

УДК 159.9:616.89-008.44
DOI: 10.31732/2663-2209-2025-79-437-444

Дата надходження: 30.08.2025
Дата прийняття до друку: 25.09.2025
Дата публікації: 30.09.2025



Ця робота ліцензується відповідно до [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

ПРОБЛЕМА ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ В ПОНЯТІЙНОМУ АПАРАТІ КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Любов Півень¹, Євгенія Рибитва², Єгор Кучеренко³

¹Магістерка психології, асистентка кафедри психології ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ, Україна, e-mail: l.piven@kmu.edu.ua,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3063-5544>

²Магістерка медицини, здобувачка вищої освіти першого року навчання спеціальності С4 «Психологія» ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ, Україна, e-mail: y.rybytva.st@kmu.edu.ua

³Канд. психол. наук, доцент, завідувач кафедри психології ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ, Україна, e-mail: y.kucherenko@kmu.edu.ua, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7462-0638>

THE PROBLEM OF DEPRESSIVE STATES IN THE CONCEPTUAL FRAMEWORK OF CLINICAL PSYCHOLOGY

Liubov Piven¹, Yevheniia Rybytva², Yehor Kucherenko³

¹MD, Master of Psychology, Professor's Assistant, Department of Psychology, Kyiv Medical University, Kyiv, Ukraine, e-mail: l.piven@kmu.edu.ua,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3063-5544>

²Master of Medicine, first-year higher education student in the C4 Psychology program, Kyiv Medical University, Kyiv, Ukraine, e-mail: y.rybytva.st@kmu.edu.ua

³PhD in Psychological Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Psychology, Kyiv Medical University, Kyiv, Ukraine, e-mail: y.kucherenko@kmu.edu.ua, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7462-0638>

Анотація. У статті висвітлено проблему визначення та класифікації депресивних станів у понятійному апараті клінічної психології. Підкреслено актуальність теми у зв'язку з високою поширеністю депресивних розладів у сучасному суспільстві та потребою уніфікації термінології для ефективної міждисциплінарної комунікації між психологами та медичними фахівцями. Обґрунтовано важливість уточнення дефініцій для підвищення точності діагностики та ефективності психокорекційних втручань. Здійснено аналіз співвідношення понять «психічний стан» і «переживання», визначено їхню концептуальну відмінність і взаємозв'язок, що має суттєве значення для розуміння психологічної природи депресивних явищ. Метою дослідження є теоретичне уточнення змісту поняття «депресивний стан» на основі узагальнення сучасних підходів та міжнародних діагностичних стандартів. У роботі застосовано методи систематизації, порівняльного аналізу та концептуального моделювання. Систематизовано провідні теоретичні моделі пояснення депресивних станів (психоаналітичну, когнітивну, гуманістично-екзистенційну, біологічну, біопсихосоціальну) та охарактеризовано сучасні класифікації (МКХ-11, DSM-5-TR). Окрему увагу приділено психогенним депресіям та особливостям їх клінічної типології. Запропоновано авторське визначення депресивного стану як інтегративного феномена, що відображає динаміку психоемоційних процесів у нормі та патології. Практична значущість дослідження полягає в можливості використання результатів у підготовці фахівців, психодіагностиці та профілактиці депресивних розладів.

Ключові слова: депресивні стани, психічний стан, переживання, дистимія, реактивні депресії, невротичні депресії, клінічна психологія, МКХ-11, DSM-5-TR.

Формули: 0; рис. 0, табл. 0; бібл.: 10

Abstract. The article highlights the problem of defining and classifying depressive states in the conceptual apparatus of clinical psychology. The relevance of the topic is emphasized in connection with the high prevalence of depressive disorders in modern society and the need to unify terminology for effective interdisciplinary communication between psychologists and medical professionals. The importance of clarifying definitions to improve the accuracy of diagnosis and the effectiveness of psychocorrectional interventions is substantiated. An analysis of the relationship between the concepts of "mental state" and "experience" is carried out, their conceptual difference and interconnection are determined, which is essential for understanding the psychological nature of depressive phenomena. The aim of the study is to theoretically clarify the meaning of the concept of "depressive state" based on a generalization of modern

approaches and international diagnostic standards. Methods included systematization, comparative analysis, and conceptual modeling. The leading theoretical models for explaining depressive states (psychoanalytic, cognitive, humanistic-existential, biological, biopsychosocial) are systematized and modern classifications (ICD-11, DSM-5-TR) are characterized. Particular attention is paid to psychogenic depression and the peculiarities of its clinical typology. The study proposes a definition of a depressive state as an integrative phenomenon that reflects the dynamics of psychoemotional processes in norm and pathology. The practical significance of the study lies in the possibility of using the results in the training of specialists, psychodiagnostics, and the prevention of depressive disorders.

Keywords: depressive states, mental state, experiences, dysthymia, reactive depression, neurotic depression, clinical psychology, ICD-11, DSM-5-TR.

Formulas: 0; fig.: 0; tab.: 0; bibl.:10

Постановка проблеми та її актуальність. Оволодіння понятійним апаратом у фаховій підготовці здобувачів вищої освіти зі спеціальності С4 «Психологія» часом ускладнюється через постійне оновлення професійного тезаурусу, особливо в межах освітньо-професійних програм з клінічної психології, що має медико-психологічну спрямованість, тобто передбачає міждисциплінарний діалог. Уточнення та дефініція поняття «депресивні стани» стало предметом наших розвідок на всіх етапах розробки наукового апарату в дослідженні цього явища у лікарів-інтернів (Рибитва & Кучеренко, 2024).

Відомо, що психічний стан – це одна з форм психічних явищ, що відображає загальний рівень активності та емоційного тла людини в певний момент часу. Його можна означити як доволі стійкий, але тимчасовий прояв функціонування психіки, спричинений сукупністю внутрішніх та зовнішніх чинників, який впливає на перебіг психічних процесів (ефективність сприймання, мислення), взаємодію з оточенням та самопочуття людини. До прикладу, депресивний стан зазвичай супроводжується порушенням мислення та пам'яті, зниженням рівня енергії, пригніченням вольових проявів. Психологічна природа власне станів визначає їх динамічність, змінюваність, що зумовлює емоційне «обрамлення» життєвого контексту людини. Чим більша тривалість психічних станів, тим менша їх залежність від конкретної ситуації та більша від внутрішніх чинників (особливостей характеру, спрямованості) (Кокур, 2012; Максименко, 2006).

У процесі визначення психічних станів ми маємо проблеми обмеженості

«наукоподібної семантики» для їхнього опису, втрату значущих характеристик при формалізації їх дескрипції, комплікацію передання суб'єктивного досвіду. Дійсне розуміння природи психічних станів, зокрема депресивних, полягає не тільки в систематизації їх, але й в аналізі притаманної їм динамічності та детермінаційних зв'язків з іншими психічними явищами, оскільки психічні стани не лише виконують функцію відображення, а й водночас формування психічних явищ. Стан впливає на думки, а саме створює на базі думки (образу) міжфункціональну систему, інтегруючи її з досвідом, властивостями та прагненнями людини. Тобто повторення станів сприяє їх закріпленню, трансформуючи їх у психічні властивості людини. Водночас даний механізм працює і в зворотному напрямі: психічні властивості особистості також зумовлюють специфіку проявів психічних станів. При цьому «психічні стани» як категорія психології, так само як «переживання», належать до проблемних з огляду на початкову диференціацію понять в професійному мисленні як фахівців, так і здобувачів вищої освіти. Наукова література має достатньо прикладів спільного послуговування даними поняттями та тлумаченням їх: іноді вони тлумачаться синонімічно, часом їх розрізняють, говорячи про «переживання того чи іншого стану» або ж «стан переживання».

З огляду на необхідність точного розуміння того, як у внутрішньому світі особистості відображаються такі феномени, як переживання та психічний стан, варто звернути увагу на складність і неоднозначність співвідношення між ними.

Необхідність чіткого розмежування цих понять зумовлена тим, що їх ототожнення може призвести до, на жаль, спрощеного сприйняття природи психічних явищ. Наприклад, вислів «переживання стану» не зовсім точно відображає суть процесу, адже у цьому формулюванні переживання постає лише як прояв стану, хоча насправді воно є значно ширшим і глибшим за своїм змістом. Переживання охоплює не лише емоційний тонус особистості, але й відображає її внутрішню картину світу, включаючи потреби, цінності, установки.

Це підкреслює подібність, але й суттєву відмінність між поняттями «переживання» та «психічний стан». Для поглибленого розуміння даної різниці, варто відійти від традиційного поділу психіки на процеси та властивості, адже такі класифікації – лише умовні схеми, зручні для аналізу, проте не завжди здатні відобразити цілісність психічного життя людини. Стан, на відміну від конструктивних понять, таких як процес або властивість, є безпосереднім проявом цілісної психічної реальності особистості. Тому психічний стан можна охарактеризувати як одну з основних форм прояву індивідуальної, неповторної психіки людини. Це специфічний спосіб її існування, що відображає унікальність внутрішнього світу особистості. Аргументуючи таке визначення, варто зазначити, що психічний стан має цілісний, недискретний характер. Людина ніколи не буває поза якимось станом – у будь-який момент її життя, від моменту народження і до останніх днів, психіка функціонує у певному стані. Ці стани можуть відрізнятися за своїм змістом, динамікою та емоційним забарвленням, вони змінюють один одного, але завжди залишаються присутніми, формуючи своєрідне тло психічної діяльності. Саме через них проявляється особистість, адже навіть за умов тяжких психічних розладів, структура станів все одно несе в собі відбиток індивідуальності людини.

Крім того, тотальність психічних станів не обмежується лише їх постійною

присутністю у часі – вона також виявляється в тому, що стан охоплює всі сфери психічної активності, впливаючи як на емоційний, так і на когнітивний та поведінковий рівні. Іншими словами, психічний стан формує загальну конфігурацію внутрішнього життя людини в кожен конкретний момент.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Аналіз ключових теоретичних підходів до вивчення особистості в психології та психотерапії дає підстави зробити цікаве спостереження: у багатьох класичних концепціях, особливо тих, що мають практичне спрямування, феномен психічного стану грає провідну роль (Юнг, 2025; Assagioli, 1974; Maslow, 1998; Rogers, 1961).

Проте, незважаючи на його важливість, психічний стан рідко стає безпосереднім об'єктом глибокого наукового дослідження. Часто він розглядається побіжно, як супутній елемент інших, на перший погляд, більш суттєвих психологічних явищ.

Проблема визначення депресивних станів у сучасній клінічній психології залишається складною за рахунок вже вище згаданої неоднозначності термінологічного визначення. Незважаючи на широке використання поняття «депресивні стани», у вітчизняній психологічній літературі, у міжнародній науковій спільноті відсутня його чітка дефініція, а натомість застосовуються вузькоспеціалізовані поглибленні поняття, такі як «депресивний настрій», «клінічна депресія», «великий депресивний розлад», «дистимія», «афективні порушення» тощо. Депресивний стан у психологічній практиці часто вживається як загальна категорія, яка охоплює різні за етіологією, тривалістю та вираженістю форми емоційного та когнітивного неблагополуччя. У межах нашого дослідження поняття «депресивні стани» вживається як узагальнене поняття, що охоплює як короткотривалі емоційні реакції на стресові фактори, так і хронічні психоемоційні розлади, які супроводжуються патологічними змінами в

емоційній, когнітивній, поведінковій та соматичній сферах особистості. Однак таке робоче визначення потребує уточнення з нашим власним науково-практичним баченням.

Мета дослідження – здійснити теоретичний аналіз поняття «депресивні стани» в понятійному апараті клінічної психології на основі вивчення сучасних діагностичних класифікацій з метою його уточнення в авторській дефініції.

Виклад основного матеріалу дослідження. У психологічній науці сформувалося кілька основних моделей пояснення природи депресивних станів, кожна з яких акцентує увагу на різних аспектах патогенезу цього психічного явища.

Психоаналітична концепція розглядає депресію як внутрішній конфлікт між суперого та его, що виникає внаслідок втрати об'єкта любові, яка супроводжується регресивними процесами й самозвинуваченням. Когнітивна модель трактує депресію як результат негативних автоматичних думок, когнітивних викривлень і дисфункціональних схем мислення, що активуються у відповідь на життєві труднощі. Екзистенційно-гуманістичні моделі пов'язують депресивні стани із втратою сенсу життя, фрустрацією базових цінностей, відчуттям екзистенційної порожнечі. Такі форми депресії особливо поширені у людей, які пережили важкі втрати або трансформації життєвих орієнтирів. Біологічна модель акцентує увагу на нейрохімічному дисбалансі (серотонін, дофамін, норадреналін), порушеннях функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, спадкових факторах, а також структурних змінах у мозку (наприклад, зниження об'єму гіпокампу).

Варто зазначити, що в сучасній клінічній психології переважає біопсихосоціальна модель, яка розглядає депресивні стани як результат взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів, а також особистісних ресурсів і копінг-стратегій індивіда.

У міжнародній системі класифікації хвороб останнього перегляду (МКХ-11) депресивні розлади відносяться до блоку L2–6A7 і включають цілу низку клінічно диференційованих форм: одиничний епізод депресивного розладу (6A70); рекурентний депресивний епізод (6A71); дистимія (6A72); змішаний депресивний та тривожний розлад (6A73); інші уточнені депресивні розлади (6A7Y); депресивні розлади, не уточнені (6A7Z); пременструальний дисфоричний розлад (GA34.41).

За МКХ-11 основні прояви депресивних розладів поділяють на такі кластери: афективний, нейровегетативний та когнітивно-поведінкова група. Для діагностування депресивного розладу необхідно, щоб одночасно мали місце щонайменше п'ять симптомів, що описані нижче, протягом не менше двох тижнів (майже щодня або протягом більшої частини дня), один з яких обов'язково має бути з афективного кластера. Ці симптоми мають викликати клінічно значущий дистрес або функціональне порушення в особистому, соціальному чи професійному житті пацієнта.

До симптоматики афективного кластера відносять: пригнічений настрій зі слів пацієнта або за спостереженнями (наприклад плаксивий, пониклий вигляд); помітно знижений інтерес чи задоволення від діяльності, що зазвичай приносила людині приємні відчуття (може включати й зниження сексуального потягу). По суті саме симптоматика афективного кластеру відповідає класичному розумінню депресивних станів.

Когнітивно-поведінковий кластер включає такі симптоми: погіршення здатності концентрувати та утримувати увагу, виражена нерішучість; стійкі переконання про низьку самоцінність, надмірне почуття провини; безнадійність щодо майбутнього; повторювані думки про смерть, суїцидальні думки без конкретного плану або ж з ознаками спроб самогубства.

Нейровегетативний кластер включає порушення сну (тяжкість засинання,

поверхневість сну, часті пробудження вночі чи ранні ранкові пробудження) або надмірну сонливість; виражену зміну апетиту, ваги (зниження або підвищення); психомоторну загальмованість або збудження (зі слів інших, не лише суб'єктивні відчуття неспокою або уповільненості); зниження енергії, підвищену втомлюваність.

Також розрізняють змішаний депресивний та тривожний розлад, що характеризується наявністю симптомів одночасно тривоги та депресії, які відмічають більшість днів протягом 2 тижнів і більше. Депресивні симптоми включають депресивний настрій та помітне зниження інтересу й задоволення від діяльності. Симптоми тривоги можуть включати відчуття знервованості, нездатність контролювати тривожні думки, страх, що станеться щось жахливе, проблеми з розслабленням, м'язову напругу або симпатичні вегетативні симптоми. Ані депресивні, ані тривожні симптоми, що розглядаються окремо, не є достатньо вираженими, численними або постійними, щоб відповідати діагнозу іншого депресивного розладу, пов'язаного з тривогою чи страхом.

Окремо розрізняють дистимію. Дистимічний розлад характеризується хронічним, помірним депресивним настроєм, що триває щонайменше 2 роки, більшу частину. Депресивний настрій супроводжується додатковими симптомами, такими як помітне зниження інтересу чи задоволення від діяльності, зниження концентрації уваги та розсіяність, відчуття власної нікчемності або надмірної чи недоречної провини, безнадія щодо майбутнього, порушений сон або підвищена сонливість, знижений або підвищений апетит, зниження енергії чи втоми. Важливо, щоб протягом перших 2 років розладу жодного разу не відзначалось 2-тижневого періоду, протягом якого кількість та тривалість симптомів задовольняли б діагностичні вимоги депресивного епізоду.

Задля докладного опису поточного депресивного стану можуть

використовуватись додаткові категорії, передбачені МКХ-11, що належать до блоку 6A80 «Особливості симптоматики та перебігу афективних епізодів при афективних розладах». Для даного огляду найбільший інтерес становлять 6A80.3 «Поточний депресивний епізод з меланхолією» та 6A80.4 «Сезонний характер виникнення афективного епізоду». Депресивний епізод з меланхолією включає наступну симптоматику: втрату інтересу чи задоволення від більшості занять (стійка ангедонія), відсутність емоційного відгуку на зазвичай приємні стимули або обставини (тобто відсутнє підвищення настрою навіть на короткий період), ранкове безсоння, вираженість симптоматики в першій половині дня, може бути психомоторне збудження або ж загальмованість, зниження апетиту та маси тіла. Сезонність депресивного епізоду може виявлятися в контексті рекурентного депресивного розладу, біполярних розладів або ж стосуватись регулярних психологічних стресорів (до прикладу сезонне безробіття) (Мішиєв, Михайлов & Гриневич, 2024).

У рамках діагностичного підходу DSM-5-TR у категорії депресивних розладів розрізняють: руйнівний розлад дисрегуляції настрою; великий депресивний розлад; стійкий (персистуючий) депресивний розлад; предменструальний дисфоричний розлад; депресивний розлад, індукований речовиною або медикаментом; депресивний розлад, зумовлений іншим медичним станом; інший уточнений депресивний розлад та неуточнений депресивний розлад (Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR® від Американської психіатричної асоціації, 2024).

Загалом критерії та опис симптоматики депресивних розладів у DSM-5-TR збігається з аналогічними в МКХ-11. При цьому великий депресивний розлад діагностується при наявності щонайменше п'яти з дев'яти основних симптомів, які мають проявлятися щоденно

протягом двох і більше тижнів. Однак значно відмінним у DSM-5-TR виступає блок «Інший уточнений депресивний розлад», до якого відносять більш короткотривалі депресивні стани – рекурентну короткочасну депресію, короткотривалий депресивний епізод – також депресивний епізод із незначною симптоматикою та великий депресивний епізод, що напаровується. Для короткотривалого депресивного афекту (4-13 днів) характерні прояви принаймні чотирьох з восьми симптомів депресивного епізоду у формі клінічно значущого дистресу, який продовжується мінімум 4 дні. Рекурентність короткочасної депресії визначається повторюваністю депресивного стану та мінімум чотирьох інших симптомів депресії принаймні 1 раз на місяць упродовж 12 місяців поспіль. Також у DSM-5-TR, на відміну від МКХ-11, вилучили як окремий діагноз дистимію та сформували «стійкий (персистуючий) депресивний розлад». Даний розлад є поєднанням хронічного великого депресивного розладу та дистимічного розладу, визначених у DSM-IV.

Залежно від кількості та інтенсивності симптомів, депресивні стани класифікують за рівнем тяжкості. Легкий депресивний епізод супроводжується відчуттям пригнічення, апатією, але не порушує суттєво здатність до повсякденного функціонування. Помірний депресивний епізод проявляються значні труднощі в соціальній, професійній або побутовій діяльності. Тяжкий депресивний епізод має інтенсивні симптоми, часто з суїцидальними думками, психомоторною загальмованістю, вираженим когнітивним дефіцитом.

У DSM-5-TR також можна скористатись блоком уточнювальних ознак для депресивних розладів. Вирізняють такі ознаки: з тривожним дистресом, змішані, із меланхолією, атипові, психотичні (конгруентні та неконгруентні до настрою), з кататонією, з початком у перинатальному періоду, сезонним патерном.

У клінічній психології також виділяють психогенні депресії. Попри їх відсутність як окремої нозологічної форми в міжнародних класифікаціях, клінічні аспекти залишаються актуальними. Психогенні депресії виникають внаслідок психотравмівних подій та гострих емоційних потрясінь. Депресивні стани виступають однією з найчастіших форм реагування на стрес, переважно проявляючись психічними розладами невротичного рівня. Сучасна типологія депресивних станів ґрунтується на континуальній класифікації, що була запропонована у 1969 році Полом Кільгольцом. В її основу покладено диференціацію соматогенних та психогенних факторів в залежності від їх рівня прояву (Kielholz, 1972).

Реактивні депресії – це афективні порушення, що виникають як відповідь на психотравмівну ситуацію: втрату, хворобу, соціальні зміни у зв'язку з декомпенсацією адаптаційних механізмів. У МКХ-10 реактивні депресії кодують як F32 депресивні епізоди, F43.2 розлади адаптації. В залежності від домінуючих симптомів, за рахунок поліморфізму проявів, виділяють такі форми: тривожну (домінує страх, відчуття загрози, психомоторне збудження); меланхолійну (глибока туга, відчуття безнадії, ангедонія); істеричну (емоційна нестабільність, театральність); астенічну (втома, втрата енергії, гіперсенситивність); ностальгічну (туга за втраченими обставинами, домом, минулим).

Невротичні депресії характеризуються меншою вираженістю симптомів, поступовим розвитком і відсутністю психотичної симптоматики. Часто мають фоновий хронічний перебіг та пов'язані з внутрішньоособистісними конфліктами. У залежності від тривалості та особливостей симптоматики невротична депресія у МКХ-10 могла класифікуватись і як F-41 тривожно-депресивний розлад, F 45.2 іпохондричний розлад та F43.2 розлад адаптації. При яскраво вираженому прояві психопатологічних ознак невротична

депресії може бути віднесена до F40 тривожно-фобічних розладів, F44 конверсійних або ж F45 соматоформних розладів.

Невротична депресія характеризується повільним розвитком клінічних проявів. У випадках із відтермінованим початком розвитку депресивного стану ключову роль відіграє механізм запізнілої реактивності. У таких ситуаціях значний вплив мають психотравматичні події, що відбулися задовго до появи клінічної симптоматики. На початковому етапі реакція організму проявляється переважно у сфері вегетативної нервової системи у вигляді низки симптомів, подібних до неврозу, включаючи соматичні та психофізіологічні розлади. Згодом, у міру загострення патологічного процесу, ці різноманітні симптоми поступово поступаються місцем чіткому меланхолійному синдрому, для якого характерні емоційне пригнічення та плаксивість, що стають провідними у клінічній картині.

Цю послідовність змін часто порівнюють із процесом океанічного відпливу: спочатку проявляються лише дрібні фрагменти прибережного ландшафту – окремі симптоми, які видаються не пов'язаними між собою. Проте зі зниженням рівня «води» (умовної глибини захисних механізмів) поступово відкриваються структурні елементи цілісного формування, – і на передній план виходить повна картина глибокого емоційного розладу.

Клінічні форми можуть також проявлятися у вигляді маскованих (латентних) депресій, де психологічні симптоми відходять на другий план, а пацієнт звертається до лікаря зі скаргами на соматичне неблагополуччя. Цей феномен особливо характерний для чоловіків, медичних працівників, а також осіб з високим рівнем психологічної захисту чи соціальною роллю, що не допускає емоційної вразливості.

Труднощі дослідження та діагностики депресивних станів полягають

у високій варіативності клінічних проявів. Симптоми можуть набувати соматоформного характеру (головний біль, гіперестезія, розлади сну, апетиту), бути замаскованими під інші психічні розлади (тривожні, obsесивно-компульсивні, іпохондричні), або проявлятися змінами поведінки, мотивації, комунікативності. Особливо складною є диференціація між ендегенною та реактивною депресією, де важливим є облік анамнестичних даних, преморбідних особливостей, об'єктивної оцінки впливу психотравми.

Також варто означити такі варіанти, що були описані в літературі:

1) депресія виснаження Кільгольца – стан, що виникає на тлі тривалого психоемоційного виснаження;

2) ендореактивна дистимія Вайббрехта – перехідний стан між особистісною вразливістю та реакцією на зовнішні чинники;

3) депресія звільнення Бюргер-Принца або результат емоційної спустошеності після втрати значущих зовнішніх обмежень;

4) екзистенційна депресія Хауфнера – глибока втрата сенсу життя, духовна та соціальна ізоляція.

Таким чином, спектр депресивних розладів охоплює не лише класичні форми, описані у діагностичних класифікаціях, а й численні клінічні варіанти, що можуть залишатися непоміченими через маскування соматичними або поведінковими проявами. Масковані депресії, а також описані в літературі рідкі типи – депресія виснаження, ендореактивна дистимія, депресія звільнення чи екзистенційна депресія – свідчать про складність феномену та багатогранність його етіопатогенезу. Відповідно, для коректної діагностики та диференціації таких станів необхідна наявність комплексного підходу, який буде враховувати як соматичні, так і психопатологічні особливості, особистісні чинники та соціокультурний компонент.

Висновки. Аналіз депресивних станів у понятійному апараті клінічної психології показує, що цей феномен не

може бути зведений до вузького набору симптомів або віднесений до однієї нозологічної категорії. В нашій інтерпретації він є інтегративним утворенням, яке охоплює широкий спектр емоційних, когнітивних і поведінкових проявів – від короточасних реактивних станів до хронічних розладів із соматичними масками. Така багатогранність вимагає від науковців і практиків ретельного підходу до використання визначення і застосування єдиного термінологічного апарату.

Результати порівняльного аналізу діагностичних підходів МКБ-11 і DSM-5-TR засвідчили не тільки наявність спільних критеріїв, але й суттєві відмінності в акцентах. Зокрема, DSM-5-TR детальніше розглядає короточасні депресивні розлади та об'єднує дистимію з хронічним великим депресивним розладом у стійкий депресивний розлад. Натомість МКБ-11 вводить чітку кластеризацію симптомів і додаткові характеристики перебігу. Це підтверджує динамічний характер понятійного апарату та необхідність його постійної адаптації до клінічної та психологічної практики.

Окремого значення набувають психогенні та масковані депресії, які не завжди відображені в міжнародних класифікаціях, але мають велику клінічну значимість. Їхня типологія показує, що депресивні стани можуть розвиватися на різних рівнях – від ситуативних реакцій до

екзистенційної втрати сенсу життя. Це ускладнює диференціальну діагностику, але в той же час робить поняття «депресивний стан» необхідною інтегруючою категорією для клінічної психології.

Практичне значення здійсненого аналізу полягає у створенні основ для міждисциплінарної комунікації, підготовки майбутніх фахівців та якісної психодіагностики. Чіткі уточнення термінології сприяють не тільки більш глибокому розумінню феномена депресії, але й дозволяють виявити різні її форми, обирати оптимальні психокорекційні стратегії і проводити профілактичні заходи. Таким чином, концептуальне розуміння депресивних станів є не тільки теоретичною задачею, але й практичною умовою ефективної допомоги пацієнтам.

Підсумовуючи результати дослідження, можемо запропонувати авторське визначення: в клінічній психології депресивний стан – це інтегративний психоемоційний феномен, що відображає стійке або ситуативне зниження емоційного тону, яке супроводжується когнітивними, поведінковими та соматичними змінами, які порушують адаптивність особистості. Таке визначення дозволяє інтегрувати клінічні, психологічні та соціальні аспекти, формуючи основу для ефективної діагностики, профілактики та психокорекційної роботи.

Література:

1. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR® від Американської психіатричної асоціації (2024). пер. з англ. О. Лизак, М. Прокопович, О. Антонішин. Львів : Компанія Манускрипт. 592 с.
2. Кокун, О. М. (2012). *Оптимізація психофізіологічних ресурсів людини: концепція та методи*. Київ : Міленіум. 320 с.
3. Максименко, С. Д. (2006). *Генеza здійснення особистості*. Київ : Видавництво ТОВ «КММ». 256 с.
4. Мішиєв, В. Д., Михайлов, Б. В., & Гриневич, Є. Г. (2024). *МКБ-11. Розділ 06: Психічні і поведінкові розлади та порушення нейропсихічного розвитку. Статистична класифікація*. Київ : Моріон. 300 с.
5. Рибитва, Є. В., & Кучеренко, Є. В. (2024). Теоретичні засади дослідження депресивних станів

у лікарів-інтернів. *Перспективи розвитку сучасної психології : зб. наук. пр.* УГСП. Київ : 7БЦ. Вип. 15. С. 226–229.

6. Юнг, К. Г. (2025). *Аналітична психологія. Тавістоцькі лекції*. Київ : Центр навчальної літератури. 340 с.
7. Assagioli, R. (1974). *Psychosynthesis. A Manual of Principles and Techniques*. New York : Viking Compass Edition. 260 p.
8. Kielholz P. (1972). *Depressive Illness. Diagnosis, Assessment and Treatment*. Bern : H. Huber. 302 p.
9. Maslow, A. (1998) *Toward a psychology of being*. 2nd ed. New York : Wiley, 1998. 274 p.
10. Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston : Houghton Mifflin. 420 p.