

Міністерство освіти і науки України
Луцький національний технічний університет
Факультет цифрових, освітніх та соціальних технологій
Кафедра соціогуманітарних технологій

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
ЗА СТУПЕНЕМ ВИЩОЇ ОСВІТИ «БАКАЛАВР»

**НЕРВОВО-ПСИХІЧНЕ НАПРУЖЕННЯ ЯК ЧИННИК
ПЕРЕЖИВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ МОЛОДІ**

Спеціальність 053 Психологія
Освітньо-професійна програма «Психологія»

Виконала: здобувач вищої освіти
Групи ПСз-41
Дубій Іванна Анатоліївна

(підпис)

Керівник:

К. психол. н., доцент
Шкарлатюк Катерина Іванівна

(підпис)

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту
«___» _____ 2025 р.
К. психол. н., доцент
Гарант освітньо-професійної програми:
Савчук Надія Антонівна

ЛУЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет цифрових, освітніх та соціальних технологій

Кафедра соціогуманітарних технологій

Ступінь вищої освіти: бакалавр

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 Психологія

Освітньо-професійна програма: Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

«__» _____ 202__ р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧУ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Дубій Іванна Анатоліївна

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема кваліфікаційної роботи **«Нервово-психічне напруження як чинник переживання депресивних станів молоді»**

Керівник роботи: Шкарлатюк Катерина Іванівна, к.психол.н., доцент

затверджені наказом закладу вищої освіти від «26» грудня 2024 р. № 479/01-02

2. Строк подання здобувачем вищої освіти кваліфікаційної роботи **«15 травня» 2025 р.**

3. Вихідні дані до роботи Психологічна фахова література, періодичні видання, науково-методичні джерела вітчизняних і зарубіжних авторів

4. Зміст пояснювальної записки (перелік питань, що потрібно розробити):

Аналіз літературних джерел за темою кваліфікаційної роботи бакалавра, виклад загальної проблеми і вибір напрямків дослідження; опис рішення загальної проблеми та основних методів дослідження; методика для проведення експерименту, експериментальне дослідження та аналіз його результатів.

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу:

1 таблиця

5 рисунків

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис	
		завдання видав	завдання прийняв
<i>Розділ 1</i>			
<i>Розділ 2</i>			
<i>Висновки</i>			

7. Дата видачі завдання « ___ » _____ 202__ р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи бакалавра	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	<i>Обґрунтування теми</i>	10.01.2025	
2.	<i>Огляд літератури із досліджуваної проблеми</i>	01.02.2025	
3.	<i>Розділ 1</i>	15.03.2025	
4.	<i>Розділ 2</i>	30.04.2025	
5.	<i>Висновки та пропозиції</i>	07.05.2025	
6.	<i>Формування списку використаних джерел</i>	17.05.2025	
7.	<i>Нормоконтроль</i>	31.05.2025	
8.	<i>Інструментальна перевірка на академічний плагіат</i>	06.06.2025	
9.	<i>Представлення кваліфікаційної роботи бакалавра до захисту</i>	07.06.2025	

Здобувач вищої освіти _____ (_____)
(підпис) (прізвище, ініціали)

Керівник кваліфікаційної роботи _____ (_____)
(підпис) (прізвище, ініціали)

АНОТАЦІЯ

Дубій І.А. Нервово-психічне напруження як чинник переживання депресивних станів молоді. Рукопис.

Кваліфікаційна робота бакалавра ОПП «Психологія» спеціальності 053 Психологія. Луцький національний технічний університет. Луцьк, 2025.

Кваліфікаційна робота бакалавра складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел.

У роботі досліджено нервово-психічне напруження як чинник переживання депресивних станів молоді, досліджено наявні рівні переживання депресивної симптоматики, тенденції фізичного й психологічного компонентів здоров'я, у порівнянні із характерними показниками переживання стресового стану та нервово-психічної напруги.

Метою дослідження є теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження нервово-психічного напруження як чинника переживання депресивних станів у молоді.

В процесі роботи були використані такі методи: теоретичні – аналіз, синтез, абстрагування; психодіагностичні: стандартизовані методики; методи обробки — кількісні та якісні із застосуванням методів математичної статистики (коефіцієнт кореляції Пірсона – програма Microsoft Excel).

У дослідженні було запропоновано рекомендації для психологічної роботи з молоддю, яка має депресивну симптоматику та прагне врівноважити свій психофізичний стан, відчувати благополуччя, орієнтуючись на зниження наслідків переживань нервово-психічної напруги та стресу.

Ключові слова: нервово-психічне напруження, депресивний стан, психофізичний стан, стрес, субдепресія, психосоматичні реакції, ментальне здоров'я.

SUMMARY

Dubii I.A. Nervous and mental tension as a factor in experiencing depressive states of the youth. Manuscript.

Qualifying thesis of the bachelor's degree program «Psychology» specialty 053 Psychology. Lutsk National Technical University. Lutsk, 2025.

The bachelor's qualification work consists of an introduction, two sections, conclusions and proposals, a list of used sources.

Qualifying thesis is devoted to nervous and mental stress as a factor in experiencing depressive states in young people, investigates the existing levels of experiencing depressive symptoms, trends in physical and psychological components of health, in comparison with characteristic indicators of experiencing a stressful state.

The study offered recommendations for psychological work with young people who have depressive symptoms and seek to balance their psychophysical state, feel well-being, focusing on reducing the effects of neuropsychiatric stress and stress.

Key words: nervous and mental tension, depressive state, psychophysical state, stress, subdepression, psychosomatic reactions, mental health.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОГО НАПРУЖЕННЯ ЯК ЧИННИКА ПЕРЕЖИВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ МОЛОДІ.....	7
1.1. Нервово-психічна напруга як феномен.....	8
1.2. Депресивний стан в наукових психологічних дослідженнях.....	15
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОГО НАПРУЖЕННЯ ЯК ЧИННИКА ПЕРЕЖИВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ МОЛОДІ.....	29
2.1. Процедура та методика дослідження.....	9
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження нервово-психічного напруження як чинника переживання депресивних станів людини.....	31
ВИСНОВКИ.....	41
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	46

ВСТУП

Актуальність дослідження. Нервово-психічне напруження та депресія – це виклики сьогодення, що набувають все більшого значення. Згідно з інформацією, наданою Всесвітньою організацією охорони здоров'я, депресія входить до числа найчастіших психічних недуг серед молоді, зокрема у віковій групі від 15 до 24 років. Існує велика кількість наукових розвідок, що досліджують кореляцію між нервово-психічним навантаженням та імовірністю розвитку депресивних епізодів, а також ефективність копінг-стратегій, здатних допомогти запобігти або послабити ризик їх виникнення.

Напруга здатна провокувати виникнення депресивних симптомів, активуючи різноманітні процеси в організмі. Молоді люди в період дорослішання переживають серйозні труднощі, зокрема, вступ до університету, пошук роботи, формування нових відносин, розрив старих і таке інше. Усі ці чинники здатні спричиняти стрес, котрий, в свою чергу, може породжувати депресивні прояви, включаючи погіршення настрою, втрату інтересу до занять, що раніше приносили задоволення, втому, проблеми зі сном, відчуття нестачі сил та багато інших.

З іншого боку, депресія може призвести до збільшення рівня стресу та нервової напруги. Наприклад, люди з депресією можуть переживати великий рівень страху, тривоги та невпевненості, що може призвести до збільшення рівня стресової симптоматики, та зробити ці стани більш стійкими до лікування.

Не менш важливим є врахування сучасних реалій, з якими зіткнулося українське суспільство, а саме: переживання пост-періоду пандемії COVID-19, проблеми національної безпеки унаслідок повномасштабного вторгнення, природні катаклізми тощо. Ці всі події посилюють відчуття невизначеності та можуть руйнувати відчуття безпеки, нагадуючи через різні джерела інформації, що світ загрожує тими чи іншими явищами життю, здоров'ю, стану людини.

Для молоді особливо важливо звертати увагу на своє фізичне та психічне здоров'я та розвивати стратегії копінгу для зменшення ризику розвитку депресії. Зважаючи на те, що нервово-психічна напруга та депресія можуть

збільшувати ризик одне для одного, особливо серед молодих людей, важливо розуміти, як кожен з цих факторів взаємодіє з іншим і як їх можна регулювати. Зокрема, застосовуючи різні інструменти управління емоціями та стресом, через соціальну підтримку та професійні підходи, які можуть допомогти управляти симптоматикою цих станів.

Об'єкт дослідження: чинники переживання депресивних станів молоді.

Предмет дослідження: нервово-психічне напруження як чинник переживання депресивних станів молоді.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному розгляді нервово-психічного напруження як чинника переживання депресивних станів у молоді.

Відповідно до мети визначено такі **завдання:**

1. Провести теоретико-методологічний аналіз стану дослідження феномену нервово-психічного напруження, з'ясувати психологічні особливості депресивних станів у людей молодого віку.

2. На основі теоретичного аналізу підібрати емпіричний матеріал для діагностування молоді із питання депресивних станів та нервово-психічної напруги.

3. Емпірично дослідити та проаналізувати особливості нервово-психічного напруження як чинника, враховуючи характеристики депресивного стану у молоді.

Інформаційна основа дослідження опирається на праці науковців стосовно: феномен «нервово-психічна напруга» та його категорії (М. Amin, L. Clark, R. Faghih, S. Khazaei, R., B. McEwen, K. Teigen, D. Watson, O. Дубовий, В. Бабич, А. Колодько, М. Корольчук, І. Попович); «депресивний стан», специфіка діагностування, перебігу та терапії (E. Paykel, K. Smith, P. Renshaw, J. Bilello, J. Cunningham, C. Shapiro, A. Коротиш, М. Терещенко); взаємозв'язок із віковими чинниками (B. Maughan, S. Collishaw, A. Stringaris, E. Bernaras, J. Jaureguizar, M. Garaigordobil, A. Thapar); акцент на ранню дорослість (O. Корнован); психологічні особливості молоді, вікова структура та притаманні риси даного періоду (E. Erikson, S. McLeod, Y. Aktu, Л. Романюк, Ю. Мірик, Н. Кошель, Є.

Калюжна, А. Коваленко).

Методи дослідження: для досягнення поставленої мети і вирішення завдань було використано комплекс методів: теоретичні – аналіз, синтез, абстрагування; психодіагностичні: стандартизовані методики; методи обробки — кількісні та якісні із застосуванням методів математичної статистики (коефіцієнт кореляції Пірсона – програма Microsoft Excel).

Новизна дослідження. Було звернено увагу на здебільшого психологічні особливості молодого віку й переживання цієї групою людей депресивних станів у період воєнного стану. На основі проведеної діагностики було виявлено переважаючий рівень нервово-психічної напруги та стресу, які пов'язані із наявністю у них відповідного рівня депресивного стану, звернено увагу на результати досліджуваних щодо переважаючих характеристик стресу, з метою подальшого впливу та роботи із наявними станами, які взаємопов'язані із наявністю нервово-психічної напруги у молоді.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості подальшого наукового використання результатів дослідження з метою поглиблення знань щодо молоді з депресивними станами та переживанням різних рівнів нервово-психічної напруги; у збагаченні змісту процесу консультування та психодіагностики з клієнтами щодо питань характеристик благополуччя та переживання депресивного стану із характерним рівнем нервово-психічної напруги.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ НЕРОВО- ПСИХІЧНОГО НАПРУЖЕННЯ ЯК ЧИННИКА ПЕРЕЖИВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ МОЛОДІ

Депресивні стани, як і інші психічні розлади, несуть за собою непрямий вплив на фізичне здоров'я, а також мають зв'язок із вищим рівнем смертності. Із більш повсякденних наслідків: погіршення функціонування у виконанні повсякденних завдань, роботи та підтримування стосунків. Саме тому варто припускати, що одним із чинників переживання групою людей депресивних розладів є нервово-психічна напруга, рівень якої та дослідження впливу має потребу в актуалізації, зважаючи, що, згідно з останнім дослідженням, кожен восьмий дорослий українець (12,4 %) має симптоми клінічного діагнозу, а згідно моніторингу психічного здоров'я українців в період воєнного стану, депресивний стан фіксують у себе 24 % українців [35; 54].

Припускаємо, що саме дослідження нервово-психічної напруги має сенс у лікуванні та роботі із депресивними станами. Спостерігається небезпечний вплив психічно-нервової напруги, тому що вона впливає на дезорганізованість поведінки особистості, гальмування раніше вироблених навичок, неадекватну реакцію на зовнішні подразники, утрудненість в розподілі уваги, зниження параметрів пам'яті та імпульсивності [19].

Зазначається, що рівень поширення депресії серед молодих людей має тенденцію до різкого зростання, зокрема серед жінок. Профілактика та раннє втручання при переживанні депресивних станів молоді набуває пріоритетності, адже період становлення у ранньому дорослому віці передбачає закріплення основних формувань в сферах соціального, емоційного, когнітивного розвитку, а несприятливі результати лікування та роботи із депресивними станами включає більшу ймовірність рецидивів. Процес лікування молоді із депресивними станами має свої особливості та передбачає ступінчасту систему втручання: від коротких психосоціальних інтервенцій із переходом до психотерапії та прийому антидепресантів у випадку високого рівня.

Профілактика передбачає роботу із стресовими факторами та іншими чинниками, які сприяють розвитку депресивного стану, саме тому врахування щодо питання рівня нервово-психічної напруги може зіграти роль для попередження та усунення депресивної симптоматики [33].

1.1. Нервово-психічна напруга як феномен

Поняття нервово-психічної напруги (НПН), або ж стресу, трактується як реакція організму щодо зміни звичної, стереотипної діяльності та проявляється за наявності уявної або реальної небезпеки життю та здоров'ю. Можна говорити про захисну та адаптивну функції, які виконує НПН, дозволяючи нашому організму в стресовий період підлаштовуватися під умови середовища та мінімізувати руйнуючий вплив негативних чинників [10].

Важливим є розмежування термінів «нервово-психічна напруга», як психічний стан, і психічна напруженість – властивість психіки індивіда. Вплив нервово-психічної напруги проявляється двома способами: через посилення збудження або активацію гальмівних процесів. Інтенсивність цих проявів залежить від особистісних характеристик та факторів, що спричинили напругу. Для цього стану характерні певні особливості, зокрема, зменшення лабільності та пластичності нервової системи, що супроводжується активацією автоматизму та стереотипності дій. Це, в свою чергу, може ускладнювати повсякденне функціонування, провокуючи стресову реакцію, стан [12; 15].

У певній мірі, НПН відіграє корисну дію, проте її високий рівень спричиняє стан перенапруження, що несе негативний вплив на стан людини. Характеристика інтенсивності психічної напруги відображає ефективність дій людини і ступінь виконання поставлених завдань. Р. Єркс і Дж. Додсон на початку ХХ століття експериментально довели, що при підвищенні активності нервової системи успішність відповіді зростає, проте після досягнення певного рівня напруги вона починає знижуватися [37; 48].

Зазнають змін такі сфери, як пізнавальна, психомоторна, мотиваційна продуктивна: погіршення концентрації та розподілу уваги, чіткості спостережливості, зниження якості виконання розумових операцій, швидкості

сприйняття, переробки та засвоєння інформації; тремтіння та зміна якості мови, проблеми з координацією рухів, сповільненість або метушливість рухів, відчуття виснаження та безсилля; знижується ефективність діяльності (до 50%) та зростає наявність помилок. Мотиви діяльності можуть набувати несвідомого характеру та вчинків: уникнення, ризику, які важко обґрунтувати [7; 15].

Класифікація НПН здійснюється на основі різних властивостей психічних функцій та змін, які воно спричиняє у несприятливих умовах: сенсорне, фізичне, емоційне, інтелектуальне, мотиваційне навантаження, напруження очікування, монотонія та політонія. Як вже зазначалося, результативна діяльність в умовах напруження можлива при дотриманні її оптимального рівня, який активізує ресурси та сприяє підвищенню ефективності виконання завдання. Відповідно до інтенсивності, виділяють слабе, оптимальне, надмірне, граничне, надграничне напруження. За тривалістю розрізняють короткочасне (вимірюється хвилинами), тривале (протягом годин та діб), надзвичайно тривале (триває місяцями) напруження.

Нервово-психічна напруга впливає на більшість аспектів життя людини, включаючи роботу, навчання, відносини, фізичне та психічне здоров'я. Науковці вивчають різні фактори, які можуть зменшити або збільшити ризик розвитку стресу та депресії, такі як соціальна підтримка, здоровий спосіб життя, психотерапія та медикація.

До причин прояву напруги нервовою системою та психікою, відносять дію трьох чинників: біологічні, соціально-психологічні, фонові. Біологічні чинники обумовлені особливостями організації нервової системи (темпераментом), типом реагування та фізіологічними факторами організму людини. Соціальні фактори поруч із індивідуальними якостями особистості визначають можливості адаптації людини до психогенних стресових факторів, а також здатність протистояти їм. Специфічним фактором є наявність фонового напруженого фону, що може стосуватися умов життєдіяльності, середовища та визначати стиль життя людини, рівень вже наявного рівня напруги у неї. До несприятливих факторів науковець Зінченко В. П. відносить: наявність фізіологічного дискомфорту в умовах життя, біологічне відчуття страху,

дефіцит часу, складні завдання із недостатніми можливостями виконання, значимість помилок у діяльності, наявність характерних діяльності перешкод, отримання невдачі через об'єктивні обставини: дефіцит інформації у прийнятті рішення, перенасиченість інформацією, суперечливість умов завдання [12].

Якщо узагальнити, те, як людина реагує на навантаження, тобто як вона переживає стрес, залежить від індивідуальних вимог до продуктивності (ресурсів) цієї людини. Наприклад, здібності, навички, досвід, знання, якісна обізнаність і впевненість у собі, які дозволяють людям позитивно сприймати ситуації та справлятися з ними. Вік і стать, стан здоров'я і поточний психічний стан також є вимогами до успішності. Іншими словами: якими різними є люди, настільки різними є їхні психологічні, фізичні, генетичні та соціальні умови для переживання стресу. Тому кожна людина по-різному реагує на напругу і по-різному її переживає. У цьому відношенні ідентичний рівень стресу може кинути виклик і мотивувати одну людину, тоді як він може пересилити іншу людину, оскільки її передумови є іншими. І навіть одна й та сама особа може по-різному займатися тим самим завданням у різний час, наприклад, вранці, коли вона ще відпочила, на відміну від вечора, коли вона вже втомлена, відповідно психічна напруга буде в той чи інший момент різною [29].

Важливим аспектом НПН науковці визначають ступінь психоемоційного навантаження, що окреслює відповідний обсяг прояву емоційних відгуків на обставини, який сприяє залученню ресурсів для повернення до нормального функціонування організму. Психоемоційне напруження вирізняється надмірною виразністю емоційних реакцій, що деформує життєдіяльність та пристосування до її вимог. Поєднання психологічних, суспільних, фізіологічних, ендокринних та метаболічних чинників зумовлює виникнення синдрому психоемоційного напруження, що є перехідним станом, провокуючи розвиток психосоматичних або психічних захворювань [17].

Згідно теорії тристоронньої моделі афективного впливу Кларка- Уотсона, депресія та тривожні стани поділяють істотний компонент загального афективного дистресу, вони можуть бути диференційовані на основі факторів, специфічних для кожного синдрому. Стрес може викликати дисбаланс

нейронної схеми, що підпорядковує пізнання, прийняття рішень, тривогу та настрої, що може збільшити або зменшити вираження цих форм поведінки та поведінкових станів. Цей дисбаланс, у свою чергу, впливає на системну фізіологію через нейроендокринні, вегетативні, імунні та метаболічні медіатори. У короткостроковій перспективі ці зміни можуть бути адаптивними; Але, якщо загроза проходить і поведінковий стан зберігається разом зі змінами нейронної схеми, така дезадаптація вимагає втручання з поєднанням фармакологічної та поведінкової терапій [40; 49].

Загалом дані дослідження вчених вказують на те, що підвищені рівні неспецифічного компонента (нервової напруги) майже завжди будуть очевидними у тривожних або депресивних пацієнтів; справді, дисфункціонально високий рівень цього показника по суті сигналізує про наявність цих розладів (хоча нижчі рівні ознаки напруги можуть спостерігатися у суб'єктів із суворо обмеженими розладами, такими як прості фобії). Таким чином, підвищений рівень нервово-психічної напруги, особливо у хронічному стані, свідчить про загальну релевантність діагнозів тривожно- депресивного стану (і, можливо, також інших діагнозів). В той же час, дослідження підтвердило і зворотній ефект: зменшена напруга або знаходження її на оптимальному рівні передбачає менші показники результатів по шкалам депресії та тривожності та зменшення варіантів їх тяжкості перебігу [30].

Відмічаючи зв'язок переживання тривожно-депресивних станів та нервової напруги, варто звернути увагу на наявну ситуацію щодо поширення цих показників в Україні за останній рік, які можна відслідкувати завдяки програмі МОЗ України. Згідно одного із останніх анкетувань українців, які стосуються самовідчуття, про наявність тривожності та напруги повідомляють 50% респондентів, а про відчуття депресивного стану 24%, а спеціалісти із сфери надання психологічної допомоги свідчать про наявність у своїх клієнтів цих станів у 90% та 60% звернень відповідно [35].

Нервово-психічна напруга часто є супутником переживання стресу, а за відчуттями, 71% респондентів переживають стрес або сильну знервованість. Серед основних причин виділяють для себе вплив повномасштабної війни з

росією (72 %), фінансові складнощі (44 %) та соціально-політична ситуація в країні (30 %). Зважаючи на тему дослідження, серед молоді відчуття стресу або сильної знервованості можна спостерігати у 67 % респондентів, проте до вищезгаданих причин переживання стресу (повномасштабна війна з росією стосується 57 % та фінансові труднощі 33 % опитуваних) варто додати роботу та вирішення робочих питань (34 %) й сімейні справи та стосунки (30 %).

Нервово-психічна напруга є частиною реакції на стрес організмом. Дослідження повідомляють про психічне напруження як про один із основних факторів, які сприяють виникненню різних захворювань, таких як інфаркт, депресія та інсульт. Інше дослідження вказує, що переживання довготривалого впливу факторів психічного напруження, зокрема, на робочому місці чи зоні основної діяльності молодшої людини, має підвищений ризик розвитку депресії, тривожних розладів, захворювань опорно-рухового апарату та серцево-судинних захворювань. Слід зазначити, що іноді кілька факторів психологічного стресу виникають одночасно, які зазвичай не враховуються в дослідженнях. У цьому відношенні можливо, що реальні ризики захворювання недооцінені. Стрес є загальною неспецифічною реакцією організму на будь-який фактор змін, активізуючи гіпоталамо-гіпофізарно-адренкортикальну вісь і симпатичну нервову систему, в наслідок чого спостерігається підвищення кортизолу в крові, безперервне і довготривале виділення якого по-різному впливає на наш організм. Характерне збільшення розміру та активності мигдалеподібного тіла, що стосується зміни в емоційній сфері та мнемічних процесах. Визнано, що стрес є одним з основних факторів, що сприяють хронічним розладам і втраті продуктивності. Тривалий вплив стресу був пов'язаний з різними проблемами зі здоров'ям, такими як серцеві захворювання, ожиріння, діабет, інсульт та депресія. Відповідно до інтеграційної моделі стресу, центральним елементом є проблема, що ставить перед людиною необхідність прийняття рішень, спричиняючи зміни в діяльності - як збільшення, так і обмеження. З появою проблеми, складнощі з її вирішенням викликають напругу функцій організму. У випадку нерозв'язання проблеми, напруга триває або зростає, приводячи до розвитку стресу. Оцінка стресу на

ранній стадії важлива профілактично, щоб запобігти наслідкам погіршення здоров'я під його впливом [29; 42].

Розуміючи дію, вплив та наслідки переживання людиною нервово-психічної напруги як фактору розвитку і депресивних станів, і інших захворювань, варто звернути увагу на заходи, які можна вжити як профілактично, так і при лікуванні депресивного стану. Розглядаючи нервово-психічну напругу як чинник, що провокує такі стани, важливим є впровадження впливу на послаблення рівня нервово-психічної напруги, зокрема, і на чинники, які на неї впливають: біологічні, соціально- психологічні, фонові; згідно іншої класифікації: психологічні, фізичні, генетичні та соціальні умови переживання стресу. Припускаємо, що заходи надання психологічної допомоги здатні впливати на декілька із них, в тій чи іншій мірі: на психологічні, фізичні, соціальні умови переживання. Для найоптимальнішого рівня попередження впливу психічної напруги на ментальний стан людини, найбільш ефективним є впровадження комплексних заходів впливу: через психологів, психотерапевтів, тренінгових груп, психіатрів та сімейних лікарів, організацій, що відповідають за умови праці, юридичних установ, соціальні установи, які впливають на добробут та сферу обслуговування тощо.

Для аналізу подальших перспектив роботи із тематикою, цінним для аналізу є продовження дослідження, ініційованим МОЗ України та О. Зеленською, щодо можливостей та ставлення українців в отриманні психологічної допомоги. Відчуття необхідності у психологічній допомозі впродовж 6 місяців протягом 2022 р. було актуальним для 42% українців, проте лише 5% зверталися по неї, а 27% думають про це. Саме звернення до спеціалістів характерне 1% опитуваних на регулярній основі та 7% за потреби та виникнення труднощів. Серед найпоширеніших причин того, чому отримання психологічної допомоги не є можливе для респондентів, які не зверталися по неї, це: не сприймання своїх проблем достатніми для звернення, впевненість, що зможуть впоратися самостійно; наявність тих, кому зараз це потрібніше; дорога вартість послуг. Загалом, на думку експертів, серед українців відсутня розвинена культура піклування про своє психологічне здоров'я. Більшість

опитуваних як усвідомлюють, так і не усвідомлюють важливості психічного здоров'я (63%), а ставлення до свого ментального стану як серйозне, так і не серйозне (60%). На думку респондентів, зверненню за психологічною допомогою сприяла обізнаність та доступність, у тому числі наявність позитивних коментарів та поінформованість щодо способів отримання допомоги.

На думку експертів, для покращення ставлення українців до психічного здоров'я та психологічної допомоги необхідно вживати комплексних заходів, а саме: підвищувати обізнаність громадськості щодо важливості психічного здоров'я, методів виявлення психологічних проблем та місць психологічної допомоги через рекламні кампанії й позитивні відгуки пересічних громадян; підтримувати ініціативи національного рівня, в тому числі впровадження національного плану відновлення та підтримки психічного здоров'я українців; підвищити комфортність отримання психологічних послуг та сформувати довіру до спеціалістів, контролюючи процес ліцензування надавачів психологічної допомоги.

1.2. Депресивний стан в наукових психологічних дослідженнях

Сучасна концепція депресії, як її визначає психологічна та психіатрична науки, закріплена в двох офіційних класифікаціях: класифікації психічних і поведінкових розладів Міжнародної класифікації хвороб - 11 та Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів 5-го видання (DSM-V). Є клінічним синдромом, який визначається наявністю низки клінічних ознак, але не потребує конкретної етіології та визнає можливість як психологічних, так і біологічних причинних факторів [27].

Відповідно до МКХ-11, депресивні розлади визначаються зниженим настроєм (скажімо, сумним, роздратованим, відчуженим) або відсутністю відчуття задоволення, що супроводжується низкою когнітивних, поведінкових або нейровегетативних проявів, які істотно впливають на можливості особистості. Ці симптоми спричиняють значні душевні страждання або

серйозні ускладнення в персональному житті, взаєминах з сім'єю, соціумі, навчанні, професійній діяльності та інших важливих областях. Якщо функціонування все ж зберігається, то тільки за рахунок значних додаткових зусиль [36]. Також, вченими зауважується, що для діагностики симптоматика потребує стабільності проявів протягом в середньому двох тижнів або двох місяців [44].

Зазвичай термін «депресивний стан» використовується для опису короткочасних епізодів зниження настрою та почуття пригнічення, які можуть бути спричинені стресом, травмою або певними ситуаціями життя. Проте, в наукових дослідженнях та клінічній практиці цей термін не є формально визначеним поняттям, оскільки депресивний стан може виявлятися у різних людей з різними симптомами та тривалістю прояву [50].

Діагностика депресії визначається на основі застосування клінічних критеріїв, передбачаючи орієнтацію на поточну симптоматику людини, а також історію її хвороби. До об'єктивності процесу додається також суб'єктивна інтерпретація стану та хвороби. Стандартизація отриманих даних здійснюється за допомогою різних інструментів як клінічне інтерв'ю, скринінгу та тестування стану в різних клінічних умовах [46].

Класифікація депресивних станів та захворювань відбувалася в межах різних підходів та теорій, яких протягом історії становлення наук була численна кількість. Питання походження депресії відбувалося на міждисциплінарному рівні серед наукових представників медицини та психології. Науковці медичного підходу визначали, що депресія може виникати через наступні причини: дефіцит рівня норадреналіну в мозку; ендокринні хвороби; розлади, пов'язані із сном; зміни в структурі мозку або через вплив генетики. Наукова сторона психології визначає причини у основах психоаналізу, теорії прихильності; поведінкової або когнітивної моделі; моделі самоконтролю; теорії міжособистісних відносин; на основі стресових життєвих подій й соціокультурної моделі [28].

Розглянувши аналіз наукових теорій, які вказують на походження депресії, можна дійти висновку про поділ на депресії по причинності на

зовнішню (екзогенну) й внутрішню (ендогенну). Це слугує виділенню депресивного спектру розладів – наявність різних причинних факторів (де на одній межі – фактори природного, тобто органічного походження, а на іншій – реактивного (психосоціальної природи), проте має характерну спільність симптоматики та протікання стану. Відповідно визначають, що чим більше фактори хвороби відносяться до ендогенних, тим більша є потреба у медикаментозному лікуванні, ніж психотерапевтичному. Ефективність лікування залежить від правильної етіології та своєчасної діагностики депресії, що підвищує ймовірність призначення відповідного психофармакологічного та психотерапевтичного лікування [9; 13].

ВООЗ визначає, що депресивний епізод поділяється на категорії за інтенсивністю проявів: легкий, середній або важкий. Це залежить від того, скільки є симптомів та наскільки вони важкі, а також від того, як вони впливають на повсякденне життя людини. Існують різні моделі розладів настрою, включаючи: одиничний епізод депресивного розладу, що означає перший і єдиний епізод людини; рецидивуючий депресивний розлад, тобто людина має в анамнезі принаймні два депресивні епізоди; біполярний розлад, що означає, що депресивні епізоди чергуються з періодами маніакальних симптомів, які включають ейфорію або дратівливість, підвищену активність або енергію та інші симптоми, такі як підвищена балакучість, стрибки самооцінки, зниження або підвищення потреби у сні, відволікання уваги та імпульсивна безрозсудна поведінка [53].

Діагностикою та висуванням діагнозу займається лікар, людина з медичною освітою, зокрема психіатричною, на основі характерної симптоматики та характеристик щодо різноманітності депресивних розладів. У нашому дослідженні депресивний стан визначається проявом симптомів депресії, згідно критеріїв застосованих опитувальників.

Дослідження депресії у людей дорослого та підліткового віку показало, що більшість (60-90%) епізодів депресії у підлітків проходять протягом року. Однак у подальших дослідженнях у 50-70 % пацієнтів, які вийшли в ремісію, розвиваються подальші депресивні епізоди протягом п'яти років. В той же час,

серед дорослих дуже мало людей демонструють повне симптоматичне та функціональне відновлення між депресивними епізодами, причому більшість повідомляє про залишкові симптоми або наявні наслідки порушення функціонування. Депресія передбачає можливість розвитку цілого ряду розладів психічного здоров'я у дорослому житті – зокрема, тривожні та біполярний розлади; розлади, пов'язані із залежністю, а також суїцидальну поведінку, безробіття та проблеми з фізичним здоров'ям. Тому можна сказати, що епізод депресії в підлітковому віці часто сповіщає про хронічний або рецидивуючий розлад і прогнозує широкий спектр психосоціальних труднощів і поганого здоров'я [32; 39].

Проблема поширення депресії стає все більш актуальною не лише на глобальному, а й на національному рівні. За даними дослідження, за статистикою кожен восьмий дорослий українець (12,4 %) повідомив про симптоми, відповідні клінічному діагнозу депресії. Водночас лише чверть із підозрюваних на депресію (3,0 % від загальної вибірки) повідомила про це лікарю або медичному працівнику. Лише 0,4% населення отримували лікування антидепресантами або психотерапію, що відповідає охопленню лише 3,2 % ймовірних випадків депресії. Виражено, що в клінічній практиці існує потреба в нефармакологічних, заснованих на психотерапевтичних методах лікування депресії, як альтернативі або доповненні до антидепресантів. [31; 54].

Згідно дослідження епідеміологічного стану психічних розладів, було виявлено, що серед депресивного та біполярного розладів, які належать до групи афективних, об'єм депресивних становить більше ніж 55 % усієї категорії та щороку збільшується. У розподілі поширеності саме цих станів, виявлено, що молодь, а також жінки страждають депресивними розладами частіше, ніж чоловіки. Медична державна статистика щодо випадків захворюваності та їх поширеності має низьку достовірність, проте саме щорічне зростання амбулаторного споживання антидепресантів є основними причинами змін у наданні психічної допомоги населенню України [18].

ВООЗ визначає, що депресивний епізод поділяється на категорії за інтенсивністю проявів: легкий, середній або важкий. Це залежить від того,

скільки є симптомів та наскільки вони важкі, а також від того, як вони впливають на повсякденне життя людини. У країнах із низьким і середнім рівнем доходу більше 75 % людей не отримують лікування, незважаючи на відомість ефективних та наукових методів лікування психічних розладів. Перешкодами для цього, догляду за людиною часто є брак ресурсів, відсутність кваліфікованих медичних працівників та соціальна стигматизація щодо психічних розладів. Людям з депресією часто ставлять неправильний діагноз і призначають антидепресанти в країнах з будь-яким рівнем доходу [5].

Підводячи підсумок, можна сказати, що депресія сильно впливає практично на всі сторони життя людини. Депресія є складним багатофакторним розладом із багатьма специфічними проявами та симптомами. Цей розлад включено до міжнародної класифікації Міжнародної класифікації хвороб (МКБ-11) і п'ятого видання редакції тексту Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5-TR), що демонструє серйозність, з якою світові наукові досліджують хворобу ставлення та їх значний вплив на життя сучасних людей. Існує кілька класифікацій депресивних епізодів зі складною та неоднозначною симптоматикою. Дослідження стверджують, що в більшості випадків депресія та переживання депресії включають загальну зміну структури людського досвіду, і з цієї точки зору різні симптоми набувають нового значення. Через специфічний вплив депресії на психіку людини і складність симптомів, люди, які пережили депресію, часто відчують труднощі з описом пережитого. Люди з депресивним станом часто стикаються зі стигмою, не отримують достатньо уваги з боку оточення або не приділяють належної уваги своїй хворобі.

1.3. Особливості переживання депресивних станів у молодому віці

ООН визначає «молодь» як осіб у віці від 15 до 24 років. Однак це визначення не є універсальним. Оскільки досвід молодості може суттєво відрізнятись в усьому світі, між країнами та регіонами, тому «молодь» є

гнучкою категорією. В законодавстві України (закон «Про основні засади молодіжної політики» від 27.04.2021) вказано, що «молодь – особи віком від 14 до 35 років...» [2; 51].

Вікова періодизація залишається актуальним питанням наукового розгляду, адже швидка зміна середовища, зокрема ноосфера, впливають на культурні характеристики суспільства, а отже і критерії поділу вікових періодів. Зокрема, про те, що наявні соціальні, економічні та культурні впливи середовища ноосферою через джерела енергії зауважував український вчений С. Подолинський [20].

Розглядаючи періодизацію людей молодого віку, варто також врахувати фактори, які можуть впливати на переживання депресивних симптомів, зокрема, через поняття кризових періодів. Підкреслюється, що переживання життєвих криз як перехідних вікових періодів може бути фактором депресивного стану [14].

Саме тому вважаємо за доцільне орієнтуватися на психосоціальну концепцію розвитку особистості Е. Еріксона, розрізняючи етап молодості (ранньої зрілості) в період від 20 до 25 років. Основним питанням, яке підіймається у цей період, є досягнення інтимності або ізоляції, залежно від успішності проходження цієї та попередньої криз. Близькою до теорії вченого була вікова теорія структури життя Д. Левінсона. У нашій роботі його вчення охоплює два вікових етапи, які характеризуються наступним чином:

1) Етап ранньої дорослості (20-22 роки) – «відривання від батьківського дому». Основні завдання та проблеми, які постають та є наступним кризовим етапом: уточнення планів на життя, початок їх реалізації, пошуки себе та індивідуалізація, пошуки партнера, спеціалізації, набуття майстерності в професійній діяльності.

2) Вхід у світ дорослих (22-28 років). Це етап, на якому людина приймає більш конкретні рішення щодо своєї професії, дружби, цінностей і способу життя. Ця стадія дає молодому дорослому будь-які ролі та вибір для свого майбутнього. Левінсон вважає, що саме в цей час молода людина мріє про свій майбутній успіх у кар'єрі, сімейне життя і статус. Левінсон також

вважає, що присутність наставника або старшого вчителя є великим впливом на те, щоб спрямувати людину через перешкоди на її кар'єрному шляху [26].

Згідно статистики офіційного державного перепису населення, частка людей молодого віку становить близько 5% від населення, а саме населення країни є старіючим. Проте саме ця частина складає частину працездатного віку та починає активно впливати на суспільне життя країни, визначає його подальшу долю у демографічній, соціальній, професійній сферах [4].

На цьому етапі ми переходимо до вирішення дорослих задач, спираючись на сформовану психосоціальну ідентичність. Постає ключове питання: вибір між активною участю у побудові дружніх і сімейних стосунків, з перспективою виховання майбутнього покоління, та відчуженням, характерним для тих, хто має невизначену ідентичність, або інші, ще більш ранні проблеми в особистісному розвитку. Наявність набутого вміння брати участь у соціальних інтимних стосунках пов'язана із результатами минулих криз, зокрема: вміння довіряти собі та іншим, набуття впевненості чи сумнівів, прояв ініціативи, працьовитості, що переходить від процесу самовідчуття до прояву якостей у суспільстві [34].

Розвиток психічного життя особистості раннього дорослого віку характеризують через призму трьох аспектів «Я», які впливають одне на одного та пов'язані одні з одним: «Я»-індивідуальне, «Я»-родинне та «Я»- професійне. Перше, індивідуальне, передбачає міру розвитку та удосконалення характеристик фізичної, інтелектуальної, емоційно-вольової й поведінкових сфер. Функціональний прояв соціальних ролей пов'язують із становленням родинного «Я», наприклад, ролі дитини, партнера, батька. Трудова діяльність та досягнення особистості формують професійне «Я», включаючи ролі спеціаліста, колеги, підлеглого або ж керівника [3].

Молодий вік можна охарактеризувати в цілому як здоровий період життя, який визначається актуальністю у розвитку фізичного здоров'я, практика здорових звичок життя, які визначатимуть в наступні періоди початок та розвиток старіння організму. В цей період досягають вершини

фізичні можливості організму, остаточно завершуючи його дозрівання та

зростання. Зазначається, що фізична зрілість підкріплюється набуттям психологічної, що представляє собою системну якість особистості, яка відображає досягнення функціональності, адаптивності та здатності людини до відповідальності [3].

Емоційна сфера життя ранньої дорослості пов'язана із розвитком емоційного інтелекту. Визначають, що в ранньому дорослому віці ця характеристика включає в себе наступні компоненти: емпатійні, соціальні навички і вміння, розвиток мотиваційної сфери, самоактуалізація, самореалізація, самосвідомість і самоконтроль та інші. Саме рівень емоційного інтелекту визначається типом реагування на аналогічні ситуації різними людьми. Всі ці компоненти ідентичності, її типи реагування, ціннісні орієнтації, потреби й пріоритети впливають на формування професійної діяльності та побудову сімейного блага [16].

Важливим процесом особистості раннього дорослого віку є становлення її життєвих цінностей в межах соціокультурного простору. Зокрема, в ньому головну роль відіграють такі процеси як ідентифікація (процес ототожнення себе з іншою особистістю або групою людей), акомодация (процес коригування сформованих знань, умінь та навичок відповідно до нових обставин) та асиміляції (процесу злиття культурної меншості з більшістю шляхом усвідомлення та перейняття мови, культури, цінностей, норм поведінки домінуючого суспільства). Прояв механізмів відбувається у процесах інтеракції та творчої сторони життя особистості [6; 23].

Наприклад, процеси взаємодії у родинному колі актуалізують механізм ототожнення завдяки виокремленню моделей і патернів поведінки інших членів сім'ї, які є її учасниками, в свою чергу створюючи власне розуміння родинної інтеракції та цінностей. Процеси навчання, професійної реалізації та робочий досвід приносить основні поняття та принципи робочої діяльності, які реалізує та дотримується особистість у діяльності. Привласнення цінностей проходить трансформацію від неусвідомлюваного рівня дорефлексії, синтезу, диференціації, осмислення та інтеграції у свідомості під час взаємодії із психосоціальним середовищем. Під час творчого життєздійснення

осмислюються цінності та можлива наявність переживань щодо того, прийнятні вони для особистості чи ні [22].

Формування професійної ідентичності становить не менш ключове значення під час становлення особистості раннього дорослого віку, ніж набуття інтимності суспільних відносин. Цей аспект є фактором досягнення психологічного благополуччя, а також можливості відчуття задоволеності життям, особистісним зростання в межах мінливого світу. Вивчення становлення професійної ідентичності молоді пов'язане з пізнавальними та професійними інтересами в процесі формування планів, початку професійної діяльності й позиціонування себе у дорослому світі [8].

Дослідження показало, що 11% молоді віком від 15 до 24 років протягом життя стикалися з депресією або важким депресивним розладом. Близько половини тих, хто страждає на депресію, зазначили, що найгірші її періоди тривали від 1 до 6 місяців, а у 18% тривалість тяжких епізодів перевищувала рік. Окрім того, дослідження виявило кореляцію між депресією та суїцидальними думками, а саме, що близько 14% молодих людей мали суїцидальні думки в якийсь момент свого життя [5].

За додатковими оцінками, близько 20% юнацтва потенційно стикаються із ознаками депресії протягом власного життя. Для прикладу, дослідження, що було здійснено Міністерством охорони здоров'я Великої Британії, демонструє, що приблизно 1 з 5 молодих осіб (19,7%) може відчувати депресію в певний момент життя. Варто враховувати, що ці показники здатні змінюватись в залежності від країни, методології дослідження та ряду інших аспектів [43].

Згідно з експертними оцінками, жінки та міленіали (25-35 років) демонструють найвищу ймовірність звернення за психологічною підтримкою. Другу сходинку посідають молоді люди віком 18-24 років. Щодо причин депресії серед молоді, вони можуть критися як у психологічних, так і в соціальних факторах, таких як: родинні негаразди, розлучення батьків, насильство в сім'ї, проблеми у взаєминах з друзями та родичами, відчуття самотності, труднощі у навчанні, переживання невдач, низька самооцінка, тиск соціальних норм та невпевненість у власних силах, фізичні нездужання,

хронічні хвороби, травми. Варто враховувати й генетичні та біологічні аспекти, які можуть впливати на ризик виникнення депресії у молоді. Наприклад, дослідження підтверджують, що деякі особи можуть мати генетичну схильність до депресії внаслідок мутацій генів, що відповідають за регуляцію настрою та поведінки [38].

Також слід підкреслити, що депресія здатна виникати як через одну конкретну причину, так і в результаті взаємодії декількох факторів. Є дані, що вірогідність депресії обумовлюється багатьма обставинами, включно з генетичними особливостями, біологічними процесами, психологічним станом, соціальним середовищем та культурними впливами. Втім, кожна ситуація з депресією є неповторною та може мати власні передумови та фактори, що збільшують ризики, відтак індивідуальне вивчення має ключове значення для результативного лікування та запобігання депресивним станам.

Визначальним питанням на противагу депресивному стану є поняття задоволеності життя людини у ранньому дорослому віці, яке в свою чергу досягається завдяки певним особистісним та життестійким ресурсам. Передбачається, що особистість здатна створювати чи перебувати в умовах та обставинах, які відповідні до можливості задоволення її потреб і досягнення цілей. Важливими якостями людини виступають: відкритість новому досвіду, здатність переживати реалізацію свого потенціалу, прагнення до поліпшення в собі, своїх діях з плином часу, змінюючись відповідно до набутих знань й здобутків; наявність мети життя, спрямованості та слідування наявним цінностям й переконанням, що є відповідними меті, погляд на наявність майбутнього. Незадоволеність життя пов'язують із втратою та неможливістю актуалізації особистих ресурсів, що в свою чергу викликає відчуття нездатності змінити чи поліпшити обставини, які склалися, а також безрозсудне ставлення до наявних можливостей, відсутність відчуття контролю над життям й тим, що відбувається [11]. Отже, можна підсумувати, що молодість – це віковий період ранньої дорослості, який простягається в межах 20-25 років. Характеризується завершенням фізичної зрілості та становленням психологічної, передбачаючи повноцінну інтеграцію у дорослий світ. На цьому віковому етапі характерне

загострення питання інтимності та налагодження довірливих соціальних взаємин, включаючи дружні, сімейні та міжособистісні, визначаючись минулими набутими якостями. Не меншого значення відіграє становлення професійної ідентичності та визначення та проби себе у робочій діяльності. Це все супроводжується зв'язком із такими психологічними сферами, як емоційно-вольова (наявність емоційного інтелекту зокрема), а також сформованих ціннісних орієнтацій, передбачаючи можливість насолоджуватися життям на противагу розвитку депресії.

Висновки до першого розділу

На основі узагальнення наукової літератури з теми розділу, було розкрито актуальний стан дослідження питання нервово-психічної напруги у молоді, розглянуто феномен депресивного стану, особливості формування та переживання депресивної симптоматики й у людей молодого віку із площини різних наукових підходів (психологічного та медичного), проаналізовано психологічні особливості людей раннього дорослого віку, тобто молодості, з'ясовано роль впливу характерних кризових етапів на формування нервово-психічної напруги і розвитку депресії, їх попередження. Зростаюча кількість досліджень підкреслює, що депресія та довготривалий нервово-психічний стан є серйозною проблемою для молодих людей.

1. Нервово-психічна напруга – реакція організму на зміну звичайної діяльності та звичного способу життя. Вона проявляється при наявності уявної або реальної небезпеки для життя або навколишнього середовища, з метою мінімізації шкідливого впливу факторів і посилює збуджувальні або гальмівні нервові процеси, інтенсивність яких залежить від особистісних факторів і стресорів. За інтенсивністю виділяють легкий, оптимальний, надмірний, екстремальний і високий рівні стресу, а за тривалістю: короткочасний, середньотривалий та довготривалий рівні. Нервово-психічний стрес спричиняє наслідки на рівні різних форм: сенсорне, фізичне, емоційне, розумове, моторне напруження, напруження бездіяльності,

монотонність та гіперактивність. Також, цей феномен впливає на більшість аспектів життя людини, таких як робота, навчання, стосунки, фізичне та психічне здоров'я.

Вчені досліджують різні фактори, які зменшують або збільшують ризик виникнення стресу та депресії. На виникнення стресу впливають три фактори: біологічний, психосоціальний та фоновий. Загалом, дослідження показали, що підвищений рівень нейронного тону майже завжди спостерігається у тривожних і депресивних клієнтів. Знижені або оптимальні рівні навантаження прогнозують нижчі бали за шкалами депресії та тривоги. Нещодавнє дослідження українців підкреслює, що наразі характерне переживання тривожних, депресивних станів та відчуття стресу, а фахівцями з психологічної допомоги наголошено на актуальності цих даних.

2. Депресія – це психічний розлад, що характеризується почуттям пригнічення, безнадійності та втрати інтересу до звичайних речей, а також рядом інших симптомів, які тривають протягом певного часу. Згідно з класифікацією Міжнародної статистичної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), депресія відноситься до розладів настрою (код MB24.5), і характеризується наявністю певної кількості симптомів протягом двох тижнів або більше. Депресія, подібно до інших психічних недуг, опосередковано впливає на фізичне самопочуття та пов'язана з збільшенням показників смертності. Науковий бік психології пояснює витoki депресії, спираючись на психоаналіз, теорію прив'язаності, поведінкові чи когнітивні моделі. Біологічний та медичний аспекти науки асоціюють виникнення депресивного стану з рівнями нейромедіаторів у мозку та змінами функціонування певних його ділянок. Чим більше фактор ендогенний, тим більше виражена необхідність у медикаментозному лікуванні на тлі психотерапевтичної допомоги. Щороку зростає використання антидепресантів в амбулаторних умовах є ключовим трендом змін у сфері психічного здоров'я в Україні. Депресія є пріоритетним станом, що входить до Глобального плану дій ВООЗ з охорони психічного здоров'я на 2013-2030 роки, що має на меті сприяти країнам у розширенні спектру послуг для людей з психічними, неврологічними

розладами та розладами, спричиненими вживанням психоактивних речовин, через надання допомоги фахівцями як галузі психічного здоров'я, так і іншими спеціалістами. Брак ресурсів, нестача кваліфікованих працівників та упередження, пов'язані з психічними розладами, часто є перешкодами для отримання лікування. Людям з депресією часто ставлять неправильний діагноз і призначають антидепресанти некоректно в країнах з різним рівнем доходу. Таким чином, депресія має сильний вплив майже на всі аспекти життя людини як складний багатофакторний розлад зі специфічними симптомами та ознаками. Особи з наявністю депресивних розладів мають труднощі з вербалізацією переживань, часто стикаються зі стигматизацією, не отримують достатньої уваги до особливостей їхнього стану і не завжди здатні проявляти турботу щодо власного здоров'я.

3. Молодий вік – це вікова група ранньої дорослості, віком від 20 до 25 років. Для цього віку характерні питання інтимності та встановлення надійних соціальних зв'язків. Ранній дорослий вік є часом, коли формуються ключові соціальні, емоційні та когнітивні віхи розвитку. Це є одна з груп, яка найчастіше звертається за психологічною допомогою. Генетичні та біологічні, особистісні та зовнішньо-соціальні фактори можуть впливати на ризик розвитку депресії. Важливим питанням в цьому віці є питання формування професійної ідентичності, а в поєднанні з рівнем розвитком емоційного інтелекту та волею передбачають здатність насолоджуватися життям, що пов'язано з профілактикою депресії. Помічено, що поширеність депресії серед молоді має тенденцію до швидкого зростання, особливо серед жінок. Надмірна вираженість нервово-психічної напруги впливає на розвиток депресії та тривожних станів. Несприятливі наслідки лікування та управління депресією у суспільстві передбачають підвищену ймовірність рецидиву, що робить профілактику та раннє втручання депресії у молодих людей пріоритетним завданням сьогодення.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕРОВО-ПСИХІЧНОГО НАПРУЖЕННЯ ЯК ЧИННИКА ПЕРЕЖИВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ МОЛОДІ

2.1. Процедура та методика дослідження

Організація емпіричного дослідження нервово-психічного напруження як чинника переживання депресивних станів молоді відбувалась в три етапи.

На першому етапі здійснювався теоретичний аналіз проблеми особливості переживання нервово-психічного напруження та депресивного стану у молоді. Вивчався стан досліджуваного питання, теоретичні аспекти предмету дослідження, психологічні особливості переживання депресивних станів людьми молодого віку та вплив нервово-психічного стресу на якість життя.

Другий етап характеризується емпіричним дослідженням психодіагностики нервово-психічної напруги та депресивного стану на базі вибірки, характеристик та особливостей стану психологічного здоров'я.

Нами було проаналізовано рівень нервово-психічної напруги в молоді, що може включати такі аспекти, як стресові події, психічну напруженість, емоційну реактивність та інші фактори, що впливають на психічний стан. Наступною була оцінена наявність депресивних станів, використовуючи стандартні методики оцінки симптомів депресії. Шляхом аналізу даних знаходимо, чи існує статистично значимий зв'язок між рівнем нервово-психічної напруги і ризиком розвитку депресивних станів у молоді.

Дослідження проводилося зі студентами 3-4 курсів факультетів Волинського національного університету імені Лесі Українки. Загальна кількість вибірки складає 56 досліджуваних, віковий діапазон яких складає 20-25 років. Організація даного етапу складалася з підбору методик, які є найкращими та інформативними при проведенні дослідження психодіагностики нервово- психічної напруги як чиннику депресивного стану

в молоді.

1. «Опитувальник нервово-психічної напруги» Т. Немчіна [21].
2. «Опитувальник депресії» А. Бека [24].
3. «Тест на визначення рівня стресу» за В. Щербатих [25].

Аналіз зібраних відомостей став основою третього етапу: виявлено домінування ознак депресивного стану серед молоді, а також властиві йому показники, з'ясовано ступені вираженості нервово-психічного напруження та загальний рівень стресу, визначено характерні для них інтелектуальні, поведінкові, емоційні й фізіологічні симптоми.

Ми використали наступний інструментарій для емпіричного дослідження:

1. Опитувальник нервово-психічної напруги Т. Немчіна ключає питання щодо наявності 30 основних нервово-психічних ознак стресу, складених на основі клініко-психологічних спостережень і розділених на три рівні вираженості. Опитувальник допомагає виявити виникнення надмірного стресу в регуляторній системі організму. Аналіз результату відбувається на основі суми набраних респондентом балів на всі запитання методики. Діапазон легкої (детензивної) нервово-психічної напруги становить від 30 до 50 балів, помірного або інтенсивного рівня напруги – від 51 до 70 балів, а екстремального або екстенсивної – від 71 до 90 балів.

2. Анкета депресії Бека (BDI) – це шкала запропонована А. Т. Беком у 1961 р. і створена на базі клінічних спостережень, які дозволили виявити набір найбільш релевантних і виразних симптомів депресії, найбільш часто відзначені пацієнтами скарг. Завдяки 21 пунктам, оцінюються ключові симптоми депресії, включаючи настрій, песимізм, почуття невдачі, самозадоволення, провину, покарання, неприязнь до себе, самозвинувачення, суїцидальні ідеї, сльозливість, дратівливість, соціальну відстороненість, нерішучість, зміну образу тіла, труднощі роботи, безсоння, стомлюваність, втрату апетиту, втрату ваги, соматичну зайнятість та втрату лібідо. Під час обрахунку враховуються загальні показники прояву депресивного стану та субшкали когнітивно-афективних й соматичних проявів депресії. Опитувальник пропонує запитання та 4 твердження-відповіді, які досліджуваному слід обрати,

зважаючи на стан протягом останніх двох тижнів [45].

3. Тест на визначення рівня стресу (за В. Щербатих) складається з кількох шкал, які відповідають за певну ознаку стресу: інтелектуальних, поведінкових, емоційних та фізіологічних симптомів стресу. До кожної з них подані 12 характерних шкалі станів, які можуть виникати в людини під час переживання стресового стану. Необхідно надати відповідь «Так» або «Ні» на кожен з пунктів списку, вказуючи, чи стосується він особи, яка проходить опитування. Якщо респондент відповідає «Так», йому зараховується відповідна кількість балів за відповідь. У кожному сегменті кількість балів різна (1 бал за наявність кожної ознаки в шкалі інтелектуальної та поведінкової симптоматики, 1,5 бали за обрані ознаки в шкалі емоційної симптоматики стресу або 2 бали за кожен фізіологічну ознаку стресу в шкалі). Якщо обрана відповідь «Ні», то нараховується 0 балів за такі ознаки. Підрахунок та аналіз результатів дозволяє знайти суму цих проявів та виявити, який із рівнів стресового стану притаманний людині в теперішній момент часу: відсутність стресу (0-5 балів); помірний стрес (6-12 балів); сильний стрес (13–24 балів); дуже сильний стрес (25–40 балів), що говорить про потребу в допомозі психолога або психотерапевта, рівень виснаження запасів адаптаційної енергії (більше 40 балів).

Отож, можна зазначити, що обрані методики дозволять нам детально дослідити нервово-психічне напруження як чинник депресивних станів молоді.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження нервово-психічного напруження як чинника переживання депресивних станів людини

Проведене дослідження дозволяє нам верифікувати отримані результати. Дослідження такого роду сприяють розумінню взаємозв'язку між цими двома факторами та розкриттю шляхів для розробки ефективних інтервенцій та програм психологічної підтримки для молодих людей.

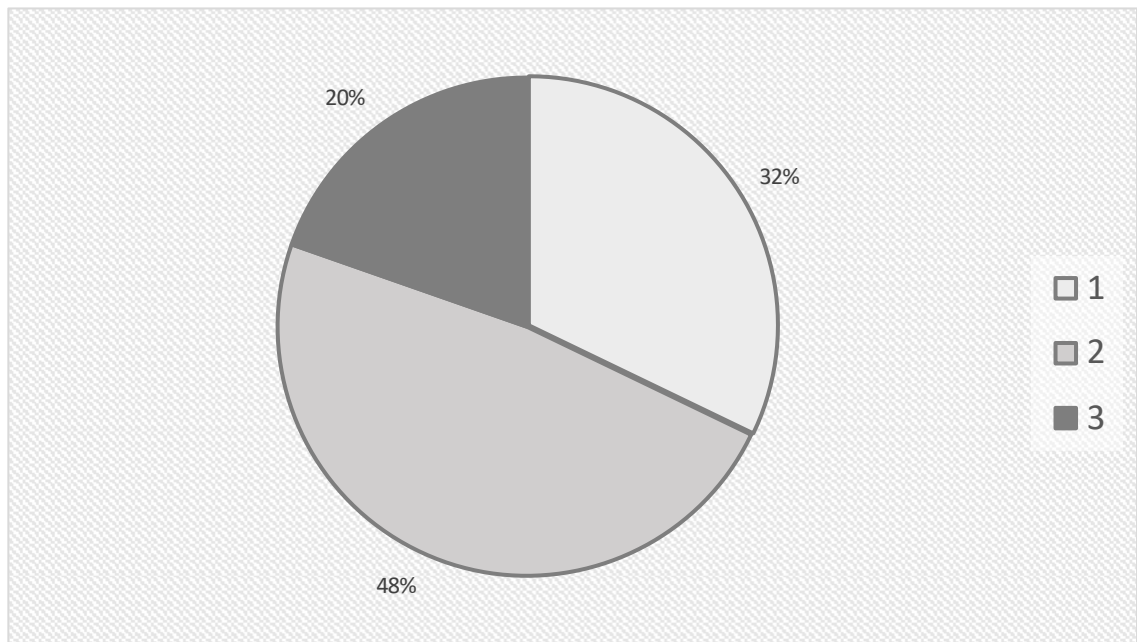


Рис. 2.1. Показники рівнів нервово-психічної напруги респондентів, %

(Примітки: 1 — слабкий рівень; 2 — помірний рівень; 3 — надмірний рівень)

За допомогою методики «Опитувальник нервово-психічної напруги» (Т. Немчіна) встановлено показники, що візуалізовані на рис. 2.1. Розглядаючи графічне зображення, бачимо розподіл шкал, що ілюструють нервово-психічне напруження серед молоді: 32% респондентів виявили слабкий рівень; 48% учасників дослідження – помірний, а 20% - надмірний. Отже, значна частина вибірки відчуває певний рівень нервово-психічного напруження. Це може проявлятися як фізичні ознаки, на кшталт труднощів зі сном, втрати апетиту, постійної втоми, так і негативним впливом на психічне здоров'я, зокрема, розладами настрою, тривожністю та іншими станами.

На рисунку 2.2. відображені відмінні рівні стану, виявлені у респондентів за "Опитувальником депресії" А. Бека. Проводячи аналіз візуалізації, стає очевидним, що серед молоді в наявних шкалах зафіксовані такі показники, що описують відповідні рівні депресивного стану: відсутність симптомів зафіксовано у 21% вибірки, ознаки субдепресії, тобто легкої симптоматики, відмічено у 16% респондентів, помірний рівень притаманний 14% вибірки, виражений, середньої важкості - 20% вибірки, а важкий рівень відзначений у 29% опитуваних. З наведених даних робимо висновок, що рандомізована

вибірка опитуваних осіб молодого віку демонструє прояви депресивної симптоматики з різним ступенем вираженості. (див. Додаток Б).

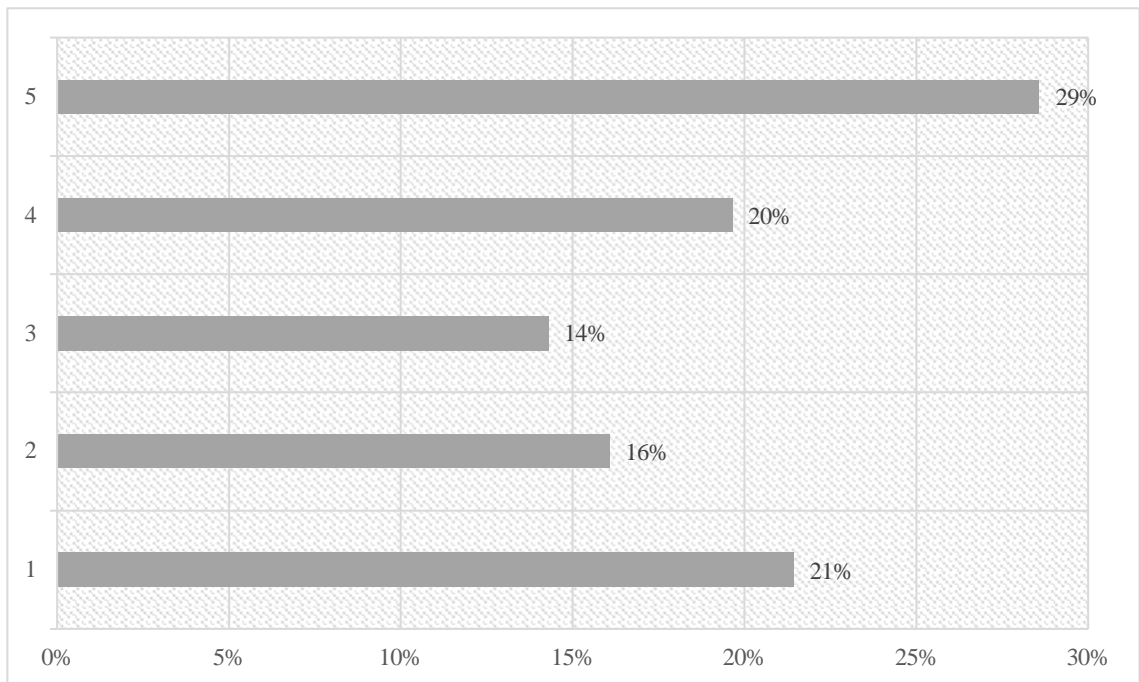


Рис. 2.2. Показники рівнів депресії респондентів, %

(Примітки: 1 — відсутність симптомів; 2 — легкий рівень (субдепресія); 3 — помірний рівень; 4 — виражений рівень (середньої тяжкості); 5 — важкий рівень)

На рисунку 2.3. зображено типові риси депресивного стану згідно з методикою «Опитувальника депресії» А. Бека. Аналізуючи отримані дані, фіксуємо, що когнітивно-афективні ознаки депресії простежуються у 63 % випадків на рівні незначних симптомів, у 27 % — на середньому рівні, а у 11 % спостерігається важка симптоматика за цією шкалою.

Соматичні симптоми депресії у 50 % вибірки виявляються на середньому рівні інтенсивності, у 36 % — на легкому, а у 13 % — на важкому.

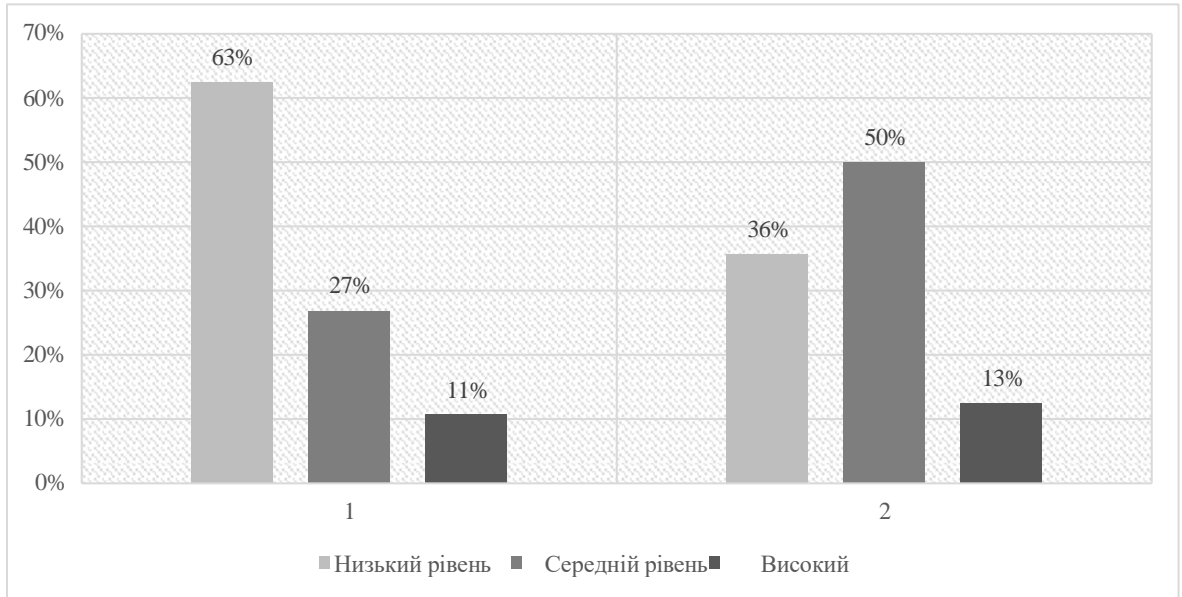


Рис. 2.3. Груповий розподіл когнітивно-афективних та соматичних проявів депресії респондентів, %
(Примітки: 1 — когнітивно-афективні прояви; 2 — соматичні прояви)

Результати методики «Тест на визначення рівня стресу» за В. Щербатих було зображено на рис. 2.4. (див. Додаток В)

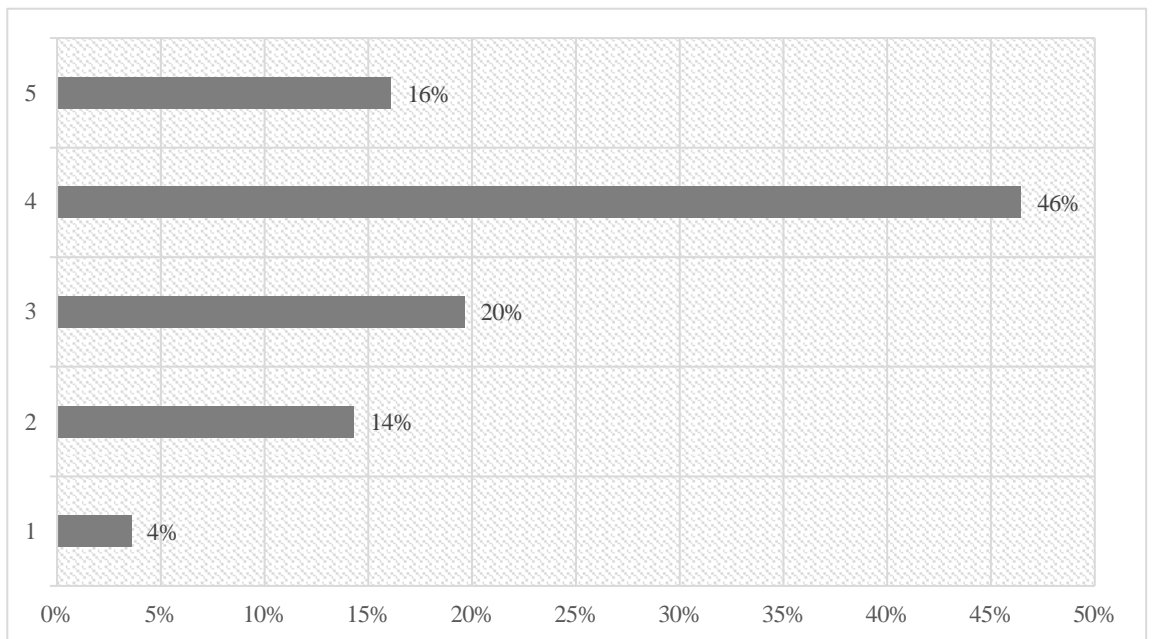


Рис 2.4. Характерні рівні стресу респондентів, %
(Примітки: 1 — стрес відсутній; 2 — помірний стрес; 3 — напруження систем організму; 4 — сильний рівень стресу; 5 — рівень виснаження)

Відсутність стресу характерна 4 % вибірки молоді, 14 % демонструють ознаки помірного рівня стресу, 20 % - стадію напруження організму, 46 % опитаних характерний сильний рівень стресу, ще 16 % мають рівень стресу на рівні виснаження функцій організму.

На рис. 2.5. відображено рівні проявів різних симптомів стресу згідно методики «Тест на визначення рівня стресу» за В. Ю. Щербатих. Зокрема, інтелектуальні ознаки стресу проявляються у респондентів: 46 % на середньому рівні, 39 % на низькому рівні та 14 % на високому рівні. У поведінкових ознаках стресу, 48 % опитуваних характеризуються середнім рівнем їхнього прояву, 45 % — на низькому рівні, а 7 % — на високому рівні. Емоційну симптоматику переживання стресу 47 % досліджуваних демонструють на середньому рівні, 34 % на низькому рівні прояву, а 18 % притаманний високий рівень цих ознак. Фізіологічні симптоми стресу з'являються у 57 % молодих людей на низькому рівні, у 32 % на середньому рівні, а 11 % характеризуються високим проявом цих характеристик у переживанні стресового стану.

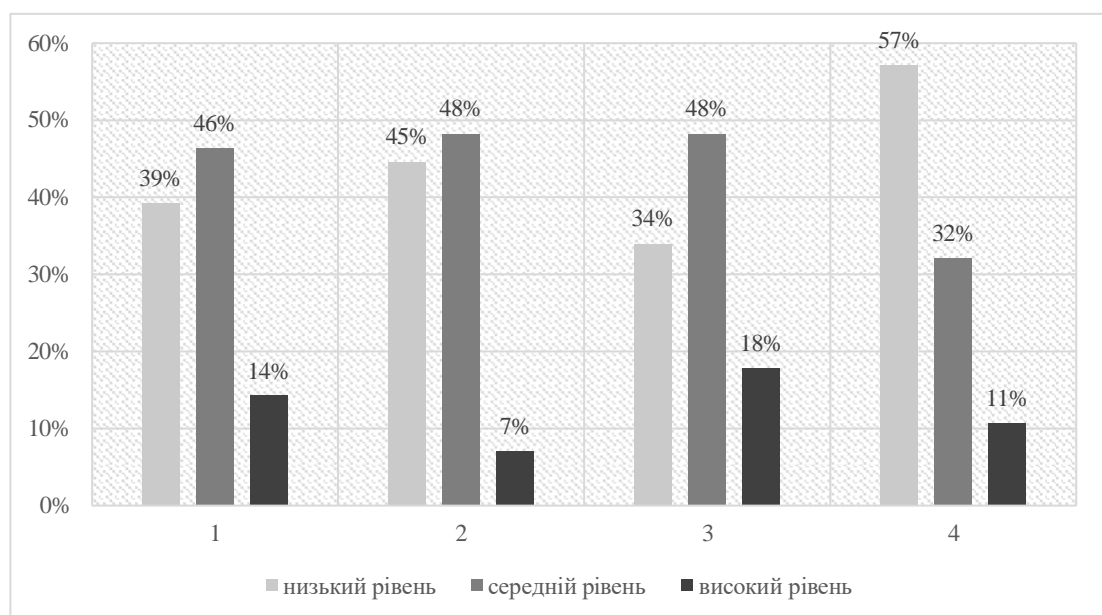


Рис. 2.5. Рівні проявів ознак стресу респондентів, %

(Примітки: 1 — інтелектуальні ознаки стресу; 2 — поведінкові ознаки стресу; 3 — емоційні симптоми стресу; 4 — фізіологічні симптоми стресу)

Щоб дослідити, як впливає рівень нервово-психічного напруження людей молодого віку на показники рівня депресії у молоді, було здійснено математичне опрацювання тестових даних (див. Додаток А), на основі яких сформульовано наступні гіпотези:

H_0 : значення нервово-психічного напруження й показники депресії не корелюють ($r_{xy} = 0$);

H_1 : значення нервово-психічного напруження й показники депресії корелюють ($r_{xy} \neq 0$).

Для доповнення було також було проведено співвідношення показників рівня депресії та загального рівня стресу, а також рівня нервово-психічного напруження й загального рівня стресу. Перевірка лінійного зв'язку між змінними виконана за допомогою формули коефіцієнту кореляції r_{xy} Пірсона, за формулою:

$$r_{xy} = \frac{\sum(x_i - \bar{x}) \times (y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum(x_i - \bar{x})^2 \times \sum(y_i - \bar{y})^2}}$$

де x_i y_i – первинні значення змінних X та Y; \bar{x} , \bar{y} – середнє арифметичне змінних X та Y [1].

За допомогою застосування методів математичної обробки були отримані коефіцієнти кореляції, які наведені у табл. 2.1, де виділені значущі коефіцієнти кореляції.

Таблиця 2.1.

Коефіцієнти кореляції між рівнями досліджуваних показників

	Рівень депресії за методикою А. Бека	Рівень стресу за методикою В. Ю. Щербатих
Рівень нервово-психічного напруження за методикою Т. А. Немчіна	0,70	0,75
Рівень стресу за методикою В. Ю. Щербатих	0,79	-

При $p < 0,05$, $n = 56$

Згідно рівнів критичних значень коефіцієнта кореляції r_{xy} Пірсона для $df = n = 56$ та заданого $p = 0,05$ знаходимо $r_{\text{крит.}} = 0,263$. Оскільки показник $r_{\text{емп.}} > r_{\text{крит.}}$ ($0,7 > 0,263$), гіпотеза H_0 відхиляється, а кореляційний зв'язок згідно шкали Чеддока вважається сильним [1, с. 131].

Оцінка розміру ефекту відбувається за показником коефіцієнта детермінації r^2 через формулу (2.2) та за інтерпретацією Дж. Коена. Розмір ефекту відповідає середньому рівню. Іншими словами спільна мінливість змінних нервово-психічної напруги та показників депресії складає 49%:

$$r^2 = r^2 = 0,7^2 = 0,49 \quad xy$$

Де r^2 – розмір стандартизованого ефекту; r_{xy} – коефіцієнт кореляції Пірсона, при інтерпретації рівня розміру ефекту запропонованих r -індексів (згідно Дж. Коена): $0,00 \leq |r| < 0,10$ – несуттєвий; $0,10 \leq |r| < 0,30$ – малий; $0,30 \leq |r| < 0,50$ – середній; $0,50 \leq |r| < 1,00$ – великий.

Згідно з теоретичними передумовами, психологічна напруга є складовою стресового стану. Для підтвердження отриманих даних, було проведено порівняння рівня психічно-нервового напруження та стресу. Результат показав позитивний, сильний зв'язок: $r_{\text{емп.}} > r_{\text{крит.}}$ ($0,75 > 0,263$), рівень ефекту значний ($r^2 = 0,56$), за $n = 56$ та $p < 0,05$. Отже, між рівнем депресії та стресу також встановлено позитивну, сильну кореляцію з великим ефектом: $r_{\text{емп.}} > r_{\text{крит.}}$ ($0,79 > 0,263$), а $r^2 = 0,62$, при $n = 56$ та $p < 0,05$.

Можна узагальнити, що отриманий зразок молоді засвідчив схильність до відчуття нервово-психічної напруги на середньому та високому рівнях. Одна третина з досліджуваних визначається низьким рівнем переживання такого стану. Відсутність ознак депресії спостерігається у п'ятої частини вибірки, решта респондентів демонструють прояви депресивних симптомів від легкого до важкого ступеня, серед них майже третина вибірки має важкі, а п'ята частина - виражені (середні) симптоми.

Четверта частина досліджуваної групи виявляє ознаки субдепресії чи помірної депресії. Отже, можемо констатувати тенденцію до переживання молоддю депресивних станів різної інтенсивності. Спостерігається більш яскраве вираження соматичних проявів депресії, аніж когнітивно-афективних,

але десята частина опитаних демонструє значні прояви обох типів симптомів. Симптоматика емоційного та пізнавального планів переважно переноситься легко всією групою. Аналогічно, легкий прояв фізіологічних ознак депресії характерний для третини досліджуваних. Встановлено, що відсутність стресу властива незначній кількості учасників. Помірний, або оптимальний рівень стресу спостерігається у невеликої частки молоді. Кожен п'ятий відчуває напругу систем організму в стресі, а майже половина відчуває сильний стресовий стан. Рівень виснаження у стресі зустрічається у невеликої частини вибірки, так само, як і його оптимальний рівень. Однак, можна також відзначити тенденцію до наявності надмірного стресового стану у молоді, і лише п'яту частину, яка переживає стрес на рівні, що не загрожує здоров'ю.

Використовуючи коефіцієнт кореляції Пірсона, ми змогли відкинути нульову гіпотезу для представленого набору даних ($r_{xy} = 0,7$; $p < 0,05$; $n = 56$). Спостерігається статистично значущий, сильний позитивний взаємозв'язок між нервово-психічною напругою та показниками депресії. Величина ефекту є середньою, згідно з критеріями інтерпретації Дж. Коена ($r^2 = 0,49$).

Результати буди підкріплені знайденим сильним кореляційним зв'язком рівня стресу й нервово-психічної напруги та показників депресії й рівня стресу, де був відмічений високий рівень ефекту між показниками. Таким чином, нервово-психічне напруження, яке є частиною стресового стану, має сильний позитивний вплив на розвиток депресивних станів у молоді в межах вибірки людей молодого віку.

Висновки до другого розділу

На основі проведеного аналізу емпіричних даних, подано узагальнені результати дослідження феномену нервово-психічного напруження серед молоді з врахуванням симптомів депресивного стану:

1. При оцінюванні рівня нервово-психічного напруження серед респондентів було виявлено, що більшість демонструє тенденцію до переживання нервово-психічного напруження на середньому та високому рівнях. Незначна частина характеризується низьким рівнем нервово-психічного

напруження. Це може свідчити про ймовірність змін у психічній та фізичній сферах здоров'я та функціях систем організму, що спричинені тривалим та надмірним нервово-психічним стресом.

2. Визначено типове для вибірки переживання депресивних станів: на вираженому та надмірному рівнях, менше – в легких та помірних проявах симптомів. П'ята частина вибірки не має жодних симптомів, що становить меншість та вказує на тенденцію до переживання вибіркою депресивної симптоматики на різних рівнях. При цьому помірно виражена та характерна соматична симптоматика. Меншості вибірки притаманне відчуття легких та помірних проявів симптомів депресивних станів. Когнітивно-афективна симптоматика проявляється у легкій формі.

3. Вибірка характеризується тенденцією до переживання більшістю рівня стресу, який у тій чи іншій мірі становить загрозу для благополуччя та функціонування особистості. Невелика частина вибірки показує низькі та оптимальні показники за шкалою, що не несуть загрози здоров'ю та не є надмірними. Серед найбільш виражених характеристик переживання стресового стану: відчуття емоційної та інтелектуальної симптоматики значною частиною вибірки на середньому або вираженому рівні. Фізіологічні ознаки стресу у молоді виявилися менш поширеними.

4. Підтверджено позитивний сильний кореляційний зв'язок між показниками нервово-психічного напруження, загального рівня стресу та показниками депресії. Також встановлено середній ефект між рівнем нервово-психічного напруження та депресії, а між іншими показниками – високий. Можна зробити висновок, що збільшення рівня нейротизму впливає на потенційний розвиток депресивної симптоматики, передбачаючи зростання стресового стану в молоді. Рівень депресії, у свою чергу, також впливає та прогнозує погіршення стану здоров'я індивіда, посилюючи стресовий стан. Саме тому вкрай важливим є комплексний підхід у роботі з клієнтами, які демонструють високі показники нервового напруження та депресії.

ВИСНОВКИ

За результатами теоретико-емпіричного дослідження нами вивчене питання нервово-психічного напруження як чинника переживання депресивних станів молоді, досліджено наявні рівні переживання респондентами депресивної симптоматики, тенденції фізичного й психологічного компонентів здоров'я, зіставивши їх із характерними молоді показниками переживання стресового стану та нервово-психічної напруги.

Нервово-психічне напруження – природна реакція організму на зміну умов зовнішнього середовища, яка супроводжується збуджувальними й гальмівними процесами нервової системи, з метою адаптації та мінімізації шкідливого впливу зовнішніх або внутрішніх факторів. Виділяються такі рівні стресу за інтенсивністю: легкий, оптимальний, надмірний, екстремальний і високий рівні стресу, а за тривалістю: короткочасний, середньотривалий та довготривалий. Це явище впливає на всі системи організму та викликає сенсорне, фізичне, емоційне, розумове, моторне напруження, напруження бездіяльності, монотонність та гіперактивність. В свою чергу, зазнають змін більшість аспектів життя людини, таких як робота, навчання, стосунки, фізичне та психічне здоров'я.

Наукою було визначено фактори, які зменшують або збільшують ризик виникнення стресу та депресії. На виникнення стресу впливають три фактори: біологічний, психосоціальний та фоновий. Загалом, дослідження показали, що підвищений рівень нейронного тону майже завжди спостерігається у тривожних і депресивних клієнтів. Знижені або оптимальні рівні навантаження прогнозують нижчі бали за шкалами депресії та тривоги. Нещодавнє дослідження українців підкреслює, що наразі характерне переживання тривожних, депресивних станів та відчуття стресу, а фахівцями з психологічної допомоги наголошено на актуальності цих даних.

Згідно тристоронньої моделі афективного впливу Кларка-Уотсона, було встановлено висновок, який говорить про релевантність високого рівня нервово-психічної напруги до переживання депресивного стану та тривожної симптоматики, що говорить про потребу у комплексному розгляді цієї

тематики. Національне опитування, ініційоване за підтримки МОЗ України у 2022 році, підтвердило актуальність переживання українцями по самовідчуттях депресивних станів та тенденції до високого рівня нервово- психічної напруги.

Депресія — це психічний розлад, що характеризується когнітивно-афективними, соматичними та поведінковими симптомами, які тривають протягом певного періоду часу, включаючи пригнічений настрій, безнадію та втрату інтересу до звичайних речей. У Міжнародній клінічній класифікації хвороб 11-го видання (МКХ-11) депресія класифікується як розлад настрою (коди F32-F33), під час якого симптоми тривають більше двох тижнів.

Нами використовується термін «депресивний стан» для опису короткочасних епізодів зниження настрою та почуття пригнічення, які можуть бути спричинені стресом, травмою або певними ситуаціями життя. Проте, в клінічній та науковій практиці цей термін не є формально визначеним поняттям, оскільки депресивний стан може виявлятися у різних людей з різними симптомами та тривалістю прояву, а діагностика депресії як психічного афективного розладу вимагає додаткового клінічного підходу.

Депресія, як і інші психічні розлади, стосується не тільки психічного здоров'я, а й має непрямий вплив на стан фізичного здоров'я, також корелюючи із підвищеною смертністю. Психологічний та медичні підходи по- різному трактують причини виникнення та лікування депресивної симптоматики, проте свою ефективність доводить комплексний підхід у розгляді цього питання. Зазначається: із збільшенням ендогенних факторів, потреба в фармакологічному лікуванні на фоні психотерапії зростає. Підвищення ефективності лікування вимагає встановлення правильної етіології та своєчасної діагностики депресії, що підвищує вірогідність призначення відповідної психофармакологічної та психотерапевтичного підходу. Спостерігається зростання амбулаторного вживання антидепресантів, що стає вагомою причиною перегляду та змін у питанні наданні психіатричної допомоги в Україні. Депресія є одним із найпоширеніших захворювань відповідно до Глобального плану дій ВООЗ щодо психічного здоров'я на 2013–2030 рр., метою якого є надання допомоги країнам у розширенні послуг для

людей із психічними, неврологічними та пов'язаними з ними розладами та які стосуються вживання психоактивних речовин, розширюючи спектр психіатричних та інших спеціальних послуг. Перешкодами для надання населенню такої допомоги є: брак ресурсів, недостатність кваліфікованого медичного персоналу та негативна стереотипізація психічних розладів часто є перешкодами для доступу до відповідного лікування. Також, одними з факторів є неправильна діагностика й призначення некоректного лікування. Тому, депресія є складною, багатфакторною хворобою зі специфічними симптомами та ознаками, які сильно впливають майже на всі аспекти життя людини. Людям з депресією важко виражати свої почуття, вони часто піддаються стигматизації, не приділяють належної уваги специфіці своїх симптомів і не завжди здатні впливати на стан власного здоров'я.

Молодь – це вікова група людей ранньої дорослості, що охоплює період від 20 до 25 років. Вона характеризується набуттям фізичної та психологічної зрілості й змогою повністю доєднатися у світ дорослих. Питання інтимності та встановлення надійних соціальних зв'язків, включаючи дружбу, сімейні стосунки та міжособистісні стосунки стають одним із ключових питань цього вікового етапу, а все більша кількість людей молодого віку визначаються якостями, набутими в минулому. Створення професійної ідентичності, визначення та випробування себе на роботі доповнюють цей процес становлення дорослості. Все це, разом із взаємозв'язком із емоційно-вольовою сферою і характеристикою емоційного інтелекту, сформованими ціннісними орієнтаціями, забезпечує здатність насолоджуватися життям та попереджувати розвиток депресії у проживанні цього вікового періоду.

Розвитку симптоматики депресії у молоді сприяють психологічні та соціальні, генетичні й біологічні фактори. Дослідження показують, що кожна п'ята молода людина може відчувати симптоми депресії протягом життя. Була зауважена важливість впровадження та застосування комплексних заходів з метою зниження рівня переважаючих показників у населення, зокрема найбільше це стосується молоді та жінок. Це торкається як і підходу до організації, ліцензування спеціалістів та контролю якості надання

психологічної, психотерапевтичної та психіатричної допомоги спеціалістами різних професій, так і підходу до збільшення доступності для населення, залучення й заходів отримання, діагностування, лікування ментального здоров'я та запобігання розвитку психічних та психологічних хвороб, зокрема депресії та високого й тривалого рівня стресу, які так чи інакше пов'язані та впливають одне на одного.

В ході проведеного емпіричного дослідження, нами було виявлено відсоткові загальні показники, які стосуються рівня нервово-психічної напруги та депресивними станами, їхніх параметрів у молоді, а також кореляційне співвідношення між показниками.

За методикою «Опитувальник нервово-психічної напруги» Т. Немчіна було визначено переважання у приблизно половини вибірки помірного рівня нервового напруження. Третині вибірки характерний слабкий рівень, ще п'ятій частині – надмірні рівні нервово-психічної напруги.

«Опитувальник депресії» А. Бека дозволив нам визначити, що меншості характерна відсутність депресивних симптомів. Більшості вибірки характерні симптоми на вираженому й тяжкому рівнях депресивної симптоматики. Меншій частині характерні ознаки на помірному рівні стану й субдепресії. Більш вираженими є соматичні прояви симптоматики, ніж когнітивно-афективні. Наявна тенденція до переживання молоддю депресивних станів.

Тест на визначення рівня стресу (за В. Ю. Щербатих) підтвердив тенденцію до переживання респондентами стресу на сильному рівні, характерний також стани напруження та виснаження. Відсутність та помірність стресу притаманно невеликій частині молоді. Більш-менш рівномірно виражені на помірному рівні виражені інтелектуальні, поведінкові та емоційні симптоми стресу.

Математичні методи статистики та кореляційний аналіз виявив позитивний сильний зв'язок між депресивними показниками, нервово-психічним напруженням та загальним рівнем стресу. В цьому контексті, високий рівень нервово-психічної напруги та стресу може бути пов'язаний з вищим ризиком розвитку депресії. Нервово-психічна напруга та стрес можуть

впливати на рівень депресії по різних шляхах. Постійна напруга та стрес можуть сприяти дисфункції нервової системи, викликаючи хронічну активацію стресових відповідей організму. Це може призводити до змін в розподілі нейротрансмітерів, таких як серотонін та норадреналін, які впливають на настрій та регулюють емоційний стан.

Неможливо однозначно ствердити, що позитивний сильний кореляційний зв'язок між рівнем нервово-психічної напруги, стресу та депресією говорить про причинно-наслідковий зв'язок. Наявна імовірність існування інших факторів, які спричиняють зв'язок між цими змінними. Наприклад, особливості особистості, суспільне середовище або окремі життєві події можуть одночасно впливати на рівень нервово-психічної напруги, стресу та депресії. Також важливо враховувати, що депресія може бути мультифакторним станом, і багато чинників можуть сприяти її розвитку. Перспективою подальшої роботи вбачаємо у використанні виявлених результатів дослідженої теми під час розробки емпірико-діагностичних програм для психологічної роботи з молоддю, які мають депресивну симптоматику та прагнуть врівноважити свій психофізичний стан, відчувати благополуччя, орієнтуючись на зниження наслідків переживань нервово- психічної напруги та стресу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Боснюк В. Ф. Математичні методи в психології: курс лекцій. Мультимедійне навчальне видання. Харків: НУЦЗУ, 2020. 141 с.
2. Відомості Верховної Ради України (ВВР). Про основні засади молодіжної політики. Офіційний вебпортал парламенту України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1414-20?find=1&text=молодь#Text>
3. Вікова психологія. Навчальний посібник / О. Сергеєнкова та ін. Київ: Центр учб. літ., 2012. 376 с.
4. Вікова структура населення України / Gender-age pyramid of the population of Ukraine. Державна служба статистики України. URL: <http://www.lv.ukrstat.gov.ua/dem/piramid/all.php>.
5. Голуб О. І. Соціальна робота з людьми, які мають депресивні розлади: автореф. Кваліфікаційна робота освітній ступінь «бакалавр». Київ, 2022. 40 с.
6. Дем'яненко Б. Л. Асиміляція соціальна / Велика українська енциклопедія. 2016. URL: <https://vue.gov.ua/>
7. Дубовой О. В., Бабич В. І., Зайцев В. О. Зниження нервово-психічного напруження як важлива складова формування соціального здоров'я студентів спеціальної медичної групи. *Вісник Черкаського університету: педагогічні науки*. № 3. С. 52–60.
8. Калюжна Є. М., Коваленко А. О. Психологічні особливості становлення професійної ідентичності у юнацькому та ранньому дорослому віці. *Організаційно-управлінські та психологічні аспекти сучасного ринку праці України за міжнародною участю*. 2020. С. 181–182.
9. Коваль І. А. Сучасні підходи в поглядах на етіологію депресивних розладів, їх діагностику і лікування. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*, 2015. С. 28.
10. Колодько А. О. Поняття про нервово-психічну перенапругу. *Педагогіка здоров'я: зб. наук. пр. ІХ Всеукр. науково-практ. конф., м. Чернігів, 27–28 верес. 2019 р.* Чернігів, 2019. С. 103–106.

11. Корнован О. М. Психологічні особливості задоволеності життям у осіб ранньої дорослості: дипломна робота на здобуття ступеня вищої освіти «магістр». Одеса, 2019. 83 с.
12. Корольчук М. С. Психофізіологія діяльності: підручник для студ. вищих навч. закл. Київ: Ельга, 2003. 395 с.
13. Коротийш А. І., Терещенко М. Ф. Експериментально-психологічна діагностика латентної депресії у студентів. *Міжнародний науковий журнал*, 5(1). 2016. 99-102.
14. Кошель Н. А. Поняття і проблема вікової кризи перехідного періоду. *Психолого-педагогічний науковий збірник*. 2021. С. 25.
15. Магдисюк Л. І., Попович І., Віржанська В. М. Особливості нервово-психічної напруженості осіб пізньої зрілості у кризових ситуаціях. *Herald pedagogiki. Nauka i Praktyka: wydanie specjalno*. Warszawa, 2020. С. 51–53.
16. Мірик Ю. Психологічні особливості емоційного інтелекту на етапі ранньої дорослості: дипломна робота на здобуття ступеня вищої освіти «магістр». Львів, 2022. 75 с.
17. Наугольник Л. Б. Психологія стресу. Львів: Львів. держ. ун-т внутр. справ, 2015. 324 с.
18. Немченко А. С., Ляденко А. В. Analysis of the epidemiological state of mental disorders and pharmaceutical provision of patients with medicines by the government of Ukraine. *Farmatsevtychnyi zhurnal*. 2022. № 1. С. 40–49. URL: <https://doi.org/10.32352/0367-3057.1.22.04>
19. Оверчук В. А., Биковська Д. С. Теоретико-психологічний аналіз нервово-психічного напруження особистості в ситуації невизначеності. *Габітус: науковий журнал з соціології та психології*. 2022. № 41. С. 161–165. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2022/41-2022/28.pdf>.
20. *Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості: матеріали XV Міжнародної науково-практичної конференції (м. Луцьк, 23–24 березня 2023 року)*. Луцьк: Вежа-Друк, 2023. 284 с.
21. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології: навч.

посібн. Київ : Кондор, 2005. 278 с.

22. Романюк Л. В. Соціально-психологічні фактори та механізми становлення цінностей особистості раннього дорослого віку. *Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2018. Т. 18, № 477. URL: <http://www.apppsychology.org.ua/data/jrn/v6/i13/19.pdf>.

23. Старовойтова І. І. Соціальна ідентифікація як процес самореалізації людини в сучасному соціальному просторі. Культурна асоціація «Новий Акрополь». Одеський національний університет ім. І. І. Мечникова. 2020. URL: <https://newacropolis.org.ua/theses/ed51dbc6-a5ac-41ed-98ad-1be2e5e6b229>.

24. Український ін-т когнітивно-поведінкової терапії. Опитувальник депресії Бека. *Головна – Український інститут когнітивно-поведінкової терапії*. URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/ШКАЛА-ДЕПРЕСІЇ-БЕКА_21.pdf.

25. Харко О. С. Практичні рекомендації дотримання психологічних умов формування стресостійкості студентів ЗВО в навчальному процесі. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія» : науковий журнал*. Острог : Вид-во НаУОА, січень 2022. № 14. С. 46–56

26. Aktu Y., İlhan T. Individuals' Life Structures in the Early Adulthood Period based on Levinson's Theory. *Educational sciences: theory & practice*. 2017. Т. 17, № 4. С. 1383–1403. URL: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1148379.pdf>.

27. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5-те вид. 2013. URL: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

28. Bernaras E., Jaureguizar J., Garaigordobil M. Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments. *Frontiers in Psychology*. 2019. № 10. С. 1–24. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00543/full>.

29. Bundesministerium für Arbeit und Soziale. Arbeitsschutz in der Praxis Psychische Arbeitsbelastung und Gesundheit. Berlin: Publikationsversand

der Bundesregierung, 2017. 19 p.

30. Clark L. A., Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal psychology*. 1991. Vol. 10, no. 3. P. 316–336.

31. Cunningham J. E., Shapiro C. M. Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia (CBT-I) to treat depression: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017. T. 106. С. 1–12.

32. Depression in adolescence / A. Thapar та ін. *Lancet*. 2012. Т. 379, № 9820. С. 1056–1067.

33. Depression in young people / A. Thapar et al. *The Lancet*. 2022. URL: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)01012-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)01012-1)

34. Erikson E. H. Identity: Youth and crisis. New York : Norton, 1968. 336 p.

35. Gradus Research Company, МОЗ України, ГО Безбар'єрність. Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни. Gradus Research, 2022. 47 с. URL: <http://surl.li/fdsxp>

36. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics W. H. O. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. ICD-11. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1563440232>.

37. Khazaei S., Amin M. R., Faghih R. T. Decoding a Neurofeedback-Modulated Cognitive Arousal State to Investigate Performance Regulation by the Yerkes-Dodson Law. *Annu Int Conf IEEE Eng Med Biol Soc*. 2021. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34892610/>

38. Markowitz J. C. Depression in context: strategies for guided action. *American journal of psychiatry*. 2003. Vol. 160, no. 7. P. 1366.

39. Maughan B., Collishaw S., Stringaris A. Depression in childhood and adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013. Т. 22, № 1. С. 35–40. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3565713/#b35-ccap22_1p0035.

40. McEwen B. S. Neurobiological and Systemic Effects of Chronic Stress. *Chronic Stress*. 2017. Vol. 1. P. 247054701769232. URL: <https://doi.org/10.1177/2470547017692328> (date of access: 13.05.2023).

41. McLeod S. A. Erik Erikson's stages of psychosocial development. *Simply psychology*. 2018. URL: <https://www.simplypsychology.org/Erik-Erikson.html>.
42. Mental stress assessment using simultaneous measurement of EEG and fNIRS / F. Al-Shargie et al. *Biomedical Optics Express*. 2016. Vol. 7, no. 10. P. 3882. URL: <https://doi.org/10.1364/boe.7.003882>
43. Mulat N., Gutema H., Wassie G. T. Prevalence of depression and associated factors among elderly people in Womberma District, north-west, Ethiopia. *BMC Psychiatry*. 2021. Vol. 21, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03145-x>
44. Paykel E. S. Basic concepts of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2022. C. 279–289. URL: <https://www.tandfonline.com/loi/tdcn20>
45. Sajatovic M., Chen P., Young R. C. Rating scales in bipolar disorder. In *Clinical trial design challenges in mood disorders. Clinical Trial Design Challenges in Mood Disorders*. 2015. C. 105–136.
46. Smith K. M., Renshaw P. F., Bilello J. The diagnosis of depression: current and emerging methods. *Compr Psychiatry*. 2013. T. 54, № 1. C. 1–6.
47. Szabó M., Lovibond P. F. Anxiety, depression and tension/stress in children. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2006. Vol. 28, no. 3. P. 195–205.
48. Teigen K. H. Yerkes-Dodson: A Law for all Seasons. *Theory & Psychology*. 4th ed. 1994. P. 525–547. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/0959354394044004>.
49. The effects of stress–tension on depression and anxiety symptoms: evidence from a novel twin modelling analysis / C. G. Davey et al. *Psychological Medicine*. 2016. Vol. 46, no. 15. P. 3213–3218. URL: <https://doi.org/10.1017/s0033291716001884>
50. The linguistic and cognitive effects of bilingualism on children with autism spectrum disorders / D. K. Anderson et al. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, 2013. 175 p.
51. United Nations. Global Issues Youth. Youth | United Nations. URL:

<https://www.un.org/en/global-issues/youth>

52. W.H.O. Керівництво mhGAP для ведення психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я». Всесвітня організація охорони здоров'я, Європейське регіональне бюро. Копенгаген. 2020. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream>

53. World Health Organization. Depression. World Health Organization (WHO). URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

54. World Health Organization. Національне дослідження STEPS в Україні. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336643/WHO-EURO-2020-1468-41218-56059-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>