі хронічні симптоми, що є результатом поганого самопочуття. Вона може ставати причиною появи клінічної депресії.

На сьогодні залишається актуальним біполярний афективний розлад, або маніакально-депресивний психоз, для якого властива циклічність змін настрою. Від надмірно високого рівня (манії) до мінімально низького (депресії). Маніакальна фаза характеризується активністю людини, надмірною енергійністю, а депресивна фаза – наявністю негативної песимістичної симптоматики класичної депресії.

Коли ми говоримо про наявність депресивних станів у студентів, варто зауважити, що студентство – це особлива соціальна категорія, специфічна спільність людей, організаційно об'єднаних інститутом вищої освіти. Студентський вік – це період становлення особистості, період прояву різноманітних інтересів, розвитку пізнавальної та професійної мотивації, формування стійкого ставлення до майбутньої професії.

Депресивні та тривожні розлади у студентів на сьогоднішній день здобування освіти у вищих навчальних закладах можна віднести до специфічного виду діяльності, пов'язаного з високим рівнем психічних і фізичних навантажень, що загострюються у сесійний період, у зв'язку з дефіцитом часу, необхідністю засвоювати в стислий термін великий обсяг інформації, з підвищеними вимогами до розв'язання проблемних ситуацій, твердим контролем і регламентацією режиму [12].

О. Хлівна, характеризуючи індивідуально-психологічні показники психічного здоров'я студентської молоді, стверджує, що серед студентів є велика частина осіб, яким притаманні суперечливі топологічні характеристики, як основа розгортання внутрішньоособистісного конфлікту. Власний потенціал до психологічних змін наявний лише у чверті молодих людей, а решта потребує зовнішньої допомоги і підтримки [52].

Ю. Мосейчук, провівши дослідження серед студентів 1–5 курсів Чернівецького національного університету, емпірично довів, що 86% студентів

різних років навчання притаманні порушення соціально-психологічної адаптації за показниками самоприйняття, емоційного комфорту, прийняття інших [29].

Щодо депресивних станів у студентів, то депресивними називаються аномальні стани психіки людини, що супроводжуються пригніченістю, почуттям туги, безвихіддю, відчаєм. Перебуваючи в такому стані, людина зазвичай важко його переживає, часто звинувачує себе за нього.

Психічне та психологічне здоров'я серед студентської молоді – виявило важливий аспект дослідження цих проблем у контексті здорового здоров'я нації, її науковий та важливий розвиток, зважаючи на те, що його кадровий потенціал зібрав до рівня інновацій, є безпечний загалом. Студентська молодь є віковою та соціальною категорією, яка заслуговує особливої уваги з огляду на ефективність та корекцію депресивних розладів [18].

Під час депресії, коли слухають її наслідок, в студентському віці він працює, і тоді, коли йдеться про нього, він знаходиться в тривалості, використовуючи репутацію. Студентство намагається не вміти проявляти свої емоції, але прагне розумно керувати своєю поведінкою.

Усвідомлення цього і неприємних наслідків депресії ще більше зростає, роблячи важливий психологічний стан людини. Не маючи навиків та досвіду підтримувати себе з депресією, не вважати себе хворою людиною, не бажаючи йти до лікаря-психіатра, звертаються за допомогою психолога [16].

До вищих навчальних закладів студенти прийшли вже з певним багажем знань, умінь і навичок, головне – зі встановленими стереотипами поведінки та установок, що стосуються своїх дій з педагогами. Навчання студентів пронизане великими переконаннями, що не буде, успіху не існує, тому однією із провідних причин є достовірність основним аспектам розвитку індивідуальної волі, а значить, необхідно навчитися розділяти знання, шукати можливості, саме ці феномени не залишаються просто так, і вимагає внутрішньої роботи, що призводить до криз і конфліктів в період навчання [18].

Будь-яка з цих проблем може перерости у критичний стан та зумовити виникнення депресивних станів.

Важливим для кожної особи є відчуття критичність та небезпеку рівня емоційних переживань, що пов'язаний із виникненням депресії і відповідно забезпечити емоційну підтримку в цій ситуації і подолати страх чи знецінювання психологічної чи психотерапевтичної допомоги.

Слід також зазначити, що під час депресії, як її типовий наслідок, у студента з'являється байдужість до того, що відбувається з ним і навколо нього, значно і на тривалий час знижується працездатність. Студент виявляється не в змозі контролювати свої емоції, розумно керувати своєю поведінкою, що може призвести до виникнення суїцидальних думок. Усвідомлення даного фактору та інших неблагополучних наслідків депресії більше ускладнює та робить тяжким психологічний стан людини. Не маючи можливості людині самотійно впоратися з депресією, як і в той же час не вважаючи себе психологічно хворою людиною, не бажаючи йти до лікаря, дана людина надасть перевагу звернутися за кваліфікаційною допомогою до психолога.

У кращому випадку студент успішно долає кризи, стає більш самостійним і відповідальним і поступово адаптується до навчального процесу. У гіршому випадку він не витримує психологічного стресу, пропускає заняття і завалює сесію.

1.4. Підходи до профілактики та подолання депресивних розладів

Оскільки подолання та корекція депресивних проявів депресії зачасту вимагає довготривалого часу, існує велике різноманіття методів подолання депресивних станів. Різні терапевтичні напрямки та школи мають низку своїх особливих підходів щодо лікування цього захворювання, тому важливо підібрати саме той метод, що найбільше відповідатиме індивідуальному характері протікання цієї хвороби кожної людини. Варто зважати на симптоматику конкретної особи, причини виникнення депресії та глибину її

прояву. Саме тому, пропонуємо ознайомитися з найбільш частими способами подолання депресії [8].

Для подолання депресії застосують психотерапії із елементами тілесно-орієнтованої терапії, дихальної гімнастики, аутотренінг, вправи з м'язової релаксації, музичну та танцювальну терапію, імажинативну терапію, символдраму, гештальт-терапію та психодраму [7].

Психоаналітичний підхід може використовуватися згодом, коли людина із депресивними станами здатна диференціювати «Я», з'являються передумови для роботи з опором і розвинена здатність до символуотворення як умови ефективності вербальних інтеракцій.

Тілесно-орієнтована терапія є унікальним і ефективним способом особистісного росту і цілісного розвитку людини, що допомагає зв'язати в одне ціле її почуття, розум і тілесні відчуття, відновити втрачені і сформувати відсутні взаємозв'язки між ними, створити умови для прийняття образу власного тіла. Робота з тілом створює унікальні можливості терапевтичного впливу «поза цензурою свідомості», що дає змогу виявити справжні причини наболілих проблем та отримати доступ до глибинних рівнів несвідомого. Клієнтам із депресивними проявами рекомендовано виконувати танцювально-рухову практику під ритмічну мажорну музику (тонізуючий вплив), виконувати парну роботу на поліпшення сприйняття зовнішніх і внутрішніх стимулів, проробляти проблематику «злетів і падінь», тему втрати й смерті. Для пророблення навичок контролю й керування агресією доречно застосовувати індивідуальну роботу з уявленим мечем. Також варто використовувати масаж та інші фізичні контакти між учасниками, що допомагають розслабити м'язи й області хронічної напруженості, і, крім того, служать засобом надання підтримки й заспокоєння дезадаптивних установок.

Важливо також при подоланні депресії працювати із клієнтами над пошуком їх ресурсних станів, фіксації їх сили та самодопомоги за рахунок візуалізації образів, «танцю сили», розвитку емоційного діапазону, комунікативних навичок на вербальному й невербальному рівнях, спонтанності

й креативності на основі автентичного танцю. Важливо при психологічній роботі дотримуватися регулярності виконання знайдених ефективних практичних навичок, адже щоденне їх повторення є важливою умовою ефективності психотерапевтичного впливу [10; 31].

Також з метою психологічної профілактики депресивних станів використовують когнітивно-поведінкову психотерапію, головною перевагою котрої є швидка допомога клієнтам у покращенні самопочуття і збереження його в довгостроковій перспективі. Вона навчає як стати самому собі терапевтом.

Отож, психологічна профілактика є дієвим засобом подолання депресивних станів клієнтів, котра орієнтована на вирішення психосоматичних проблем та порушень людини. Вона сприяє зняттю тілесного напруження, відновленню сил особистості та активізації життєтворчих процесів. Застосування методів та технік психотерапії у процесі подолання депресії є одним з найбільш ефективних шляхів успішного вирішення проблеми, який рекомендовано використовувати в поєднанні іншими напрямками терапевтичного впливу та медикаментозного лікування, що значно підвищує результативність процесу покращення психосоматичного стану людини.

Фундаментом для створення бар'єру проти депресії є схильність до позитивного мислення. Варто обговорювати свої думки, переживання та страхи з рідними, друзями, а також тими, хто відчуває схожі емоції. Водночас непотрібно прагнути догоджати всім довкола, ставити перед собою невинуватно важкі цілі чи недосяжні завдання. Слід пам'ятати й про регулярний відпочинок (як психологічний, так і фізичний).

Також можна звернутися до технік системно-сімейної терапії, наприклад, структурну сімейної психотерапії, когнітивно-поведінкової системної психотерапії, емпіричної системної психотерапії.

Згідно сімейно-системною терапією М. Боуена, депресія та стрес виникає тоді, коли тривога перевищує можливості сімейної системи впоратися зі стресом, який виникає.

У результаті терапевтичного впливу в рамках цього підходу відбувається зниження тривоги і збільшення самодиференціації, відбувається так зване звільнення від емоційного хаосу. Психолог повинен звертати увагу на осмислення активної власної ролі у стосунках, як у сімейній системі, так і в інших системах.

Згідно з теорією емпіричної сімейної терапії корінь особистісних проблем лежить в основі сім'ї. Атмосфера емоційного холоду викликає патологічні симптоми, зокрема депресивні прояви. У рамках цього підходу завдання психолога полягає у зростанні інтегрованості особистості, формуванні конгруентності, усвідомлення свободи вибору, розширення особистісного досвіду та розвиток емоційності і чутливості.

У когнітивно-поведінковій терапії вважається, що люди часто несвідомо підкріплюють саме ті реакції, що приносять їм найбільше страждань, зокрема депресивні. Тому основне завдання – зміна певних моделей поведінки та усунення наявних симптомів. Тому в межах психологічної допомоги таким студентам доцільно підвищувати спроби позитивних, винагожувальних взаємовідносин у сім'ї, зниження ступеню контролю, формування навичок ірраціональних переконань.

Необхідність дослідження психологічної профілактики депресивних станів зумовлена значною поширеністю депресивних розладів. Саме тому вивчення даної теми є актуальним для проведення емпіричного дослідження особливостей депресивних станів студентів.

Висновки до Розділу 1

На основі аналізу теоретичного матеріалу нами з'ясовано, що проблеми депресії та депресивних станів привертає увагу психологів, що пов'язано із суспільними змінами : високий темп життя, підвищення рівня стресогенності, суспільною нестабільністю, тривожністю, невпевненістю у майбутньому, самооцінкою людини та іншими чинниками, що викликають виникнення депресивних станів.

Для поведінки у стані депресії характерні: повільність, безініціативність, швидка втомлюваність, низька продуктивність, млявість, швидка втомлюваність, всілякі нездужання, постійні невдоволеності, покинутість, безрадісність, відчуття неблагополуччя та, безнадії. В тяжких затяжних випадках є імовірність спроби самогубств. Депресія заподіює найсильніші психологічні, емоційні та фізичні страждання, які істотно знижують якість життя хворого, рівень його сімейної, соціальної та трудової адаптації, а нерідко призводять до інвалідизації.

Що стосується депресивних станів у студентів, то депресивними називаються аномальні стани психіки людини, що супроводжуються пригніченістю, почуттям туги, безвихіддю, відчаєм. Тому можемо зробити висновок, що депресивні стани та тривожність, яка проявляється у студентів під час навчання, займає одне з перших місць серед причин, що викликають психічну напругу у студентів вищих навчальних закладів.

Тому профілактика депресивних розладів студентської молоді, розробка методів їх ефективного подолання та відповідна підготовка практичних психологів – важливі завдання в збереженні психологічної безпеки нації.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ СТУДЕНТІВ-ПСИХОЛОГІВ

2.1. Процедура організації емпіричного дослідження: вибірка, методи і методики дослідження

Емпіричне дослідження проводилося у січні-лютому 2022 року. У ньому взяло участь 67 студентів-психологів, що навчаються у Львівському державному університеті внутрішніх справ та НУ «Львівська політехніка» за спеціальністю «Психологія». У дослідженні взяли участь 67 осіб, серед яких студенти I-IV курсів, з них I курс – 20 студентів, II курс – 15 студентів, III курс – 16 студентів, IV курс – 16 студентів.

Для проведення дослідження було використано наступні психодіагностичні методики:

- Методика «Шкала Депресії» А. Бека.
- Індивідуально-типологічний опитувальник Л. Собчик.
- Методика соціально-психологічної адаптації К.Роджерса – Р.Даймонда.

Для визначення рівня депресивності у студентів використовувалася методика «Шкала депресії» А.Бека, яка містить 21 твердження. Результатами методик інтегруються наступним чином:

0-13 – нормальне вираження депресії;

14-19 – легка депресія;

20-28 – помірна депресія;

29-63 – важка депресія

Також у методиці виділяють дві субшкали: когнітивн–афективна субшкала (С-А) та шкала соматичних проявів депресії (S-P.)

За допомогою методики «Індивідуально-типологічний опитувальник» Л. Собчик (ІТО) можна визначити особливості прояву певних індивідуальних властивостей особистості, а саме:

- брехливість (нещирість);
- агравація (бажання підкреслити наявні проблеми);
- екстраверсія (відкритість, товариськість, прагнення до контактів);

- спонтанність (непродуманість у висловлюваннях та вчинках);
- агресивність (активна самореалізація, впертість);
- ригідність (інертність, застрягання);
- інтроверсія (стриманість, замкненість, звернення у внутрішній світ);
- сенситивність (вразливість, схильність до рефлексії, песимістичність);
- тривожність (емоційність, незахищеність, чутливість);
- лабільність (мінливість настрою, мотиваційна нестійкість, емотивність).

Методика соціально-психологічної адаптації К.Роджерса-Р.Даймонда є особистісним опитувальником, що спрямований на визначення індивідуальних особливостей та ступеню соціально-психологічної адаптації.

Методика містить 101 запитання, 37 відповідають адаптованості особистості, 37- дезадаптованості, 26- нейтральні.

У методиці виокремлюють 6 основних інтегральних показників:

1. Адаптація.
2. Прийняття інших.
3. Інтернальність (рівень суб'єктивного контролю).
4. Самоприйняття.
5. Емоційний комфорт.
6. Прагнення до домінування.

2.2. Інтерпретація результатів емпіричного дослідження

2.2.1. Інтерпретація результатів порівняльного аналізу

За результатами опрацювання відповідей на методику «Шкала депресії» А.Бека отримано наступні результати (Таблиця 2.1.)

Таблиця 2.1.

Рівень депресивності у студентів-психологів

Рівень депресивності	Кількість студентів
Нормальний рівень	10
Легка депресія	30
Помірна депресія	23
Важка депресія	4

Дані таблиці вказують на вирішеність легкої та помірної депресії, тобто студенти переживають негативні психічні стани, які мають відношення до депресивних. Часто у респондентів спостерігається занижений настрій, втрата інтересу до життя. Якщо порівнювати дані студентів різних курсів, то можна спостерігати наступні тенденції (Рисунок.2.1.)

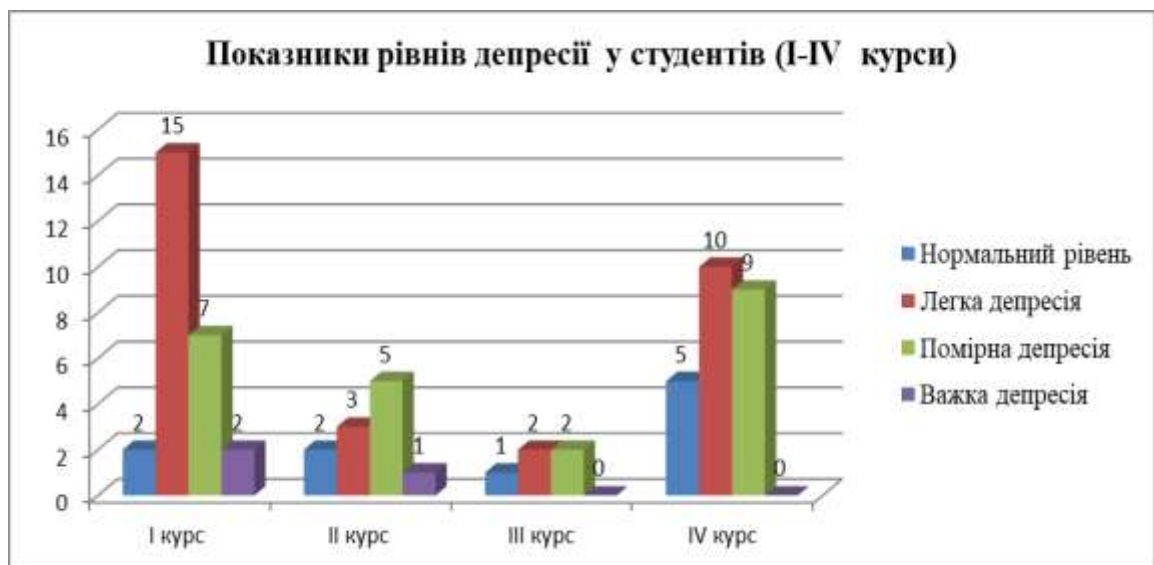


Рис.2.1. Показники рівня депресії у студентів –психологів

За кількісними результатами опрацювання методики у студентів спостерігаються такі відсоткові показники:

I курс:

Нормальний рівень – 3%;

Легка депресія- 13%;

Помірна депресія – 29%;

Важка депресія -2%.

У студентів-першокурсників спостерігається виражений помірний та легкий рівень депресії, тобто депресивні стани навні і можуть вирадатися у різних сферах життєдіяльності особи.

II курс:

Нормальний рівень – 3%;

Легка депресія- 5%;

Помірна депресія – 7%;

Важка депресія -1%.

Студент-другокурсники характеризують суттєвим зменшенням рівня прояву депресії (5% та 7% легка та помірна депресія).

III курс:

Нормальний рівень – 1%;

Легка депресія – 3%;

Помірна депресія – 3%;

Важка депресія – 0%.

Для студентів –третьокурсників властива практична відсутність прояву депресивних станів, такі особи перебуваю у відносно емоційно комфортному та стабільному стані без негатвних емоційних проявів.

IV курс:

Нормальний рівень – 7%;

Легка депресія- 15%;

Помірна депресія – 13%;

Важка депресія -0%.

У студентів четвертого курсу також спостерігається вираженість легкого та помірного рівня депресії.

Загалом, можна прослідкувати тенденцію до вираженості депресивних станів у студентів I та IV курсів. Можна припустити, що причинами цього для студентів -першокурсників є адаптація до навчальної діяльності та нового середовища, а також дистанційний формат навчального процесу, що сприяє певній ізольованості. Що до студентів четвертого курсу, то вони, як правило, можуть переживати такий стан у зв'язку із закінченням вушу і нечіткими чи невизначеними перспективами у професійній діяльності, наявність суму та туги, що переживає у депресію у зв'язку із закінченням навчання у вузі.

Щодо вираженості депресії по субшкалах то для студентів першого курсу розподіл має наступний вигляд (Рисунок 2.2.).



Рисунок 2.2. Показники шкал методики А. Бека (I курс)

Як бачимо, домінуючими є соматичні прояви депресії, що можуть проявлятися через порушення сну, апетиту, втому, головний біль, розліди травлення.

У студентів другого курсу спостерігаємо вираження шкали когнітивно-афективних проявів на тлі загального легкого рівня депресивних станів (Рисунок 2.3.).



Рисунок 2.3. Показники шкал методики А. Бека (II курс)

У студентів третього курсу на тлі легкого рівня депресії також спостерігається домінування когнітивного афективних проявів, що виявляються у апатії, песимізмі, погіршенні настрою, домінуванні негативних емоцій, тунельному мисленні (Рисунок 2.4.).



Рисунок 2.4. Показники шкал методики А. Бека (III курс)

У студентів-четвертокурсників спостерігається збільшення рівня депресивності у порівнянні з другокурсниками та третьокурсниками, проте залишаються домінуючими когнітивно-афективних проявів (Рисунок 2.5.).



Рисунок 2.5. Показники шкал методики А. Бека (IV курс)

Загалом, у більшості студентів, окрім першокурсників домінують когнітивно-афективні прояви депресії.

Також наведено особливості особистісних профілів студентів психологів загалом і відповідно до кожного із курсів.

Так, за результати проведення опитувальника ІТО у студентів - психологів у структурі особистості домінуючими є наступні якості (Рисунок 2.6.).



Рисунок 2.6. Показники індивідуально-типологічних якостей

Слід зазначити, що усі показники перебувають у зоні акцентційованих, тобто виражених (від 5 до 7 б.)

Найбільш вираженими є сенситивність, лабільність та тривожність, а найменший рівень вираженості у ригідності та спонтанності. Надмірне вираження вищезгаданих характеристик свідчить про домінування афективного компоненту у структурі особистості і відповідно пов'язані із проявами емоційної нестабільності і відповідно можуть провокувати появу психічної нестійкості.

Особливості прояву індивідуально-типологічних характеристик відповідно до курсу навчання психологів мають певні відмінності (Таблиця 2.2.).

Таблиця 2.2.

Порівняльна характеристика за результатами індивідуально-типологічного опитувальника Л. Собчик

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
	Екстрав.	Спонтан	Агресив.	Ригідн.	Інтровер	Сензит.	Тривож.	Лабіл.
I курс	5,1	5	5,9	5	5,4	7,2	6,5	7
II курс	5,5	5,1	6	5,2	5,2	6,9	6	7
III курс	5,3	5,2	6,2	5,3	5,3	7	6,4	6,7
IV курс	5,6	5,2	6,1	4,9	5,5	7,3	5,9	6,8

Продемонструємо профіль індивідуально-типологічних характеристик кожного із курсів (Рисунок 2.7.)

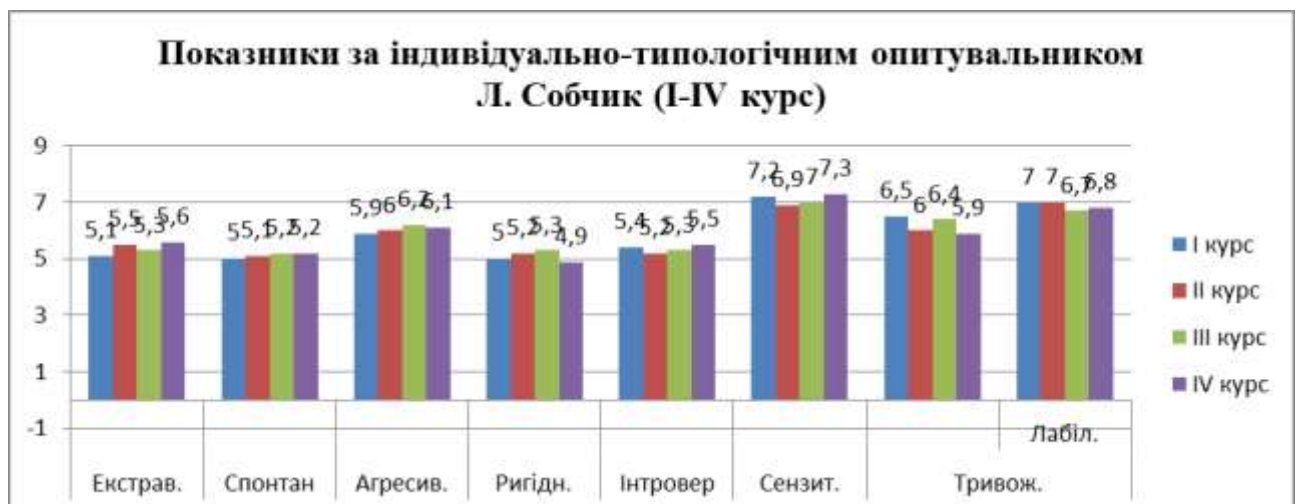


Рисунок 2.7. Показники індивідуально-типологічних якостей у психологів

За результатами порівняльного аналізу можна констатувати, що рівень екстраверсії найвищий у студентів II та IV курсу (5,5 б. і 5,6 б.), а найнижчий у третьокурників (5,3 б.). Ця особистісна характеристика є важливою у налагодженні міжособистісної комунікації, тому невід'ємною складовою у структуру професійної діяльності майбутніх психологів.

Стосовно спонтанності то найнижчий рівень у порівнянні з іншими курсами у першокурсників (5 б.), а у третьокурників та четвертокурсників (5,2 б.). Проте загальний рівень спонтанності достатньо високий у майбутніх психологів, що такі студенти діють без жорстких заборон, іноді надто імпульсивно, не задумуючись про наслідки.

Показник агресивності найвищий у студентів третього курсу (6,2 б.), а найнижчий – у першокурсників (5,9 б.), що супроводжується певним рівнем свавілля, впертістю та наполегливістю у відстоювання власних позицій та інтересів.

Рівень ригідності найнижчий у студентів четвертого курсу (4,9 б.), а найвищий у третьокурників (5,3 б.), тому загалом у студентів в психологів спостерігається певний рівень застрягання і негнучкості у спілкуванні та поведінці.

Цікавим є факт високого рівня інтровертованості у студентів четвертого курсу (5,5 б.) та першого курсу (5,4 б.), що вказує на надмірну зосередженість на внутрішньому світі та самозаглиблення. Проте якщо їх порівнювати з рівнями екстраверсії, то показники є збалансованими.

Варто зазначити, що показник сенситивності надто високий у першокурсників (7,2 б.) та четвертокурсників (7,3 б.), що вказує на надмірну вразливість, проте і високу рефлексивність, що є важливою професійною якістю для майбутнього психолога.

Показники тривожності у студентів першого курсу є достатньо високим (6,5 б.), що може бути пов'язаним із адаптацією до нових умов навчання у виші. Найнижчим серед представників усіх курсів тривожність спостерігається у четвертокурсників (5,9 б.).

Рівень лабільності високий у першокурсників та другокурсників (76. у студентів кожного курсу) і дещо нижчий у третьо-та четвертокурсників (6,7 б та 6,8 б відповідно). Це свідчить про наявність емоційної та мотиваційної нестійкості, що є не найсприятливішою характеристикою у структурі майбутньої професійної діяльності педагога.

Беручи до уваги показники адаптації студентів за методикою соціально-психологічної адаптації К. Роджерса-Р. Даймонда, слід зазначити, що у студентів-психологів спостерігається сформованість рівня адаптації, тобто вони належним чином можуть сприймати виклики студентського середовища та пристосувати до них (Рисунок 2.8.)

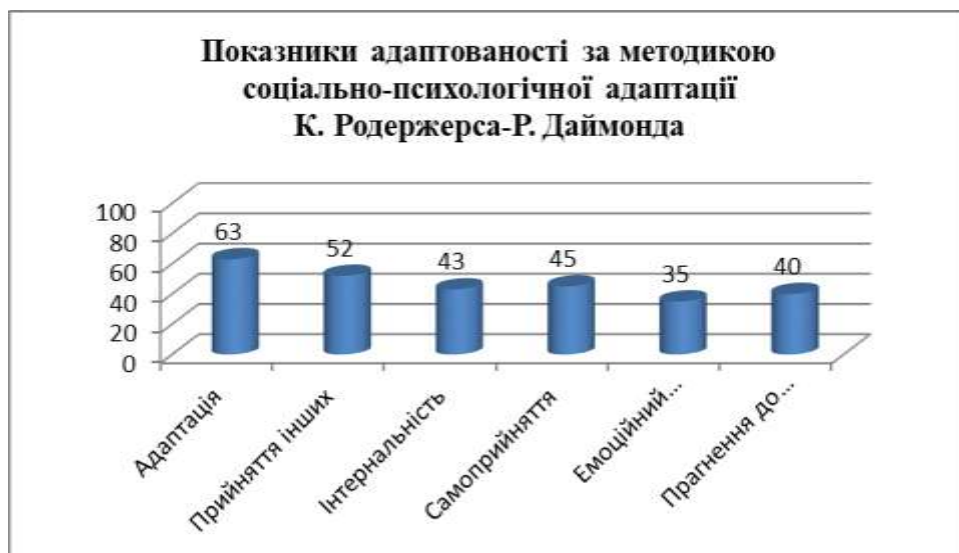


Рисунок 2.8. Показники адаптованості за методикою соціально-психологічної адаптації К. Роджерса-Р. Даймонда

Серед основних показників один з найбільших показник відноситься до «прийняття інших», що безперечно важливим показником у формуванні адаптованості та успішній соціалізації у студентському середовищі. Найнижчим є показник «емоційного комфорту», що вказує на емоційну нестійкість та наявність негативних емоційних проявів у структурі особистості студента, що певним чином відображається на його загальному психічному стані.

Щодо порівняльної характеристики першокурсників та четвертокурсників то слід відзначити наступні відмінності (Рисунок 2.9.).

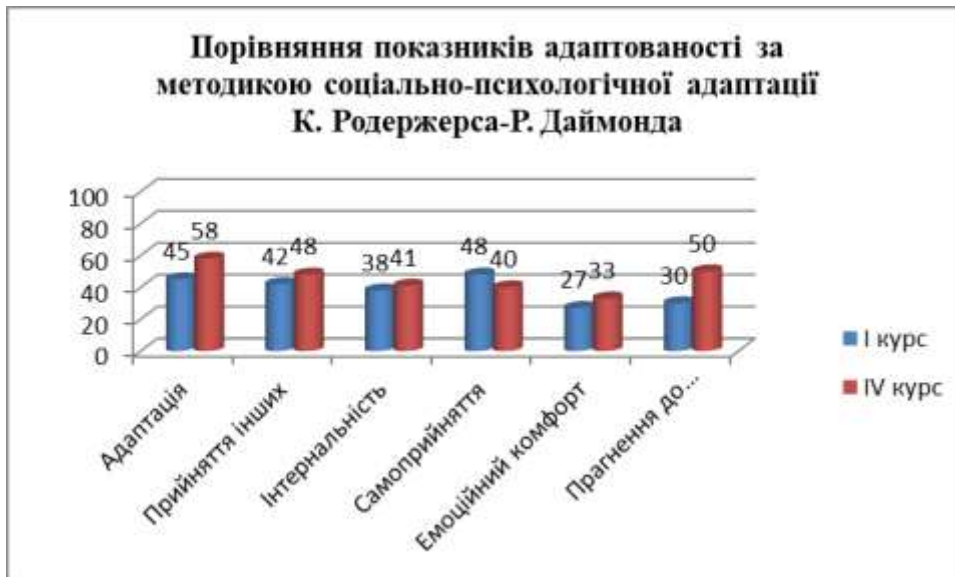


Рисунок 2.9. Порівняння показників адаптованості за методикою соціально-психологічної адаптації К. Роджерса-Р. Даймонда

Так, суттєві відмінності спостерігаються за показниками адаптації (I курс – 45%, а IV курс– 58%), що вказує на факт формування ефективних механізмів адаптації у старшокурсників у порівнянні з першокурсниками.

Шкала «Емоційний комфорт» вказує на його надто низький рівень у першокурсників, і дещо вищий, проте також низький у четвертокурсників (I курс–27%, а IV курс–33%). Це свідчить, що студенти переживають певний рівень емоційного невдоволення, можливо, присутність негативних емоцій або коливання емоційних станів.

Варто зазначити наявні відмінності у показниках шкали «Прагнення до домінування». Так, студенти четвертого курсу демонструють показник 50%, а першого–30%. Тому бажання та прагнення до домінування вказує на цілеспрямованість, потребу у владі та впливі на інших. Завдяки цій потребі студенти старших курсів можуть успішно формувати свою здатність до адаптації та почувати себе впевненіше.

2.2.2. Інтерпретація результатів кореляційного аналізу

Для визначення значущих зв'язків між факторами методик було використано кореляційний аналіз.

За результатами цього аналізу з'ясовано, що шкала «депресія» має непрямі кореляційні зв'язки із шкалою «емоційний комфорт» ($r = -0,4121$), «самоприйняття» ($r = -0,371$), «прийняття інших» ($r = -0,422$) та прямий зв'язок зі шкалою «лабільність» ($r = -0,501$). (Рисунок 2.10.).

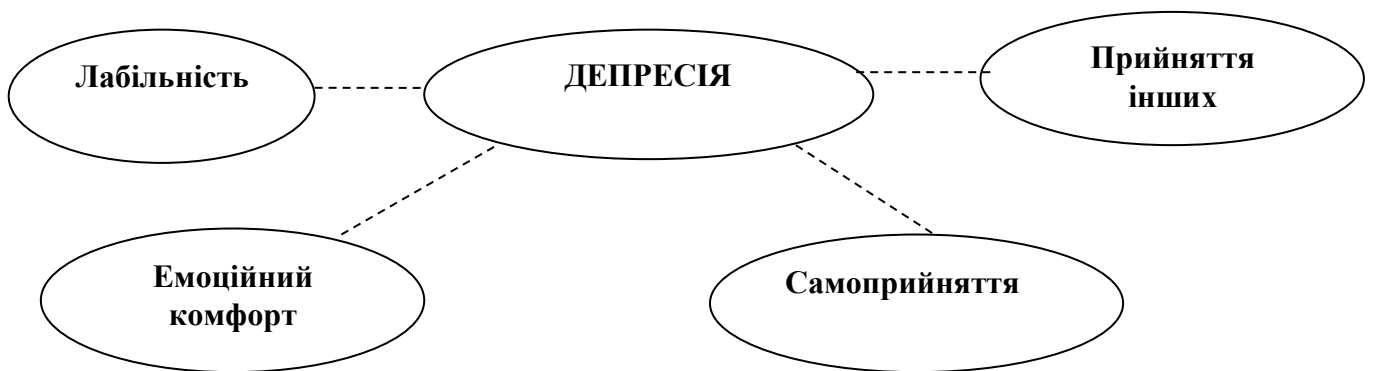


Рисунок 2.10. Кореляційна плеяда за шкалою «Депресія»

Безперечно, можна помітити, що переживання депресії знижують прийняття інших і само прийняття, вселяє емоційний дискомфорт та збільшує переживання лабільності. У такому варіант переживання депресивних станів впливає на структуру Я-концепції та взаємодії з іншими, а також впливає на емоційну сферу, вливаючи на загострення таких емоційних характеристик, як лабільність та емоційний дискомфорт.

Стосовно показника «Адаптація» то спостерігають прямий зв'язок зі шкалою «Екстраверсія» ($r = 0,531$) та непрямі зі шкалою «Емоційний комфорт» ($r = 0,378$) та «Лабільність» ($r = -0,492$) (Рисунок 2.11.).



Рисунок 2.11. Кореляційна плеяда за шкалою «Адаптація»

Слід зазначити, що адаптивність сприяє зростанню показника екстравертованості, проте знижує прояв лабільності та емоційного комфорту, що може бути пов'язано із факт, що адаптація вимагає емоційних витрат у студентів, що відповідно відображається на їхньому емоційному стані.

Проте адаптованість забезпечується через зростання екстравертованості та вміння керувати своїми емоційними станами студентів.

Висновки до Розділу II

За результатами проведеного емпіричного дослідження визначено загальний рівень депресії у студентів та показники депресивних станів у залежності від курсу навчання.

За кількісними результатами спостерігається помірний та легкий рівень депресії у студентів-першокурсників, у студентів-другокурсників спостерігається зменшення рівня прояву депресії.

Для студентів –третьокурсників властива практична відсутність прояву депресивних станів, такі особи перебуваю у відносно емоційно комфортного та стабільному стану без негативних емоційних проявів.

У студентів четвертого курсу також спостерігається вираженість легкого та помірного рівня депресії.

Серед основних показників адаптації у студентів-психологів є «прийняття інших», що безперечно важливим показником у формуванні адаптованості та успішній соціалізації у студентському середовищі. Найнижчим є показник «емоційного комфорту».

Суттєві відмінності спостерігаються за показниками адаптації, що вказує на факт формування ефективних механізмів адаптації у старшокурсників у порівнянні з першокурсниками.

Шкала «Емоційний комфорт» вказує на його надто низький рівень у першокурсників, і дещо вищий, проте також низький у четвертокурсників.

Студенти четвертого курсу демонструють набагато вищі показники шкали «Прагнення до домінування» у порівнянні з першокурсниками.

За результатами кореляційного аналізу виявлено, що шкала «депресія» має непрямі кореляційні зв'язки із шкалою «емоційний комфорт», «самоприйняття», «прийняття інших» та прямий зв'язок зі шкалою «лабільність».

Показник «Адаптація» має прямий зв'язок зі шкалою «Екстраверсія» та непрямі зі шкалою «Емоційний комфорт» та «Лабільність».

ВИСНОВКИ

Проблема депресії та депресивних станів особливо гостро постає в сучасному світі, що пов'язано із впливом низки швидкими суспільними зміна, високим темпом життя, постійною стресогенністю життя, суспільними викликами та нестабільністю, тривожністю, невпевненістю у майбутньому.

Депресія заподіює найсильніші психологічні, емоційні та фізичні страждання, які істотно знижують якість життя хворого, рівень його сімейної, соціальної та трудової адаптації, а нерідко призводять до інвалідизації.

Поведінка у стані депресії характерні: повільність, безініціативність, швидка втомлюваність, низька продуктивність, млявість, швидка втомлюваність, всілякі нездужання, постійні невдоволеності, покинутість, безрадісність, відчуття нещасливості, безнадії. В тяжких затяжних випадках є імовірність спроби самогубств.

До появи депресивних станів вразливими стають різні категорії населення, студенти не є винятком. У студентів депресивний стан характеризується негативним емоційним фоном, змінами у мотиваційній сфері, модифікацією когнітивних уявлень, зниженням самооцінки, енергетичною виснаженістю та, як наслідок, загальною пасивністю поведінки. Внаслідок цього особа має потребу в ізоляції та усамітненні.

Часто депресивні прояви у цьому віці пов'язані із зниженням рівня адаптації, що призводить до замкнутості, відчуженості та зануренні у власні переживання. Також часто на фоні потреби і гострої необхідності мамо актуалізації, проте відсутності можливостей чи особистісних ресурсів у студента може виникати стан надмірної тривожності та сором'язливості і як результати цих переживань – поява депресивного стану.

Також несформованість та нечіткість Я-концепції у цьому віці може призводити до внутрішньої нестабільності, конфліктності та негативних уявлень щодо себе та своєї поведінки, що може слугувати передумовами формування депресії саме у студентському віці.

Що стосується депресивних станів у студентів, то депресивними називаються аномальні стани психіки людини, що супроводжуються пригніченістю, почуттям туги, безвихіддю, відчаєм. Тому можемо зробити висновок, що депресивні стани та тривожність, яка проявляється у студентів під час навчання, займає одне з перших місць серед причин, що викликають психічну напругу у студентів вищих навчальних закладів.

Тому профілактика депресивних розладів студентської молоді, розробка методів їх ефективного подолання та відповідна підготовка практичних психологів – важливі завдання в збереженні психологічної безпеки нації.

За результатами проведеного емпіричного дослідження визначено загальний рівень депресії у студентів та показники депресивних станів у залежності від курсу навчання.

За кількісними результатами спостерігається помірний та легкий рівень депресії у студентів-першокурсників, у студентів-другокурсників спостерігається зменшення рівня прояву депресії.

Для студентів-третьокурсників властива практична відсутність прояву депресивних станів, такі особи перебувають у відносно емоційно комфортного та стабільного стану без негативних емоційних проявів.

У студентів четвертого курсу також спостерігається вираженість легкого та помірного рівня депресії.

Серед основних показників адаптації у студентів-психологів є «прийняття інших», що безперечно важливим показником у формуванні адаптованості та успішній соціалізації у студентському середовищі. Найнижчим є показник «емоційного комфорту».

Суттєві відмінності спостерігаються за показниками адаптації, що вказує на факт формування ефективних механізмів адаптації у старшокурсників у порівнянні з першокурсниками.

Шкала «Емоційний комфорт» вказує на його надто низький рівень у першокурсників, і дещо вищий, проте також низький у четвертокурсників.

Студенти четвертого курсу демонструють набагато вищі показники шкали «Прагнення до домінування» у порівнянні з першокурсниками.

За результатами кореляційного аналізу виявлено, що шкала «депресія» має непрямі кореляційні зв'язки із шкалою «емоційний комфорт», «самоприйняття», «прийняття інших» та прямий зв'язок зі шкалою «лабільність».

Показник «Адаптація» має прямий зв'язок зі шкалою «Екстраверсія» та непрямі зі шкалою «Емоційний комфорт» та «Лабільність».

За результатами проведеного теоретико-емпіричного дослідження завдання виконано і мети досягнуто.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андреева О.А. Стабильность и нестабильность в контексте социокультурного развития. О.А. Андреева. Таганрог, 2000. 231с.
2. Аннибали А. Тревожный мозг. Как успокоить мысли, исцелить разум и вернуть контроль над собственной жизнью. А. Аннибалли. М, 2013. 400 с.
3. Борисенко В.В. Депресивні розлади у загально медичні практиці. В.В. Борисенко. Полтава 2002. 87 с.
4. Бэк А. Когнитивная терапия депрессии. А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери.СПб.: Питер, 2003. 304 с.
5. Бэрон Р. Агрессия. Р. Бэрон, Д. Ричардсон . СПб.: Питер, 1997. 534 с.
6. Варламова Д. С ума сойти! Путеводитель по психическим расстройствам для жителя большого города. Д. Варламова Д, А.Зайниев. М.:Альпина, 2018. 327 с.
7. Гірняк А. Психоекологічний потенціал розвивального підручника. Психологія і суспільство. 2003. №4. С. 128-136.
8. Гірняк Г. С., Городова Ю. Ю. Особливості виникнення емоційної напруженості у студентів ВНЗ. Актуальні задачі сучасних технологій : зб. тез доп. V Міжнар. наук.-техн. конф. молодих учених та студентів, м. Тернопіль, 17-18 листопада 2016 р. Тернопіль: ТНТУ ім. Івана Пулюя, 2016. Т. 2. С. 320-321.
9. Голант М. Что делать, когда тот, кого вы любите, в депрессии. Помо ги себе помощи другому. М.Голант, С.Голант. М.: Изд-воИнститута Психотерапии, 2001. 176 с.
10. Головин С. Ю. Словарь практического психолога. Минск: Харвест. 2008. 654 с.
11. Гріньова О.М. Проектування життєвого шляху особистості у кризовому суспільстві. О.М. Гріньова. Актуальні проблеми психології: Збірник

- наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2015. 11 (13). С. 158-165.
12. Гуменна І. Р. Комунікативна компетентність як одна із складових професійної культури майбутніх лікарів. Науковий вісник Ужгородського національного університету. 2013. Вип. 29. С. 42-45. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuuped_2013_29_14(дата звернення: 05.05.2020).
 13. Диагностика подростковой депрессивности. Теория и практика А.И. Подольский, О.А. Идобаева, П. Хейманс. СПб. : Питер, 2004. 202 с.
 14. Евсегнеев Р.А. Распознавание и лечение депрессий в общей медицинской практике: Учебно-методическое пособие. Евсегнеев Р.А. Минск, 2002. 256с.
 15. Емельянова Е. Скажи депрессии «Прощай» или как избавиться от проблем. Емельянова Е. М.: Речь, 2008. 320 с.
 16. Казачкова В. Г. Метод незаконченныя предложений в изучении эмоционального и когнитивного компонентов отношений : метод. рекомендации. Вопросы психологии. 1988. № 7. С. 154-157. URL: <http://www.voppsy.ru/issues/1989/893/893154.htm>(дата звернення: 11.03.2020).
 17. Карбонелла Д. Не попадай в ловушку тревог. Как мозг заставляет вас ожидать худшего и как этого избежать. Д. Карбонелла М.:Поппури, 2016. 220 с.
 18. Карпенко Н. В. Професіоналізм та професійні страхи особистості. Вісник Черкаського університету.Серія : Педагогічні науки. 2014. Вип. 24. С. 42-47. URL:http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchuP_2014_24_9(дата звернення: 20.04.2020).
 19. Корб А. Воходящая спираль. Как нейрофизиология помогает справиться с негативом и депрессией шаг за шагом. А.Корб. М.: Манн, Иванов и Фарбер, 2016. 256с.
 20. Кристева Ю. Черное солнце. Депрессия и меланхолия. Ю.Кристева. М.: Когито-центр, 2010. 227 с.

21. Курпатов А. Средство от депрессии. А. Курпатов. СПб. : Издательский Дом «Нева», 2003. 192 с.
22. Личко А.Е. Подростковая психиатрия (Руководство для врачей) А.Е. Личко. : Медицина, 1985. 416 с.
23. Лоуэн А. Депрессия и тело. А. Лоуэн М. : ЭКСМО Пресс, 2002. 384 с.
24. Лэнгле А. Person. Экзистенциально-аналитическая теория личности: Сборник статей. А. Лэнгле. М. : Генезис, 2018. 159 с.
25. Мадатян М. Лекарство от депрессии. М. Мадатян. М.: Эксмо, 2011. 230 с.
26. Максименко С.Д. Практикум із групової психокорекції: підручник. С.Д. Максименко, О.О. Прокоф'єва, О.В. Царькова та ін. К.: Виданичий дім «Слово», 2015. 752 с.
27. Мамедов А. Депрессия. Как вырваться из черной дыры. А. Мамедов
Режим доступа: <https://mybook.ru/author/anar-mamedov/depressiya-kak-vyrvatsya-iz-chnojoj-dyry/read/>
28. Мацлиах-Ханох С. Сказки обратимой смерти. Депрессия как целительная система. С. Мацлиах-Ханох. М.: Когито-центр, 2014. 312 с.
29. Мосейчук Ю. Результаты тривалого застосування програми корекції психологічних розладів студентів / Ю.Мосейчук [Електронний ресурс]. – Режим доступа: http://www.nbuuv.gov.ua/portal/soc_gum/ppmb/texts/2007-10/07moucps.pdf.
30. Никифоров И.А. Депрессия в современном мире / Никифоров И.А. Режим доступа: <http://doctornik.ru/depressiya-v-sovremennom-mire>
31. Панок В. Г., Титаренко Т. М., Чепелева Н. В. Основы практичної психології : підручник. Київ : Либідь, 1999. 536 с.
32. Подольский А.И. Диагностика подростковой депрессивности. А.И. Подольский, О.А. Идобаева, П. Хейманс. СПб.: Питер, 2004.
33. Покрасс М.Л. Активная депрессия. Добрая сила тоски. М.Л Покрасс. Самара, 200.
34. Психологическая энциклопедия [под. ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха]. [2-е изд.]. СПб : Питер, 2006. 1096 с.

35. Психология личности: Словарь-справочник [под ред. П.П. Горностая и Т.М. Титаренко] авт. кол.: П.П. Горностай, Т.М. Титаренко, В. Васьковская, И.А. Грабская, Л.А. Лепихова, Н.И. Повякель, Н.В. Чепелева. К.: Рута, 2001. 320 с.
36. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебн. пособ. Д.Я. Райгородский. Самара: Изд. Дом "Бахрах М", 2002. 672 с.
37. Рогов Е.И. Настольная книга школьного практического психолога в образовании. Е.И. Рогов. М.: Владос, 1996. 456 с.
38. Романчук О. Когнітивно-поведінкова терапія депресії. О.Романчук. Режим доступу: <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/cbt-depression.pdf>
39. Руднев В.П. Характеры и расстройства личности. Патография и метапсихология. Руднев В.П.М.: Независимая фирма Класс, 2002. 272 с.
40. Самоукина Н. В. Экстремальная психология. Н. В. Самоукина. М.: Ассоциация авторов и издателей «ТАНДЕМ»; ЭКМОС, 2000. 288 с. 44
41. Сапогова Е.Е. Психология развития человека. Учебное пособие. Е.Е. Сапогова. М.: Аспект Пресс, 2001. 421 с.
42. Серван-Шрейбер Д. Антистресс. Как победить стресс, тревогу и депрессию без лекарств и психоанализа. Д. Серван-Шрейбер. М.: РиполКлассик, 2001. 185 с.
43. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Тохостов А.Ш. и др. Психопатология депрессий (к построению типологической модели). Депрессия и коморбидные расстройства. / Под ред. А.Б.Смулевича. М., 1997.
44. Соломон Э. Демон полуденный. Анатомия депрессии. Э.Соломон. М., 1997. 341 с.
45. Сорокин, С.А. К вопросу о клинике и типологии эндогенных апатических депрессий. С.А. Сорокин. Весник академии медицинских наук 2011. №4. С. 14-19.

46. Суворов А.К. Принципы терапии соматизированных депрессий. Психопатологические и патогенетические аспекты прогноза и терапии депрессий: Сб. ст. М., 2001. С.56-63.
47. Трикетт Ш. Как победить депрессию и избавиться от тревоги. Ш. Трикетт. М.: ЭКСМО, 2002.198 с.51
48. Фролова Т.Н. Социальная нестабильность: сущность, понятие, типология форм проявления. Т.Н. Фролова. М., 2001.
49. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. Пер. с англ. Э. Фромм. Мн.: ООО "Попури", 1999.
50. Хейг М. Влюбиться в жизнь. Как научиться жить снова, когда ты почти уничтожен депрессией/ М. Хейг. – М.,2010. – 310 с.
51. Хелл Д. Ландшафт депрессии. Д. Хелл. М.: Алатайя, 1999.
52. Хлівна О. Індивідуально-психологічні характеристики психічного здоров'я студентської молоді / О. Хлівна [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.social-science.com.ua>.
53. Холлис Дж. Душевные омуты. Дж. Холлис. М.: Когито-центр, 2010.198 с.
54. Холмогорова А.Б. Культура, эмоции и психическое здоровье. Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова. Вопросы психологии . 1999. №2. С. 61-73.
55. Циркин С.Ю. Концептуальная диагностика функциональных расстройств: диатез и шизофрения. С.Ю. Циркин. Соц. клин. Психиатрия. 1995.С.114–128.
56. Чемякова Е.Б. Интегративный подход в комплексном лечении эндогенной депрессии у больных юношеского возраста. Е.Б. Чемякова, О.Ю. Казьмина, М.Ю., Егорова (Максимова), Г.В. Савенко. Материалы конференции «Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний». 2000. С.115-116.