

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет соціальних наук і соціальних технологій
Кафедра психології та педагогіки

Кваліфікаційна робота
освітній ступінь – магістр

на тему:

**«СОЦІАЛЬНО – ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ
ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ПІДЛІТКОВОМУ ТА ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ»**

Виконала: студентка 2-го року навчання,
спеціальності 053 «Психологія»
Гончаренко Евеліна Ігорівна

Науковий керівник: Боднар А. Я.,
кандидат психологічних наук, доцент

Рецензент: Подшивайлова Л.І.
кандидат психологічних наук, доцент

Кваліфікаційна робота захищена
з оцінкою «_____»

Секретар ЕК _____

«____» _____ 2021 р.

Київ - 2021

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПРОБЛЕМИ ПРОЯВУ	
ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ В ПІДЛІТКОВОМУ ТА ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ.....	9
1.1. Теоретичні аналіз проблеми вивчення проявів депресивних станів у	
вітчизняній та зарубіжній літературі.....	9
1.2. Особливості розвитку депресивності у підлітковому віці.....	19
1.3. Особливості прояву депресивності у юнацькому віці.....	28
Висновки до першого розділу.....	43
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ПРОЯВУ ПІДЛІТКОВОЇ, ЮНАЦЬКОЇ	
ДЕПРЕСИВНОСТІ ТА СОЦІАЛІЗАЦІЇ.....	46
2.1. Опис методів і методик дослідження.....	46
2.2. Обґрунтування результатів дослідження соціально – психологічних	
станів підліткового віку.....	53
2.3. Аналіз та інтерпретація емпіричних даних юнацького віку.....	75
2.4. Порівняльна характеристика проявів депресивних станів у підлітковому	
та юнацькому віці.....	88
Висновки до другого розділу.....	92
РОЗДІЛ 3. ФОРМУВАННЯ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ.....	
3.1. Особливості психокорекційних методів для подолання та запобігання	
розвитку депресивних станів.....	96
3.2. Активуюча поведінкова терапія та MFQ, як корекція	
депресивних станів.....	104
Висновки до третього розділу.....	110
ВИСНОВКИ.....	112
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	115
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Актуальність дослідження. Питання переживання депресії все більше привертає до себе уваги за останні роки. По всьому світу створюють, спілки, організації, телефони довіри для того щоб будь – яка людина у переживання складної ситуації мала змогу звернутися за допомогою і отримати її, тим самим попередити складні наслідки.

CDC Center for disease control and prevention приділяє таку саму увагу ментальному здоров'ю, які пандемії COVID – 19. Пандемія, яка охопила весь світ, економічна криза яка з'явилася у зв'язку з цим, вплинула не тільки на емоційний стан дорослих, вона не оминула юнаків та підлітків також. Наразі, в світі, не лишилося людини чи сім'ї яку б не доторкнулася ця жахлива ситуація. Переживання хвороби, ускладнення після неї, втрата близької людини – це все викривлює психічний стан людини.

Юнакам та підліткам доводиться при звичаюватися до нових форм навчання та взаємодії з іншими, зникає впевненість у наступному дні, а разом з цим не вимальовується чітке бачення свого майбутнього. Життя поступово переміщується до інтернет простору, де швидким темпом розвивається кібербулінг.

Психічні розлади серед дітей та підлітків описуються як серйозні зміни в навчанні, поведінці, здатності регулювати свої емоції, що призводить до виникнення страждань й зміні режиму дня. Серед найбільш поширених розладів виділяють дефіцит уваги, гіперактивність, тривожність, розлади поведінки та депресивні настрої.

Кожна шоста людина віком 10 – 19 років має психічні проблеми. Проблема психічного здоров'я становить 16% від загального визначення захворювань у людей віком 10 – 19 років. Загалом, встановлення такого виду проблем відбувається у віці 14 років, частина залишається не діагностованою та не отримує допомоги.

У всьому світі депресія є однією з основних причин захворюваності та інвалідності серед підлітків, а суїцид на її основі – є третьою причиною смерті у віці 15 – 19 років.

Наразі, Україна стала очолювати списки з найвищим показником вчинення самогубств серед дорослого та юного населення. У 2020 році 7654 українця закінчили життя самогубством. Найбільша кількість випадків зафіксована у наступних регіонах: Дніпропетровська область – 745 людей; Харківська область – 597 людей; Одеська область – 523 людини; Київська область – 461 людина; Донецька область – 450 людей

Основними причинами самогубств є депресія, фінансові труднощі, сварки з рідними, непорозуміння з одногрупниками, а у 2020 до цього списку додався коронавірус. Експерти зазначають, що у групі ризику – підлітки 12 – 19 років, а також дорослі люди віком до 45 років.

Психологи підкреслюють, що соціально – економічні фактори пандемії коронавіруса значно вплинули на психологічний та емоційний стан громадян. Люди знаходяться у постійному стресі через встановлені обмеження, страху втратити роботу, близьких чи взагалі захворіти. Не останнім є вплив воєнних дій на Донбасі, люди втратили все своє майно, спокійне життя й не в змозі повернутися на рідну територію. Починати життя на новому місці, без засобів до існування складно, тому люди починають впадати в депресивний стан який може мати фатальні наслідки.

Існують різні способи оцінки психологічних труднощів у дітей, підлітків та юнаків. Наприклад, CDC використовує опитування, такі як «національне опитування здоров'я дітей» для того щоб зрозуміти кількість дітей з виявленими проблемами та допомогою, яку вони отримали.

Проблеми з поведінкою, тривожність та депресія – це найчастіше діагностовані розлади у дитячому, підлітковому та юнацькому віці. За даними центру США:

- 9,4% дітей у віці від 2 – 17 років (приблизно 6,1 мільйона) отримали діагноз дефіцит уваги;

- 7,4% у віці 3 – 17 років (приблизно 4,5 мільйона) мають діагностовану проблему поведінки;
- 7,1% у віці 3 – 17 років (приблизно 4,4 мільйона) виявлено тривожність;
- 3,2% у віці 3 – 17 років (приблизно 1,9 мільйона) виявлено депресію.

Певні види порушень схильні поєднуватися між собою, найчастіше всього з депресією. Наприклад, троє з чотирьох дітей у віці від 3 до 17 років з виявленою депресією також мають проблеми з поведінкою.

З виявленою тривожністю, кожен третій страждає на депресію (32,3%)

У дітей та підлітків з проблемами поведінки, у кожного третього спостерігається тривого (36,6%), а у кожного п'ятого – депресія (20,3%).

Тривожність та депресивність здатна з часом посилюватися. У дослідженнях переживання цих станів у підлітків та юнаків було зафіксовано зрість з 5,4% у 2003 році до 8% у 2007 та до 8.4% у 2011 – 2012 роках. Майже 8 із 10 дітей віком від 3 до 17 років з діагнозом депресія – отримували необхідну допомогу.

На рівень розвитку тривожності та депресивності впливають різноманітні фактори, такі як вік та матеріальне благополуччя. Також, фахівцями встановлено, що розвиток депресивності відбувається зі збільшенням віку.

Що стосується показників в Україні, то наразі, рівень самогубств серед підлітків різко збільшився. За перші три місяці 2021 року було скоєно сто одне самогубство серед підлітків та юнаків, в той час як за минулий рік всього відбулося 123 таких випадки.

З початку року в Києві відбулося одразу декілька випадків які набули широкого розголосу, у лютому у різних районах скоїли самогубство чотири дівчини. Також, стало відомо про випадки у області.

Така поведінка підлітків та юнаків зумовлена переживаннями, пандемією, складнощами у стосунках та браком уваги з боку батьків.

У Києві працює цілодобовий «Телефон довіри» Центру медико – психологічної допомоги та профілактики кризових станів, його телефони можна відшукати в інтернеті. Також, можна звернутися по допомогу до Lifeline –

цілодобова лінія попередження суїцидальних випадків, та Всеукраїнський телефон довіри.

Актуальність теми полягає у більш детальному вивченні розвитку негативних переживань у підлітковому та юнацькому віці, знаходженні точних методів діагностики, та впровадження корекційних програм для запобігання чи усунення депресивних станів. Виникнення депресії в такому віці впливає на формування особистості, не дозволяє індивіду гармонійно розвиватися, загрожує здоров'ю та життю.

Депресивні настрої зумовлюють виникнення інших психічних захворювань таких як, проблеми поведінки, харчові розлади, неврози, психози, самогубство та заподіяння собі шкоди.

Кількість самогубств в Україні є шокуючою, люди не бачать іншого виходу аніж позбавити себе життя. Ця проблема потребує негайної уваги, дослідження й вирішення, бо наслідки можуть виявитися вкрай катастрофічними.

Об'єкт дослідження: депресивні стани підлітків та юнаків

Предмет дослідження: соціально – психологічні особливості депресивності у підлітковому та юнацькому віці.

Мета дослідження: теоретично проаналізувати та емпірично дослідити соціально – психологічні особливості депресивних станів підліткового та юнацького віку, розробити та апробувати систему корекційних заходів, спрямовану на подолання та запобігання розвитку негативних настроїв.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати основні підходи до проблеми підліткової та юнацької депресивності;
2. Емпірично дослідити особливості проявів депресивних явищ у підлітковому та юнацькому віці;

3. Провести порівняльний аналіз депресивних станів у підлітковому та юнацькому віці;
4. Розробити та апробувати корекційну програму направлену на попередження чи поліпшення депресивних станів у підлітковому та юнацькому віці.

Наукова новизна полягає у дослідженні соціально – психологічних особливостей проявів депресивних станів у підлітковому та юнацькому віці. У результаті дослідження сформовано та обґрунтовано низку положень які мають наукову новизну, теоретичне та практичне значення. Підтверджено або спростовано взаємозв'язок досліджуваних явищ. Дозволяє сформулювати систему заходів для запобігання чи усунення депресивних станів у підлітковому та юнацькому віці.

Практичне значення роботи полягає у відборі та організації системи заходів, які дозволяють поліпшити психоемоційний стан юнаків та підлітків схильних до депресивних станів. Встановити відмінності проявів депресивних настроїв у підлітковому та юнацькому віці, їх особливості та динаміку.

Апробація роботи. Основні положення та результати дослідження доповідалися й обговорювалися на конференціях:

1. Наукова конференція «Психолого – педагогічні особливості професійної підготовки у ВНЗ». – НаУКМА, Київ, 8 лютого 2018 року.
2. Науково – практична конференція «Особистість у просторі проблем ХХІ століття» - НаУКМА, Київ, 7 лютого 2019 року.
3. XVIII міжнародна науково – практична конференція «Конфліктологічна експертиза: теорія та методика» - НаУКМА, Київ, 15 лютого 2019 року.
4. Міжнародна науково – практична конференція «Проблеми саморозвитку особистості в сучасному суспільстві». – Національний юридичний університет імені Ярослава Мудрого, Харків, 15 листопада 2019 року.
5. Науково – практична конференція «Особистість у просторі проблем ХХІ століття» - НаУКМА, Київ, 5 лютого 2020 року.

Список публікацій:

1. «Дослідження депресивності у підлітків». Психолого – педагогічний практикум. – Методичний посібник. – К.: ПП «ДІРЕКТ ЛАЙН», 2017. – Частина 3. – С. 29 – 36.
2. «Підготовка психолога – фахівця до роботи з підлітковою депресією». – Програма і матеріали науково конференції. – К.: ПП «ДІРЕКТ ЛАЙН», 2018. – С. 14-16.
3. «Особливості дослідження взаємовпливу соціалізації та депресивності в підлітковому віці». – Програма і матеріали науково – практичної конференції. – К.: ПП «ДІРЕКТ ЛАЙН», 2019. – С. 28-30.
4. «Взаємозв'язок підліткової депресивності та конфлікту в шкільному колективі». – Програма і матеріали XVIII міжнародної науково – практичної конференції. – К.: ПП «ДІРЕКТ ЛАЙН», 2019. – С. 23-25.
5. «Проблеми соціалізації підлітків схильних до депресивних станів». Проблеми саморозвитку особистості в сучасному суспільстві: матеріали Міжн. наук.- практ. конф., 15 листоп. 2019р. – С. 253 – 256.
6. Феномен свободи у контексті підліткової репресивності. – Програма і матеріали науково – практичної конференції. – К.: ПП «ДІРЕКТ ЛАЙН», 2020. – С. 25-27.

Наукові заходи:

Конкурси наукових робіт:

1. Всеукраїнський конкурс студентських наукових робіт із галузі «Загальна та соціальна психологія». Херсонський державний університет, факультет психології, історії, соціології.
2. Всеукраїнський конкурс студентських наукових робіт із галузі «Педагогічної та вікової психології». Одеський південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПРОБЛЕМИ ПРОЯВУ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ В ПІДЛІТКОВОМУ ТА ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

1.1. Теоретичні аналіз розвитку проблеми депресивності у вітчизняній та зарубіжній літературі

Психологія досить обережно ставиться до випадків депресії, депресивності та тих речей, що можуть супроводжувати цей стан. Нажаль, не так багато уваги в свій час було виявлено цьому питанню, особливо, це стосується аспектів дитячого, підліткового та юнацького років.

Саме психіатрія в проявляла цікавість до вивчення цієї проблеми, виявлення її особливостей, опису проявів, причин розвитку та знаходженню шляхів подолання. Завдяки дослідженням у психіатричній галузі та творчим доробкам, ми маємо уявлення про сучасний перебіг подій у цьому випадку, що неоцінено доповнює психологічні знання, дозволяючи отримати більш повне уявлення про масштабність цього питання.

У цьому розділі, ми ознайомити вас з історією виникнення знань не лише про явище депресії та депресивності, а про інші стани які передують виникненню та розвитку цього розладу. Ознайомити, з історією становлення дитячої, підліткової та юнацької психіатрії, яка не тільки поліпшила умови праці сучасної психологічної науки, а й стала фундаментом для розвитку інших галузей, що у свою чергу мають змогу вибудовувати ефективну систему заходів.

Вивчення дитячих психічних захворювань відбувалося поетапно. Перш за все, увагу дослідників привернуло найбільш виражене психічне захворювання – слабоумство. Це було пов'язане з думкою про те, що дітям притаманні прояви слабоумства, в той час як психози, особливо у віці до 5 – 6 – ти років, не характерні. Набагато пізніше склалися уявлення про граничні стани у дітей. [10, с. 9].

Паралельно з розвитком психіатричної думки відбувалося формування різноманітних організаційних форм допомоги психічно хворим. Таким чином, розвиток дитячої психіатрії можна поділити на чотири етапи:

1. Вивчення слабоумства;
2. Вивчення психозів;
3. Граничних психічних розладів;
4. Розробка організаційних психіатричних питань.

Вагомими результатами у дослідженні слабоумства у XIX та особливо у XX столітті стало кропітке вивчення його етіології й патогенезу поряд зі створенням класифікацій слабоумства. [10, с. 11].

Головна інформація про цю хворобу відтворювалась не тільки в лікарських працях, а також у роботах вчителів, проте основні уявлення про розклад склали психіатри.

При вивченні слабоумства у першу чергу увага надавалась характерно вираженим формам слабоумства. Французький психіатр Ж. Е. Д. Ескіроль один з перших, хто не тільки надав опис захворювання, а й розмежував його на вроджене та набуте. [10, 16].

У Німеччині представлення про слабоумство розкрили Г. Еммінгауз, Р. Крафт – Ебінг, В. Гризингер, крім цього, була додана ще одна категорія «помірні», які згодом будуть визначені як «дебільність».

Вітчизняні дослідники С. С. Корсаков, В. П. Сербський та інші у XIX – XX столітті, підкреслювали, що найбільш розповсюдженими умовами виникнення слабоумства у дітей є ураження мозку в результаті інфекції або травми. [15, с. 22].

Після введення поняття олігофренії Е. Крепеліним у 1915 році, вивчення слабоумства почало розвиватися у двох напрямках: вивчення олігофренії, яке визначалося як спадкове, й деменції – набутих форм. [10, с. 24]

У працях багатьох поколінь психіатрів, психологів, дефектологів конкретизувалися ознаки розумової відсталості, в першу чергу олігофренії, в залежності від глибини інтелектуальних порушень, наприклад у роботах А. Біне, В. Штерна. Багаточисельні дослідження слабоумства, а саме олігофренії, проведені психіатрами та психологами Е. Крепеліним, Т. Циеном, В. Вундом, А. Біне, Г. Я. Трошиним, Ж. Демором, Д. Бурневілем, С. С. Корсаковим, С. А.

Сухановим, В. А. Гиляровським, Г. Е. Сухаровою, М. О. Гуревич та іншими, а також олігофренопедагогами А. Фуксом, Ж. Філіпом, О. Декролі, Л. С. Виготським, показали, що воно неоднорідне та має різноманітну етіологію та патогенез. [15, с. 26].

Що стосується вивчення психозів, то у XVIII столітті розлади «буйства», що описувалися у дефективних дітей, розглядалися як ускладнення основного стану, бо панувала думка, що у дитини не може бути божевілля. В цей же час, відбувалися дослідження галюцинацій у дитячому віці Тором та вивчення різноманітних психічних розладів як епілепсія, зміни настрою, англійським педіатром Вестом. Цілеспрямоване вивчення психозів розпочалось лише у XIX столітті.[15, с. 16].

Англійський психіатр Г. Модслі вважав, що у дітей в яких не розвинені інтелектуальні здібності божевілля виражається у простих формах. Ці розлади він відносив до принципів еволюції психіки. У Німеччині Х. Еммінгауз написав книгу, у якій вперше систематизував знання щодо психопатології дитячого віку. В лекції В. Штрומайера представлені різноманітні психічні захворювання, такі як епілепсія, істерія, слабоумство, подані клінічні ілюстрації й зображено, що для кращого розуміння психічних розладів у дітей важливе місце займають психологічні й педагогічні знання. В ці роки, Л. Штрюмпелем та іншими, була звернена увага на так звану «педагогічну патологію», тобто на ті розлади, що виникають у процесі навчання й виховання. [10, с. 44].

В дитячій психіатрії провідне місце належить досліднику Т. Циєну, який детально описав психічні розлади в юнацькому віці. Важливе місце у вивченні цих станів відіграли А. Гомбургер, М. Трамер, Ж. Лутц, Х. Штутте та інші.

Дитяча психіатрія у XX столітті збагатилася багатьма уявленнями та концепціями, в тому числі запозиченими з інших галузей, перш за все психології та логопедії. До них відносять діаду «мати – дитина» Р. Шпіца, наслідки психічної депривації Дж. Боулбі, Й. Лангмейера та інших, про аутизм Л. Каненнера, Х. Аспергера. [10, с. 45].

Виникнення й розвиток багатьох з вище перерахованих уявлень остаточно знищило думку про неможливість появи чітко виражених психічних розладів у дитини. Достатньо згадати про анаклітичну депресію, яку Р. Шпіц описав у дітей першого року життя. [15, с. 69].

В міру накопичення знань про різноманітні психічні розлади в дитячому, підлітковому на юнацькому роках, в першу чергу про слабоумство та психотичні прояви, розпочалося формування уявлення про граничні стани у цих вікових періодах, тобто неврозах, психогенних розладах, психопатіях. Розвиток думки про граничні стани пов'язували з конституціональними та психоаналітичними напрямками. Німецький психолог Е. Кречмер наголошував на зв'язку будови тіла й окремих властивостей особистості, в першу чергу шизоїдного та циклоїдного. Психоаналітичні теорії З. Фрейда, А. Фрейд, М. Кляйн, М. Малера, Р. Шпіца та інших, зазначали особливості розвитку неврозів.[15, с. 70].

Серед досліджень різноманітних форм граничних станів виокремлюють напрямок психогенних реакцій, які мають важливе значення у дитячій, підлітковій та юнацькій психіатрії.

Разом з досягненнями у вивченні дитячої психіатрії та психології, відбувався розвиток амбулаторної допомоги дітям, наприклад у США, Великобританії, пострадянських країнах.

У формуванні вітчизняної психіатрії дитячого віку можна виділити такіж етапи, що й при становленні світової дитячої психіатрії.

В першу чергу увага була прикута до слабоумства, його особливостей, розвитку та причинам виникнення. Дослідженням цього питання займалися І. П. Мержевський, С. С. Корсаков, А. С. Грибоєдов, В. П. Кащенко, Г. І. Россолімо. В.М. Бехтерев, який створив основи психоневрології, й не оминув дитячий вік, розробляв нові напрями не тільки в психіатрії, а також психології, неврології та інших галузях. Обґрунтований ним комплексний підхід до вивчення раннього онтогенезу людини дозволив створити основи експериментальної психології та педагогіки раннього віку. Дослідження допомогли у розгляді проблемного

питання виховання здорових та хворих дітей, ці праці підкріплювали ідеї К. Д. Ушинського, П. Ф. Лесгарда та інших. [15, с. 25].

У ХХ – ті роки на радянському просторі паралельно з розвитком лікарняної психіатричної допомоги почали створюватися не лікарняні психіатричні заклади. Формувалися наукові школи дитячих психіатрів: В. А. Гилярівської, М. О. Гуревич, Т. П. Симсон, Г. Е. Сухарова, Н. І. Озерецький, С. С. Мнухін. Найбільш інтенсивно вивчалися проблеми психозів, шизофренії, епілепсії, неврозів та психопатій у підлітковому віці. Особливу увагу розладам в підлітковому віці надавала Г. Е. Сухарова. [10, с. 22].

Інтенсивно відбувався розвиток наукових досліджень в області психопатії завдяки О. В. Кербикову, А. Є. Личку, В. В. Ковальову, Г. К. Ушакову.

Особливістю розвитку загальної та дитячої психіатрії в останні десятиліття ХХ століття обумовлюється виникненням й розвитком самостійних напрямів психіатрії. Окрім судово–психіатричної експертизи неповнолітніх, інтенсивно розвивається підліткова психіатрія та наркологія, психосоматична медицина дитячого віку, психіатрія раннього дитячого віку. [10, с. 28].

Особливе значення у вивченні вікових змін, психічних розладів у підлітків мають дослідження А. Є. Лічко, автора першого вітчизняного посібника для лікарів з підліткової психіатрії, праць стосовно психопатій, акцентуацій, наркології й шизофренії у підлітків.

Вчені намагалися виявити, й продовжують вивчати причини виникнення зазначених вище розладів у дітей підлітків та юнаків. В першу чергу, пояснення намагалися віднайти саме у нейрофізіології. В основі вищої нервової діяльності (надалі ВНД), фізіологічного еквіваленту поняття «психічна діяльність» за І. П. Павловим, полягають рефлексорні механізми. [10, с. 29]. Існування та функціонування цих механізмів засновано на трьох основних принципах:

- Детермінізму;
- Аналізу;
- Синтезу.

Принцип детермінізму підкреслює, що різноманіття реакцій організму є відповіддю на певні подразники внутрішнього та зовнішнього середовища. Принципи аналізу та синтезу характеризують основний фізіологічний закон пізнавальної діяльності. Аналітична діяльність полягає в розділенні цілого на частини, а синтетична – в управлінні всього організму в цілому. [10, с. 28 – 30].

Як стверджував Є.Є. Сканаві, «знання о вищій нервовій діяльності (ВНД) мають важливе значення для розуміння механізмів створення невротичних розладів дитячого та підліткового віку». [10, с. 30].

Психопатологія та психологія здійснюють важливий взаємовплив один на одного. Історію цього вкрай необхідного симбіозу можна поділити на два етапи: перший, коли психологічна наука адаптувалася під вимоги та критерії психопатологічного апарату та психіатрії загалом, та другий – стадія взаємозбагачення, в результаті чого розвивається клінічна психологія та інші напрямлення. Тому, психопатологія починає сконцентровувати свою увагу на аспектах: віку, особливостях порушення ігрової діяльності, мови, малювання. [15, с. 38].

Зазначені вище розлади «розповідають про себе через вік», а саме психологічна змістовна складова, що свідчить про відповідність біологічного, хронологічного віку ступені психічно розвитку індивіда, культурного розвитку, соціальну складову, яка відображає залучення дитини в певну систему суспільних відносин й ступінь його соціальної зрілості. [15, с. 39].

Стадії, фази, вікові кризи. У будь – якої дитини відбуваються якісні новоутворення, що супроводжуються «зламами» та «стрибками». У дітей с певними порушеннями в моменти кризи проявляються такі відхилення індивідуального розвитку, за якими можна робити припущення або прогноз щодо стану у майбутньому. [15, с. 42].

Емоційні (афективні) розлади – болісно змінені суб'єктивно зафарбовані (позитивно або негативно) переживання індивіда, що відображають значимість для нього значимість подразника або результату власної дії.

Основна симптоматика класичного афективного розладу, депресії або манії, представлена тріадою ознак: при депресії – зниженим настроєм, ідеаторною та моторною загальмованістю, а при манії – підвищеним настроєм, руховим та ідеаторним збудженням.

Змальовані афективні розлади загалом зустрічаються в підлітковому розладі. Для дітей дошкільного та молодшого шкільного віку характерні різноманітні замасковані форми афективної патології. Зокрема, у дітей мають своє вираження сомато–вегетативні порушення, тобто сну, апетиту, різноманітні поведінкові розлади, погана успішність й шкільна дезадаптація. [18, с. 10].

Умовно в дитячому та підлітковому віці виокремлюють афективні розлади, що співставляють з подібною патологією дорослого віку, а саме [18, с. 48]:

1. Знижені афективні розлади – депресії;
2. Підвищені афективні розлади – манії;
3. Спотворений афект – паратемія;
4. Втрату емоцій – емоційне сплющення, апатія, страх.

Депресії – афективні розлади, що характеризується зниженням настрою, руховою та ідеаторною загальмованістю, зниженням життєвого тону, часто ідеями неповноцінності й самознищення, а також сомато - вегетативними розладами. [10, с. 91].

Депресія – (від лат. depressio – пригнічення) – афективний стан, який характеризується негативним емоційним фоном, змінами мотиваційної сфери, когнітивних (пов'язаних з пізнанням) уявлень й загальною пасивністю поведінки. Суб'єктивно людина в стані депресії, в першу чергу, переживає тяжкі, болісні емоції й переживання – пригніченість, смуток, відчай. Потяги, мотиви, волева активність – різко знижені. Характерними є думки щодо власної відповідальності за різні неприємні, тяжкі обставини, які виникли в житті людини або його рідних та близьких. Почуття провини за події минулого та почуття безпорадності перед обличчям життєвих негараздів поєднуються разом з думками про відсутність будь-яких перспектив. Самооцінка різко знижена.

Змінюється, також, сприйняття часу, яке починає просуватися для людини відчутно довго. [32, с. 96].

Для поведінки у стані депресії характерні: повільність, безініціативність, швидка втомлюваність, низька продуктивність. В тяжких затяжних випадках є імовірність спроби самогубств.

Розрізняються й функціональні стани депресії, які можливі у здорових людей у рамках нормального психічного функціонування, та патологічна депресія, яка являється одним з основних психіатричних синдромів. [10, с. 92].

В залежності від провідних ознак порушень настрою виокремлюють [18, с. 51]:

1. Тужливу депресію – у вигляді вираженої, нестерпної душевної болі, яка має фізичний прояв (хворий вказує на грудний відділ, де за його думкою, локалізований «душевний біль»).
2. При тривожній депресії – скаржитися на занепокоєння, безпричинну тривогу. Якщо тужлива депресія частіше супроводжується руховою загальмованістю, то тривожна – руховим занепокоєнням, метушливістю, може виникати стан ажитації.
3. Адинамічна депресія супроводжується повільністю, бездіяльністю, що пов'язано зі зниженням спонукань й іншими негативними переживаннями.
4. При апатичній депресії у першу чергу проявляється байдуже ставлення до самого себе, до близьких людей. У разі адинамічної депресії особа не в змозі щось виконувати, то при апатичній – не прагне, повністю відсутнє бажання.
5. Дисфорична депресія при якій поганий настрій супроводжується роздратованістю, агресією.

Депресивні порушення також можуть супроводжуватися маячною, що має свій прояв з депресивного афекту та має назву – депресивна маячня. Крім того, депресія може входити до структури більш складних синдромів – галюцинаціями, сенестопатіями та іншими.

З депресії може розвиватися афективні психози, які будуть змінюватися короткостроковими гіпоманіакальними епізодами.

Залежно від переважання в структурі синдрому тих чи інших психопатологічних явищ провідні депресивні стани за своєю клінічною картиною наближаються в одних випадках до депресій з істеричними, тривожно-фобічними або сенестоіпохондричними розладами, в інших - до астенодинамічними, анестетичними депресіями, в третіх - до "класичних" тужливих депресій. У більшості випадків картина депресивного стану включає мультиформну неврозоподібну симптоматику з переважанням тривожно-фобічних або сенестоіпохондричних проявів.[35, с. 555]

Реактивні за своєю структурою депресії виникають в основному у зв'язку з важкими психотравмуючими ситуаціями. Це часто призводить до постановки первинного діагнозу "реактивний депресивний психоз". Клінічна картина такої реактивної депресії характеризується швидким наростанням афективних розладів, збереженням протягом хворобливого стану психологічно зрозумілих зв'язків клінічних проявів депресії із вмістом психотравми. [35, с. 557]

Переважає навіть не віталізований афект зневіри, пригніченості, а почуття байдужості, безвихідності. Хворі в цих випадках зазвичай зосереджені на обставинах психічної травми, не в змозі відволіктися від обтяжливих переживань, того нещастя, що їх спіткало. У поведінці переважають пасивність, у висловлюваннях - претензії до оточуючих. Ідеї самозвинувачення також пов'язані з психотравмуючими переживаннями. Добовий ритм змін настрою не тільки не виражений, але часто перекручений. Відзначаються значні вегетативні порушення у вигляді нападів прискореного серцебиття, пітливості, коливань артеріального тиску. Частими є скарги на поверхневий сон з жахливими сновидіннями. Тривалість такого реактивного по структурі депресивного стану близько трьох місяців. [35, с. 558]

Головні ендореактивні депресії, так само як і реактивні, розвиваються після впливу екзогенного чинника, але при цьому чіткої кореляції з гостротою і силою психогенності тут не спостерігається. Початкові прояви ендореактивної

депресії характеризуються розвитком депресивного стану, основний зміст якого визначається психотравмуючої ситуацією.

Хворі звинувачують у трагедії збіг обставин, свою долю, прагнуть їх надмірно драматизувати. На перший план в цих випадках виступає заклопотаність своїм поганим самопочуттям. Надалі, проте, посилюється віталізація афективних розладів і в депресії все більше і більше виявляються ендогенні риси з фізичним проявом "душевного болю", з'являються елементи рухової і ідеаторної загальмованості. Хворі відзначають у себе зникнення легкості, пластичності в рухах, труднощі у виконанні розрахункових операцій (хоча пацієнти іноді намагаються пояснити це забудькуватістю). Через деякий час остаточно втрачає свою актуальність тема психотравмуючих переживань. У висловлюваннях хворих починають переважати депресивні ідеї самозвинувачення і гріховності, більш окресленими стають типові для ендогенної депресії добові зміни самопочуття з поліпшенням настрою у вечірні години і виразні соматовегетативні ознаки депресії. Ендоактивна депресія зазвичай буває більш тривалою в порівнянні з реактивною, продовжуючись у середньому близько шести місяців.[35, с. 560 - 561]

Клінічна картина типово ендогенних депресій характеризується наявністю вітального афекту туги з відповідними йому змінами в ідеаторній і руховій сферах. Хворі відзначають труднощі в засвоєнні нової інформації, труднощі зосередження, відчуття "порожнечі" в голові. Їх рухи відрізняються повільністю. Висловлювані ними ідеї самознищення і самозвинувачення носять надцінний характер. Є і соматичні прояви депресії у вигляді погіршення апетиту, зниження маси тіла, запорів. Характерним для таких депресій є наявність типового для ендогенної депресії добового ритму з помітним поліпшенням психічного стану в другій половині дня. Тривалість ендогенних депресій в середньому близько п'яти місяців. [35, с. 562]

Слід зазначити, що серед реактивних по структурі депресій приблизно з однаковою частотою зустрічаються тривожно-фобічні, астенодинамічні і істеродепресивні. У п'ятдесяти відсотках (50%) випадків ендоактивних

депресій в клінічній картині переважають тривожно-фобічні розлади. При ендогенних депресіях найчастіше спостерігалася "класична" меланхолійна депресія [35, с. 564]

1.2. Особливості розвитку депресивності у підлітковому віці

Перехід до підліткового віку характеризується глибокими змінами умов, які впливають на особистий розвиток дитини. Вони стосуються фізіології організму, стосунків, що встановлюються у підлітків з дорослими й однолітками, рівня розвитку пізнавальних процесів, інтелекту та здібностей. У всьому цьому відбувається перехід від дитинства до дорослості.

Організм дитини починає швидко перебудовуватись й перетворюватись в організм дорослої людини. Центр фізичного та духовного життя дитини переміщується з домашнього у зовнішній світ, середовище однолітків та дорослих. Відносини у групі ровесників починають будуватися на більш серйозних, ніж спільні гра, справах, що охоплюють широкий діапазон видів діяльності, від спільної праці до особистісного спілкування на життєво важливі теми. У всі ці нові відносини з іншими підліток вступає вже маючи достатній інтелектуальний розвиток й здібності, які дозволяють йому зайняти певне місце в системі взаємовідносин з однолітками.

Підлітковий вік – один із найскладніших вікових періодів, що являє собою період становлення особистості. Разом з тим це найвідповідальніший етап так як тут закладаються основи моральності, формуються соціальні установки, ставлення до себе, до людини, до суспільства. Крім цього, в цьому віці стабілізуються риси характеру й основні форми міжособистісної взаємодії. Головні мотиваційні компоненти пов'язані з активним прагненням до особистісного самовдосконалення, - це самопізнання, самовираження й самоствердження.

Підлітковий вік – період онтогенезу, який співпадає з початком переходу від дитинства до юнацтва. В історичному аспекті підлітковий вік, як особливий

віковий ступінь в становленні людини відбувався в промислово розвинених країнах в 19-20 сторіччі. [28, с. 279]

Підлітковий вік відноситься до тих критичних періодів онтогенезу, пов'язаних з суттєвими перетвореннями в сфері свідомості, діяльності й системі взаємовідносин індивіда. Цей етап характеризується збільшенням росту людини, формуванням організму в процесі статевого дозрівання, що впливає на психофізіологічні особливості підлітка. [37, с. 203]

Основою для формування нових психологічних та особистісних якостей підлітків являє собою спілкування в процесі різних видів виконуваної ними діяльності. Визначаючою особливістю спілкування підлітків є яскраво виражений особистісний характер. Зміна соціальної ситуації розвитку підлітка пов'язано з їх активним прагненням приєднатися до світу дорослих, орієнтуванням на поведінку, норми та цінності цього світу. Характерним для підліткового віку є почуття дорослості, а також розвиток самоусвідомлення та самооцінки, цікавості до себе як особистості, до своїх здібностей та можливостей. [37, с. 206]

На початку підліткового віку у індивіда з'являється й посилюється прагнення бути схожим на дорослих. Це бажання набирає такої сили, що підліток передчасно вважає себе вже дорослим й прагне до себе відповідного ставлення. Підлітки починають копіювати поведінку дорослих людей, це зумовлено ще й тим, що самі батьки, вчителі перестають сприймати їх як дітей й починають висувати їм більше вимог, враховувати їх думку у тих ситуаціях, де це можливо. Так, дорослішати змушують фізіологічні процеси, які відбуваються в організмі та мають прояви на зовнішній стан.

В цьому періоді змінюється зміст та роль наслідування в розвитку особистості. Якщо в дитинстві наслідування має стихійний, неконтрольований характер, то в цьому віці відбувається усвідомлено, відноситься до самовдосконалення й починає свій прояв у наслідування зовнішнім атрибутам дорослості. Тобто, спостерігається у поведінці, стилі спілкування, одязі, зачісці, аксесуарів, мобільних пристроїв, лексики та іншого. [28, с. 262]

В підлітковому віці продовжується процес формування й розвитку самосвідомості. На відміну від попередніх вікових етапів, він так само як і наслідування, змінює свій вектор дії й направляється на усвідомлення людиною своїх особистісних особливостей. Вдосконалення самосвідомості в підлітковому віці характеризується особливою увагою підлітка до власних недоліків. Бажаний образ «Я» зазвичай вимальовується з цінних для них якостей запозичених у інших. Так як, у якості моделей для наслідування обираються як і дорослі, так і ровесники, а ідеал який складається має суперечності. Тобто, обрані якості та риси не завжди можуть гармонійно й вдало поєднуватися між собою. В цьому полягає одна з причин невідповідності підлітка побудованому ідеальному образу та їх постійних переживань з цього приводу. [28, с. 265]

Самооцінка підлітка має протиріччя: свідомо він сприймає себе вагомою особистістю, вірить у себе, в свої здібності, ставить себе вище за інших. В цей же час, має сумніви, які він намагається не допустити до свідомості, але ця підсвідома невпевненість нагадує про себе в переживаннях, пригніченості, поганому настрої, зниженні активності та іншому, причини виникнення яких незрозумілі й самому підліткові. Значення у розвитку кризи також відіграє розходження між виникненням потреб й обставинами життя, які перешкоджають їх реалізації. Цей перехідний критичний період завершується появою особливого особистісного новоутворення, яке можна визначити як «самовизначення», що характеризується усвідомлюванням підлітком себе як частиною суспільства. [28, с. 273]

Існує безліч фундаментальних досліджень, гіпотез й теорій підліткового віку. С. Холл відносив підлітковий вік до доби романтизму в історії людства, в співвідношенні з теорією рекапітуляції. Ця стадія відповідала етапові переходу від дитинства – доби полювання та збирання, до дорослого стану – доби розвиненої цивілізації. [37, с. 43]

Підлітковий вік за Е. Шпрангером – це вік вростання в культуру. Дослідник описав три його типи: [42, с. 136]

- Перший тип характеризується різким, бурхливим, кризовим переходом, коли підлітковий вік сприймається як друге народження, в результаті якого виникає друге я.
- Другий тип розвитку – легкий, повільний, поступовий розвиток, коли підліток долучається до дорослого життя без сильних змін у власній особистості.
- Третій тип являє собою такий процес розвитку, коли підліток самостійно, активно й свідомо формує й виховує себе долаючи силою волі внутрішню тривожність та кризу. Такий тип характерний для людей з високим рівнем самоконтролю та самодисципліни.

Шпрангер виокремив головні новоутворення цього віку такі як відкриття Я, виникнення рефлексії, усвідомлення своєї індивідуальності.

В. Штерн виділяв підлітковий вік як один з етапів формування особистості. За Штерном, підлітковий вік характеризує не тільки особлива направленість думок та почуттів, прагнень та ідеалів, а й виникнення певних особливостей в діях. Дослідник описує етап як проміжний між дитячою грою й поважною відповідальною діяльністю дорослого, й підбирає для нього нове поняття – «серйозна гра». Він вважає, що підліток починає дивитись на дитячу гру з презирством, не хоче мати справи з не так давно улюбленими іграшками. Всі його наміри та дії набувають ознак серйозності, але не є такими, це лише перші спроби дорослої діяльності. [43, с. 86 – 87]

Е. Еріксон, вважаючи підлітковий вік найважливішим й найбільш складним періодом людського життя, підкреслював, що психологічна напруга яка супроводжує формування цілісності особистості, залежить не тільки від фізіологічного дозрівання, особистої біографії, але й від духовного стану суспільства у якому перебуває людина, від внутрішніх протиріч суспільній ідеології. [37, с. 138]

Згідно з теорією Ж. Піаже, у віці від 11-12 років до 14-15 років відбувається остання фундаментальна децентрація – дитина звільняється від конкретної прив'язаності к існуючим у його оточенні об'єктам й починає сприймати світ з

позиції його зміни. В цьому віці остаточно формується особистість, будується програма життя. [28, с. 352]

Також розглядом питання підліткового віку займалися й вітчизняні психологи. Наприклад, Л. С. Виготський докладно розглядав проблему захоплень в цьому перехідному віці називаючи її «ключем до всієї проблеми психологічного розвитку підлітка». Він зазначив, що всі психологічні функції людини на кожній сходинці розвитку, в тому числі й в підлітковому віці, діють не безсистемно, автоматично та випадково, а в складі певної системи, й направляються за допомогою створених в особистості прагнень, потягів й інтересів. В підлітковому віці відбувається руйнація старих захоплень і утворення нового біологічного підґрунтя на основі якого розвиваються нові інтереси. Психолог підкреслив ще два новоутворення цього віку – це розвиток рефлексії, й на її основі – самоусвідомлення, поява останнього залежить від культурного змісту середовища. [8, с. 25]

Аналізуючи кризу підліткового віку Божович Л. І. вказувала на неоднорідність цього стану, що у першій стадії, яка відбувається у 12 – 14 років, характеризується появою здатності орієнтуватися на мету виходячи за кордони теперішнього часу, а на другому етапі, у віці 15 – 17 років – усвідомленням свого місця в майбутньому, тобто створенням «життєвих перспектив». Саме в цю «перспективу» вміщується уявлення про бажане «Я», та плани які потребують втілення у майбутньому. Однією з основних причин появи кризи є розвиток самоусвідомлення та самооцінки підлітка, яка являє собою складний та доволі довгий процес, який супроводжується широким спектром специфічних, часто внутрішньо конфліктних, переживань. [5, с. 232]

В концепції Д. Б. Ельконіна підлітковий вік, як і будь-який новий період, пов'язаний з новоутвореннями які виникають з провідної діяльності попереднього періоду. Навчальна діяльність змінює вектор руху, який до цього був направлений на світ, а зараз – на самого себе. Спочатку зміни виникають й починають усвідомлюватися психологічно, в результаті розвитку навчальної діяльності, і лише фізичними змінами підкріплюються. Прагнення дорослості

зіштовхується з дійсністю, й виявляється, що дитина ще нездатна зайняти місце в системі дорослих відносин, тому знаходить його у дитячому суспільстві. В цей період навчальна діяльність втрачає свою важливість, перестає бути центром життя, хоча все ще залишається провідною діяльністю. Також, Ельконін підкреслює важливість спілкування в підлітковому віці, яка сприяє формуванню самоусвідомлення особистості. Основними новоутвореннями віку психолог виділяє соціальне усвідомлення, яке відображається у внутрішньому світі дитини. [13, с. 319 – 320]

В основі досліджень підліткового віку Д. І. Фельдштейна знаходиться діяльнісний підхід, що розглядає розвиток особистості як процес рушієм якого, в першу чергу, є розв'язання внутрішніх протиріч, по - друге, зміна типів діяльності, яка зумовлена перебудовою існуючих потреб та створенням нових. Автор наголошує, що вивчення зміни типів діяльності дозволяє визначити шляхи, механізми становлення особистості в онтогенезі. Фельдштейн виокремлює три процесуальні рівні становлення підлітка [43, с. 83 – 84]:

1. Локально – примхливий – прагнення дитини 10 – 11 років до самостійності, має прояви в отриманні визнання зі сторони дорослих його можливостей через вирішення особистих задач.
2. Право - значущий – з 12 – 13 років вже не задовольняється своєю участю в загальних справах; з'являється потреба в суспільному визнанні, відбувається засвоєння не лише своїх обов'язків, а й прав у сім'ї, прагнення дорослості відбувається не на рівні «Я хочу», а - «Я можу».
3. Стверджувано – діяльнісний – у підлітка 14 – 15 років розвивається готовність до функціонування в дорослому світі, що створює бажання використати свої можливості для самоствердження.

Виразні психологічні особливості підліків Х. Гомбургер називав «підлітковим комплексом». В даний час загальноновизнано, що підліткова криза за своєю структурою не однорідна (Ш. Бюлер, М. Трамер, Л. С. Виготський, А. Е. Личко, Е. Кречмер та інші) та представлена двома фазами: негативною та позитивною, що мають як і спільні, так і відмінні риси. [40, с. 223]

Спільні риси підліткової кризи умовно об'єднані в декілька груп ознак:

- чітко виражена афективна нестійкість, що визначає поведінку підлітка; «підліткова лабільність настрою» за М. Трамер;
- протиріччя окремих сторін психологічної складової підлітка;
- направленість психічної діяльності до зовнішнього світу, прагнення до розширення соціальних контактів за Л. І. Божович;
- ознаки проявів потягів;
- різноманітні порушення поведінки, девіантна поведінка, у вигляді дисциплінарного та соціального порушення, делінквентного та аутоагресивної поведінки за А. Г. Амбрумова, Л. Я. Жезлова, В. В. Ковалев.

Отже, можна констатувати ту чи іншу ступінь порушення соціальної адаптації.

Поряд із загальними ознаками, кожній кризовій фазі притаманні свої власні ознаки. [42; с. 345]

Негативна фаза або заперечення за В. Є. Смирнов; негативістична (В. Віллінгер), протесту проти батьків (Г. Ніссен), відрізняється переважанням нестійкого настрою, підвищеною збудливістю, прагненням до самостійності, протестом проти дорослих (за А. Валлон).

Позитивна фаза або філософська за М. Трамер; фаза «провідного інтелектуального збудження» (В. Є. Смирнов), характеризується вираженим прагненням до творчості, розвитком самосвідомості, перетворенням уподобань в інтереси (Л. С. Виготський).

Поряд з цим підходом до розмежування проявів підліткової кризи, не менш важливе значення має виокремлення нормальної підліткової кризи, критичного патологічного проходження кризового періоду та симптоматики різноманітних психічних захворювань, такого погляду дотримувалися К. Кальбаум, Г. П. Пантелєєва.

Існують відомості, що у виникненні психічних патологій підлітковий вік виражається у якості основної умови, тригером, тобто, є патогенетичним

фактором. Поряд з цим значна частина дослідників, таких як В. Кречмер, А. Е. Лічко та інші, зазначають про цей період як фактор, що виявляє психічну патологію, провокуючий або розглядають його патопластичний вплив. [22; с. 195]

Депресія у дітей та підлітків виявляється доволі важко. Це, по - перше, зумовлено тим що депресивна симптоматика накладається на психологічні особливості віку та, по – друге, нерідко має замасковані форми прояву. Досить часто діти просто не в змозі охарактеризувати свої переживання словесно. До типових проявів депресивності в дитячому віці різні автори зазначають: обмеженість їх у часі, швидкість зміни депресивного стану на піднесений, вегетативні порушення, шкільну неуспішність, за фіксованість на фізичному стані, випадки тривожності та страху, нав'язливість грубості, порушення поведінки. У перехідному віці помітна дисгармонічність особистості, замкнутість мудрування та резонерство [14, с. 45]

Депресивні стани у дітей та підлітків мають складну структуру, це пояснюється поєднанням дійсної депресивної симптоматики, яка накладається на вікові особливості, з особистісними, захисними реакціями, що формуються у відповідь на власну безпорадність, неможливість ефективно засвоювати шкільну програму й адаптуватися в колективі однолітків. У відповідь на це, як захисна реакція, часто виникає «шкільна фобія», яка може продовжуватися досить довгий час, навіть, після зникнення яскравої депресивної симптоматики. [14, с. 32]

Загальновизнаним є й те, що депресія у дітей та підлітків складно розпізнається через велику кількість соматичних захворювань. Тільки невелика кількість дітей з початком розвитку депресивного стану зверталась на консультацію до психіатра, інші ж були на обліку у педіатрів, хірургів, невропатологів.

Найпоширенішими факторами виникнення та розвитку депресивних станів у підлітковому віці є:

1. підвищений рівень тривожності або наявність депресивних ознак у когось з батьків. Дитина починає переймати той стан та настрій якій панує у родинному колі, й тому нерідко діти розділяють емоційний стан з батьками;
2. Вимоги до дитини, які вміщують протиріччя між собою, або лунають від різних учасників родини, або неспівпадіння у вимогах батьків та вчителів. Через відсутність узгодженості між вказівками чи поглядами батьків, дитина не в змозі правильно скоригувати свою поведінку, і визначити очікування від неї.
3. Завищені вимоги батьків до успіхів підлітка. Коли дитина відчуває тиск та відповідальність за діяльність яку на неї поклали, але на яку вона не спроможна, то може виникнути почуття «страху помилки» та тривожність не впоратися з «відведеним очікуванням». На ґрунті цього й почнуть розвиватися депресивні настрої.
4. Вимоги та покарання, які пригнічують дитину. Деякі батьківські покарання викликають у підлітка почуття приниження його гідності, бо в цей момент розвивається почуття дорослості й тому подібні дії з боку батьків змушують дитину відчувати себе пригніченою.
5. Авторитарний стиль виховання. Підліток постійно знаходиться у стані напруження, не може почуватися вільно, самовиразитись або відстояти свою думку. Надмірний контроль та постійні заборони не дозволяє виховати в собі самостійність, почуття належності самому собі, і як наслідок виникає депресивність.
6. Постійні сварки у родині або розлучення батьків. Дітям важко перебувати у такій складній та напруженій атмосфері, ще складніше стає коли кожен з батьків намагається перетягнути дитину на свій бік, в такі моменти підліток може, навіть, уникати спілкування з обома батьками й досить часто бути відсутнім вдома. Бувають випадки, коли дитина вважає винним саме себе у сварках чи розлученні батьків.
7. Неврози або інші психічні розлади. Депресивність може бути не провідною проблемою, але присутньою разом з іншим психічним захворюванням, яке у

свою чергу, не отримало повного прояву. Подібні випадки потребують спеціального клінічного обстеження. [6, с. 156 – 157]

Всі наведені вище причини розвитку депресивних станів, безсумнівно є вкрай важливими. Але в наступному розділі роботи, ми розглянемо одну з найактуальніших проблем сьогодення – соціалізації підлітка в колі однолітків.

1.3. Особливості прояву депресивності у юнацькому віці

Юність – період розвитку людини, що свідчить про перехід від підліткового віку до самостійного дорослого життя. Хронологічні межі юності визначаються в психологічній науці по різному. Частіше дослідники виокремлюють ранню юність, тобто старший шкільний вік від 15 до 18 років, та пізню юність від 18 до 23 років. [29, с. 473]

Наприкінці юнацького періоду завершуються процеси фізичного дозрівання людини. Психологічний зміст цього етапу пов'язано з розвитком самосвідомості, вирішенням задач професійного самовизначення й переходом до дорослого життя.

У ранній юності формуються пізнавальні й професійні інтереси, необхідність у праці, здатність будувати життєві плани, суспільна активність. В юнацькому віці відбувається остаточне подолання властивої попереднім етапам онтогенезу залежності від дорослих та починається самоствердження особистості. Щодо відносин з ровесниками разом зі збереженням провідної ролі колективно – групових форм спілкування важливими стають індивідуальні взаємини та прихильності. [36, с. 436]

Юність – складний період формування морального свідомого, вибудовування ціннісних орієнтирів й ідеалів, стійкого світогляду, громадянських якостей особистості. Складні та відповідальні задачі, що постають перед особистістю в цьому віці, у разі негативних соціальних умов можуть призвести до гострих психологічних конфліктів й глибоких переживань, кризовому проходженню цього вікового етапу. Також, до різноманітних

відхилень в поведінці юнаків, які будуть проявлятися у розходженні з визначеними соціальними нормами. [28, с. 373].

В зарубіжних дослідженнях відомі різні теорії юності. Біологізаторські теорії розглядають юність перш за все як певний етап еволюції організму, вважаючи, що саме біологічні процеси росту детермінують всі інші ознаки. Психологічні теорії спрямовують свою увагу на закономірностях психічної еволюції, характерних рисах внутрішнього світу й самосвідомості.

Психоаналітичні теорії бачать цей період як певний етап психосексуального розвитку й розглядають з точки зору внутрішнього процесу розвитку людини як індивіда або як особистості. Цей розвиток відбувається по різному, в залежності від соціально – культурного оточення.

Соціальні теорії юності розглядають її як певний етап соціалізації, перехід від залежного дитинства до самостійної й відповідальної діяльності дорослого. Увага дослідників сконцентрована на тих соціальних ролях, які потрібно засвоїти, на формуванні його ціннісних орієнтирів, проблемах пов'язаних зі вступом до дорослого діяльнісного життя. [37, с. 145].

В різноманітних дослідженнях вчені не можуть прийти згоди щодо визначення меж цього періоду. Французький етнограф та історик Ф. Ар'єс припустив, що підлітковий виник у XIX столітті, коли контроль батьків за розвитком дитини продовжувався до укладання ним шлюбу. Пізніше, Б. Заззо, вивчаючи підлітків із різних соціально – економічних верств населення, зазначила, що початок юності відбувається у чотирнадцятирічному віці. Проте, межа його завершення залежала від соціального положення й рівня освіченості. Наприклад, робітники та менш кваліфіковані працівники вважали, що їх юнацький період завершився у віці дев'ятнадцяти років, інженерно – технічні представники відтермінували до двадцятиріччя, а підприємці та інші службовці зазначили поєднали з досягненням двадцяти одного віку. Тобто, завершення юнацького вікового періоду поєднувалось з соціальною ситуацією розвитку.

У тридцятих роках минулого століття П. П. Блонський, а потім Л. С. Виготський зауважили, що продовження й особливості проходження

підліткового віку помітно варіюються в залежності від рівня розвитку суспільства. [37, с. 149].

У періодизації Д. Б. Ельконіна юнацький вік визначається як старший підлітковий, підкреслюючи тим самим історичну взаємозалежність цих двох етапів підліткового періоду розвитку як початку й завершення. Дотримуючись вікових меж, запропонованих Д. Б. Ельконіним, старший підлітковий вік – ранню юність – можна розглядати у віці від 14 до 17 – 18 років, тобто до закінчення шкільного навчання. [13, с. 302].

Зміни які відбуваються у світі в різних сферах життя впливають на загальну направленість підлітків та пов'язані з цим вікові межі.

В п'ятдесятих роках Л. І. Божович визначила, що формування думок про майбутнє спостерігалось в учнів на базі 8 – 9 – класів, тобто у віці п'ятнадцяти років. Через десять років Н. І. Крилова спостерігала актуальність питання пов'язаного з майбутнім у 16 – 17-ти річних юнаків, натомість у вісімдесятих роках цікавість до нього була у 13-ти річних підлітків, за дослідженням Н. Н. Толстих. Така відмінність пов'язана зі змінами в соціальній ситуації й підтверджує історичну та соціальну обумовленість розвитку особистості. [5, 344]

Юнацький вік – початковий етап фізичної зрілості, завершення статевого дозрівання. Зріст припиняє свій розвиток у 15 років у дівчат та у 16 – 17 років – у хлопців. Зникають диспропорції окремих частин тіла, незграбність, невідповідність у рухах, інтенсивно розвивається мускулатура. Невідповідність між розвитком м'язів серця й просвітом кровоносних судин пом'якшується, тим самим відбувається нормалізація кровообігу, яка впливає на розвиток мозку. [25, с. 238]

Фізичний розвиток сприяє формуванню навичок та вмінь при оволодінні певними видами праці, заняттям спортом, дає змогу обрати професію з більш ширшого її переліку. Також, фізичний стан має неабиякий вплив на розвиток деяких якостей особистості. Усвідомлення своєї фізичної сили, привабливості, наявності здорового організму впливає на формування адекватно високої самооцінки, впевненості в собі, життєрадісності, й навпаки, наявність проблем у

цій сфері викликає занижену самооцінку, негативні думки, песимізм та замкнутість.

Проте, статева зрілість не свідчить про соціальну зрілість. Тобто, змістом юнацького віку є перехід на етап соціальної зрілості, а саме увійти до дорослого життя, засвоїти ті норми та правила які вже панують у сформованому суспільстві. [25, с. 240]

У цьому віці юнак опиняється у позиції між «дорослим» та «дитиною». Про стан дитини свідчить залежність від дорослих, які ще визначають зміст та направленість діяльності, але це вже відрізнятися від тієї форми, що була раніше. Життєдіяльність у юнацькому віці починає якісно й кількісно змінюватися, виникає все більша кількість соціальних ролей, які потребують самостійності та відповідальності. Увага спрямовується на вибір професійного напрямку, а дехто вже, навіть, намагається спробувати свої сили знайшовши невеликий підробіток. Проблема полягає в тому, що з однієї сторони до юнака відносяться як до дорослого, звертають увагу на його обов'язки та відповідальність, з іншої – потребують слухняності, контролюють. В цей момент відбувається не усвідомлення своєї позиції, можуть виникати труднощі у взаємодії зі світом та самим собою. [25, с. 241]

У ранній юності відбувається удосконалення інтелектуальної сфери, в першу чергу – мислення. Достатньо високий рівень узагальнення та абстрагування процесів мислення дозволяє учням оперувати поняттями, використовувати різноманітні мисленнєві операції, розмірковувати, аргументувати, виокремлювати суттєві ознаки, робити умовиводи, використовувати раціональні прийоми запам'ятовування. Показниками інтелектуальної зрілості є достатня сформованість теоретичного мислення, здатність до сприйняття та розуміння загальних законів оточуючого природного та соціального світу. [25, с. 243]

В процесі навчання, у старшокласника видозмінюється мотиваційна складова. Поряд з внутрішніми пізнавальними мотивами засвоєння знань з'являються широкі соціальні і вузько – особистісні мотиви, серед яких мотив

досягнення займає одне з провідних місць. Навчальна діяльність постає як засіб реалізації майбутніх життєвих планів, лише для небагатьох залишається головним засвоєння знань, більшість же орієнтовані на результат. Основним предметом навчальної діяльності є структурна організація, систематизація особистісного досвіду за рахунок його розширення, доповнення, внесення нової інформації, розвиток самостійності, знаходження творчого вирішення завдань, аналізувати та осмислювати отримані результати.[25, с. 244]

Провідна діяльність раннього юнацького віку – це професійне самовизначення. Психологічною основою для самовизначення в ранній юності є потреба зайняти внутрішню позицію дорослої людини, усвідомити себе як повноцінного учасника суспільства, тобто потреба сформулювати чітке розуміння себе, своїх сил, місця та смислу у житті. Вибір майбутньої професійної діяльності є центром процесу самовизначення. Проте, проблемною ситуація постає, коли спроби самовизначення та бачення життєвого шляху обмежуються обранням вищої навчальної школи, отриманням роботи та заробітної плати. В ролі внутрішніх умов вибору виступають світосприйняття, що ще формується, узагальнена форма самосвідомості, що проявляється в прагненні з позиції тих цінностей, які панують у даному суспільстві, також власного «Я», виражається у почутті власної неповторності. [19, с. 129 – 130]

У більшості встановлюється своєрідний зв'язок між професійними та навчальними інтересами, тобто вибір професії сприяє формуванню навчальних інтересів, починає виникати інтерес до предметів, які будуть провідними у обраній спеціальності. Таким чином, вибір професії змінює ставлення до навчальної діяльності й призводить до формування пізнавально – професійної направленості особистості. Пряжніков Н.С. у своїх дослідженнях визначив, що останнім часом різко зріс показник «престижності» при обранні професії, а саме те, що можна за допомогою неї досягнути включаючи високу заробітну плату, можливість заможного життя, купівля нерухомості й т. п.

Прийняття рішення щодо обрання професійної діяльності пов'язано з розвитком світогляду й моральної сфери особистості. Поява почуття обов'язку й

відповідальності за свої вчинки є показником розвитку старшого підлітка. відповідальність постає у поєднанні трьох компонентів: когнітивного, мотиваційного, поведінкового. Основою розвитку когнітивного компонента відповідальності складає пізнання соціально – моральних норм. [25, с. 244]

Мотиваційний компонент пов'язаний з розширенням простору соціальних інтересів, формуванням суспільної направленості особистості. Зростаючи людина усвідомлює можливість власної участі в житті суспільства, при цьому виокремлює «межі» дії норм відповідальності, які застосовуються до цих, для них нових, сфер діяльності та відносин.

Поведінковий компонент має свій прояв у реальному акті відповідальної поведінки, складається у межах соціально – орієнтованої навчально – диференційованої діяльності, та в процесі спілкування з однолітками та дорослими. [19, с. 136].

Саморегуляція та самоконтроль є необхідними у напрямку формування таких моральних якостей, як совість та моральна самооцінка. Психологічні особливості формування совісті відображають загальний соціально – моральний розвиток особистості. Юнацький моральний ідеал – це емоційно – забарвлений образ, який постає не тільки як взірць для наслідування, але й як внутрішній критерій самооцінки, регулятор власної поведінки. Все це формує внутрішній стан юнака й надає можливість стати самостійним й впливати на перебіг власних життєвих подій. [19, с. 139].

Моральний розвиток відбувається у поєднанні таких компонентів: соціального оточення, виховання та самовиховання. Основні функції морального розвитку направлені на внесення у свідомість людини знань про моральні принципи й норми суспільства.

У своїй праці Психологія виховання Немов Р. С. виокремив етапи самовиховання. Перший етап самовиховання відповідає підлітковому віку, він стосується фізичного та вольового самовиховання. Наступна сходинка, відповідає ранньому юнацькому віку – моральне самовдосконалення. В цей час ціллю самовиховання досить часто є духовний, моральний розвиток, під яким

розуміється розвиток благородних якостей особистості: порядність, доброта, щедрість, вірність друзям, відданість коханій людині, здатність приходити на допомогу. Наступним етапом є професійне самовиховання. Його розглядають як час професійного розвитку, складається комплекс професійних необхідних якостей, включно з уміннями та навичками які слугують успішній професійній діяльності. Але цей період має своє вираження трохи згодом й є досить протяжним за часом, тобто відбувається впродовж років. (26, с. 454)

Однією з проблем морального розвитку визначається протиріччя між рівнем моральних вимог до підлітка або юнака, та його спроможністю їх виконати. Тому, відбувається впровадження психолого – педагогічної роботи, для того щоб скеровувати розвиток й сприяти переміщенню зовнішніх вимог у внутрішньо – моральні вимоги до себе.

До основних зовнішніх факторів, що забезпечують формування морального досвіду, відносять [42, с. 602]:

1. Зміст та методи виховання;
2. Стиль відношення викладача;
3. Спільність вимог у сім'ї та навчальному закладі.

Взаємовідносини між однолітками при виконанні різноманітної діяльності

Ситуації, в яких постає питання самостійно обрати морально – етичне рішення

Моральний розвиток у цьому періоді залежить від встановлення взаємовідносин з дорослими, ровесниками, батьками. Якщо відносини мають позитивну динаміку, в поєднанні з моральними нормами, то процес розвитку особистості відбувається правильно. В іншому випадку, коли в сім'ї, навчальному закладі панують негативні тенденції, формування особистості ускладнюється, виникають помилки, які ускладнюють розвиток моральної сфери особистості, тим самим вибудовується основа для можливих відхилень у розвитку особистості. Сім'я може компенсувати можливий дефект міжособистісних відносин, але для людини конкретного періоду необхідним є взаємодія зі своєю соціальною групою. [26, с. 463].

Формування морального досвіду також визначається внутрішніми умовами:

1. Рівнем розвитку морального усвідомлення почуттів, довільної поведінки;
2. Рівнем розвитку абстрактного мислення;
3. Питання моральності складно розглядати без аспекту цінностей, які продовжують формуватися у цей віковий період.

Цінність є центральним, системотворчим фактором, що характеризується єдністю певної зовнішньої направленості особистості та її представлення щодо себе. Коли ці поняття пов'язані одне з одним таким чином що одне реалізується за допомогою іншого, тобто коли вони стають сторонами спільного явища ми можемо говорити про особистісну цінність. [26, с. 464].

Цінність – це відображені суб'єктом сфери його існування, через які відбувається виокремлення ним самого себе, своєї особистості, власного «Я». Цінність можна одночасно охарактеризувати як об'єктивне «бачення» особистості – особистість виокремлює й усвідомлює себе через приналежність до певної сторони дійсності, конкретних об'єктів. В той час як, особистісне бачення об'єктів характеризується тим, що ті або інші сторони дійсності приймають для суб'єкта особистісний смисл, стають особистісно значимими. Цінність як єдність особистісної валентності діяльності й об'єктивної валентності особистості. [26, с. 466].

Природу цього процесу та його подвійність розглядали у своїх працях Ж. Піаже та К. Левін. Але обоє дослідників звернули свою увагу лише на одну сторону: Піаже – операційно – предметну, а Левін, навпаки, - особистісну, суб'єктивну. Відсутність протилежної сторони не дала змогу повного розуміння й функціонування цього процесу. Піаже звів основи операційно – предметного розвитку до раптових, а отже біологічних, а Левін – замінив змістовно – психологічну характеристику й аналіз особистісного компонента описом формально – динамічних процесів. [12, с. 35]

Виокремлюють такі типи цінностей, як:

Цінність реально – звичного функціонування - спостерігається у значної кількості людей, при якому не виокремлена та чи інша сфера дійсності як найбільш значима, людина «занурюється» в синкретичну, звичну ситуацію, у якій різні сфери дійсності для нього не розщеплені. Для людини такого типу цінностей характерно [27, с. 323]:

- ситуативність, чітко виражена конкретність;
- «занурення у ситуацію»;
- інертність, стереотипність;
- поразки у різних сферах діяльності;
- нові обставини викликають труднощі;
- складнощі у побудові відносин;
- проблеми із засвоєнням нового.

Може призвести до виникнення патологій, а саме істерії, фобій, неврозу, нав'язливих думок, депресії.

Цінності діяльності – із не розщепленої синкретичної ситуації виокремленні найбільш значущі сфери діяльності, де особистість усвідомлює і стверджує своє «Я». цінність діяльності вміщує в собі два рівня. Перший, більш низький, характеризується значущістю виконання дії при відсутності направленості на отримання кінцевого результату. Тобто, цінність полягає саме у виконанні. Наступний рівень, має складнішу ступінь розвитку структури діяльності, тобто направленість на отримання чітко вираженого результату. [28, с. 438]

Цінність особистісних відносин – при пануванні даного типу, для особо особливо важлива сфера особистісних відносин, частіше ставлення до себе. Позитивна оцінка дуже зважлива і є одним з основних мотивів. Болісно сприймаються невдачі, негативні оцінки щодо їх діяльності та особистості.

Цінність спілкування – прагнення до спілкування, спільної колективної діяльності. Отримуючи змогу вони максимально демонструють навички спілкування та здатність до колективної роботи[28, с. 439]

Цінність пізнання, усвідомлення дійсності – характеризується спрямованістю на отримання знань та способи їх отримання. Часто спостерігається не орієнтованість на кінцевий результат.

Цінність навчальної діяльності, вимог та норм – подібний вид спостерігається досить не часто, через те, що сам процес «навчання» не виокремлюється як цінність. Іноді його плутають з іншими формами цінностей, де навчання фігурує лише як спосіб. Наприклад, проблемне питання може полягати у цінності відносин, але знаряддям для тримання визнання, похвали, лідерства може слугувати навчання, як той вид діяльності який має своє місце в даний період часу.

Тип цінностей обумовлює тенденцію до максимальної самореалізації у відповідному ціннісному напрямлені. Однобічність цінності створює однобічність особистості, обумовлює труднощі в ціннісних й неціннісних сферах, так як успішність функціонування залежить від різносторонньої реалізації різних взаємозалежних аспектів особистості, в конкретних обставинах – різних типів цінностей [28, с. 440]

Особистість поєднує в собі декілька ціннісних напрямлень. Найбільш сприятливим вважається гармонійна взаємодія трьох основних компонентів: діяльності, відношення та пізнання. Таким чином, створюється ціннісна універсальність – психологічна форма втілення потенційних суттєвих властивостей особистості, таких як універсальність, різнобічність, здатність до співставлення себе з іншими та відокремлення від них. Особи в яких розвинений самий такий вид цінностей більше виражають бажання до самовдосконалення. Також, для них характерна творча направленість, високий інтерес до нового, нестандартний підхід до вирішення складних завдань. [5, с. 383]

Юнацький вік, порівняно з попереднім віковим періодом, є більш спокійним, сталим та виваженим. Знижується бурхливість емоційних реакцій, фізіологічні процеси віднаходять своє правильне положення. Юнак на відміну від бунтаря підлітка ставить розмірковування та аналіз ситуації перед дією. Якщо ми будемо розглядати ситуацію виникнення негативних станів, то можуть

виникнути сумніви щодо їх перебігу на цьому етапі. Здавалося б, що може вплинути на юнака таким чином, щоб спровокувати розвиток депресивних настроїв.

Ми знаємо, що підґрунтям для виникнення подібних станів та емоцій в підлітковому віці є фізіологічна основа, гормональний вибух, та загалом цей вік є кризовим, переламним у життєвому шляху. Ступінь юнацтва, хоча й за деякими класифікаціями є частиною підліткового віку, є більш стриманішим етапом, де прагнення дорослості та можливості до цього починають потроху співпадати. [20, с. 4]

Проте, незважаючи на таку оманливу спокійність цього вікового етапу, все ж є чинники які можуть зумовити розвиток депресивних станів у юнацькому віці. До таких елементів можна віднести проблему дорослості, а саме норм, правил та підкорення. Юнак вважає себе достатньо дорослим та отримує на це підтвердження зі сторони батьків, вчителів та інших людей. Подібне проявляється у таких висловлюваннях як «ти вже дорослий, відповідальний....», «як дорослий ти маєш змогу...», «ти дорослий, ти повинен....». Саме це «повинен» стає причиною виникнення як і зовнішнього конфлікту та і внутрішнього. Воно вміщує в собі підкорення, яке складно поєднується у розумінні дорослості та свободи у юнака, тобто залишається досить мало місця для прийняття власних рішень та прояву незалежності. З цього виходить інша складність – залежність від батьків. Усвідомлення цієї ситуації, її замкнутість та неможливість на неї вплинути або вирішити, може спровокувати пригнічений стан.[20, с. 6]

Залежність від батьків може виражатися не тільки юридично або матеріально, це може мати своє поширення й у інших сферах життя юнака. Наприклад, у виборі професії, а загалом й місця навчання, або схвалення чи не схвалення кола друзів чи знайомих, переконання у помилковості обраних інтересів. [20, с. 7]

Як було зазначено вище, одним із важливих аспектів цього періоду є вибір професійного напрямку, місця навчання та підготовка до нього. Досить часто

батьки мають своє бачення життєвого шляху своєї дитини, визначають справу всього життя, розписують всі досягнення та здобутки, які дитина повинна буде досягти згідно конкретного віку. Звісно, що такий детальний план майбутнього складається лише з найкращих міркувань та прагнень, але, нажаль, може призвести до зовсім зворотних результатів. По-перше, юнак втрачає здатність самостійного приймати рішення або мати змогу відчувати, що він здатен впливати на своє майбутнє та самостійно його вибудовувати. Така позиція дорослих, може призвести не тільки до негативних станів у цей період часу, а до вироблення певної моделі поведінки в майбутньому, де особа буде сприймати вказівки від зовнішнього світу виражаючи мінімальну залученість до власного життя. У виборі професії причиною негативних настроїв можуть бути не лише незгода батьків, а й інші складові такі як неможливість вступити в омріяний виш або спеціальність через недостатню матеріальну складову, через прогалини у знаннях, не престижність обраного місця навчання та не схвалення його групою ровесників. [20, с. 9]

Питання соціальної взаємодії не втрачає своєї актуальності. Колектив так само важливий як і в попередньому віковому етапі, але гостре сприйняття референтної групи починає слабшати. Тобто, індивід прагне бути частиною колективу, але мотив змінюється з «загальної приналежності» до функціональності, реалізації себе, своїх якостей за допомогою колективу. Відбувається взаємодія у якій застосовуються здобуті раніше навички спілкування, перевіряється їх дієвість та виробляються нові. Підґрунтям до лідерства служать певні якості особистості, які ціняться у конкретному колективі. Часто риси на цьому віковому етапі є протилежними, тим що панували у ранньому підлітковому періоді та власне в момент переживання кризи. Шанується взаємодопомога, підтримка, знання, творчість та креатив, замість «гострих» слів та грубої фізичної сили. Однак, в перші ряди висувається інтимно-особистісне спілкування, пізнання дружби, любові, ворожості та самотності. [25, с. 601]

Дружбу можна визначити як позитивне інтимні взаємовідносини, засновані на відкритості, повній довірі, спільності інтересів, відданості людей один одному. Бути напоготові прийти на поміч у будь – який час. Дружні відносини безкорисливі, частіше складаються між особами однієї статі.

Для дружніх відносин характерно глибоке взаєморозуміння, психологічно це означає здатність розуміти без застосування слів, за допомогою жестів, міміки та пантоміміки, сприймати й чітко розуміти один одного на основі ледь помітних рухів й модуляцій у голосі, що зрозуміли лише друзям й незбагненні для оточуючих. Норми та правила якими керуються люди в дружніх стосунках – це рівноправність, повага, здатність до розуміння, готовність прийти на допомогу, довіра та відданість. Порушення будь – якого з них призводить до розриву дружби.

Друзі поділяють один з одним новини переважно особистісного характеру або висловлює думку щодо того, що відбувається навкруги. Теми для розмов зазвичай обираються такі, які цікавлять обох та є для них значимими. В інтимно – особистісному спілкування друзі зберігають делікатність остерігаючись образити почуття один одного необережними висловлюваннями. У дружніх стосунках юнаки не просто взаємодіють, а засвоюють основні норми та правила. [25, с. 603]

Нездатність побудувати близькі довірливі дружні стосунки, зрада близької людини, розбіжності у цінностях та світосприйнятті – все це може вплинути на розвиток депресивних настроїв у юнацькому віці. Окремим є момент потрапляння індивіду у новий колектив, чи то перехід до нового класу, навчального закладу, гуртка. Проблемою в цих випадках може стати неспроможність юнака налагодити взаємодію з представниками нової референтної групи. Причинами подібного можуть бути через не прийняття сталою соціальною групою новенького, через те що він інший, таке явище носить назву внутрішньогрупового фаворитизму. Також, вплинути на розвиток конфлікту можуть розбіжності у моральних принципах та установках, конкурентний характер юнака при взаємодії з іншими, обмежена здатність

людини до децентрації, тобто зміні власної позиції в результаті зіставлення її з позиціями інших, інколи властиве для людини свідоме або несвідоме бажання отримувати від оточуючих більше, ніж власне давати їм, прагнення до лідерства та влади. Характер поведінки новенького впливає на напрямок розвитку взаємовідносин з представниками того соціального середовища, де він перебуває конкретний період часу. [33, с. 334]

Причини конфліктних ситуацій не завжди залежать від поведінки конкретного суб'єкта, часто причини не прийняття групою бувають, на перший погляд, нічим не вмотивованими. Попри всі старання новенького не приймають до певного колективу, що зумовлено тим, що в цій групі вже складені певні норми та правила, панує кодекс, де всі його дотримуються. Учасники, знають один одного протягом довгого періоду часу, впевненні один в одному.

Якщо причини появи суперечностей у вже створеній заздалегідь групі нам відомі та зрозумілі, то як розібратися у негараздах колективу кожний учасник якого є новеньким. Наприклад, по закінченню загально - середнього закладу більшість юнаків вступають до вишу, де все є новим та незнайомим. Особи, які ще вчора були школярами, сьогодні є представниками студентства, поринули у досі незнайому систему навчання. Колектив студентів формується згідно з направленням, яке кожен з них обрав, але поки що це єдине, що їх об'єднує. [33, с. 358]

Для того, щоб певне зібрання індивідуумів трансформувалось у групу необхідне дотримання, як мінімум чотирьох умов:

- Індивіди повинні бути впевненні в існування один одного;
- Вони повинні мати мотиви, інтереси або цінності, реалізацію яких вони вбачають у спільній діяльності;
- Взаємодія повинна розвиватися таким чином, щоб виробити у кожного необхідність до спілкування;
- Індивіди повинні сприймати групу, як цілісність.

Вчені А. Роак та Г. Стенфорд виокремили сім стадій групо утворення [33, с. 24]:

Перша стадія характеризується орієнтаційними тенденціями в поведінці. На цьому етапі формуються уявлення учасників про групу та один одного. Перші міжособистісні взаємини ще обережні й призводять до створення діад. [

Друга стадія – формування групових норм, початок створення групової самосвідомості. Автори вважають, що в цей час можливий нерівномірний розвиток групи в навчальній та емоційній сферах.

Третя стадія отримала назву «стадії конфлікту», коли відбувається зіткнення між окремими членами групи через переоцінені ними своїх можливостей.

Четверта стадія характеризується як перехід від конфлікту до стану балансу. Спілкування стає більш відкритим, конструктивним, з'являються елементи групової солідарності та згуртованості.

П'ята стадія викликає цікавість тим, що вперше виникає створена група з чітко вираженим почуттям «МИ». Помітна тенденція до інтеграції групової та індивідуальної діяльності, переважає сфера діяльності.

На шостій стадії відбуваються зміни, провідна роль надається емоційній активності, різко зростає значення відносин «Я – ТИ», особисті взаємодії особливо тісними, відбувається переоцінка групових норм.

Сьома стадія – актуалізація – стосується найвищого етапу групової зрілості, коли рівні розвитку обох сфер вирівняні, ступінь згуртованості вельми високий, група стає відкритою для прояву та вирішення конфлікту. Визнається різноманітність індивідуальних навчальних стилів. Єдність постає єдиним визнаним шляхом прийняття рішень, розбіжність у поглядах можливе допоки не буде знайдено спільне бачення вирішення проблемного питання.

Складність вияву зазначених вище етапів полягає у тому, що формування відносин в групі супроводжується розвитком та внутрішніми змінами учасників, їх власними переживаннями, що й створює свій вплив на взаємовідносинах.

Через нове місце навчання та його особливості, соціальну групу, відповідальність, страх перед невідомим, у юнака може підвищитись рівень

тривожності, що здатен призвести до переживання інших негативних станів та позначитись не тільки на психологічному стані, а вплинути на фізичне здоров'я.

Висновки до першого розділу

Питання депресивних станів досить довгий час розглядалося в межах дорослої психології та психіатрії. Саме психіатрична галузь спочатку вивчала особливості депресивних станів, їх проявів, динаміку та способи лікування, і вже згодом надала ці знання іншим наукам, зокрема, психології.

Становлення та розвиток дитячої психіатрії дозволив привернути увагу до цієї проблеми та визнати, що діти можуть мати такі ж проблеми та захворювання як і дорослі. Проте, у симптоматиці можна помітити певні відмінності, що обумовлені віком та його новоутвореннями.

Депресії – афективні розлади, що характеризується зниженням настрою, руховою та ідеаторною загальмованістю, зниженням життєвого тону, часто ідеями неповноцінності й самознищення, а також сомато - вегетативними розладами.

Для поведінки у стані депресії характерні: повільність, безініціативність, швидка втомлюваність, низька продуктивність. В тяжких затяжних випадках є імовірність спроби самогубств

Підлітковий вік – один із найскладніших вікових періодів, що являє собою період становлення особистості. Разом з тим це найвідповідальніший етап так як тут закладаються основи моральності, формуються соціальні установки, ставлення до себе, до людини, до суспільства. Крім цього, в цьому віці стабілізуються риси характеру й основні форми міжособистісної взаємодії. Головні мотиваційні компоненти пов'язані з активним прагненням до особистісного самовдосконалення, - це самопізнання, самовираження й самоствердження.

Основою для формування нових психологічних та особистісних якостей підлітків являє собою спілкування в процесі різних видів виконуваної ними діяльності. Визначаючою особливістю спілкування підлітків є яскраво

виражений особистісний характер. Зміна соціальної ситуації розвитку підлітка пов'язано з їх активним прагненням приєднатися до світу дорослих, орієнтуванням на поведінку, норми та цінності цього світу. Характерним для підліткового віку є почуття дорослості, а також розвиток самоусвідомлення та самооцінки, цікавості до себе як особистості, до своїх здібностей та можливостей.

Причинами для виникнення депресивних станів в підлітковому віці можуть слугувати:

1. Непорозуміння з батьками, вчителями, дорослими;
2. Неприйняття підлітка групою однолітків;
3. Сильні переживання щодо своєї зовнішності, щодо підкріплюються цькуваннями;
4. Булінг;
5. Проблеми у сімейних стосунках (конфлікти між батьками, розлучення, домашнє насилля);
6. Депресія як компонент психічного захворювання.

Юність – складний період формування морального свідомого, вибудовування ціннісних орієнтирів й ідеалів, стійкого світогляду, громадянських якостей особистості. Складні та відповідальні задачі, що постають перед особистістю в цьому віці, у разі негативних соціальних умов можуть призвести до гострих психологічних конфліктів й глибоких переживань, кризовому проходженню цього вікового етапу. Також, до різноманітних відхилень в поведінці юнаків, які будуть проявлятися у розходженні з визначеними соціальними нормами.

Депресивність та депресивні стани у юнацькому віці відрізняються від тих, що мають свій прояв у підлітковому віці.

Причинами розвитку депресивних станів та настроїв у юнацькому віці можуть слугувати:

- Проблеми у інтимно – особистісних стосунках;

- Протиріччя у визначенні поняття «дорослості» юнаком та дорослими;
- Професійне самовизначення – неспроможність юнака самостійно обрати свій напрям навчання/роботи;
- Внутрішні конфлікти (моральне становлення).

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ПРОЯВУ ПІДЛІТКОВОЇ, ЮНАЦЬКОЇ ДЕПРЕСИВНОСТІ ТА СОЦІАЛІЗАЦІЇ

2.1. Опис методів і методик дослідження

Депресія діагностується спеціально розробленими методиками, які дозволяють дослідити її прояви якомога ширше, визначити всі аспекти й розробити ефективні способи її подолання.

Проблема діагностування депресивності полягає саме у тому, що специфіка цього віку, його новоутворення не дозволяють застосувати методики, які з самого початку були розроблені з орієнтацією на дорослу людину.

Прояви підліткової депресивності мають трохи інше вираження й свою причину появи, в першу чергу це стосується біологічної основи. Фізіологічні зміни в підлітковому організмі тягнуть за собою психологічні зміни, які не дають змоги дитині чітко зрозуміти що з ним відбувається.

На цьому підґрунті можуть розвиватися перші депресивні настрої. Також, на ще нестабільну психіку дитини можуть впливати різні зовнішні чинники, які можуть призвести до погіршення станів.

Провідною діяльністю для підлітка є спілкування, а розвиток депресії може погіршити цей взаємозв'язок з соціальною групою. Або ж навпаки, недостатнє спілкування або неприйняття колективом може призвести до виникнення депресивних станів.

Для аналізу особливостей депресивності у підлітковому віці, й її взаємозв'язку з соціалізацією було обрано наступні методики:

- Опитувальник «Депрископ»;
- Методика визначення тривожності (Шкала Тейлора, адаптація М. М. Пейсахова);
- Методика сортування (В. Стефансон);
- Шкала Либовиця для оцінки соціальної тривожності.

Опитувальник «Депрископ» був розроблений одним із авторів на основі результатів сучасних західних досліджень підліткової депресивності.

Опитувальник був адаптований для російської вибірки і був апробований під час проведення міжнародного проекту «Соціальний й моральний розвиток російських підлітків» (1996р.).

Опитувальник включає в себе 31 симптом, який містять в собі індикатори, як і депресивного настрою, так і депресивного синдрому і власне депресії, як психічного захворювання

Процедура вимірювання за допомогою «Депрископа» розроблена для того, щоб оцінити степінь втручання «депресогенних осадів», які мали своє місце впродовж певного часу. Депресивні симптоми зображують наявність подібних «депресогенних осадів».[31; с. 57]

Поняття «депресивного втручання» відноситься до певного проміжку часу у минулому. Ми будемо використовувемо два часових інтервали:

Останні 24 години, які передували заповненню опитувальника, позначені як DNOW

Три місяці, які передували заповненню опитувальника, позначені як DINTRUS.

Використання методики «Депрископ» передбачає, що підлітки можуть оцінити частоту з якою депресивні симптоми втручалися в їх переживання протягом певного часового інтервалу. Коли рівень вимірюваного депресивного втручання DINTRUS перевищить встановлений, підлітка можна назвати «депресивним» або «потрапляючим у групу ризику захворювання клінічною депресією».[31, с. 50]

Даний опитувальник включає в себе репрезентативний набір депресивних симптомів, відібраних незалежно від тих чи інших теоретичних побажань.

За допомогою опитувальника можна виявити субтипи депресивних переживань, яким відповідають певні твердження «Депрископа».

В цьому тесті підраховуються два показники DNOW, який відображує кількість симптомів, по яким досліджуваний мав переживання протягом останніх 24 годин. Показник DNOW може теоретично варіювати від 0 до 31. DNOW є сумою дихотомічно оброблених відповідей досліджуваного, де 0

означає, що пункт не відмічений досліджуваним як відповідний переживанням, які мали місце протягом останніх 24 годин; 1 – пункт відмічений респондентом як відповідний до переживань, які мали місце протягом останніх 24 годин [31, с.53]

Найбільш важливим показником, який виходить з застосованої методики є DINTRUS, або показник ступеню втручання депресивності в сферу переживань підлітка. Цей показник відображає ступінь випробуваного підлітком подібного втручання в своє душевне життя протягом останніх трьох місяців, які передували дневі заповнювання опитувальника.

Розрахунок цього показника потребує перш за все щоб ми виявили, дійсно той чи інший симптом втручався в душевне життя досліджуваного. «Втручання» в даному випадку означає, що ми виявляємо, чи відчував підліток цей симптом в значній мірі. Деякі симптоми можуть зустрічатися серед нормальних, не депресивних осіб. Під «значною мірою» мається на увазі переживання досліджуваним даного симптому протягом достатньо великої кількості днів.[31, с. 55]

Методика на виявлення рівня тривожності була створена шляхом відбору з Міннесотського багатофакторного особистісного опитувальника (MMPI) таких пунктів, які відповідали б клінічним поданням про хронічні тривожні реакції. [23,]

У нашій країні опитувальник Тейлора, який називають "Особистісна шкала проявів тривоги", набув широкого поширення в психологічній практиці. Він існує в декількох адаптаціях, серед яких найбільш відомі варіанти Т. А. Немчина, і В. Г. Норакидзе, Останній кращий тим, що в ньому присутня шкала брехні, що включає 10 пунктів, 50 тверджень є діагностичними, вони відображають найбільш явні прояви тривожності, що відносяться як і до вегетативним-соматичним реакціям, так і до настрою, переживань, соціально-психологічним установкам. З кожним твердженням досліджуваний повинен або погодитися або не погодитися, якщо конкретну відповідь дати важко, то можна відповісти «не знаю».

За кількістю отриманих балів встановлюється рівень тривожності респондента, Використовуваний нами тест за адаптацією М.М. Пейсахова має п'ять рівнів:

- Низький,
- Нижче середнього;
- Середній;
- Вище середнього;
- Високий.

Наступна методика «Q-сортування» розроблена В. Стефансоном і вперше опублікована в 1958 р. [24]

досліджуваному пред'являється картка тверджень і пропонується відповісти "так", якщо воно відповідає його уявленню про себе як члена даної конкретної групи, або "ні", якщо воно суперечить його уявленню, і тільки у виняткових випадках дозволяється відповісти: "сумніваюся", тобто розкласти на три групи відповідей.

При обробці тесту виділяються певні шкали, яким відповідають номери тверджень тесту.

Залежність

Внутрішнє і зовнішнє прагнення індивіда до прийняття групових стандартів і цінностей: соціальних, морально-етичних. Для таких особистостей характерно: підпорядкованість лідерам в групі, нерішучість у спілкуванні, покірність чужій волі, покірливість при виконанні наказів. В цілому назовнішні характеризують цю особу як слабохарактерну і не від'ємну від колективу.

Незалежність

Внутрішнє і зовнішнє прагнення особистості не приймати групові стандарти як соціальні, так і морально - етичні. Особистість з бійцівськими якостями, непокірний волі лідера, незалежний у своїх вчинках, упевнений в тому, що він веде себе вірно. У поведінці проявляється самостійність, рішучість, наполегливість у відстоюванні своїх поглядів.

Товариськість

Прагнення особистості утворювати емоційні зв'язки як у своїй групі , так і за її межами, життєрадісний в спілкуванні , живий і компанійський . Навколишні характеризують його як сангвініка за типом темпераменту . Особистість не сумує в будь-яких ситуаціях .

Нетовариськість

Прагнення особистості не утворювати емоційні зв'язки як у своїй групі , так і за її межами. особистість справляє враження понурі , байдужості до справ групи , млявості в спілкуванні , мовчазності і байдужість до проблем групи , нелюдимість , пасивність та інертність .

Прийняття " боротьби"

Активне прагнення особистості брати участь в груповому житті , прагнення до досягнення більш високого статусу в групі. Прагнення до боротьби , завзятість у досягненні своєї мети , наполегливість у відстоюванні своїх поглядів. Вимогливість до оточуючих і непохитність волі . Принциповість в оцінках. Працездатність і цілеспрямованість.

Уникнення "боротьби"

Особистість прагне піти від взаємодії , намагається зберегти « нейтралітет » у групових суперечках і конфліктах , схильність до компромісних рішень . проявляється залежність , нерішучість і підпорядкованість чужій волі , безініціативність .

Також показники двох протилежних шкал можуть збігатися.

Залежність – незалежність

Внутрішній конфлікт особистості між прагненням до прийняття групових стандартів і цінностей і одночасно - заперечення їх. У поведінці проявляються суперечливі риси : нерішучість у спілкуванні з проявом самостійності в деяких випадках.

Товариськість – нетовариськість

Внутрішній конфлікт особистості між прагненням особистості утворювати емоційні зв'язки як всередині групи , так і за її межами , і часом байдужості до справ групи , млявості в спілкуванні і байдужості до проблем групи .

Прийняття " боротьби" - уникнення "боротьби"

Внутрішній конфлікт особистості між активним прагненням брати участь у груповому житті , прагненням досягти високого соціального статусу в групі і прагненням піти від конфліктів , протидії , схильність до компромісних рішень.

Кожна з тенденцій має внутрішню і зовнішню характеристику , тобто залежність , товариськість і "боротьба" можуть бути істинними , внутрішньо притаманними особистості , а можуть бути зовнішніми , своєрідної " маскою " , що приховує справжнє обличчя людини. [24, С.65 – 69]

Шкала Лібовіца для оцінки соціальної тривожності - короткий опитувальник розроблений в 1987 році Майклом Лібовіцем, психіатром і дослідником в Колумбійському університеті і штаті Нью - Йорк психіатричному інституті . [2, 93] Його метою є оцінка діапазону ситуацій соціальної взаємодії та публічних дій, яких побоюється пацієнт, з метою допомогти в діагностиці соціального тривожного розладу . Зазвичай він використовується для вивчення результатів клінічних випробувань, нещодавно, для оцінки ефективності когнітивно – поведінкових методів лікування. В шкалі представлено 24 елементи, які розділені на дві частини, з яких 13 запитань стосуються тривожності перед виконанням певної дії, а 11 стосуються соціальних ситуацій. Спочатку LSAS було задумано як шкалу оцінок, яку призначають клініцисти, але наразі, затверджено як шкалу самозвітності.

Щоб оцінити соціальну фобію, психологам та клініцистам потрібно розрізняти тривогу як результат діяльності та тривогу соціальної взаємодії, щоб поставити точний діагноз. Соціальна фобія була включена до Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів, третє видання (DSM-III). У переглядах DSM-III-R та DSM-IV було включено подальше розширення визначення соціальної фобії для кращої оцінки страхів у ситуаціях соціальної взаємодії. Соціальна фобія визначається постійним страхом збентеження чи негативної оцінки під час залучення до соціальної взаємодії чи публічної діяльності. Однак відсутність емпіричних даних ускладнила диференціацію та співвідношення різних типів ситуацій, що викликають занепокоєння чи страх, та

соціальної взаємодії. Шкала соціальної тривожності Лібовіца (LSAS) була першою шкалою, яку вводили клініцисти, розробленою для оцінки страху та уникнення, яка пов'язана із соціальною фобією. LSAS має широкий спектр оцінки як соціальних взаємодій, так і ситуацій продуктивності (залученості) або спостереження. З моменту створення, LSAS застосовується в багатьох когнітивно-поведінкових методах лікування соціальної фобії. LSAS є найбільш часто використовуваною формою оцінки соціальної тривожності в психологічних, клінічних дослідженнях та фармакотерапевтичних.

Методика складається з двох частин з ідентичним списком ситуацій. У першій частині випробуваному пропонується оцінити силу почуття страху або тривоги, яке могло б виникнути протягом останніх семи днів, в кожній із зазначених ситуацій, за наступною шкалою: 0 – немає, 1 - слабкі, 2 - середньої сили, 3 – сильні. [2, с. 94].

Друга частина тесту пропонує випробуваному оцінити, наскільки часто відбувається уникнення тих самих ситуацій:

- 0 - уникнення відсутня (0%);
- 1 - іноді (1 - 33%);
- 2 - часто (34-67%);
- 3 - майже завжди (68-100%).

2.2. Аналіз результатів лонгітюдного дослідження підліткового віку

Тему проблеми підліткової депресивності було мною обрано ще для першої курсової роботи, тому саме з тих пір й триває моє дослідження цього феномену.

Перше дослідження депресивного стану відбулось у 2017 році, у якому прийняли участь школярі Спеціалізованої школи № 82 імені Т.Г. Шевченко м. Києва. Під час проведення першого тестування учні навчалися у 8-му класі, через рік відбулося повторне тестування, коли вони перейшли до 9 –го класу. В цьому році та сама вибірка, перебуваючи вже у 10 –му класі, прийняла участь у тестуванні з застосуванням основних раніше використаних методик.

У цьому розділі я хочу продемонструвати результати свого лонгітюдного дослідження. Визначити, які зміни за цей час відбувалися у одній й тій самій соціальній групі, якою була динаміка депресивних процесів у респондентів впродовж трьох років.

При першому тестуванні було використано лише дві методики «Депрископ» та методику визначення тривожності Тейлора. Вибірка складалася з двадцяти чотирьох (24) учнів 8 –го В класу.

За допомогою шкали тривожності було встановлення наступне відсоткове співвідношення тривожного стану у 8 –му В класі:

Низький рівень тривожності – 42%

Нижче середньо – 17%

Середній рівень -12%

Вище середнього – 8%

Високий рівень тривожності – 21%

Високий рівень тривожності зафіксовано у респондентів №5, №9, №16, №23 та №24.

Таблиця 1.

Результати тестування учнів 8 – В класу спеціалізованої школи №82 імені Т. Г. Шевченко, за методикою «Методика визначення тривожності. Шкала Тейлора»
2017 рік

Номер	Кількість набраних балів	Рівень тривожності
1	15	низький
2	23,5	середній
3	18,5	нижче середнього
4	16	нижче середнього
5	28	високий
6	21	середній
7	23	середній
8	7	низький
9	29	високий
10	15	низький
11	11,5	низький
12	25	вище середнього
13	25	вище середнього
14	14	низький
15	1	низький
16	40	високий
17	10	низький
18	15	низький
19	16	нижче середнього
20	19	нижче середнього
21	11	низький
22	11	низький
23	34,5	високий
24	30	високий

Наступним завданням було співставлення високого рівня тривожності з розвитком депресивних настроїв у досліджуваних підлітків та визначення взаємозв'язку цих факторів.

За отриманими, за другою методикою результатами, виокремили трьох респондентів у яких найбільше переважали депресивні стани. Респонденти переживали негативні стани протягом максимальної, відведеної методикою,

кількості днів, й обирали твердження які стосувалися неприйняттям своєї зовнішності, роздратованості, втомлюваності, розчаруванням у житті, відчували страх, небажання жити та самотність.

Таблиця 2.

Результати тестування учнів 8 – В класу спеціалізованої школи №82 імені Т. Г. Шевченко, за методикою «Депрископ» 2017 рік

Номер твердження	Респондент №7	Респондент №8	Респондент №16
1		99	30
2	99	0	99
3	99	99	0
4	0	0	40
5	0	99	99
6	99		99
7	99		99
8	99		99
9	0	99	10
10	0	0	0
11	0	99	70
12	95	0	99
13	99	99	50
14	99	0	50
15	99	0	99
16	0	0	99
17	99	0	0
18	99		20
19	0	99	20
20	99	99	70
21	99		80

22	99	0	60
23	99	0	99
24	99	0	99
25	0		99
26	0		10
27	0	0	80
28	99	99	99
29	99	0	99
30	99	99	99
31	99	99	10

Хоча за високим рівнем тривожності виокремлено респондентів №5, №9, №16, №23 та №24 – депресивні настрої були діагностовано у №7, №8 та №16. Лише у підлітка №16 збігалися наявність високого рівня тривожності та розвиток депресивних станів, в той час як досліджувані №7 та №8 – проявили середні та низькі ознаки цього стану. Попри високий рівень тривожності, за отриманими результатами методики «Депрескоп», у №5, №9, №23 та №24 на час дослідження неможливо встановити розвиток депресивних настроїв.

Нажаль, через відсутність підписів у бланках ми не знаємо кому які результати належать, тому неможливо прослідкувати динаміку розвитку тривожних та депресивних станів у виокремлених респондентів при повторному тестуванні.

Повторне дослідження за методикою «Депрескоп» проводилося у 2018 році за участю тієї ж самої вибірки. Замість методики на визначення тривожності Тейлора, підліткам було запропоновано інший опитувальник – «Методика Q – сортування В. Стефенсона», для того щоб дослідити наявність взаємозв'язку між соціалізацією та розвитком депресивних станів. Таке рішення було прийнято у зв'язку з обранням досліджуваними тверджень пов'язаних з почуттям самотності при першому тестуванні.

В той час як в минулому році виражені депресивні ознаки мали лише три підлітки, то в цьому році їх налічується аж вісім. За такими даними можна припустити, що кожний третій підліток знаходиться у зоні ризику депресивного стану.

Погіршення ситуації в цьому році може бути викликане посиленням навантаження у школі. Так як, це 9-й клас то вимоги до них більш серйозніші, як і від батьків, так і від вчителів. На учнів може тиснути відповідальність за складання іспитів (Державної підсумкової атестації) та перехід до старшої школи.

Таблиця 3.

Результати тестування учнів 9 – В класу спеціалізованої школи №82 імені Т. Г. Шевченко, за методикою «Депрископ» 2018 рік

Респондент \стать	Твердження з показниками 99	з субт ип	Твердження за останні 24 години	Твердження з іншими високими показниками
1 (ч)	Показник 99 не зустрічається	I	-	80(9); 65 (28); 50(19,31)
2* (ч)	2,6,11,22	V	27	80(15),75(14);55(13)
3 (-)	Показник 99 не зустрічається	I	28,30	80(9);72(16);70(15); 66(14)
4 (ч)	14	IV	3,8,18,24	80(15,17);50(9,26)
5* (-)	4	I \ II	10	80(7,30,31);60(14,23) 70(29,18);50(6,16,21,24,25,28)
6 (-)	Показник 99 не зустрічається	V	3,15	70(12);54(2); 53(9);50(11)

7* (ж)	Показник 99 не зустрічається	I \ V	-	90(7,9,12,21,22,31);80(6,18,19,30); 71(28);60(20);53(27);50(14)
8 (ж)	1,2,5	I	29	68(13);50(12)
9 (ч)	Показник 99 не зустрічається	V	3,9,10,18	65(12); 50(1,11)
10 (-)	Показник 99 не зустрічається	II	-	80(17)
11 (ж)	14,17,25	V	-	80(28);60(18);50(5)
12 (ж)	19	II \ IV	11	89(6);85(4);83(26);81(27); 76(20) 75(15);73(31)
13 (ч)	Показник 99 не зустрічається	II	3,7,17,19,27,29	70(20);55(14);50(24)
14 (ж)	1,6	I	-	80(7);60(18,24);50(3,4,12,13,16,17,20,21,26)
15* (ж)	4,5,7,28,30	IV \ V	-	90(14,20);87(12);80(2,3,13) 70(6,19,29)
16 (ж)	6,8	III	3,18,23,27	-
17 (-)	Показник 99 не зустрічається	I	19	Найвищий показник 30(4)
18* (ч)	3,6,17,18,28,31	I \ V	30,11,5	80(7);70(15);50(21)

19 (ч)	1,8,11,12,15,25,13	V	-	80(22); 50(3,9,20)
20 (ч)	13,25	II	-	70(1,5); 80(12);50(29,30)
21 (ч)	5,28	II \ V	27	60(22,31);50(29)
22* (ч)	11,13,15,20,25	II \ IV	-	50(3,16,17)
23* (ж)	7,9,11,12,14,15,19,20, 22,24,30	IV \ V	-	84(18);80(4);90(6);73(26) 71(28);64(27);56(16)
24* (-)	3,6,7,8,13,17,18,25 26,28,29,30	II \ IV	-	98(9);80(19,27);56(24)
25 (ч)	6,7,8,11	I	19	98(9)
26 (ч)	1,5,6,11,13,17,19, 23,25,29	I \ V	-	90(7,24),80(4,22),69(12) 50(14)

За отриманими результатами було виокремлено вісім респондентів з найбільшою тривалістю днів переживання негативних станів: №2, №5, №7, №15, №18, №22, №23, №24, для яких спільно обраними були твердження №6, №7, №11, №12, №14, №17, №28. Обранні речення стосувалися розчарування у житті, втоми, несприйняття себе, самотності та уникнення спілкування з іншими людьми.

Саме через переживання останніх почуттів, у наступній методиці увага була спрямована саме на виокремлених респондентів. Методика Q – сортування В. Стефенсона дозволила зрозуміти, як сприймаються соціальні відносини підлітків з депресивними настроями.

Таблиця 4.

Результати тестування учнів 9 – В класу спеціалізованої школи №82

імені Т. Г. Шевченка, за методикою Q-сортування (В.Стефансон) 2018 рік

респондент	Залеж./ сумніви	Незал./ сумніви	Товарис/ сумніви	Нетоварис./ сумніви	Прийн./ сумніви	Уникн./ сумніви
1	4/5	4/3	2/6	7/0	3/1	2/4
2*	2/6	2/5	6/2	3/4	2/4	5/2
3	5/3	3/4	4\4	2/7	1/4	3/2
4	0/7	4/6	2/7	5/5	1/1	2/7
5*	3/6	0/4	4/5	3/6	10/0	1/7
6	4/4	3\2	6/2	2/2	1/1	4\2
7*	6/3	9\1	3/4	6/3	4/1	1/3
8	3/4	2/5	5/5	5/4	0/1	1/3
9	3\4	2\3	9\0	2\4	6/3	2/2
10	5/4	4/1	7\0	2/5	1/4	4/1
11	3/6	3/2	8/1	1/4	6/2	5/2
12	7/0	2/3	5/4	5/3	3/1	5/0
13	3/5	1/2	4/5	3/4	1/7	3/3
14	8/2	4/2	3/1	5/3	2/1	2/4
15*	2/6	7/2	5/4	4/3	2/2	0/2
16	3/1	3/0	8/0	5/0	4/0	4/0
17	8/1	5/2	5/3	4/4	0/2	2/3
18*	4/4	3/2	7/2	6/1	1/1	4/3
19	5/0	3/1	5/0	3/2	3/0	4/0
20	8/0	2/3	6/1	4/3	2/1	3/1
21	-	-	-	-	-	-
22*	6/0	6/0	5/0	4/0	4/0	8/0
23*	8/1	5/2	7/1	4/1	3/2	1/1

24*	6/1	4/1	6/1	6/1	4/4	6/2
25	6/2	4/1	6/2	6/0	7/1	4/1
26	5/1	0/0	3/4	1/4	4/4	3/2

Так як особлива увага зверталась саме на підлітків з виявленими, за попередньою методикою, депресивними ознаками, то саме про них буде надана наступна коротка характеристика:

У більшості переважає залежність від групи, уникнення боротьби та товариськість, винятками є респонденти №7 та №24. Перший досліджуваний вирізняється переважанням «незалежності» на «залежністю», та «нетовариськістю», що свідчить про свідоме уникнення спілкування з підлітками або бажання вирізнитися з колективу ровесників заради привертання з їх сторони більшої уваги. Інший досліджуваний має рівні показники «товариськості» та «нетовариськості», що може свідчити про дружні стосунки в залежності від інтересів досліджуваного, тобто для нього важливо бути не просто частиною колективу, а знайти однодумців. Невиключно, що така однакова кількість показників за цими шкалами свідчать про наявність внутрішньої суперечності по відношенню до колективу у якому перебуває підліток.

У цьогорічному дослідженні за методикою «Депрископ» приймали ті самі учні що й в попередніх роках. В цьому році після завершення дослідження я одразу можу зазначити одну відмінність, порівняно з попереднім роком. Тільки у одному бланку було зазначено ім'я, вік та клас, в той час як в минулому році не підписаних робіт було декілька, а всі інші респонденти вказали свої персональні дані. Можна навіть припустити, що таким чином виражається бажання приховати свої стани, щоб їх не могли визначити та пов'язати з конкретною особою.

Таблиця 5.

Результати тестування учнів 10 – В класу спеціалізованої школи №82

імені Т. Г. Шевченко, за методикою «Депрископ» 2019 рік

Респондент	№ твердж з показ 90-99	субтип	№ твердж за 24 год	№ твердж та висок показ
1	№9, 11, 12 (90 днів.)	II / V	№1,18,29	-
2	№11 (99д);	V	№1,28,30,	-
3	№11 (95д)	I	-	-
4	-	V	№5,8,23,24, 27,28	№ 1(70д)
5*	№28(99д); 2(98д); 7(90д)	II / V	№8,9,11,21	№15,25,31(80д); 3,13,4,23,24,30(70)
6*	№2,4,5,6,7,8,14, 15,24,25,27(99д)	II / V	-	-
7	№19(99д)	IV	1	№12(50д)
8*	№5,9,13,14,21, 22,23,25(99д)	V	№1,29,31	№24(60д); 7(50д)
9*	№11(99д);16(94д), 2(91д),5(91д)	I / II	№7	№29(89);4(87);15 (80);14(75)
10	№5,12,18(90д)	III	№6,9	№2(70);8,26(60); 3, 19,22,27,28(50)
11	-	III	-	№2(80);4,30(70) 11,20(50)
12	-	III	№8,11	-
13	-	III	№9	№12(50д)
14	17(100)	IV	№30	№25(80),2,4,11,12, 18,22,23(70)
15*	№22,28,31(99д)	II / V	-	№20(80);9 (85);

	7,21(98)			6(83);2(52)
16*	№5,14,19,28(99д) 12(90)	IV	-	№20(89);4,24(82); 29(75)26(72)

Як і при минулорічному дослідженні респондентів з вираженими депресивними ознаками виявилось вісім: №5, №6, №8, №9, №15, №16. Якщо минулорічна вибірка складалась з 26 учнів, то в цьому році до 10-го В класу перейшло лише 16 людей, що свідчить про збільшення кількості підлітків з депресивними настроями відповідно до загальної кількості учнів цього класу.

Респонденти були виокремлені не лише за максимальність переживання негативних емоцій, а також за певними твердженнями тесту, які відповідають номеру [30; с. 50]:

№7 – «я відчував себе самотнім»;

№31 – «я відчував, що мене не люблять»;

№20 – «я намагався уникати спілкування з іншими»;

№21 – «мені не хотілося жити»;

Саме до результатів виділених респондентів ми й будемо звертати підвищену увагу в подальших методиках. Всі ж інші досліджувані, хто теж отримав високі результати за іншими твердженнями, не потрапляють до «групи підлітків з депресивними ознаками», через те що обрані ними твердження та їх «оцінка» відповідає більше рівню загальної втоми, або короткочасного поганого настрою.

Наступна методика, до якої ми переходимо для більш повноцінного розуміння стану підлітка, «Шкала тривожності Тейлора». За допомогою якої, ми виявимо чи відповідає високий рівень тривожності тим показникам депресивності у зазначених вище, виокремлених зі спільного переліку учнів.

Таблиця 6.

Результати тестування учнів 10 – В класу спеціалізованої школи №82 імені Т. Г. Шевченко, за «методикою визначення тривожності. Шкала Тейлора» 2019 рік

респондент	показник	рівень
1	14	низький
2	15	низький
3	14	низький
4	11	низький
5*	36	високий
6*	31	високий
7	29	високий
8*	22	середній
9*	31	високий
10	23	середній
11	13	низький
12	22	середній
13	23	середній
14	32	високий
15*	27	Вище середнього
16*	43	високий

Більшості виокремленим за попереднім тестом досліджуваним №5, №6, №9, №16 притаманний високий рівень тривожності, тільки у №8 спостерігається середній показник, а у №15 – вище середнього. Тобто, респондентам з виявленими депресивними настроями притаманний високий, рідше середній рівень переживання тривожності.

В учня №14 спостерігається високий рівень тривожності, але за попереднім опитувальником депресивні ознаки не були виявлені, тільки присутні певні переживання, що й могли спричинити підвищення почуття тривоги. Також,

високий рівень тривожності може свідчити про тенденцію до розвитку депресивного настрою у даного респондента в майбутньому з появою певних несприятливих обставин.

Подібна ситуація спостерігається у респондента №7. Попри наявність високого рівня тривожності (29 балів) – депресивних ознак виявлено не було.

Так як другим фактором нашого дослідження є процес соціалізації й виокремленні дослідженні підкреслили твердження пов'язане саме з цим питанням, наступна методика Q - сортування В. Стефенсона. Використання цього тесту допоможе зрозуміти як сприймають колектив підлітки з розвитком депресивних станів. Як вони почуваються у групі ровесників, які почуття вони переживають при взаємодії з товаришами.

Таблиця 7.

(Результати тестування учнів 10 – В класу спеціалізованої школи №82 імені Т. Г. Шевченко, за методикою Q - сортування В. Стефенсона 2019 рік)

респондент	Залежн.	Незалеж.	Товарись.	Нетоварись.	Прийн.	Уник.
1	8	5	8	3	2	4
2*	6	7	8	1	1	3
3	5	4	5	3	2	4
4	6	5	7	1	4	5
5*	7	2	7	4	6	5
6*	3	3	8	4	2	6
7	5	5	7	4	4	4
8*	10	5	9	7	7	5
9*	6	3	6	1	3	4
10	-	-	-	-	-	-
11*	5	6	8	2	4	3
12	-	-	-	-	-	-
13	-	-	-	-	-	-
14	10	6	7	2	6	8

15*	9	2	5	3	3	4
16*	4	2	6	2	5	5

За результатами цього тестування було виявлено, що майже у всіх учнів 10 – го В класу залежність переважає над незалежністю, тобто прагнуть бути невід’ємною частиною колективу, попри, навіть, розходження у поглядах та цінностях, бажання підпорядковуватися лідерові та отримувати від нього схвалення – вище ніж бажання займати керуючу позицію. Також, усім респондентам притаманна «товариськість» - бажання встановлювати дружні стосунки відкритість до спілкування та нових знайомств. «Уникання» боротьби переважає над «прийняттям», що свідчить про небажання відстоювати свою позицію при виникненні суперечностей, приймання позиції нейтралітету, схильність до компромісів, навіть, у разі нехтування власних інтересів, відсутність потреби у зміцненні своєї позиції та самоствердженні.

За результатами даного опитувальнику вдалося виокремити двох лідерів: №2 та №11 у яких «незалежність» переважає над «залежністю», хоча, у респондента №2 «уникання» боротьби поступається «прийняттю», на відміну від №11, де «прийняття боротьби» на один бал вище за «уникання». Можна припустити, що саме ці двоє респондентів і є лідерами шкільного колективу, або ж певного кола однодумців.

Що стосується підлітків з діагностованими раніше депресивними станами, то майже всі виокремлені досліджувані демонструють залежність від колективу в якому перебувають та прагнення слідувати встановленим у соціальній групі правилам та нормам, всупереч своїм переконанням. Особливо сильно залежать від впливу та думки колективу учні №8 та №15. Можна припустити, що вони найбільш комфортні, легко підпадають під вплив оточуючих, діють згідно з інтересами інших, не відстоюють своїх поглядів та переконань, легко йдуть на компроміс. Також, існує імовірність, що їх ставлення й уявлення про себе відбувається через призму бачення їх однолітками, в такому випадку, для цих

підлітків характерною буде неадекватно занижена самооцінка, почуття невпевненості й хвороблива залежність від соціального оточення.

За отриманими показниками вирізняється респондент №5 у якого попри переважання «залежності» від колективу над «незалежністю», показник «прийняття» боротьби перевищує «уникання». Тобто, попри те, що підліток залишається частиною колективу й поводить згідно з встановленими вимогами, в цей самий час він намагається відстоювати свої інтереси, у разі якщо дії оточуючих зачіпають його, так би мовити, «особистий простір» чи «зазіхають» на його власну свободу.

Виходячи з результатів попередніх тестів, як і для всіх досліджуваних учнів 10 –го В класу, так і для тих у кого було діагностовано депресивні ознаки, ми намагатимемося встановити зв'язок між наведеними вище факторами та акцентуаціями характеру.

Таблиця 8. Додаток А

(Результати тестування учнів 10 – В класу спеціалізованої школи №82 імені Т. Г. Шевченко, за методикою «Модифікований опитувальник для ідентифікації типів акцентуацій характеру у підлітків» (ПДО А.Е. Личко) 2019 рік).

Розглянемо виокремлених респондентів з діагностованими депресивними ознаками:

У респондента №5 встановлено змішаний лабільний та сенситивний тип. Лабільний характеризується крайньою зміною настрою, представники цього типу вкрай сприйнятливі до різних подій, обставин, тверджень в їхню адресу. Вони сильно прив'язуються до друзів, рідних та близьких, потребують підтримки. Сенситивність – має схоже виявлення, окрім гострого сприйняття оточуючих речей, прагнуть до самоствердження та гіперкомпенсації саме у тих сферах, де найбільш відчують свою неповноцінність. Мають високу вимогливість до себе та оточуючись, низьку конфліктність. Отже, за проведеними методиками, щодо цього досліджуваного, ми можемо зробити наступні висновки: у респондента №5 діагностовано депресивні стани, які

пов'язані з переживаннями щодо власної зовнішності та соціальної ситуації, що характерною для даного типу акцентуацій характеру. Також, даний тип має своє вираження при діагностиці соціального стану підлітка, що виражається у соціальній залежності та високому рівневі тривожності, який характерний для початку розвитку депресивних станів.

У респондента №6 встановлено циклоїдний тип, який є характерним для підліткового віку й виявляється у різких змінах настрою та життєвого тону. В період піднесення їм властиві ознаки гіпертимного типу, а коли відбувається спадання – вони стають небагатослівними, замкненими, песимістичними, втрачають інтерес до багатьох речей, які їх цікавили, втрачають апетит. В конфліктні ситуації не потрапляють. Різка зміна звичного способу життя, втрата друзів, знайомого колективу сприймається різко, що й може призвести до загострення субдепресивного стану й можливі спроби самогубства. Отже, за проведеними вище методиками, ми можемо зробити наступні висновки: респондент №6, за результатами встановленої акцентуації за ПДО, переживає стан спаду, що виражається у депресивних настроях діагностованих за твердженнями пов'язаними з питанням соціалізації та власним баченням. Згідно з результатами діагностування щодо соціального сприйняття, ситуація ізолювання від колективу обрана свідомо через емоційний спад, високий рівень тривожності та переживання депресивних настроїв є характерними для даного типу акцентуації характеру.

У респондента №8 виявлено змішаний тип акцентуації демонстративний та нестійкий. Перший виявляється у прагненні отримання уваги від оточуючих, співчуття, всі незначні випадки збільшити у рази для підкреслення своєї вразливості та несправедливості цього світу. У навчанні вони потрапляють вони потрапляють або до категорії відмінників, або навчаються дуже погано й заважають навчальному процесу. Нестійкий тип має своє вираження у патологічній слабкості вольових зусиль. Вони неохочі долати труднощі, докладати зусиль до будь – якої кропіткої діяльності, здатні легко потрапляти під вплив оточуючих. Отже, за результатами проведених методик, ми можемо

зробити наступні висновки: попри середній рівень тривожності респондент №8 проявляє депресивні настрої у певних твердженнях, які стосуються соціальних зв'язків та відкрито виражає своє небажання жити у одному з тверджень (що відповідає демонстративному типу особистості). За шкалою «брехні» ПДО досліджуваний набирає аж 6 балів, що підтверджує демонстративний тип особистості, що дає можливість припустити, що депресивні настрої на які вказує респондент не є істинними, а радше підліток сам сприймає їх такими. Результати методики направленої на виявлення соціальної ситуації, відповідають нестійкому типу акцентуації характеру.

У респондента №9 діагностований сенситивний тип акцентуації, що виражається у вимогливому сприйнятті себе та оточуючих, у надмірній сором'язливості та униканні шумних компаній. Виражена сильна прив'язаність до інших. Отже, за результатами методик, ми можемо припустити що: переживання депресивних настроїв пов'язано з надмірною вразливістю, яка супроводжується високим рівнем тривожності, що й діагностовано за попередньою методикою. Виявлена залежність від колективу підтверджується діагностованим типом, тобто виявлені вище стани й особливості обумовлені конкретною акцентуацією характеру.

У респондента №15 виявлено тривожно – педантичний та інтровертований тип акцентуації. Перший тип характеризується самоаналізом особистості, схильністю до роздумів, тривожності та виникненням різного роду страхів. Вони нерішучі у діях, можуть слідувати певним надуманим ритуалам, які на їх думку, допомагають впоратися з певною проблемою чи діяльністю, різко виражений педантизм. Інтровертованість виражається у замкнутості й небажанні налагоджувати соціальні відносини. Для них також характерними є наявність протиріч у думках та поведінці. Вони можуть виражати презирство до оточуючого світу та того, що відбувається у життях інших підлітків, але в той самий час страждати від своєї самотності. Отже, за результатами опрацьованих методик, ми можемо висловити наступні припущення: респондент №15 виявляє ознаки розвитку депресивних станів пов'язаних з ствердженнями стосовно

соціальних відносин, з однієї сторони обирає «почуття самотності», а з іншої свідоме уникання соціальної взаємодії, що є характерним для встановленого інтровертованого типу. Це також підтверджується методом соціалізації, де присутня «залежність» від колективу. Рівень тривожності пояснюється виявленим тривожно – педантичним типом акцентуації.

У респондента №16 встановлено сенситивний тип акцентуації характеру, виражається у вимогливому сприйнятті себе та оточуючих, у надмірній сором'язливості та униканні шумних компаній. Виражена сильна прив'язаність до інших. Отже, за отриманими результатами ми можемо припустити, що; респондент №16 переживає депресивні настрої через не сприйняття себе, невідповідність бажаного «Я» та реального, що підтверджується обраним твердженням та є характерним для даного типу акцентуації. А також, виявляє надмірну образливість та високий рівень тривожності, що також може бути обумовлено сенситивним типом акцентуації характеру.

Отже, підсумовуючи результати отримані при цьогорічному діагностичному обстеженні, ми можемо умовно зробити висновок, що кожний другий має тенденцію до розвитку депресивних станів. Показники отримані при діагностуванні вісьмох виокремлених, з депресивними настроями, респондентів знаходили своє підтвердження та взаємозв'язок у кожному з обраних для дослідження опитувальників. В більшості випадків, депресивну спрямованість обумовлює наявність певного виду акцентуацій.

Порівняльна характеристика загальноосвітньої школи №82 імені Т. Г. Шевченка та Креативної міжнародної дитячої школи

Для порівняльної характеристики та визначення значення взаємозв'язку соціального оточення підлітка та розвитку депресивних настроїв, я провела інше дослідження.

У діагностиці приймали участь учні 10 –го класу Креативної міжнародної дитячої школи (надалі КМДШ). В цій школі застосовують індивідуальний підхід до кожної дитини, тому у класах невелика кількість учнів, навчання орієнтоване

на міжнародні стандарти. Дітей залучають до різних соціальних проєктів, навчають грі в шахи та викладають предмет «я – особистість».

Метою мого дослідження було прагнення виявити наскільки є суттєвою різниця у виникненні та розвитку депресивних ознак у школах з абсолютно різним підходом до навчання та виховання дітей.

За результатами методики «Депрископ» виокремлено чотирьох досліджуваних з депресивними ознаками та двох, у яких депресивні настої чітко не виражені, але присутня певна тенденція до їх розвитку в подальшому при виникненні несприятливих обставин. Учні у яких визначена передумова розвитку позначенні *.

В наступних методиках наведені дані лише виокремлених респондентів, що дозволить порівняти поведінку підлітків 10 – тих класів в стані депресивності зі Спеціалізованої школи №82 імені Т. Г. Шевченка та Креативної міжнародної дитячої школи.

Таблиця 9.

Результати тестування учнів 10 – го класу КМДШ, за методикою «Депрископ»
2019 рік

респондент	№ твердж з показ 90-99	субтип	№ твердж за 24 год	№ твердж та висок показ
1 16р. ж.	-	I	1,5,6,19,31	-
2* ч.	8,9(90),17(94), 19(90)	IV	21	2(80), 23(70), 31(62)
3* 15р. ж.	5,6,14,15,16,21,22, 24,25, 26,29(90) 7,31(95)	II/ V	-	3,20(85) 18,25(80), 13,17(75)
4 15р. ж	5(99)	III		
5 14р. ж	11(99), 2(90)	I		

6* 15р. ж	7(99), 2,4,18,19,21 25,26,27,31(90)	II/ V	-	17(80), 5,14,24,29(70)
7 -	-	I	8	12, 25(70)
8 -	5, 29(90)	IV	-	14,30(70)
9* -	1(95), 12,31(91)	IV	-	11(87),7(86),30 (80), 18(70)
10* -	9,12,14, 25,(99); 2, 7,20,27,29,30(90)	II/ V	10,17	4,5,6,(80); 1,15 16,24,18(60)
11* 15р. ж	2,4,5,6,7,26,29,28,29 30,31(99); 21(93)	II/ IV	-	1,18,24(85) 24(80), 19(70)
12 -	9,11,12,14,22,25(99)	V	-	2(50)
13 15р. ч	14,22,25(99), 12(90)	V	-	11(60),2,9(50)
14* 16р. ч	2,6,8,9,11,12,16,19, 21,22,24,25(99)	IV /V	-	20(80), 5(70), 4 18(60), 26(50)
15 15р. ж	5,10,17(99)	V	-	29,30(80),11(70)
16 15р. ж	12,25,(99) 19(99)	III	20	14,24(56)
17 15р.	9(99)	V	5	-
18 ч.	11(99), 2(90)	IV	-	17,23,26(60)

Таблиця 10.

(Результати тестування учнів 10 – го класу КМДШ, за «методикою визначення тривожності. Шкала Тейлора»2019 рік).

респондент	показник	рівень
2*	20	нижче середнього
3	46	високий
6	35	високий
9*	30	високий
10	18	нижче середнього

11	39	високий
14	30	високий

Таблиця 11.

Результати тестування учнів 10 – го класу КМДШ, за методикою Q -
сортування В. Стефенсона 2019 рік

респондент	Залежн.	Незалеж.	Товарись.	Нетоварись.	Прийн.	Уник.
2*	8	4	8	3	3	4
3	8	9	9	3	10	5
6	6	6	6	5	3	4
9*	5	4	3	2	3	5
10	3	2	2	5	5	2
11	6	5	6	6	9	7
14	3	4	7	3	8	2

Таблиця 12. Додаток А.

Результати тестування учнів 10 – го класу КМДШ, за методикою «Модифікований опитувальник для ідентифікації типів акцентуацій характеру у підлітків» (ПДО А.Е. Личко) 2019 рік

У респондентів №2 та №9 у яких за методикою «Депрископ» виявилась лише тенденція до розвитку депресивних настроїв у разі виникнення несприятливих обставин, діагностовано гіпертимний тип. Така акцентуація характеризується перебуванням у гарному настрої більшу частину часу й нечастими негативними спалахами, які виникають при неузгодженості внутрішніх переконань з зовнішнім світом. Отже, можна припустити, що певні «депресивні» твердження, які обрали досліджувані є результатом виникненої несприятливої ситуації напередодні проходження тестування й не є ознакою розвитку депресивних станів.

Респонденти №10 та №14, нажалі не виконали останню методику, тому висновок можна робити лише за результатами попередніх тестувань. Досліджуваний №10 попри наявність сильно вираженого депресивного стану, демонструє рівень тривожності нижче середнього. Одне з обраних у першій методиці тверджень, свідчить про свідоме уникання учнем спілкування, що дає нам змогу припустити про можливий тип акцентуації характеру (інтровертованість). У питанні соціалізації перевищує «прийняття боротьби», що свідчить про відстоювання своїх позицій у колективі, хоча «залежність» від кола однолітків присутня. Респондент №14, також, як і його однокласник виражає свідоме обмеження себе від спілкування, але на відміну від попереднього досліджуваного, можна припустити що його тип акцентуації є змішаними(демонстративність). На такий висновок наштовхують інші обрані твердження, наприклад, щодо небажання жити. При цьому у методиці спрямованій на соціальні відносини демонструє «незалежність» й «прийняття» боротьби.

У респондента №3 виражені астено-невротичний та сенситивний змішаний тип. Для першого характерна дратівливість, втомлюваність та іпохондирчність. Для другого надмірна чутливість. Отже, за результатами дослідження, можна зробити наступний висновок: притаманний досліджуваному тип акцентуації характеру обумовлює розвиток депресивних станів через надмірну чутливість підлітка, причиною якої могла слугувати важка ситуація, також дитина в поєднанні з цим, може несвідомо перебільшувати свої стани й тому оцінити твердження в найвищій бал. Високий бал тривожності обумовлений переживанням депресивного настрою, але ці переживання не пов'язані з соціальними переживаннями. Досліджуваний демонструє «незалежність» та «прийняття» боротьби.

У респондента №6 діагностовано змішаний гіпертимний та тривожно-педантичний типи. З отриманих результатів, ми можемо припустити наступне: розвиток депресивного настрою у респондента №6 обумовлений неузгодженістю між власними поглядами та ситуацією, яка відбувається навколо нього, а

схильність до самоаналізу загострює негативні почуття. Високий рівень тривожності пояснюється відповідним типом акцентуації характеру. У питанні соціалізації, досліджуваний має рівну кількість балів у «залежності» та «незалежності», тобто сам обирає, те соціальне коло, частиною якого прагне бути.

2.3. Аналіз та інтерпретація емпіричних даних юнацького віку

У дослідженні 2020 – 2021 років прийняли участь студенти 1-го курсу Національного університету «Києво–Могилянська академія», факультету соціальних наук та соціальних технологій, кафедри «зв'язки із громадськістю».

За результатами дослідження ми отримали наступні результати, що зазначені у таблицях нижче:

Таблиця 13.

Результати тестування студентів 1 го року навчання, кафедри «зв'язки із громадськістю» за методикою «Депрископ» 2020 - 2021 рік

Респондент	№ твердж з показ 90-99	субтип	№ твердж за 24 год	Максимальний показник
1	-	V	-	30(1,2,28,30)
2	-	III	-	50 (2); 60 (22)
3	-	III	-	80(2),55(4), 48(30),50(5,11,23),
4*	-	V	1,2,4,7,8, 14,15,22,30	87(4,12),85(3), 77(8,22),70(1,2,7)
5*	-	IV	1, 25,27	80(19),60(28), 50(1,2,17,30)
6	-	II	29, 31	75(9),60(22),
7**	2,4,18,19,30	IV	-	80(31),70(17), 60(11,29)
8*	-	II	16,30	80(31),70(11),

				60(2,6),50(7,15,24)
9*	-	IV	6,9,18,20	50(2,5)
10***	1,3,4,5,6,7,8, 12,13,18,20, 26,27,30,31	V/ IV	1,3,4,5,6,7,8,9 18,20,26,27,30	76(24),73(9), 55(17)
11	-	I	-	80(9)
12*	-	I	18,28	60(2),50(29), 30(5,11,12,14)
13**	2,5,8,11,14	V	-	70(12,24,25,28,29,) 60(19,22,23,26)
14	-	-	-	20(5)
15***допов пояснен100	2,4,5,6,7,8,11, 12,13,14,15,17 18,19,22,23,24, 27,28,30,	V/ IV	1,3,7	50(1,10,16,20, 26,31)
16*	-	I	2,3,4,12,15,16 22,24	60(4,7,11,12,14,16) 50(20,24)
17*	5	II	-	80(30),70(23), 50(22,31)
18***	2,5,7,8,24,27, 30,31	V	24,27,30,31	80(9),50(22)
19*	-	I	2,19,11	60(2,5,8,22)
20**	12,16,23,24,30	IV	-	80(14,18,26), 70(2,9,22),60(5,7,8)
21**	5	IV	1,2,4,5,8,18,19,23 26,30	50(1,2,6,26)
22	-	-	-	-
23***	19,26	III	2,5,15,19,22,26	70(7,22),60(4)
24	-	-	-	-
25	-	IV	-	60(19),50(26,28,29)

26	-	V	-	70(22),50(12)
27**	12,22,24	V	-	80(9,14,18,25,26, 29),70(2,11,23,)
28	-	V	-	60(22),50(12)
29*	-	II	2,4,6,7,20,27,30, 31	80(31),70(11), 60(2,6),50(7,15,24)
30*	-	I	6,9,18,20	50(2,5)
31***	1,3,4,5,6,7,8,12, 13,18,20,26,27, 30,31	IV/ V	1,3,4,5,6,7,8,9,18, 20,26,27,30,31	70(9,24),55(17)
32	-	I	-	80(9)
33	-	III	-	60(2),50(29)
34**	2,5,8,11,14,	V	-	70(12,24,25,28,29) 60(22,23,26)
35	-	-	6	20(5)
36***	90	III	7,11	80(17),79(22,31)
37**	5,12,14,24,28	IV	-	80(4),70(1,7,22,) 60(6,8,25,26)
38**	5,9,22	I	-	80(2),70(14,24,30)
39**	1,4,15,16,27,28	I	-	70(5,30),56(2)
40	-	III	-	80(22),66(2)

Як ми побачити з сорока респондентів двадцять п'ять мають негативні переживання, тому було прийнято рішення розподілити досліджуваних на певні категорії згідно з якими й відбудеться наступне інтерпретування результатів. Біля номеру респондента поставлений знак «*»,»**» або «***», що означає наступне:

«*» - переживання за останні 24 години;

«**» - стани, що мають прояв 90 – 99 днів;

«***» - стани, які мали свій прояв як і протягом 90 – 99 днів, так і в останні 24 години.

Особи, що позначені «*» - опинилися в неприємній ситуації в останні 24 години або незадовго до проходження тесту, цим й можуть бути викликані обрані емоції та переживання. Такі результати, на даному етапі, неможна розглядати як розвиток депресивних станів.

Категорія, що позначена як «**» має тенденцію до виникнення депресивного стану. Важливим для кращого визначення стану є кількість та номер обраного твердження. Тобто, якщо було обрано одне твердження, наприклад, №5 «Я волновался по пустякам» [30; с. 56], то це скоріше стосується особистісних рис ніж депресивних переживань. Для того щоб мати більше уявлення про перебіг подій, ми звернемо увагу на результати отримані за методикою визначення тривожності, й згідно з цим розглядатимемо наступні дані.

Найбільшу важливість для нас має саме остання категорія, бо свідчить про наявність стійких депресивних ознак, що суттєво впливають на якість життя особи. У наступних методиках найбільшу увагу, в першу чергу, ми спрямовуємо саме на їх результати, бо як ми можемо побачити за методикою «Депрископ», вони знаходяться у більш загостреному стані.

Таблиця 14.

Результати тестування студентів 1 го року навчання, кафедри «зв'язки із громадськістю», «Методика визначення тривожності. Шкала Тейлора» 2020 - 2021 рік

Номер	Кількість набраних балів	Рівень тривожності
1	20	нижче середнього
2	33	високий
3	27	вище середнього
4	36	високий
5	16	нижче середнього

6	24	вище середнього
7**	25	вище середнього
8	24	вище середнього
9	12	низький
10***	32	високий
11	26	вище середнього
12	21	середній
13**	31	високий
14	8	низький
15***	36	високий
16	18	нижче середнього
17	23	середній
18***	33	високий
19	13	низький
20**	23	середній
21	28	високий
22	-	-
23***	19	нижче середнього
24	-	-
25	32	високий
26	32	високий
27**	16	низький
28	20	нижче середнього
29	24	вище середнього
30	12	низький
31***	33	високий
32	26	вище середнього
33	21	середній
34**	31	високий
35	8	низький
36***	19	нижче середнього
37**	38	високий
38**	34	високий
39**	16	низький
40	22	середній

Отже, з восьми респондентів за категорією «**» (прояв 90 – 99 днів) чотири мають високі показники тривожності за шкалою Тейлора та один – вище середнього. У наступних методиках ми звертатимемо увагу на саме на їх показники, також, на результати категорії «***»(90 – 99 днів + 24 години).

Таблиця 15.

Результати тестування студентів 1 го року навчання, кафедри «зв'язки із громадськістю», за методикою Q - сортування В. Стефенсона 2020 - 2021 рік

Респондент	Залежн.	Незалеж.	Товарись.	Нетоварись.	Прийн.	Уник.
1	5	2	4	2	5	3
2	8	3	9	1	3	8
3	6	2	8	3	6	6
4	8	6	9	5	7	4
5	1	7	8	3	4	5
6	6	5	5	2	3	2
7**	6	6	8	2	6	4
8	5	6	4	2	3	3
9	3	6	7	2	1	2
10***	5	0	5	2	1	9
11	3	4	7	1	4	3
12	6	6	6	0	2	5
13**	10	5	10	2	5	6
14	8	6	9	2	4	6
15***	6	9	8	5	1	5
16*	5	1	6	2	3	3
17*	6	7	8	2	2	5
18***	4	3	7	4	3	3
19*	3	8	6	2	4	1
20*	3	7	7	2	8	5
21	3	7	6	3	4	4
22	-	-	-	-	-	-
23***	3	8	7	4	2	4
24	-	-	-	-	-	-
25	6	5	8	1	2	6

26	6	9	8	4	5	7
27	10	6	10	3	4	6
28	4	0	4	2	2	6
29*	5	6	5	2	3	3
30	3	6	7	2	1	2
31***	5	0	5	3	1	9
32	3	4	7	1	4	3
33	7	6	6	0	2	5
34**	10	5	10	2	5	6
35	7	6	9	2	4	5
36***	5	8	5	1	7	1
37**	9	1	6	3	1	6
38**	5	2	9	2	2	3
39	4	8	8	2	2	5
40	3	8	7	2	6	5

Таблиця 16.

Результати тестування студентів 1 го року навчання, кафедри «зв'язки із громадськістю», «Шкала Лібовіца для оцінки соціальної тривожності» 2020 - 2021 рік

респондент	Тривожність за останні 7 днів	Уникнення ситуацій	Загальний бал
1	26	27	53
2	33	26	59
3	30	19	49
4	25	18	43
5	21	17	38
6	-	-	-
7**	5	19	24
8*	15	23	38
9	4	7	11
10***	61	42	103

11	27	21	48
12	31	-	31
13**	32	34	66
14	11	7	18
15***	47	38	85
16	45	39	84
17	10	22	32
18***	24	27	51
19	9	14	23
20	-	17	17
21	27	25	52
22	-	-	-
23***	23	13	36
24	-	-	-
25	34	-	34
26	39	-	39
27	26	30	56
28	30	29	59
29	17	23	40
30	4	7	11
31***	61	42	103
32	27	21	48
33	31	-	31
34**	32	34	66
35	11	7	18
36***	8	10	18
37**	58	-	58
38**	37	33	70
39	21	9	30
40	35	16	51

Отже, за результатами дослідження за участі студентів 1 – го курсу Національного університету «Києво–Могилянська академія», факультету соціальних наук та соціальних технологій, кафедри «зв'язки із громадськістю ми виокремили наступних респондентів та отримали таку інформацію:

№7«**» за методикою «Депрископ» встановлений самокритичний субтип; суб'єкт обирає твердження в яких відображується критичне ставлення до себе, невпевненість, пригнічення, знецінення. Це відображається у таких твердженнях, як «я чувствовав себе никчемным», «я чувствовав себе

подавленим», «я не мог простить себе своих ошибок». За «шкалою тривожності Тейлора» отримано позначку у двадцять п'ять (25) балів, що свідчить про вище середній рівень, тобто наразі людина знаходиться у переживанні. За методикою Q - сортування В. Стефенсона «залежність – незалежність» знаходиться на однаковому рівні, що свідчить про знаходження балансу у взаємодії з оточуючими. Суб'єкт взаємодіє з групою, про що також свідчить переважання товаришкості, не йде на відкритий конфлікт та супротив, співпрацює з колективом, натомість не залежить від думки однолітків, здатен відокремлювати себе від групи, встановлювати власні межі, захищати свою думку. Про останнє ми маємо уявлення за допомогою показника «прийняття боротьби», який переважає у конкретного суб'єкта. «Шкала Лібовіца для оцінки соціальної тривожності» свідчить про відсутність соціальної тривожності. Отже, депресивні переживання респондента №7 не пов'язані із соціальною ситуацією навколо нього чи проблемою міжособистісних стосунків. Можна припустити, що причиною виникнення цих переживань є внутрішні переживання індивіда.

№10 «***» обрав п'ятнадцять тверджень, що свідчать про стан, що триває протягом 90 – 99 днів, та тринадцять, які респондент відчув за останні 24 години. Це свідчить про гострий депресивний стан у якому знаходиться суб'єкт. Негативні переживання вплинули й на фізичний стан суб'єкта про що свідчать твердження про втому та відсутність сил, погіршення сну. Переживання суб'єкта спрямовані всередину себе, відчуття своєї неспроможності, нікчемності, відсутності перспектив, страху та відчаю. Переважає песимістичний субтип, який свідчить про відсутність життєвої енергії, апатії, труднощів концентрації уваги, пригніченим станом. Респондент сам виражає небажання до соціальної взаємодії, хоча «товаришкість» переважає над «нетоваришкістю», притаманна «незалежність», тобто індивід має свої переконання й здатен їх відмежовувати від загальних настроїв групи. Проте «уникнення боротьби» має вищий показник ніж прийняття, що свідчить про не різке відстоювання власних переконань. Показник тривожності за шкалою Тейлора – високий, як й за шкалою соціальної тривожності Лібовіца.

№13«**» прояви на фізичному стані індивіда. Респондент відчуває занепокоєння, роздратування, хвилювання, навіть у не суттєвих ситуаціях. За шкалою Тейлора виявлено високий рівень тривожності, за методикою соціальної тривожності Ліблвіца виявлено середній показник, що свідчить про розвиток проблеми у суб'єкта в цій сфері. За результатами обробки Стефенсона було виявлено «залежність» від соціального оточення, яка поєднується з товариськістю та «униканням боротьби». Це свідчить про легке сприйняття респондентом думки оточуючих, прагнення бути частиною колективу та невміння або страх відстоювати власні межі.

№15«***» потребує значної уваги, бо в методиці «Депрископ» використовував показник «сто», якого не задано умовами тесту. Тобто, відбувається підкреслення свого складного стану, бажання привернути увагу до себе та своїх негараздів з метою отримання підтримки. Респондент виокремив двадцять (20) тверджень, які відбувалися з ним протягом 90 - 99 днів та три (3), які мали свій прояв в останні 24 години. Враховуючи застосування показника «сто» (100) можна сказати, що суб'єкт перебуває у загостреному стані. За обраними твердженнями можна визначити, що особа відчуває себе самотньою, невпевненою, вразливою, неспроможною, розчарованою та наляканою. Серед тверджень є й те, що свідчить про переживання провини, нажаль, причини цього відчуття виявити за допомогою цього тесту, немає можливим. За шкалою Тейлора отримані показники, що свідчать про високий рівень тривожності, також за шкалою Ліблвіца виявлено розвиток соціальної тривожності. За методикою Q - сортування В. Стефенсона переважає «незалежність», «товариськість» та «уникання боротьби».

№18«***» 90 – 99 тривали вісім показників (8), протягом 24 годин проявилися чотири (4). За твердженнями було виявлено, що респондент відчуває, як і фізичне, так і моральне безсилля, хвилювання, втому, занепокоєння, самотність та покинутість. За методикою Тейлора діагностовано високий рівень тривожності, хоча за методикою Ліблвіца рівень соціальної тривожності не дійшов середньої позначки, яка у свою чергу, свідчить про проблеми у цій сфері.

За методикою Q – сортування «залежність» трохи перевищує «незалежність», тобто суб'єкт прагне знайти баланс у соціальній взаємодії, високий показник «товариськості». Бали отримані за «прийняття – уникання боротьби» - тотожні між собою, що свідчить про намагання відстоювати свої межі, інтереси та переконання, але при цьому небажання вступати у відкритий конфлікт.

№23«***» найбільша кількість тверджень була віднесена до останніх 24 годин. За їх характером, можна припустити, що незадовго до заповнення діагностичних методик респондент пережив неприємну ситуацію, що викликала пригнічення, занепокоєння, втрату інтересу та звинувачення себе. Рівень тривожності визначений як нижчий середнього, показник соціальної тривожності – низький. За методикою В. Стефенсона виявлено переважання «незалежності», «товариськості» та «прийняття боротьби», тобто щодо соціальної взаємодії можна зазначити про цілком здорові соціальні стосунки. Суб'єкту бажано звернути увагу на ті переживання, що турбують і у разі необхідності звернутися за допомогою для вирішення цього питання, для того щоб не відбулося застрягання й стан не перейшов у затяжний, а показники – не збільшилися.

№31«***» п'ятнадцять (15) тверджень з тривалістю 90 – 99 днів та чотирнадцять (14) за останні 24 години, обрав респондент стосовно своїх відчуттів. Відсутність віри у майбутнє, страх, невпевненість, неспроможність заспокоїтися, відчуття провини, неспроможність відчувати щастя – все це свідчить про перебування суб'єктом у загостреному депресивному стані, що потребує активного реагування. Особливо вражає переживання великої кількості негативних емоцій за добу. За результатами тестування за шкалою тривожності Тейлора, ми отримали високий показник. Методика Лібовіца свідчить про переживання особою соціальної тривожності, що, за своїм показником, наближається до максимальної позначки. Подібне, не дозволяє індивіду ефективно взаємодіяти з соціальним середовищем та негативно впливає на якість життя. За методикою Q – сортування В. Стефенсона ми отримали дані, що свідчать про «залежність» від групи, «товариськість» та найвищий показник

серед вибірки, «уникання боротьби». Тобто, суб'єкт не відстоює своїх меж, поглядів та переконань, прагне до спілкування, легко піддається впливу групи. Беручи до уваги результати отримані при тестуванні за «шкалою соціальної тривожності Лібовіца» можна припустити наступне, попри страх взаємодії та тих соціальних ситуацій, які можуть виникнути, індивід все одно тяжіє до референтної групи й прагне бути її частиною. Виникає імовірність того, що депресивний стан міг бути викликаний саме цією внутрішньою неузгодженістю між бажанням та страхом до дії.

№34«**» відчуття втоми, занепокоєння та роздратованість, саме з цими твердженнями пов'язаний вибір респондента. У респондента діагностовано високий рівень тривожності за шкалою Тейлора та середній показник за методикою соціальної тривожності Лібовіца. Методика Q – сортування нам наступні відомості: «залежність», «товариськість» та «уникання боротьби».

№36«***» респондент обрав лише два твердження, що турбують його протягом 90 – 99 днів. Одне стосується фізичного стану – втому, інше – почуття самотності. Це, скоріше, свідчить про меланхолічні переживання індивіда. Рівень тривожності – нижче середнього, рівень соціальної тривожності – низький. Результати отримані за методикою Q – сортування свідчать про «залежність», «товариськість», «прийняття боротьби», тобто, попри здатність легко підхоплювати «настрої групи», їх ідеї, суб'єкт прагне відстоювати власні межі та переконання.

№37«**» респондент акцентує увагу саме втомі, втраті сил, нездатність до дій саме на фізичному рівні. Серед тверджень, в перше серед всієї вибірки, зустрічається твердження що несприйняття себе, своєї зовнішності. У особи виявлено високий рівень тривожності за шкалою Тейлора. Соціальна тривожність не перетнула середній показник, але, нажаль, відсутня друга частина відомостей, тому картина щодо цього питання, є неповною. За методикою В. Стефенсона ми визначили, що у респондента переважає «товариськість», «залежність» та «уникання боротьби», тобто особа прагне до

спілкування, соціальної взаємодії, легко піддається віянням референтної групи та не здатна відстоювати власні погляди.

№38 «**» твердження обрані респондентом радше стосуються втоми та виснаження, ніж сильних особистісних переживань. Висока імовірність, що суб'єкт через недостатність відпочинку та перевтому знаходиться у погіршеному настрої ніж у депресивному стані. Попри це, виявлено високий рівень тривожності за методикою Тейлора, та середній показник розвитку соціальної тривожності за результатами тестування Лібовіца, що свідчить про тенденцію до цього стану, який може виражатися вибірково у певних ситуаціях. За методикою Q – сортування ми дізналися, що у респондента переважає «залежність», «товариськість», «уникання – прийняття боротьби» знаходяться майже на одному рівні», що свідчить про нерізке, не постійне відстоювання своїх меж. Отже, за результатами емпіричного дослідження можна зазначити наступне:

1. У більшості студентів групи (25 осіб) виявлено негативні переживання, що дозволило нам розділити їх на категорії за ступенем та кількістю проявів.
2. Одинадцять респондентів з сорока осіб вибірки сконцентрували на собі нашу увагу, за характером та кількістю обраних тверджень.
3. В найскладнішому стані перебувають три респонденти №10, №15 та №31, які обрали велику кількість показників як і за 90 – 99 днів, так і за 24 години.
4. Твердження, яке стосується переживань щодо своєї зовнішності, було виявлено лише у одного респондента №37 з усієї вибірки.
5. Студенти більше прагнуть проявляти «незалежність» при соціальній взаємодії. В жодного респондента не було виявлено «нетовариськість». Також, спостерігається вибір у сторону «прийняття» боротьби та відстоювання власних меж та переконань.

2.4. Порівняльна характеристика проявів депресивних станів у підлітковому та юнацькому віці

Досліджуючи підлітковий та юнацьки ми звісно беремо до уваги ті вікові розбіжності що панують у ці періоди, новоутворення, спрямованість цих вікових груп. Ми не могли не помітити, що особливості юнацького та підліткового років мають свій прояв у результатах дослідження, тому ми хотіли би висвітлити й цей аспект.

У таблиці нижче наведені основні аспекти дослідження впродовж 2017 – 2021 років. Коротко описані основні моменти діагностування учнів спеціалізованої школи №82 імені Т. Г. Шевченко з 8 – го по 10 – й клас, учнів 10 – го класу Креативної міжнародної дитячої школи та студентів Національного університету «Києво – Могилянська академія», кафедри «зв'язки із громадськістю, 1 - го року навчання

Респонденти	«Депрископ»	Методика визначення тривожності, Шкала Тейлора	Методика Q - сортування (В.Стефансон)
учні 8 – В класу спеціалізованої школи №82 імені Т. Г. Шевченко 2017р.	З 31 –го учня у трьох було визначено тенденцію до розвитку депресивних станів. Спільними були твердження №3, №6, №7, №8, №12, №13, №20, що стосувалися занепокоєння, розчарування, страх й небажання відвідувати навчальний заклад, дистанціювання	Серед 31 – го учня у п'ятьох було виявлено високий рівень тривожності.	В той час, при діагностуванні, цю методику не було застосовано.

	від соціальної взаємодії.		
учні 9 – В класу спеціалізованої школи №82 імені Т. Г. Шевченко 2018р.	У дослідженні прийняли участь 26 учнів, з яких у восьми виявили депресивні настрої. Спільними були твердження №6, №7, №11, №12, №14, №17, №28, що свідчили про переживання самотності, покинутості, розчарованості у стосунках. Також, було виявлено страх відвідування навчального закладу та негативне ставлення до себе та своєї зовнішності.	За цією методикою учні не були протестовані.	За результатами дослідження було виявлено переважання «товариськості» та «уникання боротьби». На більшість запитань учні відповідали «не знаю» або «сумніваюся». Подібне може свідчити або про неповну визначеність ролей у референтній групі, або страх порушити встановлений у групі кодекс. Також, такі відповіді свідчать про невпевненість суб'єкта щодо своєї позиції у соціальній групі.
учні 10 – В класу спеціалізованої школи №82 імені Т. Г. Шевченко 2019р.	З 16 респондентів у вісьмох були виявлені депресивні настрої, що мали свій вияв у спільних, для цих учнів, твердженнях №7, №31, №20, №21, №28. За цими пунктами тесту ми виявили, що досліджувані відчувають себе	з восьми респондентів, що були визначені за методикою «Депрископ», шість мали високий рівень тривожності.	За результатами методики на визначення соціальної взаємодії, учні 10 – го В класу схильні до: «товариськості» - прагненні до встановлення дружніх стосунків; «залежності» - легко піддаються впливу інших,

	самотніми, непотрібними, не бажають жити (суїцидальні думки). Також, критично ставляться до своєї зовнішності та уникають спілкування з оточуючими.		переймають настрої групи, схильні покладатися на лідера; «уникання боротьби» - не відстоюють свої межі, погляди, переконання, не спроможні себе захистити.
учні 10 – го класу Креативної міжнародної дитячої школи (КМДШ) 2019р	У семи з 18 учнів виявлено переважання негативних станів. Спільними твердженнями були: №2, №4, №26, №27, №28, №29, що свідчать про роздратування, пригнічення, образу та несприйняття себе, своєї зовнішності, свого фізичного стану.	За результатами тестування, у цих сімох респондентів визначено високий рівень тривожності.	Результати дослідження за конкретною методикою свідчать, що «залежність – незалежність» знаходиться майже на одному рівні, тобто учні намагаються діяти згуртовано, але не піддаватися впливу; «товариськість» - відкритість до спілкування, прагнення встановлювати соціальні контакти; «прийняття боротьби» - відстоювання власних меж та поглядів, захист своєї думки.
студенти 1 го року навчання НаУКМА, кафедри «зв'язки із громадськістю»	Участь у тестуванні прийняли 40 студентів, де ми виокремили	У респондентів виявлено високі показники рівня тривожності.	За результатами дослідження показники «залежності – незалежності»

	<p>одинадцять з суттєвими депресивними ознаками. З обраних одинадцяти, троє мають досить загострений емоційний стан. Спільними є твердження №4, №8, №11, №12, №14, №18, №22, №24. Більшість тверджень стосуються фізичного стану, а саме сильної втоми. Спостерігається втрата інтересу, неспроможність до дій та почуття нікчемності.</p>		<p>знаходяться на одному рівні або «незалежність» переважає, відходження від групи, прагнення діяти самостійно; «товариськість» - відкритість до спілкування; «прийняття - уникання боротьби» має між собою невелику різницю у один або два бали, або «прийняття» переважає уникання».</p>
--	--	--	--

Отже, за результатами лонгітюдного дослідження було помічено наступне:

- 1) Учні 8-го класу виражали страх та небажання відвідувати навчальний заклад, відчували сум, тривожність та самотність. На момент тестування, не було виявлено критичного ставлення до себе, своєї зовнішності та пов'язаних з цим переживань.
- 2) В учнів 9 – 10 – х класів поряд зі страхом відвідувати навчальний заклад, з'явилося не сприйняття себе, своєї зовнішності, почуття самотності загострилося. Виникли проблеми визначення своєї ролі у референтній групі. Прагнення до дружніх стосунків спричинило розвиток конформної поведінки. Підлітки не наважуються відстоювати свої позиції у колі однолітків, натомість, піддаються впливам групи.
- 3) У КМДШ, на відміну від спеціалізованої школи №82 ім. Т. Г. Шевченко, є певні відмінності у результатах тестування, а саме: підлітки цієї школи

мають вищі показники «незалежності, або тотожні «залежності», тобто діяльність групи можна назвати більше злагодженою, ніж стихійною. Так само, можна зазначити про «прийняття – уникання боротьби»

- 4) Студенти 1 – го курсу «кафедри зв'язки із громадськістю» мають більше фізичні прояви, тому їх емоційний стан можна пов'язати з перевтомою. Характер обраних тверджень змінюється, відсутність невдоволеності зовнішністю, натомість, вищі вимоги до внутрішніх якостей. Показники «залежності» від групи значно нижні, порівняно з попередньою віковою групою.
- 5) У учнів КМДШ та студентів 1 – го курсу «кафедри зв'язки із громадськістю» схожа соціальна ситуація, вони відкриті до злагодженої командної роботи, спілкуванню, проте прагнуть до самостійної діяльності, незалежності, вільному виявленню своїх думок, висловленню власного бачення. У підлітків така поведінка може бути сформована у наслідок сформованого вчителями правильного психологічного клімату у навчальному закладі, так як жоден учень не висловився про страх відвідувати школу. Натомість, у студентів – як результат новоутворень юнацького віку.

Висновки до другого розділу

Проблема підліткової та юнацької депресивності є особливою, тому й потребує спеціально створених методик для їх діагностики, які б надали найбільш повну інформацію, щодо переживань у цьому віці. Глибокі негативні переживання впливають на фізичний стан суб'єкта, його спроможність встановлювати здорові соціальні контакти та на загальну якість життя.

Для діагностики юнаків та підлітків було використано чотири методики:

- «Депрископ» - спрямована на визначення депресивності у підлітковому віці;

- «методику визначення тривожності. Шкала Тейлора» - діагностика рівня тривожних переживань;
- Q - сортування В. Стефенсона – соціальної позиції підлітка;
- Шкала Лібовіца для оцінки соціальної тривожності (застосовано лише у роботі з підлітками);

Аналізуючи результати лонгітюдного дослідження учнів школи №82 імені Т. Г. Шевченко, проведені впродовж трьох років, можу висунути наступні твердження:

1. Порівняно з першим тестуванням, рівень дересивності у підлітковому віці замість того, щоб зменшуватись з кожним роком, навпаки, зростає.
2. З обраних досліджуваними тверджень стає зрозуміло, що в більшості випадків учні відчують втому та напруженість, ставляться до себе досить критично, переживають щодо своєї зовнішності й відчують самотність.
3. Високий рівень тривожності помічений навіть у тих підлітків, у кого не зафіксовано розвиток депресивних станів.
4. Загалом, підлітки виражають комфортність, не демонструють лідерських якостей, прагнуть бути частиною колективу, слідувати встановленим у ньому правилам. Не відстоюють своїх інтересів, легко йдуть на компроміс.
5. У випадку учнів 10 – го класу «Креативної міжнародної дитячої школи», зафіксовано п'ятеро учнів з розвитком депресивних настроїв та двоє, які мають тенденцію до переживання подібних настроїв у разі випадку виникнення несприятливих умов. Не звертаючи увагу на гарне соціальне підґрунтя, індивідуальний підхід до навчання та розвитку учнів, направленість на підтримку їх індивідуальності – підлітки цієї школи також схильні переживати втому, почуття пригніченості та невдоволення собою.

Сприйняття соціальної ситуації підлітками КМДШ дещо відрізняється від їх ровесників з 82 – ї школи. Якщо у других переважає приналежність до колективу, прагнення не виділятися й не відстоювати свою думку, то в КМДШ –

навпаки. Навіть, переживаючи депресивні настрої вони прагнуть не залажати від настроїв колективу, відстоювати свої погляди й займати керівні позиції, не даючи іншим права вирішувати за них. Як і у випадку учнів з 82-ї, підлітки «креативної» школи переживають негативні емоції за певними окремими хвилюючими їх питаннями.

За результатами дослідження студентів 1 – го курсу «кафедри зв'язки із громадськістю» Національного університету «Києво – Могилянська академія», можна зазначити наступне:

1. Більша частина студентів переживає негативні настрої (суму, пригнічення, хвилювання), але вони не свідчать про розвиток депресивних станів.
2. У певної кількості студентів конкретні твердження обрані лише впродовж останніх 24 годин, що стверджує про негативну ситуацію яка виникла на передодні проходження тестування. Це не стверджує розвиток депресивних станів у цей період часу, але не виключає можливість у разі не вирішення гострого питання.
3. У половини студентів (20 із 40) діагностований рівень тривожності високий або вище середнього. На рівень тривожності можуть впливати різноманітні чинники, як і особистісні переживання, так і складнощі сфери навчання й комунікації.
4. За методикою Q - сортування В. Стефенсона студентам, на відміну від школярів, притаманна незалежність від соціальної групи, або залежність рівнозначна незалежності, тобто баланс у знаходженні правильної взаємодії з групою, так і можливість діяти самостійно. Також, студенти схильні відстоювати власні думки та межі, захищати свої погляди, переконання та позицію.
5. Нами було помічено, що наявність депресивних ознак, високої тривожності не гарантує розвиток соціальної тривожності. Тобто, переживаючи складні психоемоційні реакції, щодо себе та власного життя, суб'єкт більшим чином пов'язує це із собою, ніж надає значення зовнішнім факторам.

Отже, як ми можемо побачити проблема депресивних настроїв присутня в житті юнаків та підлітків, негативно впливаючи на перебіг та якість їхнього життя. Негативні стани впливають на якість соціальної взаємодії, змушуючи суб'єкта уникати соціальних контактів, закриватися від світу й тим самим загострювати «слабкий» душевний стан.

Завершення шкільного навчання та перехід у статус студента – не гарантує захист від виникнення депресивних станів. Загалом, відбувається зміна умов та чинників, що впливають на розвиток цих настроїв, зміщуються акценти в цінностях, поглядах та поведінці, але проблема залишається такою ж актуальною.

РОЗДІЛ 3. ФОРМУВАННЯ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ

3.1. Особливості психокорекційних методів для подолання та запобігання розвитку депресивних станів

Тема підліткової депресивності є об'єктом нашої уваги протягом майже п'яти років. За цей час ми почали краще розуміти як і особливості підліткового віку, так й цього стану. Дослідили механізми та принципи, передумови та наслідки, що дозволило мати більш цілісне уявлення про цю проблему сьогодення.

Наразі, до дослідження особливостей депресивності в підлітковому віці додалося й вивчення юнацького віку. Юнаки мають інші новоутворення, які ми розглянули у першому розділі, прагнення, погляди, поведінку та ставлення. Їх реакція на ті ж самі речі, які могли турбувати в підлітковому періоді, може дещо відрізнятися в цей час. Змінюються акценти, зсуваються пріоритети, тому негативні настрої та депресивність зумовлюється трохи іншими збудниками, але все одно потребує, схожих до підліткових, методів подолання або попередження цих станів.

Існує достатньо методів та способів для попередження виникнення цього стану таких як профілактичні бесіди у школі з шкільним психологом або класним керівником, інформування батьків спеціалістами щодо стану дитини, емоцій які вона переживає та ситуацій у яких їй доводиться перебувати. Консультування щодо можливості виникнення негативних станів та способів їх усунення, акцент на важливості активного спілкування підлітка з батьками, ровесниками, спеціалістами. Залучення школяра до правильного та активного способу життя, що також є досить важливим у справі запобіганню розвитку депресивних станів.

Якщо профілактичні заходи нам вже відомі, то постає питання, що робити якщо підліток наразі знаходиться у депресивному стані? Загалом, коли людина переживає депресію їй пропонують психотерапію, а у особливо складних випадках додають й медикаментозне лікування. Особам , що страждають на

депресивні стани пропонують також такі види терапії як арт-терапія, психодрама, поведінкову активацію (КПТ), тілесно орієнтовану психотерапію. Мою увагу привернула думка застосування зоотерапії або анімалотерапії (AnimalAssistedTherapy) у вирішенні проблеми підліткової депресивності. [47]

Зоотерапія – це вид терапії в якому тварини постають, як засіб лікування, поліпшення фізичних, соціальних, когнітивних або емоційних функцій людини. Після проходження терапії в учасників помічають підвищення настрою, вмотивованості, позитивні зміни відбуваються не тільки в психологічному, а й у фізичному стані.

Перші спроби анімалотерапії були зафіксовані у 1790 році у лікарні «Ретрит» (TheRetreat), де Вільям Тьюк практикував цей метод поряд із працетерапією та іншими гуманними напрямками які вибудовувалися на основі особистісного підходу та доброзичливості. У сьогоденні зоотерапія використовується у роботі з дітьми які страждають на аутизм, синдром Дауна, олігофренією та проблемами соціальної адаптації. Частіше використовують каністерапію – терапія з залученням собак, що є однією з найбільш затребуваних у сьогоденні. Наступними у використанні постають іпотерапія – взаємодія з конем, дельфінотерапія – дозволяє стабілізувати психоемоційний стан та фелінотерапія – метод лікування з залученням котів, найчастіше використовують у роботі з дітьми особливими потребами. Останнім часом каністерапію використовую при лікуванні ПТСР, у реабілітації військових з зони бойових дій.

Маючи можливість спілкуватися та спостерігати за власниками домашніх улюбленців, в більшому значенні собак, я помітила цікаві зміни та прояви у їх поведінці та настроях. Наприкінці важкого робочого дня, неприємних новин, сильної втоми, коли власники тварин починали взаємодіяти з хатніми улюбленцями наприклад, гратися з ними, виходити з ними на прогулянку їх настрій помітно покращувався. Деякі власники собак зізнавалися, що помічають покращення свого стану після часу проведеного на прогулянці або гри. Вони ставали активнішими та були більш відкриті до спілкування.

Наступним дієвим методом для подолання депресивних станів як і в дорослому, так і в підлітковому й юнацькому роках є арт – терапія.

Арт – терапія – направлення в психотерапії й психологічній корекції, засноване на застосуванні творчості у терапевтичних цілях. У вузькому сенсі, під арт – терапією розуміють образотворче мистецтво, цілю якого є вплив на психоемоційний стан людини.

Головною ціллю арт – терапії – є гармонізація психічного стану через розвиток здатності до самовираження та самопізнання. Цінність застосування мистецтва в терапевтичних цілях полягає в тому, що з його допомогою можна на символічному рівні висловити й дослідити почуття та емоції: любов, ненависть, образу, злість, страх, радість. Методика арт – терапії базується на переконанні, що зміст внутрішнього «Я» людини відображується в зорових образах кожний раз, коли він малює картину, ліпить скульптуру, вишиває візерунок, в цей момент відбувається гармонізація стану психіки.[34; с. 219 – 220]

У 1938 році англійський лікар та художник Адріан Хілл лікувався від туберкульозу у Мідхерст. Паралельно з виконанням основного, необхідного лікування, Хілл малював пейзажі, які були навкруги, й помітив, що творчість відволікає від хвороби та покращує настрій. На наступний рік його запросили викладати малювання іншим пацієнтам у Мідхерст – серед них було велика кількість солдат, які повернулися з місць воєнних дій. Заняття помітно допомогли знизити психологічне напруження та покращити психоемоційний стан. Термін арт – терапія Хілл створив у 1942 році, а пізніше описав свою роботу з пацієнтами в книзі «Мистецтво проти хвороб», проте, суперечки навколо цього методу не вщухають й донині.

Послідовниця Хілла, американський психолог Едіт Крамер, велика поціновувач фрейдівської ідеї про сублімацію, вважала, що процес творчості здатен самотійно зцілювати індивіда. Свої здогадки вона підтверджувала в Уїлтівському навчальному закладі для важких підлітків, де й отримала звання арт – терапевта.[34; с. 216]

Прибічники цього підходу стверджують, що творчість допомагає пережити й висловити внутрішньоособистісні конфлікти, а терапевт повинен мотивувати клієнтів довіряти своїй інтуїції, досліджувати свій продукт творчості й відповідно, самого себе.

Інший американський спеціаліст, Маргарет Наумбург, навпаки, стверджувала, що творчий процес в терапії є лише інструментом, а не самоціллю. За таким підходом, малюнки та інші види творчої діяльності використовуються швидше, як додатковий засіб діагностики.

На початку свого розвитку арт-терапія відображала погляди З. Фрейда та К. Г. Юнга, згідно з якими, кінцевий продукт художньої діяльності клієнта виражає його несвідомі психічні процеси. У 1969 році в Америці була створена Американська арт – терапевтична асоціація.[34; с. 217]

Техніки арт – терапії побудовані на механізмі проєкції: людині надається не чітко сформульований об'єкт, для того щоб кожний наповнив його власним змістом. Це може бути карта Таро, загальне значення якої кожен може інтерпретувати по різному, або намальоване особою казкове створіння.

У терапії з дітьми їм часто пропонують намалювати родину, для того щоб краще зрозуміти обставини життя дитини, які переживання його турбують. Що стосується підліткового віку, то краще застосовувати ненав'язливі методи арт – терапії для гармонізації психосоматичного стану підлітка. Для більшої ефективності сеанси повинні мати системний характер, бути регулярними. Методи арт – терапії допоможуть вирішити психологічні проблеми підлітка та юнака: знизити рівень тривожності, агресивності, імпульсивності, підвищити рівень самооцінки, впоратися зі страхами та переживаннями.

Арт– терапія вміщує в собі такі напрями, як [34; с. 242 – 243]:

Арт – терапія у вузькому сенсі – малюнкова терапія або ізотерапія, що заснована на образотворчому мистецтві. Широко використовується для психологічної корекції невротичних та психосоматичних порушень серед дітей та підлітків зі складнощами в навчанні та соціальній адаптації. Висловлює емоційний стан досліджуваного.

Бібліотерапія – використання літературних творів у терапевтичних цілях. Література обирається спеціально, ефективність відбувається при ідентифікації суб'єкта з героями книги, переживаннями певного спектру емоцій, в цей час відбувається прояснення невирішених внутрішніх конфліктів, особистісних проблем.

Казкотерапія – використання казки для вирішення завдань в напрямі виховання, навчання, корекції поведінки, психологічної та психотерапевтичної допомоги.

Музикотерапія – допомагає в лікуванні соматичних та психічних захворювань; музична терапія є ефективним засобом при лікуванні депресивних станів.[53]

Драматерапія – використовується у роботі з міжособистісними й внутрішньоособистісними проблемами, психосоматикою.

Танцювальна терапія – використовується не лише для дорослих, а й для дітей та підлітків; створюються програми для боротьби зі стресами, психотерапевтичні програми; рекомендують застосовувати при розладах харчування.[51]

Лялькотерапія – метод психологічної допомоги дітям та підлітками, що полягає в корекції їх поведінки за допомогою лялькового театру. Цей метод допомагає в усуненні болісних переживань, покращенні психічного здоров'я, соціальної адаптації, сприяє розвитку самосвідомості, вирішуванню конфліктів в умовах колективної діяльності.

Пісочна терапія – спосіб позбавлення внутрішньої напруги, втілюючи його на безсвідомому – символічному рівні.

Глинотерапія – використовується у роботі з дітьми та підлітками, як спосіб впоратися з психологічними проблемами, знаходити вихід агресії, віднайти почуття контролю та спокою, допоможе впоратися зі страхами та налагоджувати комунікацію.

Фототерапія – використовується як засіб вирішення складних психологічних проблем, а також для розвитку та гармонізації особистості.

Ігрова терапія – використовується для дітей для подолання конфліктних ситуацій, дезактуалізації фобічних проявів, корегуванню поведінкових реакцій.

Загалом, кожен з зазначених арт – терапевтичних напрямів може бути застосований для запобігання розвитку або подолання депресивних станів у підлітковому та юнацькому віці. Найкращим, враховуючи особливості та новоутворення цих вікових періодів, буде використання ізотерапії, музикотерапії, бібліотерапії та танцювальної терапії.

Для цього віку характерно захоплюватися танцями, співами, фотографією, тому правильно обраний напрям, не тільки допоможе покращити психоемоційний стан способом терапевтичного методу, а й виступить своєрідною підтримкою тих важливих захоплень. Подібна увага з боку дорослих є позитивним підкріпленням, що сприяє зміцненню відносин, вибудовуванню довіри, взаєморозуміння.

Досить часто, юнаки та підлітки звертаються до прослуховування музичних творів, тому музикотерапія є ефективним способом подолання негативних станів. Складність полягає у тому, щоб пропонуючи підлітку чи юнаку музичні твори не нівелювати його особисті музичні вподобання. Підлітки перебуваючи у стані пригнічення часто обирають складну депресивну музику, яка може не покращувати, а навпаки, погіршити їх емоційний стан, заглибити у більш болісні переживання.

Ще один метод який ми би хотіли зазначити – це активуюча поведінкова терапія. Цей метод стрімко набирає популярність серед психологів та психотерапевтів в останні роки. Наразі, його застосовують для лікування депресивних станів у дорослому віці.

Одне з досліджень ефективності застосування активуючої поведінкової терапії було проведене у січні 2020 року групою американських дослідників: Uphoff E., Ekers D., Robertson L., Dawson S., Sanger E., South E., Samaan Z., Richards D., Meader N., Churchill R. Вони вишукували контрольовані дослідження в яких напрями лікування були хаотично розділені між учасниками, так як отримані цим шляхом дані є більш надійними. [46]

Вони зібрали п'ятдесят три дослідження з 5495 учасниками. У дослідженнях порівнювали поведінкову активацію з відсутністю лікування, звичайною допомогою, фіктивним лікуванням, вживанням ліків, перебуванні в очікуванні на лікування або іншими напрямками психотерапії, КПТ третьої хвилі, гуманістичною терапією, психодинамічною й інтегративною терапією. Дослідження відбувалося у чотирнадцяти країнах (14), але більша частина, двадцять сім (27) з них, - у США. Тривалість дослідження була визначена від чотирьох до шістнадцяти тижнів.

Увага була сконцентрована на виявленні ефективності лікування й можливості його застосування. Ефективність вимірювалася кількістю людей, які добре сприйняли цей метод та по його закінченню, перестали відповідати критеріям депресивного стану. [46]

За результатами дослідження було виявлено, що поведінкова активація може бути ефективним й можливим для застосування методом лікування депресивних проявів. Пацієнти з депресією при рекомендації подібного методу терапії отримують широкий вибір лікування, а також вивчають різноманітні форми й типи допомоги для майбутнього підтримування психічного здоров'я.

Активуюча поведінкова терапія є частиною когнітивно – поведінкової терапії (надалі КПТ). [1; с. 23]

КПТ направлена на те щоб надати переживанням підлітка або юнака позитивний стимул, розвинути здатність крок за кроком розв'язувати складні питання, налагодити соціальні взаємовідносини.

Ціллю КПТ є усунення негативних травмуючих думок й уявлень про себе, підвищити самооцінку, навчити вибудовувати здорові, позитивні соціальні відносини . [1; с. 24]

Під час проходження КПТ підлітку або юнаку надається прийнятна інформація щодо їх стану, причин виникнення та розвитку, спільно планується та структурується режим дня й діяльності, підкреслюється набуття позитивного досвіду, отриманого в результаті терапії, змінюються когнітивні установки. Поведінковий компонент КПТ дає можливість юнакам та підліткам з

депресивними станами приймати участь у соціальних діях, та отриманні, під час тренінгів, корисних навичок. [1; с. 23 – 25]

Спілкування з депресивними підлітками потребують тривалого часу, наполегливості та обережності у висловлюваннях, а також активного емоційного співпереживання.

Активуюча поведінкова терапія включає в себе відслідковування власної активності, планування часу та завдань. Головною метою є допомогти суб'єкту вийти з депресивного настрою, в той час як для нього притаманна пасивність, небажання вирішувати питання, невизнання проблем, що у свою чергу призводить до їх нагромадження й тим самим, погіршення психоемоційного стану індивіда. [1; с. 26]

Активація поведінки дозволяє зменшити депресивну румінацію, а також фіксує негативні думки, що не дозволяють особі змінити ту ситуацію, в якій він зараз перебуває. При організації своїх завдань, часу створенні списків справ які потребують виконання, підліток чи юнак повертає відчуття впливу та контролю на перебіг життєвих подій. Це є дуже важливим аспектом, бо саме відчуття невідповідності свого життя, відсутності впливу, неспроможність вирішувати стають на шляху до подолання цих загрозливих станів. [1; с. 28]

Позитивним елементом є те, що поведінкова активація, як методика, виключає можливість «неправильних» дій та відповідей, у разі виконання завдання суб'єкт не в змозі припуститися помилок, бо правильних відповідей – не існує. Головним є знаходження та відновлення тих активностей, що викликають позитивний стан й мотивують на подальші звершення. [1; с. 29]

3.2. Активуюча поведінкова терапія та MFQ, як корекція депресивних станів

Проаналізувавши теоретичний матеріал та отримавши результати емпіричного дослідження, ми отримали більше інформації про соціально – психологічні особливості депресивності в підлітковому та юнацькому віці.

Маючи більш чітке уявлення про причини, розвиток та динаміку цього стану у юнаків та підлітків ми наблизилися до наступного питання – запобігання розвитку негативних станів та усунення вже наявних проявів цієї проблеми.

В попередньому підпункті було розглянуто психотерапевтичні методи та методики, які застосовують для подолання тривожних, депресивних станів не тільки у випадку дорослих клієнтів, а й мають ефективне значення у роботі з юнаками та підлітками.

У підрозділі 3.2. ми прагнемо розробити та апробувати корекційну програму для юнаків та підлітків, з метою попередження або усунення негативних станів.

Сучасні юнаки та підлітки знаходяться у світі, який є для них складним за своїм змістом та тенденціями розвитку. Проблеми емоційного благополуччя знаходяться під пильним наглядом психологів, батьків та вчителів. Вчасне реагування на зміни поведінки, настроїв, емоційні реакції та самопочуття, завдяки швидкому реагуванню дозволить раніше та легше усунути негативні настрої, тим самим зменшити ризик виникнення небажаних тенденцій у розвитку особистості.

Важливим є процес засвоєння підлітком чи юнаком навичок й умінь подолання стресу, як надавати підтримку один одному, правильно звертатися по психологічну допомогу до рідних та близьких у разі необхідності. Здатність застосовувати стратегії вирішення проблеми, корегування унікаючої поведінки сприяє розвитку мотиваційних компонентів скеровуючи їх на успіх, все це є основою для розвитку особистості. [3; с.12]

Цілі та задачі програми:

Ціль: попередження або усунення депресивних станів в підлітковому та юнацькому роках

Задачі:

1. Знизити рівень тривожності у юнаків та підлітків
2. Отримання юнаками та підлітками знань, щодо своїх станів
3. Формування навичок саморегуляції
4. Ознайомлення з методами самоперевірки
5. Посприяти створенню у юнака та підлітка прагненню до самопізнання, до правильного застосування власних внутрішніх ресурсів.
6. Навчання самостійно застосовувати активуючу поведінкову терапію для усвідомлення своїх життєвих цілей та звершень.

Структура програми

Програма розрахована на юнаків та підлітків, які страждають на негативні стани. Форма проведення занять індивідуальна або групова.

Програма вміщує в собі комплекс заходів спрямованих на поліпшення психоемоційного стану юнаків та підлітків. Для реалізації цілей була обрана активуюча поведінкова терапія та методика MFQ (Mood and Feelings Questionnaire).

Заняття складається з:

1. Знайомства
2. Основної частини
3. Підсумок

Методи та методики: активуюча поведінкова терапія та тест MFQ (Mood and Feelings Questionnaire).

Тест розроблений Андріаном Ангольдом та Елізабет Дж. Костелло у 1987 році. Складається MFQ з тверджень, які мають описувати почуття та дії суб'єкта за останній час. Оцінення відбувається згідно з частотою виникнення цих почуттів протягом останніх двох тижнів.

Опитувальник має декілька версій:

Для дітей та підлітків – коротка версія;

Для дітей та підлітків – повна версія;

Для батьків – коротка версія;

Для батьків – повна версія;

Для дорослих – коротка версія;

Для дорослих – повна версія;

Нами була обрана повна версія для дітей та підлітків, яка вміщує в собі 33 твердження, що подані мовою оригіналу.

Особливості заняття:

- участь абсолютно добровільна
- оголошення своїх результатів лише за бажанням

Бажані результати:

При правильному застосуванні цієї програми, з системними зустрічами, повина розвиватися позитивна динаміка, поліпшення емоційно – вольової сфери підлітка та юнака з депресивними ознаками, також покращення будуть помітні у когнітивній, соціальній та мотиваційній діяльності.

Звіт з проведеної корекційної програми для юнаків та підлітків з депресивними ознаками

Знайомство.

Учасники програми представилися, назвали курс та напрямок підготовки. Їх було ознайомлено з метою цього корекційного заняття, про умови його проведення. Перед тим, як перейти до основної роботи, студентам було запропоновано поділитися своїми враженнями від проходження діагностичних методик (Опитувальник «Депрископ», Методика визначення тривожності (Шкала Тейлора, адаптація М. М. Пейсахова), Методика сортування (В. Стефансон), Шкала Либовиця для оцінки соціальної тривожності). Важливим є зрозуміти, наскільки зазначені методики сприймаються респондентами, які емоції в них викликають, які питання виникали під час заповнення тестових завдань. З чим вони погоджуються, а що вважають недоречним. Отримана інформація сприяє кращому пізнанню респондентів, розуміння ними завдань неопосередковано впливає на результати та загальні показники.

Основна частина.

Етап 1.

Учасникам було запропоновано заповнити тестову методику MFQ та одразу обробити свої результати. Цей тест було обрано для того, щоб ознайоми групу з методиками, які дозволять їм самостійно дізнатися більше про свій стан. Методика не важкою для обробки та інтерпретації результатів, що дозволяє використовувати її не лише психологами, а й пересічними громадянами. Відповіді оцінюються наступним чином:

Погоджуюся – 2 бали

Не погоджуюся – 0

Іноді – 1 бал

Етап 2.

Учасникам розповіли про активуючу поведінкову терапію, користь та способи її виконання. Разом з тим, було запропоновано виконати декілька завдань, які в майбутньому вони зможуть виконувати самостійно й тим самим, поліпшувати свій стан.

Завдання №1. Учасники повинні були написати свій розклад на день, вказати чіткі завдання, час їх виконання, години прийому їжі, відпочинку, пробудження та сну. Потім, їм потрібно було позначити те, що в їхньому персональному розкладі є важливим та невідкладним, потребує реалізації в той самий день, а що можна відкласти.

Наступним кроком було визначення того, що дійсно зі свого списку справ на день вони виконали.

Завдання №2. Написати, як має виглядати ідеальний розпорядок дня, вміщуючи ті активності, які приносять задоволення, позитивні емоції, мотивують та надихають. Співставити з попереднім розкладом, проаналізувати, наскільки вони відмінні.

Завдання №3. На основі цих двох планів на день, створити такий в якому важливі та обов'язкові справи поєднувалися з тими, які викликають позитивні емоції й є рушієм до діяльності. Учасникам, запропоновано створювати такий розклад на клжен день, починаючи з невеликої кількості справ.

Подібний принцип дозволить не просто організовувати свій час, бути активним та включеним у різноманітні події, а й бути вмотивованим, натхненим, відчувати контроль перебігу подій та власного життя. В майбутньому, суб'єкт, окрім чіткого плану на день, зможе вимальовувати цілі на тиждень або місяць, де кожен день буде маленьким кроком для досягнення великих успіхів.

Примітки:

Так як методика MFQ була надана мовою оригіналу, в деяких учасників заняття виникли деякі питання, щодо уточнення тих чи інших тверджень.

Для більшості учасників побудова детального розкладу виявилась складним завданням, через те що загалом план на день є приблизним й немає чіткого регламенту.

Також, було виявлено, що значна частка опитуваних не виконує всі важливі справи, які відведені на конкретний день й не може віднайти дійсні

причини для пояснення. Тим часом, кількість негайних справ переміщується з одного дня на інший, тим самим відбувається накопичення різноманітних завдань, які призводять до стресу та виникненню тривоги.

У половини учасників ідеальний розклад включав в себе: пізні пробудження зранку, зустрічі з друзями, прослуховування музики або інша творча діяльність, загалом, активність направлена на відпочинок.

Feedback:

Учасники були загалом задоволені проведеною сесією, виявили цікавість до теми, своїх переживань, настроїв та станів. Ставили питання про методики та опитування, які вони могли б самостійно використовувати для отримання про себе більш розгорнутої інформації.

Реакція на активуючу поведінкову терапію була досить позитивною, але майже всі учасники висловили питання складності, яке полягає дотримання необхідного розпорядку дня. Їм дуже важко змусити себе діяти згідно з розкладом, вони потребують контролю, але в той же час не бажають, щоб їх хтось контролював, хоча й розуміють наскільки це необхідно.

Отже, зазначена вище програма направлення на попередження або усунення негативних настроїв у підлітковому та юнацькому віці. В ній використано тестову методику MFQ для самозвіту й розуміння своїх станів, переживань та активуючу поведінкову терапію, яка повертає юнакам та підліткам з ознаками депресивності, відчуття контролю за своїм життям.

Висновки до третього розділу

Проблема негативних настроїв та розвитку депресивних станів є досить гострою у наш час, вона охопила не лише доросле населення, а й досить молоду й вразливу його частину.

Юнаки та підлітки досить гостро переживають проблеми та невдачі, новоутворення їхнього віку є для них складними та незрозумілими, на фоні цього й відбувається розвиток депресивних розладів, які суттєво впливають на перебіг якості життя суб'єкта. Страждає емоційна вольова сфера, соціальна, а також змінюється фізичний стан. Підліток або юнак, не в змозі впоратися з вибором тих почуттів, що його охоплюють, втрачає інтерес до життя, мотивацію, активність та залученість до власних життєвих подій. Тривожність, сум, пригнічення, невпевненість – стають вірними супутниками, створюючи коло з якого індивіду складно вибратися самотужки, тому вони потребують допомоги. В силу особливостей свого віку, юнаки та підлітки, не звикли звертатися за допомогою до дорослих, вчителів, батьків, психологів, натомість, прагнуть впоратися самотійно, тим самим довести свою дорослість. Нажаль, це не вдається, стан починає загострюватися й, непомітно для суб'єкта, він опиняється у складній ситуації з якої не може знайти вихід.

Дослідження, яке ми проводили протягом декількох років, зафіксувало наявність негативних переживань та депресивних настроїв у підлітковому та юнацькому віці. Виникнення цих станів, в більшості випадків, пов'язано з критичним ставленням до себе, своєї зовнішності, проблемами соціальної взаємодії, власними невдачами та неспроможністю здійснити бажане. Школярі часто обирають твердження стосовно страху відвідувати навчальний заклад, а студенти – про погіршення фізичного стану.

Проблема депресивності наявна й потребує уваги та вирішення. Звісно, краще попередити розвиток цих станів шляхом проведення бесід, тренінгів, й позакласної діяльності. Батьки повинні розуміти й враховувати зміни, які відбуваються з їхніми дітьми, намагатися вибудовувати довірливі стосунки, проявляти увагу до змін настроїв та поведінки.

У цьому розділі ми розглянули терапевтичні методи, які активно використовуються для подолання депресивних станів в дорослому, юнацькому та підлітковому роках. Визначили, що більш прийнятними для роботи з підлітками та юнаками вважається терапія з залученням тварин, звернення до арт – терапевтичних засобів лікування. Творчий підхід допомагає не тільки впоратися з негативними станами, а й розкриває потенціал й мотивує підлітка та юнака.

На основі отриманої теоретичної інформації та емпіричних показників, ми створили корекційно – терапевтичну програму направлену на подолання негативних станів в підлітковому та юнацькому віці. До програми були залучені студенти 1 – го курсу Національного університету «Києво – Могилянська академія», «кафедра зв'язки з громадськістю». Студенти були залучені за добровільною згодою, проінформовані, щодо мети та завдань терапевтичної програми. В ході програми, студенти засвоїли техніки, щодо самостійного подолання негативних настроїв, ознайомлені з особливостями й проявами депресивних станів й елементарними методиками для їх діагностики. наприкінці заняття був отриманий позитивний зворотній зв'язок.

ВИСНОВКИ

В результаті теоретичного та емпіричного дослідження проведеного в межах нашої роботи, ми можемо припустити наступне:

1. Наші теоретичні пошуки дозволили нам більше досягнути проблему вивчення депресивних станів в підлітковому та юнацькому віці. Ми дізналися звідки походять перші вивчення негативних настроїв, депресії, депресивних станів та інших супутніх хвороб в межах дитячої та юнацької психіатрії. Отримали більше інформації про розвиток цієї проблеми на просторах світової та вітчизняної психології та психіатрії.

Теоретичні та практичні роботи з якими ми ознайомились надали нам змогу дізнатися більше про види, прояви та перебіг депресивних станів у підлітковому та юнацькому роках.

За допомогою отриманої інформації, ми розширили свої знання щодо соціально – особливостей підліткового та юнацького вікових періодів. Новоутворень, які з'являються на даному етапі життя, й їх вплив на сприйняття світу сучасного юнака та підлітка.

2. У емпіричній частині ми змогли відчути себе дослідниками й ще більше занурилися в перебіг цих станів. Обрані методики дозволили нам отримати більше інформації, щодо тривог, переживань та соціальної ситуації сучасного підлітка.

Участь у нашому лонгітюдному дослідженні прийняли учні Спеціалізованої школи № 82 імені Т. Г. Шевченка м. Києва. Емпіричне вивчення респондентів відбувалося з 2017 року, коли підлітки перебували у 8 –му класі, й продовжувалося до 2019 року, до переходу до 10 –го класу. Таким чином, ми могли спостерігати тенденції до розвитку тривожних та депресивних станів, спостерігати картину соціального розвитку.

На останньому етапі до них приєдналися учні 10 –го класу Креативної міжнародної дитячої школи, де відбулося порівняння симптоматики зазначених настроїв, їх схожість та відмінність, гострота та помірність, залежність – незалежність від соціальної ситуації та групової взаємодії.

Таким, чином ми отримали цілісніше уявлення, що проходження депресивних станів у підлітковому віці, глибинні переживання, ставлення до себе, оточуючих та світу загалом. Виявили, наскільки загрозливою та масштабною є ця проблема, й наскільки вона впливає на якість життя сучасних підлітків.

3. У 2021 році, ми продовжили наше дослідження за участі студентів 1–го курсу Національного університету «Києво–Могилянська академія», факультету соціальних наук та соціальних технологій, кафедри «зв'язки із громадськістю». Ми дослідили особливості проявів депресивних станів у цьому віковому періоді, характерність тих чи інших проявів. Отримали більше уявлення про соціальну взаємодії та її роль у житті сучасного юнака, про переживання тривожності у різних її проявах. Отримані емпіричні дані доповнили наші знання, щодо особливостей юнацького віку, розкрили з іншої боку новоутворення цього вікового періоду й його впливу на розвиток негативних станів. Проблема депресивності має свої прояви й в юнацькому віці, завершення підліткового віку та закладу середньої освіти не свідчить про уникання цих станів на іншій життєвій сходинці.

Нам вдалося співставити депресивні прояви юнацького та підліткового віку, віднайти подібності та відмінності переживань. Виявити наскільки психологічні особливості кожного вікового періоду зумовлюють розвиток депресивних станів, ставлення до себе в зовнішньому середовищі та виникненню внутрішніх конфліктів. Характер протікання негативних станів, різноманітність обирання положень у тестових методиках, що в свою чергу свідчить про різноманітність провідних характерів кожного вікового етапу.

4. У третій частині, ми скомпонували отриманні знання з першого розділу, разом з отриманим досвідом, результатами дослідження представленими у розділі 2, що надало нам змогу сформулювати програму корекційних заходів направлену на подолання або попередження депресивних станів у підлітковому та юнацькому віці.

Перевага програми постає в тому, що вона доступна для застосування в школі – класним керівником, вдома – батьками, та іншими, хто не володіє ґрунтовними психологічними знаннями та терапевтичними методиками. Ці заходи є простими та зрозумілими юнаку та підлітку, й не вимагає від них сильних вольових зусиль, які часто відсутні при переживанні депресивних настроїв. Подібні техніки не викликають занепокоєння й тому виникає менше опору зі сторони суб'єкта. У разі гострого стану переживання депресивних станів – правильним є співпраця з фахівцем та залучення більшої кількості допоміжних психотерапевтичних методик.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аврамчук О. Розлад соціальної тривоги: актуальність та перспективи. / «Психосоматична медицина та загальна практика», 2018., Т. 3, №3, Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, м. Львів. – С. 20 – 23.
2. Басинская, И.В. Социальная тревожность и поведенческие компетенции линейных и проектных менеджеров / И.В.Басинская, О.М.Радюк, Д.В.Лукьянов, А.А.Фомченко //Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Інформаційні технології та управління проектами: зб. наук. праць. – Одеса: Фенікс, 2011. – Вип.№3. – С. 91-99
3. Богатырева Т. Л. Практическому психологу: цикл занятий с подростками. Методическое пособие для школьных психологов и социальных педагогов. – М.: Педагогическое общество России, 2007. – 144 с.
4. Бодалев А. А. Психология общения. – М.: издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996. – 256С.
5. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. – М.: Питер, 1968. – 399 с.
6. Брилинг Е.Е. Подросток: бить или любить? Уроки любви и терпения для родителей. – М.: Дрофа – Плюс, 2005. – 256с.: ил. – (Психология для всех и для каждого)
7. Вашека Т.В., Гічан І.С. Психологія спілкування: Навч. – метод. комплекс. – К.: Книжкове вид – но НАУ, 2006. – 184с.
8. Выготский Л.С.. Педология подростка// Педагогика, Собр.соч. в 6т. Т4. – М.: 1984 – с.433
9. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика систематика. – М.: Медицина, 1998 – 128 с.
10. Голик А. Н. Лекции по психопатологии детского возраста. – М. : Классикс Стиль, 2005. - 304 с.
11. Гуревич М. О. Психопатология детского возраста. – М. : Госмедиздат, 1932. – 231 с.

12. Зейгарник Б. В. Теория личности Курта Левина. [гештальтпсихология] : монография / Б.В. Зейгарник. – Москва : Издательство Московского университета, 1981. – 118 с.
13. Ельконин Д.Б. Некоторые аспекты психического развития в подростковом возрасте// Психология подростка. Под ред. Ю.И. Фролова. – М.: Роспедагенство, 1997 – 399 с.
14. Иовчук Н.М. Депрессия у детей и подростков./ Н.М Иовчук, А.А. Северный – М.: «Школа – Пресс, 1999 – 80 с.
15. Исаев Д. Н. Психопатология детского возраста: Учебник для вузов. – СПб.: СпецЛит, 2001. – 463 с.
16. Кабанов М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике: монография/ М.М. Кабанов, А. Е. Личко, В.М. Смирнов. – Ленинград: Медицина, 1983 – 312 с.
17. Клиническая психиатрия. Детский возраст: учеб. пособие/ Е.И. Скугаревская [и др.]; под ред. проф. Е.И. Скугаревская. – Мн.: Вышэйшая школа – 2006 – 436 с.
18. Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – М. : Медицина, 1985. – 288 с.
19. Кон И. С. Психология ранней юности. – М.: Просвещение, 1989. – 256 с.
20. Крылова Е. С. Депрессия при расстройстве личности в юношеском возрасте. / Статья «Клиника нервных и клинических заболеваний. Журнал неврологии и психиатрии, 8,»,., ФГБУ «Научный центр психического здоровья», Москва, 2018. – с. 4 – 9.
21. Крутецкий В.А. Психология: учебник для учащихся пед.училищ.,– М.: Просвещение, 1986. – 352 с.
22. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков: монография/ А.Е. Личко – издание 2 – е , допол. и перераб. – Л.: Медицина, 1983. – 256 с.
23. Малкіна – Пих І. Г. Психосоматика: довідник практичного психолога. – М.: Ексмо. 2005. – 992 с.
24. Методика “Q -сортировка” (В.Стефансон) // Психологические тесты / Под ред. А.А.Карелина: В 2 т. – М., 2001. – Т.2. - С. 65 – 69 .

25. Немов Р.С. Психология. В 3-х кн. Кн.1.: Общие основы психологии: учеб. для студ. высш. пед. Учеб. заведений./ Р.С. Немов. – 5 – е изд. – М.: Гуманитар. изд.центр ВЛАДОС, 2007. – 687 с.
26. Немов Р.С. Психология. : учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений : в 3 кн. / Р. С. Немов. – 4 – е изд. – М. : Гуманитар. изд. Центр ВЛАДОС, 2005. – Кн. 2. Психология образования. – 606 с.
27. Немов Р.С. Психология. В 3 – х кн. Кн. 3. : Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики : учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений. / Р. С. Немов. – 4 – е изд. – М. : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2007. – 631с.
28. Обухова Л.Ф. Возрастная психология. Учебник. изд. 4. – М.: Педагогическое общество России, 2004. – 442с.
29. Петровский А.В. Общая психология. 2-е изд., перераб. и доп.. – М.: Просвещение, 1976 – 479с.
30. Півторак Г. Українці. Звідки ми і наша мова. – К., Наукова думка 1993 – 181с.
31. Подольский И.А. и др. Диагностика подростковой депрессивности. Теория и практика/ А.И. Подольский, О.А. Идובהва, П. Хейманс. – СПб.: Питер, 2004. – 202с.: ил. – (серия «Учебное пособие»)
32. Психология. Словарь/ Под общ. Ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: Политиздат, 1990. – 494 с.
33. Рогов Е. И. Психология группы / Е. И. Рогов. – М. : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2005. – 430 с.
34. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика. — СПб.: Питер Ком, 1999. — 384 с.: (Серия «Мастера психологии»)
35. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т.1/А.С.Тиганов, А. В. Снежневский, Д. Д. Орловская и др.; Под ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — 712 с
36. Скрипченко О. Загальна психологія: навч.посібник/ О. Скрипченко, Л. Долинська, З. Огороднійчук та ін.. – К.: Просвіта 2005 – 464 с
37. Сорокоумова Е.А. Возрастная психология. Краткий курс. – СПб.: Питер, - 2008. – 208с.

38. Степанов В. Г. Психология трудных школьников: учебное пособие для учителей и родителей. – М.: Академия. 1997 – 320с.
39. Суицидологическая ситуация в Украине: статистика и эпидемиология. Юрьева Л. Н., Юрьев А. Е. / статья. / Суицидология №3 (12), том 4. – 2013. – С. 70 - 76
40. Толстых Н.Н. Психология подросткового возраста: ученик и практикум для академического бакалавриата/ Н.Н. Толстых, А.М Прихожан. – М.: Издательство Юрайт, 2017. – 406с.
41. Фельдштейн Д.И. Особенности ведущей деятельности детей подросткового возраста// Хрестоматия по возрастной психологии. – М.: Институт психологии. – 1996. – 304 с.
42. Фельдштейн Д.И. Психология взросления. – М.: МПСИ, 1999. – 672 с.
43. Шаповаленко И.В. Психология развития и возрастная психология: учебник и практикум для СПО/ И.В. Шаповаленко. – 3 – е изд. пер. и доп. – М.: Издательство Юрайт, 2019. - 575 с.
44. Шевандрин Н.И. Социальная психология в образовании: Учеб. пособие. Ч1. Концептуальные и прикладные основы социальной психологии. – М.: ВЛАДОС, 1995 – 544 с.
45. Adolescent mental health. World Health Organization (WHO), website publication, 28 september 2020 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
46. Behavioural activation therapy for depression in adults with noncommunicable diseases. / article / august 2020 / Uphoff E., Ekers D., Robertson L., Dawson S., Sanger E., South E., Samaan Z., Richards D., Meader N., Churchill R.
47. Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. / article / october 2013 / Shinohara K., Honyashiki M., Imai H., Hunot V., M Caldwell D., Davies P., HM Moore T. Churchill R.
48. Bitsko RH, Holbrook JR, Ghandour RM, Blumberg SJ, Visser SN, Perou R, Walkup J. Epidemiology and impact of healthcare provider diagnosed anxiety and depression among US children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. Published online before print April 24, 2018

49. Cree RA, Bitsko RH, Robinson LR, Holbrook JR, Danielson ML, Smith DS, Kaminski JW, Kenney MK, Peacock G. Health care, family, and community factors associated with mental, behavioral, and developmental disorders and poverty among children aged 2–8 years — United States, 2016. *MMWR*, 2018
50. Cole M. On putting Humpty Dumpty together again: A discussion of the papers on socialization of children`s cognition and emotion. *MerillPalmer Quarterly*/ 1991/ p.37
51. Dance movement therapy for depression. / article / february 2015 / Meekums B., Karkou V., Nelson A.
52. differences in the manifestations of depression in young people. A study of French hight school students part 1./ Article in *European Child & Adolescent psychiatry*/ July 1992/ D. Bailly, R. Beuscart, c. Collinet, J. Y. Alexandre, Ph. Parquet.)
53. Music therapy for depression. / article / November 2017 / Aalbers S., Fusar – Poli L., Freeman R., Spreen M., CF KET J., Vink A., Maratos A., Crawford M., Gold C.
54. Short-term outcome of major depression 2: Life, Events, Family dysfunction, and friendship difficulties as predictors of persistent disorder./ article/ *Journal of the American Academy of child & Adolescent psychiatry*./ Ian M. Goodyer M.D., F.R.C. PSYCH/, J. Herbert M.B., PH.D., A. Tamplin PH.D., S.M. Secher, B.A., J. Pearson B.A./ 1989, 1991, 1997/ p. 477 – 480.

ДОДАТКИ

Додаток А.

Таблиця 8.

Результати тестування учнів 10 – В класу спеціалізованої школи №82
імені Т. Г. Шевченка, за методикою «Модифікований опитувальник для
ідентифікації типів акцентуацій характеру у підлітків» (ПДО А.Е. Личко)
2019 рік

Респондент	Г / Ц	Л / А	С / Т	І / З	Д / Н	К	ТИП
1	9 / 2	7 / 2	2 / 2	1 / 2	9 / 4	2	Гіпертимний, демонстративний
2	6 / 5	6 / 3	6 / 8	1 / 5	8(+1) / 3	4	Демонстративний
3	11 / 3	9 / 6	6 / 4	2 / 5	9(+1)/3	4	Гіпертимний
4	5 / 8	8 / 8	7 / 3	7/7	5 / 7	2	Лабільний,астено- невротичний
5*	6 / 10	10 / 11	10 / 7	6 / 10	5 / 10	3	Лабільний, сенситивний
6*	9 / 12	10 / 9	7 / 6	9 / 10	8 / 3	1	Циклоїдний
7	13 / 6	7 / 7	6 / 5	10 / 5	8(+1)/7	5	Гіпертимний
8*	8 / 8	9 / 8	5 / 11	10 / 9	11(+1)/13	6	Демонстративний, Нестійкий
9*	9 / 3	8 / 4	9 / 7	6 / 8	4 / 4	2	Сенситивний
10	-	-	-	-	-	-	-
11	7 / 2	8 / 1	6 / 3	5 / 5	8 / 6	3	Лабільний, демонстративний
12	7 / 4	5 / 1	3 / 7	1 / 6	2 / 5	3	Тривожно – педантичний
13	7 / 9	9 / 5	6 / 7	6 / 10	8 / 5	0	Збудливий

14	5 / 10	12 / 9	10 / 12	13 / 9	7 / 10	0	Інтровертований
15*	4 / 5	9 / 7	8 / 11	11 / 8	7(+1) / 6	5	Тривожно – педантичний, Інтровертований
16*	2 / 9	10 / 11	13 / 8	9 / 6	3 / 3	1	сенситивний

Таблиця 12.

Результати тестування учнів 10 – го класу КМДШ, за методикою
«Модифікований опитувальник для ідентифікації типів акцентуацій характеру у
підлітків» (ПДО А.Е. Личко) 2019 рік

Респондент	Г / Ц	Л / А	С / Т	І / З	Д / Н	К	ТИП
2*	10 / 5	7 / 2	6 / 6	3 / 6	9 / 4	3	Гіпертимний
3	8 / 9	9 / 11	11 / 7	7 / 9	8 / 7	1	Астено- невротичний сенситивний
6	10 / 7	10 / 7	5 / 10	6 / 8	9 / 4	3	Гіпертимний Тривожно- педантичний
9*	11 / 9	6 / 6	9 / 6	5 / 6	6 / 3	3	гіпертимний
10	-	-	-	-	-	-	-
11	5 / 11	10 / 11	11 / 10	12 / 9	6 / 7	0	інтровертований
14	-	-	-	-	-	-	-

Додаток Б.

Завдання 1.

Інструкція: Всегда хочется чувствовать себя счастливым, но не всегда удаётся. Мы хотели бы узнать, бывают ли у вас неприятные чувства и мысли, плохое самочувствие.

Возьмём за единицу измерения один день из последних 99.

Если какое-то из перечисленных ощущений возникало у Вас ежедневно, поставьте против него число 99, если ни разу – число – 0.

Если же это ощущение то возникало, то исчезало, оцените его числом от 0 до 99 и поставьте против соответствующего утверждения.

Трудно выбрать число абсолютно точно, поэтому отвечайте, не задумываясь, быстро.

Если вы испытывали это чувство вчера или сегодня, обведите соответствующий номер утверждения.

№ п/п	Утверждение	Число дней
1	Я испытывал(а) страх	
2	Я был(а) раздражительным (ой)	
3	Я не верил (а) в будущее	
4	Я чувствовал (а) себя подавленным (ой)	
5	Я волновался (лась) по пустякам	
6	Я был (а) разочарован (а) жизнью	
7	Я чувствовал (а) себя одиноким (ой)	
8	Я не могу успокоиться	
9	Мне было трудно уснуть	
10	Мне пришлось принимать снотворное	
11	Проснувшись, я чувствовал (а) себя усталым (ой)	
12	Обычно я чувствовал (а) себя усталым (ой) и выжатым (ой)	
13	Я боялся (лась) идти в школу	
14	Я легко уставал (а)	

15	Я потерял (а) интерес к тому, что было для меня важным	
16	У меня пропал аппетит	
17	Я разочаровался (лась) в любви	
18	Я чувствовал (а) себя никчемным (ой)	
19	Я не мог (ла) себе простить своих ошибок	
20	Я старался (лась) избегать общения с другими людьми	
21	Мне не хотелось жить	
22	Мне было трудно сосредоточиться на чём-то одном	
23	Я всё делал (а) медленнее, чем обычно	
24	Я испытывал (а) упадок сил	
25	Я мог (ла) спать день и ночь	
26	Я чувствовал (а) себя виноватым	
27	Я был (а) очень несчастным	
28	Я совсем себе не нравился (лась)	
29	Я был(а) обидчив	
30	Мне хотелось плакать	
31	Я чувствовал (а) себя нелюбимым (ой)	

Додаток В.

Завдання 2.**Інструкція обстежуваним**

Необхідно дати відповідь на всі твердження, які містить опитувальник.

Якщо вони відповідають Вашому уявленню про себе, напишіть «Так», у протилежному разі – «Ні».

Якщо Вам важко дати певну відповідь, напишіть «Не знаю».

Працювати бажано швидко, не пропускати запитань, ніяких додаткових записів не робити.

Тестовий матеріал

1. Часто я працюю з великим напруженням.
2. Вночі мені важко заснути.
3. Для мене приємні несподівані зміни у звичних обставинах.
4. Мені часто сняться страшні сни.
5. Мені важко зосередитися на якомусь завданні чи роботі.
6. У мене дуже неспокійний і переривчастий сон.
7. Я хотів би бути таким щасливим, як, на мій погляд, інші.
8. Безперечно, мені не вистачає впевненості в собі.
9. Моє здоров'я дуже турбує мене.
10. Часто я відчуваю себе нікому не потрібним.
11. Я часто плачу, у мене «очі на мокрому місці».
12. Я помічаю, що мої руки починають тремтіти, коли я намагаюся зробити щось складне чи небезпечне.
13. Часом, коли я збентежений, у мене виникає сильна пітливість і це дуже турбує мене.
14. Я часто ловлю себе на думці, що мене щось тривожить.
15. Нерідко я думаю про такі речі, про які не хотілося б говорити.
16. Навіть у холодні дні я легко пітнію.
17. У мене бувають періоди такого занепокоєння, Що я не можу всидіти на місці.
18. Життя для мене майже завжди пов'язане з надзвичайною напруженістю.
19. Я набагато чутливіший, ніж більшість людей.
20. Я легко бентежусь.
21. Моє місце серед оточуючих дуже мене турбує.
22. Мені дуже важко зосередитися на чомусь.
23. Майже весь час я відчуваю тривогу через когось або через щось.
24. Часто я стаю надто збудженим і мені важко заснути.
25. Мені доводилося відчувати страх навіть тоді, коли я точно знав, що мені нічого не загрожує.
26. Я схильний сприймати все дуже серйозно.
27. Мені часом здається, що переді мною постають такі труднощі, які я не здолаю.
28. Я майже завжди відчуваю невпевненість у собі.

29. Мене дуже тривожать можливі невдачі.
30. Чекання завжди нервує мене.
31. Часом мені здається, що я ні на що не здатний.
32. Бували періоди, коли через тривогу я не міг заснути.
33. Іноді я засмучуюся через дрібниці.
34. Я легко збудлива людина.
35. Я часто боюся, що ось-ось почервонію.
36. У мене не вистачить духу пережити всі майбутні труднощі.
37. Часом мені здається, що моя нервова система розхитана, і я ось-ось втрачу розум.
38. Найчастіше мої ноги і руки досить теплі.
39. У мене рівний і добрий настрій.
40. Я майже завжди відчуваю себе зовсім щасливим.
41. Коли потрібно на щось довго чекати, я можу бути спокійним.
42. У мене рідко буває головний біль.
43. У мене не буває серцебиття під час очікування на щось нове або тяжке.
44. Мої нерви розхитані не більше ніж у інших людей.
45. Я впевнений у собі.
46. Порівняно з іншими людьми я вважаю себе сміливим.
47. Я сором'язливий не більше ніж інші.
48. Часто я спокійний і вивести мене з рівноваги нелегко.
49. Практично я ніколи не червонію.
50. Я можу спокійно спати після будь-яких неприємностей.

Завдання 3.

Інструкція : Вашій увазі пропонується 60 тверджень, що стосуються поведінки людини в групі. Прочитайте послідовно кожне з них і відповідайте «так» , якщо воно відповідає вашому уявленню про себе , або «ні» , якщо не відповідає йому. У виняткових випадках дозволяється відповісти «сумніваюся» . Відповідь фіксується в реєстраційному бланку .

Тест :

1. Критичний до товаришів.
2. У мене виникає тривога, коли в групі починається конфлікт.
3. Я схильний додержуватися порад лідера.
4. Я не схильний створювати занадто близькі відносини з товаришами.
5. Мені подобається дружність у групі.
6. Я сильний суперечити лідеру.
7. Відчуваю симпатії до одного – двох товаришів .
8. Уникаю зустрічей і зборів в групі.
9. Мені подобається похвала лідера.
10. Я незалежний у судженнях і манері поведінки.
11. Я готовий стати на будь-чию сторону в спорі.
12. Я схильний керувати товаришами.
13. Радію спілкуванню з одним - двома друзями.
14. З появою ворожості з боку членів групи я зовні спокійний.
15. Я схильний підтримувати настрій усієї групи.
16. Не надаю значення особистим якостям членів групи.
17. Я схильний відволікати групу від її цілей.
18. Відчуваю задоволення, протиставляючи себе лідеру.
19. Прагнув би зблизитися з деякими членами групи.
20. Волію залишатися нейтральним у спорі.
21. Мені подобається, коли лідер активний і добре керує.
22. Волію холоднокровно обговорювати розбіжності.
23. Я недостатньо стриманий у вираженні почуттів.
24. Прагну згуртувати навколо себе однодумців.
25. Незадоволений занадто формальними(діловими) відносинами.
26. Коли мене обвинувачують – я гублюся і мовчу.
27. Волію погоджуватися з основними напрямками в групі.
28. Я прив'язаний до групи в цілому більше, ніж до певних товаришів.
29. Я схильний затягувати і загострювати спір.
30. Прагну бути в центрі уваги.

31. Я прагнув би бути членом більш вузької групи.
32. Я схильний до компромісів.
33. Відчуваю внутрішній неспокій, коли лідер надходить всупереч його очікуванням.
34. Болісно ставлюся до зауважень друзів.
35. Можу бути підступним і вкрадливим.
36. Я схильний прийняти на себе керівництво в групі.
37. Я відвертий у групі.
38. У мене виникає нервово занепокоєння під час групової розбіжності.
39. Віддаю перевагу, щоб лідер брав на себе відповідальність при плануванні робіт.
40. Я не схильний відповідати на прояв дружелюбності.
41. Я схильний гніватися на товаришів.
42. Я намагається вести інших проти лідера.
43. Легко знаходжу знайомства за межами групи.
44. Намагаюся уникати бути втягненим у спір.
45. Легко погоджуюся із пропозиціями інших членів групи.
46. Чиню опір утворенню угруповань у групі.
47. Коли роздратований я глузливий і іронічний.
48. У мене виникає ворожість до тих, хто намагається виділитися.
49. Віддаю перевагу меншій, але більш інтимній групі.
50. Намагаюся не показувати свої дійсні почуття.
51. Стаю на сторону лідера при групових розбіжностях.
52. Я ініціативний у встановленні контактів у спілкуванні.
53. Уникаю критикувати товаришів.
54. Волію звертатися до лідера частіше, ніж до інших.
55. Мені не подобається, що відносини в групі занадто фамільярні.
56. Люблю затівати спори.
57. Прагну утримувати своє високе становище в групі.
58. Я схильний втручатися в контакти знайомих і порушувати їх.
59. Я схильний до перепалок, задиристий.
60. Я схильний виражати невдоволення лідером.

Регістраційний бланк

Номер питання	Так	Ні	Сумніваюся	Номер питання	Так	Ні	Сумніваюся
1				31			
2				32			
3				33			
4				34			
5				35			
6				36			
7				37			
8				38			
9				39			
10				40			
11				41			
12				42			
13				43			
14				44			
15				45			
16				46			
17				47			
18				48			
19				49			
20				50			
21				51			
22				52			
23				53			
24				54			
25				55			
26				56			
27				57			
28				58			
29				59			
30				60			

Додаток Д.

Завдання 4.

Інструкція 1: Пожалуйста, оцените силу чувства страха или тревоги, которое у Вас возникало или могло бы возникнуть в течение последних 7 дней, в каждой из указанных ситуаций, по следующей шкале: **0 - нет, 1 - слабые, 2 - средней силы, 3 - сильные.**

	Страх или тревога			
	нет	слабые	средней силы	сильные
1. Говорить по телефону в общественных местах	0	1	2	3
2. Участвовать в деятельности небольшой группы	0	1	2	3
3. Есть в общественных местах	0	1	2	3
4. Пить в общественных местах	0	1	2	3
5. Говорить с вышестоящим лицом (начальством)	0	1	2	3
6. Выполнять какие-либо действия или говорить перед	0	1	2	3
7. Участвовать в вечеринке, идти в гости	0	1	2	3
8. Работать под наблюдением (в присутствии) кого-либо	0	1	2	3
9. Писать под наблюдением (в присутствии) кого-либо	0	1	2	3
10. Говорить по телефону с малознакомым человеком	0	1	2	3
11. Говорить с глазу на глаз с малознакомым человеком	0	1	2	3
12. Встречаться с незнакомыми людьми	0	1	2	3
13. Мочиться в общественном туалете	0	1	2	3
14. Входить в комнату, где уже сидят другие люди	0	1	2	3
15. Быть в центре внимания	0	1	2	3
16. Выступать на собрании без предварительной подготовки	0	1	2	3
17. Проходить экзамен или аттестацию	0	1	2	3
18. Выражать неодобрение или несогласие с малознакомым	0	1	2	3
19. Смотреть прямо в глаза малознакомому человеку'	0	1	2	3
20. Выступать с подготовленной речью перед группой людей	0	1	2	3
21. Пытаться познакомиться с кем-либо	0	1	2	3
22. Вернуть товар в магазин	0	1	2	3
23. Организовать вечеринку, пригласить гостей	0	1	2	3
24. Сопротивляться настойчивым предложениям купить что-либо	0	1	2	3

Инструкция 2: Теперь, пожалуйста, оцените, насколько часто Вы избегаете указанных ситуаций: **0 - избегание отсутствует (0%)**; **1 - иногда (1-33%)**, **2 - часто (34-67%)**, **3 - почти всегда (68-100%)**.

		Избегание ситуации			
		нет	иногда	часто	почти всегда
25.	Говорить по телефону в общественных местах	0	1	2	3
26.	Участвовать в деятельности небольшой группы	0	1	2	3
27.	Есть в общественных местах	0	1	2	3
28.	Пить в общественных местах	0	1	2	3
29.	Говорить с вышестоящим лицом (начальством)	0	1	2	3
30.	Выполнять какие-либо действия или говорить перед аудиторией	0	1	2	3
31.	Участвовать в вечеринке, идти в гости	0	1	2	3
32.	Работать под наблюдением (в присутствии) кого-либо	0	1	2	3
33.	Писать под наблюдением (в присутствии) кого-либо	0	1	2	3
34.	Говорить по телефону с малознакомым человеком	0	1	2	3
35.	Говорить с глазу на глаз с малознакомым человеком	0	1	2	3
36.	Встречаться с незнакомыми людьми	0	1	2	3
37.	Мочиться в общественном туалете	0	1	2	3
38.	Входить в комнату, где уже сидят другие люди	0	1	2	3
39.	Быть в центре внимания	0	1	2	3
40.	Выступать на собрании без предварительной подготовки	0	1	2	3
41.	Проходить экзамен или аттестацию	0	1	2	3
42.	Выражать неодобрение или несогласие с малознакомым человеком	0	1	2	3
43.	Смотреть прямо в глаза малознакомому человеку	0	1	2	3
44.	Выступать с подготовленной речью перед группой людей	0	1	2	3
45.	Пытаться познакомиться с кем-либо	0	1	2	3
46.	Вернуть товар в магазин	0	1	2	3
47.	Организовать вечеринку, пригласить гостей	0	1	2	3
48.	Сопротивляться настойчивым предложениям купить что-либо	0	1	2	3