

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет соціальних наук і соціальних технологій
Кафедра Школа соціальної роботи ім. В. І. Полтавця

Кваліфікаційна робота

освітній ступінь - бакалавр

на тему: **«СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ЛЮДЬМИ, ЯКІ МАЮТЬ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ»**

Виконала: студентка 4-го року навчання, Спеціальності

231 Соціальна робота

Голуб Ольга Ігорівна

Керівник Дмитришина Н.Д.,

магістр соціальної роботи, старший викладач

Рецензент Бондаренко Н.Б., старший викладач

Кваліфікаційна робота захищена з оцінкою «_____»

Секретар ЕК _____

«_____» _____ 2022 р.

ЗМІСТ

	ст.
ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	5
РОЗДІЛ 2. СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ЛЮДЬМИ, ЯКІ МАЮТЬ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ.....	7
2.1 Характеристика депресивних розладів та їх види.....	7
2.2 Причини і наслідки виникнення депресивних розладів.....	12
2.3 Гендерні та вікові особливості переживання депресивних розладів.....	16
2.4 Форми та методи соціальної роботи з людьми, що мають депресивні розлади.....	25
ВИСНОВОК.....	33
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	35

ВСТУП

Депресія є поширеним захворюванням, від якого страждають приблизно 3,8% (це біля 280 мільйонів людей) населення у всьому світі, (Institute of Health Metrics and Evaluation, 2021). Відповідно до даних Всесвітньої Організації Здоров'я 5,0% дорослих осіб мають діагноз “депресивний розлад”. Організація World's Health Organization зазначила, що депресія є однією з основних причин загальних глобальних проблем зі здоров'ям.

Варто зазначити, що депресія відрізняється від природних коливань настрою або короткочасних реакцій психіки на виклики, що трапляються в повсякденному житті. Депресивний розлад може значною мірою впливати на стан здоров'я, особливо якщо він періодично повторюється і має помірну або тяжку інтенсивність. Людина, яка має депресивний розлад, може доволі сильно страждати, погано функціонувати на роботі, в школі, в сім'ї тощо. Найбільш трагічним результатом впливу депресивного розладу на людину є ризик самогубства. Щорічно через самогубство помирає понад 700 000 людей, фактично, це є четвертою причиною смерті серед людей 15-29- років (Institute of Health Metrics and Evaluation, 2021).

Вважається, що депресія є результатом складної взаємодії соціальних, психологічних і біологічних факторів. Люди, які пережили несприятливі життєві події (безробіття, важка втрата, травматичні події), мають більшу ймовірність розвитку депресії. Депресія, своєю чергою, може призвести до додаткового стресу та дисфункції та погіршити життєву ситуацію постраждалої людини та саму депресію (Дебра Дж., Бруді, М.Р.Н., 2018).

В різні періоди до лікування депресії підходили по-різному, від рекомендацій відволіктись і відпочити, до ретельно прописаного плану медикаментозного лікування. Сучасний підхід часто полягає у поєднанні психотерапії і прийому ліків.

Більш як 75% людей у країнах з низьким і середнім рівнем доходу не отримують лікування, попри те, що існують відомі ефективні методи лікування психічних розладів, (Еванс-Лако, Агілар-Гаксіола, 2018). Перешкодами для ефективного

лікування та догляду часто виступають брак ресурсів, відсутність кваліфікованих медичних працівників та соціальна стигма, пов'язана з психічними розладами. У країнах з будь-яким рівнем доходу людям, які страждають від депресії, часто ставлять неправильний діагноз і призначають антидепресанти.

Фахівці вважають, що суттєво наблизити послуги, спрямовані на допомогу людям, які страждають від депресії, можуть такі фахівці як соціальні працівники (Бленд, Дрейк, 2021).

Задача соціального працівника у роботі з людьми, що мають депресивні розлади полягає у тому, щоб підтримати на шляху у лікуванні, допомогти адаптуватись людині у соціальному житті та наснажити до подолання труднощів.

Отже, мета даного дослідження - визначити зміст, форми, та методи соціальної роботи з людьми, що мають депресію.

Завдання роботи полягає у тому, щоб:

- Описати поняття та види депресивних розладів
- Визначити основні причини виникнення депресивних розладів
- Описати вплив депресивних розладів на життя людей
- Визначити форми та методи соціальної роботи з людьми, що мають депресивні розлади

Об'єкт дослідження - люди, які мають депресивні розлади.

Предмет дослідження це форми та методи соціальної роботи з людьми, що мають депресивні розлади.

РОЗДІЛ 1

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для підготовки до теоретичної частини дослідження про соціальну роботу з людьми з депресивними розладами були використані такі бази знань: Scopus, Springer, EBSCO та інші. База даних Scopus, за інформацією вказаною на їх офіційному сайті, є найбільшою базою даних, що містить анотації та відомості про цитування літератури, що рецензується: наукових журналів, книг і матеріалів конференцій та ін., (Scopus, 2022). Springer, як джерело наукових статей та публікацій, забезпечує дослідників у наукових колах, установах та корпоративних дослідних відділах якісним контентом за допомогою інноваційної інформації, продуктів. (Springer, 2022). EBSCO є ресурсом, який вважають провідником досліджень, електронних журналів, книжкових колекцій, а також основним постачальником бібліотечних технологій, електронних книг для університетів та коледжів. Більше ніж 70 років вони співпрацюють з організаціями для вдосконалення досліджень завдяки якісному контенту та технологіям. (EBSCO, 2022).

Пошук відбувався на основі застосування ключових слів у пошукову функцію сервісів. Було використані такі ключові слова: “види депресивних розладів”, “класифікація депресивних розладів”, “характеристика депресивних розладів”, “визначення депресії”, “статистика щодо захворюваності депресії серед молоді”, “вплив депресивних розладів на людину”, «соціальна робота з людьми, які мають депресивні розлади» та інші. Пошук здійснювався двома мовами – українською та англійською.

У результаті пошуку даних для дослідження було знайдено близько 100 джерел які відповідали темі дослідження, 60% були глибоко опрацьовані і близько 40% було безпосередньо використано для написання дослідження.

Більшість джерел, що були використані - англомовні, проте при написанні роботи були використані і україномовні джерела.

Для дослідження були обрані такі підтеми: характеристика депресивних розладів та їх види; причини і наслідки виникнення депресивних розладів; розбіжність впливу депресивних розладів на людей згідно з різними віковими групами та гендерними ознаками; форми та методи соціальної роботи з людьми, що мають депресивні розлади. Дані підтеми вивчались, щоб ґрунтовно описати характеристики депресивних розладів, їх вплив на різні групи населення та наслідки для життя людини, а також детально описати роль соціального працівника у лікуванні людини з депресією або депресивними розладами.

При зборі даних для опрацювання дослідження були використані підручники закордонних та українських науковців, дослідження інститути психологічного здоров'я, таких як Institute of Health Metrics and Evaluation, National Institute of Mental Health та ін., статті міжнародних організацій (наприклад, World's Health Organization) та інших джерел інформації.

При описі видів депресивних розладів та їх симптомів, була використана The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Яка була взята за основу у цій частині дослідження.

Праця М. Ratcliffe, (2015), що має назву "Emotional Experience in Depression: a Philosophical Study". Була опрацьована для опису впливу депресивних розладів на людей. Зокрема на емоційний аспект та переживання досвіду осіб через опис їх відчуттів та спогадів про свій депресивний стан. Однією з ключових професійних цінностей соціального працівника є емпатія, тому вивчення опису емоцій і досвіду людей, що пережили депресію може дати більше розуміння про діагноз та його вплив на людину.

Існує достатньо велика кількість наукових досліджень, книг та публікацій на тему депресії та депресивних розладів. У цьому дослідженні були обрані ті наукові роботи, які допомагають більше розкрити поняття соціальної роботи з людьми, які мають депресивні розлади.

РОЗДІЛ 2

СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ЛЮДЬМИ, ЯКІ МАЮТЬ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

2.1 Характеристика депресивних розладів та їх види

Депресивні розлади - тема багатьох досліджень вчених, практиків – клініцистів, філософів та науковців. Вона широко вивчається у всьому світі. Дослідники визначають велику кількість теорій, щодо виникнення депресивних розладів, але жодна з них не є абсолютною, тому що депресія – мультифакторне захворювання, процес діагностування та виявлення механізмів, які стають причиною формування та розвитку депресивних розладів, досить складний і комплексний. Не зважаючи на те, що термін «депресія» є досить широко вживаним, не всі стани можна класифікувати як депресивні.

Депресивні розлади мають ряд типових проявів: постійне пригнічення настрою, нездатність отримувати задоволення, апатія, нейровегетативні розлади, значне зниження рівня енергії, що виявляються в результаті дисфункціонального порушення соціальної та професійної діяльності, надмірне відчуття провини, знижена здатність до концентрації уваги та виникнення суїцидальних думок. В деяких випадках у людини може виявлятися не пригнічений стан, а навпаки, досить активний - підвищена дратівливість, тривожність, емоційна нестабільність (Бортнікова, Охріменко, 2021).

За даними Американської психіатричної асоціації (АРА), великий депресивний розлад, який часто називають депресією, може варіюватися від легкого до важкого, а симптоми, на додаток до вище описаних, можуть включати втрату або збільшення ваги, проблеми з недостатньою кількістю сну або занадто великою кількістю сну, відчуття втоми, почуття нікчемності або безнадійності.

У сучасній медичній практиці використовують два підходи до класифікації депресивних станів. Перший підхід ґрунтується на Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10), яка відповідає критеріям ВООЗ. Його використання обов'язкове в

медичній практиці Хорватії, України, Австралії тощо. В американській системі здоров'я використовують критерії, The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Вони є базовими у більшості випадків дослідження депресивних станів, які стають причиною формування та розвитку депресивних розладів.

Депресія піддається лікуванню. За даними АРА, майже всі люди отримують деяке полегшення під час лікування, і від 80 до 90% зрештою добре реагують на лікування. Лікування зазвичай включає комбінацію рецептурних препаратів і психотерапії. Когнітивно-поведінкова терапія, різновид психотерапії, ефективна в лікуванні депресії. Електросудомна терапія (ЕСТ) іноді використовується для тих, кому не допомогли інші види лікування (Американська психіатрична асоціація, 2020).

Депресивні розлади мають деякі типові ознаки:

- постійне пригнічення настрою;
- нездатність отримувати задоволення;
- апатія;
- нейровегетативні розлади;
- значне зниження рівня енергії, що виявляються в результаті дисфункціонального порушення соціальної та професійної діяльності;
- надмірне відчуття провини;
- знижена здатність до концентрації уваги;
- виникнення суїцидальних думок та інше;

У моделі DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) широко описані види основних депресивних розладів та їх симптоматика.

Перший вид це стійкий депресивний розлад (також його називають дистимією) — депресивний розлад, що зазвичай триває як мінімум два роки. Людина, що має діагноз стійкий депресивний розлад може мати епізоди великої депресії (Major

depression) разом із періодами менш виражених, але симптоми тривають приблизно протягом двох років, саме це вважається стійким депресивним розладом.

Другий вид - післяпологова депресія. Жінки з післяпологовою депресією відчувають повномасштабну велику депресію під час вагітності або після пологів. Вони відчувають надзвичайний смуток, тривогу та виснаження, які супроводжують післяпологову депресію, можуть ускладнити для матерів виконання щоденних справ по догляду за собою або за своїми дітьми.

Третій вид - сезонний афективний розлад. Характеризується початком депресії зимою/восени, коли природного сонячного світла менше. Ця депресія зазвичай зникає навесні та влітку. Зимова депресія, яка зазвичай супроводжується соціальним відмежуванням, збільшенням сну та збільшенням ваги, передбачувано повертається щороку у вигляді сезонного афективного розладу.

Четвертий вид - порушення регуляції настрою або «Розлад дис регуляції настрою» (DSMDD). Є новим діагнозом у DSM-5, який також може бути включений до ICD-9. Ключовими характеристиками є стійка дратівливість або знижений настрій, що супроводжується відносно частими та сильними спалахами настрою, що починаються в дитинство.

Ключовий момент: існує ряд підтипів великої депресії, які в основному ґрунтуються на тяжкості та поєднанні різних симптомів. Ці підтипи мають деякі відмінності в прогнозі та відповіді на лікування.

П'ятий вид - передменструальний дисфоричний розлад. «Передменструальний дисфоричний розлад» є відносно новим діагнозом, хоча він виникає через давню історію поведінкових і нейровегетативних симптомів, які супроводжують менструації, які в народі називають передменструальним синдромом. Передменструальний дисфоричний розлад включає афективну лабільність, як правило, з періодами як депресії, так і дратівливості, що супроводжується іншими типовими депресивними симптомами та часто фізичним збудженням. Симптоми виникають передбачувано під час або за кілька днів до менструації, щомісяця або

майже приблизно, і зазвичай зникають протягом кількох днів. Хоча дискомфорт під час менструації є майже універсальним, передменструальний дисфоричний розлад, здається, вражає, можливо, до 8% жінок у пременопаузі.

Сьомий вид - великий депресивний розлад. Симптоми великої депресії повинні показувати зміну типової поведінки людини та бути відносно стійкими майже щодня протягом щонайменше 2 тижнів (DSM-5) до місяця (ICD-0). Симптоми також повинні викликати функціональні порушення, щоб гарантувати діагноз великої депресії.

Попри свою назву, мабуть, науковці зазначають, що найбільш визначальним і відносно специфічним симптомом великої депресії є ангедонія, тобто втрата здатності отримувати задоволення або не зацікавленість приємними видами діяльності, які зазвичай отримують людину. За багатьох обставин депресивні особи не визнають, що почуваються сумними або пригніченими, але виявляють втрату інтересу до хобі, стосунків чи інших рутинних життєвих справ. Як частина клінічної оцінки великої депресії, виявлення цих життєвих пошуків і відстеження їх у часі допомагає визначити перебіг хвороби та одужання. Одним із поширених і відносно легко відстежуваних проявів ангедонії у дорослих є зниження статевого потягу; клініцисти часто не цікавляться сексуальною активністю, потенційно ігноруючи важливу клінічну підказку. Ангедонія є основним симптомом великої депресії (Стівен М. Страковський, 2015).

Ще одним з основних симптомів депресії є пригнічений або дисфоричний настрій. У підлітків драгівливість часто супроводжує чи замінює поганий настрій під час депресивного епізоду. Також, особи, що мають депресивний розлад можуть повідомляти про реактивну дисфорию, при якій незначні проблеми призводять до надмірної негативної емоційної реакції. Симптомом також є низький рівень енергії або втома.

Ці три основні симптоми — ангедонія, поганий настрій і низька енергія — зазвичай виникають одночасно.

Найбільш тривожним поведінковим проявом депресії є суїцидальність. Самогубство є жахливим постійним розв'язанням тимчасової проблеми, яка піддається лікуванню. Люди з великою депресією мають високий рівень самогубств, при цьому ризик протягом життя становить приблизно 8%; чоловіки з депресією в 5-7 разів частіше вчиняють самогубство, ніж жінки, хоча жінки роблять більше спроб. Люди, які не лікуються, мають до 5 разів вищий ризик самогубства, ніж ті, хто отримує допомогу. Безнадія також підвищує ризик самогубства.

Стосовно молоді та студентів, за результатами дослідження Л. Фіндлі, (2017) близько третини опитуваних повідомили, що школа була основною причиною стресу, другим стресовим фактором був фінансовий тиск та робота, також молодь зазначала, що відчують сильний тиск часу. Особисті стосунки впливають на стрес серед молоді, проблеми фізичного чи психічного здоров'я.

За оцінками цього дослідження, 11% підлітків у віці від 15 до 24 років протягом свого життя мали депресію або депресивні розлади. Приблизно половина тих, має депресію повідомили, що їх найважчий епізод тривав від одного до шести місяців. Для 18% їхній найгірший епізод тривав понад рік.

Також, проведене дослідження показало, що приблизно 14% підлітків у віці від 15 до 24 років в певний період свого життя мали суїцидальні думки. А також, за своє життя 5% склали план самогубства і 3,5% намагалися покінчити життя самогубством. Депресія та суїцидальні думки протягом життя були помірно корельованими (Л. Фіндлі, 2017).

Отже, депресія це складне, багатфакторне захворювання з цілим рядом специфічних проявів і симптомів. Дане захворювання внесено до міжнародних класифікаторів Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) та The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR), що демонструє серйозність ставлення світової наукової спільноти до захворювання та його вагомий вплив на життя сучасних людей. Існує кілька класифікацій депресивних розділів, їх симптоматика є складною та неоднозначною.

2.2 Причини і наслідки виникнення депресивних розладів

Виділяють різні причини та фактори, які впливають на розвиток депресивних станів в дорослих та молоді.

Одна з головних причин - генетична. Наукові дослідження довели, що депресія і тривога матері під час вагітності має властивість передаватися дитині, в деяких випадках тривожні та депресивні розлади таким чином з'являються у новонароджених дітей. Люди, родичі яких страждають на депресію, мають схильність до розвитку депресивних розладів в 1,5-3 рази більше, ніж інші. Дослідження, опубліковане в *Journal of Inherited Metabolic Disease*, підтверджують вищу захворюваність соціально-емоційних розладів, у дітей, чії родичі мали діагнози депресивних розладів в порівнянні з іншими.

Біологічні причини виникнення депресивних розладів згідно з дослідженням Бембновська, Йошко-Охойська, (2015) пов'язані з порушеннями рівня певних хімічних елементів у мозку. Дослідження, що були проведені в Університеті Пізи в Італії підтверджують, що дефіцит серотоніну грає одну з ключових ролей у виникненні депресії.

На появу депресивних розладів у людини впливають і соціальні фактори та спосіб життя. Це включає: проблеми з сім'єю, проблеми у відносинах або з друзями, травматичний життєвий досвід, стресові фактори життя, алкогольна та наркотична залежність, нездорове харчування, щоденне перевантаження на роботі, безсоння тощо.

На прояв депресивних розладів значним чином впливає сім'я. Мається на увазі як про стосунки між самими батьками, так і про їхні стосунки з дітьми. Негативно позначаються на психічному здоров'ї конфлікти, алкогольна або наркотична залежність в одного або декількох членів родини, розлученнями батьків, та багато інших факторів.

Дослідження, проведені в 1999 році, які вивчали зв'язок між депресією серед жінок і їх історією сексуального насильства в дитинстві, підтвердили, що сексуальне

наси́льство в дитинстві тісно пов'язане з проявом депресивних розладів в подальшому житті, як у жінок, так і у чоловіків.

Багато людей отримують діагноз депресивного розладу у дорослому віці через те, що мали досвід жорстокого поводження з ними у дитинстві.

дані, отримані дослідниками Тулузького університету (Коуноу К, Буї Е, Дасса К, 2012) під час досліджень, проведених серед населення Африки на південь від Сахари, описують зв'язок між епізодами травми в дитинстві та серйозними травмами депресії та розладів особистості в зрілому віці.

На прояв депресії серед дітей та підлітків також впливає і шкільне середовище. Наявність стресу, пов'язаного зі школою, навчанням, конкуренцією серед учнів та очікуваннями дотримуватися надто високої планки, встановленої вчителями та батьками - впливають на розвиток депресивних розладів. У 2005 році в Норвегії було проведено ряд досліджень, де досліджували учнів 12-15 років з метою встановлення кореляції між впливом шкільного середовища та депресивних розладів. Результати підтвердили кореляцію між шкільним стресом, відносинами у класі, стосунками з учителями, шкільними оцінками та симптомами депресії, особливо серед дівчат. Було доведено, що більш ніж у два рази частіше депресивні симптоми проявляються у підлітків, що мають репутацію “проблемного” учня, а також у дітей, що зазнають насильства в школі.

Соціокультурні фактори. Часто на розвиток депресії можуть впливати такі фактори, як освіта, релігія, системи цінностей людини та суспільства, соціальні умови. Моделі поведінки людини також відіграють значну роль при розвитку депресії (Бембновська, Йошко-Охойська, 2015).

Зміна місця проживання, зміна школи, а також відчуття безвиході та безглуздості життя також фактори, що провокують розвиток депресії. А також і інші проблеми, які пов'язані із сексуальністю, соматичними розладами, травмами. Доведено, що депресивні симптоми більш ніж у два рази сильніше вражають підлітків, причетних до булінгу, як у понятті “злочинця”, так і “жертви”. Вживання підлітками

психоактивних речовин також є суттєвою проблемою (Салуя Дж., Іачан Р., Шейтд П., 2004). Депресивні розлади, психічна та психологічна нестабільність пов'язані зі спробами втекти від реальності та щоденних проблем, що сприяють стресу, втраті енергії, психомоторним уповільненням, зміні в біологічних ритмах, апетиті, імунітеті та вживанні стимуляторів серед молоді. Таких як: сигарети, наркотичні речовини та алкоголь. Частота використання таких речовин у підлітків з кожним роком збільшується. Попри велику кількість оздоровчих програм і профілактики, підлітки недостатньо обізнані щодо небезпеки наслідків такого способу життя, і навіть не усвідомлюють, як це може вплинути їх майбутнє.

За даними World Health Organization, (2021), кожна шоста людина у світі знаходиться у віці 10-19 років. Захист підлітків від складних життєвих обставин або допомога у їх подоланні, забезпечення доступу до отримання психологічної допомоги, а також сприяння соціально-емоційному навчанню та психологічному добробуту мають велике значення для здоров'я в підлітковому та згодом у дорослому віці. В усьому світі, за оцінками, 1 з 7 (14%) підлітків у віці 10-19 років страждають від психічних захворювань, але вони в основному залишаються нерозпізнаними та тому не лікуються. Підлітки, що мають психічні розлади особливо вразливі до соціального відчуження, дискримінації, стигми. Це впливає на їх готовність звернутися за допомогою (World Health Organization, 2021).

Автори дослідження називають підлітковий вік вирішальним періодом для формування соціальних та емоційних звичок, важливих для психічного добробуту, до таких звичок відноситься:

- здоровий режим сну;
- регулярні фізичні вправи;
- розвиток навичок подолання проблем та міжособистісних навичок;
- навички керування емоціями.

Емоційні розлади поширені серед підлітків, конкретно тривожні розлади є найбільш поширеними в цій віковій групі, частіше зустрічаються серед старших, ніж серед

молодших підлітків. За оцінками, World Health Organization, (2021) 3,6% підлітків 10-14 років і 4,6% підлітків 15-19 років мають тривожний розлад. Депресія зустрічається серед 1,1% підлітків у віці 10-14 років і 2,8% серед 15-19-річних (World Health Organization, 2021).

Депресія та депресивні розлади, при відсутності наданої належної уваги та лікування, можуть перетікати в інші психічні розлади або вони можуть додаватися та поєднуватися. Такими, наприклад можуть бути, розлади поведінки, що частіше зустрічаються серед молодших підлітків. А також, синдром дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ), що характеризується надмірною активністю та дією, не враховуючи наслідки, такий розлад, за даними World Health Organization, (2021), зустрічається у 3,1% підлітків 10-14 років і 2,4% серед підлітків 15-19 років.

Також це може бути розлад поведінки (з симптомами деструктивної поведінки) зустрічається серед 3,6% підлітків 10-14 років і 2,4% підлітків 15-19 років. Автори дослідження пишуть про те, що поведінкові розлади можуть вплинути на освіту підлітків, а розлад поведінки може призвести до девіантної поведінки.

Часто серед підлітків та молоді зустрічаються і розлади харчової поведінки, які можуть бути наслідком депресивних розладів. Це можуть бути: нервова анорексія та нервова булімія. Такі розлади поведінки за даними дослідження World Health Organization, (2021) включають девіантну харчову поведінку та надмірну зацікленість на їжі, що часто супроводжується переживаннями щодо ваги та візуального стану тіла. Наслідком нервової анорексії може стати передчасна смерть, зазвичай через медичні ускладнення або самогубство. Такий розлад має вищу смертність, ніж будь-який інший психічний розлад (World Health Organization, 2021).

Слід зазначити, що найбільша небезпека діагнозу депресії або депресивного розладу полягає в тому, що тривалий час на нього можуть не звертати уваги. Таким чином виникає проблема надання якісної психологічної допомоги. Певною мірою внаслідок

такої поведінки депресія та депресивні розлади можуть спровокувати більш серйозні психічні розлади, а також самогубство. За даними вказаного вище дослідження World Health Organization, (2021) самогубство є четвертою причиною смерті серед старших підлітків (15-19 років). Фактори ризику самогубства можуть бути багатогранними. Вони включають:

- шкідливе вживання алкоголю;
- зловживання в дитинстві;
- стигму щодо звернення за допомогою;
- перешкоди на шляху до допомоги та доступ до засобів самогубства (World Health Organization, 2021).

Отже, є достатньо широке поле причин через які можуть виникнути депресія та депресивні . Починаючи від генетичних та закінчуючи соціокультурними факторами. Вчені продовжують постійно вивчати тему причин виникнення депресії. Наслідками депресії можуть бути: втрата жаги до життя і насолоди від нього, відстороненість від соціального кола, небажання робити робочі справи, навчатися і т.д.. Відповідно депресія має вплив майже на всі аспекти життя. Найгіршим наслідком депресії є самогубство, яке припиняє життя людини.

2.3 Гендерні та вікові особливості переживання депресивних розладів

Дослідження М. Реткліфф, (2015) стверджують, що у більшості, переживання досвіду депресії та депресивних розладів, передбачають глобальну зміну структури досвіду людини, з точки зору якої різноманітні симптоми, такі як: відчай, фізичний дискомфорт, апатія, почуття провини, почуття нікчемності, тривога та самотність, для особистості, що переживає або переживала досвід депресивних розладів або великої депресії, набувають нового значення. Дослідник назвав це «екзистенційними змінами», під якими мається на увазі всеосяжну зміну почуття «приналежності до спільного світу». Зазвичай стосується всіх думок, переживань і діяльності, здатність сприймати їх як належне. Можна припустити, що деякі види знайомих людям

переживань посилюються при депресії, а інші зменшуються: особа відчуває себе менш щасливою, більш втомленою, більш тривожною, менш активною та інше. Але, М. Реткліфф (2015), зазначає, що люди, які мають депресивні розлади, постійно вказують на те, що депресія сильно відрізняється від того, що більшість вважає «повсякденними» емоціями та переживаннями. Дослідник вказує на те, що людина з депресією опиняється начебто в іншому «світі», в ізолюваному, відрізаному від консенсусної реальності, де люди мають більш повсякденний досвід відчуття, ніж зазвичай.

Також, вказується, що люди з діагнозом депресивних розладів, часто наголошують, що цей досвід надзвичайно важко або навіть неможливо описати. Ця складність також можна частково пояснити впливом депресії на когнітивні здібності людини. Проте людям все ще важко передати свій досвід навіть після одужання. Автор зазначає, що депресія включає порушення чогось, що є фундаментальним для нашого життя, чогось, що залишається непоміченим, якщо не ушкоджено. Те, що розмивається або втрачається, — це «відчуття» комфортного занурення у світ: почуття, що втрачено саме життя (М. Реткліфф, 2015). Людина, що має депресивний розлад, може відчувати, що “втратила придатну для життя землю”. Втратила те, про що люди навіть не знають. Ось чому це так важко пояснити (Горнштейн, 2009). Почуття, що викликає депресія, важко описати: словниковий запас — коли справа доходить до розмови про депресію — ніби дуже обмежений. Під час дослідження, на інтерв'ю, люди зазначають: “Я прокинувся в іншому світі. Наче все змінилося, коли я спав: я прокинувся не в нормальній свідомості, а в кошмарі”. (Роу, 1978). Люди часто згадують про дивність і глибину того, що з ними трапилося.

Окрім глибини почуттів та зміну емоційного фону, в якому перебуває людина, депресивні розлади у результаті впливають на соціальне життя людини, охоплюючи всі сфери її життя. Так, наприклад, якщо ми говоримо про вплив на фізичне здоров'я, у дослідженні (Національний спільний центр психічного здоров'я, (2010), описує такі симптоми у тілі, як: фізична млявість, важкість та біль - як один із факторів впливу на людину та її життя. Тіло стає більш схильним до хвороб. Це певною мірою стосується і феноменології депресії. В цілому, можна сказати, що не

існує принципової різниці між переживаннями «соматичних» і «психічних» захворювань. У своїх роботах Кенделл, (2001) писав: найбільш характерне для всіх психіатричних розладів, депресивна хвороба, ілюструє неможливість розрізнити фізичні та психічні захворювання. Він пояснював це тим, що неможливо чітко визначити характерні ознаки, симптоматики або етіології так званих психічних захворювань, що можуть відрізнити їх від фізичних. Депресію не слід розрізняти на основі її «психологічної» або «фізичної» феноменології, не потрібно розділяти ці види (Національний спільний центр психічного здоров'я, 2010). Звісно, переживання серйозних хронічних захворювань, в більшості, відрізняють від депресивних розладів, на рахунок цього Національний спільний центр психічного здоров'я, (2010) робив спостереження, що депресія іноді, але не завжди супутня з хронічними захворюваннями.

Окрім особливостей емоційних переживань і фізичних хвороб, депресія також зачіпає такі психологічні аспекти особистості як само стигма та зіткнення особистості зі стигмою від соціуму, що її оточує. Результати дослідження Брохан Е., Долорес Дж., Норман Сорторіус Дж., Сорнікрофт Т., (2011) свідчать про те, що приблизно одна п'ята частина людей з депресивними розладами відчують помірний або високий рівень само стигми в 13 європейських країнах.

Зв'язок між само стигмою та розширенням прав людини і її можливостей, кількістю соціальних контактів, працевлаштуванням та освітою створює гіпотезу про те, що втручання, які мають на меті посилення цих факторів, можуть грати вагомую роль у зменшенні само стигми. Хендерсон & Торнікрофт, (2009) зазначає, що потрібні подальші дослідження, щоб вивчити та описати вплив різних видів діяльності, що спрямовані на широку громадськість та осіб з депресивними розладами, на зменшення само стигми. Наприклад, кампанії в ЗМІ, спрямовані проти суспільної стигми (Хендерсон & Торнікрофт, 2009), надають можливість вивчити ступінь зменшення стигми суспільства пов'язане зі зменшенням само стигми та усвідомленої стигми в певний проміжок часу.

Депресивні розлади впливають також і на здатність людини робити робочі справи, досягнення у кар'єрі тощо. Часто саме робота людини, перевантаження на ній або зайнятість, яку людина не любить, і є причиною виникнення депресії. У дослідженні Л. Елінсон & П. Хоук & С. К. Маркус, & Х. А. Пінкус, (2004) щодо впливу депресивних розладів на життя людей, приблизно половина осіб, які повідомили про велику депресію, були робочою силою. У цьому дослідженні у порівнянні з незайнятими депресивними особами, працюючі депресивні особи, більшою мірою були: молодими, були чоловіками, мали хорошу освіту, мали вищий дохід, жили самі, а також жили у місті чи приміському районі (Л. Елінсон & П. Хоук & С. К.

Маркус, & Х. А. Пінкус, 2004). Такі люди рідше ідентифікували себе непрацездатними або людьми з інвалідністю, а також зазначали свій фізичний стан як "здоровий", також вони були менш ураженими соціально, ніж їхні незайняті особи. Люди з депресією, які професійно зайняті та професійно не зайняті, відрізнялися за станом здоров'я, соціально-демографічними факторами, факторами інвалідності та функціональними факторами. Розуміння факторів, пов'язаних з роботою та непрацездатністю людей з депресивними розладами, може допомогти роботодавцям та клініцистам більш правильно сформувані пакети медичних послуг, програми допомоги людям з інвалідністю, програми лікування та ін. (Л. Елінсон & П. Хоук & С. К. Маркус, & Х. А. Пінкус, 2004).

До всіх вище сказаних факторів, депресивні розлади впливають на особисті відносини людини. Романтичні, дружні та сімейні відносини можуть значною мірою змінюватися під час переживання людиною депресивних розладів. Зосереджуючись саме на романтичних відносинах між партнерами, коли один у парі має діагноз депресії, у роботі Маргарета Остман, (2008) було покликано дослідити, як депресивні розлади впливають на сексуальність пацієнтів та їх партнерів. А також, їх потреби у підтримці з боку психіатричних служб. У вище вказаному дослідженні було проведено якісні та глибинні інтерв'ю десяти осіб, які вступили на облік до психіатричного стаціонару, що спеціалізується на афективних розладах, та їхніх партнерів. Проаналізовано дані шляхом тематичного аналізу.

У перебігу дослідженні виникли такі напрямки: аспекти, що стосуються медичної допомоги, аспекти, що стосуються самого пацієнта, аспекти, що стосуються самого партнера, аспекти у відносинах з партнером та аспекти стосовно психіатричних послуг. Пацієнти і їх партнери описували відчуття покинутості, відсутності підтримки, відсутності ініціативи щодо лікування з боку психіатричних служб. Пари висловили своє незадоволення методом лікування терапевта, який зосереджений на терапії сам на сам, залишаючи у партнерів відчуття відстороненості. На їх думку, не приділялася увага на партнерів в плані більш інтерактивної ролі в процесі лікування. Результати дослідження показали складну природу дисфункціональної сексуальності, залучаючи не лише пацієнтів, які страждають від депресивних розладів, а і їх партнерів.

Підсумовуючи вищезазначені факти, можна сказати, що депресивні розлади великою мірою впливають майже на всі аспекти життя людини. Дослідження стверджують, що у більшості, переживання досвіду депресії та депресивних розладів, передбачають глобальну зміну структури досвіду людини, з точки зору якої різноманітні симптоми, набувають нового значення. Людям, що пережили депресивні розлади часто буває важко описати свій досвід через специфічний вплив депресії на психіку людини та складність симптомів. Люди, що мають депресивні розлади або депресію часто стикаються з стигмою і не отримують належної уваги від оточення або не звертають достатньо уваги на свою хворобу.

Стосовно впливу депресивних розладів та їх особливостей щодо людей похилого віку, також існує велика кількість літератури та досліджень. Наприклад, про поширеність депресії у людей похилого віку писали М. Дефранческо & Р. Пехланер & С. Кіхль, Дж. Віллейт & Еберхард А. Дайзенхаммер & Х. Гінтерхубер, Грегор Рунгер & А. Гаспері & Дж. Маркштайнер, (2017) у своєму дослідженні. А також про застосування антидепресантів у людей похилого віку. У цьому дослідженні автори частково звернулися до чинної літератури, досліджуючи як і лікування антидепресантами яке вже існує певний час, так і сучасні симптоми депресії та депресивних розладів на момент лікування. Дослідники вивчили чи депресивні симптоми лікуються фармакологічно, чи пов'язані вони з супутніми

захворюваннями, а також з тривогою та когнітивними порушеннями у людей літнього віку.

Було виявлено, що люди похилого віку, що мають депресивні розлади, частіше мали нижчу якість життя, були жінками, мали знижені когнітивні функції. Лікування за допомогою антидепресантів у людей з депресією та без депресії мало зв'язок з нижчою якістю життя, погіршенням когнітивного статусу та певною мірою з наявністю соматичних супутніх захворювань. Симптоми депресії були присутні у 22 % людей, що брали участь у дослідженні. Вищі показники тривожності та когнітивні порушення раніше вважалися незалежними факторами депресії у літньому віці (Алексопулос Г.С, 1961–1970). У вибірці дослідження приблизно одна п'ята частина (20,4%) мала діагноз легкого ступеня депресії та лише 1,8% – тяжкий ступінь депресії. Такі висновки підтверджують попередні дослідження в осіб первинної ланки та серед людей похилого віку, які перебувають у суспільстві. Легка або помірний ступінь депресії у цій популяції частіше зустрічається, ніж важка (Катон В. & Шульберг Х., 1992).

Частота легких та помірних симптомів депресії у популяції дослідження мала тенденцію посилюватися з віком. Ці висновки підтверджують зв'язок людей середнього віку з більшою поширеністю депресії в літньому віці. Крім вікових змін головного мозку, дослідники пропонують збільшити кількість соматичних супутніх захворювань депресивних розладів, а також поліпрагмазію для сприяння депресії, особливо в літньому віці (Алексопулс Дж., Бакволтер К., Олін Дж., (2002) & Любер М., Мейерс Б., Вільямс Руссо П., 2001).

Багато науковців у своїх дослідженнях описують різний досвід переживання депресії та депресивних розладів особи залежно від її гендеру. Так, наприклад, Паул Р., (2015) у своєму дослідженні стверджує про те, що жінки вдвічі частіше мають діагноз депресивних розладів, ніж чоловіки. У роботі стверджується, що це є постійним висновком психіатричної епідеміології, а не результатом того, що жінки частіше повідомляють, або звертаються за допомогою щодо симптомів депресивних розладів. Також, автор зазначає, що до настання статевої зрілості, хлопчики частіше,

ніж дівчата, мають ризик отримати діагноз депресивних розладів, але у віці від 11 до 13 років ця тенденція змінюється. Кількість дівчат у цій статистиці починає переважати хлопчиків у два рази. І протягом 35-40 років життя людей ця тенденція зберігається. В підлітковому віці гормональні зміни та різкі зміни в соціальному оточенні і стосунках стимулюють розвиток більших афелійних потреб у жінок. Таких як перевага інтимності та емоційної чуйності. Одним із таких аспектів є те, що дівчата-підлітки можуть бути більш вразливими до негативних життєвих подій, особливо тих, які мають взаємостосунки (Паул Р., 2015).

Було проведено дослідження, з метою дослідити різницю впливу депресивних розладів між жінками та чоловіками Паул Р., (2015) . Дослідження основані на вивченні приматів і гризунів, вони вказують на відігравання великої ролі жіночих гормонів, такі як естроген, при депресії. Автор зазначає одним з найбільш реалістичним дослідження депресії на сьогодні, дослідження ролі жіночих гормонів на основі вивчення самок приматів. Результат показав, що ризик депресії збільшується під час пери менопаузи. У самок макак досліджували чутливі до стресу зміни в їх менструальних циклах і показали поведінку, пов'язану з депресією, і зниженням функції мозкової системи, пов'язаної з серотоніном. (Кендллер К., 2014). Також, дослідження Паул Р., (2015) показало, що жінки, які повідомили про використання оральних контрацептивів, демонстрували менший рівень великої депресії та тривоги у порівнянні з тими, хто їх не використовував. Взявши разом ці дослідження, можна припустити, що естроген може мати захисну дію стосовно патології, що лежить в основі депресії яка зменшує естроген, коли підвищуються ризики виникнення симптомів депресії.

Автори дослідження у своїй роботі поставили собі питання: “Чому ж тоді у чоловіків, у яких відсутній системний естроген нижчий рівень депресії, ніж у жінок?”. Вивчені дослідження показали, що в чоловічому мозку тестостерон перетворюється в естроген шляхом ендогенної ароматази (CYP19). Естроген може опосередковувати захисні дії через естроген рецептори, експресовані в усьому чоловічому мозку (особливо рецептор естрогену β) (Гіллс Е., Макартур С.,

2010). Наявність андрогенних рецепторів у чоловіків можуть забезпечувати захист, наприклад в нейронах гіпокампу (МакЮен Б.С., Мілнер Т.А., 2007). Зважаючи на те, що тестостерон не циклічний у чоловіків, як естроген у жінок, у чоловіків може бути більш послідовний захист від депресивних розладів. Але, у чоловіків є і статеві диморфні ядра мозку, наприклад в гіпоталамусі, це також може пояснювати меншу поширеність депресії у чоловіків. Ймовірно, знижені ризики появи депресії у чоловіків пояснюється більш комплексно, внаслідок не тільки гормональних відмінностей, а й до відмінності в розвитку мозкових схем (Гілліс Е., Макартур С., 2010).

У фундаментальному плані статева відмінність у ризику прояву депресії зображає той факт, що чоловіки та жінки є різними: жінки мають 2 копії Х-хромосоми, чоловіки мають по 1 копії Х і Y хромосом. Останнього немає у жінок. Розуміння як ця фундаментальна генетична відмінність надає статеві відмінності в схильності до психічних захворювань є комплексом питань, що продовжують вивчатися (Gillies GE, McArthur S., 2010).

Також, слід зазначити, що фактори ризику розвитку депресії у жінок, в значній мірі можуть бути керовані суспільством. Вони ймовірно, мають: біологічне походження, наприклад, відмінності у фізичній силі та рис особистості, що призводить до більшої поширеності депресії у жінок. Соціальне ставлення до сприяння рівності та тиск, що відчувають жінки стосовно своєї соціальної ролі (Паул Р., 2015, 2015).

Згідно з даними World Health Organization, (2017) частка світового населення, що має діагноз депресії або депресивних розладів в 2015 році оцінювалася в 4,4%. Депресія має тенденцію частіше зустрічатися серед жінок (5,1%), ніж чоловіків (3,6%). Але її поширеність варіюється в залежності від регіону ВООЗ, починаючи від низької 2,6% серед чоловіків у західній частині Тихого океану до 5,9% серед жінок в Африці.

Ці показники поширеності змінюються залежно від віку, досягаючи свого піку в літньому віці (приблизно 7,5% серед жінок у віці 55-74 роки і вище 5,5% серед чоловіків). Депресія зустрічається також у дітей і підлітки віком до 15 років, але має

нижчий рівень, ніж у старших вікових групах. Загальна кількість осіб, які мають депресію або депресивні розлади у світі становить 322 млн. Приблизно половина цих людей живе в Південно-Східній Азії Регіон і Західно-Тихоокеанський регіон, це може бути зумовлено відносно великою популяцією цих двох регіонів (Індія та Китай, наприклад) (World Health Organization, 2017). Загальна приблизна кількість людей з депресивними розладами зросла на 18,4% між 2005 та 2015 роки (GBD, 2015). Як зазначають науковці, це говорить про те, що відбувається загальне зростання світового населення, в той же час збільшення вікових груп у яких депресія є поширенішою. Частка світового населення, що мають тривожні розлади у 2015 році оцінювалася як 3,6%. Тривожні розлади частіше зустрічаються серед жінок, ніж у чоловіків (4,6% проти 2,6% на світовому рівні). В Америці, за оцінками World Health Organization, (2017), 7,7% жіночого населення мають діагноз тривожних розладів (чоловіки, 3,6%).

Показники поширеності тривожних розладів немає великої різниці між віковими групами, але помічається тенденція до зниження поширеності серед більш старших вікових груп. Загальна орієнтовна кількість людей життя з тривожними розладами у світі - 264 мільйонів осіб. (GBD, 2015).

За глобальними оцінками, 4,4% населення планети мають депресивні розлади, а 3,6% тривожні розлади. Організація визначає, показники депресії серед населення варіюються від 3,6% у західно-Тихоокеанському регіоні до 5,4% у Африканському регіоні. Для тривожних розладів показники різняться від 2,9% у західній частині Тихого океану до 5,8% в регіоні Америки (World Health Organization, 2017).

Зважаючи на те, що часто люди відчувають обидва розлади одночасно (адже це супутні захворювання), автори говорять про те, що буде неправильно просто складати ці два показники разом щоб прийти до загального висновку. У колі цих загальних оцінок поширеності, також існує діапазон тяжкості розладів. (Феррарі А.Дж., Чарлс Ф., Норман Р., Паттен С.Б., Фрідман Дж., Мурай С., Вос Т., Вайтфорд Х., 2010).

Отже, депресія має різний вплив на людину в залежності від її гендеру та віку. Хоча симптоми линаються у певній мірі достатньо схожими, їх вплив на соціальні аспекти життя, інтенсивність перебігу хвороби та зміна фізичного стану мають різну ступінь вираженості через ці фактори.

2.4 Форми та методи соціальної роботи з людьми, що мають депресивні розлади

Соціальні працівники одними із перших зустрічають людей, що мають депресивні розлади на їх шляху до лікування. Саме вони зазвичай є саме тими професіоналами, що направляють клієнта до інших спеціалістів, адже першими помічають сигнали та симптоми депресії. Вони відіграють важливу роль, у наданні допомоги людям, що мають депресивні розлади, допомагаючи клієнтам зрозуміти доказову базу, на основі якої робляться варіанти лікування та шляхи надання допомоги.

Психічне здоров'я практично завжди було традиційною сферою практики спеціаліста соціальної роботи. Також, слід зазначити, що за межами лікарень та громадських закладів лікування психічного здоров'я, є широкий діапазон служб підтримки на основі відновлення та наданні допомоги, які залучають соціальних працівників. Соціальні працівники працюють у галузях дитячого та підліткового психічного здоров'я, судовій експертизі психічного здоров'я, спеціалізованих закладах догляду за людьми похилого віку.

На рівні соціального контексту соціальна робота пов'язана з тим, як оточення кожної особистості формує їх досвід психічних захворювань та проблеми зі здоров'ям. Поле роботи соціального працівника включає питання: особистості, вразливості та стійкості, функціонування сім'ї, сильних сторін і стресових факторів, мереж підтримки, культура, громада, та ін. Крім внутрішньо психічних аспектів функціонування також включаються ширші соціальні питання економічного добробуту, зайнятості та житла.

У своїй роботі Бленд, Дрейк, (2021) також зазначають, що на рівні «соціальних наслідків» соціальна робота займається впливом депресивних розладів і проблем психічного здоров'я на особу, сім'ю та особисті стосунки, а також на широкую спільноту, включаючи вплив на: самопочуття, сімейне щастя, економічну безпеку, зайнятість та житло.

Соціальна робота також займається питаннями стигми та дискримінації людей, що мають депресивні розлади, забезпеченням громадянських прав клієнта, сприяння доступу до необхідних послуг з лікування та підтримки. У широкому сенсі, спеціаліст соціальної роботи також займається тим, щоб зробити послуги сфери психічного здоров'я більш доступні та реагують на конкретні потреби та бажання людей із депресивними розладами, їх сімей та осіб, які доглядають за ними.

Спеціалісти з соціальної роботи розуміють всю складність особистості, її досвід і завжди бачать людину за межами її психічного розладу, розуміють особливості діагностики та лікування. Відповідно, соціальні працівники визнають, що індивід це набагато більше, ніж його хвороба або діагноз і що люди мають достатньо широкі людські потреби, поза специфічними потребами в лікуванні (Бленд, Дрейк, 2021).

Північноамериканська література з соціальної роботи здебільшого клінічно зосереджена на практиці, яка підкреслює терапевтичну роль соціальної роботи у лікування психічних розладів. Таку роль відіграють велика кількість соціальних працівників США. У таких наукових працях із соціальної роботи, як Бентлі (2003) і Сандс (2001), визначено ряд ключових заходів із соціальної роботи в таких сферах як: консультування в кризових ситуаціях, діагностика, терапія, посередництво, освіта і навіть «медикаментозна допомога». Соціальні працівники проходять навчання з використання DSM (Американська психіатрична асоціація).

Серед методів та форм соціальної роботи з людьми, що мають депресивні розлади застосовуються також форма групової роботи, що була описана у науковому посібнику Семігіної Т. та Грига М., (2001). Для роботи з клієнтами, що мають

депресивні розлади іноді може застосовуватися робота у громаді (як робота з групою людей, що мають спільні складні життєві обставини). Також, соціальний працівник може використовувати індивідуальну форму роботи.

Автор зазначає, що в основі процесу соціальної роботи лежать стосунки соціального працівника з клієнтом, а кожен випадок є неповторним. У ситуації, коли людина відчуває або розуміє потребу в отриманні допомоги та має необхідність в послугах, вона стає клієнтом соціальної роботи та проходить разом з соціальним працівником певний цикл роботи (Семигіна Т. та Грига М., 2001).

Оскільки соціальні працівники займаються питанням подолання депресивних розладів як на індивідуальному рівні, так і на вищому (наприклад, державному), у роботі можуть використовуватися різні форми та методи соціальної роботи. Наприклад, соціально-економічний метод, який об'єднує всі засоби соціальної роботи, за допомогою яких соціальні працівники впливають на матеріальні та психологічні, національні, сімейні та інші соціальні інтереси клієнтів. Соціально-економічний метод впливу й застосовують у формі:

- натуральної та грошової допомоги;
- встановлення пільг, компенсацій та допомог;
- догляду та побутового обслуговування;
- морального заохочення тощо (Семигіна Т. та Грига М., 2001).

Одним з основних методів соціальної роботи з людьми, що мають депресивні розлади або депресію також є психолого-педагогічний метод, який, як зазначає Семигіна Т. та Грига М., (2001) відрізняються від попередніх безпосередньою взаємодією соціального працівника з клієнтом через механізм соціально-психологічної, педагогічної зміни його поведінки, самопочуття та інше. Головними у такому методі є підтримка, надання інформації, роз'яснення, рекомендації та інші форми роботи.

У роботі з клієнтом, що має депресію або депресивні розлади, соціальному працівнику необхідно дати пояснення клієнту, що депресія – це стан, який є достатньо складним, проте піддається лікуванню. Такий стан виникає з вини людини

або будь-якої іншої особи (М. Шулова, 2019). Важливо також зазначити, що депресія часто може викликати виснаження певних речовин на нервові зв'язки в мозку, а вживання антидепресантів, якщо це необхідно і рецепт виписаний лікарем, допомагає в досягненні природного балансу хімічних речовин у мозку. Також, М. Шулова, (2019) зазначає, клієнту важливо розуміти, що не треба порівнювати свою діяльність та життя в цілому під час депресії або депресивного розладу з тим коли особа не знаходиться в стані психічного розладу. Автор також говорить про те, що під час депресії працездатність людини природно є нижчою, тому не потрібно думати про свою “непрацездатність”. При недостатній кількості енергії, здатність зробити щось навіть невелике з поставлених цілей, набагато складніше, ніж тоді, коли у людини немає депресивних розладів.

Варто мотивувати клієнта не залишитися у самотності. Треба підтримувати контакт з оточенням, сім'єю, друзями. Соціальному працівникові необхідно підтримувати клієнта не довіряти своїм негативним думкам, тому що думки під час депресії або депресивних розладів викривлені у негативний бік. Якщо такі думки з'являються, необхідно наснажити клієнта подумати про щось інше, більш нейтральне або позитивне. Негативні думки - це частина депресії, вони мають тенденцію зникати поступово, в міру спаду депресії. (Прашко Я., Прашкова Г., Прашкова Я, 2003).

Методами збору інформації для соціального працівника є :

- інтерв'ю клієнта, а також його оточення (за згодою);
- спостереження за особливостями поведінки клієнта (вербальними і невербальними), стосунками в родині тощо;
- аналіз документів (історія хвороби, попередні записи соціальних працівників т. ін.).

Зібрану інформацію соціальний працівник фіксує у "Плані догляду". Необхідною умовою успішного проведення інтерв'ю та збору інформації є встановлення контакту з клієнтом. Контакт — це стан гармонії, сумісності, який сприяє взаєморозумінню, довірі, щирості у стосунках між клієнтом та соціальним працівником. Це передбачає впевненість клієнта в тому, що професіонал розуміє його та зичить йому добра. Різні

клієнти вимагають різного підходу. У своїй роботі неодмінно треба враховувати вікові, статеві, культурні особливості клієнтів (Семигіна Т. та Грига М., 2001).

Часто соціальний працівник направляє клієнта з депресивними розладами до психотерапевта або психіатра та надає підтримку клієнтові у проходженні шляху лікування.

Деякі автори, такі як Прашко Я., Прашкова Г., Прашкова Я, (2003) & Кривоглавий, Й. (2013) пишуть, що соціальний працівник може порекомендувати клієнтові записувати те свої справи які були зроблені з поставлених цілей на день або тиждень. У випадку, якщо клієнт має попереду більш масштабне завдання, тоді його можна спонукати розділити завдання на менші частини та виконати по черзі аби не перевантажити. Слід, пояснити людині, що їй потрібно робити час від часу відпочинок між частинами роботи та відволіктися на щось, що може приносити їй задоволення. Для того аби сприяти підвищенню самооцінку людини з депресивними розладами або депресією, можна запропонувати їй обрати певний вид діяльності у якості хобі та почати розвиватися в цьому напрямку, аби піднімати рівень своїх навичок. Підвищувачем самооцінки є знання про те, що людина може щось зробити (Прашко Я., Прашкова Г., Прашкова Я, (2003) & Кривоглавий, Й., 2013).

Також, для клієнта буде корисно знати та поспілкуватися з людиною, яка справді розуміє депресію або пережила цей досвід. За принципом такого спілкування працює «терапія розмовами» яка може бути ефективною у лікуванні депресії.

Ще однією важливою активністю у ході лікування клієнта, що має депресивні розлади або депресію є планування позитивної діяльності людини з метою подолання негативної негативного впливу зменшення кількості занять, що приносять задоволення і збільшенням тривоги. Можна спочатку спланувати діяльності, і згодом зробити їх. Клієнту соціальної роботи, при виконанні такої діяльності, важливо записувати в щоденник те, успішно опановані навички та час від часу повертатися до записів (Новак Т., Ласкова, Н., 2016). Людині з депресивними розладами під час лікування часто необхідно бути підготовленим до важких та випробувальних днів, щоб їм було легше та безпечніше відчувати себе та робити щоденні справи. З цим може допомогти складання разом з соціальним працівником кризового плану.

У процесі створення кризового плану людині потрібно подумати про ті, складні ситуації, які будуть відбуватися найближчим часом. Потім розробити план дій, що робити у цій ситуації. Клієнт може уявити різні реакції, які можуть виникнути у нього і яким чином можна розв'язувати проблеми, які можуть скластися. (Новак Т., Ласкова, Н., 2016).

Ще один спосіб допомоги клієнтові у подоланні депресивних розладів - логотерапія. Логотерапія побудована на допомозі у пошуку сенсу життя і постановці цілей. Шлях пошуку сенсу життя це одна з головних мотивацій життя. Люди прагнуть протягом усього свого життя прагнуть мати сенс. (Франкл В.Е., 2010 р., Франкл В.Е., 2011). Засновник логотерапії, В. Е. Франкл, провів частину свого життя в концтаборах, і писав, що вижити у концтаборі змогли лише ті, які орієнтувалися на своє майбутнє, на поставленні цілі та їх зміст.

Він казав: «Якщо людина переживає своє життя як безглуздий не тільки нещасний, але й ледве життєво необхідний. Насправді людина може вижити, лише якщо має для чого жити» (Франкл В.Е., 2011). Соціальний працівник, у роботі з клієнтом, що має депресивні розлади, може навчити клієнта дивитися в майбутнє, поставити собі мету, яку він хоче і може досягти. Клієнт може поставити собі довгострокову мету, сконцентруватися на майбутніх цілях або короткострокову ціль і у такий спосіб отримати психологічну силу (Новак Т., Ласкова, Н., 2016). Людина, що проходить шлях лікування депресивних розладів може обрати діяльність, де можна використати свої життєві сили та навички не для себе, а для інших (Франкл В.Е., 2011). Клієнт може шукати людей, для яких він може бути важливим і потрібним і яким він може допомогти.

У своїй роботі Балдинюк, (2007) пише, що соціальні працівники при роботі з людьми похилого віку, що мають депресивні розлади повинні знати психологічні, медичні та соціальні особливості таких людей. Оскільки соціальні працівники займаються соціальною адаптацією та соціальним захистом людей похилого віку, вони можуть бути одними з факторів роботи під час надання допомоги, наприклад: побут, житло, медичне та психологічне забезпечення. Автор зазначає, що основними завданнями соціальної роботи з людьми похилого віку це організація довготривалого

догляду якщо вони цього потребують. А також, надання можливостей людям похилого віку реалізовувати свої здібності, брати участь у громадській діяльності. Сприяння адаптації особистості до нових умов. (Балдинюк, 2007).

Якщо втручання соціального працівника було успішним і його мета досягнута, можна перейти до планування підтримувальних стратегій. Для цього необхідно підготувати умови для закінчення стосунків соціального працівника та клієнта, обговорити, яким чином клієнт буде жити та продовжувати свою діяльність без допомоги соціального працівника.

Також можуть застосовуватися організаційно-розпорядчі методи, які орієнтовані головним чином на координацію взаємовідношення соціальної роботи з організаційною структурою соціальних служб які займаються питанням психічного здоров'я. Організаційні методи впливають на розв'язання питань роботи соціальних служб з питань психічного здоров'я через положення та інструкції. На відміну від розпорядчих методів, організаційні дозволяють здійснювати оперативніше розв'язання проблем та більш своєчасно надавати та визначати завдання (Семигіна Т. та Грига М., 2001).

На завершення роботи з клієнтом, як зазначають Семигіної Т. та Грига М., (2001) необхідно проаналізувати, у який спосіб людина реагує на завершення стосунків, як вона справляється зі своїм життям самостійно. Інколи зв'язок із соціальним працівником — це єдине джерело комунікації та підтримки, що є у людини. Автори зазначають, що заплановане завершення повинно бути достатньо тривалим, щоб подолати негативні емоції клієнта. Клієнт не повинен почувати себе покинутим на самоті. Іноді трапляється так, що у деяких випадках соціальний працівник зустрічається з колишнім клієнтом через певний час, аби пом'якшити перехідний період завершення роботи. Соціальний працівник також може інформувати клієнта стосовно членства у групах самопомоги та підтримки або навіть і ввести його до складу такої групи (Семигіної Т. та Грига М., 2001).

Огляд та аналіз опрацьованої наукової та методичної літератури показує, що спеціалісти соціальної роботи активно займаються питаннями психічного здоров'я як на індивідуальному рівні, у роботі безпосередньо з клієнтом, так і у роботі з соціальними службами установами та іншими закладами надання психічної допомоги. Фахівці з соціальної роботи фокусуються на питаннях соціального захисту, соціальної адаптації клієнта та ін. Частіше вони беруть участь у розробці заходів для попередження та розв'язання питання стигми щодо людей, які мають психічні розлади, поширюють практики збереження і підтримання психічного здоров'я. Існує відпрацьованих та описаних у методичній літературі низка методів та форм які застосовуються у соціальній роботі для допомоги людині з депресивними розладами, вони можуть допомогти наснажити людину, допомагати у соціальній адаптації, якісно скеровувати її за допомогою та мотивувати її.

ВИСНОВКИ

При написанні теоретичного дослідження було використано понад 40 джерел, серед яких були дослідження міжнародних організацій та науковців, підручники, а також наукові статті на тему депресивних розладів та депресії.

Депресивні розлади - це мультифакторні захворювання, які мають складну симптоматику та низку схожих за певними ознаками розладів, через це фахівцям зі сфери психічного здоров'я часто достатньо важко поставити точний діагноз або остаточно схарактеризувати це захворювання.

Понад 3,8% населення у світі мають діагноз депресивних розладів.

Цілий ряд досліджень демонструють важливість проблеми допомоги людям з депресивними розладами, статистику щодо загальної захворюваності на депресію та депресивні розлади у світі та тенденцію захворюваності серед різних вікових груп та в залежності від гендеру. Так, є очевидна тенденція щодо більшого ризику розвитку депресивних розладів у жінок, вони, частіше страждають на депресію ніж чоловіки.

Широко описані поняття та види депресивних розладів,

Незважаючи на досить глибоку вивченість даної теми, залишаються певні аспекти, які потребують більш детальної уваги. Наприклад, явно не достатньо пропрацьована тема гендерних особливостей перебігу депресивних розладів.

Депресія впливає майже на всі сфери життя людини. Людям, які мають депресивні розлади, як правило, дуже важко описувати свій стан під переживання хвороби, Люди з депресією потребують продуманої кваліфікованої допомоги, наснаження, супроводу. Досвід, напрацьований в різних країнах демонструє широкі можливості для роботи соціальних працівників.

В літературі визначені форми та методи соціальної роботи з людьми, що мають депресивні розлади і можна виділити певні рекомендації до застосування перевірених практик, наприклад - логотерапія (допомога у пошуку сенсу життя), когнітивно-поведінкова терапія, допомога у веденні кризового щоденника та інше.

Завданням соціальних працівників в роботі з людьми, які мають депресивні розлади є своєчасне скерування до медичних працівників, супровід їх до моменту отримання допомоги, насаження в процесі лікування.

Всі методи соціальної роботи можуть бути застосовані до людей з депресивними розладами, проте важливо їх адаптувати під конкретну людину та її особливості.

Соціальні працівники потребують додаткового навчання роботі з депресивними розладами, глибокого розуміння теми і принципів допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Л. О. Герасименко . (n.d.). Retrieved June 11, 2022, from <https://www.uvnpn.com.ua/upload/iblock/b7a/b7ad05a3807f46310917057e59ac99a8.pdf>
2. Балдинюк О. УДК 364–78]–053.9 Особливості соціальної роботи з людьми похилого віку
3. Бортнікова О. Г. (2021) ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВУ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП. (n.d.), Retrieved June 11, 2022 from [http://www.sls.lvduvs.edu.ua/documents_pdf/arhiv/sps_1\(11\)_2021/22.pdf](http://www.sls.lvduvs.edu.ua/documents_pdf/arhiv/sps_1(11)_2021/22.pdf)
4. Валюшко, М. О., & Куліш, О. В. (1970, January 1). Депресивні стани підлітка та їх причини. Репозитарій ЧНУ., from <http://eprints.cdu.edu.ua/3859/>
5. Качан Г.А. Теорія соціальної роботи: Курс лекцій/Г.А. Качан. – Вітебськ: Видавництво УО «ВДУ ім. П.М.Машерова, 2007. – 258 с. 2. М.П.Лукашевич, І.І.Мигович. Теорія та методи соціальної роботи: Навч.посіб. - 2-ге вид., Дод. і віпр. / М.П.Лукашевич, І.І.Мигович - К.: МАУП, 2003. - 168с. ISBN 966-608-332-9
6. Качан Г.А. Теорія соціальної роботи: Курс лекцій/Г.А. Качан. – Вітебськ: Видавництво УО «ВДУ ім. П.М.Машерова, 2007. – 258 с. 2. М.П.Лукашевич, І.І.Мигович. Теорія та методи соціальної роботи: Навч.посіб. - 2-ге вид., Дод. і віпр. / М.П.Лукашевич, І.І.Мигович - К.: МАУП, 2003. - 168с. ISBN 966-608-332-9
7. Портальна, 184.Кривоглавий, Й. (2013). Як впоратися з депресією.
8. Прашко Я., Прашкова Г., Прашкова Я. (2003). Депресія і як з нею боротися.
9. Савчук І.В. (2017) МАТЕРІАЛИ ІІІ МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО ... - SUNIC., Retrieved June 11, 2022 from <http://molodyvcheny.in.ua/files/conf/psy/17may2017/17may2017.pdf>
10. Семигіна Т.В. (2001) ВВЕДЕННЯ У СОЦІАЛЬНУ РОБОТУ
11. Степанова, О. А. (2017). Превенція депресивних станів дівчат-підлітків у межах діяльності шкільної психологічної служби. Науковий часопис

- Національного педагогічного університету імені МП Драгоманова. Серія 11: Соціальна робота. Соціальна педагогіка, (23), 111-118.
12. Bembowska M., Joško-Ochojska J. (2015) What causes depression in adults?
 13. Henderson & Thornicroft, (2009) Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change
 14. Torres, F. (n.d.). What is depression? Psychiatry.org - What Is Depression? Retrieved June 11, 2022 from <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
 15. U.S. Department of Health and Human Services. (n.d.). Major depression. National Institute of Mental Health. Retrieved June 11, 2022 from <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression>
 16. Why is depression more prevalent in women? - jpn. (n.d.). Retrieved June 11, 2022, from <https://www.jpn.ca/content/jpn/40/4/219.full.pdf>
 17. Abbing-Karahagopian V, Huerta C, Souverein PC et al. Antidepressant prescribing in five European countries: application of common definitions to assess the prevalence, clinical observations, and methodological implications. *Eur J Clin Pharmacol.* 2014; 70: 849–857
 18. Alexopoulos GS, Buckwalter K, Olin J et al. Comorbidity of late life depression: an opportunity for research on mechanisms and treatment. *Biol Psychiatry.* 2002; 52: 543–558 [39] Luber MP, Meyers BS, Williams-Russo PG et al. Depression and service utilization in elderly primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9: 169–176
 19. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet* 2005; 365: 1961–1970
 20. Anna Hooper, Danielle De Boos, Roshan das Nair, Nima Moghaddam. (2016) First-person narratives around sexuality in residential healthcare settings: a meta-ethnographic synthesis. *Sexual and Relationship Therapy* 31:2, pages 207-229.
 21. Bentley, K. 2003, *Social Work Practice in Mental Health Canada*, Brooks/Cole Thomson Learning, Pacific Grove, CA.
 22. Bland R., Drake G., Drayton J.(2021) *Social Work Practice in Mental Health*

23. Brohan E;Gauci D;Sartorius N;Thornicroft G; ; (n.d.). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The Gamian-Europe Study. *Journal of affective disorders*. Retrieved June 11, 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20888050/>
24. Centers for Disease Control and Prevention. (2018, February 13). Products - data briefs - number 303 - February 2018. Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved June 11, 2022 from <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db303.htm>
25. Centers for Disease Control and Prevention. Data and statistics on children's Mental Health. Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved June 11, 2022 from <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/data.html>
26. Chang, C.-K., Hayes, R. D., Broadbent, M., Fernandes, A. C., Lee, W., Hotopf, M., & Stewart, R. (2010). All-cause mortality among people with serious mental illness (SMI), substance use disorders, and depressive disorders in southeast London: A cohort study. *BMC Psychiatry*, 10(1). Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/1471-244x-10-77>
27. Clinical research - tandfonline.com. (n.d.). Retrieved June 11, 2022, from <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.31887/DCNS.2006.8.2/hpkapfhammer>
28. Depression and suicidal ideation among Canadian aged 15 to 24. (n.d.). Retrieved June 14, 2022, from https://novascotia.cmha.ca/wp-content/uploads/2019/11/1_Depression-and-Suicidal-Ideation-Among-Canadian-aged-15-to-24.pdf
29. Estabrook, R., Sadler, M. E., & McGue, M. (2015). Differential item functioning in the Cambridge Mental Disorders in the Elderly (CAMDEX) Depression Scale across middle age and late life. *Psychological Assessment*, 27(4), 1219–1233. <https://doi.org/10.1037/pas0000114>
30. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJ, Vos T, Whiteford HA. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Medicine* 2013; 10: e1001547.

31. Frankl, V. E. (2010). *Will to a sense*. Bratislava: Lúč, 279. [23] Frankl, V. E. (2011). *Looking for the meaning of life. Tell yes to despite it all*. Bratislava: Eastone Books, 131.
32. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, and others. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388: 10053.
33. Gellis, Z. D., & Kim, E. G. (2017). Training social work students to recognize later-life depression: Is standardized patient simulation effective?. *Gerontology & geriatrics education*, 38(4), 425-437.
34. Gillies GE, McArthur S. Estrogen actions in the brain and the basis for differential action in men and women: a case for sex-specific medicines. *Pharmacol Rev* 2010;62:155-98.
35. Global Health Data Exchange. GHDx. (n.d.). Retrieved June 11, 2022, from <https://ghdx.healthdata.org/>
36. Joana Fernandes, Juliana Pedro, Maria Emília Costa, Mariana Veloso Martins. (2021) Effect of depression and anxiety on sexual functioning in couples trying to conceive with and without an infertility diagnosis. *Psychology & Health* 0:0, pages 1-18.
37. Kehusmaa, J., Ruotsalainen, H., Männikkö, N., Alakokkare, A.-E., Niemelä, M., Jääskeläinen, E., & Miettunen, J. (2022, February 26). The association between the Social Environment of childhood and adolescence and depression in young adulthood - A prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*. Retrieved June 11, 2022 from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032722002166>
38. Kendler KS, Gardner CO. Sex differences in the pathways to major depression: a study of opposite-sex twin pairs. *Am J Psychiatry* 2014;171:426-35.
39. Kounou K, Bui E, Dassa K, et al. Childhood trauma, personality disorders symptoms and current major depressive disorder in Togo (2012)

40. Lang, M. J., David, V., & Giese-Davis, J. (2015). The age conundrum: a scoping review of younger age or adolescent and young adult as a risk factor for clinical distress, depression, or anxiety in cancer. *Journal of adolescent and young adult oncology*, 4(4), 157-173.
41. Lei, L., Huang, X., Zhang, S., Yang, J., Yang, L., & Xu, M. (2020). Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e924609. Retrieved June 11, 2022 from <https://doi.org/10.12659/MSM.924609>
42. Leigh, E., Rimfeld, K., Bowes, L., Clark, D. M., Eley, T. C., & Krebs, G. (2022). Prospective associations between internalizing symptoms and educational achievement in youth: A monozygotic twin differences study. *Journal of Affective Disorders*, 307, 199–205. Retrieved June 11, 2022 from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.073>
43. Lynch, C. J., Gunning, F. M., & Liston, C. (2020). Causes and consequences of diagnostic heterogeneity in depression: paths to discovering novel biological depression subtypes. *Biological psychiatry*, 88(1), 83-94
44. McEwen BS, Milner TA. Hippocampal formation: shedding light on the influence of sex and stress on the brain. *Brain Res Rev* 2007;55:343-55.
45. Novák, T., Lásková, H. (2016). *Hell in soul. Depression and mania*. Prague: Grada, 144
46. Phillips, W. J., & Wisniewski, A. T. (2021, July 29). Self-compassion moderates the predictive effects of social media use profiles on depression and anxiety. *Computers in Human Behavior Reports*. Retrieved June 11, 2022 from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2451958821000762>
47. Ratcliffe M. (2015) *Experiences of Depression A Study in Phenomenology*
48. Romakkaniemi, M., & Kilpeläinen, A. (2015). The meaningful elements in recovering from major depression as a basis of developing social work in mental health services. *Social Work in Mental Health*, 13(5), 439-458.

49. Saluja G, Iachan R, Scheidt PC, et al. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158(8):760-5.
50. Sands, R. 2001, *Clinical Social Work Practice in Behavioural Mental Health*, Allyn & Bacon, Boston, MA.
51. Schaffir, J. (2018). Consequences of antepartum depression. *Clinical obstetrics and gynecology*, 61(3), 533-543.
52. Scott, A. J., Sharpe, L., Hunt, C., & Gandy, M. (2017). Anxiety and depressive disorders in people with epilepsy: A meta-analysis. *Epilepsia*, 58(6), 973–982. <https://doi.org/10.1111/epi.13769>
53. Severe depression and relationships: the effect of mental illness on sexuality
Margareta Östman Received 20 Sep 2006, Accepted 18 Aug 2008, Published online: 25 Nov 2008 <https://doi.org/10.1080/14681990802419266>
54. Single Care Team | Updated on Feb. 15, Team, S. C., & Team, S. C. (2022, February 15). Statistics about depression in the U.S. The Checkup. Retrieved June 11, 2022, from <https://www.singlecare.com/blog/news/depression-statistics/>
55. Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15, 1745506519844044.
56. Sobocki, P., Jönsson, B., Angst, J., & Rehnberg, C. (2006). Cost of Depression in Europe. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9(2), 87–98.
57. World Health Organization. (n.d.). Adolescent mental health. World Health Organization. Retrieved June 14, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
58. World Health Organization. (n.d.). Adolescent mental health. World Health Organization. Retrieved June 14, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
59. World Health Organization. (n.d.). Depression. World Health Organization. Retrieved June 11, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>