

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька академія»
Навчально-науковий центр заочно-дистанційного навчання
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня магістра
на тему «**Психологічні умови подолання тривоги та депресії здобувачів
ЗВО в умовах війни**»

Виконав студент 2 курсу, групи ЗМПс-21
спеціальності 053 Психологія
Шишкін Іван Геннадійович

Керівник – доктор психологічних наук, доцент
Матласевич Оксана Ворлодимирівна

Рецензент – доктор психологічних наук, професор
Савелюк Наталія Михайлівна

Допущено до захисту:
Завідувач кафедри: _____
Оксана МАТЛАСЕВИЧ

Острог, 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	9
1.1. Психологічні підходи до вивчення тривоги, тривожності та депресії.....	9
1.2. Вплив воєнних подій на психоемоційний стан студентської молоді.....	23
1.3 Основні шляхи подолання тривоги і депресії в умовах війни.....	35
1.3.1 Психоедукація у системі допомоги при тривозі та депресії.....	35
1.3.2 Методи емоційної регуляції для самодопомоги.....	42
1.3.3 Майндфулнес-техніки у роботі з тривогою та депресією.....	47
Висновки до розділу 1	53
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	55
2.1. Характеристика методичного інструментарію та організація дослідження	55
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	60
2.3. Рекомендаційні техніки та вправи для подолання тривоги й депресії студентів в умовах війни	70
Висновки до розділу 2	82
ВИСНОВКИ.....	83
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	86
ДОДАТКИ	106

ВСТУП

Актуальність теми. Тривожність та депресія належать до найбільш поширених психоемоційних порушень серед студентської молоді, і в умовах воєнних дій їх інтенсивність значно зростає. Війна створила для студентів атмосферу постійної небезпеки, невизначеності та психологічного тиску, що проявляється у зниженні навчальної мотивації, порушенні міжособистісних контактів, зростанні конфліктності та емоційної нестабільності. Сучасні дослідження свідчать, що більшість студентів у період воєнного стану демонструють симптоми тривожності різного рівня, а значна частина має ознаки депресивних станів, що суттєво перевищує показники, зафіксовані у довоєнний час. Серед вчених, які приділили увагу дослідженню окремих аспектів проблеми, варто згадати Л. Карамушку [24], Т. Пономаренко Ю. Сидоренко [47], Н. Могильову [38], Л. Амбасалюмову [3], М. Ороса [43], В. Содолевську [50], І. Грузинську [17], Ю. Асєєву, Д. Возного, Т. Волинчука [4], О. Краскова [27], М. Полив'яну [108], І. Пінчук [106], та ін.

Постійні повітряні тривоги та вимкнення електроенергії, які стали частиною повсякденного життя студентів, порушують звичний ритм навчання й побуту та створюють атмосферу невизначеності. Переривання навчального процесу, неможливість стабільно користуватися інтернетом чи освітніми платформами, перебування у сховищах під час занять – усе це створює додатковий рівень стресу та емоційного виснаження. Вимкнення світла й тривалі перебої з електропостачанням не лише ускладнюють навчання, а й формують відчуття нестабільності та беззахисності, що підсилює тривожні й депресивні прояви.

Додатковим чинником, який посилює проблему, є активне використання соціальних мереж та інтернет-ресурсів як основного джерела інформації. Молодь нерідко стикається з неперевіреним або поверхневим психологічним контентом, що сприяє формуванню хибних уявлень про власний стан, провокує неадекватні спроби самопомоги та підсилює відчуття ізоляції й

безпорадності. Попри значний обсяг матеріалів у відкритому доступі, бракує систематизованих, науково обґрунтованих рекомендацій, які б враховували специфіку студентського віку та реалії життя в умовах війни.

У такій ситуації постає завдання для науковців, практичних психологів та закладів вищої освіти: здійснити комплексне дослідження динаміки тривожних і депресивних проявів серед студентів, визначити ключові психосоціальні чинники їх виникнення та розробити ефективні стратегії їх подолання. Вирішення цієї проблеми має не лише теоретичне, а й практичне значення, адже йдеться про збереження психічного здоров'я молоді, яка є майбутнім інтелектуальним і соціальним ресурсом держави. З огляду на це актуальність запропонованої для вивчення теми не викликає жодного сумніву.

Тривожності та її проявам присвячено низку праць як вітчизняних, так і зарубіжних науковців, зокрема К. Калужної, О. Білик, І. Блохіної, Р. Яремка, В. Гродської тощо. Депресивні стани студентської молоді досліджували К. Семенюк, О. Ткачишина, У. Нікітчук, М. Піка й інші автори. Зарубіжні вчені також приділили увагу цій проблемі: Дж. Кассаді, Е. Пірсон, Дж. Старлінг, С. Рой, А. Бісвас, М. Шарма, Н. Байрам, Н. Білгел, Д. Айзенберг, Дж. Хант, Н. Спір, Д. Сарохані та ін.

Позитивно оцінюючи внесок вищезгаданих дослідників у розробку проблеми, варто зауважити, що попри наявність окремих досліджень, комплексне вивчення психологічних умов подолання тривоги та депресії студентів у період російсько-української війни є недостатнім. Саме український контекст, позначений тривалими кризовими умовами, потребує окремого аналізу, що й визначає наукову новизну та практичну значущість дослідження.

Мета дослідження – на основі теоретичного та емпіричного аналізу визначити психологічні умови подолання тривоги та депресії здобувачів закладів вищої освіти в умовах війни. Для досягнення поставленої мети було визначено такі наукові завдання:

- ✓ Здійснити теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми тривоги, тривожності та депресії;
- ✓ Визначити особливості прояву тривожних і депресивних станів у студентів ЗВО під час війни.
- ✓ Окреслити основні шляхи подолання тривоги та депресії студентів в умовах війни;
- ✓ Теоретично та емпірично обґрунтувати психологічні умови подолання тривоги та депресії студентів ЗВО під час війни.

Об'єктом дослідження є: тривожні та депресивні стани здобувачів закладів вищої освіти в умовах війни.

Предмет дослідження: психологічні умови подолання тривоги та депресії у студентів закладів вищої освіти в умовах війни.

Методи дослідження. У дослідженні було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів, що забезпечили всебічне вивчення проблеми:

- *теоретичні:* описовий метод дав змогу систематизувати наявні наукові дані та окреслити загальні тенденції у вивченні тривожності та депресії студентів; метод аналізу та синтезу дозволив узагальнити результати попередніх досліджень і сформуванати цілісне уявлення про психологічні умови подолання тривоги та депресії; порівняльний метод забезпечив зіставлення підходів вітчизняних і зарубіжних дослідників, що дало можливість виявити специфіку українського контексту в умовах війни;
- *емпіричні:* Шкала депресії Бека (BDI) дала можливість кількісно оцінити рівень депресивних проявів та визначити ступінь їх вираженості; Опитувальник тривожності Спілберґера–Ханіна (STAI) дозволив дослідити як ситуативну, так і особистісну тривожність, що забезпечило комплексне бачення проблеми; П'ятифакторний опитувальник майндфулнес (Five Facet Mindfulness Questionnaire FFMQ-15) дав можливість виміряти ключові складові майндфулнес:

спостереження за зовнішнім та внутрішнім досвідом, здатність його вербалізувати, усвідомленість власних дій, неосудливе прийняття, здатність не реагувати на негативні стимули; Шкала психологічної гнучкості Хейса (AAQ-II) дала можливість виміряти рівень прийняття емоційного досвіду та готовності діяти; метод бесіди сприяв глибшому розумінню суб'єктивних переживань студентів, їхніх індивідуальних реакцій на стресові фактори, у тому числі й пов'язані з війною в Україні;

- *методи математично-статистичної обробки емпіричних даних:* методи описової статистики (оцінка середнього арифметичного, стандартного відхилення, максимального та мінімального значення у вибірці, відсотковий аналіз даних); кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта кореляції Пірсона – для кількісної характеристики вираженості зв'язку між психологічними показниками.

Статистичну обробку отриманих даних здійснено із застосуванням програмного забезпечення «SPSS for Windows», Microsoft Excel 2013.

Наукова новизна магістерського дослідження полягає в тому, що:

вперше: емпірично досліджено особливості поєднання тривожної та депресивної симптоматики зі специфікою психологічної гнучкості та усвідомленості (майндфулнес) у здобувачів вищої освіти в умовах повномасштабної війни в Україні; виявлено парадоксальний феномен одночасного поєднання переважно високих показників майндфулнес і середнього рівня психологічної гнучкості з підвищеними рівнями тривоги та депресії, що дозволяє розглядати ці ресурси як частково нереалізовані в екстремальному соціальному контексті;

уточнено, доповнено: дані щодо профілю майндфулнес у здобувачів ЗВО, зокрема встановлено домінування високих рівнів за всіма п'ятьма компонентами майндфулнес за відсутності низьких показників, що доповнює

наявні уявлення про спонтанне формування навичок усвідомленості в умовах хронічного стресу;

подальшого розвитку набули: уявлення про психологічні умови подолання тривоги та депресії в студентської молоді, зокрема через інтеграцію майндфулнес та психологічної гнучкості у єдину концептуальну модель; підходи до психопрофілактики та психологічної допомоги здобувачам вищої освіти в умовах війни, зокрема – на основі емпіричних даних обґрунтовано доцільність впровадження комплексних програм, що поєднують психоедукацію, техніки майндфулнес, розвиток психологічної гнучкості та практики ціннісно орієнтованої дії.

Практичне значення одержаних результатів полягає у можливості їх використання для розробки та впровадження психологічних програм, спрямованих на подолання тривожних і депресивних станів студентів закладів вищої освіти в умовах війни. Висновки та рекомендації можуть бути застосовані у діяльності практичних психологів, тьюторів академічних груп, викладачів та працівників центрів психологічної підтримки студентської молоді. Матеріали дослідження можуть стати основою для проведення тренінгів, семінарів та консультацій, спрямованих на розвиток навичок емоційної регуляції, підвищення стресостійкості та формування позитивних стратегій подолання кризових ситуацій.

Практична апробація дослідження. Основні положення роботи знайшли відображення у таких публікаціях автора:

1. Шишкін І. Г., Шминдрок О. Ф. Взаємозв'язок тривожності, депресії та моделей поведінки у конфлікті: психоемоційні чинники та їх врахування під час медіації. *Наукові інновації та передові технології*, 2025. № 12(52). (категорія Б). Прийнято до друку.
2. Шишкін І. Г. Психологічні умови зниження тривоги та депресії здобувачів ЗВО в умовах війни. Науковий блог. Національний університет «Острозька академія». URL.

<https://naub.oa.edu.ua/psychologichni-umovy-znyzhennya-tryvohy-ta-depresiyyi-zdobuvachiv-zvo-v-umovah-vijny/>.

Результати магістерського дослідження також були покладені в основу розробки та читання вибіркового лекційного курсу «Психологія людської поведінки», який викладається на базі Національного університету «Острозька академія». У межах цього курсу студенти знайомилися з теоретичними засадами майндфулнес-підходу та опанували базові техніки усвідомленості й психологічної гнучкості, що безпосередньо корелює з тематикою цього дослідження.

Структура роботи повністю відповідає меті та поставленим науковим завданням. Робота складається зі вступу, двох розділів (6 підрозділів), висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Психологічні підходи до вивчення тривоги, тривожності та депресії

Тривожність і депресія належать до найбільш поширених психоемоційних станів сучасної людини, які суттєво впливають на когнітивне функціонування, соціальну адаптацію та загальну якість життя. В умовах війни та тривалих кризових ситуацій їхня поширеність значно зростає, що підтверджують як українські, так і міжнародні дослідження. Так, у березні 2022 року понад половина дорослих українців повідомили про симптоми тривожності (54,1 %), а майже половина – про симптоми депресії (46,8 %) [129]. Серед підлітків ці показники також високі: 32 % мали симптоми помірної або тяжкої депресії, а 17,9 % – симптоми тривоги [91].

Важливим чинником є також навчальне середовище, яке часто стає джерелом додаткового психологічного навантаження. Високий рівень конкуренції, постійний тиск дедлайнів, невизначеність майбутнього та економічні труднощі створюють умови, що сприяють розвитку тривожності та депресії серед студентів. У воєнних умовах ці фактори підсилюються: освітня нестабільність, вимушене переміщення, втрата соціальних контактів та страх за власне майбутнє стають потужними стресогенними чинниками.

Таким чином, проблема тривожності та депресії у студентському віці є не лише медико-психологічною, але й соціальною. Її актуальність визначається тим, що саме молодь становить основу інтелектуального та культурного потенціалу країни, а збереження їхнього психічного здоров'я є стратегічним завданням у період воєнних викликів та післявоєнної відбудови.

Перші спроби пояснити природу тривожності та депресії належать до класичної психоаналітичної традиції. Зигмунд Фройд розглядав тривогу як сигнал внутрішнього конфлікту між інстинктивними потягами та соціальними

вимогами [55]. Карл Юнг трактував депресивні стани як наслідок порушення гармонії між свідомим і несвідомим [64], а Альфред Адлер пов'язував тривожність із комплексом неповноцінності та прагненням до компенсації [68]. Ці концепції заклали основу для подальшого розвитку психологічних теорій, які поступово зміщували акцент від внутрішніх конфліктів до когнітивних і поведінкових механізмів.

Поступово психоаналітичні інтерпретації тривожності та депресії почали доповнюватися новими підходами, що прагнули надати цим станам більш наукове визначення. У першій половині ХХ століття з'явилися спроби описати тривогу й депресію не лише як прояви внутрішніх конфліктів, а й як феномени, що мають власну динаміку та закономірності. Так, у працях К. Хорні тривожність розглядалася як результат порушення базових потреб у безпеці та прийнятті. Вона ввела поняття «базової тривоги» (*basic anxiety*), яке описує відчуття ізольованості та безпорадності у потенційно ворожому світі, що виникає через дефіцит любові та прийняття у дитинстві [19].

А. Е. Фромм підкреслював роль соціальних і культурних факторів у формуванні депресивних переживань. Він вважав, що психічне здоров'я людини залежить від задоволення базових потреб — пов'язаності, укоріненості, ідентичності та орієнтації, — які реалізуються у соціальному контексті. Коли ці потреби блокуються суспільними чи культурними умовами, виникають тривожні та депресивні стани [87].

Водночас у клінічній практиці почали з'являтися перші діагностичні класифікації, які намагалися систематизувати симптоматику та відмежувати тривожні й депресивні розлади від інших психічних станів. Важливим кроком стало формування психометричних інструментів для вимірювання рівня тривожності та депресії. Зокрема, шкала тривожності Спілбергера та шкала депресії Бека стали одними з перших валідних методів кількісної оцінки цих станів, що дозволило перейти від описових характеристик до емпіричного дослідження. Це сприяло розвитку експериментальної психології та клінічної

психіатрії, де тривожність і депресія почали розглядатися як окремі, але взаємопов'язані феномени.

Таким чином, історичний розвиток уявлень про тривожність і депресію від психоаналітичних концепцій до перших наукових класифікацій і психометричних вимірювань створив підґрунтя для появи когнітивних і поведінкових моделей у другій половині ХХ століття. Саме вони поступово змістили акцент із внутрішніх конфліктів на процеси мислення та навчання, що стало основою сучасних теоретичних підходів.

У середині ХХ століття відбулося поступове відходження від суто психоаналітичних пояснень тривожності та депресії до більш систематизованих наукових підходів. Важливим етапом стало створення перших діагностичних класифікацій, які намагалися чітко окреслити симптоматику цих станів. У 1952 році Американська психіатрична асоціація опублікувала перше видання Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I), де тривожні та депресивні розлади були описані як окремі категорії. Хоча визначення ще залишалися досить загальними, саме ця класифікація започаткувала традицію клінічного розмежування психічних станів [119].

Паралельно розвивалася психометрія, яка дала змогу перейти від описових характеристик до кількісного вимірювання тривожності та депресії. Одним із перших інструментів стала Шкала тривожності Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), що дозволяла відрізнити ситуативну тривогу від стабільної особистісної схильності до тривожності [61]. Для оцінки депресії було розроблено Шкалу депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI), яка й досі залишається одним із найпоширеніших інструментів у клінічній практиці [60].

Ці інструменти не лише забезпечили можливість емпіричного дослідження тривожності та депресії, але й заклали основу для розвитку експериментальної психології та клінічної психіатрії. Вони дозволили дослідникам вивчати взаємозв'язок між когнітивними процесами,

поведінковими реакціями та емоційними станами, що поступово змістило акцент від внутрішніх конфліктів до механізмів мислення й навчання. Саме цей перехід відкрив шлях для когнітивних і поведінкових моделей другої половини ХХ століття, які стали фундаментом сучасних теоретичних підходів.

У цьому контексті особливого значення набули концепції, які пояснювали тривожність і депресію через когнітивні процеси. Згідно з когнітивною теорією Аарона Бека, депресія є результатом негативних когнітивних схем, а тривожність – наслідком катастрофізації майбутнього та хибних очікувань. Він запропонував модель, у центрі якої – так звана когнітивна триада: негативне бачення себе, світу та майбутнього. Саме ця триада формує основу депресивних переживань і підтримує тривожність, оскільки людина інтерпретує будь-які події крізь призму власної неспроможності та очікуваних невдач. У своїй праці Бек показав, що депресія не є лише наслідком внутрішніх конфліктів, а виникає через стійкі когнітивні схеми, які спотворюють сприйняття реальності. Він розробив практичні техніки роботи з автоматичними думками, що дозволяють пацієнтам виявляти й коригувати власні когнітивні помилки [5]. Сучасні огляди також підтверджують, що саме когнітивні спотворення є ключовим механізмом розвитку тривожно-депресивних станів [95]. Таким чином, внесок А. Бека полягає не лише у створенні теоретичної моделі, але й у розробці практичних інструментів, які стали основою сучасної когнітивно-поведінкової терапії.

Одним із найпоширеніших когнітивних спотворень є «чорно-біле мислення», коли людина схильна оцінювати події лише у крайніх категоріях – як повний успіх або абсолютний провал. Такий спосіб мислення формує ґрунт для депресивних переживань, адже навіть невеликі труднощі сприймаються як катастрофа [73]. Іншим прикладом є «надмірна генералізація», коли окремий негативний досвід переноситься на всі сфери життя. Це когнітивне спотворення часто лежить в основі тривожних станів, оскільки людина починає очікувати невдачі у будь-якій ситуації.

Важливим механізмом є також селективна увага до загроз, коли індивід фокусує сприйняття лише на потенційно небезпечних або негативних аспектах реальності. Така когнітивна установка призводить до того, що навіть нейтральні чи позитивні стимули залишаються поза увагою, а будь-які ознаки ризику перебільшуються. У результаті формується замкнене коло: тривожність зростає, бо людина постійно «сканує» середовище на предмет небезпеки, і водночас знижується здатність помічати ресурси, які могли б зменшити депресивні симптоми.

Це добре простежується у клінічних випадках, коли люди з генералізованим тривожним розладом концентруються лише на новинах про катастрофи чи економічні кризи, ігноруючи позитивні повідомлення. Подібна тенденція спостерігається і при соціальній тривожності: у спілкуванні людина помічає лише критичні вирази обличчя чи паузи, не звертаючи уваги на підтримку чи схвалення. У депресивних станах селективна увага до загроз проявляється у фокусі на власних невдачах, тоді як успіхи або підтримка від інших знецінюються [81].

Сучасні метааналізи підтверджують, що саме цей механізм є одним із ключових у розвитку тривожно-депресивних станів. Він не лише підтримує негативні когнітивні схеми, але й ускладнює процес психотерапевтичної корекції, оскільки пацієнт схильний «фільтрувати» інформацію у бік загрозливого змісту. Корекція селективної уваги – наприклад, через техніки когнітивно-поведінкової терапії, такі як переключення уваги чи робота з автоматичними думками – довела свою ефективність у численних клінічних дослідженнях [92].

Важливим доповненням до когнітивної теорії Бека стала раціонально-емотивна поведінкова терапія (REBT), розроблена Альбертом Еллісом у середині ХХ століття. Вчений виходив із припущення, що емоційні розлади виникають не стільки через самі події, скільки через ірраціональні переконання, які людина формує щодо цих подій.

Основою його моделі є так звана А-В-С схема:

- А (Activating event) – подія чи ситуація, що відбувається;
- В (Belief) – переконання, які людина має щодо цієї події;
- С (Consequence) – емоційні та поведінкові наслідки.

А. Елліс доводив, що саме ірраціональні переконання («я повинен завжди бути ідеальним», «усі мають мене схвалювати», «невдача є катастрофою») стають джерелом тривожності та депресії. Завдання терапії, на його думку, полягає у виявленні цих переконань і їхній заміні на більш раціональні та гнучкі.

У своїх працях він показав, що робота з переконаннями може суттєво зменшити інтенсивність емоційних розладів. Також, А. Елліс систематизував техніки РЕВТ, які включають дискусію з ірраціональними переконаннями, формування альтернативних інтерпретацій та тренування нових поведінкових стратегій. Сучасні дослідження підтверджують ефективність цього підходу у лікуванні тривожних і депресивних станів, особливо у випадках, коли пацієнти схильні до жорстких, самокритичних установок [22].

Таким чином, когнітивні спотворення не лише пояснюють механізми формування тривожності та депресії, але й визначають напрямки психотерапевтичної роботи. Саме їхня корекція у рамках когнітивно-поведінкової терапії довела свою ефективність у численних клінічних дослідженнях.

Попри значні досягнення когнітивно-поведінкової терапії у поясненні та корекції тривожності й депресії, у другій половині ХХ століття сформувався альтернативний напрям – гуманістична психологія. Він поставив у центр уваги не патологію чи дисфункцію, а прагнення людини до розвитку, самореалізації та пошуку сенсу. Саме в межах цього підходу Карл Роджерс і Абрахам Маслоу запропонували концепції, які пояснюють психічне здоров'я через цілісність «Я» та задоволення базових потреб. Гуманістична психологія, що сформувалася у середині ХХ століття, стала реакцією на редукціонізм психоаналізу та біхевіоризму. Карл Роджерс запропонував феноменологічну модель особистості, у центрі якої перебуває «Я-концепція» – система уявлень

людини про себе, свої можливості та цінність. Психологічне благополуччя, за Роджерсом, визначається ступенем конгруентності між реальним «Я» та ідеальним «Я». Коли ця узгодженість порушується, виникають тривожність і депресія, що є наслідком внутрішнього конфлікту між власними переживаннями та зовнішніми вимогами [35].

Ключовим внеском Роджерса у психотерапію стала концепція клієнт-центрованого консультування, де терапевтичний процес ґрунтується не на директивних техніках, а на якості міжособистісних відносин. Він вважав, що ефективна психотерапія можлива лише за наявності трьох базових умов, які створюють простір для особистісного зростання клієнта. Першою умовою є емпатія, тобто здатність терапевта глибоко розуміти внутрішній світ клієнта, сприймати його переживання так, ніби вони власні, але водночас зберігати професійну дистанцію. Другою умовою виступає автентичність (конгруентність), яка означає щирість і відкритість у взаємодії, відсутність ролей чи масок, що дозволяє клієнту відчувати реальність контакту. Третьою умовою є безумовне позитивне прийняття, яке передбачає прийняття клієнта незалежно від його думок, емоцій чи поведінки, створення атмосфери, де людина відчуває себе цінною та гідною уваги без оцінювання. Сукупність цих трьох чинників, за Роджерсом, є необхідною і достатньою для того, щоб клієнт поступово відновлював внутрішню цілісність, знижував рівень тривожності та депресивних переживань і відкривав власні ресурси для саморозвитку. [58].

У контексті тривожності та депресії ці умови створюють простір, де клієнт може поступово відновлювати цілісність «Я» та знаходити внутрішні ресурси для подолання кризових станів. Сучасні дослідження підтверджують, що клієнт-центровані інтервенції сприяють зниженню симптомів тривоги й депресії, особливо у молоді, яка переживає кризу ідентичності та невизначеність майбутнього [107].

Абрахам Маслоу розвинув гуманістичну традицію, запропонувавши концепцію ієрархії потреб, яка стала однією з найвідоміших моделей у психології. Він розглядав мотивацію як багаторівневу систему: від базових

фізіологічних потреб (їжа, сон, безпека) до потреб у любові, визнанні та, зрештою, самоактуалізації. Самоактуалізація, за Маслоу, є найвищим рівнем розвитку особистості, що передбачає реалізацію власного потенціалу, творчості та моральних цінностей. Люди, які досягають цього рівня, характеризуються високою стресостійкістю, здатністю до емпатії та інтеграції життєвого досвіду. Водночас незадоволення базових потреб (зокрема безпеки та соціальної підтримки) створює ґрунт для розвитку тривожності і депресії [26]. У пізніших працях Маслоу доповнив свою модель когнітивними та естетичними потребами, а також потребою у трансценденції – виході за межі власного «Я» для служіння іншим. Це особливо актуально у кризових умовах, коли пошук сенсу та цінностей стає ключовим чинником психологічної стійкості.

Гуманістичний підхід Роджерса та Маслоу пропонує альтернативну перспективу на тривожність і депресію: вони розглядаються не лише як дисфункції, а як сигнали порушення процесу особистісного розвитку. Роджерс акцентує на внутрішній конгруентності та якості міжособистісних відносин, тоді як Маслоу – на задоволенні потреб і прагненні до самоактуалізації. Обидва підходи підкреслюють значення ресурсів особистості та її здатності до саморозвитку, що робить їх особливо цінними для аналізу психічного здоров'я студентської молоді у кризових соціальних умовах.

Ще однією важливою моделлю є біопсихосоціальна, яка інтегрує генетичні, нейробіологічні та соціальні чинники. Вона дозволяє пояснити, чому навіть за однакових зовнішніх умов різні люди демонструють різний рівень стресостійкості. Біологічні фактори включають спадкову схильність до тривожних і депресивних розладів, особливості функціонування нейромедіаторних систем та гормональний баланс. Психологічні чинники охоплюють індивідуальні когнітивні схеми, рівень саморегуляції та особистісні риси, що визначають спосіб реагування на стрес. Соціальний вимір моделі підкреслює роль міжособистісних відносин, економічної стабільності та культурного контексту.

Дослідження, проведене серед українців під час війни, підтверджує, що саме соціальний контекст є потужним фактором ризику розвитку тривожно-депресивних станів. Автори показали, що в умовах воєнної травматизації та нестабільності соціальні зв'язки, підтримка громади та доступ до ресурсів значною мірою визначають рівень психологічної стійкості. Водночас ізоляція, втрата соціальних контактів та економічна невизначеність підсилюють ризик формування тривожності та депресії [113].

Отже, варто зауважити, що біопсихосоціальна модель не лише інтегрує різні рівні пояснення психічних розладів, але й демонструє практичну значущість у сучасних умовах. Вона дозволяє зрозуміти, що психічне здоров'я формується на перетині біологічних процесів, індивідуальних когнітивних механізмів та соціального середовища, і саме цей комплексний підхід є найбільш адекватним для аналізу тривожно-депресивних станів у кризових ситуаціях.

Окрім цього, значну увагу привертає ресурсно орієнтований підхід, який акцентує увагу на розвитку стресостійкості, емоційної регуляції та соціальної підтримки. Його головна ідея полягає в тому, що психічне здоров'я не зводиться лише до відсутності симптомів тривожності чи депресії, а формується завдяки наявності внутрішніх і зовнішніх ресурсів, що допомагають людині долати кризові ситуації.

У контексті студентської молоді, яка перебуває в умовах війни та освітньої нестабільності, цей підхід набуває особливої актуальності. Ресурсами виступають як індивідуальні навички – здатність до саморегуляції, усвідомлення власних емоцій, розвиток позитивного мислення, – так і соціальні чинники: підтримка з боку родини, друзів, викладачів та академічної спільноти. Саме вони створюють «захисне поле», що знижує ризик формування тривожно-депресивних станів.

Дослідження, проведене серед українських студентів під час війни, показало, що наявність соціальної підтримки та розвиток навичок емоційної регуляції значно зменшують ймовірність виникнення симптомів депресії та

тривожності. Автори підкреслюють, що ресурсно орієнтований підхід може бути використаний як основа для профілактичних програм у закладах освіти, спрямованих на формування психологічної стійкості молоді [102]. Саме тому ресурсно орієнтований підхід є також важливим, бо не лише пояснює механізми збереження психічного здоров'я в умовах кризи, але й пропонує практичні інструменти для його підтримки. Він інтегрує індивідуальні та соціальні ресурси, формуючи комплексну систему профілактики, яка особливо важлива для молодих людей у період воєнних викликів та освітньої нестабільності.

Позитивна психологія як окремий напрям сформувалася наприкінці ХХ століття завдяки працям Мартіна Селігмана, який у своїй програмній статті (*Positive Psychology: An Introduction*, 2000) запропонував змістити акцент психологічних досліджень із патології та дисфункцій на вивчення ресурсів, сильних сторін та факторів благополуччя. На відміну від традиційних підходів, що концентрувалися на лікуванні тривожності й депресії, позитивна психологія прагнула зрозуміти, які умови сприяють розвитку оптимізму, надії та життєстійкості [115].

У подальшому М. Селігман розробив модель PERMA, яка описує п'ять ключових складових психологічного добробуту: позитивні емоції (*Positive emotions*), залученість (*Engagement*), стосунки (*Relationships*), сенс (*Meaning*) та досягнення (*Achievement*). Ця модель стала фундаментом для сучасних програм психологічної підтримки, зокрема у сфері освіти та організаційної психології [114]. Вона пропонує багатовимірне бачення добробуту, де кожен компонент є незалежним, але водночас взаємопов'язаним із іншими. Застосування моделі PERMA у психотерапії та освітніх програмах довело свою ефективність у профілактиці та корекції тривожних і депресивних станів [105].

Таким чином, сучасні теоретичні підходи – від когнітивно-поведінкових моделей до гуманістичної психології та позитивної парадигми – демонструють багатовимірність пояснень і стратегій подолання емоційних розладів. Вони акцентують увагу не лише на корекції дисфункцій, але й на розвитку

внутрішніх ресурсів, пошуку сенсу та формуванні психологічної стійкості. Однак для повного розуміння проблеми необхідно звернутися до аналізу самих феноменів тривожності та депресії, які у сучасній науковій літературі розглядаються як тісно взаємопов'язані, але водночас відмінні за своїми проявами. Їхня коморбідність становить особливий виклик для психотерапії та клінічної практики, адже саме поєднання цих станів найчастіше визначає складність їх перебігу та перспективи психологічної допомоги.

У сучасній психології та нейронауці тривожність і депресія дедалі частіше розглядаються як феномени, що мають спільні механізми розвитку. Це пояснює їхню високу коморбідність та схожість у клінічних проявах. Тут ключову роль відіграють порушення системи емоційної регуляції. Дослідження когнітивної нейронауки показують, що дисфункції у роботі префронтальної кори та лімбічних структур (зокрема амігдали й гіпокампу) призводять до труднощів у контролі негативних емоцій, що є спільним для обох розладів. Також, спільним механізмом є гіперактивність стресової системи. Хронічна активація гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (HPA axis) спричиняє підвищений рівень кортизолу, що пов'язано як із тривожними станами, так і з депресивними симптомами. Це пояснює, чому тривалі стресові події можуть провокувати розвиток обох розладів одночасно. Варто розуміти, що і у тривожності, і у депресії спостерігається тенденція до катастрофізації, надмірної фіксації на загрозах та негативних інтерпретацій майбутнього [117]. А. Бек у своїй когнітивній моделі підкреслював, що «негативна тріада» (негативне бачення себе, світу та майбутнього) є характерною для депресії, але аналогічні механізми працюють і при тривожних розладах. Крім того, нейробіологічні дослідження підтверджують існування спільних мозкових схем. Великі нейровізуалізаційні проєкти показали, що тривожність і депресія мають спільні зміни у структурі мозку: зменшення площі кори, зниження об'єму таламуса та порушення зв'язків між амігдалою, гіпокампом і медіальною префронтальною корою. Це свідчить про наявність єдиного

«вразливого нейронного кола», яке може пояснити чому психологічна допомога при одному розладі часто позитивно впливає й на інший [117].

Таким чином, тривожність і депресія мають низку спільних механізмів – від когнітивних спотворень до нейробиологічних змін. Це створює підґрунтя для їхнього одночасного виникнення та ускладнює процес психологічної допомоги.

Попри наявність спільних механізмів розвитку, тривожність і депресія залишаються різними феноменами, що мають специфічні прояви у когнітивній, емоційній та поведінковій сферах. Саме ці відмінності дозволяють психологам здійснювати диференціацію станів та вибудовувати відповідні стратегії психологічної допомоги. Тривожність зазвичай характеризується підвищеною активацією нервової системи та постійним очікуванням небезпеки. У психологічній літературі вона описується як стан емоційного напруження, що супроводжується фізіологічними реакціями – прискореним серцебиттям, тремором, порушенням сну, підвищеною пітливістю [12]. Когнітивний рівень тривожності проявляється у схильності до катастрофізації та надмірної фіксації на потенційних загрозах, тоді як поведінковий рівень виражається у тенденції до уникання ситуацій, які можуть викликати страх чи невизначеність [65].

Депресія, навпаки, пов'язана зі зниженням життєвої енергії та мотивації. Її емоційні прояви включають пригніченість, втрату інтересу до діяльності, відчуття безнадії та внутрішньої порожнечі. На когнітивному рівні депресія характеризується так званою «негативною тріадою» А. Бека – негативним баченням себе, світу та майбутнього. Поведінкові прояви депресії полягають у зниженні активності, соціальній ізоляції та труднощах у виконанні навіть повсякденних завдань [71]. Отже, тривожність можна описати як стан надмірного напруження та постійного очікування небезпеки, тоді як депресія проявляється у пригніченості, втраті енергії та мотивації. Ці відмінності мають велике значення для психологічної практики, адже вони визначають різні підходи до допомоги. У випадку тривожності важливо навчити людину

керувати емоціями та змінювати хибні переконання, а у випадку депресії – підтримувати відновлення мотивації, допомагати знаходити сенс і формувати позитивне бачення майбутнього. Варто зауважити, що у сучасних психологічних дослідженнях дедалі більше уваги приділяється феномену коморбідності – одночасному існуванню тривожних і депресивних симптомів у однієї особи. За даними клінічних спостережень, понад половина пацієнтів із діагнозом депресії мають виражені прояви тривожності, і навпаки, тривожні розлади часто супроводжуються депресивними епізодами [98]. Це пояснюється спільними нейробіологічними механізмами, зокрема дисбалансом серотонінергічної та дофамінергічної систем, а також когнітивними схемами, що формують негативне сприйняття себе та світу.

Що стосується вітчизняних досліджень, то в них також наголошується на високій поширеності коморбідних станів серед студентської молоді. Зокрема, результати опитувань показують, що поєднання тривожності та депресії значно ускладнює адаптацію до навчального середовища, знижує мотивацію та підвищує ризик академічного вигорання [13].

Підсумовуючи вищезазначене варто зауважити, що коморбідність тривожності та депресії слід розглядати як поєднання їхніх симптомів у межах одного стану, що значно ускладнює діагностику, адже прояви можуть накладатися один на одного. Це вимагає комплексного підходу, оскільки традиційні методи, спрямовані лише на корекцію тривожності чи лише депресії, часто виявляються недостатніми. Саме тому сучасна психотерапія пропонує інтегративні підходи, які поєднують когнітивно-поведінкові техніки, роботу з емоційними ресурсами та соціальну підтримку. Таким чином, коморбідність не є винятком, а типовим явищем, що потребує особливої уваги в психологічних дослідженнях і практиці, особливо у студентському середовищі, де ризики поєднаних розладів значно зростають.

Саме студентський вік вирізняється підвищеною вразливістю до тривожно-депресивних станів, адже навчальне середовище нерідко стає джерелом хронічного стресу. Постійні дедлайни, екзаменаційний тиск,

конкуренція між студентами та очікування викладачів формують хронічне емоційне напруження. У періоди сесій рівень тривожності значно зростає, адже ментальне здоров'я студентів часто перебуває під тиском через високі академічні вимоги, особливо в екзаменаційні періоди та під час дистанційного навчання [21].

Крім того, сучасні студенти стикаються з необхідністю поєднувати навчання з роботою, що створює додаткове навантаження та знижує ресурси для відновлення. За даними Prague Education Center, поєднання навчання з роботою, життя в новій країні чи місті та тиск суспільних очікувань є факторами, які підвищують ризик емоційного вигорання, тривожності та депресії [34].

Отож, навчальне середовище виступає не лише простором для розвитку, а й джерелом стресу, що може провокувати тривожно-депресивні стани. У сучасних умовах ці труднощі значно посилюються війною. Втрата стабільності, вимушена міграція, розлука з родиною та постійна загроза небезпеки створюють додатковий рівень психологічного навантаження. Це призводить до того, що коморбідні прояви тривожності та депресії серед студентської молоді стають ще більш поширеними та потребують особливої уваги як з боку дослідників, так і практичних психологів.

Узагальнюючи результати аналізу психологічних підходів до вивчення тривожності та депресії, слід зауважити, що ці феномени мають багатовимірну природу та пояснюються різними теоретичними концепціями. У психоаналітичній традиції тривожність розглядається як наслідок внутрішнього конфлікту між потягами та заборонами, тоді як депресія пов'язується з втратою значущого об'єкта чи фрустрацією базових потреб. Когнітивно-поведінковий підхід акцентує увагу на ролі дисфункціональних переконань і когнітивних схем, які підтримують тривожні та депресивні стани, а також на можливості їх корекції через зміну мислення та поведінки. Гуманістична психологія трактує тривожність і депресію як прояви відчуження від власного «Я» та втрати автентичності, що перешкоджає

самореалізації особистості. Біопсихосоціальна модель інтегрує різні рівні пояснення, підкреслюючи взаємодію біологічних, психологічних та соціальних чинників у формуванні цих розладів.

Особливості студентського віку дозволяють розглядати тривожність і депресію як результат поєднання інтенсивного навчального навантаження, криз ідентичності та соціальних викликів. Саме в цей період відбувається активне становлення особистості, пошук власного місця у світі та формування ціннісних орієнтацій, що робить студентську молодь особливо вразливою до психоемоційних труднощів. Таким чином, різні психологічні підходи не лише пояснюють природу тривожності та депресії, але й дають можливість комплексно осмислити їх прояви у студентському віці, що створює підґрунтя для подальших досліджень та практичних інтервенцій.

1.2. Вплив воєнних подій на психоемоційний стан студентської молоді

Війна є одним із найпотужніших стресогенних чинників, що впливають на психічне здоров'я населення, а студентська молодь у цьому контексті виявляється особливо вразливою. Період навчання у закладі вищої освіти збігається з етапом становлення особистості, пошуку власної ідентичності та формування життєвих орієнтирів. Тому будь-які екстремальні соціальні умови, зокрема воєнні події, значно ускладнюють процеси адаптації та підвищують ризик розвитку психоемоційних порушень.

За даними досліджень фактори стресу, пов'язані з війною, суттєво впливають на психічне здоров'я студентів, підвищуючи ризик розвитку тривожності, депресії та посттравматичних розладів [27]. Цю ж тенденцію підтверджують і інші наукові студії. У постійному контексті війни психологічна напруга серед студентської молоді залишається високою й багатовимірною, включаючи симптоми депресії, тривоги, посттравматичного стресового розладу та безсоння [108].

Згідно з результатами міжуніверситетського дослідження, проведеного в жовтні 2023 року, майже половина студентів продемонструвала ознаки ПТСР (48,1%), а помірні й тяжкі прояви депресії та тривожності відмічалися відповідно у 33,6% і 34,1% респондентів. Додатково, 19,3% студентів стикалися з проблемами безсоння, що свідчить про накопичувальний характер психічного стресу серед молоді. Такі розлади найчастіше розвиваються одночасно та перетинаються, підсилюючи негативний вплив один одного [108].

Варто зауважити, що війна в Україні призвела до масштабних руйнувань освітньої інфраструктури: понад 3 800 навчальних закладів зазнали обстрілів, 365 повністю зруйновані, а студенти з прифронтових регіонів змушені були пережити понад 5 400 годин постійних повітряних тривог – такий рівень тривалого стресу істотно посилює емоційне навантаження і ускладнює процес адаптації молоді до нових умов навчання. За результатами дослідження здійсненого вже навесні 2025 року показники поширеності психічних розладів серед студентів є надзвичайно високими: депресивні симптоми виявляються у 85,8% опитаних, тривожність – у 66,1%, проблеми зі сном – у 56,9%, а ознаки посттравматичного стресового розладу фіксуються у 48,1% респондентів. Ментальні порушення безпосередньо асоціюються із погіршенням академічної успішності: депресія знижує навчальну продуктивність на 17,4%, тривожність – на 12,2%, порушення сну – на 11%, а ПТСР – на 3,8%. [106]. Водночас негативний вплив ментальних проблем поширюється далеко за межі сфери охорони здоров'я, провокуючи втрату навчальної мотивації, скорочення людського капіталу та ускладнення процесу післявоєнного відновлення країни. Це створює додаткові соціально-економічні ризики, які потребують системної уваги з боку держави, освітніх інституцій та психологічної служби.

Міжнародні організації також наголошують на масштабності проблеми. Зокрема, UNICEF у своїх звітах підкреслює, що війна в Україні спричинила глибоку кризу психічного здоров'я серед дітей, підлітків та молоді, які є особливо вразливими до воєнної травми. У відповідь організація реалізує

інтегровані програми психосоціальної підтримки, спрямовані на забезпечення добробуту молодого покоління та створення умов для їхньої стійкості в умовах війни [103]. Всесвітня організація охорони здоров'я у рамках спеціальної ініціативи з психічного здоров'я для України наголошує на необхідності системного зміцнення національної системи підтримки, включно з програмами для молоді та студентів. У своїх оглядах ВООЗ підкреслює, що високий рівень тривожності та депресії серед молоді вимагає комплексних заходів – від розвитку психосоціальних сервісів до інвестицій у політику охорони психічного здоров'я [97].

Тривога та тривожність є одними з найбільш поширених психоемоційних станів серед студентської молоді в умовах війни. Якщо тривога проявляється як ситуативна реакція на конкретну загрозу чи невизначеність, то тривожність відображає стійку схильність до переживання тривоги навіть за відсутності реальної небезпеки. Основні прояви тривоги та тривожності включають постійне очікування небезпеки, гіперчутливість до сигналів загрози, а також численні соматичні симптоми – серцебиття, порушення сну, головний біль, проблеми з концентрацією. За даними досліджень, воєнні фактори стресу значно підвищують ризик розвитку тривожних станів серед студентів, що проявляється у формі як психологічних, так і фізіологічних симптомів [27].

Дослідження, проведене серед студентів українських університетів у три етапи (2020, 2023, 2024), показало наростання тривоги, тривожності та депресії в умовах повномасштабної війни порівняно з періодом пандемії COVID-19. Якщо під час пандемії вже спостерігався підвищений рівень психічного дистресу серед молоді, то з початком та продовженням воєнних дій ці показники не лише стрімко виростили, але й залишаються на стабільно високому рівні навіть через два роки після вторгнення.

Під час COVID-19 від 7% до 18% студентів мали клінічні прояви тривоги чи депресії, а лише 6% – ознаки сильного стресу. Проте після початку війни ці показники зросли у 2–3 рази: у 2023–2024 роках клінічно значуща тривога та

депресія фіксувалися приблизно у 35% студентів, а рівень високого стресу сягав 15–17%. Статистично доведено, що ці зміни істотно відрізняються від пандемічних показників і мають стійку тенденцію зберігатися. Особливо уразливими залишаються жінки та молодші за віком респонденти, що підтверджує гендерно-вікову специфіку впливу війни на психічне здоров'я [100].

Важливо, що навіть на тлі вже підвищених рівнів тривоги й депресії під час COVID-19 (істотно більших, ніж у мирний довоєнний час), вплив війни на психіку виявився ще сильнішим. Студенти переживають не тільки соціальну ізоляцію й невизначеність, характерну для пандемії, а й додаткові воєнні стресори: страх за життя, втрати близьких, руйнацію соціальних зв'язків, вимушене переселення й матеріальні труднощі. В цих умовах ризики тривалих психічних наслідків для цілого покоління молоді невпинно зростають.

Отримані дані актуалізують нагальну потребу в розробці, впровадженні та підтримці комплексних стратегій психологічної допомоги, орієнтованих насамперед на студентів як одну з найбільш уразливих груп. Без системних та цілеспрямованих заходів зменшення поширеності тривожних і депресивних розладів серед молоді України буде ускладненим, а психічне здоров'я студентства залишатиметься під загрозою [100].

Зростання тривоги та тривожності серед студентської молоді в умовах війни має безпосередні наслідки для освітнього процесу. Високий рівень емоційного напруження знижує здатність до концентрації уваги, погіршує пам'ять та ускладнює виконання складних когнітивних завдань. Це підтверджують результати міжуніверситетських опитувань, де понад третина студентів зазначили, що тривожні стани перешкоджають їхній здатності засвоювати навчальний матеріал та брати активну участь у семінарах і дискусіях [106].

Депресивні симптоми, які супроводжують тривожність, дійсно підвищують ризик соціального відчуження студентів та втрати підтримуючих зв'язків, що ускладнює їхню інтеграцію у навчальне середовище й послаблює

ефективність освітніх програм. Дослідження зафіксували глибоку кризу психологічного благополуччя студентської молоді у воєнний час; вона проявилася у стійкому зниженні мотивації до навчання, втраті інтересу до академічної діяльності та різкому зростанні рівня емоційного вигорання [110]

Порівнюючи стан під час війни з періодом пандемії COVID-19, кілька масштабних досліджень, зокрема багатохвильові панельні аналізи, продемонстрували: після початку повномасштабних воєнних дій рівень тривоги, депресії й стресу серед студентів України виріс майже вдвічі, а у окремих груп – ще більше. Особливо високими є ці показники у тих, хто або перебуває у зоні бойових дій, або відчув фізичну загрозу, втрату чи розлуку із сім'єю, примусове переселення. Водночас під час пандемії студенти частіше повідомляли про тривожність через невизначеність та ізоляцію, але рівень їх психічного дистресу був нижчим, ніж у війні [54; 47].

Слід зауважити, що вірогідність появи тривожних, депресивних і стресових симптомів у студентів значною мірою залежить від їхньої близькості до районів бойових дій: чим ближче до епіцентру конфлікту, тим гірше психологічне благополуччя і нижчий рівень загального самопочуття. Війна створює тривалий і потужний стрес, пов'язаний із загрозою життю, втратами, руйнуванням соціальних зв'язків і невизначеністю майбутнього, що значно посилює ризик виникнення психічних розладів серед молоді. Для подолання цих негативних явищ часто застосовують різні копінг-стратегії – особисті способи реагування на стресові ситуації. Частина таких стратегій є конструктивними, зокрема усвідомлене когнітивне реструктурування, яке полягає у свідомому переосмисленні негативних думок і пошуку нових смислів. Ця стратегія виявилася однією з найефективніших у допомозі знижувати рівень тривоги та депресії, оскільки вона дає змогу формувати більш адаптивний погляд на обставини та підвищує психічну стійкість. Натомість низький рівень соціальної підтримки, часте соціальне вилучення та схильність до самообвинувачень значно підвищують психологічну вразливість студентів і сприяють посиленню симптомів психічного виснаження. Таким

чином, підтримка соціальних зв'язків і розвиток здорових копінг-стратегій є надзвичайно важливими для збереження та відновлення психологічного благополуччя у воєнних умовах [56].

Крім суто клінічних проявів тривоги й депресії, війна призводить до системної ерозії соціальних зв'язків, зниження задоволеності життям і поглиблення відчуття небезпеки, зокрема через онлайн-режим навчання, примусове переселення, економічну і побутову нестабільність. Особливо небезпечні є депресивні симптоми, що зумовлюють соціальне відчуження, оскільки вони руйнують відновлюючі механізми інтеграції та адаптації молоді. Для подолання цієї кризи необхідна розробка комплексної системи психосоціальної підтримки, орієнтованої на запобігання ізоляції і утвердження позитивної соціальної взаємодії в навчальному середовищі [52].

Проблема депресії серед молоді набула в Україні особливого значення на тлі соціальних потрясінь: пандемія COVID-19 виявилась лише передумовою, а повномасштабна війна запустила масштабну кризу психічного здоров'я, у центрі якої перебувають студенти – група, яка має суттєву соціальну та вікову вразливість. Теоретичний і практичний інтерес до цього феномену пояснюється не лише масштабом поширення симптомів депресії, а й системними наслідками для освітнього, економічного й демографічного розвитку країни [14].

Сучасна наукова думка розглядає депресію як мультифакторний феномен: вона може проявлятися окремою клінічною хворобою, симптомокомплексом у відповідь на екстремальні стресори (наприклад, війну), або як відносно стійкий психоемоційний стан. Депресія у студентів часто розвивається на фоні адаптаційних криз, хронічного стресу, соціальної ізоляції та втрати життєвої перспективи. Окрім класичних проявів (зниження настрою, втрата інтересу до діяльності, апатія, розлади сну й апетиту), у молодих людей усе частіше відзначаються особливості перебігу: депресія поєднується з тривожними розладами, емоційним вигоранням, соматичними скаргами та мотиваційними дефіцитами [54].

У воєнний період депресія перестає бути лише особистісною проблемою та набуває колективного характеру: її прояви стають масовим явищем, що визначає емоційний фон усього суспільства. Варто зауважити, що оцінка депресії лише як сукупності клінічних симптомів є недостатньою, адже воєнні події формують унікальні структурні типи депресивних розладів, часто із переважанням втрати інтересу (ангедонії), зниженням чутливості до позитивних емоцій, підвищеним рівнем когнітивної ригідності й емоційної пустоти.

Поширеність депресивних розладів в Україні в останні роки зросла у кілька разів. Згідно з масштабними опитуваннями 2025 року, 28,2% населення мають симптоми депресії – це в шість разів більше, ніж було до війни. Серед студентської молоді ситуація ще складніша. За даними ряду досліджень рівень клінічно значущої депресії у 2023–2025 роках коливається від 25% до 48% серед різних вікових, регіональних та дисциплінарних груп студентів [100; 54; 47; 7; 20].

Так, результати досліджень першокурсників Національного університету фізичного виховання показали, що майже 40% студентів стійко відчують депресивні симптоми, ще 30% – часто, а 10% – інколи переживають депресію. Подібну динаміку фіксують й інші автори: у студмістечках регіонів, які не відчули прямих бойових дій, частка студентів із середньою чи тяжкою депресією часто перевищує 25–30%. Особливо небезпечною є ситуація у медичних і педагогічних закладах, де фіксується не лише високий рівень депресивності, а й пряма кореляція зниження успішності та зростання вигорання зі зростанням депресивних симптомів [20]. Загальною тенденцією є те, що депресивні прояви не лише поширені, а й зберігають надзвичайно високий рівень стійкості. Через два-три роки після початку війни показники емоційного виснаження, апатії, втрати сенсу та демотивації не знижуються, а в окремих регіонах навіть зростають [14].

Слід зауважити, що депресія серед студентської молоді – це складне і комплексне явище, зумовлене взаємодією соціальних, психологічних, біо- та

індивідуальних чинників. Війна створила для молодих людей низку критичних ризиків, які не мають аналогів у мирний час. Провідною причиною формування депресії є вплив надзвичайних стресових подій: бойові дії, втрати, вимушене переселення, руйнування соціальних зв'язків, економічна нестабільність, відсутність перспективи тощо. Особливо чутливими до війни виявляються ті, хто пережив особисті втрати або має досвід травматичних подій. Ці фактори суттєво збільшують ризик депресії, посттравматичного стресового розладу та навіть суїцидальної поведінки. Для українських студентів додатковими факторами стають розділення родин, тривале перебування у нестабільних житлових умовах, втрата звичного кола спілкування. Сучасні наукові дослідження підтверджують, що низький рівень соціальної підтримки, відсутність ресурсів як матеріальних, так і емоційних ускладнюють адаптацію та сприяють тому, що депресивні прояви стають хронічними [44; 9].

Важливим для розуміння проблеми є те, що освіта і професійний статус не захищають від депресії. Масштабне опитування VoxUkraine (2025) показало, що серед молоді у ВНЗ ризики депресії не нижчі, ніж серед загального населення, а рівень академічної мотивації та успішності часто корелює із підвищенням проявів депресивних (та тривожних) станів. На відміну від традиційних уявлень, навіть наявність соціальної активності чи достатнього інформаційного ресурсу не є гарантією високої психічної адаптації у період масового емоційного потрясіння [14]. Студенти з підвищеною емоційною чутливістю, незавершеністю психічного розвитку й кризою самооцінки мають додаткові ризики тривалого відчуження, зниження мотивації та дезадаптації при збереженні високого рівня депресії. Саме тому важливо звертати окрему увагу на групи із низьким рівнем резилієнсу, слабкою соціальною підтримкою й історією психотравматичних подій.

Слід також звернути увагу на особливості перебігу депресії та її довготривалі наслідки. Вона у студентів-українців у період війни характеризується не лише високою поширеністю, а й специфічним клінічним

і соціальним перебігом. До її класичних симптомів (апатія, зниження настрою, втрати мотивації) додаються хронічна втома, розлади сну, труднощі із навчальною діяльністю. Значна частка молоді має труднощі з концентрацією уваги, проблеми із пам'яттю, зниження критичності мислення та нездатність до прийняття важливих рішень. Такі прояви відображають суттєву втрату когнітивних та емоційних ресурсів [50].

Зафіксовані й більш серйозні психосоціальні наслідки: депресія підвищує частоту асоціальної поведінки, хімічних залежностей, конфліктності, формує бар'єри для професійної й особистісної адаптації. Відсутність належної підтримки загрожує формуванням хронічної депресії з ускладненнями у вигляді суїцидальної поведінки чи психосоматичних розладів. За даними ВООЗ, станом на 2024–2025 роки близько 9,6 млн українців перебувають у зоні ризику або вже мають психічні порушення, з яких приблизно 3,9 млн мають помірні чи тяжкі розлади. Водночас до 70% дорослого населення України відчуває тривогу, депресію або стрес різного ступеня [122].

Міжнародний і історичний контекст депресії у воєнний час полягає в тому, що вона на ряду з іншими психічними розладами завжди різко зростає у регіонах воєнних конфліктів, незалежно від історичної епохи чи країни. Світова практика доводить, що масова травматизація населення під час війни приводить до підвищення частоти депресії, тривожних розладів, ПТСР, суїцидальної поведінки й зловживань психоактивними речовинами. Аналіз довготривалих наслідків конфліктів у балканських державах, на Близькому Сході, в Африці показав, що поширеність депресії серед цивільного населення, особливо молоді, може часто має хронічний перебіг навіть через десятки років після завершення бойових дій. В умовах сучасної України масштаб психічних наслідків війни є безпрецедентним для Європи XXI століття. Близько 20% дорослого населення і значна частка студентської й підліткової молоді вже стикаються з клінічно значущими симптомами депресії – цей рівень майже удвічі перевищує навіть ситуацію під час пандемії COVID-19 [44].

Основні причинами такого зростання є прямі втрати (загибель і поранення), примусове переселення, руйнування комунікацій і соціальних мереж, економічний спад, масова невизначеність майбутнього і стану безпеки, відчуття глобальної травмованості й розриву ідентичності. Проблема депресії стає не лише психічною, а й соціальною і демографічною – психосоматичні розлади, зниження працездатності, підвищена суїцидальність, еміграція фахівців і освітня деградація прямо пов'язані з епідемією депресивних розладів у молодіжному середовищі [57].

Попри масштабність виклику, міжнародний досвід і перші результати українських програм доводять: депресія не є фатально неминучою. Її ризики суттєво знижуються за умови вчасного впровадження профілактичних і психосоціальних втручань. Ключовим захисним чинником виступає психологічна стійкість (резилієнс): студенти з високим рівнем резилієнсу рідше страждають на депресію та швидше відновлюються після психотравмуючих подій [8]. На сьогодні доведено ефективність індивідуальних і групових програм, що фокусуються на розвитку навичок саморегуляції, майндфулнесу, техніки когнітивного реструктурування, побудову систем соціальної підтримки, навчання адаптивних форм комунікації. Особливо дієвими є соціально-психологічні й соціально-емотивні тренінги, які не лише знижують рівень симптомів депресії (з 44% тяжких випадків до 8% через 1–2 місяці інтервенції), а й формують тривалий позитивний вплив, дозволяючи молоді самотійно долати наступні хвилі соціальних і особистих потрясінь . [88].

Університетські й громадські ініціативи надання психологічної допомоги (онлайн-групи підтримки, кризові інтервенції, волонтерські гарячі лінії) демонструють, що навіть за умов обмежених ресурсів системи охорони здоров'я можна ефективно протидіяти депресії. Тут важливо не лише навчити молодих людей справлятися із симптомами, а й руйнувати стигматизацію психічних хвороб: звернення до психолога чи психіатра має бути нормою, а не ознакою слабкості [8].

Слід також звернути увагу на такий важливий аспект, як загальносуспільні наслідки та довгострокові виклики, які є наслідком депресивних станів. Депресивна симптоматика серед української молоді та студентства в умовах війни виходить за межі приватної чи клінічної проблеми та перетворюється на потужний соціально-демографічний та економічний виклик для всього суспільства. Дані Всеукраїнських опитувань, звіти ВООЗ і МОЗ спільно окреслюють: понад 70% українців у 2023–2024 роках відчували симптоми депресії й стресу, понад 47% мали клінічно значущі депресивні розлади, а 30–40% перебувають під загрозою тривалого психічного виснаження [30; 37].

Студентська молодь демонструє зростання не лише депресії, а й сукупних порушень таких як тривога, симптоми ПТСР, соціальна дезадаптація. Депресія прямо пов'язується з академічним спадом, втратою мотивації, зростанням суїцидальних настроїв, підвищенням частоти зловживання психоактивними речовинами та участі в деструктивних соціальних практиках. Дослідження засвідчують виникнення так званих коморбідних психічних розладів: депресія часто йде в парі з тривожністю та нав'язливими станами, що ще більше ускладнює процес одужання [50].

Соціальні наслідки депресії проявляються в зростанні рівня вимушеної міграції, втраті довгострокових освітніх і професійних перспектив значної частини молоді, зниженні продуктивності та життєвого потенціалу країни. Особливу небезпеку становлять “глухі” депресивні стани – коли симптоми масковані під соматичні проблеми або соціально-побутову апатію й залишаються поза фокусом медичної допомоги. Далеко не всі звертаються по фахову підтримку: за результатами дослідження ВООЗ, лише близько 20% українців з чітко вираженою депресією або тривогою шукають допомогу у спеціалістів, решта або ігнорують проблему, або намагаються впоратися самотужки, часто із загостренням стану [15].

Довгострокові прогнози викликають занепокоєння: невилікувана чи латентна депресія спричиняє кардинальні зміни у психіці та поведінці

індивіда, створює додатковий тягар для сфери охорони здоров'я, підвищує ризик криміналізації, соціальної ізоляції та втрати цілісних поколінь фахівців, освітян, творчої та відповідальної молоді. Втрата адаптивного та інтелектуального потенціалу країни може стати стримувальним чинником для її післявоєнного відродження й інтеграції у глобальне співтовариство.

Надзвичайно важливим аспектом є не лише окреслити проблеми тривоги, тривожності та депресії, але й означити перспективи їх подолання. Сучасна стратегія протидії депресії повинна виходити з розуміння її соціальної, а не лише медичної природи. Серед векторів державної політики мають бути: широка інформаційно-просвітницька кампанія для руйнування стигми, інтеграція психічної підтримки до усіх освітніх і молодіжних програм, створення довгострокових платформ для психологічної допомоги (онлайн та офлайн), підготовка й розвиток фахівців з кризової допомоги тощо. Університети та громадські інституції вже впроваджують інноваційні моделі підтримки: центри психологічної адаптації, коворкінги для саморозвитку, сімейно-орієнтовані програми резилієнсу, тренінги зі стрес-менеджменту та майндфулнесу. Особливо ефективними є довготривалі моделі групової психотерапії, а також створення мереж підтримки серед студентів й молодіжного волонтерства.

Важливим фактором профілактики є розвиток системи самопомоги: навички усвідомленого планування, формування звичок фізичної активності, збереження базових соціальних ритуалів і ефективного розподілу часу між навчанням, відпочинком і соціальною активністю. Окрему увагу слід приділяти групам ризику таким як переселенці, молодь з сімей учасників бойових дій, молодь, яка пережила втрати або має попередні психічні розлади.

У найближчі роки питання молодіжної депресії має лишатися ключовим в психічному та суспільному здоров'ї держави. Інвестування у підтримку резилієнсу, мотивації, психолого-освітніх інновацій, доступної психотерапії і профілактики здатне стати запорукою післявоєнної відбудови не тільки матеріальної, але й культурно-психологічної основи суспільства.

Отже, узагальнюючи результати проведеного аналізу, варто зауважити, що військові дії призвели до значного зростання психо-емоційних проблем серед студентської молоді, насамперед депресії, тривожності, стресу й емоційного вигорання. Сучасні наукові дослідження свідчать, що вплив травматичних подій, втрата соціальних зв'язків, нестабільність та вимушене пристосування до нових умов навчання стали ключовими факторами посилення психологічної вразливості цієї групи населення. Упродовж двох-трьох років війни кількість студентів із клінічно значущими проявами депресії і тривоги суттєво зросла порівняно з довоєнними та пандемічними показниками, а тривалий психоемоційний дистрес ускладнює адаптацію, знижує академічну мотивацію та посилює ризики формування хронічних психічних розладів.

Водночас надзвичайно важливу роль відіграють соціальні, особистісні і ресурсні чинники, що здатні амортизувати негативний вплив військових подій. Серед них варто виокремити підтримку родини й друзів, відкритість до психологічної допомоги, залучення до активностей спільноти, а також доступ до стабільного освітнього середовища. Динаміка психічного стану студентства в сучасних умовах актуалізує потребу запровадження системних програм психологічної підтримки, створення механізмів розвитку стресостійкості та формування дружньої академічної атмосфери, орієнтованої на збереження психічного здоров'я молоді.

На основі отриманих даних доцільним видається не лише поглиблення міждисциплінарних досліджень у цій сфері, а й впровадження превентивних, реабілітаційних і освітніх стратегій, спрямованих на раннє виявлення психоемоційних порушень і підтримку психічного благополуччя студентів у період затяжної соціальної кризи.

1.3 Основні шляхи подолання тривоги і депресії в умовах війни

1.3.1 Психоедукація у системі допомоги при тривозі та депресії

Психоедукація є одним із ключових напрямів сучасної психологічної практики, що поєднує освітні та терапевтичні елементи. Сам термін походить

від поєднання понять «psyche» (душа) та «educatio» (навчання), і використовується для позначення системи інтервенцій, спрямованих на підвищення рівня знань та усвідомленості людини щодо власного психічного стану, механізмів виникнення розладів та шляхів їх подолання. Психоедукація охоплює індивідуальні, сімейні та групові програми, які мають на меті інформування про психологічні труднощі, розвиток соціальної підтримки та формування навичок подолання проблемних ситуацій [125]. Вона визначається як систематичний процес надання знань про психічні розлади, їхні причини та методи подолання, а також формування практичних навичок саморегуляції та соціальної підтримки. Як зазначають дослідники, психоедукація спрямована на підвищення рівня обізнаності пацієнтів і їхніх родин, зменшення стигматизації та покращення прихильності до лікування. Останні роки все чіткіше засвідчили значущість психоедукації як окремого і універсального інструмента підвищення психологічної грамотності населення та профілактики афективних розладів. Системні огляди і метааналізи доводять, що навіть короткострокові, пасивні психоедукаційні втручання такі як інформаційні буклети, розсилки через електронну пошту, доступ до перевірених онлайн-матеріалів тощо, здатні статистично достовірно знижувати рівень депресивних і тривожних симптомів серед різних груп населення. Це прослідковується як серед студентської молоді, так і інших вікових груп. Особливо вагомою є роль психоедукації у подоланні інформаційного дефіциту, руйнуванні шкідливих міфів і упереджень щодо психологічних проблем та у формуванні адекватних очікувань щодо перебігу емоційних розладів. Варто зауважити, що психоедукація ефективна не тільки як самостійна превентивна дія, а й як початковий етап багаторівневої моделі підтримки. Разом із тим результати останніх досліджень довели, що максимальна ефективність психоедукації досягається у поєднанні з інструментами активної залученості (тренінгами, консультаціями, онлайн-групами), а також завдяки адаптації змісту і формату під запити конкретних аудиторій. Саме тому в роботі зі студентами актуально поєднувати інфомодулі

з інтерактивними семінарами, які дають змогу не лише отримати базові знання про психоемоційне здоров'я, а й сформувати навички самодопомоги, критичного мислення і відповідального ставлення до власного стану [86].

У студентському середовищі психоедукація має особливе значення. Молодь часто стикається з високим рівнем стресу, невизначеністю майбутнього та соціальними викликами. В умовах війни ці фактори посилюються: студенти переживають втрати, вимушене переселення, руйнацію звичних соціальних зв'язків. Психоедукація у таких умовах стає не лише інструментом інформування, а й способом психологічної підтримки, що допомагає зменшити стигматизацію психічних проблем та сформувати культуру звернення по допомогу. Як показує метааналіз програм групової психоедукації, такі інтервенції значно знижують рівень тривожності та депресивних симптомів серед учасників. Таким чином, психоедукація у студентському середовищі виконує багатофункціональну роль: вона не лише інформує про природу психічних розладів, але й формує культуру підтримки, зменшує стигматизацію та забезпечує практичні інструменти для подолання тривоги й депресії [85].

Варто зауважити, що психоедукацію можна використовувати не лише як допоміжний компонент психотерапії, а як окрему, структуровану форму психологічної допомоги, яка інтегрується у ширші системи підтримки психічного здоров'я. Її функції виходять за межі простого інформування і включають нормалізацію переживань, формування реалістичних уявлень про перебіг психічних розладів, розвиток навичок самоспостереження та саморегуляції, зниження самообвинувальних установок і внутрішньої стигматизації. Дослідження показують, що саме зміна когнітивних інтерпретацій власного стану, коли людина починає розуміти природу депресії, тривоги, стресу, суттєво посилює суб'єктивне відчуття контролю над ситуацією й зменшує безпорадність, яка часто є ядром афективних розладів [86].

Важливим аспектом розвитку психоедукаційних підходів є їх багаторівнева організація. На макрорівні психоедукація реалізується через загальнонаціональні інформаційні кампанії, освітні проекти, інтеграцію тем психічного здоров'я в освітню політику та роботу медіа. На мезорівні її можна застосовувати через університетські програми, роботу студентських служб психологічної підтримки, діяльність громадських і міжнародних організацій, які поєднують лекції, тренінги та онлайн-ресурси для молоді. На мікрорівні психоедукація включає індивідуальні консультації, сімейні та малі групові формати, де знання тісно поєднуються з опрацюванням особистого досвіду, формуванням планів дій і навичок копінгу [101; 109].

Ще одним важливим напрямом, що динамічно розвивається в умовах війни, є медіапсихоедукація. Вона орієнтована перш за все на роботу з інформаційним простором та наслідками медіатравматизації. Проекти, спрямовані на створення доказових психоедукаційних матеріалів у ЗМІ та соціальних мережах, покликані не лише надавати корисну інформацію про психічне здоров'я, але й мінімізувати шкоду від постійного контакту з травматичним контентом (новини про бойові дії, руйнування, втрати). Варто розробляти і застосовувати моделі, у яких психоедукаційні блоки поєднуються з рекомендаціями щодо безпечного медіаспоживання, ресурсними наративами та підтримкою сімей і громад, що дозволяє одночасно зменшувати ризики медіатравми та підвищувати стійкість до хронічного стресу [104].

У студентському середовищі психоедукація дедалі частіше інтегрується в комплексні моделі підтримки, які включають регулярний скринінг тривоги й депресії, маршрутизацію до служб допомоги та навчання навичкам самопомоги. В університетах впроваджуються тренінги психологічної стійкості, курси з «психологічної грамотності» та програми, побудовані за принципом «рівний – рівному», коли студенти, що пройшли спеціальну підготовку, стають провідниками психоедукаційних практик у своїх групах. Такий підхід поєднує інформування, розвиток соціальної підтримки та формування суб'єктної позиції молоді щодо власного психічного здоров'я, що

є особливо важливим в умовах тривалої війни й накопичення психотравматичного досвіду [109]. Яскравим прикладом може послужити Національний університет «Острозька академія», де такі моделі діють на регулярній основі.

Ще одним ключовим виміром сучасної психоедукації є її орієнтація на розвиток резиліентності, тобто здатності зберігати відносну психічну рівновагу та відновлюватись після дії стресогенних і травматичних чинників. У контексті війни психоедукаційні програми для студентів дедалі частіше включають модулі, спрямовані на усвідомлення власних ресурсів, формування реалістичних, але не катастрофічних сценаріїв майбутнього, тренування навичок емоційної саморегуляції, керування тривогою, побудову підтримувальних соціальних зв'язків. Участь у таких програмах пов'язана зі зниженням рівня емоційного вигорання, підвищенням відчуття контролю над власним життям і зменшенням вираженості депресивних симптомів у студентської молоді [50].

Важливо наголосити, що ефективність психоедукації значною мірою залежить від її змістового наповнення, форми подачі та культурно-контекстної чутливості. Універсальні, але надто абстрактні матеріали часто поступаються тим, які враховують специфіку воєнного досвіду, регіональні особливості, мовні та вікові відмінності цільової аудиторії. Тому однією з перспективних тенденцій є перехід від «уніфікованих» до адаптованих, контекстуалізованих психоедукаційних програм, де інформаційні блоки поєднуються з прикладами з реального життя студентів, їхніх навчальних і сімейних ситуацій, а також із можливістю інтерактивного зворотного зв'язку. Це дає змогу не лише передавати знання, але й створювати простір для осмислення власного досвіду, що робить психоедукацію не формальним інформуванням, а дієвим інструментом підтримки психічного здоров'я молоді в умовах тривалої війни [46].

Важливою функцією психоедукації також є зменшення стигматизації психічних розладів і трансформація суспільних та індивідуальних уявлень про

психологічну допомогу. Це підтверджують дослідження, в яких навіть короткі психоедукаційні інтервенції у форматі лекцій, онлайн-курсів чи інформаційних модулів сприяли зміні установок щодо депресії та збільшенню готовності звертатися по професійну допомогу серед студентів і молоді [86]. Слід враховувати, що для студентської молоді характерні установки на самодостатність, страх «виглядати слабким» і схильність знецінювати власні переживання, що часто стає бар'єром для своєчасного звернення по допомогу. Емпіричні дослідження показують, що психоедукаційні програми, які прямо торкаються теми депресії, тривоги й допомоги, здатні позитивно впливати на уявлення про емоційні труднощі і зменшувати внутрішню стигму [124].

Психоедукаційні програми, орієнтовані на пояснення нормальності емоційних реакцій на стрес і травму, демістифікацію депресії та тривожних розладів, а також на показ реальних історій подолання, сприяють формуванню більш приймаючого ставлення до власного стану та зниженню почуття сорому за потребу в підтримці. У цьому контексті психоедукація виступає інструментом зміни не лише індивідуальних когнітивних схем, а й ширших культурних наративів щодо психічного здоров'я, що підтверджується оглядовими роботами з проблеми стигми й психічної освіти молоді [120].

Окремого розгляду потребує роль психоедукації в поетапних моделях організації психологічної допомоги. У сучасних підходах вона часто розглядається як базовий, «перший рівень» підтримки, який передусім індивідуальній або груповій психотерапії чи медикаментозному лікуванню; в оглядах щодо stepped-care систем підкреслюється, що перший крок зазвичай включає скринінг, базову підтримку, психоедукацію і самопомогу, а вже далі застосовуються більш інтенсивні втручання. На цьому рівні психоедукація забезпечує базову інформацію, допомагає людині ідентифікувати власні симптоми, усвідомити необхідність подальших кроків і зменшити опір більш інтенсивним формам допомоги, що також відображено в клінічних настановах щодо використання психоедукації в загальній психіатричній практиці [112]. Для частини студентів цього рівня може виявитися достатньо для стабілізації

стану, тоді як для інших психоедукація слугує свого роду перехідним етапом до більш спеціалізованих інтервенцій, формуючи мотиваційну й рефлексивну основу для подальшої терапії, зокрема при депресивних та тривожних розладах [69].

Позитивно оцінюючи численні переваги психоедукації, слід зазначити, що вона має і певні обмеження які важливо враховувати при її аналізі. Ця методика не може замінити повноцінне лікування при тяжких депресивних, тривожних або посттравматичних розладах, а також не є універсально ефективною для всіх категорій отримувачів допомоги. На це звертають увагу як клінічні настанови, так і результати систематичних оглядів, де психоедукація описується як ефективна, але допоміжна ланка багаторівневої допомоги [111]. Ризики пов'язані також із якістю контенту, адже недостатньо науково обґрунтована, спрощена або емоційно забарвлена інформація може не лише виявитися неефективною, а й посилити тривогу, почуття провини або фаталізм. Тому психоедукаційні матеріали мають базуватися на доказових даних, проходити фахову експертизу і адаптацію до цільової аудиторії, що особливо актуально в умовах воєнного часу та інформаційного перенасичення.

З огляду на зазначене, важливим критерієм якісної психоедукації є її системність та інтегрованість у ширше освітнє й соціальне середовище. Для студентів це означає не разові заходи, а послідовне включення тем психічного здоров'я в університетський простір: інформаційні кампанії, лекції, тренінги, роботу центрів психологічної підтримки, взаємодію з адміністрацією та студентським самоврядуванням, Такий підхід дозволяє не лише підвищити рівень обізнаності, але й формувати сталі практики турботи про психічне здоров'я, підтримувати відчуття спільноти та відповідальності за власний стан. У цьому контексті психоедукація постає як важливий елемент профілактики тривожних і депресивних розладів, а також як інструмент зміцнення психологічної стійкості студентської молоді в умовах воєнних викликів.

1.3.2 Методи емоційної регуляції для самопомоги

Емоційна регуляція як стратегія самопомоги студентської молоді виступає важливою складовою підтримки психічного здоров'я в умовах тривалого стресу. Варто зауважити, що ці процеси визначають здатність особистості адекватно реагувати на зміни соціального середовища, навчальні та міжособистісні виклики, долати вплив негативних емоцій на когнітивну і мотиваційну сферу. Сучасні дослідження підтверджують, що студенти з розвиненими навичками емоційної саморегуляції демонструють кращу стійкість до дії стресу, нижчий рівень тривоги та депресії й більш ефективну адаптацію до навчання і життєвих змін [40].

Слід зазначити, що низький рівень навичок емоційної регуляції істотно підвищує ризик розвитку емоційного виснаження, повторюваних негативних думок та навіть поведінкових залежностей. Студенти з недостатнім володінням адаптивних стратегій (когнітивної переоцінки, планування дій, прийняття/інсайту) мають нижчий рівень суб'єктивного благополуччя, більше піддаються повторюваному негативному мисленню й мають вищу схильність до прокрастинації та цифрової залежності [79].

Найбільш результативними для зниження стресу й підтримки психологічної стійкості є практики когнітивної переоцінки та планування, а також соціальна підтримка й тілесна активність. Так, студенти, які систематично застосовують когнітивне переосмислення як базову стратегію регуляції емоцій, мають вищу мотивацію, кращу ефективність навчання й менший ризик академічного вигорання [70]. Варто підкреслити, що серед різних груп студентів роль когнітивної переоцінки не залежить від академічної спеціалізації і сприяє формуванню більшої психологічної гнучкості та академічної мотивації. Крім того, оптимальна модель емоційної регуляції для самопомоги у студентів базується на поєднанні гнучких когнітивних методів на кшталт рефлексії, переоцінки, конструктивної саморозмови тощо. Важливе місце посідають також поведінкові стратегії (планування, активна діяльність), соціальна підтримка та тілесно-орієнтовані техніки (дихання, фізична

активність), що разом дозволяють ефективно опрацьовувати психологічні труднощі навчального процесу й життя [126]. З огляду на це, розвиток і застосування емоційної регуляції є фундаментальним компонентом адаптації студентської молоді до університетських викликів, знижує ризики емоційних розладів і підвищує індивідуальну стресостійкість.

Органічною складовою ефективної саморегуляції емоцій у студентської молоді виступає здатність до конструктивної рефлексії, тобто осмислення власних переживань та їхнього джерела без надмірного занурення у негативний досвід. Сучасний науковий дискурс відзначає тенденцію молодих людей зосереджуватись на пошуку позитивного сенсу навіть у ситуаціях стресу, що стимулює психологічну стійкість і сприяє формуванню досвіду адаптації. До ефективних когнітивних стратегій також відносять фокусування на плануванні, позитивне перефокусування та знецінення афективної домінанти у складних подіях, що дозволяє не лише мінімізувати емоційний дискомфорт, а й оптимізувати подальші дії та вибудувати особистісні ресурси протистояння кризовим обставинам [25].

В обґрунтованих моделях самопомоги оптимально поєднувати когнітивні техніки із тілесно-орієнтованими підходами. Практика дихальних вправ, фізичної активності й базових релаксаційних прийомів істотно знижує рівень гострої внутрішньої напруги та запобігає формуванню симптомів тривоги й емоційного виснаження серед студентської молоді. Подібна тілесна саморегуляція підтримує емоційний баланс навіть за умов високої навчальної чи соціальної турбулентності, що підтверджується сучасними дослідженнями [126].

Значний вплив на стійкість до негативних емоцій має й залучення соціального ресурсу – як формальної підтримки (участь у тренінгах, групових заняттях із розвитку емоційної регуляції), так і неформальної (звернення до друзів, родини, студентської спільноти). Такий підхід підсилює загальну ефективність саморегуляційних стратегій і запобігає формуванню негативних стереотипів ізоляції, що особливо актуально для сучасних цифрових поколінь.

Органічне інтегрування когнітивних, поведінкових та соціально підтримувальних методик дозволяє студентам не просто справлятися із проявами стресу, а й вибудувати динамічний психологічний ресурс для подолання майбутніх криз, формуючи підґрунтя для життєстійкості та високої якості життя.

Однією з найбільших психологічних загроз конструктивній емоційній регуляції у студентському віці є феномен румінації – тобто нав'язливого, повторюваного обмірковування причин й наслідків власних негативних емоцій, стресових ситуацій чи труднощів у навчанні. Доведено, що румінація виступає неадаптивною копінг-стратегією: замість вирішення проблеми вона фіксує увагу на негативному досвіді, часто посилює тривожні та депресивні емоції й підвищує ризик емоційного виснаження та поведінкової ригідності. Особливо це актуально у студентів, які потрапили в умови гострого чи хронічного стресу. Причиною тут може послужити наприклад, специфіка навчального навантаження або соціальні потрясіння [1].

Окремі українські дослідження показують, що тенденція до румінації серед студентської молоді стійко асоціюється з низькою емоційною гнучкістю, зростанням інтенсивності негативних афективних станів (тривога, невдоволення, апатія) та зниженням рівня психологічної стійкості до стресу. Такі особи мають схильність до уникнення соціальної взаємодії, мінімізації позитивних емоцій й формування прокрастинації у повсякденній діяльності, що негативно позначається на результатах навчання та загальній суб'єктивній задоволеності життям. Серед опитаних студентів виявлено виражену гендерну специфіку румінаційних тенденцій: високі показники за шкалою «Румінація» зафіксовані у 52,4% юнаків і 24,4% дівчат, що вказує на значну частку осіб, схильних до тривалого фіксування на негативних переживаннях і подіях. Такі студенти характеризуються підвищеною ригідністю емоційних реакцій, що проявляється у багаторазовому відтворенні подібних за змістом неприємних емоційних станів та ускладнює відновлення психологічної рівноваги. Унаслідок цього підвищується ймовірність дезадаптивних або імпульсивних

поведінкових реакцій, які виконують функцію неусвідомлених спроб знизити внутрішнє напруження.

Згідно з опитуваннями 47,6% хлопців і 17,7% дівчат орієнтуються на уникнення переживань, пов'язаних з інтенсивними негативними емоціями, що відображає переважання емоційно-унікальної копінг-стратегії. Натомість лише 7,2% юнаків і 13,3% дівчат продемонстрували здатність до відносно зрілої переробки емоційного досвіду, яка передбачає переосмислення, інтеграцію переживань у систему уявлень про себе та збереження контакту з власними почуттями без страху бути ними «поглинутими». Така диспропорція свідчить про дефіцит навичок емоційної рефлексії і менталізації у значної частини вибірки, що потенційно підсилює ризики емоційної дезадаптації.

Окремої уваги потребують показники за шкалою «Труднощі менталізації»: високі бали зафіксовано у 47,6% юнаків і лише у 2,2% дівчат, що вказує на виразні статеві відмінності у здатності інтерпретувати власні й чужі емоційні стани. У студентів із підвищеними значеннями цієї шкали простежується суб'єктивне відчуття неконтрольованості емоцій, знижена здатність до релевантного осмислення власного досвіду та поведінки інших, а також переживання безпорадності перед емоційними реакціями. У поєднанні з високим рівнем румінаційних тенденцій це створює умови для формування стійких афективних порушень, поглиблення прокрастинації та подальшого зниження академічної й соціальної ефективності [62, 181].

Профілактика румінативних тенденцій у студентів може здійснюватися через цілеспрямоване впровадження доказових когнітивних підходів у роботу університетських психологічних служб. До таких підходів належать: систематичний самоаналіз емоцій у форматі щоденника, тренування навичок усвідомленого спостереження за думками й переживаннями без спроб їх придушити, навчання більш адаптивним формам внутрішнього діалогу та реалістичному плануванню повсякденних завдань. Застосування подібних стратегій дозволяє скорочувати тривалість румінативних циклів, посилювати

емоційну гнучкість і створювати умови для відновлення психологічного функціонування після стресових і травматичних подій [2, 3-4].

Теоретичні моделі, присвячені зв'язку румінації з посттравматичним стресовим розладом, акцентують, що повторювані, нав'язливі та частково мимовільні негативні думки, пов'язані з травматичними спогадами, виступають одним із центральних механізмів підтримки ПТСР. У довгостроковій перспективі така форма персеверативного мислення сприяє фіксації на травматичному досвіді, посиленню негативного емоційного фону та повторному переживанню травми, що ускладнює спонтанне відновлення. У межах сучасних підходів особливої ваги набувають когнітивні й метакогнітивні втручання, спрямовані на зміну способів інтерпретації травматичних подій, зменшення уникання внутрішніх і зовнішніх тригерів та формування більш гнучких стратегій емоційної регуляції в процесі психосоціальної реабілітації [2, 5-6]. Крім того, для забезпечення ефективної саморегуляції в умовах стресу, критичною є здатність усвідомлювати свою емоційну реакцію, ідентифікувати початок румінаційних думок і свідомо обирати адаптивні шляхи реагування (наприклад, перемикати увагу на поточну діяльність, залучати соціальну підтримку, включати тілесно-орієнтовані практики). Подібний підхід істотно зменшує ризик хронізації емоційних труднощів та сприяє формуванню довгострокових психологічних ресурсів [63]

Підсумовуючи все вищезазначене варто зауважити, що розвиток навичок саморегуляції емоцій у студентів, як когнітивних, так і поведінкових, тілесних та соціальних, є ключовою умовою профілактики емоційних розладів та ефективної адаптації в складних життєвих і навчальних умовах. Це стосується як уміння усвідомлювати власні емоційні стани і думки, так і здатності вибрати більш гнучкі способи реагування замість автоматичних імпульсивних реакцій. Літературні дані показують, що комплексний підхід із використанням структурованих технік самопомоги, тренування навичок стрес-менеджменту та розвитку ресурсних соціальних зв'язків дає змогу

підвищити рівень психологічної стійкості, знизити вираженість стресових і тривожних реакцій та покращити загальну якість життя студентської молоді.

1.3.3 Майндфулнес-техніки у роботі з тривогою та депресією

Майндфулнес-техніки посідають важливе місце серед сучасних психологічних інтервенцій, спрямованих на подолання тривоги та депресії, оскільки поєднують елементи уваги, прийняття й усвідомленого ставлення до власного досвіду. У науковій літературі майндфулнес визначається як цілеспрямоване фокусування уваги на теперішньому моменті, з відкритістю та безоціночним ставленням до внутрішніх (думки, емоції, тілесні відчуття) та зовнішніх подій. Саме ця установка «спостерігача» щодо власних переживань дозволяє змінювати спосіб реагування на тривожні й депресивні стани: замість автоматичного ототожнення з негативними думками людина вчиться помічати їх як ментальні події, які приходять і минають, не визначаючи її особистість чи майбутнє [94].

У межах клінічної та тренінгової практики вирізняють кілька основних груп майндфулнес-інтервенцій. По-перше, це структуровані програми, такі як MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction, програма зниження стресу на основі усвідомленості) та MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, когнітивна терапія, побудована на практиках усвідомленості). Програма MBSR, як правило, триває 8 тижнів і передбачає регулярні групові заняття, формальні медитації (сканування тіла, усвідомлене дихання, усвідомлена ходьба), а також домашні практики, інтегровані в повсякденну активність [90]. Програма MBCT також реалізується у форматі 8-тижневого курсу і розроблена насамперед для профілактики рецидивів депресії, особливо у людей з історією повторюваних епізодів. Наукові дослідження підтверджують її ефективність у зменшенні ризику повторних депресивних епізодів та зниженні поточних депресивних симптомів [78; 99].

По-друге, існують формальні майндфулнес-техніки, які можуть використовуватися в індивідуальному форматі самопомоги. До них

належать: медитація усвідомленого дихання (увага зосереджується на відчуттях вдиху-видиху), сканування тіла (послідовне фокусування уваги на різних частинах тіла з прийняттям наявних відчуттів), усвідомлена ходьба (перенесення уваги на кроки, контакт ніг із поверхнею, відчуття руху), вправи на усвідомлене сприйняття думок («thought watching») та медитації доброзичливості/співчуття («loving-kindness», «self-compassion»). Окрема група майндфулнес-інтервенцій – «mindful movement» (йога, тай-чи, повільні рухові практики з фокусом на усвідомленості), які поєднують тілесну активність із тренуванням уваги [130].

По-третє, широкі застосування в студентському середовищі знаходять короткі неформальні майндфулнес-практики («micro-practices»), які вбудовуються в повсякденний розклад: кількахвилинні зупинки для усвідомленого дихання, короткі «сканування емоцій» перед іспитом або публічним виступом, зосередження уваги на сенсорних відчуттях під час навчання чи побутових дій. Саме ці формати виявляються найбільш реалістичними для молоді, яка живе в умовах високої інтенсивності інформаційних і соціальних стимулів [90; 32; 51].

Майндфулнес-техніки у роботі з тривогою та тривожністю варто розглядати як спосіб змінити ставлення людини до власних тривожних думок та тілесних відчуттів. При тривозі у студентів часто домінують катастрофічні очікування, гіперконтроль, уникнення ситуацій, які викликають напруження (іспити, публічні виступи, соціальні контакти). Практики майндфулнес допомагають розпізнавати тривожні думки як «ментальні події», а не як об'єктивну реальність, вчать залишатися в контакті з тілесними відчуттями (прискорене серцебиття, напруга м'язів, поверхневе дихання), не тікаючи від них, а усвідомлено проживаючи. Це зменшує тенденцію до уникнення та дозволяє поступово відновлювати функціональну активність у значущих сферах життя [94; 90].

Розглядаючи майндфулнес у роботі з тривогою та тривожністю, варто детальніше зупинитися на механізмах його впливу, які ґрунтуються на

нейрофізіологічних і когнітивних змінах. Дослідження показують, що регулярні практики усвідомленості сприяють активації префронтальної кори, відповідальної за регуляцію емоцій, і зменшенню активності мигдалини – структури мозку, яка реагує на загрози та посилює тривожні реакції. Це призводить до зниження рівня кортизолу (гормону стресу) і покращення емоційної гнучкості, дозволяючи студентам ефективніше справлятися з ситуаціями, що провокують тривогу, такими як дедлайни чи соціальний тиск.

У контексті повномасштабної війни в Україні, де базовий рівень тривожності населення хронічно підвищений, техніки майндфулнес (сканування тіла, усвідомлене дихання, вправи на спостереження за думками) допомагають раніше помічати соматичні маркери тривоги (напруга в м'язах, прискорене дихання, відчуття «здавлених грудей») і переривати автоматичні цикли негативного мислення. Українські дані свідчать, що вже після чотиритижневого тренінгового курсу із щоденними практиками майндфулнес спостерігається виразне зниження середніх показників стресу, а також тенденція до зменшення ситуативної й особистісної тривожності за шкалами Спілбергера, що поєднується з суб'єктивним покращенням концентрації, якості сну та загальної стресостійкості в учасників. У сукупності ці результати дають підстави розглядати майндфулнес як доцільний компонент програм психологічної підтримки студентської молоді в умовах хронічного стресу та невизначеності [28, 86].

У роботі з тривожністю майндфулнес особливо акцентує розвиток навички перебування в експозиції без уникання. Іншими словами, людина вчиться спостерігати за тривожними відчуттями й думками, не намагаючись їх придушити або негайно відволіктися, що поступово зменшує інтенсивність емоційних реакцій. Для студентів це може реалізовуватися через короткі щоденні практики, наприклад, усвідомлене дихання перед лекцією з фокусом на повільному, рівномірному дихальному циклі, яке водночас заспокоює автономну нервову систему та тренує здатність утримувати увагу в теперішньому моменті, зменшуючи розсіяність, пов'язану з тривогою.

Метааналітичні огляди показують, що програми MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) загалом дають помірний ефект щодо зниження симптомів тривоги й депресії (стандартизований розмір ефекту в межах 0,5–0,7), у тому числі серед молоді й студентів, які стикаються з підвищеним рівнем академічного стресу. У сучасних протоколах психотерапевтичної допомоги майндфулнес орієнтований передусім на формування резилієнтності через усвідомлене прийняття неконтрольованих факторів, зниження румінації та уникання, що робить його релевантним інструментом підтримки студентської молоді в умовах хронічної невизначеності та стресу [84; 82].

Переходячи до майндфулнес у роботі з депресією, варто підкреслити його роль у розриванні кола румінації та самокритики, які підтримують пригнічений настрій. У студентів депресія часто проявляється як апатія, втрата інтересу до навчання, відчуття безсилля та постійне «прокручування» думок про власні помилки або невдачі. Практики, такі як медитація доброзичливості (loving-kindness) і вправи на більш м'яке, співчутливе ставлення до себе, допомагають послабити звичку «добивати» себе внутрішніми докорами й формують більш прийнятне ставлення до власних емоцій і досвіду, що пов'язують зі зниженням депресивних симптомів та румінації в дослідженнях майндфулнес-програм [78].

Когнітивна терапія на основі майндфулнес (МВСТ) створена саме для людей із повторюваними епізодами депресії. Вона поєднує вправи усвідомленості з елементами когнітивної терапії й навчає вчасно помічати моменти, коли людина переходить в «автопілот» автоматичних негативних думок, і свідомо переключатися на позицію спостереження за ними, а не злиття з ними. Клінічні дослідження показують, що МВСТ може бути не менш ефективною за підтримувальний прийом антидепресантів у профілактиці нових епізодів депресії та супроводжується зменшенням румінації й підвищенням здатності усвідомлювати свої думки та настрої, що є важливим для молоді з історією депресивних станів [128].

В українському контексті майндфулнес-техніки поступово інтегруються в психотерапевтичну практику як один із способів підтримки людей, які переживають хронічний стрес, депресивні симптоми та наслідки війни. Практики на кшталт усвідомленої ходьби, зосередження на диханні чи тілесних відчуттях розглядають як інструмент «заземлення» і поведінкової активації: вони допомагають зменшити емоційне оніміння, повернути інтерес до щоденних занять і хоч частково відновити відчуття впливу на власне життя в умовах невизначеності [36; 33, 442-443].

Ефективність майндфулнес у роботі з депресією підтверджується систематичними оглядами, які показують, що програми на основі усвідомленості зменшують вираженість депресивних симптомів і можуть бути порівнюваними за ефектом із традиційною психотерапією, зокрема когнітивно-поведінковими підходами. Для студентів, у яких депресивні прояви часто маскуються під «вигоряння» та хронічну втому, майндфулнес-орієнтовані програми на кшталт МВСТ інтегруються з академічними консультаціями й допомагають відновлювати мотивацію за рахунок зниження румінації, пом'якшення самокритики та розвитку більш приймаючого ставлення до власної «недосконалості». В умовах тривалого стресу, зокрема в ситуаціях війни, регулярні практики усвідомленості пов'язують зі зменшенням симптомів тривоги й депресії, покращенням емоційної регуляції та якості міжособистісних контактів, що є критичним ресурсом для молоді, яка переживає ізоляцію та втрати [36; 83].

У контексті самодопомоги для студентів майндфулнес-техніки дедалі частіше адаптують до обмеженого часу й високого навантаження: короткі сесії тривалістю 5–10 хвилин у форматі мобільних додатків або аудіомедитацій дозволяють інтегрувати практики в повсякденну рутину, наприклад, через усвідомлене дихання під час перерв чи сканування тіла перед сном, що пов'язують зі зниженням рівня стресу та покращенням сну в студентів. Огляди досліджень показують, що регулярна практика майндфулнес сприяє зменшенню симптомів депресії, тривоги й соматичного дистресу, посиленню

емоційної саморегуляції та когнітивної гнучкості, що можна розглядати як формування своєрідного «ментального імунітету» до стресу. Важливим чинником ефективності таких програм залишається мотивація самих студентів і чутливість до культурного контексту, зокрема потреба адаптувати формат вправ та мову опису досвіду до цінностей і звичних форм релаксації конкретної аудиторії [6].

Обмеження майндфулнес полягають у тому, що при виражених депресивних і тривожних розладах, а тим більше при тяжких клінічних станах, практики усвідомленості не можуть розглядатися як повноцінна альтернатива професійній психотерапії чи медикаментозному лікуванню, а лише як додатковий компонент підтримки. Окремі огляди вказують, що ефекти майндфулнес-інтервенцій у підлітків і молоді в освітніх закладах є помірними та не завжди стабільними, особливо коли програми порівнюються з активними контрольними умовами, що вимагає обережності в узагальненні результатів і адекватного підбору формату втручань. Українські автори, описуючи використання майндфулнес у роботі зі стресом у період пандемії, підкреслюють його цінність як засобу саморегуляції й зниження напруження, але також наголошують, що у випадку виражених психічних розладів ці техніки мають застосовуватися не самостійно, а в межах ширшої системи психологічної чи психотерапевтичної допомоги.

Узагальнюючи викладене, варто зауважити, що майндфулнес-техніки слід розглядати як важливий та доказово обґрунтований напрям психологічної підтримки студентської молоді в умовах підвищеного стресу, тривоги та депресивних проявів. Вони забезпечують зміну ставлення до власних думок і переживань, сприяють зниженню румінації, розвитку емоційної гнучкості та резилієнтності, а також створюють можливість для безпечного опрацювання травматичного й стресового досвіду в умовах війни. Структуровані програми (MBSR, MBCT), формальні й неформальні практики усвідомленості, інтегровані в повсякденне життя, дають змогу студентам розширювати репертуар адаптивних стратегій самодопомоги, знижувати інтенсивність

тривожних і депресивних симптомів та підвищувати суб'єктивне відчуття контролю над власним психічним станом. Водночас майндфулнес доцільно розглядати не як універсальний засіб, а як компонент багаторівневої системи підтримки, ефективність якого зростає за умови регулярної практики, професійного супроводу й поєднання з іншими формами психологічної допомоги.

Висновки до розділу 1

Узагальнення теоретичного аналізу свідчить, що тривога, тривожність і депресія студентів в умовах війни мають комплексну природу й формуються на перетині біологічних, когнітивних, емоційних і соціальних чинників. Війна, тривалий стрес, освітня нестабільність, інформаційне перенавантаження та руйнування звичних соціальних зв'язків істотно підсилюють вразливість студентської молоді, сприяючи зростанню поширеності тривожно-депресивних станів, їх коморбідності та стійкості.

Тривога й депресія у студентському віці проявляються як у специфічних формах (гіперзбудження, очікування небезпеки, уникнення; апатія, втрата мотивації, відчуття безнадії), так і в їх поєднанні, що ускладнює діагностику й корекцію. Коморбідні стани посилюють когнітивні порушення, знижують навчальну продуктивність, підвищують ризик академічного вигорання та соціального відчуження, що виходить за межі індивідуального рівня й набуває значущих освітніх і суспільних наслідків.

Різні теоретичні підходи – психоаналітичний, когнітивно-поведінковий, гуманістичний, біопсихосоціальний, ресурсно орієнтований і позитивно-психологічний – доповнюють один одного, дозволяючи по-різному окреслити джерела й механізми тривожно-депресивних розладів. Емоційна дизрегуляція, когнітивні спотворення, дефіцит базових потреб, порушення нейробиологічних систем і ослаблення соціальної підтримки виступають ключовими ланками, через які воєнні події трансформуються в психоемоційні порушення у студентів.

Особливості студентського віку (інтенсивне становлення ідентичності, високе навчальне навантаження, потреба в автономії та значущості, залежність від освітнього середовища) зумовлюють підвищену чутливість до стресу та травматичних впливів. Саме поєднання вікових завдань розвитку з екстремальними умовами війни створює специфічний профіль ризику, у якому тривога й депресія не лише відображають індивідуальні труднощі, а й стають маркерами ширших соціальних і культурних трансформацій.

Теоретичний аналіз водночас окреслює й потенційні точки прикладання зусиль: розвиток резилієнтності, емоційної саморегуляції, когнітивної гнучкості та мереж соціальної підтримки розглядається як принципово важливий напрям профілактики й корекції тривожно-депресивних станів у студентів. Психоедукація, тренінги емоційної регуляції й майндфулнес-практики, інтегровані в університетський простір, мають розглядатися не як факультативні заходи, а як базові елементи системи збереження психічного здоров'я молоді в умовах війни та післявоєнного відновлення.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Характеристика методичного інструментарію та організація дослідження

Для емпіричного дослідження тривожності та депресії студентів в умовах війни було використано комплекс стандартизованих психодіагностичних методик, які дозволяють оцінити як рівень тривоги й депресивних симптомів, так і пов'язані з ними особливості емоційної регуляції та психологічної гнучкості. До інструментарію увійшли: госпітальна шкала тривоги і депресії HADS (підшкали HADS-A та HADS-D) [131; 16], опитувальник тривожності Спілбергера–Ханіна (STAI) [61] у поєднанні зі шкалою депресії Бека (BDI) в українській адаптації [60], а також шкалу психологічної гнучкості Хейса (AAQ-II) [77] в українській адаптації [59] та короткий п'ятифакторний опитувальник майндфулнес (FFMQ-15 / ПОМ-15) в українській адаптації, що оцінює емоційну (психологічну) гнучкість [23].

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) розроблена А. С. Зігмондом та Р. П. Снейтом застосовувалася нами для скринінгової оцінки суб'єктивно пережитих симптомів тривоги (HADS-A) та депресії (HADS-D) у студентської молоді. Для опису структури та формулювань шкали використовувався відкритий україномовний варіант. Опитувальник складається з 14 тверджень, згрупованих у дві семибальні підшкали, відповіді на які надаються за чотирибальною шкалою інтенсивності [16]. Перевагою HADS є її орієнтація на психологічні, а не соматичні симптоми, що особливо важливо в умовах війни, коли соматичні прояви можуть бути пов'язані як із психоемоційним станом, так і з фізичним виснаженням чи хронічним стресом. Міжнародні огляди підтверджують належні психометричні властивості HADS (двохфакторна структура, хороша внутрішня узгодженість, прийнятна чутливість та специфічність) у різних

країнах і вибірках, що дозволяє використовувати її як надійний інструмент для оцінки тривоги й депресії у клінічних і неклінічних популяціях [76]. У межах даного дослідження HADS було запропоновано 68 студентам, що дало можливість виокремити групи з низьким, помірним і високим рівнем тривожних та депресивних проявів.

Для детальнішої оцінки тривожності та депресії було використано поєднання опитувальника Ч. Спілбергера (State–Trait Anxiety Inventory, STAI) у адаптації Ю. Ханіна [61] та шкали депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI) [60]. Опитувальник STAI має дві підшкали по 20 тверджень і дозволяє розмежувати ситуативну тривогу (стан) та особистісну тривожність (стійка схильність до тривожного реагування), що є принциповим у воєнному контексті, де високий рівень ситуативної тривоги може відображати нормальну реакцію на загрозу, а підвищена тривожність пов'язана з довгостроковою вразливістю. Шкала Бека використана для оцінки інтенсивності депресивних симптомів за низкою когнітивних, емоційних і соматичних індикаторів. У роботі застосовано українську версію BDI-I, психометричні властивості якої досліджено на студентській вибірці в статті вітчизняної дослідниці У. Нікітчук [41]. У цій праці описано внутрішню узгодженість, факторну структуру та показники валідності опитувальника в українських умовах. Використання адаптованого варіанта дозволяє врахувати мовно-культурні нюанси формулювань, що підвищує надійність та обґрунтованість вимірювання депресивної симптоматики в студентів. Комплекс STAI + BDI був заповнений 64 респондентами.

Оцінка емоційної гнучкості здійснювалася за допомогою Шкали прийняття й дії (Acceptance and Action Questionnaire – II, AAQ-II), розробленої в рамках терапії прийняття та відповідальності (Acceptance and Commitment Therapy, АСТ) Ф. Бондом, С. Хейсом та співавторами. AAQ-II базується на уявленні про психологічну гнучкість як здатність залишатися в контакті з поточним досвідом (у тому числі небажаними думками й емоціями) та водночас діяти відповідно до власних цілей і цінностей, а не під диктатом

уникання чи імпульсивних реакцій. Опитувальник містить 7 тверджень, що оцінюються за семибальною шкалою частоти. У ній вищі бали відображають вищий рівень психологічної негнучкості та схильність до уникання внутрішнього досвіду, а нижчі демонструють більшу готовність приймати власні переживання й не блокувати діяльність через емоційний дискомфорт [77].

Міжнародні психометричні дослідження AAQ-II засвідчили однофакторну структуру, належну внутрішню узгодженість (коефіцієнти α Кронбаха на рівні 0,78–0,88) та прийнятну тест-ретестову надійність, а також продемонстрували прогностичну валідність щодо показників тривоги, депресивних симптомів, загального дистресу та якості життя. В Україні розроблено та апробовано україномовну версію опитувальника прийняття та дії, для якої описано процедуру перекладу й зворотного перекладу, підтверджено однофакторну модель і високу внутрішню узгодженість, що дозволяє коректно застосовувати AAQ-II у вітчизняному дослідницькому та практичному контексті. У цьому дослідженні використано україномовну версію AAQ-II на основі оригінальних матеріалів С. Хейса і опублікованих рекомендацій щодо адаптації тестів [59]. Опитувальник заповнили 48 студентів, що дало змогу проаналізувати можливі зв'язки між рівнем емоційної гнучкості, тривожністю та депресивними проявами в умовах війни.

Для оцінки майндфулнес як здатності до усвідомленої присутності у теперішньому моменті було застосовано короткий п'ятифакторний опитувальник майндфулнес (Five Facet Mindfulness Questionnaire – 15, FFMQ-15), українська адаптація якого має назву «П'ятифакторний опитувальник майндфулнес» (ПОМ-15). Методика ґрунтується на моделі Р. Баер та співавторів, які визначають майндфулнес як неосудне спостереження за потоком внутрішніх і зовнішніх стимулів у поточному моменті й виокремлюють п'ять його компонентів: спостереження, опис, усвідомлена дія, неосудливість та нереагування. Скорочена версія FFMQ-15 була створена на основі повної версії FFMQ-39 і містить 15 тверджень, що утворюють п'ять

субшкал: «Спостереження», «Опис», «Усвідомлена дія», «Неосудливість щодо внутрішнього досвіду» та «Нереагування» [72].

Українська адаптація ПОМ-15, розроблена Я. Каплуненко та В. Кучиною, проведена відповідно до міжнародних стандартів перекладу й адаптації тестів і продемонструвала належні психометричні характеристики. За даними авторів, усі субшкали мають хорошу внутрішню узгодженість (α Кронбаха в діапазоні від 0,71 до 0,94), інтегральний показник майндфулнес також характеризується високою надійністю, а факторний аналіз підтвердив логічну п'ятифакторну структуру опитувальника. Показано, що ПОМ-15 чутливий до змін, які відбуваються в процесі навчання майндфулнес-практикам і психотерапевтичних інтервенцій, а також здатен диференціювати респондентів із досвідом медитації та без нього, що вказує на його придатність для оцінки динаміки розвитку усвідомленості. У межах цього дослідження ПОМ-15 використовувався для вимірювання рівня майндфулнес у студентів як потенційного ресурсу подолання тривоги й депресії в умовах війни та подальшого аналізу його зв'язків з показниками тривожності та депресивних симптомів [59].

Організація дослідження здійснювалася на базі Національного університету «Острозька академія» в умовах змішаного формату навчання (частина студентів відвідувала заняття в аудиторіях, а частина навчалася онлайн. Такий формат навчання зумовлений як воєнною ситуацією, так і особливостями освітнього процесу. Опитування проводилося за допомогою анонімних Google-форм. Посилання на них поширювалися через академічні групи та електронні канали університету. Студенти заповнювали опитувальники у фіксованій послідовності: спочатку госпітальна шкала тривоги і депресії HADS (дві підшкали тривоги та депресії), далі в одному блоці опитувальник тривожності Спілбергера-Ханіна (STAI) та шкала депресії Бека (BDI), а після них – Шкала прийняття й дії (AAQ-II) та п'ятифакторний опитувальник майндфулнес ПОМ-15. Така послідовність давала змогу спершу оцінити рівень тривоги й депресії, а потім – пов'язані з ними ресурси

психологічної гнучкості та усвідомленості за однакових умов проходження для всіх учасників.

Дослідження відповідало базовим етичним принципам психологічної науки та сучасним рекомендаціям щодо роботи з учасниками в умовах підвищеного стресу. Участь студентів була добровільною: перед заповненням опитувальників респонденти отримували коротке інформування про мету та зміст дослідження, підкреслювалася повна анонімність відповідей, конфіденційність обробки даних і право відмовитися від участі на будь-якому етапі без жодних наслідків для навчання. Погодження з участю фіксувалося шляхом прийняття умов на першій сторінці онлайн-анкети у форматі інформованої згоди.

Отже, для дослідження тривоги й депресії студентів в умовах війни обрано валідний комплекс методик, який охоплює як симптомний рівень (HADS, STAI, BDI), так і ресурсний вимір психічного здоров'я (емоційна гнучкість за AAQ-II та майндфулнес за ПОМ-15). Така комбінація дозволяє не лише зафіксувати вираженість тривожних і депресивних проявів, а й дослідити, як з ними пов'язані здатність до прийняття власного досвіду та усвідомленої регуляції поведінки.

Вибірку емпіричного дослідження склали 68 студентів Національного університету «Острозька академія» різних спеціальностей та курсів. Дослідження проводилося у змішаному форматі навчання, з використанням анонімних онлайн-опитувальників та дотриманням етичних стандартів, що забезпечило репрезентативність і безпечність участі студентів. Черговість подачі тестів дала змогу послідовно оцінити симптоми тривоги й депресії, а потім і пов'язані з ними ресурси психологічної гнучкості й усвідомленості, що створює надійну основу для подальшого аналізу та інтерпретації результатів у наступному підрозділі.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

Для оцінки вираженості тривожних і депресивних проявів у студентів було використано шкалу госпітальної тривоги й депресії HADS, що включає дві підшкали: HADS-A (тривога) та HADS-D (депресія). У дослідженні цю методику повністю заповнили 68 осіб (N = 68).

За шкалою тривоги HADS-A середній показник становив $M = 8,82$ бала ($SD = 4,29$), що загалом відповідає помірній вираженості тривожних переживань. Аналіз розподілу балів показав, що лише 32 студенти (47,06%) продемонстрували рівень тривоги в межах норми (0–7 балів). Водночас 14 осіб (20,59%) виявили субклінічний рівень тривоги (8–10 балів), а ще 22 студенти (32,35%) – клінічно виражену тривогу (11–21 бал). Таким чином, більше половини вибірки (52,94%) перебувають у зоні підвищеного тривожного напруження, частина з них – на рівні, який може бути психологічно небезпечним і вимагати професійної допомоги. Це свідчить про те, що тривога є однією з центральних емоційних проблем студентської молоді в умовах війни, відображаючи переживання невизначеності, загрози та постійного напруженого очікування. Розподіл респондентів за рівнями тривоги за шкалою HADS-A подано в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Розподіл студентів за рівнями тривоги за шкалою HADS-A

Рівень тривоги	Діапазон балів	Кількість	Відсоток
Норма	0–7	32	47,06%
Субклінічна тривога	8–10	14	20,59%
Клінічно виражена тривога	11–21	22	32,35%

За шкалою депресії HADS-D середнє значення становило $M = 8,82$ бала ($SD = 2,55$), що також вказує на помірну вираженість депресивних симптомів

у вибірці. При цьому лише 15 студентів (22,06%) мали депресивні прояви в межах норми (0–7 балів), тоді як у 30 осіб (44,12%) показники відповідали субклінічному рівню (8–10 балів), а в 23 респондентів (33,82%) – клінічно вираженій депресії (11–21 бал). Тобто майже дві третини учасників (77,94%) демонструють підвищену або клінічно значущу симптоматику пригніченості, втоми, втрати інтересу й зниження мотивації. Це дозволяє припустити, що переживання війни, навчальне навантаження та хронічний стрес створюють фон систематичного емоційного виснаження, який для значної частини студентів переходить у депресивні стани. Розподіл респондентів за рівнями депресії за шкалою HADS-D подано в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Розподіл студентів за рівнями депресії за шкалою HADS-D

Рівень депресії	Діапазон балів	Кількість	Відсоток
Норма	0–7	15	22,06%
Субклінічна депресія	8–10	30	44,12%
Клінічно виражена депресія	11 і більше	23	33,82%

Порівняння показників за шкалами HADS-A та HADS-D загалом дає підстави стверджувати, що в умовах війни студенти частіше й інтенсивніше переживають саме тривожні стани, однак депресивна симптоматика також є широко поширеною й нерідко досягає субклінічного та клінічного рівнів. Це створює психологічне підґрунтя для пошуку й дослідження умов, які сприяють подоланню тривоги та депресії, зокрема розвитку ресурсів емоційної регуляції та психологічної гнучкості. Отримані результати вказують на виражену коморбідність тривожної та депресивної симптоматики, тобто їхнє часте поєднання в одних і тих самих респондентів.

Рівень тривожності за опитувальником Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна.

Для детальнішої оцінки тривожності було використано опитувальник Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна, який розрізняє реактивну (ситуативну) та особистісну тривожність.

Середній показник реактивної тривожності становив $M = 47,98$ бала ($SD = 11,10$), що вказує на загалом високий рівень тривожного напруження в актуальній ситуації. Такі значення свідчать, що для більшості студентів характерне емоційне реагування за типом постійного очікування небезпеки, посилення настороженості та внутрішньої напруги в умовах воєнної реальності. Висока реактивна тривожність може проявлятися через труднощі з концентрацією уваги, дратівливість, соматичні симптоми (напруження, серцебиття, порушення сну), що ускладнює навчальну діяльність і повсякденне функціонування. Результати за рівнями тривожності представлено у таблицях 2.3 та 2.4.

Таблиця 2.3

Розподіл респондентів за рівнями реактивної тривожності

Рівень реактивної тривожності	Відсоток, n=68
Високий (45+)	53,1 %
Помірний (31–44)	46,9 %
Низький (0–30)	0 %

Таблиця 2.4

Розподіл респондентів за рівнями особистісної тривожності

Рівень особистісної тривожності	Відсоток, n=68
Високий (45+)	64,1 %
Помірний (31–44)	32,8 %
Низький (0–30)	3,1 %

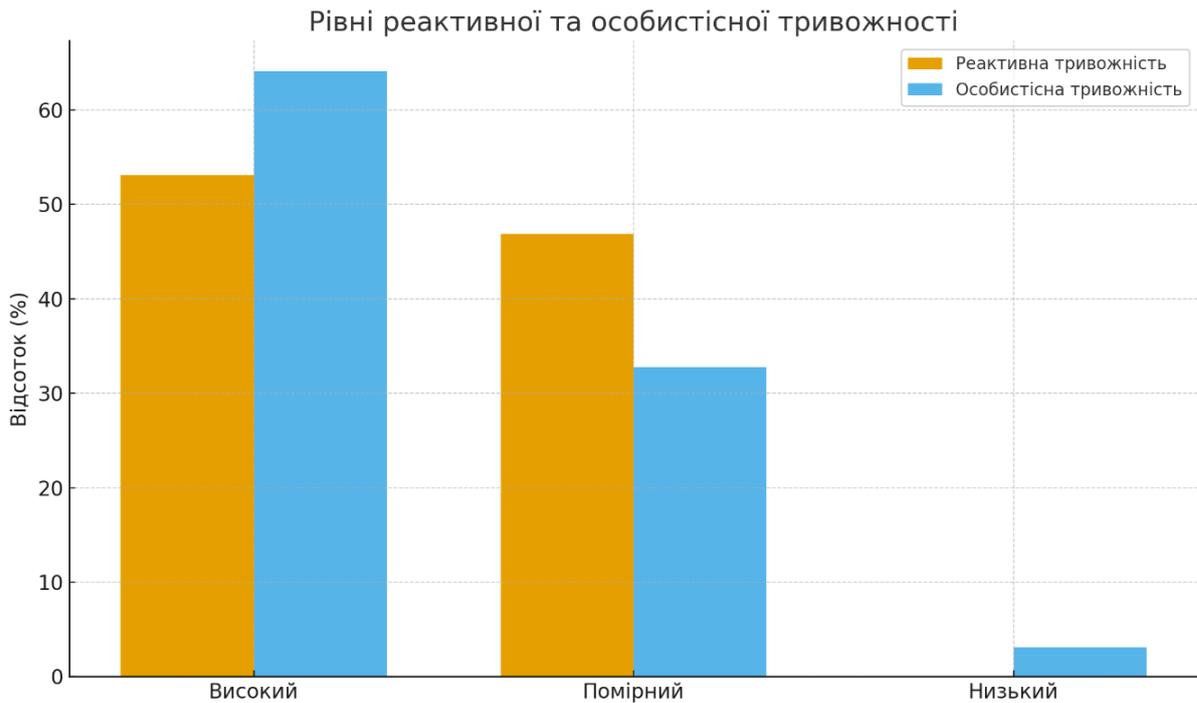


Рис. 2.1 Рівні реактивної та особистісної тривожності

Як видно з таблиці 2.3 та 2.4 простежується дуже виражена тривожність.

За реактивною тривожністю понад половина студентів (53,1%) мають високий рівень, решта (46,9%) – помірний, і немає жодного з низьким рівнем. Це означає, що в актуальних ситуаціях студенти реагують з постійним відчуттям напруги, загрози, настороженості; стан «емоційної мобілізації» для них радше норма, ніж виняток.

За особистісною тривожністю картина ще більш напружена: 64,1% демонструють високий рівень, 32,8% – помірний і лише 3,1% – низький. Тобто для більшості студентів тривога є не тільки ситуативною реакцією, а стійкою особистісною рисою – схильністю сприймати різні життєві обставини як потенційно небезпечні та загрозливі. Це формує хронічний фон внутрішньої напруги, на який накладаються воєнні події, інформаційний тиск і навчальне навантаження.

У поєднанні з результатами за HADS це дозволяє говорити про системний характер тривоги, яка проявляється і як ситуативна реакція, і як властивість особистості.

Рівень депресії за опитувальником А. Бека

Для доповнення результатів HADS-депресії було використано опитувальник депресії А. Бека, який є більш чутливим до когнітивних і мотиваційних проявів депресивного стану. Розподіл респондентів за рівнями депресії подано в таблиці 2.2.

Таблиця 2.5

Розподіл студентів за рівнями депресії за опитувальником А. Бека

Рівень депресії	Діапазон балів	Відсоток
Мінімальна (норма)	0–9	46.88%
Легка	10–18	31.25%
Середня	19–29	12.50%
Важка	30–63	9.38%

Графічне відображення розподілу рівнів депресії подано на рисунку 2.2.

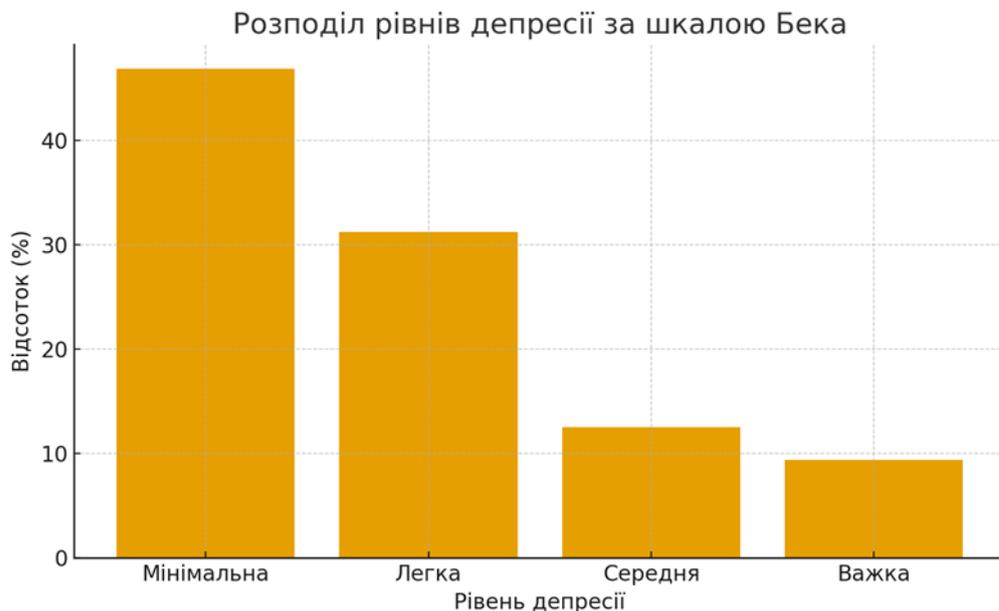


Рис. 2.2 Розподіл рівнів депресії

Середній показник за шкалою Бека становив $M = 12,83$ бала ($SD = 10,84$), що вказує на загалом легку, але широко поширену депресивну симптоматику. Такі значення можуть відображати поєднання емоційної пригніченості,

зниження інтересу до звичних видів діяльності, відчуття втоми, песимістичних думок щодо майбутнього, зниження впевненості у власних можливостях. Високе стандартне відхилення свідчить про виражену неоднорідність вибірки: серед студентів є як особи з мінімальними ознаками депресії, так і ті, у кого симптоми досягають помірного чи навіть вираженого рівня.

У поєднанні з результатами за HADS-D отримані дані підтверджують, що депресивні переживання для студентської молоді в умовах війни є не епізодичною реакцією на стрес, а стійкою проблемою, яка може впливати на навчальну мотивацію, академічну успішність, соціальну активність і загальне відчуття сенсу майбутнього. У поєднанні з даними за HADS це також підтверджує високу коморбідність тривоги та депресії в студентській молоді в умовах війни.

Узагальнюючи отримані результати, можна зробити висновок, що для студентської молоді в умовах війни характерні як підвищена ситуативна тривожність, так і стійка особистісна схильність до тривожного реагування. Дані опитувальника Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна (високі показники реактивної та особистісної тривожності) узгоджуються з результатами за шкалою HADS-A, підтверджуючи, що тривога виступає не лише короткочасною реакцією на загрозу, а й стабільним фоном емоційного функціонування студентів. Депресивна симптоматика, за даними HADS-D та опитувальника А. Бека, також є широко поширеною й нерідко досягає субклінічного або клінічно значущого рівня. Висока коморбідність тривоги та депресії вказує на те, що значна частина студентів одночасно переживає тривожні й депресивні стани, що посилює емоційне виснаження, знижує навчальну мотивацію та ускладнює ефективне функціонування в умовах воєнної реальності. Це підкреслює актуальність виявлення психологічних ресурсів, які можуть сприяти зменшенню тривоги й депресії, зокрема розвитку психологічної гнучкості та навичок усвідомленості.

Оцінка компонентів майндфулнес за опитувальником FFMQ-15.

Для оцінки компонентів усвідомленості було застосовано опитувальник FFMQ-15, який виділяє п'ять аспектів майндфулнес: спостереження, опис, дія з усвідомленням, неосудливе ставлення та нереактивність.

Аналіз рівнів за кожною зі шкал показав, що у вибірці немає жодного респондента з низьким рівнем майндфулнес: усі студенти продемонстрували середні або високі показники. Причому в більшості випадків переважає саме високий рівень усвідомленості. Так, за шкалою спостереження 89,6% студентів мають високий рівень і лише 10,4% – середній; за шкалою опису високий рівень виявлено у 70,8% і середній – у 29,2% респондентів. За шкалами дії з усвідомленням та неосудливості високий рівень майндфулнес також переважає (77,1% і 81,3% відповідно), тоді як решта студентів демонструють середні значення. Найвищі показники спостерігаються за шкалою нереактивності: 87,5% мають високий рівень і 12,5% – середній.

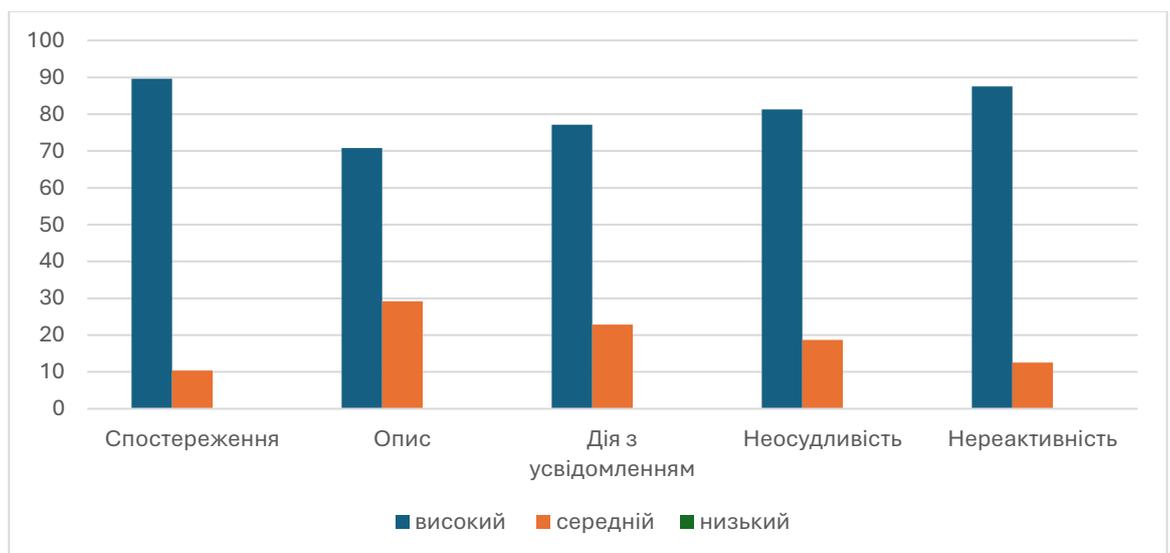


Рис. 2.3 Компоненти майндфулнес за опитувальником FFMQ-15

Такий профіль (домінування високих рівнів за всіма п'ятьма компонентами та відсутність низьких значень) зазвичай характерний для груп, де вже наявний певний досвід практик усвідомленості (медитація, йога тощо), або для людей, які спонтанно виробили подібні навички як спосіб саморегуляції в умовах тривалого стресу. Тобто більшість студентів у цьому дослідженні виявляють сформовані здатності помічати свої переживання,

описувати їх словами, діяти більш усвідомлено, з меншою самокритикою та меншою схильністю до імпульсивного реагування на внутрішні стани.

Водночас зіставлення цих даних із результатами за шкалами тривоги й депресії (HADS, Ч. Спілбергер – Ю. Ханін, А. Бек) виявляє важливий феномен: навіть за умов переважно високого рівня майндфулнес значна частина студентів продовжує переживати інтенсивну тривогу й депресивні симптоми. Це може свідчити про те, що: по-перше, екстремальний контекст війни, хронічної небезпеки та невизначеності настільки потужний, що навіть розвинені навички усвідомленості не завжди здатні повністю нейтралізувати його вплив; по-друге, наявність високих показників майндфулнес за опитувальником не обов'язково означає систематичну й цілеспрямовану практику цих навичок у повсякденному житті, особливо щодо переживань, пов'язаних із війною, втратою, провинною чи безпорадністю.

Таким чином, усвідомленість у цій вибірці постає як значущий внутрішній ресурс, який може підтримувати емоційну стійкість студентів, але сам по собі не гарантує відсутності тривожно-депресивних проявів у ситуації тривалого воєнного стресу. Це підкреслює доцільність не лише констатації рівня майндфулнес, а й цілеспрямованого розвитку та інтеграції відповідних навичок у щоденне життя через спеціально організовані психологічні програми та інтервенції.

Оцінка психологічної гнучкості як ресурсу подолання тривоги й депресії

Для оцінки психологічної гнучкості студентів було використано опитувальник прийняття та дій (AAQ-II), який відображає здатність людини приймати власні внутрішні стани (емоції, думки, тілесні відчуття), не уникаючи їх і не «залипаючи» в них, а також зберігати спрямованість на значущі життєві цінності попри емоційний дискомфорт. Середній показник за шкалою психологічної гнучкості становив $M = 22,54$ бала ($SD = 8,44$), що вказує на переважно середній рівень гнучкості в досліджуваній групі за умови вираженої індивідуальної варіативності.

Умовні рівні психологічної гнучкості студентів подані на рисунку 2.4.



Рис.2.4 Рівні психологічної гнучкості студентів

У поєднанні з даними за FFMQ-15 це дозволяє розглядати психологічну гнучкість як ресурс, який доповнює високий рівень майндфулнес: студенти загалом мають розвинені навички усвідомленості, але можливості прийняття й гнучкого поводження з емоційно важким досвідом реалізуються нерівномірно. Отже, психологічну гнучкість у цій вибірці можна трактувати як частково сформований, але не повністю реалізований ресурс подолання тривоги й депресії, потенціал якого може розкриватися через спеціально організовані інтервенції, спрямовані на прийняття внутрішніх переживань і дію відповідно до особистісних цінностей.

Отже, варто зауважити, що для значної частини студентів в умовах війни характерні підвищені рівні ситуативної й особистісної тривожності та широко поширена депресивна симптоматика, часто субклінічного або клінічного рівня, із вираженою коморбідністю цих станів. Водночас більшість респондентів продемонстрували високі показники майндфулнес за всіма шкалами FFMQ-15 і переважно середній рівень психологічної гнучкості за AAQ-II, що свідчить про наявність реальних, але частково нереалізованих внутрішніх ресурсів саморегуляції. Це обґрунтовує потребу у впровадженні системних психологічних інтервенцій (техніки заземлення, короткі

майндфулнес-практики, вправи на прийняття та ціннісно орієнтовану дію), спрямованих на те, щоб перевести наявні ресурси усвідомленості й гнучкості з потенційного в реально діючий чинник подолання тривоги й депресії в умовах тривалого воєнного стресу.

Для перевірки нашої гіпотези про те, що психологічними умовами подолання тривоги та депресії у студентів в умовах війни є навички майндфулнес, рівень прийняття власних емоційних станів та готовність до дій, нами було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта Пірсона.

Кореляційний аналіз показав, що психологічна гнучкість виступає важливою умовою подолання емоційних порушень у студентської молоді в умовах війни. Негативні кореляції гнучкості з тривогою за HADS ($r = -0,35$; $p < 0,01$), депресією за HADS ($r = -0,26$; $p < 0,05$) та реактивною тривожністю за Спілбергером ($r = -0,23$; $p < 0,05$) свідчать, що зі зростанням здатності приймати власні переживання й діяти відповідно до цінностей зменшується інтенсивність як ситуативної, так і клінічно релевантної тривоги, а також депресивних симптомів. Зв'язок з особистісною тривожністю має тенденційний характер ($r \approx -0,21$; $p \approx 0,07-0,09$), а з показниками депресії за Беком не досягає статистичної значущості ($r \approx -0,05$), що може вказувати на слабший вплив гнучкості на когнітивно-мотиваційні аспекти депресивності порівняно з тривожністю. Загалом це узгоджується з підходом АСТ, згідно з яким психологічна гнучкість є ключовим процесом саморегуляції у стресових умовах.

На відміну від цього, аналіз зв'язків між окремими компонентами майндфулнес (спостереження, опис, усвідомлена дія, неосудливість, нереагування) та показниками тривоги й депресії не виявив статистично значущих кореляцій: абсолютні значення коефіцієнтів лежать у межах 0,00–0,08, усі $p > 0,10$. Це означає, що в межах даної вибірки диспозиційні аспекти усвідомленості не виступають самостійними умовами зниження тривожної та депресивної симптоматики. Такий результат може відобразити те, що вплив

майндфулнес реалізується не через окремі фактори, а через цілісний, практично відпрацьований стиль саморегуляції, або ж те, що в умовах хронічного воєнного стресу окремі риси усвідомленості недостатні для помітного захисного ефекту без їх інтеграції в більш широкий процес психологічної гнучкості.

Узагальнюючи результати кореляційного аналізу, можна зробити висновок, що психологічна гнучкість у студентів є емпірично підтвердженим чинником зниження тривожних і, меншою мірою, депресивних проявів, тоді як окремі компоненти майндфулнес у цій вибірці не виконують виразної протективної функції щодо емоційних порушень. Це підкреслює доцільність орієнтації психопрофілактичних і корекційних програм не лише на розвиток усвідомленості як такої, а насамперед на формування здатності приймати важкі переживання, зменшувати емоційне уникання та підтримувати ціннісно орієнтовану поведінку попри наявність тривоги й пригніченості.

2.3. Рекомендаційні техніки та вправи для подолання тривоги й депресії студентів в умовах війни

У сучасних умовах повномасштабної війни студенти стикаються з поєднанням навчального стресу, невизначеності майбутнього, втрат і хронічної тривоги, тому особливого значення набувають прості й доступні техніки самопомоги, які можна застосувати в реальних повсякденних ситуаціях – у гуртожитку, укритті, під час очікування пари чи перед іспитом. Дослідження показують, що короткі інтервенції, спрямовані на заземлення, дихальну регуляцію та розвиток усвідомленості, здатні знижувати рівень тривоги й суб'єктивного стресу, покращувати емоційну саморегуляцію та підтримувати функціонування навіть за умов тривалої небезпеки [42; 132].

Однією з найпрактичніших груп таких методів є техніки заземлення. Вони спрямовані на те, щоб повернути увагу людини до поточного моменту, її тіла та навколишнього середовища, зменшуючи надмірне занурення у тривожні думки чи катастрофічні сценарії майбутнього. Техніки заземлення

особливо корисні у ситуаціях різкого підвищення тривоги. Зокрема, перед іспитом, відповіддю на занятті, під час повітряної тривоги або в момент, коли з'являються симптоми панічної атаки. Подібні підходи активно рекомендуються як інструмент самодопомоги при тривозі та навчальному стресі в освітньому й клінічному контексті [31; 121].

Першою лінією швидкої допомоги при тривозі є прості дихальні вправи, які не потребують жодних спеціальних умов. Наукові огляди свідчать, що дихальні вправи, спрямовані на уповільнення й поглиблення дихання, сприяють зниженню активності симпатичної нервової системи, зменшенню рівня суб'єктивного стресу та тривожності, а також покращенню емоційного стану. Зокрема, систематичні огляди та метааналізи підтверджують ефективність простих ритмічних дихальних технік (із перевагою повільного видиху) як частини програм психічної самодопомоги [80; 74].

Однією з найбільш доступних для студентів є вправа «4-6»:

- зробити повільний вдих носом, рахуючи до чотирьох;
- на мить зупинити дихання (1–2 секунди);
- зробити повільний видих ротом, рахуючи до шести;
- повторювати цей цикл від 1 до 3 хвилин, зосереджуючись на відчуттях повітря й русі грудної клітки.

Як варіант можна використовувати й «квадратне дихання», яке також широко застосовується у програмах профілактики тривоги:

- вдих на рахунок «4»;
- затримка дихання на «4»;
- видих на «4»;
- пауза після видиху ще на «4».

Україномовні рекомендації для населення в умовах війни додатково підкреслюють важливість простих дихальних вправ як першої лінії самодопомоги при тривозі, пропонуючи варіанти повільного діафрагмального дихання та ритмічного подовженого видиху. Регулярне виконання подібних технік перед сном, перед іспитом або під час очікування в укритті може

зменшувати фізіологічні прояви тривоги (серцебиття, напруження м'язів, поверхнєве дихання) і підвищувати відчуття контролю над власним станом [10; 45; 48].

Другий важливий напрямок – це заземлення. Воно здійснюється шляхом повернення уваги до тілесних відчуттів і фізичного контакту з опорою (підлогою, стільцем, ліжком). У рекомендаціях для роботи з тривожністю й ПТСР тілесне заземлення розглядають як спосіб «повернутися в тіло» й зменшити відчуття нереальності, розгубленості чи «відлітання» думками. Простий варіант такої вправи, який студент може виконати навіть на парі або в укритті:

- сісти зручніше, поставити ступні на підлогу, відчути, як вони торкаються поверхні;
- звернути увагу на точки контакту тіла зі стільцем або лавкою (спина, стегна, руки);
- на декілька секунд легенько притиснути ступні до підлоги або впертися спиною в спинку стільця, відчуваючи опору;
- повільно, по черзі напружити й розслабити основні групи м'язів (плечі, руки, ноги, щелепу), спостерігаючи різницю між напругою і розслабленням.

Дослідження, присвячені тілесно-орієнтованим і «embodiment» практикам, показують, що фокус на відчуттях тіла та опорі сприяє зниженню суб'єктивного стресу й покращенню саморегуляції, особливо при короткочасних щоденних практиках [127]. Українські фахові та популярні джерела також рекомендують м'язове напруження–розслаблення як частину комплексів дихальних і релаксаційних вправ для зниження тривоги [45; 18].

Сенсорне заземлення «5–4–3–2–1» та інші техніки «тут і тепер»

Завершує цей блок група сенсорних технік, які задіюють органи чуття. Сенсорні техніки заземлення базуються на підключенні різних каналів сприйняття (зір, слух, дотик, нюх, смак) для того, щоб відволіктися від нав'язливих тривожних думок і повернутися до реальності «тут і тепер».

Однією з найбільш поширених є вправа «5–4–3–2–1», яка активно використовується у психологічних рекомендаціях при гострій тривозі. Її можна виконувати в будь-якому місці, зокрема перед відповіддю на парі або під час очікування в укритті:

- назвати 5 предметів, які можна побачити навколо (будь-які деталі приміщення, людей, кольори);
- назвати 4 речі, які можна відчутти дотиком (одяг, поверхню стільця, власні долоні, підлогу під ногами);
- назвати 3 звуки, які можна почути (шум на вулиці, голоси, власне дихання);
- назвати 2 запахи (аромат їжі, запах повітря, парфуму, мила);
- назвати 1 смак, який відчувається зараз або який можна згадати [31; 11].

Подібні методики рекомендують як українські психологи, що працюють із наслідками війни, так і міжнародні організації, які розробляють протоколи самопомоги при тривозі та паніці. Вони допомагають змістити увагу з внутрішнього потоку катастрофічних думок на конкретні, нейтральні або приємні подразники, що знижує інтенсивність емоційної реакції й дозволяє краще контролювати поведінку в ситуаціях іспиту, виступу або сирени [123; 96].

Таким чином, дихальні вправи, тілесне й сенсорне заземлення разом формують базовий набір технік «тут і тепер», який студенти можуть використовувати для швидкого зниження гострої тривоги в повсякденних навчальних і кризових ситуаціях. Їхня ефективність підтверджується як результатами експериментальних і клінічних досліджень, так і рекомендаціями українських та міжнародних фахівців щодо психічної самопомоги в умовах війни й хронічного стресу [80; 74; 67].

Якщо техніки заземлення насамперед допомагають «збити пік» гострої тривоги, то майндфулнес-практики доцільно розглядати як щоденний тренінг уваги й емоційної саморегуляції. Їхньою метою є поступове зменшення румінації, звички «залипати» в тривожних думках і підвищувати здатність

залишатися в контактi з теперiшнiм моментом. Метааналiзи показують, що майндфулнес-орiєнтованi iнтервенцiї (MBSR, MBCT та iншi короткi програми) сприяють зниженню симптомiв тривоги й депресiї, а також покращують суб'єктивне вiдчуття благополуччя як у дорослих, так i в молодi. Українськi дослiдження й практичнi матерiали також пiдкреслюють потенцiал майндфулнес-технiк у роботi зi стресом, професiйним вигоранням i тривожнiстю, особливо в освітньому середовищi [132; 29; 89].

1. Усвiдомлене дихання (1–3 хвилини фокусу на вдиху–видиху)

Усвiдомлене дихання вiдрiзняється вiд «технiк стабiлiзацiї» описаних вище тим, що його мета не стiльки змiнити ритм дихання, скiльки навчитися помічати й приймати власний досвiд «як є». Студент обирає короткий промiжок часу (1–3 хвилини) i на цей перiод зосереджує увагу лише на вiдчуттях вдиху та видиху:

- зручно сiсти або стати, вiдчути опору пiд ногами;
- звернути увагу на те, як повітря входить у нiс i виходить через рот або нiс;
- помічати, як пiд час вдиху рухається грудна клiтка чи живiт, а пiд час видиху тiло трохи розслабляється;
- щоразу, коли увага вiдволiкається на думки, м'яко повернути її до вiдчуття дихання без самооцiнювання («я знову вiдволiкся»).

Подiбнi мiкропрактики рекомендують включати у щоденний режим. Це може бути, наприклад, на початку дня, перед навчальним заняттям чи пiсля прочитання важких новин. Дослiдження показують, що навіть короткi (5–10 хвилин) щоденнi майндфулнес-практики протягом декiлькох тижнiв можуть зменшувати рiвень тривоги й депресивних симптомiв, що робить їх реалістичним iнструментом для студентiв iз високим навантаженням [132; 93].

2. Коротке «сканування тiла» у сидячому або лежачому положеннi

Сканування тiла – це практика, пiд час якої людина послiдовно спрямовує увагу на рiзні частини тiла, помічаючи наявнi вiдчуття (напруження, тепло, холод, поколювання, вiдсутнiсть вiдчуттiв) без спроби їх одразу

змінити. У класичних програмах MBSR таке сканування може тривати 30–40 хвилин, але для студентів у воєнних умовах доцільно використовувати короткі варіанти (3–10 хвилин).

Орієнтовний алгоритм короткого сканування:

- зручно сісти або лягти, закрити або напівприкрити очі (якщо це безпечно й комфортно);
- перевести увагу на ступні: помітити дотик до підлоги чи поверхні, температуру, інші відчуття;
- повільно «піднімати» увагу вище – до гомілок, колін, стегон, живота, грудей, плечей, рук, шиї, обличчя;
- на кожній ділянці відмічати: «що я тут відчуваю зараз?» – без оцінювання та аналізу;
- якщо з'являється напруження, можна м'яко зробити видих і дозволити цій ділянці хоч трохи розслабитися, але це не є обов'язковою умовою.

Таке сканування допомагає краще усвідомлювати сигнали власного тіла, своєчасно помічати перенапруження й пов'язувати тривогу з тілесними проявами, а не лише з думками. Варто зауважити, що тілесно-орієнтовані майндфулнес-практики можуть бути корисними для профілактики емоційного виснаження та підтримки психологічної стійкості як в повсякденному житті, так і в освітньому середовищі.

3. Вправа «спостереження за думками» без боротьби з ними

Ще однією ключовою навичкою майндфулнес є вміння помічати власні думки без автоматичного «злиття» з ними. У рамках короткої практики спостереження за думками студент протягом 2–5 хвилин свідомо займає позицію «спостерігача»:

- сісти зручно, зробити декілька спокійних вдихів–видихів;
- звернути увагу на те, які думки з'являються («я не встигну», «буде обстріл», «я провалю іспит» тощо);
- замість того, щоб розкручувати зміст, позначати їх як «думки»: «зараз у мене з'явилася думка, що...»;

- уявляти, що думки – це хмаринки, які пропливають небом, або листочки на потоці, які пропливають повз, а не накази до дії.

Дослідження майндфулнес-інтервенцій показують, що практика спостереження за думками без боротьби з ними допомагає зменшити румінації та катастрофізацію, які тісно пов'язані з тривожними й депресивними станами. У вітчизняних публікаціях також наголошується, що вміння «розпізнавати» думки й не автоматично їм вірити є важливим компонентом психологічної грамотності, особливо в умовах інформаційного перевантаження й воєнних новин [29].

Узагальнюючи, варто зауважити, що майндфулнес-практики щоденного рівня, такі як коротке усвідомлене дихання, сканування тіла та спостереження за думками, не вимагають спеціальної підготовки чи участі в тривалих ретритах. За умови регулярного виконання вони поступово знижують інтенсивність тривоги й депресивної симптоматики та підсилюють емоційну гнучкість, яка досліджувалася в емпіричній частині роботи. Для студентів в умовах війни це означає можливість мати невеликі, але власні інструменти впливу на свій стан, навіть коли зовнішня ситуація залишається неконтрольованою..

Окрім коротких вправ, корисним ресурсом для студентів стає включення елементів майндфулнес у звичну щоденну активність. Ідеться не про спеціальні медитаційні сесії, а про зміну способу присутності в тому, що людина й так робить щодня: ходить містом, іде до університету, сидить в укритті, дивиться у вікно. Перехід від «автопілота» до уважної присутності допомагає зменшити румінації, переключити увагу з постійного скролінгу новин та створити відчуття більшої включеності в реальність, а не лише у власні думки. Серед таких елементів варто виокремити усвідомлену прогулянку, хоббі, як практику усвідомленої присутності. В цьому дослідженні як приклад хоббі розглянуто фотографування, адже це одне з найпоширеніших занять серед студентської молоді. Крім того розглянуто усвідомлене виконання звичних дій.

1. Усвідомлена прогулянка

Усвідомлена прогулянка – це звичайна ходьба, під час якої людина свідомо спрямовує увагу на відчуття в тілі й навколишнє середовище замість того, щоб «жити» в телефоні чи у тривожних сценаріях. Студент може використати навіть коротку дорогу від гуртожитку до корпусу як майндфулнес-практику. Орієнтовний алгоритм:

- звернути увагу на опору: як ступні торкаються землі, як змінюється тиск підошви при кожному кроці;
- помічати рух тіла: роботу м'язів ніг, легке хитання корпусу, положення рук;
- розширити увагу на оточення: кольори будівель, форму дерев, гру світла й тіней, звуки міста чи природи;
- щоразу, коли увага «з'їжджає» в думки про майбутній іспит або новини, спокійно повернути її до конкретних відчуттів кроку, зору чи слуху.

Такі прогулянки не скасовують проблем, але змінюють спосіб контакту з ними: замість постійного розкручування тривожних сценаріїв людина хоча б на декілька хвилин входить у режим спостереження й присутності. Дослідження показують, що усвідомлена ходьба є ефективним компонентом майндфулнес-програм для зниження тривоги, депресивних симптомів та підвищення відчуття життєвої енергії, особливо в умовах хронічного стресу [118].

2. Фотографування як практика усвідомленої присутності.

Фотографування легко перетворити з автоматичної дії («просто щось зняти для сторіс») на вправу з концентрації та усвідомлення. Майже кожен студент має смартфон, тому ця техніка не потребує додаткових ресурсів і може виконуватися у будь-якому місці. У низці зарубіжних досліджень фотографування розглядають як форму майндфулнес-практики, що сприяє підвищенню усвідомленості й добробуту. Зокрема, участь у структурованих фотопроектах із фокусом на уважному сприйнятті оточення може посилювати відчуття присутності «тут і тепер» та покращувати психологічне благополуччя.

Систематичний огляд емпіричних робіт також свідчить, що практики, які поєднують візуальні мистецтва й майндфулнес, зокрема усвідомлене фотографування, можуть зменшувати стрес і сприяти розвитку рефлексії й самоспостереження [133; 116].

Простий варіант вправи:

- обрати короткий відрізок часу (1–5 хвилин) під час прогулянки чи перерви;
- поставити собі завдання знайти одну-дві деталі, які зазвичай «губляться» у просторі: відблиск на вікні, текстуру стіни, форму листя, тінь від гілок, відображення у калюжі;
- перед тим як зробити фото, на декілька секунд сфокусувати увагу на тому, що саме привернуло погляд: колір, форму, симетрію, контраст;
- помітити, які думки та емоції з'являються під час цього процесу (спокій, цікавість, дратівливість, байдужість) і просто зафіксувати їх, не оцінюючи.

У такому форматі фотографування стає вправою на уповільнення й спостереження, а не способом «залипання» в камері. Подібні практики є дієвою формою повсякденного майндфулнесу: людина вчиться помічати деталі, які зазвичай проминає, і тренує здатність залишатися в контакті з теперішнім моментом, а не лише з внутрішнім потоком думок. Це важливо в умовах війни, коли психіка схильна звужувати поле уваги до загроз і втрат, і будь-який безпечний спосіб розширити цей фокус працює як ресурс.

3. Усвідомлене виконання звичних дій

Крім ходьби й фотографування, елементи майндфулнесу можна інтегрувати у найпростіші рутинні дії: приготування їжі, приймання душу, прибирання, догляд за рослинами. Ключовим є не те, що саме робить студент, а те, як він це робить:

- переключати увагу з автоматичних думок на відчуття: запах їжі, температуру води, звук, дотик, рух рук;

- помічати моменти, коли розум «утікає» в тривожні сценарії, й м'яко повертати його до поточної дії без самокритики;
- час від часу ставити собі просте запитання: «Що я відчуваю зараз у тілі? Що я бачу й чую прямо зараз?».

Такі маленькі «якорі уваги» не замінюють повноцінних терапевтичних програм, але створюють фон більшої усвідомленості, який у поєднанні з іншими техніками знижує загальну напруженість і допомагає студентам краще витримувати тривалу невизначеність. В умовах війни, коли багато зовнішніх факторів є неконтрольованими, усвідомлена активність і фотографування дають відчуття хоч невеликого, але реального впливу на те, як проживається кожен конкретний день [75].

Окрему групу рекомендацій для студентів становлять прості когнітивні вправи, спрямовані на роботу з тривожними й самокритичними думками. Вони не замінюють повноцінну когнітивно-поведінкову терапію, але допомагають зробити перші кроки до більш усвідомленого ставлення до власних автоматичних переконань. У поєднанні з техніками заземлення та майндфулнес такі вправи сприяють зниженню румінацій, катастрофізації та відчуття безпорадності.

1. Вправа «зупинка і перевірка думки»

Ця вправа допомагає «спіймати» тривожну або самокритичну думку й перевести її з автоматичного рівня в рівень аналізу. Алгоритм можна подати у вигляді трьох кроків:

- Зупинка. Помітити думку, яка викликає сильну тривогу чи сором («Я точно провалю сесію», «Я нічого не вмію», «Будь-який іспит закінчиться провалом»). Важливо зафіксувати її в більш-менш чіткому формулюванні.
- Перевірка. Поставити до цієї думки кілька запитань: «Які факти “за” цю думку? Які факти “проти”? Чи є альтернативні пояснення ситуації? Чи говорив би я так із другом у схожих обставинах?».

- Корекція. Спробувати сформулювати більш збалансовану, реалістичну думку, яка враховує як ризики, так і ресурси («Мені справді зараз важко, але я вже складав частину іспитів», «Мені потрібен план підготовки, а не самокритика») [39].

Слід зауважити, що навіть коротка зупинка і перевірка думки дозволяє відійти від «чорнобілих» оцінок і зменшує емоційну силу негативних висновків. Для студентів у воєнних умовах це особливо важливо, оскільки зовнішня нестабільність підсилює схильність до катастрофізації й глобалізації власних невдач.

2. Вправа «що я контролюю / що не контролюю»

У ситуації війни значна частина подій є об'єктивно неконтрольованою для окремої людини. Це створює відчуття безсилля, яке підживлює тривогу й депресивні переживання. Вправа «що я контролюю / що не контролюю» допомагає розмежувати сфери впливу й спрямувати енергію на ті дії, які реально залежать від студента.

Простий варіант:

- Поділити аркуш або сторінку на дві колонки: «Не контролюю» і «Можу вплинути».
- У першу колонку записати те, що не залежить від людини (рішення військового чи політичного керівництва, повітряні тривоги, поведінка інших людей, частина обставин навчального процесу).
- У другу колонку вписати конкретні речі, на які студент може впливати: режим сну й відпочинку настільки, наскільки це можливо; план підготовки до іспиту; звернення по підтримку; використання технік заземлення й майндфулнес; обмеження часу перегляду новин; способи самоорганізації навчання.

Далі важливо поставити собі запитання: «Що з другої колонки я реально можу зробити сьогодні або найближчими днями?». Такий підхід не скасовує тривоги, але переводить частину уваги з безплідного переживання неконтрольованого на конкретні кроки в зоні власної відповідальності.

3. Спостереження за самокритикою й формування підтримувальних формулювань

В умовах високого стресу у багатьох студентів посилюється внутрішня самокритика: з'являються думки на кшталт «я слабкий(а)», «інші справляються краще», «мені соромно, що я так реаую». Така позиція підвищує ризик депресивних переживань і заважає звертатися по допомогу. Коротка вправа може складатися з двох кроків:

- Протягом дня або тижня помічати типові самокритичні фрази, які «звучать у голові», й записувати їх майже дослівно.
- Для кожної з них сформулювати більш підтримувальний, але реалістичний варіант, ніби ці слова адресуються близькій людині в подібній ситуації («Зараз тобі складно, але це не означає, що ти слабкий(а)», «Зважаючи на обставини, ти робиш усе можливе», «Ти маєш право на втому й емоції») [53].

Регулярна практика помічання самокритики й свідомої заміни її на більш співчутливі формулювання сприяє зниженню внутрішнього напруження й підтримує мотивацію до навчання та самодопомоги. У поєднанні з техніками заземлення та майндфулнес це формує більш стійке відчуття внутрішньої опори, що є особливо значущим у контексті воєнної реальності.

Отже, запропоновані техніки самодопомоги спрямовані на те, щоб повернути студентам бодай часткове відчуття впливу на власний стан у ситуації тривалої воєнної загрози. Регулярне використання технік заземлення, майндфулнес-практик, усвідомленої активності й простих когнітивних вправ дає змогу зменшувати інтенсивність гострої тривоги, знижувати частоту румінацій і катастрофічних інтерпретацій, а також підтримувати базовий рівень емоційної стабільності й працездатності.

У цьому контексті такі вправи можна розглядати як елемент внутрішнього психологічного ресурсу, який доповнює зовнішню підтримку й не залежить від доступності спеціалізованої допомоги. Для студентів, що навчаються й живуть в умовах війни, оволодіння цими техніками означає не

лише тимчасове полегшення, а й розвиток навичок психологічної саморегуляції та емоційної гнучкості, важливих для подальшого життя й професійного становлення.

Висновки до розділу 2

Емпіричне дослідження реалізовано за допомогою валідного комплексу психодіагностичних методик (HADS, STAI, BDI, AAQ-II, FFMQ-15), що забезпечило послідовну фіксацію тривожно-депресивних проявів та регуляторних ресурсів у 68 студентів в умовах воєнного стресу. Такий інструментарій не лише зафіксував масштаб проблеми, а й створив основу для виявлення умов її подолання через аналіз взаємозв'язків симптомів дистресу з психологічною гнучкістю та усвідомленістю.

Результати засвідчили системний характер тривожно-депресивних порушень з вираженою коморбідністю, де значна частина студентів демонструє клінічно значущі рівні симптомів на тлі високого диспозиційного майндфулнес та середньої гнучкості. Парадоксальне співіснування ресурсів і дистресу пояснюється їхньою частковою нереалізованістю в екстремальному контексті, що підтверджено кореляційним аналізом: гнучкість негативно пов'язана з тривогою та депресією, тоді як компоненти усвідомленості не виявляють самостійного протективного ефекту.

Ці дані обґрунтовують психологічні умови подолання через комплексне використання технік заземлення, майндфулнес-практик та вправ прийняття, інтегрованих у психоедукаційні програми ЗВО. Регулярне тренування з моніторингом прогресу переводить латентні ресурси в дієвий механізм зниження дистресу, сприяючи емоційній стійкості та академічній адаптації.

Емпіричні висновки верифікували гіпотезу про гнучкість та усвідомленість як ключові чинники подолання тривоги й депресії в умовах війни.

ВИСНОВКИ

Проведене теоретико-емпіричне дослідження дозволило комплексно описати особливості тривожної та депресивної симптоматики здобувачів вищої освіти в умовах війни та виявити психологічні ресурси, які можуть сприяти їх подоланню. Аналіз наукових джерел показав, що війна є потужним хронічним стресором, який підсилює як гострі емоційні реакції, так і схильність до формування тривалих тривожних і депресивних станів. Особливу вразливість у цьому контексті мають студенти, для яких поєднуються вікові кризи, невизначеність майбутнього, навчальне навантаження та пряма або опосередкована травматизація воєнними подіями.

Результати емпіричного етапу засвідчили високий масштаб емоційних порушень у вибірці. За даними шкали HADS, більше половини студентів мають підвищений рівень тривоги, причому у значної частини він досягає клінічно виражених значень. Аналогічно, депресивна симптоматика у більшості респондентів виходить за межі норми і часто відповідає субклінічному або клінічно значущому рівню, що підтверджується як за HADS-D, так і за опитувальником А. Бека. Дані опитувальника Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна виявили одночасно підвищену реактивну й особистісну тривожність, що дозволяє розглядати тривогу не лише як ситуативну відповідь на воєнні загрози, а як стійкий особистісний фон. Сукупність результатів указує на виражену коморбідність тривоги та депресії, їхнє часте поєднання в одних і тих самих студентів, що посилює емоційне виснаження, знижує навчальну мотивацію, погіршує академічну успішність і ускладнює адаптацію до вимог освітнього процесу.

Водночас дослідження психологічних ресурсів продемонструвало не лише дефіцити, а й суттєвий потенціал для подолання тривоги й депресії. За опитувальником FFMQ-15 у вибірці не виявлено жодного студента з низьким рівнем майндфулнес: переважна більшість респондентів мають високі показники за всіма п'ятьма аспектами усвідомленості (спостереження, опис,

дія з усвідомленням, неосудливість, нереактивність). Це свідчить про наявність сформованих навичок помічати й описувати власні стани, зберігати увагу в теперішньому моменті, менше засуджувати себе за «негативні» переживання та не піддаватися імпульсивним реакціям на внутрішні стимули. За результатами AAQ-II студенти в середньому продемонстрували переважно середній рівень психологічної гнучкості з вираженою індивідуальною варіативністю: частина респондентів достатньо здатна приймати складні емоції і продовжувати діяти в напрямі важливих цінностей, тоді як інша частина має труднощі з прийняттям, тяжіє до емоційного уникання та «залипання» на болісних думках.

Порівняння показників тривожності й депресивності з даними про майндфулнес та психологічну гнучкість виявило важливий феномен: навіть за умов переважно високого рівня майндфулнес і частково сформованої психологічної гнучкості значна частина студентів продовжує переживати інтенсивну тривогу й депресивні симптоми. Це дозволяє розглядати усвідомленість і гнучкість не як відсутні якості, а як реальні, але частково нереалізовані ресурси, потенціал яких не повністю розкривається в умовах тривалого воєнного стресу. З одного боку, це підкреслює надзвичайну силу впливу екстремального соціального контексту, що перевищує компенсаторні можливості навіть відносно розвинених навичок саморегуляції. З іншого боку, дані свідчать, що без систематичного, структурованого тренування й інтеграції цих навичок у повсякденне життя їхній вплив на зниження тривоги й депресії залишається обмеженим.

На основі отриманих результатів були обґрунтовані психологічні умови подолання тривоги та депресії у здобувачів ЗВО в умовах війни. До таких умов належать: по-перше, цілеспрямований розвиток навичок усвідомленості й психологічної гнучкості через регулярну практику майндфулнес-орієнтованих технік (спостереження за диханням, заземлення, усвідомлена дія, вправи на неосудливість та нереактивність); по-друге, формування вміння приймати власні емоційні стани й діяти відповідно до особистісно значущих цінностей,

незважаючи на наявність тривоги чи пригніченості; по-третє, забезпечення психоедукаційного супроводу, який допомагає студентам усвідомити природу тривожних і депресивних реакцій, роль майндфулнес і гнучкості, а також навчитися використовувати відповідні техніки у навчальному та життєвому контексті.

Таким чином, психологічні умови подолання тривоги та депресії, окреслені в цій роботі, передбачають опору на реально наявні, хоча й частково нереалізовані, внутрішні ресурси усвідомленості та психологічної гнучкості. Реалізація цих умов у формі комплексних програм психологічної допомоги й підтримки здобувачів вищої освіти в умовах війни може стати важливим чинником зменшення тривожної та депресивної симптоматики, підвищення емоційної стійкості й збереження навчального та життєвого функціонування молоді в ситуації тривалого воєнного та соціального стресу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Августюк М. М., Демидюк В. М., Борисенко В. Є. Роль румінації як модератора у взаємозв'язку між емоційною регуляцією та психологічною стійкістю: теоретичний аналіз. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія» : науковий журнал. Острог : Вид-во НаУОА, 2025. № 18. С. 15-21.*
2. Августюк М. Румінація та занепокоєння і посттравматичний стресовий розлад: основні аспекти зв'язку. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2024. Випуск 22. С. 3-9.*
3. Амбаслямова Л. Тривожність особистості в умовах війни: теоретичний аналіз. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія. Випуск 72.* Режим доступу:
<http://journals.hnpu.edu.ua/index.php/psychology/article/view/17122>.
4. Асеева Ю., Возний Д., Волинчук Т. Психічне здоров'я молоді в умовах війни: результати психодіагностики та терапевтичних інтервенцій. *Ментальне здоров'я, 2024. № 3.* Режим доступу:
<https://doi.org/10.32782/3041-2005/2024-3-4>.
5. Бек А, Деніз Д. Девіс, Фрімман А. Когнітивна психотерапія розладів особистості. Київ : Науковий світ, 2024. 560 с.
6. Божик С. Майндфулнес в науці. *Fizis. Центр розвитку особистості, 2021.* Режим доступу: <https://fizis.net/naukovi-doslidzhennja/mainfulness-v-nautsi/>.
7. 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.* Режим доступу:
<https://journals.nmuofficial.kyiv.ua/index.php/eddiscourses/article/view/89/79>.

8. Війна і депресія: що варто знати. *MoZok*, 2025. Режим доступу: <https://mozok.ua/depressiya/article/3746-vjna--depresya-sho-var-to-znati>.
9. Вплив війни на психічне здоров'я дітей. *Музей воєнного дитинства. 2025 War Childhood Museum Ukraine*. Режим доступу: <https://warchildhood.org/ua/impact-of-war-on-childrens-mental-health>.
10. Вправи на зняття тривожності – ефективна й доступна методика подолання неспокою. *Mozok.ua*. Режим доступу: <https://mozok.ua/anxietydisorder/article/4025-vpravi-na-znyattya-trivozhnost--efektivna--dostupna-metodika-podolannya-per>.
11. Вправи, що відволікають від тривожних думок. *Баштанська міська територіальна громада*, 2023. 20 лип. Режим доступу: <https://bashtanskaotg.gov.ua/news/vpravi-scho-vidvolikayut-vid-trivozhnih-dumok-2023-07-20>.
12. Галієва О. М. Теоретичний аналіз поняття «тривожність». *Теорія і практика сучасної психології: збірник наукових праць*. 2018. № 6. С. 107–110.
13. Гиндич А., Дзеружинська Н. Психічне здоров'я студентів, які постраждали від війни: коморбідність, якість життя та терапевтичні стратегії. *Психосоматична медицина та загальна практика Т. 9 № 4. 2024*. Режим доступу: <https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/download/561/1138/5285>.
14. Годагер Г., Обрізан М. Психічне здоров'я під час війни: коли хліб перемагає бомби. *Вокс Україна. Аналітика. Суспільство*. 2025. Режим доступу: <https://voxukraine.org/psychichne-zdorov-ya-pid-chas-vijny-koly-hlib-peremagaye-bomby>.
15. Гозак С. В., Єлізарова О. Т., Станкевич Т. В. Соціальні аспекти життєдіяльності міського і сільського населення України в умовах воєнного стану. *Національна академія медичних наук України. Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України (2025)*, 7 січня. Режим доступу: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-497-9-7>

16. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS). *Mozok.ua*. Режим доступу: <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2711-gosptalna-shkala-trivogi--depres-HADS>.
17. Грузинська І. Проблема емоційного реагування на стресові ситуації в умовах воєнного стану. *Вісник Національного авіаційного університету*, 2022 № 21. Режим доступу: <https://jrn1.nau.edu.ua/index.php/VisnikPP/article/view/17096>.
18. Дихання і розслаблення. Самодопомога при тривозі. *Terveyskylä (Health Village)*. Режим доступу: <https://www.mielenterveystalo.fi/uk/self-help/samodopomoha-pry-tryvozi/1-dykhannya-i-rozslablennya>.
19. Енциклопедія особистості та індивідуальних відмінностей. Режим доступу: https://link.springer.com/rwe/10.1007/978-3-319-28099-8_1363-1.
20. Єременко Н.П., Ковальова Н.В., Ужвенко В.А. Психічне здоров'я студентської молоді України під час війни. *Матеріали Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції «Тенденції та перспективи розвитку науки і освіти в умовах глобалізації»*: зб. наук. пр. Переяслав, 2023. Вип. 92. С. 90-93.
21. Журавльов А. Ментальне здоров'я студентів під час навчання: виклики та поради щодо управління стресом. *Центр комунікацій львівської політехніки*. Режим доступу: <https://lpnu.ua/news/mentalne-zdorovia-studentiv-pid-chas-navchannia-vyglyky-ta-porady-shchodo-upravlinnia-stresom>.
22. Калошин В.Ф. Рационально-емотивна терапія: теорія та практика. Режим доступу: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/2855/1/7_%D0%A0%D0%95%D0%A2_5_2010.pdf.
23. Каплуненко Я., Кучина В. Адаптація та валідація короткого п'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15). *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 2023. (1(28)). С. 95-105. <https://doi.org/10.31108/2.2023.1.28.10>. Режим доступу: <http://orgpsy-journal.in.ua/index.php/opep/article/view/384/319>.

24. Карамушка Л.М. Психічне здоров'я особистості в умовах війни: як його зберегти та підтримати: методичні рекомендації. *Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2024.* 48 с.
25. Коломієць Л.І., Шульга Г.Б. Особливості стратегій емоційної саморегуляції осіб юнацького віку. *Габітус, 2020. Випуск 18. Т. 2. С. 66.70.*
26. Котигорошко В. «Піраміда Абрагама Маслоу: аналіз теорії ієрархії потреб». *Gasformind, 2023.* Режим доступу: <https://www.gasformind.com/piramida-potreb-maslou/>.
27. Красков О. Вплив факторів стресу, пов'язаних з війною в Україні, на психічне здоров'я молоді (на прикладі студентів 3-4 курсів Національного університету «Києво-Могилянська академія»). *Психосоматична медицина та загальна практика, 2024. Т. 9 № 3.* Режим доступу: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/522/1097>.
28. Куліш О.В., Качуріна М.О. Педченко О.В. Техніки майндфулнес у роботі зі стресом та тривогою в дорослих цивільних українців в умовах війни. *Наукові записки. Серія: Психологія, 2025. Випуск 1(7).* С.81-87.
29. Куліш, О. В., Качуріна, М. О., & Педченко, О. В. Техніки майндфулнес у роботі зі стресом та тривогою в дорослих цивільних українців в умовах війни. *Наукові записки. Серія: Психологія, 2025. (1), С.81-87.* Режим доступу <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2025-1-10>.
30. Лазарева К. Тривожна статистика ВООЗ: понад 70% українців відчувають симптоми депресії та стресу. *The page, 2025. 9 серпня.* Режим доступу: <https://thepage.ua/ua/news/vpliv-vijni-na-zdorovya-ukrayinciv-ponad-70percent-ukrayinciv-vidchuvayut-depresiyyu>.
31. Лисичкіна Л. Техніки заземлення, які допоможуть впоратися з тривожністю під час тривоги та обстрілів. *Великий Київ.* Режим доступу: <https://bigkyiv.com.ua/tehniky-zazemlennya-yaki-dopomozhut-vporatysya-z-tryvozhnistyuu-pid-chas-tryvog-ta-obstriliv/>.

- 32.Майндфулнес – техніка медитації, яка допомагає впоратися з психологічними проблемами. *Mozok.ua*. Режим доступу: <https://mozok.ua/anxietydisorder/article/4313-majndfulnes--tehnka-meditac-yaka-dopomaga-vporatisya-z-psihologchnimi-prob>.
- 33.Марценюк М. О. Технології майндфулнес в психотерапевтичній практиці. *Сучасні виклики і актуальні проблеми науки, освіти та виробництва: міжгалузеві диспути. Матеріали XI міжнародної науковопрактичної інтернет-конференції (м. Київ, 11 грудня 2020 р.). Київ, 2020. С. 438-447.*
- 34.Ментальне здоров'я студентів та подолання стресу. *Prague Education Center. 2025*. Режим доступу: <https://www.educationcenter.cz/ua/blog-ua/mentalne-zdorovia-studentiv-iak-spravliatysia-zi-stresom/>.
- 35.Михайлюк Л.М. Розвиток особистості в гуманістичній психології А. Маслоу та К. Роджерса. Режим доступу: <https://ela.kpi.ua/server/api/core/bitstreams/e1c8c4ac-e9e6-4259-be2d-d983ef56df65/content>.
- 36.Міщенко М., Батяшова Є. . (2024). Майндфулнес техніки для розвитку життєстійкості в умовах війни. *Психологічний журнал, 2025. (12), С.130–136*. Режим доступу: <https://doi.org/10.31499/2617-2100.12.2024.306815>.
- 37.Міщенко Т.С., Міщенко В.М. Війна та її вплив на нервову систему людини. *Спеціалізований медичний портал The helth, 2025. 22 червня*. Режим доступу: <https://health-ua.com/neurology/mizdisciplinari-problemi/80536-viina-ta-yiyi-vpliv-na-nervovu-sistemu-liudini>.
- 38.Могильова Н. Особливості психічного здоров'я та психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб в умовах війни: досвід України. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології права, 2023. № 2*. Режим доступу: <https://www.chasopys-ppp.dp.ua/index.php/chasopys/article/view/399/354>
- 39.Найпростіша і дієва вправа по зупинці думок. *Укр.Медіа. Психологія, 2019. 15 травня*. Режим доступу: <https://ukr.media/psihologiya/392229/>.

40. Нівінська В.С. Сприйняття стресу та його вплив на емоційну регуляцію студентів в умовах невизначеності. *Габітус. Науковий журнал з соціології та психології*, 2024. Вип. 66. С. 76-80. Режим доступу: <http://habitus.od.ua/journals/2024/66-2024/13.pdf>.
41. Нікітчук У. І. Психометричні властивості української версії опитувальника депресії А. Бека (BDI-I) на студентській вибірці. *Психологічний часопис*, 2020. Т. 6, № 11 (43). С. 56-68. Режим доступу: <https://apsijournal.com/index.php/psyjournal/article/download/1115/688>.
42. Овчаренко О. Ю. Психоемоційний стан студентів в умовах збройного конфлікту. *Габітус*. 2023. Вип. 53. С. 75-81. Режим доступу: <http://habitus.od.ua/journals/2023/53-2023/12.pdf>.
43. Орос М. Вплив війни на людину. Зміни психіки та характеру в умовах воєнного стану. *Український медичний часопис*. Режим доступу: <https://api.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2023/05/5271.pdf>.
44. Панько Т. Депресія і війна. *За матеріалами Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Організація амбулаторної та стаціонарної психіатричної допомоги під час війни» (26-27 січня 2023 р.)*. Режим доступу: https://health-ua.com/multimedia/userfiles/files/2023/Nevro_1_2023/nevro_1_2023_st10.pdf
45. Пляка Л. Поради психолога: Дихальні техніки для зняття напруги і тривоги. *Національний фармацевтичний університет*, 2021. 28 лют. Режим доступу: <https://nuph.edu.ua/wp-content/uploads/2015/03/28.02.2021-Поради-психолога-Дихальні-техніки-для-підтримки-фізіологічного-і-психічного-здоров'я.pdf>
46. Полив'яна М., Степанова Н., Ячнік Ю., Мишаківська О., Фегерт М. Йорг, Сітарські Е. Пінчук І. Потреба в підтримці ментального здоров'я студентів під час війни. *Праці Наукового товариства ім. Шевченка. Медичні науки*, 2024. 2(76). Режим доступу: <https://mspsss.org.ua/index.php/journal/article/view/1006/827>.

47. Пономаренко Т., Сидоренко Ю. Тривожність і депресія у студентів: виклики для освітнього середовища в умовах війни. *Ментальне здоров'я*, 2025 № 2. С.70-78. Режим доступу: DOI: <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2025-2.12>.
48. Ройз С. Дихання заземлення: що це, як навчитися і як застосовувати техніку. Пояснює психологиня. *РБК-Україна*, 2023. 24 листоп. Режим доступу: <https://www.rbc.ua/rus/stylar/dihannya-zazemlennya-navchitisyazastosuvati-1700830490.html>.
49. Ситник С. І., Пономарьова В. К., Трофімова Д. О. Практика майндфулнес як засіб подолання стресу в часи пандемії. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, 2021. Вип. 1. С. 50–53. Режим доступу: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/bitstreams/5b310c88-24bb-47c2-ae44-e20aba2ebdf1/download>.
50. Содолевська В. Вплив війни на психічне здоров'я молоді: роль резилієнсу та психологічних інтервенцій. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*, 2025 №6 (161). Режим доступу: [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2025/6\(161\)/nn25_6_28-34.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2025/6(161)/nn25_6_28-34.pdf).
51. Сумарюк Б. Mindfulness – подолай тривогу самотужки. *Буковинський державний медичний університет*, 2022. Режим доступу: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/mindfulness-podolaj-tryvogu-samotuzhky/>.
52. Таміліна Л. Коли навчання переходить в онлайн: неявний вплив війни на задоволеність життям українських студентів. *Вокс Україна*, 2025. 18 Листопада. Режим доступу: <https://voxukraine.org/koly-navchannya-perehodyt-v-onlajn-neyavnyj-vplyv-vijny-na-zadovolenist-zhyttyam-ukrayinskyh-studentiv>.
53. Тертична Т. Д. Вправи, ігри й техніки для емоційної підтримки учасників освітнього процесу в умовах надзвичайних ситуацій. Режим доступу: <https://vspu.edu.ua/science/new-style2/doc4.pdf>.

- 54.Ткачишина О. Дослідження проявів тривоги та депресії у студентів в умовах воєнного стану. *Слобожанський науковий вісник*, 2025. (1). С. 134-138. Режим доступу: DOI: <https://doi.org/10.32782/psyspu/2025.1.25>.
- 55.Фройд З. Вступ до психоаналізу. Нові висновки / перекл. з німецької П. Тарашук. Тернопіль : Навчальна книга – Богдан, 2021. 552 с.
- 56.Хоменко Є.Г. Психологічне благополуччя студентської молоді у військовий час. *Habitus.2023. №51*. С. 20–34. Режим доступу: <http://habitus.od.ua/journals/2023/51-2023/20.pdf>.
- 57.Чабан О.С., Хаустова О.О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги. *Український медичний часопис*, 2022. Режим доступу: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-232297-mediko-psihologichni-naslidki-distresu-vijni-v-ukrayini-shho-mi-ochikuyemo-ta-shho-potribno-vrahovuvati-pri-nadanni-medichnoyi-dopomogi>.
- 58.Шаповалова Л.О. Концептуалізація гуманістичної теорії К. Роджерса, центрованої на людині. *Гуманітарний вісник Запорізької державної інженерної академії*, 2017. №68. С.159-167. Режим доступу: <https://doi.org/10.30839/2072-7941.2017.94480>.
- 59.Широка А. О., Миколайчук М. Я. І. (2021). Адаптація україномовної версії опитувальника Прийняття та Дії (AAQ-II) на нормативній та субклінічній групах досліджуваних. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, 2025.(3), С. 101-112. Режим доступу: <https://pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/view/1226>.
- 60.Шкала депресії Аарона Бека (BDI). Режим доступу: https://icbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/%D0%A8%D0%9A%D0%90%D0%9B%D0%90-%D0%94%D0%95%D0%9F%D0%A0%D0%95%D0%A1%D0%86%D0%87-%D0%91%D0%95%D0%9A%D0%90_21.pdf.

61. Шкала тривоги Спілбергера (STAI). Режим доступу: <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2703-shkala-trivogi-splbergera-STAI>.
62. Шульга Г. Б., Сосновський Б.М., Н. В. Шуй Н.В. Психологічні особливості емоційної регуляції в осіб юнацького віку. *Наукові записки ВДПУ імені Михайла Коцюбинського. Серія: педагогіка і психологія, 2019. Вип. 60. С. 178-182.*
63. Шульга Г. Особливості стратегій емоційної саморегуляції майбутніх учителів в умовах надзвичайних ситуацій. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія. Збірник наукових праць, 2023. Вип. 76. Режим доступу: <https://doi.org/10.31652/2415-7872-2023-76-94-99>.*
64. Юнг К. Г. Психологічні типи. Київ: Центр навчальної літератури, 2024. 680 с.
65. Яремко Р. Я., Гродська В. М., Дзюбак А. В., Ільків Х. В. Теоретичне дослідження проблеми тривожності особистості у психологічній літературі. *Молодий вчений, 2022. №5(105). С. 83-86.*
66. 6 anxiety techniques for students. *University of West London, 2021. 20 Oct.* Режим доступу: <https://www.uwslondon.ac.uk/blog/6-anxiety-techniques-for-students/>.
67. 9 дихальних практик, які допоможуть впоратися з тривогою. *Українська правда. Життя.* Режим доступу: <https://life.pravda.com.ua/health/9-dihalnih-praktik-yaki-dopomozhut-vporatisya-z-trivogoyu-301783/>.
68. Adler, A. *Understanding Human Nature.* Oxford : Oneworld Publications, 2011. 240 p.
69. Adriana Munhoz Carneiro, Sara Lisboa, Teodoro Silva, Pedro Henrique Nunes Souto, Leonardo Afonso dos Santos, Ricardo Alberto Moreno. Psychoeducation as an adjunctive treatment for depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders Reports. Volume 21, July 2025, 100950.* Режим

- доступу:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666915325000800>.
70. Alruwaili, R. F. Emotion regulation strategies among Saudi university students: exploring cognitive reappraisal and expressive suppression. *Cogent Education*, 2025. 12(1). <https://doi.org/10.1080/2331186X.2025.2574728>.
71. American Psychiatric Association. What is Depression? *American Psychiatric Association*, 2022. Режим доступа: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>.
72. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 2006 Mar;13(1):27-45. doi: 10.1177/1073191105283504. PMID: 16443717. Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/7329545_Using_Self-Report_Assessment_Methods_to_Explore_Facets_of_Mindfulness.
73. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. Cognitive Therapy of Depression. second edition. *Guilford Press*, 2024. Режим доступа: https://dn710106.ca.archive.org/0/items/cognitive-therapy-of-depression-aaron-t-beck-a-john-rush-brian-f-shaw-gary-emery/Cognitive%20Therapy%20of%20Depression%20--%20Aaron%20T_%20Beck%3B%20A_%20John%20Rush%3B%20Brian%20F_%20Shaw%3B%20Gary%20Emery%3B%20--%202024%20--%20Guilford%20Publications%20--%201572305827%20--%20084c42acb34407d03734eca8932675065%20--%20Anna%E2%80%99s%20Archive.pdf.
74. Bentley TKG, D'Andrea-Penna G, Rakic M, Arce N, LaFaille M, Berman R, Cooley K, Sprimont P. Breathing Practices for Stress and Anxiety Reduction: Conceptual Framework of Implementation Guidelines Based on a Systematic Review of the Published Literature. *Brain Sci*, 2023 Nov 21;13(12):1612. doi: 10.3390/brainsci13121612. Режим доступа:

- <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10741869/pdf/brainsci-13-01612.pdf>.
75. Birtwell K., Williams K., van Marwijk H., Armitage C. J., Sheffield D. An Exploration of Formal and Informal Mindfulness Practice and Associations with Wellbeing. *Mindfulness*. 2019. Vol. 10. P. 89–99. DOI: 10.1007/s12671-018-0951-y. Режим доступа: https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-018-0951-y?utm_source.
76. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002 Feb;52(2):69-77. doi: 10.1016/s0022-3999(01)00296-3. PMID: 11832252. Режим доступа: https://totoneimbehl.wordpress.com/wp-content/uploads/2019/04/bjelland-i-et-al_2002_the-validity-of-the-hospital-anxiety-and-depression-scale.pdf.
77. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*. 2011 Dec;42(4):676-88. doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007. Epub 2011 May 25. PMID: 22035996. Режим доступа: https://research.gold.ac.uk/id/eprint/5531/2/AAQ-II_psychometrics_paper_%28accepted_version%29.pdf.
78. Chayadi E, Baes N, Kiropoulos L. The effects of mindfulness-based interventions on symptoms of depression, anxiety, and cancer-related fatigue in oncology patients: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 2022. 17(7): e0269519. Режим доступа: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269519>.
79. Chen W.-L., Chung S.-H. Academic procrastination and emotion regulation: Parallel trajectories and reciprocal influences over an academic semester. *Personality and Individual Differences*. 2025. Vol. 237. Art. 113050. Режим доступа: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4976600.

80. Chin P., Gorman F., Beck F. et al. A systematic review of brief respiratory, embodiment, cognitive, and mindfulness interventions to reduce state anxiety/ *Frontiers in Psychology*, 2024. Vol. 15. Article ID 1412928. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1412928. Режим доступа: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2024.1412928/full>.
81. Clark D.A., Beck A.T. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice. Guilford Press, 2010. Cognitive therapy of anxiety disorders : science and practice : Clark, David A., 1954- : Free Download, Borrow, and Streaming: Internet Archive. Режим доступа: [https://www.terapia-cognitiva.mx/pdf_files/2Semestre/teoria-y-tratamiento-transtornos-ansiedad/recursos/%5BDavid_A._Clark_PhD,_Aaron_T._Beck_MD%5D_Cognitive_T\(BookFi.org\).pdf](https://www.terapia-cognitiva.mx/pdf_files/2Semestre/teoria-y-tratamiento-transtornos-ansiedad/recursos/%5BDavid_A._Clark_PhD,_Aaron_T._Beck_MD%5D_Cognitive_T(BookFi.org).pdf).
82. Corbally L., Wilkinson M. The Effect of Mindfulness-Based Interventions on Stress, Depression and Anxiety During the Perinatal Period in Women Without Pre-existing Stress, Depressive or Anxiety Disorders: a Systematic Review and Meta-analysis of Controlled Trials. *BSL.Mindfulness*, 2021. Iss. 10. Режим доступа: <https://mijn.bsl.nl/the-effect-of-mindfulness-based-interventions-on-stress-depressi/19404636>.
83. de Aguiar KR, de Souza MS. Staying grounded in turbulent times: the power of mindfulness for maintaining mental well-being during COVID-19. *Trends Psychiatry Psychother*, 2024;46:e20230699. doi: 10.47626/2237-6089-2023-0699. Epub 2023 Nov 17. PMID: 37975643; PMCID: PMC11838882. Режим доступа: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11838882/pdf/2238-0019-trends-46-e20230699.pdf>.
84. De Vibe M., Bjorndal A., Tipton E., Hammerstrom K., Kowalski K. Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) for Improving Health, Quality of Life, and Social Functioning in Adults. *Campbell Systematic Reviews*, 2012. Vol. 8, Iss. 1. P. 1-127. Режим доступа: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.4073/csr.2012.3>.

85. Di Lorenzo, R., Dardi, A., Serafini, V., Amorado, M. J., Ferri, P., & Filippini, T. Psychoeducational Intervention for Caregivers of Adolescents and Young Adults with Psychiatric Disorders: A 7-Year Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 2023. 12(15), 4921. <https://doi.org/10.3390/jcm12154921>.
86. Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Medicine*, 2009. Dec 16;7:79. doi: 10.1186/1741-7015-7-79. PMID: 20015347; PMCID: PMC2805686. Режим доступа: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2805686/>
87. Erich Fromm's social psychological models. Режим доступа: <https://www.ebsco.com/research-starters/history/erich-fromms-social-psychological-models#full-article>.
88. Fajkowska M., Domaradzka E. Cognitive Emotion Regulation Strategies in Anxiety and Depression Understood as Types of Personality. *Frontiers in Psychology*. 2018. Vol. 9. Article 856. Режим доступа: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2018.00856/full>.
89. Fulambarkar N., Seo B., Testerman A., Rees M., Bausback K., Bunge E. Review: Meta-analysis on mindfulness-based interventions for adolescents' stress, depression, and anxiety in school settings: a cautionary tale. *Child and Adolescent Mental Health*, 2023. Vol. 28, Iss. 1. P. 13-28. DOI: 10.1111/camh.12572.
90. González-Martín AM, Aibar-Almazán A, Rivas-Campo Y, Castellote-Caballero Y, Carcelén-Fraile MDC. Mindfulness to improve the mental health of university students. A systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*, 2023 Dec 4;11:1284632. doi: 10.3389/fpubh.2023.1284632. PMID: 38111480; PMCID: PMC10726040. Режим доступа: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10726040/pdf/fpubh-11-1284632.pdf>.

91. Goto R, Pinchuk I, Kolodezhny O, Pimenova N, Kano Y, Skokauskas N. Mental Health of Adolescents Exposed to the War in Ukraine. *JAMA Pediatr*, 2024 May 1;178(5):480-488. doi: 10.1001/jamapediatrics.2024.0295. PMID: 38526470; PMCID: PMC10964160.
92. Hofmann S.G., Asnaani A., Vonk I.J., Sawyer A.T., Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 2012, Vol. 36(5), pp. 427–440. Режим доступа: [hofmann-et-al-2012-efficacy-of-cognitive-behavior-therapy-review-of-meta-analyses.pdf](#).
93. Hofmann SG, Gómez AF. Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatr Clin North Am*, 2017 Dec;40(4):739-749. doi: 10.1016/j.psc.2017.08.008. Режим доступа: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5679245/>.
94. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*, 2010 Apr;78(2):169-83. doi: 10.1037/a0018555. PMID: 20350028; PMCID: PMC2848393. Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/42637970_The_Effect_of_Mindfulness-Based_Therapy_on_Anxiety_and_Depression_A_Meta-Analytic_Review.
95. Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 2012. 36(5), 427–440. Режим доступа: [art%3A10.1007%2Fs10608-012-9476-1.pdf](#).
96. How to deal with war anxiety. *Qinsight Healthcare*. Режим доступа: <https://qinsighthealthcare.com/how-to-deal-with-war-anxiety/>.
97. Joint call for strengthened policies and increased investment to protect young people's mental health and well-being. *WHO*, 2025. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news/item/07-11-2025-joint-call-to-strengthen-policy-and-investment-for-child-and-youth-mental-health-and-well-being>.

98. Kessler R. C., Chiu W. T., Demler O., Walters E. E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 2005. 62(6), P.617–627. Режим доступу: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/208671>.
99. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, Chapleau MA, Paquin K, Hofmann SG. Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2013 Aug;33(6):763-71. doi: 10.1016/j.cpr.2013.05.005. Epub 2013 Jun 7. PMID: 23796855. Режим доступу: https://www.verksampsykologi.com/wp-content/uploads/2013/11/Khoury_2013_mindfulness-metaanalys.pdf.
100. Kolisnyk L, Mehlsen MY. Tracking changes in anxiety, depression, and stress among Ukrainian university students: a three-wave study from the COVID-19 pandemic to two years of ongoing full-scale war. *Eur J Psychotraumatol*, 2025 Dec.16(1):2543616. doi: 10.1080/20008066.2025.2543616. Epub 2025 Sep 2.
101. Kryvoshei K.Yu. The role of psychoeducation in enhancing higher education students' stress resistance. Роль психоосвіти у розвитку стресостійкості здобувачів вищої освіти. *Інноваційна педагогіка*, 2025. Вип. 81. Т.1. С. 169-175. Режим доступу: http://www.innovpedagogy.od.ua/archives/2025/81/part_1/35.pdf.
102. Kurapov A., et al. Resilience and mental health among Ukrainian students during wartime: a resource-oriented approach. *Front. Psychiatry*, 2023. 27 July. Sec. Anxiety and Stress Disorders. Volume 14. Режим доступу: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1134780>.
103. Mental health and psychosocial support. Integrated programming promoting the well-being of children and their families. *UNICEF*, 2023. Режим доступу: <https://www.unicef.org/ukraine/en/documents/mental-health-and-psychosocial-support-0>.

104. Naydonova L. War mental health crisis coping: evidence-based media psychoeducation. *Constructive reflection of confrontation and cooperation: psychological risks and resources of war : Materials of the international interdisciplinary conference . IRIS, Kyiv, Ukraine, pp. 29-31.* Режим доступу:<https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/742018/1/War%20mental%20health%20crisis%20coping%20evidence-based%20media%20psychoeducation.pdf>.
105. Ng, X. H., Chu, J., & Doshi, K. A PERMA-nent solution to understanding psychological wellbeing? Exploring the utility of the PERMA model in a university workplace. *Frontiers in Psychology*, 2025, № 16. Режим доступу:
<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2025.1598910/full>.
106. Pinchuk, I., Feldman, I., Seleznova, V., Virchenko, V. Braving the dark: mental health challenges and academic performance of Ukrainian university students during the war. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2025. Vol. 60. P. 2505–2516. – Режим доступу:
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00127-025-02867-7.pdf>.
107. Pinho, L. G., Lopes, M. J., Correia, T., Sampaio, F., Reis do Arco, H., Mendes, A., Marques, M. C., & Fonseca, C. Patient-Centered Care for Patients with Depression or Anxiety Disorder: An Integrative Review. *Journal of Personalized Medicine*, 2021. 11(8). Article 776. Режим доступу:
<https://www.mdpi.com/2075-4426/11/8/776>.
108. Polyvianaia, M., Yachnik, Y., Fegert, J. M., Sitarski, E., Stepanova, N., Pinchuk, I. Mental health of university students twenty months after the beginning of the full-scale Russian-Ukrainian war. *BMC Psychiatry*, 2025. Vol. 25. Article 236. Режим доступу:
<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-025-06654-1>.

109. Psychological stability of young people: how to cope with the challenges of the war. *National Research Foundation of Ukraine*, 2024. 18 June. Режим доступу: <https://nrfu.org.ua/en/news-en/psychological-stability-of-young-people-how-to-cope-with-the-challenges-of-the-war/>.
110. Рупенко І., Стадник А., Мельник У., Мухайлышин У. The impact of the war in Ukraine on the psychological well-being of students. *International Journal of Science Annals*, 2023 6. 2023. 10.26697/ijsa.2023.2.2. Режим доступу: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/items/e761fe4c-9e12-4096-9f8a-70114b74b30b>.
111. Rivero-Santana A., Perestelo-Perez L., Alvarez-Perez Y., Ramos-Garcia V., Duarte-Diaz A., Linertova R., Garcia-Perez L., Serrano-Aguilar P.; PECUNIA Group. Stepped care for the treatment of depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2021. Vol. 294. P. 391–409. Режим доступу: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503272100687X>.
112. Sarkhel S, Singh OP, Arora M. Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation. *Indian J Psychiatry*, 2020 Jan;62(Suppl 2):S319-S323. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_780_19. Epub 2020 Jan 17. PMID: 32055073; PMCID: PMC7001357.
113. Seleznova V., et al. Mental health of internally displaced persons and the general population in Ukraine during the war: a cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Systems*, 2023. Режим доступу: <https://ijmhs.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s13033-023-00598-3.pdf>.
114. Seligman, M. PERMA and the building blocks of well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 2018. 13(4), P.333–335. Режим доступу: <https://ppc.sas.upenn.edu/sites/default/files/permawellbeing.pdf>.

115. Seligman, M. E. P., Csikszentmihalyi, M. Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 2000. 55(1), P.5-14. Режим доступа: <https://gacbe.ac.in/pdf/ematerial/18BPS6EL-U3.pdf>.
116. Shoshone S. Everyday Mindfulness Techniques: Mindful Photography. *Mindful.org*. Режим доступа: <https://www.mindful.org/everyday-mindfulness-techniques-mindful-photography/>.
117. Tanaka M., Chen C. Editorial: Towards a mechanistic understanding of depression, anxiety, and their comorbidity – perspectives from cognitive neuroscience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 2023, vol. 17. Режим доступа: <https://www.frontiersin.org/journals/behavioral-neuroscience/articles/10.3389/fnbeh.2023.1268156/full>.
118. Teut M., Roesner EJ., Ortiz M. et. Al. Mindful walking in psychologically distressed individuals: a randomized controlled trial. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2013. doi: 10.1155/2013/489856. Режим доступа: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3747483/>
119. The Committee on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association. *Mental Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Режим доступа: Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders (DSM-I).
120. The Role of Psychoeducation in Mental Health Recovery. *TalktoAngel*, 2025. April 17. Режим доступа: <https://www.talktoangel.com/blog/the-role-of-psychoeducation-in-mental-health-recovery>.
121. Thompson S. 5 Quick Grounding Techniques for Anxiety During Educational Assessment. *Ahead*, 2025. 10 May. Режим доступа: <https://ahead-app.com/blog/anxiety/5-quick-grounding-techniques-for-anxiety-during-educational-assessment>.
122. Ukraine: WHO Health Emergency Appeal 2025 (January 2025). Режим доступа: <https://reliefweb.int/report/ukraine/ukraine-who-health-emergency-appeal-2025-january-2025>.

123. Van den Berg A. How to Support Yourself and Others Through War, Natural Disaster, and Other Crises. *OpenUp*, 2023. Режим доступа: <https://openup.com/blog/war-natural-disaster-support-during-crises/>.
124. van't Veer-Tazelaar PJ, van Marwijk HWJ, van Oppen P, et al. Stepped-Care Prevention of Anxiety and Depression in Late Life: A Randomized Controlled Trial. *Arch Gen Psychiatry*, 2009;66(3):297–304. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2008.555. Режим доступа: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/482992>.
125. Walsh J. An Introduction to Psychoeducation. *Psychoeducation in Mental Health*. New York, NY, 2009; online edn, Oxford Academic, 31 Oct. 2023). Режим доступа: <https://doi.org/10.1093/oso/9780190616250.003.0001>.
126. Wang, T., Nie, Y., Yao, X. et al. The chain mediating role of emotion regulation and stress perception in physical activity alleviating college students' health anxiety. *Sci Rep*, 2025. № 15. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-14481-3>.
127. Waskow C., Zimpel A., Böhnke J. R., Sinke C. Trajectories of mental health, well-being, and social support among Ukrainian refugees in Germany: a longitudinal study. *Frontiers in Psychology*, 2024. Vol. 15. Article ID 1412928. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1412928. Режим доступа: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2024.1412928/full>.
128. Williams J. M., Crane C., Barnhofer T. et al. Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial. *J Consult Clin Psychol*. 2014. Vol. 82, Iss. 2. P. 275-286. DOI: 10.1037/a0035036. Режим доступа: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3964149/pdf/ccp_82_2_275.pdf.
129. Xu W, Pavlova I, Chen X, Petrytsa P, Graf-Vlachy L, Zhang SX. Mental health symptoms and coping strategies among Ukrainians during the Russia-

- Ukraine war in March 2022. *Int J Soc Psychiatry*, 2023 Jun;69(4):957-966. doi: 10.1177/00207640221143919. Epub 2023 Jan 4. PMID: 36598090.
130. Xu, X., Abdullah, B. B., Samsudin, S. B., Tan, Y. Integrating mindfulness and physical activity: a meta-analysis of mindful movement interventions for symptoms of anxiety and depression among university students. *PeerJ*, 2025.Vol.13. Режим доступа: <https://peerj.com/articles/19640/>.
131. Zigmond, A. S., Snaith, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983. Vol. 67, № 6. P. 361-370. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>. Режим доступа: https://epidose.ca/wp-content/uploads/2021/07/Hospital_Anxiety_and_Depression_Scale.pdf.
132. Zoogman S., Goldberg S. B., Hoyt W. T., Miller L. Mindfulness Interventions with Youth: A Meta-Analysis. *Mindfulness*. 2015. Vol. 6, Iss. 2. P. 290-302. DOI: 10.1007/s12671-013-0260-4. Режим доступа: <https://mindfulnessinschools.org/wp-content/uploads/2013/09/zoogman.pdf>.
133. Zschach B., Heuser S. Therapeutic photography: enhancing patient communication. *ResearchGate*, 2017. Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/312874895_Therapeutic_photography_enhancing_patient_communication.

ДОДАТКИ

Додаток А

Госпітальна шкала тривоги (HADS-A)

1. Я відчуваю напруженість, мені не по собі.
2. Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися.
3. Неспокійні думки крутяться у мене в голові.
4. Я здатний(на) розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.
5. Я відчуваю внутрішнє напруження чи тремтіння.
6. Я відчуваю бадьорість.
7. Я легко можу сісти і розслабитися.

Кожен пункт має 4 варіанти відповіді, що кодуються від 0 до 3 балів (чим більша тривога, тим вищий бал)

Підрахунок HADS-A:

- Скласти бали за пунктами 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13.
- Отримана сума = показник тривоги HADS-A (0–21).

Інтерпретація:

- 0–7 балів – норма (відсутність клінічно значущої тривоги).
- 8–10 балів – субклінічна (погранична) тривога.
- 11–21 бал – клінічно виражена тривога.

Госпітальна шкала депресії (HADS-D)

1. Я все ще отримую задоволення від речей, які зазвичай мене тішили.
2. Я здатний(на) посміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.
3. Я відчуваю, що став(ла) повільнішим(ою) і менш активним(ою).
4. Я втратив(ла) інтерес до своєї зовнішності.
5. Я отримую задоволення від книжок, радіо- чи телепередач.
6. Я відчуваю себе енергійним(ою).
7. Я відчуваю, що можу насолоджуватися багатьма речами.

Підрахунок HADS-D:

- Скласти бали за пунктами 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.
- Сума = показник депресії HADS-D (0–21).

Інтерпретація:

- 0–7 балів – норма (відсутність клінічно значущої депресії);
- 8–10 балів – субклінічна (погранична) депресія;
- 11–21 бал – клінічно виражена депресія.

Опитувальник реактивної та особистісної тривожності**(Ч. Спілбергер – Ю. Ханін)****Реактивна тривожність (стан)**

Інструкція: уважно прочитайте кожне твердження та оберіть варіант відповіді, який найкраще описує те, як ви почуваетесь саме зараз, у даний момент.

1. Я спокійний(на).
2. Я відчуваю напруження.
3. Я відчуваю себе засмученим(ою).
4. Я відчуваю себе розслабленим(ою).
5. Я відчуваю себе стривоженим(ою).
6. Я відчуваю внутрішнє напруження.
7. Я відчуваю себе задоволеним(ою).
8. Я відчуваю себе схвильованим(ою).
9. Я відчуваю себе радісним(ою).
10. Я відчуваю себе нервовим(ою).
11. Я відчуваю себе впевненим(ою).
12. Я відчуваю себе неспокійним(ою).
13. Я відчуваю себе розгубленим(ою).
14. Я відчуваю себе умиротвореним(ою).
15. Я напружений(а).
16. Я відчуваю себе задоволеним(ою) своїм станом.
17. Я стурбований(а).
18. Я відчуваю себе щасливим(ою).
19. Я відчуваю себе приємно збудженим(ою).
20. Я відчуваю внутрішню тривогу.

(Для кожного твердження – 4 варіанти відповіді, що оцінюються від 1 до 4 балів.)

Особистісна тривожність (риса)

Інструкція: уважно прочитайте кожне твердження та оберіть варіант відповіді, який найкраще описує те, як ви зазвичай себе відчуваєте.

1. Я відчуваю себе спокійним(ою).
2. Я легко засмучуюсь.
3. Я відчуваю себе щасливим(ою).
4. Я занадто переживаю через дрібниці.
5. Я відчуваю себе врівноваженим(ою).
6. Я відчуваю, що мені важко розслабитися.
7. Я надто сильно беру все близько до серця.
8. Я відчуваю себе впевненим(ою).
9. Я відчуваю внутрішнє напруження.
10. Я задоволений(а) своїм життям.
11. Я схильний(на) хвилюватися через незначні події.
12. Я відчуваю себе спокійним(ою) у складних ситуаціях.
13. Я часто відчуваю тривогу.
14. Я відчуваю себе урівноваженим(ою) і зібраним(ою).
15. Я легко втрачаю самовладання.
16. Я в цілому відчуваю себе спокійно.
17. Я часто відчуваю напруження.
18. Я відчуваю себе впевненим(ою) у собі.
19. Я схильний(на) турбуватися про майбутнє.
20. Я відчуваю себе стабільним(ою) і врівноваженим(ою).

Схема обробки результатів за опитувальником Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна

Рівні тривожності (для обох шкал – реактивної та особистісної):

1. 0–30 балів – низький рівень тривожності;
2. 31–44 бали – помірний рівень тривожності;
3. 45 балів і більше – високий рівень тривожності.

Шкала депресії Бека (BDI)

Нижче подано групи тверджень. У кожній групі оберіть ОДНЕ твердження, яке найкраще описує ваш стан протягом останніх двох тижнів, включно з сьогоднішнім днем. Поставте позначку біля обраного варіанта.

Смуток

- 0 – Я не почуваюся засмученим(ою).
- 1 – Я почуваюся засмученим(ою) більшу частину часу.
- 2 – Я постійно засмучений(а).
- 3 – Я настільки засмучений(а), що не можу цього перенести.

Песимізм

- 0 – Я не дивлюся в майбутнє з песимізмом.
- 1 – Я більше, ніж раніше, хвилююся за майбутнє.
- 2 – Я не очікую нічого доброго в майбутньому.
- 3 – Я відчуваю, що майбутнього в мене немає.

Почуття невдачі

- 0 – Я не відчуваю себе невдахою.
- 1 – Я частіше, ніж раніше, відчуваю, що зазнаю невдач.
- 2 – Коли я озираюся назад, я бачу багато невдач.
- 3 – Я відчуваю, що є повною невдачею.

Втрата задоволення

- 0 – Я отримую задоволення від речей так само, як і раніше.
- 1 – Я менше отримую задоволення від речей, ніж раніше.
- 2 – Я ледве знаходжу щось, що приносить мені справжнє задоволення.
- 3 – Я зовсім не отримую задоволення від того, що раніше тішило.

Почуття провини

0 – Я не відчуваю провини.

1 – Я почуваюся винним(ою) за багато чого з того, що роблю або робив(ла).

2 – Я часто відчуваю сильне почуття провини.

3 – Я постійно відчуваю себе винним(ою).

Відчуття покарання

0 – Я не думаю, що мене карають.

1 – Мені здається, що мене можуть покарати за щось.

2 – Я очікую, що мене покарають.

3 – Я відчуваю, що вже караний(а) або приречений(а).

Неприятність до себе

0 – Я ставлюся до себе так само, як і раніше.

1 – Я менш прихильно ставлюся до себе, ніж раніше.

2 – Я не люблю себе.

3 – Я ненавиджу себе.

Самозасудження

0 – Я не вважаю себе гіршим(ою), ніж інші.

1 – Я критично ставлюся до своїх слабкостей і помилок.

2 – Я постійно звинувачую себе за свої помилки.

3 – Я звинувачую себе в усьому поганому, що відбувається.

Суїцидальні думки

0 – У мене немає думок про самогубство.

1 – У мене виникають думки, що було б краще померти.

2 – Я хочу покінчити з собою.

3 – Я б здійснив(ла) самогубство, якби мав(ла) можливість.

Плач

- 0 – Я не плачу частіше, ніж зазвичай.
- 1 – Я плачу більше, ніж раніше.
- 2 – Я плачу майже постійно.
- 3 – Я більше не можу плакати, навіть якщо мені хочеться.

Дратівливість

- 0 – Я не дратівливий(а) більше, ніж зазвичай.
- 1 – Я дратуюся легше, ніж раніше.
- 2 – Я відчуваю себе постійно роздратованим(ою).
- 3 – Мене вже нічого не дратує, усе байдуже.

Соціальна активність (відсторонення)

- 0 – Я не втратив(ла) інтересу до людей.
- 1 – Я менше цікавлюся людьми, ніж раніше.
- 2 – Я майже втратив(ла) інтерес до людей.
- 3 – Я повністю втратив(ла) інтерес до людей.

Нерішучість

- 0 – Я приймаю рішення так само, як і раніше.
- 1 – Мені важче приймати рішення, ніж раніше.
- 2 – Мені значно важче приймати рішення, ніж раніше.
- 3 – Я зовсім не можу приймати рішення.

Відчуття непотрібності / нікчемності

- 0 – Я не відчуваю себе нікчемним(ою).
- 1 – Я відчуваю, що не такий(а) цінний(а) і корисний(а), як раніше.
- 2 – Я відчуваю себе нікчемним(ою) у порівнянні з іншими.
- 3 – Я відчуваю себе абсолютно нікчемною людиною.

Зниження енергії

0 – Я маю стільки ж енергії, як і раніше.

1 – У мене менше енергії, ніж раніше.

2 – У мене значно менше енергії.

3 – Я зовсім не маю сил ні на що.

Порушення сну

0 – Я сплю так само, як і зазвичай.

1 – Я сплю гірше, ніж раніше.

2 – Я прокидаюся на 1–2 години раніше, ніж зазвичай, і мені важко знову заснути.

3 – Я прокидаюся набагато раніше, ніж зазвичай, і більше не можу заснути.

Втомлюваність

0 – Я втомлююся не більше, ніж зазвичай.

1 – Я втомлююся швидше, ніж раніше.

2 – Я втомлююся від будь-якої діяльності.

3 – Я настільки втомлений(а), що не можу нічого робити.

Зміни апетиту

0 – Мій апетит не змінився.

1 – Мій апетит дещо зменшився / збільшився.

2 – Мій апетит значно зменшився / збільшився.

3 – У мене зовсім немає апетиту / апетит надмірно підвищений.

Концентрація уваги

0 – Я можу зосереджуватися так само, як і раніше.

1 – Мені важче зосередитися, ніж раніше.

2 – Мені дуже важко зосередитися на чомусь тривалий час.

3 – Я зовсім не можу зосередитися.

Відчуття втоми від життя / байдужості

0 – Я не відчуваю, що втомився(лася) від життя.

1 – Мені іноді здається, що життя стало тягарем.

2 – Я відчуваю, що життя – важкий тягар майже завжди.

3 – Я абсолютно втомився(лася) від життя.

Інтерес до сексу / задоволень

0 – Мій інтерес до сексу (або задоволень) не змінився.

1 – Мій інтерес трохи знизився.

2 – Мій інтерес значно знизився.

3 – Я повністю втратив(ла) інтерес.

Підрахунок результатів:

Обчислюється сума балів за всіма 21 пунктом (0–63).

Інтерпретація загального показника депресії:

- 0–9 балів – відсутність або мінімальні депресивні прояви;
- 10–15 балів – легка депресія (субдепресія);
- 16–19 балів – помірна депресія;
- 20–29 балів – виражена депресія;
- 30–63 бали – дуже виражена депресія.

Опитувальник усвідомленості FFMQ-15

Нижче подано твердження про те, як люди зазвичай поведуться у повсякденному житті. Оцініть, будь ласка, як часто це стосується вас, за шкалою від 1 до 5, де: 1 – майже ніколи, 2 – рідко, 3 – інколи, 4 – часто, 5 – майже завжди.

Перелік 15 тверджень FFMQ-15
(5 підшкал по 3 пункти: спостереження, опис, дія з усвідомленням, неосудливість, нереактивність.)

1. Коли я приймаю душ або ванну, я усвідомлюю відчуття води на своєму тілі.
2. Я легко можу описати свої внутрішні почуття словами.
3. Коли я роблю щось, моя увага часто «перескакує» на інші думки та справи.
4. Я не засуджую себе за те, що відчуваю певні емоції.
5. Я помічаю відчуття, які виникають у моєму тілі, наприклад, напруження або розслаблення м'язів.
6. Мені важко знайти слова, щоб описати свої почуття.
7. Я роблю справи автоматично, не помічаючи, що саме роблю.
8. Я схильний(на) критикувати себе за свої думки та почуття.
9. Я усвідомлюю, як змінюються відчуття в моєму тілі, коли я злюся, хвилююся чи засмучений(а).
10. Я можу чітко описати свої емоційні переживання.
11. Коли я виконую якусь діяльність, я повністю зосереджений(а) на тому, що роблю.
12. Я приймаю свої думки й почуття, навіть якщо вони неприємні.
13. Я помічаю свої думки й емоції, але не «чіпляюся» за них і дозволяю їм проходити.

14. Коли в мене виникають неприємні відчуття чи емоції, я намагаюся не звертати на них уваги.

15. Я усвідомлюю, що відбувається в моєму тілі, навіть коли зайнятий(а) повсякденними справами.

Схема обробки: Відповіді оцінюються за 5-бальною шкалою (1–5).

Обчислюються бали за кожною підшкалою (усвідомлене спостереження, опис, дія з усвідомленням, неосудливість, нереактивність) шляхом підсумовування відповідних пунктів. Вищі бали свідчать про вищий рівень усвідомленості за відповідною шкалою.

Шкала психологічної гнучкості AAQ-II (Стівен Хейс)

Нижче наведено твердження про думки й почуття, які люди іноді переживають. Оцініть, будь ласка, наскільки для вас це типово, за шкалою від 1 до 7, де: 1 – ніколи не стосується мене, а 7 – завжди стосується мене.

Перелік тверджень AAQ-II (7 пунктів)

1. Я турбуюся, що не можу контролювати свої тривожні думки й почуття.
2. Мене часто непокоять спогади, які я хотів(ла) б забути.
3. Я боюся своїх власних емоцій.
4. Коли в мене з'являються неприємні думки й почуття, я намагаюся будь-що від них позбутися.
5. Я уникаю ситуацій, які можуть викликати в мене сильні емоції.
6. Мої тривожні думки й переживання заважають мені робити те, що для мене важливо.
7. Через свої думки й почуття я часто не можу жити так, як мені хотілося б.