

КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

ДИПЛОМНА РОБОТА

**ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНОГО СТАНУ У
ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ**

на здобуття освітньо – кваліфікаційного рівня «Бакалавр»
з напрямку «психологія»

Студентки 4 курсу

Чикал Аліси Вячеславівни

Науковий керівник:

Доцент кафедри психодіагностики
та клінічної психології

Корнієнко Олексій Васильович

Допустити до захисту на ДЕК

Кафедра клінічної психології

Протокол № від

доктор психологічних наук, професор, академік НАПН України.

Фахівець в галузі медичної психології, психології особистості та
психодіагностики

Бурлачук Леонід Фокович

Київ-2021

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ДЕПРЕСИВНІ СТАНИ У НЕПОВНОЛІТНІХ ТА ЇХ ПРИЧИНИ	
1.1 Поняття “депресія“	4
1.2 Характеристика депресії у підлітків.....	14
1.3 Види депресії.....	21
1.4 Симптоми депресії.....	28
1.5 Виникнення депресії та її подолання.....	33
1.6 Особливості виникнення депресивних станів.....	41
1.7 Депресія у хлопчиків та дівчат.....	46
Висновок з першого розділу.....	49
РОЗДІЛ 2 МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНОГО СТАНУ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ	
2.1 Загальна методологічна схема дослідження особливостей депресивного стану у підлітковому віці	53
2.2 Основні етапи дослідження та характеристика вибірки	54
2.3 Методики дослідження	55
РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕПРЕСИВНОГО СТАНУ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ	
3.1 Психологічні особливості підлітків.....	60
3.2 Особливості прояву депресивного стану у підлітковому віці.....	68
3.3 Практичні рекомендації батькам щодо прояву депресії у підлітків та відповідним діям.....	73
Висновок з третього розділу.....	80
ВИСНОВКИ.....	84
ДОДАТКИ.....	86
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	104

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. В сучасному світі підліток схильний до різних тенденцій розвитку. Депресія може бути як в повному вигляді, так і в прихованому вигляді. В другому випадку це погіршення настрою, відсутність апетиту, скарги на болі в різних частинах тіла. Якщо швидко розпізнати подібну депресію, виліковується вона без наслідків. Завжди потрібно бути напоготові, депресія може бути викликана неповагою до учня, грубим ставленням до нього і враховуючи вразливість підлітка його чутливість може викликати непоправне лихо. На думку Л.С. Виготського головною ознакою підліткового періоду є бажання “дорослості”, дівчата та хлопці в цьому віці відмовляються відчувати себе дітьми, вважаючи себе вже дуже дорослими, в них вже змінюється зовнішній вигляд тіла, яке вже набуло форм ідентичне дорослим. У підлітків розвивається здатність до саморефлексії, яка дозволяє проаналізувати всі свої власні думки та свою поведінку. Відбувається повне переусвідомлення свого “Я”, як особистості, змінюється світосприйняття, з’являються нові переконання цінностей та моралі.

[2, с.12-14]

Об’єкт дослідження. Підліткова депресія.

Мета дослідження. Дослідити особливості прояву підліткової депресії.

Предмет дослідження. Особливості депресивного стану у підлітків.

Гіпотеза. Чи впливає стать на прояв депресії? На думку вчених в цій галузі дівчата більш схильні до депресії ніж хлопчики.

Завдання дослідження.

1. Ознайомитись з поняттям “депресія”.
Виявити причини, що сприяють виникненню депресії у підлітків.
2. Визначити критерії, які дозволяють відрізнити здорового підлітка від підлітка з депресією.
3. Сформулювати висновки з проведеного дослідження.

РОЗДІЛ 1

Депресивні стани у неповнолітніх та їх причини

1.1 Поняття “депресія”

Депресія - категорія розладів настрою. Кожна людина у стані депресії відчуває почуття величезної печалі, провини і власної неспроможності; життя здається їй непотрібним. За класифікацією DSM існує два основних типи депресії: загальна депресія і біполярні розлади. Загальна депресія найбільш поширена. Загальний діагноз депресії вимагає наявності 5 з нижчеперерахованих симптомів (включаючи поганий настрій, пригнічений або повну втрату інтересу до навколишнього світу):

- Душевний пригнічений стан, печаль.
- Байдужість інтересу до звичайних, повсякденних справ.
- Безсоння, або - у багатьох пацієнтів - потреба більше спати.
- Активність набуває різких змін, від летаргії і апатії до збудженого стану.
- Втрата ваги і поганий апетит або ожиріння та переїдання.
- Сильна втома повне відчуття енергії.
- Низька самооцінка, почуття непотрібності і власної провини.
- Порушення мислення і нерішучість.
- Нав'язливі думки про смерть або самогубство.

Загальна депресія є найбільш широко поширеним психічним розладом, вражаючим приблизно 5% населення. Середній вік пацієнтів з цим діагнозом коливається між 40 і 50 роками; жінки страждають частіше, ніж чоловіки. Існують наступні пояснення причин депресії: у біологічних теоріях депресії розглядається як спадкова схильність. Багато в чому обумовлена генетичними факторами (що відіграють велику роль в біполярних розладах, ніж в загальній депресії). В результаті сучасних досліджень був встановлений можливий зв'язок між серотоніном і норадреналіном і розвитком обох типів депресії. У когнітивних теоріях підкреслюється роль ірраціональних думок і переконань як головних чинників, що впливають на емоційний стан особистості. Відповідно

до теорії Аарона Бека, який практикував психоаналіз в традиційному ключі, протягом декількох років пропонував своїм пацієнтам вербалізувати свої вільні асоціації (free associations) і повідомляти йому про все, що вони думають. Але одного разу відбулась одна подія, що змінила його підхід. В суворій критиці один пацієнт висловився в сторону теорії Бека. Витримавши паузу, Бек (1976) запитав пацієнта, що він зараз відчуває, і той відповів: «Я відчуваю сильне почуття провини». В цьому не було нічого незвичайного. Але потім пацієнт спонтанно додав, що, коли він висловлював різкі критичні зауваження на адресу свого аналітика, в його свідомості одночасно виникали самокритичні думки. Таким чином мав місце другий потік, що плив паралельно думкам, наповненим гнівом і ворожістю, про які він повідомляв під час своїх вільних асоціацій. Цей другий потік думки пацієнт описав наступним чином: «Я сказав не те, що потрібно ... Я не повинен був це говорити ... Я не маю рації, критикуючи його ... Я поступаю погано ... Він про мене погано подумає») причиною депресії в зрілому віці служить упередження, пов'язане з негативними інтерпретаціями подій. Коріння депресії слід шукати в дитячих переживаннях, таких як втрата батьків, соціальне відторгнення в середовищі однолітків або вороже ставлення з боку членів сім'ї. Упередження починає діяти, коли людина стикається з ситуацією, яку вона переживала в дитинстві. Депресія (від лат. Degrīmo «тиснути», «придушити») - це психологічний розлад, що характеризується зниженим настроєм (гіпотімією), гальмуванням інтелектуальної і моторної діяльності, зниженням вітальних спонукань, песимістичними оцінками себе і свого становища в навколишній дійсності, соматоневрологічними розладами. Більшість людей вважають, що депресія як розлад набула такої популярності тільки недавно, в зв'язку з різними ситуаціями з'являються нові фактори, але це помилка. Цей розлад був відомий ще з часів античності. Давньогрецький лікар, «батько медицини» Гіппократ описував цей стан як неприємний, хворобливий, душевної муки «меланхолія» або як її ще називають «чорна жовч». Протягом багатьох століть причиною

цього вважали надлишок цієї рідини в організмі. Зараз в світі медицини використовують поняття депресія, яке замінило поняття меланхолія. За Гіпократом меланхолік це тип темпераменту, який найбільш схильний до емоційного розладу. Для людини депресія, це стан порушення душевної рівноваги, коли людина перебуває в пригніченому настрої. Якщо вона триватиме протягом дуже довгого часу, то вона може перейти в більш складну форму, зтяжнього характеру цієї хвороби. В багатьох випадках це може призвести до інвалідності. Емоційні прояви депресії: повна втрата інтересу до навколишнього, туга, відчай, тривога, пригнічений настрій, страждання, дратівливість. Фізіологічні прояви депресії: зниження енергії, зниження сексуальних потреб, порушення функції кишечника, порушення сну, болі в серці, шлунку. Поведінкові прояви: відмова від розваг, зловживання алкоголем і психоактивними речовинами, уникнення спілкування. Розумові прояви: занижена самооцінка, думки про непотрібність, труднощі прийняття рішення, думки про самогубство (в разі важкої депресії), думки про непотрібність, чи не значущості себе в цьому суспільстві, сповільнення мислення. На думку Дробінська А.О., поняттям «депресія» можна охарактеризувати безліч станів людини.[5] Цей термін широко використовується і може позначати різні форми суб'єктивного дистресу. Але про депресію говорять уже як про наявність гострої стадії нервового розладу, не потрібно плутати її зі звичайним сумом, тимчасовими переживаннями, викликаними різними причинами. Смуток – вельми притаманна емоція людини, яка характеризує втрати і розчарування.Щоб сповна відчувати радість, щастя, захоплення людині необхідна ця емоція. По справжньому відчуті всю повноту радості необхідно порівняти її з сумом. Для визначення хвороби використовують термін “депресія”, що значно відрізняється від чого проходить смуток. Так звана клінічна депресія-це хвороба. Ознаки клінічної депресії: значно довше триває депресія,проходить інтенсивніше ніж зазвичай,людські проблеми і відносини дуже їй властиві, поведінки,мислення і біологічне функціонування людей;

пов'язана депресія з повсякденним життям, як на роботі, так і вдома; Северный А.А. вважав, що депресивний розлад - це серйозна хвороба, вона знижує працездатність, як самому хворому приносить страждання, так і його близьким. Більшість людей не здогадуються про типові ознаки депресії, і її наслідки, тому коли їм надають допомогу, депресивний розлад набуває вже затяжний і більш важкий характер, а в деяких випадках взагалі не виявляється. На депресію може захворіти кожна людина, в будь-якому віці, причин цьому може бути дуже багато: переїзд, нерозділене кохання, смерть рідних, і кожен по своєму відчуває сукупність емоційної чутливості всіх причин.Трікетт підкреслює, що депресивний стан в більшій чи меншій мірі на людину діє,повністю перебудовує всю його структуру - починаючи з думок, закінчуючи його поведінкою.[17,с.160] Депресивний стан людини дуже відрізняється від того, якою вона була до початку депресії і ці можуть протікати поступово. Вона навіть, може стати своєю протилежністю. Курпатов А.В. вважає, що люди перебуваючи в стані депресії дуже часто замикаються в собі,повністю відгороджуються від інших.[11,с.256] Людина в стані депресії має негативний погляд на самого себе,що дуже характерно для такого стану. Повна самотність на всьому білому світі,власна безпорадність-це її глибоке переконання. Повне звинувачення себе за самі незначні похибки та недоліки. Характерний песимістичний погляд для депресивних людей на світ, себе,власне майбутнє. Людина в депресії втрачає інтерес до всього того, що навколо неї, і часто зовсім не отримує колишнього задоволення від тих занять, які завжди його радували. У виконанні вже прийнятих рішень вона відчуває труднощі,а також труднощі при ухваленні. [6,с.286].На думку Ковальова О.В.,що під час депресії переважають стійкі – негативні, безнадійні думки про майбутнє і сьогодення. [9,с.144] Вони можуть бути об'єднанні з роздумами про самогубство і смерть. В депресії людина відчуває себе самотньою, неповноцінною, безнадійною і марною: вона песимістично налаштована практично до всього. З суїцидальними тенденціями протікають до 80%всіх

депресій, (спроби звести рахунки з життям та думки про самогубство). Типова і найбільш очевидна ознака депресії - переживання пригніченості, тужливий настрій самотності або апатії. Перебуваючи в стані депресії людина може плакати, коли оточуючим здається, що нема жодного приводу або, навпаки, при справді важких подіях втрачає здатність плакати. Симптомами депресивних розладів більшості людей – гнітюче відчуття пригніченості, повної безнадії, спустошеності. Похмурий настрій - це болісна душевна біль, а не просто печаль. Не всі страждаючі депресією відзначають у себе печаль. У підлітків та дітей депресивний стан проявляється частіше в формі не похмурого настрою, а дратівливості. В стані депресії молоді люди в основному примхливі, легко дратуються. В стані депресії інші дорослі люди бувають зовсім сумні, буркотливі, незадоволені та ворожі і навіть гнівливі. Літні люди ж частіше говорять не про пригнічений настрій, а про дуже неприємні фізичні відчуття і болі. З найдавніших часів депресія вже була відома. В ранніх книгах людства містяться перші сліди пізнання цього феномену. У «Гіппократових записках» описується душевне страждання, що названо меланхолією і кваліфіковано як хвороба з огляду на руйнівний вплив, який воно справляє на самопочуття та поведінку людини. Зображено депресію на сторінках Біблії. Так, праведний Йова оповідає про безмірні і нестерпні душевні муки, що примушують його прагнути смерті й проклинати день, коли він народився. Не вільний від цього страждання і сам Ісус Христос, який у Гетсиманському саду переживає почуття суму і туги, та зізнається своїм учням у тому, що душа його обгорнена сумом смертельним. Цим визначенням Ісус не тільки зазначає, що сум, який він переживає пов'язаний із наближенням смерті, але й характеризує сутність цього переживання – це смертельний сум. Через дев'ятнадцять років прикметник «смертельний» для визначення однієї з форм депресії використовує глибинний філософ і проникливий психолог С.К'єркегор, назвавши її смертельною хворобою. Сучасні оцінки феномена депресії як хвороби суспільства, перегукуються і поширюються в масштабах епідемії, як хвороби,

що може бути безпосередньою причиною смерті у такій формі, як самогубство. За статистичними даними, частота здійснення якого у всіх країнах невинно зростає, як розладу, що паралізує життєву продуктивність людини, примушуючи її глибоко страждати. В другій половині XIX століття термін “депресія” залишився в медичній науці і розпочалося наукове ґрунтовне вивчення цього розладу. Російський психолог-науковець Ю.Ф. Антропов [1, с.152] зазначає, що до другої половини XX століття дослідницькі роботи, присвячені проблемі депресії, переважно мали описовий характер: вони обмежувались описом окремих клінічних проявів розладу (Ю. Каннабіх, 1914; Е. Майрозер, 1929; К. Роджерсон, 1940; С. Радо, 1927 та ін.). На його думку, активніше і глибше вивчення депресії як психічного розладу розпочалося у 60-70 роках, коли вийшли з друку праці А. Бека, 1974; П. Кільгольца, 1970; Г. Клермана, 1980; Р. Спітца, 1980 та ряду інших науковців, що працювали у сфері психології і психіатрії. Депресія є предметом уваги сучасних науковців (О. Лоуен, С. Менцос, А. Смулевич, В. Подкоритов [15, с.352], Ю. Чайка [15, с.352], Д. Хелл та ін.)

Поняття депресії, що відрізняється за тими чи іншими параметрами в науковій літературі містить значну кількість визначень. Депресію, як феномен здорової психіки і депресію як феномен психопатології людини розглядають у теоретичній і практичній психології. У психологічному словнику за редакцією І.В. Дубровіної депресія визначається як «гнітючий стан, що характеризується апатією, пасивністю, відсутністю інтересу до оточуючого». Один з провідних депресологів, відомий швейцарський психотерапевт Д.Хелл [19, с.138] у книзі «Ландшафт депресії» використовує для назви і характеристики цього функціонального порушення низку синонімічних термінів: депресія, депресивне захворювання, депресивні розлади, депресивні стани, депресивні епізоди. Торкаючись проблеми диференціації видів та форм депресії, він зазначає, що у сучасній науці і практиці виділяють переважно поняття меланхолічної або ендогенної форми депресії і невротичної форми, яку трактують як важке переживання події. «Депресія» і «депресивний розлад» як

синонімічні терміни використовують й інші дослідники цього феномена. Зокрема, відомий американський психолог Артур Ребер у «Великому тлумачному психологічному словнику» визначає депресивний розлад як клас порушення настрою, що виявляється в одичних або повторних депресивних епізодах без манії. Термін «депресія» використовують для назви широкого кола поведінкових, емоційних та психосоматичних розладів. Складна, мінлива, багатогранна симптоматика депресії. Депресивні прояви детально описані у психологічній і медичній літературі. Однак, фахівці (Е. Вульф, Г. Розе, К. Кіскер, Г. Фрайбергер, Д. Хелл та ін.) зазначають, що при її розпізнаванні часто виникають труднощі, які зумовлюються рядом об'єктивних причин. Зокрема, не зважаючи на численні наукові дослідження, не визначено чітких критеріїв для розподілу людей на здорових і депресивних; переходу від нормального стану до депресивного, що відбувається переважно плавно і непомітно, та ускладнює процедуру констатації наявності депресії. Депресивний розлад має симптоми за якими його розпізнають і можуть супроводжувати й інші хворобливі стани (тривалі і важкі соматичні захворювання, органічні захворювання головного мозку, епілепсія, шизофренія та ін.), що також призводить до труднощів постановки діагнозу. Крім того, не визначено базових симптомів депресії, які спостерігалися б при всіх її формах і типах. У зв'язку з цим, науковці (Е. Вульф, Г. Розе, Г. Фрайбергер та ін.) наголошують на необхідності чіткого розмежування трьох термінологічних рівнів застосування поняття «депресія». На симптоматологічному рівні виділяють стан порушення афекту, тужливий настрій, пригніченість; на синдромологічному – комбінацію пізнавальних, емоційних і сомато-вегетативних розладів; нозологічний рівень поняття депресії відображає наявність хворобливих станів (часто мінливого характеру), інформацію про особливості клінічної картини розладу, причини його перебіг, виникнення, методи терапії, прогноз. Депресія призводить до змін у поведінці і соціальних стосунках хворого, за результатами наукових досліджень та спеціальних спостережень. Д. Хелл [15, с.138] виділяє у моделі

депресії три характерних поведінкових компоненти: ухилення, ворожість, заклик. Детально описана схема розгортання складових депресивної поведінки. Поведінка людини спочатку, яка страждає від депресії, схожа на крик про допомогу, заклик. Безпорадність хворого викликають у його оточення співчуття та бажання допомогти. З часом, численні скарги депресивної людини починають викликати у оточуючих ворожі почуття і незадоволення до неї: нестриманість та дратівливість хворого призводить до появи відчуженості у людей, з якими він спілкується. Таким чином відчуження, заклик, ворожість, як компоненти депресивної поведінки хворого, викликають у його партнера амбівалентні почуття – роздратування, співчуття та прагнення уникати спілкування. Слід відмітити, що суперечливі почуття оточуючих бувають настільки сильними, що блокують одне одного, провокуючи і у хворих відчуття безпорадності та внутрішньої спустошеності. Глибоке дослідження депресивної поведінки свідчить, що депресія не є проблемою лише її носія: глибоко проникаючи у сферу міжособистісних стосунків хворого, вона приносить страждання і його близьким і оточуючим. Характеризуючи особливості поведінки людей, які перебувають у депресивному стані, науковці (О.П. Ветроградова, О.Н. Золотухіна, Ю.В. Ковальов, А.Б. Смулевич та ін), зазначають її неоднорідність. Тип депресії та глибина її вираженості залежить від специфіки депресивної поведінки. Для декількох варіантів депресивного синдрому (ажіатована депресія, тривожна депресія) характерна надмірна рухова активність: хворий поривається кудись піти, не знаходить собі місця, його рухи розгальмовані, погано координовані іноді різкі; внутрішній неспокій і тривожність знаходить у самозвинуваченнях, скаргах, сльозах. Інші варіанти синдрому (астенічна депресія, адинамічна депресія, ступорозна депресія) спостерігається апатія, рухова загальмованість, відчуття фізичного знесилання, у складних випадках можливий ступор. На перший план у клінічній картині «маскованої» депресії виступає сомато-вегетативна симптоматика, а поведінкові зміни можуть бути взагалі відсутні. Поведінка

людини при порівняно легких депресивних розладах може залишатись незмінною (людина намагається дотримуватись звичного способу життя, виконувати свої сімейні та професійні обов'язки, нічим не виявляти погіршення настрою); при погіршенні депресивного стану його поведінкові прояви стають більш відчутними (більше знижується рухова та соціальна активність, або ж навпаки з'являються ажитація, дратівливість, агресивність). У зовнішності людини відображаються депресивні переживання, як і інші емоційні прояви. Д. Єнікєєва [6, с. 600] описує зовнішній вигляд депресивного хворого: міміка обличчя і вираз очей сумні, похмурі, іноді тужливі; кутики губ опущені; брови сильно насуплені, тому на переніссі утворюються поздовжні складки; голос тихий, монотонний; мовлення одноманітне, сповільнене; важливою характерною ознакою важкої депресії є складка Верагута – викривлена шкірна складка на верхній повіці, яка надає обличчю скорботного виразу. Характеристики вегетативної та соматичної симптоматики депресії, репрезентовані у спеціальній літературі, включають харчові розлади (булімія, анорексія, погіршення апетиту), порушення фізіологічних функцій (головні болі, розлади шлунково-кишкового тракту, тахікардія, неприємні відчуття в області грудної клітки), десинхронізацію біологічного ритму сну, втомлюваність, неспроможність до силових навантажень, зниження працездатності, відчуття фізичної скутості та виснаженості. Здійснили цифровий аналіз проявів депресії, з метою узагальнення депресивної симптоматики науковці університету міста Цюріх (Д. Ангст, Д. Хелл та ін.). Вони визначили одинадцять провідних симптомів депресивного розладу: відсутність інтересів; безрадінний, пригнічений стан; неспроможність до зосередження, нездатність прийняти рішення, нав'язливе застрягання на одних і тих же питаннях; страх (перед буденністю або невизначений страх), погіршення пам'яті; внутрішній неспокій; відсутність енергії; розлади сну; втрата апетиту, зниження ваги; відсутність сексуальних інтересів; відчуття втоми; відчуття тиску і важкості або болі (в епігастральній області, в грудях,

головні болі); вегетативні симптоми (сухість у роті, запори та ін.).Симптоматична картина розладу дещо конкретизувалась завдяки цифровому аналізу депресивних проявів.Науковці та практики- депресологи сходяться на тому, що характеризуючи феномен депресії,вони визначили: головна її небезпека (особливо при важких формах вираженості) полягає у значному підвищенні ризику суїцидних спроб і аутоагресивних тенденцій. Численні статистичні дані свідчать,що існує безпосередній зв'язок між думками про самогубство та депресивними розладами.Таким чином, станом на період 2001 року депресивні розлади посіли друге місце (17,3 %) серед причин самогубств та інших аутоагресивних дій («Доповідь про стан охорони здоров'я у світі, 2001р.»). За твердженням Д. Снікєєвої, якщо людині у стані депресії минуле видається похмурим і непоправним, майбутнє – безперспективним, сьогодення – нестерпним, то смерть розглядається як єдино можливий спосіб позбавлення від страждань.[6,с.600]В одних випадках спроби самогубства здійснюються хворим після тривалого обмірковування, у інших – раптово,так засвідчують фахівці. Про бажання померти людина може говорити, або потайки обмірковувати всі варіанти суїциду.Про самогубство при легких формах депресивного розладу думки виникають періодично, без орієнтації на реальну спробу суїциду.Важка форма депресії, одним з проявів якої є «вибух туги»,спеціалісти вважають особливо небезпечною в ризику самовбивств.

1.2 Характеристика депресії у підлітків

При порівнянні, між дитячою і дорослою депресіями є значна відповідність, але дітям властиві певні унікальні її характеристики. В дитини з'являється сумний вираз обличчя, вона відводять очі. Слід відзначити, що в дитини присутня поведінка з тенденціями до самопошкодження: діти можуть кусати себе і вдарятись головою об щось, а також самозаспокійлива поведінка — смоктання пальців чи розхитування тулуба. Депресивних дошкільнят зазвичай видає їх сумний вигляд, відчуття безнадії та дисфорії. Інтерес до занять і досягнень, що раніше приносили задоволення у депресивного малюка-втрачається. Наприклад, іноді помічається регрес у розвитку, соціальна замкненість, втрата мовних чи когнітивних навиків, та надмірна тривога з приводу розлуки з тими, хто про нього турбується. В дитини спостерігаються невизначені соматичні скарги, проблеми зі сном, роздратованість, нічні жахи та прагнення зашкодити собі. Картина симптомів усе більше відповідає дорослій депресії, по мірі того, як дитина стає дорослішою. Наявні симптоми депресивного настрою, вираження самозвинувачення та провини. До участі в соціальній і шкільній діяльності втрата мотивації може впливати на інтерес молодших школярів. Депресивні діти цього віку стають дуже схильними до деструктивної та агресивної поведінки, яка негативно впливає на їхні стосунки з однолітками та академічну успішність. Із затримкою в розвитку спостерігається порушення сну і харчування. Депресія в дитячому віці часто відразу не розпізнається та не піддається корекції, тому що учителі та батьки зазвичай не розуміють, що за негативним настроєм приховуються серйозні психологічні проблеми.

Нестандартними характеристиками, як правило виявляється депресія у підлітків. Підліток усе ще не здатний повною мірою вербалізувати всі свої переживання. Як показують психологічні дослідження, що перший період депресії в середньому проявляється у 13 років. Частота депресій різко зростає у віці 12—16 років, досягає піку в 14—15 років, а потім поступово знижується.

Депресивного підлітка характеризує така поведінка: грубість, конфліктність, знижена самооцінка, з відтінком дисфорійності настроїв, та готовність до гетеро- аутоагресії. Основу для конфліктів з оточуючими створюють такі особливості психічного стану, а загрози покарання породжують тривогу та страх, що збільшує суїцидальну небезпеку та мотивує суїцидальну поведінку. Данні статистики свідчать, що підлітковий суїцид займає третє місце у підлітковій смертності (після невиліковних хвороб та травм). У підлітковому віці організм зазнає великих змін, зокрема гормональних, які істотно впливають на психологічний, біологічний і соціальний розвиток дитини. За двома основними лініями йде соціальний: встановлення нових відносин з однолітками, та звільнення від батьківської опіки. У наслідок емоційного розриву з батьками, у підлітків виникають суперечливі почуття.

Емоційно підлітки-це ще діти, які знаходяться в перехідному періоді свого розвитку. В першу чергу їхні потреби емоційні, такі самі, як у дітей. Дуже важливо і необхідно підліткам, щоб їх сприймали і любили такими, якими вони є, були з ними лагідними, щоб про них турбувалися, але при цьому сприймали як дорослих, та поважали. Для підлітків важливо відчували турботу та любов оточуючих. Почуття власної нікчемності й самоприниження та низьку самооцінку викликає суб'єктивне відчуття того, що ніхто не турбується про них. Складовою частиною підліткової депресії на цьому етапі вікового розвитку є самотність. При цьому молоді люди не хочуть відкрито висловлювати свої почуття печалі, безнадійності, суму, які характерні у депресивному стані для дорослих. Підлітки часто приховують свою депресію виставленими на показ нудьгуванням, іпохондрією, агресивністю, вередуванням чи асоціальною поведінкою. Депресивні переживання опосередковано виявляють найчастіше саме підлітки. Депресивні симптоми включають негативність і різкі зміни настрою, що супроводжуються деструктивною поведінкою і погіршенням успішності, та відсутністю підлітка на заняттях в школі. По мірі дорослішання симптоми стають більш виразнішими, підвищується вірогідність суїциду.

Актуальність вивчення підліткових депресій визначається низкою особливостей даного вікового періоду (соціальна та особистісна незрілість, підвищена реактивність, емоційна нестійкість тощо), а також виражена їх віковою специфікою (переживання масових форм депресивних розладів, атиповий перебіг, складність розпізнавання та ін.).

Усі ці фактори стають причиною того, що часто депресивні розлади у підлітків залишаються непомічними, молоді люди не отримують потрібної психологічної допомоги; їх психоемоційний стан та поведінка неадекватно розцінюються навколишніми, наприклад, як безпідставна агресивність, капризність, лінощі. Специфічність пубертатних депресій зумовлює значущість розробки ефективної діагностичної та корекційно – терапевтичної методики, яка б урахувала психологічні, біологічні та соціальні особливості підліткового віку. На мою думку, психологічний аналіз індивідуальних депресивних станів підлітків як внутрішнього, особистісного екзистенційного відображення депресії має важливе діагностичне і терапевтичне значення. Аналізи останніх досліджень з даної проблеми, які тривали останній час, виявили, що від депресії лише дорослі страждають. Згідно результатів наукових досліджень, які приблизно почали проводитися з другої половини ХХ століття (Дж. Боулбі, 1961; Р. Спітц, 1946; Я. П. Циркин, 1970 та інші.), показали, що не має вікових обмежень депресія і вона може розвиватись у перші роки життя. За офіційними статистичними міжнародними даними, депресивні розлади спостерігаються у 6% підлітків і 2% дітей. Отже, результати спеціальних досліджень показують, що частота депресивних розладів серед школярів підліткового віку значно вища. Так, наприкінці 90-их років ХХ століття кількість підлітків, які страждали від депресії, сягала 23% (експериментальні данні В.А. Гурієвої). [3, с.206] Проблема дитячих та підліткових депресій є предметом досліджень таких науковців: В.Н. Мамцева, Г.Є. Сухарева, Г.Ф. Колотилін, В.М. Козідубова, В.А. Гурьева, Ф. Браун, Т. Сімсон, Дж. Мастерсон, та ін. Зокрема, В.Н. Мамцева, Г.Є. Сухарева, В.М. Козідубова вивчали причини

депресивних розладів у дітей та підлітків. У наукових працях Ю.Ф. Антропова, В.А. Гурьєвої, Г.Ф. Колотиліна, В.Н. Пихтарєва подано клінічний аналіз підліткових депресій. Н.К. Харитоновна, В. Посохова акцентували увагу на проблемі депресії, як причини суїцидальних учинків, зловживання алкоголем і наркотиками, протиправної поведінки підлітків. Наукові підходи до терапії підліткових депресій висвітлені у працях М.Блумберга, Є.Фроммера, Ю.Ф. Антропова, В.Н. Мамцевої. Асоціативний образ “ Депресія – Смерть “ переважно зустрічається у розповідях людей з важкими депресивними розладами. Можливо, що підлітками глибока депресія переживається, як смерть тому, що вона повністю пригнічує і навіть паралізує емоції та почуття. Науковці, які займалися глибоким вивченням проблем депресії, часто вказували на цю особливість. Важкі депресивні розлади є наслідком пригнічення почуття горя і печалі, так вважав З.Фройд. На особисту думку Д.Хелла, глибока депресія екзистенційно пуста, позбавлена почуттів. Олександр Лоун стверджує, що для важких депресивних розладів характерна відсутність будь – яких емоцій.[13,с.384] Почуття та емоції є активною формою відображення у свідомості людини об’єктивної дійсності. Це відображення реалізується у формі переживання. “ У переживаннях людини проявляється її ставлення до того, що діється навкруги, до інших людей і до самої себе “ (Г.С. Костюк).[10,с.304] Почуття та емоції забезпечують вибірковість сприйняття навколишньої реальності, тобто з їх допомогою людина виділяє ті явища і предмети зовнішнього світу, які мають для неї суб’єктивно – ціннісне значення. Саме завдяки емоціям і почуттям кожен переживає і сприймає довкілля, як “ світ для мене “, як “ мій життєвий простір “. Крім того, вони стимулюють її до активної діяльності, і власне , до життя, оскільки тісно пов’язані зі сферою мотивацій. У переживаннях відображається оціночне ставлення людини до самої себе, відбувається усвідомлення свого Я, своєї екзистенції.

Отож почуття та емоції – це суб’єктивні свідчення життєвості особи, своєрідне індивідуальне підтвердження того, що вона справді живе. Для

підлітка, котрий перебуває у стані глибокої депресії, психічне відображення навколишньої дійсності обмежується пізнавальними процесами, тому що пригнічення емоцій і почуттів позбавляє його суб'єктивно – ціннісного ставлення. При цьому втрачається інтерес до оточення, до переживання його цінності, а отже й зникає бажання активно взаємодіяти з ним. Байдужість до всього, що відбувається навколо, знищує переживання “світ для мене”, тобто “світ існує поза мною, але я не є його частиною, у ньому вирує життя, а довкола мене воно зупинилося”. Одне з центральних місць у наукових працях, присвячених даній проблематиці посідає аналіз чинників виникнення підліткових депресивних розладів. Науковцями описані (Ю.Ф. Антропов, В.А. Гур'єва, В.М. Козідубова, Г.Ф. Колотілін, Г. Крайг, Х. Ремшмідт, Г.Є. Сухарева та інші.) у три групи можна об'єднати причини підліткових депресій: біологічні, соціальні та психологічні. В біологічну групу причин входять: спадкова схильність (наявність психічних захворювань у найближчих родичів та батьків); гормональні зміни в організмі та вікові фізіологічні; важкі та тривалі соматичні захворювання; церебрально-органічні фактори (черепно-мозкові травми, родові травми, патологія вагітності і пологів, виявлені наслідки раннього ураження центральної нервової системи, збій у процесі годування немовлят; патології постнатального розвитку: операції, травми, інтоксикації, порушення психомоторного розвитку). Згідно результатів наукових досліджень (Ю.Ф. Антропов, А.І. Захаров, В.М. Козідубова, Г.Ф. Колотілін, В.Н. Мамцева, Х. Ремшмідт, Г.Є. Сухарева та ін.), групу соціальних чинників виникнення депресивних розладів у підлітків складають: аномалії виховання (гіпоопіка, гіперопіка, жорсткі прийоми виховання, занадто високі вимоги до підлітка зі сторони батьків, деспотизм, фізичні покарання, непослідовність у виборі виховних методів, відсутність порозуміння між батьками щодо вибору стратегії виховання); часті конфлікти у сім'ї, сімейні розлади, болісне розлучення батьків, часті конфлікти, труднощі у спілкуванні з батьками; важкі захворювання або смерть близьких родичів, друзів; нестача материнського

піклування,розлучення з батьками; особливо в ранньому дитячому віці; низька популярність серед однолітків, конфліктні стосунки з ними; шкільні проблеми (шкільна дезаптація,низька навчальна успішність,проблемне спілкування з однокласниками та педагогами); низький матеріальний статус,побутові та економічні негаразди;соціально-економічна та політична нестабільність у країні, яка породжує страх і тривогу за майбутнє. Дослідження підліткової депресивності дають підстави проаналізувати результати наукових досліджень, для висновку про комплексний характер дії депресогенних чинників, їх взаємодоповнення у процесі виникнення та розгортання розладу.Слід підкреслити наукове і практичне значення кожної з теорій,узагальнюючи аналіз представлених теорій і концепсії депресії.Взагалі депресія –це надзвичайно багатогранний і складний феномен, на мою думку, нераціонально розглядати її лише як наслідок психологічних, біологічних чи соціальних чинників. Такий підхід виглядає одностороннім. Тільки повний комплексний аналіз соціального,психологічного та біологічного рівнів депресії, врахування біогенних,соціокультурних особистісних причин її виникнення дає розгорнуту,найбільш повну і цілісну картину природи депресивних розладів. З. Фрейд та К. Хорні по-різному трактують його рушійні сили та механізми розгортання,проте сходяться на думці,що в основі депресивних розладів лежить внутрішній конфлікт особистості.

Умови формування психологічних схильностей у підлітків до депресивних розладів група науковців (Ю.Ф. Антропов, А.І. Захаров, Л.А. Булахова, В.М. Козідубова , Г.Ф. Колотілін, В.Н. Мамцева та ін.) переважно виділяють такі специфічні особливості характеру: темперамент та особистісні властивості (так звані преморбідні характеристики особистості), як: Ю.Ф.Антропов,[1,с.152]А.І.Захаров,[7,с.336] вказують на те, що ймовірність формування у підлітка преморбідних особистісних властивостей значно підвищується за умови наявності схожих рис у його батьків.Тривожність, емоційна вразливість, виражений нейротизм батьків провокує вироблення

схожих властивостей у дітей. Цей процес переважно спостерігається у системі «мати-дитина». А.І.Захаров визначив ряд патогенних змін особистості батьків, які можуть виступати психологічними умовами формування у підлітків депресивних особистісних властивостей:

1. **«Слабкість особистості»** – тривожність, підвищена вразливість, невпевненість, навіюваність, складність прийняття рішень.

2. **«Ригідність особистості»** – негнучкість, консерватизм, загострене почуття відповідальності, інертність.

3. **«Закритість особистості»** – переживання реакцій самозахисту, недостатня комунікабельність, стриманість у проявах ніжності та любові, пригнічення зовнішнього прояву переживань.

4. **«Конфліктність особистості»** – постійне відчуття внутрішнього незадоволення, недовіра, вразливість, негативізм, впертість; протистояння негативної «Я»-концепції та «Я»-ідеального (до якого прагне людина). Якщо батьки є авторитетом для підлітка, то намагаючись догодити їм, бути схожим на них, він переймає їх форми поведінки, морально-ціннісні орієнтації, оцінні судження, морально-ціннісні орієнтації, світоглядні позиції, життєві цілі.

1.3 Види депресії

На сьогодні прийнято виділяти три види депресії, тому Кильгольц П. вважав, що депресія може мати різну симптоматику. [8, с. 117-128] Індивідуальна форма для окремої людини може проявлятися по різному (інтенсивність, різна тяжкість і частота симптомів). Сильна Депресія (Глибока депресія). Тривалість депресії, важка форма її, щонайменше, два тижні. Помітні порушення функціонування роботи організму людини викликають помітні порушення (втрата апетиту і сну) і порушення працездатності. В порівнянні з іншими видами більшість симптомів присутній в кожен момент часу, цей вид депресії відрізняється. Коли п'ять із симптомів спостерігається протягом двох тижнів або більше ця депресія діагностується. В житті людини депресивний розлад може статися лише раз, проте негативні наслідки вона може пережити кілька разів після першого епізоду. Тривалість звичайного нападу при ускладненнях може бути приблизно шість або більше місяців, якщо не робити ніяких дій, не лікувати її. В разі збільшується ризик повторного нападу, якщо буде відсутнє лікування депресії.

Хронічна Депресія. Такий тип депресії також відомий як "дистимія" ("Dis" "порушення", і "timia" "настрій"). Депресія в легкій формі. Слабка депресія може тривати навіть протягом багатьох років. При дистимії людина веде цілком нормальне життя, але, її не покидають почуття не повноти життя, а байдужість до всього того, що відбувається, вона відчуває себе нещасною. Деякі люди страждають такою депресією майже все життя. Симптоми дистимії мають хронічну форму і не залишають людину дуже довгий час. Іноді приступи дистимії можуть перериватися на спалахи глибокої депресії. Має сенс говорити про так звану подвійну депресію, якщо це відбувається.

Біполярна Депресія (широко відома також як маніакальна депресія). Первинна назва цього розладу-маніакально-депресивний психоз. У спадок може передаватися ця форма депресії. П. Кильгольц писав, що головною відмінною рисою цього виду, є зміна настрою від класичного депресивного, до манії або

ейфорії. Хвороба називається біполярною, тому що стан хворої людини, як би коливається між двома полюсами - від сильної депресії до надмірної ейфорії. Поільно відбувається зміна настрою, проте бувають випадки маніакальної депресії, при якій настрої змінюється дуже різко, немов по повороту ключа. Біполярний хворий буквально переповнений енергією, у нього з'являється почуття завищеної самооцінки, він збуджений і здатний обходитися майже без сну, під час маніакального періоду. Людина радісна, в піднесеному настрої на перший погляд це не так уж і погано, але це зовсім не так, бо важко контролювати ейфоричний стан. Маніакально-депресивний психоз або біполярний афективний розлад більш відома як біполярна форма депресії. Вона починає проявлятися в основному підлітковому віці, проте більш старших людей, теж може наздогнати. Людину буквально кидає між двома полюсами і це є особливістю цього стану. На першому – підвищена активність, рівень якої перевищує норму, а на другому полюсі знаходиться вкрай сумний настрої. Порізнному може протікати зміна полюсів у різних людей. У деяких між собою вони чергуються. Маніакальний полюс включається досить рідко і в принципі не заважає нормальному життю, але є випадки, коли переважає апатія. Меланхолічний настрої відвідує людину рідше, коли все відбувається навпаки, а ось надмірна активність в поєднанні з високою самооцінкою оточуючих починає навіть турбувати. Манія часто стає причиною різних божевільних ідей, проте глибока туга може підштовхнути людину накласти на себе руки.

Сезонна депресія. (Порушення, обумовлені часом року). Це такий депресивний стан, який, згідно з наявними гіпотезам, викликано нестачею інтенсивності сонячного світла. Хтось не дуже на зміну погоди сприйнятливий, інші ж можуть при нестачі сонячного світла, або похмурому і сірому небі впасти в глибоку депресію. В зимові місяці, коли сонце майже не визирає з хмар у таких дюдєй посилюється прояв депресивного розладу. Сонячні ванни рекомендується приймати при такому захворюванні. На відстані близько одного

метра від батареї флуоресцентних ламп повного спектра (2500 люкс), необхідно перебувати в приміщенні. Пацієнти можуть займатися будь-якими своїми справами в цей час. На пацієнта, що страждають такого роду захворюванням, це лікування має корисний вплив. З назви випливає, що основна ознака сезонної депресії – це її прив'язка до певної пори року. У цієї недуги є два основних види: зимовий тип проявляється на початку осені і закінчується пізньою весною, а менш поширений річний тип показує себе на початку літа, до початку осені дозволяючи людині повернутися в нормальний стан. Стан депресії проявляється однаково, і в тому, і в іншому випадку. Це в тому, поганий настрій, апатія, який не залежить від того, що відбувається навколо, небажання щось робити, загальне зниження активності, будь то улюблене хобі, або обов'язкові справи на зразок роботи.

Клінічна (велика) депресія. Великий депресивний розлад, також званий клінічною депресією, являє собою цілий комплекс симптомів, які протягом тривалого часу присутні у хворої людини. Під удар потрапляє тіло людини, що сигналізує про те, що щось не в порядку, постійними болями, навіть сон та настрій. Стан депресії буде тільки погіршуватися, якщо не звертати на нього уваги і намагатися виправдати його просто затяжною нудьгою, сварками з близькими, викликаною проблемами на роботі, або просто поганою погодою за вікном, стан буде тільки погіршуватися. Проблеми у всіх сферах життя людини можуть стати цим підсумком – і в стосунках з оточуючими, і в особистому плані, і в професійній діяльності. Що це саме депресія – важливо визнати. «Попереджений – значить, озброєний», згадуючи прислів'я, і тому багато хто заздалегідь припускають найгірший результат подій, що це може бути тривожна депресія. Від хвороби під назвою тривожна депресія можна відрізнити нормальні побоювання за власне майбутнє. Приймати навіть самі елементарні рішення необгрунтована тривога в поєднанні з низькою самооцінкою дуже заважає жити. Будь-яка людина сприймається негативно, будь-яка річ насторожує, будь-яке нетипове відчуття у власному тілі змушує уяву

розігрувати сценку про смертельну хворобу. Слід згадати, що результат будь-якої майбутньої події для таких людей негативний, навіть якщо такий стан депресії заважає нормально жити. Батьки й учителі зазвичай не розуміють, що за негативним настроєм приховуються серйозні психологічні проблеми, тому що депресія у дитячому віці часто не розпізнається, та не піддається корекції. Нестандартними характеристиками, як правило проявляється депресія в підлітків. Достатньою мірою вербалізувати свої переживання підліток все ще не здатний. Перший період депресії в середньому виявляється у 13 років, згідно психологічних досліджень. Частота депресій різко зростає у віці 12—16 років, досягає піку в 14—15 років, а потім поступово знижується. Поведінка депресивного підлітка характеризується сексуальними ексцесами, конфліктністю, грубістю, зниженим, з відтінком дисфорійності настроєм із готовністю до гетеро- й аутоагресії. Такі особливості психічного стану створюють основу для конфліктів з оточуючими, а загрози покарання породжують страх і тривогу, що збільшує суїцидальну небезпеку й мотивує суїцидальну поведінку. Статистика свідчить, що підлітковий суїцид займає третє місце (після травм та невиліковних хвороб) у підлітковій смертності. Організм у підлітковому віці зазнає значних змін, зокрема гормональних, які істотно впливають на психологічний, біологічний і соціальний розвиток дитини. За двома основними лініями іде соціальний: встановлення нових відносин з однолітками, та звільнення від батьківської опіки. У підлітків виникають суперечливі почуття внаслідок емоційного розриву з батьками. Емоційно підлітки це ще діти, які знаходяться в перехідному періоді свого розвитку. В першу чергу їхні емоційні проблеми, такі ж, як у дітей. Підлітки потребують, щоб їх любили та приймали такими, якими вони є, були з ними лагідними, щоб про них турбувалися, але при цьому поважали і сприймали як дорослих. Для підлітків важливо, щоб вони відчували турботу і любов оточуючих. Почуття власної нікчемності й самоприниження та низька самооцінка, викликає відчуття, що ніхто не турбується про них. Складовою частиною підліткової

депресії на цьому етапі вікового розвитку є самотність. Відкрито молоді люди не стануть висловлювати свої почуття печалі, суму, безнадійності, які характерні для дорослих у депресивному стані. Вони приховують свою депресію виставленими напоказ агресивністю, нудьгуванням, іпохондрією, асоціальною поведінкою чи вередуванням. Депресивні переживання опосередковано найчастіше проявляють підлітки. Депресивні симптоми включають в себе різкі зміни настрою і негативність, що супроводжуються відсутністю на заняттях у школі, погіршенням успішності та деструктивною поведінкою. Симптоми стають виразнішими, по мірі дорослішання, підвищується вірогідність суїциду.

Розрізняють три види підліткової депресії:

- 1) відчуття пустоти і байдужість; відчуття, що скінчилось вже дитинство, а дорослим підліток себе ще не відчуває. Виникає певний вакуум, який сприймається як сумування за втраченою людиною — частиною самого себе. Цей вид депресії швидко минає і є нетривалим;
- 2) результат смуги поразок та життєвих невдач (намагався вирішити чергові завдання, але оточуючі не розуміють його і все безрезультатно, або ж підліток відчуває обмеженість своїх потенційних можливостей) на фоні того, що адаптаційні механізми дорослої людини ще відсутні. Внаслідок миттєвого пориву відбувається значна кількість самогубств у підлітковому періоді, а не після тривалого пошуку альтернативних рішень складних проблем;
- 3) факт народження в сім'ї другої дитини може викликати депресію у підлітка. "Конкурентна депресія", вид, який отримав таку назву. Депресія виникає внаслідок зміщення уваги та турботи батьків до новонародженого, а підліток у міру своєї егоцентричності неохоче ділиться любов'ю із сиблінгом-конкурентом. Контекст розвитку в підлітковому віці не такий, як у дитинстві. Діти знаючи, що вони є невід'ємною частиною сімейної ланки відчувають себе в безпеці, тоді як підлітки зіштовхуються із задачею, що полягає у відмові від свого статусу в сім'ї, поступовому дистанціюванні від неї і набутті нового

статусу як незалежного дорослого. Коли близькість із сім'єю перетворюється на табу, а джерело любові ще не знайдено, навіть у здорового підлітка можна очікувати певні перехідні депресивні стани. Підліткова депресія може бути і гіперболізацією нормального розвитку. Статеві відмінності до підліткового віку в депресії незначні, але приблизно з 11 років збільшується їх кількість, а також тяжкість депресій у дівчаток. Депресію у дівчат в 15-річному віці діагностують удвічі частіше, ніж у хлопців. Дослідження свідчать про те, що наявність дитячої депресії, констатована на момент вступу до школи. Вона є передвісником депресивних симптомів. Симптоми можуть виявитися через 3 і навіть 6 років потому. Депресивні діти описують свої сім'ї як контролюючі, конфліктні, незгуртовані, нездатні в потрібний момент надати підтримку. До того ж депресія пов'язана з поганим ставленням до підлітків, включаючи фізичне, психологічне та сексуальне насилля. Самооцінку дитини може знижувати несприятливе сімейне середовище, що у свою чергу, обумовлює відчуття нездійсненності та депресію. Найбільшим стресом є втрата одного з батьків (особливо матері). Близько у 40% дітей депресивних матерів також діагностується депресія за існуючими даними. Більш ніж удвічі материнська депресія підвищує ймовірність цього розладу в дитини протягом життя. Насамперед депресивними стають самі діти, тому що спілкування з батьками не дозволяє їм розвивати адекватні стратегії емоційної регуляції. Розвиток емоційної регуляції, здорові мами втішають своїх дітей і допомагають їм у набутті навичок саморегуляції. Депресивні матері нездатні справлятися із власними негативними станами, що впливає і на їх здатність моделювати настрій у своїх дітей. Не вдається дітям таких матерів виробити ефективні стратегії керування почуттями, що завдають їм стільки мук. Джерелом негативної оцінки, яка може призводити до депресії є не тільки батьки. У своїх насмішках над підлітком, однолітки бувають безжалістними говорячи, що він "не схожий на інших". Тому не дивує той факт, що відсутність соціальної підтримки з боку однолітків, соціальної компетентності та самотність є

значними передумовами підліткової депресії, особливо серед дівчаток. Негативне сімейне середовище призводить до того, що підлітки, схильні до депресії, приходять у коло однолітків з низькою самооцінкою, агресивністю та негативним стилем, слабкими міжособистісними навичками. Часто відштовхують однолітків через неадекватну поведінку, тому що вони не здатні конструктивно вирішувати свої проблеми. У свою чергу, неприйняття з боку однолітків підкріплює негативні уявлення про себе, тим самим підсилюючи депресію.

1.4 Симптоми депресії

Підліток відчуває себе нещасним з багатьох причин. Великий вплив на психічний стан підлітка мають такі фактори: соціальний статус, сімейне благополуччя, успішність у школі. Існує велика ймовірність того, що підліток хворий на підліткову депресію, якщо ні родичі, ні друзі, ні самі улюблені заняття не можуть допомогти підлітку позбутися почуття пригніченості, незалежно від причини її виникнення.

Депресивні симптоми підліткової депресії. Зміна настрою та поведінки - це прояви симптомів підліткової депресії. Підлітки втрачають мотивацію в житті і поступово стають замкнутими, прийшовши після занять зі школи, вони відгороджуються від усіх, закриваються в своїй кімнаті і можуть знаходитись на самоті годинами.

Основні симптоми підліткової депресії:

- Підлітку самотійно важко прийняти рішення
- Забувають про обіцянки оточуючим, свої обов'язки, запізнюються в школу або зовсім прогулюють її
- Повна втрата апетиту або чрезмірне переїдання, що, як наслідок тягне за собою велику втрату ваги або ожиріння
- Агресивна поведінка до оточуючих та близьких, апатія
- Одержимість думками про смерть
- Важко зосередитись, навіть на головному
- Відчуття безнадійності, смутку, занепокоєння, нерозуміння
- Поганий сон та протягом дня підвищена сонливість
- Різке зниження успішності в школі
- Вживання наркотиків, алкоголю, тютюнопаління, випадкові сексуальні зв'язки

- Уникнення близьких та друзів

В більшості випадків вважається, що депресія спадкова, якщо вона починається у віці від 15 до 30 років. Підліткова депресія частіше буває в тих дітей, в сім'ях яких вже були зафіксовані випадки депресії.

Як лікувати депресію?

В світі існує багато методів лікування депресії, включаючи застосування психотерапії та медичних препаратів. Сімейна психотерапія може стати дієвим способом лікування, якщо депресія викликана проблемами в сім'ї. Підліток повинен відчувати підтримку вчителів і родичів, щоб подолати труднощі у спілкуванні з однолітками та навчанні. Тільки ваш лікар може обрати кращий спосіб лікування. Пацієнт ні в якому разі не може займатися самолікуванням. За допомогою психолога-психотерапевта існує і не медикаментозний спосіб лікування депресії. Така психокорекційна робота, заснована на тому, щоб допомогти дитині встановити причини її депресивного стану, навчити підлітка розпізнавати негативні думки і вміти справлятися з ними.

Ознаки суїцидальної поведінки підлітків

Для багатьох дітей у підлітковому віці є серйозною проблемою суїцидальна поведінка. Добровільний відхід підлітками з життя, останнім часом набуває характер епідемії. Втрата коханої людини, проблеми в сім'ї, неуспішність в школі, непорозуміння з однолітками або постійні невдачі в особистих стосунках, все це може викликати негативні думки та призвести до депресії. Підліткам ці проблеми здаються непереборними, та головними, а біль, який вони заподіюють, невиліковним та нестерпним. Самогубство – це своєрідний акт відчаю, і, в основному, головна причина його в підлітковій депресії.

Основні ознаки суїцидальної поведінки у підлітків:

- Повна відсутність віри та надії у майбутнє.
- Ставлення з байдужістю до себе (розмова про те, що нікому немає до нього справи).

- Ознаки приготування до смерті: перестають займатися улюбленими справами, пишуть прощальні листи, складають заповіт, не приділяють уваги раніше важливим речам.

- Погрожують оточуючим вбити себе.

Дуже високий ризик самогубства несе в собі депресія. Якщо ви помітили у когось суїцидальні настрої, негативні думки, ні в якому не залишайте їх без уваги.

Як батьки повинні допомогти підліткам вийти з депресії?

Виховуючи підлітка слід, уникати покарань і принижень. Намагайтеся частіше закріплювати в його пам'яті та уяві позитивні сторони гарної поведінки. Постійні покарання та приниження з боку близьких людей можуть викликати у підлітка почуття неповноцінності та непотрібності. Дозвольте дитині зробити свої помилки в житті. Надмірне опікуєтво, постійний контроль з боку батьків і прийняття рішень за нього, перетворить підлітка в невпевнену особистість. Дайте підлітку відчуття свободи, самостійності. Він не може завжди і всюди діяти так, як ви цього хочете. Не примушуйте підлітка керуватися вашим прикладом і йти по життю так, як ви того хочете, так, як ви це бачите. Ні в якому разі не намагайтесь перетворити вашу дитину в себе молодого. Якщо ви побачили, що дитина пригнічена, обов'язково знайдіть час, щоб поговорити з нею і вислухати, підтримати. Навіть, якщо ця проблема з вашої точки зору здається зовсім незначною, іноді сміхотворною, запам'ятайте, що для дитини, вона може здаватися кінцем світу, величезним болем. Не знецінюйте її душевний біль, розпач, переживання! Намагайтеся повністю уникати повчань. Прислухайтеся до проблем вашої дитини, можливо, ви зможете краще зрозуміти причини її емоційного стану.

Дорогі батьки!

- якщо вам не вдається достукатися до дитини,
- вас не залишає відчуття неспокою,
- якщо пригнічений стан у підлітка не проходить протягом двох тижнів,

- помічаєте інші симптоми депресії,

Радимо вам обов'язково відкласти всі свої справи і негайно звернутися за допомогою до спеціаліста.

Що відбувається в цей час з підлітками?

З таким питанням часто стикаються родичі, батьки, знайомі цієї чималої категорії населення і взагалі всі дорослі люди. Зазвичай, старші люди в усі часи пильно придивлялися до підростаючого покоління, їх вчинків, думок і рідко бували задоволені ними. Але зараз ситуація дуже ускладнилась. Що ж таке відбувається? Зараз підлітки дуже хворобливі. Останні 15 років спостерігається погіршення їх здоров'я. Кількість здорових дітей, на превеликий жаль не перевищує 6-10%, а диспансеризованого обліку у лікарів різних спеціальностей потребує не менше 85% обстежених. Сучасний школяр стає меншим на зріст, страждає різними соматичними захворюваннями, має проблеми із зором, як правило, має порушення постави і не дуже здоровий психічно. Під останнім розуміється як широта поширення невротичних розладів, так і більш важкі прояви – прагнення до бродяжництва, асоціальна поведінка, низький рівень відповідальності за своє життя і благополуччя оточуючих. До цього можна віднести поширення наркоманії та токсикоманії, захоплення алкоголем. Нинішні підлітки дуже слабкі, так можна сказати у підсумку. У всіх сенсах – фізичному, психологічному, моральному, інтелектуальному. Може при цьому є якась пояснення, якщо відволіктися від прагнення пояснити все виключно екологічними або політичними причинами? Давайте спочатку з'ясуємо, скільки в житті людини триває підлітковий період. Межі підліткового чи пубертатного періоду тривають у людини від 10 до 20 років згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я. Ранній пубертатний період – від 10 до 14 років, пізній період – після 15 років. Ендокринні зміни є найважливішою ознакою дорослішання підлітка. Гіпоталамус, згідно закладений у нього програмі, в один потрібний момент активує гіпофіз, і той починає викидати в кров певні гормони, які змінюють в організмі буквально

все. Розпочинається інтенсивний ріст тканин тіла, особливо жирової, м'язової і кісткової, посилене функціонування статевих залоз, активізується обмін речовин, синтез білків, збільшуються в розмірах серце та легені. Інтенсивні зміни та перебудови відбуваються не тільки в тілі, але й у психіці дитини, тому що, кожен гормон має психічну та соматичну, складову. Психіка підлітка ще нестійка, про це всім давно відомо. Емоційна нестабільність підлітка, велика схильність його до депресії, тривожність, дратівливість, імпульсивність, конфліктність, агресивність та інші притаманні якості перехідного періоду, навіть мають спеціальний психологічний термін "підліткова криза". Від підлітка очікувати доброго здоров'я та самопочуття, адекватної поведінки не доведеться поки викид гормонів в організмі не закінчиться, на це дівчатам потрібно 3-4 роки, а хлопцям – 4-5 років. Але потім все стабілізується, та повинно прийти в норму – дитина дозріває і виходить на наступний етап свого життєвого шляху. Статистика ніколи не може мати значення коли . Важлива лише ваша конкретна дитина, тож звертайте увагу на всі підозрілі симптоми. Дуже часто батьки найперше прагнуть допомогти чи навіть втручатися, намагаючись вирішити проблему. Але батьки повинні навчитись почути проблеми своєї дитини. Вислухати те, що каже дитина упродовж бодай 90 відсотків розмови. Краще батькам не нав'язувати дитині своє готове рішення, а спробувати допомогти підлітку впоратись з проблемами. Але батькам треба навчитись саме допомагати, а не керувати дитиною, чи наказувати їй. Спробувати повірити, що ваша дитина краще за вас знає, що саме вона відчуває в різних ситуаціях. Замість того, щоб надавати безкінечні поради – запитуйте та прислухайтесь, запитуйте та прислухайтесь. Якщо відчули , що підліток від вас в цей час закривається, не намагайтеся нав'язати свою думку. Найменше, що потрібно дитині з депресією – це втручання в її особистий простір.

1.5 Виникнення депресії та її подолання

Зазначимо важливий фактор розвитку депресивного стану у підлітковому віці, з психоаналітичної точки зору, дуже частою, навіть універсальною, ознакою депресії є порушення регуляції самооцінки. У осіб з нестійкою самооцінкою розвивається депресія. Вони втрачають зовнішню опору, яка необхідна для підтримки стабільного образу в собі. Результати всіх досліджень показали, що у тих пацієнтів, хто вище оцінював власну діяльність, ніж насправді це було, присутня висока ймовірність розвитку пригніченого стану та депресії. Багато вчених вважає, що існує тісний зв'язок між виникненням депресивного стану та показником рівня самооцінки особистості підлітка. У людини дуже часто основною причиною депресії є поступове зниження власної самооцінки, своїх заслуг та привабливих рис. Під впливом негативних думок про себе зазвичай це відбувається. В підлітковому віці дитина починає усвідомлювати свою неповторність та особливість, в її свідомості відбувається поетапна переорієнтація з зовнішніх оцінок (переважно батьківських) на внутрішні. Центр уваги підлітків в процесі розвитку самосвідомості все більше переміщується від зовнішнього боку особистості до її внутрішньої сторони. Такі зміни тягнуть за собою різні внутрішні конфлікти, які можуть бути базовою основою для розвитку депресії у підлітків. Як показують дані численних досліджень, підлітки з низькою самооцінкою дуже схильні до депресивних тенденцій. Одні дослідження виявили, що низька самооцінка передуює депресивним реакціям або є їх конкретною причиною, а інші - що депресивний афект проявляється спочатку, а потім інкорпорується в низьку самооцінку. І з завищеною самооцінкою така сама справа.

За словами А.И. Захарова: «Депресія і пригнічений стан виникають, коли завищена самооцінка заважає самовдосконаленню та розвитку».[7,с.336] Слід підкреслити роль соціального працівника, щодо подолання депресивних станів. Він бере участь у вирішенні багатьох проблем підліткових депресій, в якості соціального психолога та соціального педагога. Своєчасне діагностування

депресивного стану у підлітка, має важливе профілактичне значення у професійній діяльності соціального працівника. Труднощі при діагностуванні депресивних явищ призвели до усвідомлення фахівцями необхідності враховувати психологічні аспекти виникнення та розвитку даних явищ у підлітків. На підставі даних наявних у літературі, можна виділити ряд підходів та напрямків, для всестороннього дослідження психологічного змісту депресії, механізмів її виникнення, шляхів її корекції і стабілізації. Це поведінкова, когнітивно-поведінкова, психоаналітична, а також сімейна та групова психокорекція. Головною метою видів допомоги, заснованих на цих підходах, є зняття психологічних симптомів та поліпшення стану дитини. Методи включають в себе психологічне втручання, метою якого є повна зміна поведінки, відносин або думок підлітків, які, найчастіше є основними причинами всіх проблем. Полегшення страждань підлітків є короткостроковою метою. Ціль довгострокової мети корекції – є запобігання хронічного характеру, обмеження функціонального погіршення та зворотності депресивних епізодів. Завдання, яке ставить перед собою сімейна психокорекція – ознайомити всіх членів сім'ї підлітка з його проблемою та показати їм, як вони можуть та повинні допомогти. Для підлітка з депресивним розладом сім'я слугує потужним та надійним джерелом сил, енергії, підтримки. Складності у родинних стосунках, розбіжності у взаємовідносинах членів сім'ї або в спілкуванні призводять до появи певного типу пацієнтів, у яких сімейні проблеми та негаразди виливаються в депресію. Звертаючись до патології в сімейній системі, терапевт розглядає підліткову депресію. Програма сімейної корекції зазвичай є короткою, орієнтовною на дію підходом, мета якого полягає в знятті симптомів через зміну поведінки членів сім'ї. Одна з головних цілей групової психокорекції для вирішення практично будь-якої психічної проблеми, є створення умов для встановлення з ровесниками контакту. У яких також виникають такі самі труднощі, де вони можуть разом попрактикуватися в

нових навичках у встановленні міжособистісних відносин, підтримати один одного.

Цілі групової психокорекції включають в себе:

- Надати кожній людині можливість усвідомити, що її потреби схожі на потреби багатьох людей;
- Розробити альтернативні рішення певних конфліктів;
- Навчити більш ефективним соціальним навичкам;
- Підвищити обізнаність про потреби і почуття інших людей.

Для підлітків, які страждають депресією створено багато груп. Це групи соціальних навичок та тренінгу. Основна мета лікування зосереджена на встановленні та практиці соціальних навичок, які здаті допомогти у вирішенні конфлікту в стосунках з друзями та родиною.

Психоаналітична корекція депресії. Психоаналітична корекція депресії ґрунтується на концепції, що на почуття і поведінку людини сильний вплив робить минулий досвід, страхи і підсвідомі бажання. Відповідно до цієї теорії, багато психічних захворювань можуть бути вилікувані шляхом зміни поглядів хворого на свої емоції, на самого себе, та на роботу своєї власної свідомості. Цей вид роботи дуже приваблює пацієнтів, хоча і вимагає більшого часу, ніж інші. Психоаналітична корекція не просто знімає симптоми розладу, вона ставить своїм завданням змінити характер людини, особистість, будувати близькі стосунки з людьми допомогти їй навчитися довіряти іншим, краще справлятися з труднощами, проблемами, втратами і не позбавляти себе при цьому широкого спектру емоцій. Згідно психоаналітичної теорії, причиною депресії може стати конфлікт між підсвідомими і свідомими думками, переконаннями і бажаннями людини. Якщо підлітків непокоїть конфлікт, вони намагаються придушити і інстинктивно переміщують їх зі свідомості в підсвідомість. Першочергове завдання психоаналітичної корекції - пригнічені і невирішені конфлікти підняти з глибин підсвідомості і перенести їх у нашу свідомість з тим, щоб зустрітися з ними обличчям до обличчя і позбутися від

них. Щоб витягти пригнічені конфлікти підлітка на світло, психоаналітик може вибрати, та скористатися одним з методів психоаналізу: аналіз сноведінь, перенесення, вільні асоціації т.д. Психоаналітична корекція депресії має свої недоліки: вона дорога і може займати кілька років. Процес обстеження нерідко зачіпає болючі і глибокі особисті переживання пацієнта. Пацієнт стає тривожним і засмученим на якийсь час. Метод міжособистісної психокорекції, ставить перед собою завдання змінити людські взаємини, що вносять свою частку в причини депресивних переживань підлітків. Такі хворобливі переживання впливають з труднощів в особистих взаєминах людей згідно теорії, розробленої психіатром Джеральдом Клеманом і психологом Мирної Вейсман. Міжособистісний психолог намагається поліпшити уявлення людини про його здібності до спілкування, про самого себе, тому що це має оздоровити його стосунки з іншими людьми. На заняттях людина дізнається про свої можливості справлятися з новими завданнями, будувати і підтримувати здорові відносини з іншими людьми, бідою і горем, які вимагають досить тривалого напруження. Разом з психологом підліток за допомогою спеціальних прийомів визначає коло його проблем у взаєминах з іншими людьми та намагається поліпшити відповідні здібності. Звертаючись до проблеми депресії біхевіористи, більше уваги приділяли процедурам терапевтичним, ніж побудові теоретичної моделі депресії. Розглядаючи депресію на поведінковому рівні, Форстер вважає, що вона характеризується втратою деяких навичок адаптивної поведінки і заміщенням їх реакціями уникнення, такими як прохання, скарги, дратівливість і плач. Несприятливу ситуацію депресивна людина намагається усунути за допомогою прохань і скарг. Мета поведінкової психокорекції, яку ще називають психологічним удосконаленням поведінки, - допомагати клієнтам видозмінювати ті свої дії і вчинки, які загострюють тяжкість перебігу депресивних переживань. За свідченням поведінкових психотерапевтів, депресивний стан у людини виникає тоді, коли від неї потрібно занадто багато, а винагорода за це -

непропорційно мало. Психолог у роботі з підлітками для підкріплення позитивних емоцій буде використовувати принцип адекватної винагороди. Наприклад, підліток - честолюбний учень, але в навчанні йде позаду тих, хто значно здібніший за нього, і це є основою його переживань, що призводять до депресії. Завдання поведінкового психолога - навчити його бути задоволеним своїми результатами і триматися впевнено. На заняттях з пацієнтом психолог при деяких методах психокорекційної роботи в основному слухає, а не говорить. Поведінковий психолог виконує більш активну роль на відміну від цього. Він розроблює для пацієнта індивідуальний корекційний план і працює по ньому з урахуванням конкретного депресивного стану і того, чим воно викликане. Когнітивна модель депресії ґрунтується на тому положенні, що провідні симптоми депресії, такі як слабкість або повна втрата мотивації, печаль, суїцидальні бажання, знаходяться в залежності від порушення пізнавальних процесів. Виділяється комплекс когнітивних порушень, що став класичним: негативне бачення життєвих подій і навколишнього світу, негативна оцінка майбутнього і негативне уявлення про себе, так звана когнітивна депресивна тріада. За даними А. Бек, когнітивні спотворення при депресії впливають на переробку інформації. Наголошується при цьому, що депресивні підлітки ігнорують минулий досвід, роблять необґрунтовані висновки, перебільшуючи свою провину і применшуючи свої сили і досягнення, що сприяє створенню і закріпленню негативних образів свого "Я". Основним у когнітивної теорії депресії вважається положення про те, що самозвіт пацієнтів представляють скоріше відображення їх негативних установок, ніж дійсний стан речей, тобто реалістичність самокритики депресивних пацієнтів, виявляється оманливою, а проблеми людини в значній мірі є наслідком певних перекручених уявлень про реальність, що базуються на помилкових передумовах. Визначальна характеристика когнітивної корекції в тому, що вона є структурованим, прямим, часто короткостроковим видом корекції і робить акцент на розвитку пізнавальних здібностей, що пов'язано з

поведінковими подіями і навичками вирішення проблем. Така основна розумова конструкція - пізнавальні здібності людини обумовлюють її почуття. На заняттях психолог допомагає підлітку виявити у себе негативні думки і дати реальну оцінку стану речей, психолог керує підлітком у прокладанні нових шляхів мислення, у відпрацюванні та закріпленні нових форм реагування на події та факти. Більшість когнітивних психологів таке навчання свого клієнта розглядають, як корекційну програму, на якій психолог і клієнт разом працюють - разом складають список завдань і проблем, разом прагнуть досягти намічених цілей. Як правило, курс когнітивної корекції триває не довго, він складається з 12 - 16 занять. Лікування у випадку тривало протікаючих форм депресії може розтягнутися від 6 місяців до 2 років. Приблизно 50 відсоткам підлітків, за дослідженням вчених, когнітивна психотерапія допомагає. Було проведено невелике число порівняльних досліджень з оцінки ефективності когнітивно біхевіористичної терапії, що включає сімейну терапію, показало перспективність розвитку даного напрямку в подоланні депресії та обнадійлив результати. Таким чином, за останні десять років зроблен великий крок вперед у лікуванні та діагностиці дитячої та підліткової депресії, причому не останню роль тут грали і продовжують грати психологи. У світі, кожні 40 секунд одна людина покінчує життя самогубством, про це свідчить суха статистика. І те, що другою причиною смертей 15-19-річних підлітків, поступаючись лише автокатастрофам є- суїцид. Якщо говорити про загальну статистику. Більше сотні дітей в Україні, якщо вірити офіційній статистиці, щорічно скоюють самогубство. Це набагато менше, ніж кількість серед дорослих суїцидів і помітно нижче, ніж в інших країнах. У нас суїциди серед підлітків часто класифікують як нещасні випадки, тому ці дані можуть бути не дуже точні. Експерти стверджують про тисячі невдалих спроб серед дітей звести рахунки з життям. Але суїцид – це не щось таке, до чого підлітки приходять несподівано. Депресія-одна з головних причин суїциду, кількість випадків якої у підлітків, насамперед серед дівчат, останнім часом тільки

збільшується. Дуже часто депресія лишається непоміченою дорослими. Саме тому сьогодні пропонуємо ознайомитися з думкою відомої письменниці та педіатра Перрі Клас, яка намагається допомогти батькам та іншим дорослим зробити перші кроки, щоб навчитися відрізняти «звичайні» підліткові зміни настрою та поведінки, від тривожних сигналів справжньої депресії і правильно на неї реагувати. Педіатри мусять неодмінно ставити підлітками під час огляду найважливіші питання, які стосуються депресії та суїциду. Щоразу, а не зрідка, чи інколи, або у виняткових ситуаціях. В Україні ставлення до психоемоційного здоров'я людини бажає бути кращим. Особливо, коли це все йдеться про підлітків, яких оточуючи не сприймають серйозно й списують усе на гормони, вік та бунтівний характер. Близько 300 млн людей по всьому світі, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я страждає депресією. До 15% депресій закінчуються самогубством, згідно з ВООЗ. Найбільш поширеною проблемою в Україні серед усіх психічних розладів є депресія, а ще українці страждають депресією значно частіше, ніж жителі країн Європейського Союзу чи США. І показники захворюваності на депресію у нашій країні продовжують невпинно зростати. Особливо серед підлітків. Особливо можна зазначити, що про підліткі ЛГБТ+ – це категорія населення, яка страждає на депресію найбільше і має страшенно високі показники суїцидальних випадків. Чому ж кількість випадків підліткової депресії збільшується? Чи підлітки і раніше потерпали від депресії, чи можливо, вони стали зараз більш відкритими до того, щоб говорити про свій стан з іншими? Лікарі вважають, що нині тінейджери справді з більшою відкритістю і розкутістю обговорюють свої переживання, та це навряд чи є переконливою причиною таких показників. Існують інші фактори на зразок зловживання алкоголем чи наркотиками, або ситуація у родині – наприклад, чи підлітка виховують обоє батьків або лише тато чи мама – також не достатньо прояснюють ситуацію. Доктор Бенджамін Шейн, голова відділу дитячої і підліткової психіатрії в університетському шпиталі NorthShore був одним із авторів

минулорічної студії про суїцид та спроби самогубства серед підлітків. Ми маємо беззаперечні свідчення, що кібер-булінг (цькування у мережі) спричинив підвищення рівня депресії, особливо серед дівчат, і можливо також рівня суїцидів. У таких випадках чимало батьків губляться, не знаючи, як допомогти своїм дітям. Їхнім першим поштовхом може бути забрати у дитини смартфон, та для багатьох підлітків це лише погіршить ситуацію. На думку доктор Шейна, батьківські заборони користуватися соцмережами можуть виявитися для підлітка більш травматичними, ніж, власне, цькування. Через соціальні мережі вони спілкуються з однолітками, отримують підтримку, відчуття спільноти. Позбавте цього вашу дитину – і ви зробите її дуже самотньою людиною. Доктор Можтабай вважає, що подібні дослідження потребують значно більше інформації про життя тінейджерів, аби сказати, чи існує у суспільстві тенденція щодо підліткових самогубств, чи ні. Та батькам варто вже бути уважнішими як до дітей, які мають психічні розлади, так і до тих, хто досі не дібрав однозначного визначення своїм почуття. [13, інтенет сайт]

1.6 Особливості виникнення депресивних станів

Підлітковий період - такий період в житті людини, під час якого відбувається перетворення дитини в дорослого. Відбуваються радикальні фізичні і психічні зміни протягом відносно короткого періоду часу, які уможливають виконання завдань, що стоять перед дорослою людиною виконання його професійно-соціальної функції і функції освіти сім'ї. Підлітковий вік характеризується яскравим протіканням емоцій, екзальтацією, різкою зміною різних станів, демонстративною поведінкою, (Прихожан А.М., Фельдштейн Д.І., Кондратьєв М.Ю. Толстих Н.Н. та ін.). Акцентуації характеру можуть бути причиною тому (Личко А.Є.),[12,с.416] серед яких у підлітків часто виявляються демонстративна, гіпертімна, циклотімна, лабільна. Так, циклотімна і лабільна можуть призводити до депресії, незначущості, думкам про смерть, почуттям самотності. Класичний депресивний синдром характеризується тугою, яка виступає в поєднанні з моторною і ідеаторною загальмованістю, зниженням життєвого тону, ідеями самозвинувачення або самознищення, соматовегетативними розладами, а також різноманітними неприємними тілесними відчуттями. Часом дуже складно розпізнається депресія у дітей та підлітків. Це обумовлено, по-перше, тим, що депресивна симптоматика нашаровується на вікові психологічні особливості і, по-друге, нерідко має форми замаскованого прояву. З огляду на те, що підлітковий вік характеризується як період мінливості настрою, підвищеної емоційності, що проявляється в легкій збудливості, поєднанні полярних якостей, які виступають почергово, а також не забуваючи про те, що деякі

особливості емоційних реакцій перехідного віку знаходяться в фізіологічних та гормональних процесах. Відображення специфіки соціальної ситуації розвитку можна очікувати і в специфіці емоційного розвитку, у виникненні підвищеної тривожності, депресивності, агресивності, як реакції на неможливість реалізувати себе, своє розуміння відносин з людьми в складній, динамічній і швидко мінливій ситуації. Більшість вчених, які ґрунтовно займаються дослідженнями в області підліткової депресії (Ковач М., Подільський А., Ідобаєва О.) сходяться на думці, що перебіг депресії у підлітків більш виражений безумовно складно. Нерідко підлітки скаржаться на спонтанний на смуток, небажання нічого робити, почуття нудьги, що з їх точки зору "не зовсім правильно". Зниження своєї активності вони прямо пов'язують зі зниженням настрою, при цьому все інше відносять до поганого настрою. Якщо до виникнення депресії підлітки добре вчилися в школі, то вони нерідко відзначають тісний зв'язок між труднощами в осмисленні матеріалу і зниженням настрою, особливо коли є обмеження в часі, підкреслюється погіршення стану до вечора, при підготовці шкільних домашніх завдань. Спроби позбутися від нудьги, розвіяти смуток та печаль, змушуючи себе робити що-небудь корисне, частіше зазнають невдачі. Як правило, сон порушений за рахунок засипання і недостатньо тривалі ранкові підйоми утруднені, також як і відвідування занять. Тривожний компонент розладів нерідко визначається активним пошуком виходу з депресивного стану, зазвичай за рахунок посилення активності з пошуку допомоги з боку інших людей, і не завжди батьків чи родичів. Підвищена зарозумілість "я сам можу" часто визначає напрямок діяльності з виходом на надцінні захоплення або групування з підлітками, що відрізняються відхиленнями в поведінці, тому нерідкі алкогольні ексцеси компанії делінквентна підлітків. Посилення тривоги, особливо до вечора, часто супроводжується появою страху за майбутнє, виникненням суїцидальних думок зі спробами їх реалізації, почуття безперспективності життя. Роздратованість та стомлюваність підлітків помітна особливо в другій половині дня, вони часто

потребують пообідньому відпочинку, і, якщо користуються ним, відчувають себе значно краще. Середня і важка форми депресії у віці від 13-16 років зустрічаються досить рідко, але її симптоми можуть становити загрозу для життя тих, хто опинився в такому стані, згідно з даними підліткової психіатрії. Показники дослідження підліткової депресивності виявили, що легка депресія зустрічається в середньому в 90% випадків, а середня і важка форма депресії зустрічається значно рідше, тільки в 10% випадків. Дівчаток-підлітків більше в два рази, ніж представників чоловічої статі, серед тих, хто відчував депресії. Дівчата-підлітки, більше переживають свої проблеми в собі і розвивають депресію. Причини цієї статевої відмінності ще й досі не ясні, хоча психологи вважають, що зі значним зниженням самоповаги, вони можуть бути пов'язані. Це вплив статевої ролі соціалізації, яка супроводжує статеве дозрівання. Тиск з засобів масової інформації, та з боку однолітків спонукає дівчат цінувати стосунки вище досягнень та прагнути бути більш привабливими. У дівчат-підлітків депресія часто супроводжується порушеннями харчової поведінки, такими як булімія і анорексія. Поєднання менш ефективних стилів збігається в поведінці з більш складними проблемами, викликаними цим тиском, може збільшити цю ймовірність депресій у дівчаток-підлітків на шляху від отрочтва до юності і дорослості. Хлопчики-підлітки, найімовірніше, втягуються в антигромадські форми поведінки, вживання алкоголю та наркотиків. У хлопчиків-підлітків депресія супроводжується нерідко нервовими зривами. Депресія в підлітковому віці з'являється практично одночасно з іншими розладами, у відповідь на зовнішню і внутрішню напругу. Депресія і поведінкові порушення, депресія і тривожні стани, включаючи імпульсивну поведінку, часто з'являються разом. Велика частка тих, хто зазіхає на самогубство, щонайменше після своєї спроби переживають депресію. Вживання наркотиків, депресія, думки про самогубство, також пов'язані між собою. У дівчат-підлітків незадоволення своїм тілом може призвести до розладів в харчовій поведінці, а потім і до депресії. Особливу небезпеку депресії завжди

пов'язували з хворобою - виходячи з припущення, що депресія робить людину вразливою до хвороби. Внаслідок впливу депресії на міжособистісні відносини вона може викликати і інші проблеми. Також депресією викликається обмеження спілкування, яке може погіршувати в підлітковому віці відносини "батько - дитина" і впливати на стосунки. У підлітків депресія часто поєднується з анорексією і булемією. Виснаження і анорексія настільки часто супроводжують депресію, що вважаються одним з облігатних її ознак і включаються практично в усі відомі опитувальники, як критерії діагностики депресії. При цьому на зниження маси тіла і стомлюваність самі підлітки уваги не звертають. Булімія, або підвищення апетиту можуть також супроводжувати у підлітків депресію, хоча це спостерігається не так часто. Таким чином, у підлітків депресивні стани накладають відбиток на всі сторони особистості, призводять до самотності і відчуження, що ще більше посилює депресивний стан. Депресивні стани призводять підлітка до дезадаптації і своєчасна корекція даного емоційного неблагополуччя дозволить подолати безкризово труднощі супутні у підлітковому віці. У юності і підлітковому віці депресивні симптоми в більшості випадків дуже схожі з симптомами депресії у дорослих. Відчуття і відчай, які створилися в ситуації, з якими нічого не можна змінити, ведуть до підвищеного ризику суїциду в цей період життя. Такі підлітки іноді намагаються поліпшити свій психосоматичний стан за допомогою наркотиків або алкоголю. Відзначається переважання депресивних порушень у дівчаток в порівнянні з хлопчиками починаючи з пубертатного віку. Часто депресивність у підлітків супроводжується втратою інтересу до позашкільних і шкільних занять. Часто прогулюють школу підлітки з депресивними розладами. Ще один важливий фактор розвитку у підростаючого покоління депресивного стану, з психоаналітичної точки зору, він є частим, якщо не універсальним. Порушення регуляції самооцінки є ознакою депресії. У осіб з нестійкою самооінкою розвивається депресія, вони втрачають зовнішню опору, необхідну для підтримання стабільного образу себе. У всіх проведених дослідженнях

результати показали, що у тих, хто оцінював власну діяльність вище, ніж це було насправді, присутня висока ймовірність розвитку депресії і пригніченого стану. На думку вчених, існує тісний зв'язок між рівнем самооцінки особистості підлітка та виникненням депресивного стану. Основною причиною депресії, дуже часто є, так само поступове зниження людиною власної самооцінки, власних привабливих заслуг і рис. Під впливом негативних думок про себе зазвичай це відбувається. Так як в підлітковому віці активно формується самосвідомість, формується і власна незалежна система еталонів самоствавлення та самооцінювання. Підліток у цьому віці починає усвідомлювати свою неповторність та особливість, в його свідомості відбувається поступова переорієнтація з зовнішніх оцінок (переважно батьківських) на внутрішні. Центр уваги підлітків в процесі розвитку самосвідомості дедалі переноситься від зовнішньої сторони особистості до її внутрішньої сторони. Ці всі зміни тягнуть за собою різні внутрішні конфлікти, які можуть бути основою для розвитку депресії у підлітків. Численні дослідження показали, що підлітки з низькою самооцінкою схильні до депресивних тенденцій. Аналіз одних досліджень вияв, що низька самооцінка є первинною в депресивних реакціях або є їх причиною, а інші – що спочатку проявляється депресивний афект, а потім трансформується в низьку самооцінку. З завищеною самооцінкою, все так само. Як стверджує А.И. Захарова: «Депресія і пригнічений стан виникають, коли завищена самооцінка заважає самовдосконаленню і розвитку».[7,с.336]

1.7 Депресія у хлопчиків та дівчат

Вперше поняття "гендер" з'явилося в роботі Р.Столера в 1963 р. Надалі, термін "гендер", запозичений з лінгвістики (gender - рід (англ.)), використовувався для позначення культурних характеристик жінок і чоловіків на відміну від статі - сукупності біологічних характеристик – фізіологічних і генетичних та репродуктивних. Гендер - це соціальна стать, багато в чому обумовлює особливості власне особистісного і групової поведінки і задає правову і статусно-соціальну позицію індивіда в суспільстві;) біологічна стать, яка виступає як комплекс морфологічних і фізіологічних характеристик, що визначає індивідуальну статеву поведінку, пов'язану зі спрямованістю і виразністю еротичних почуттів і переживань. Хоча причини цієї статевої відмінності поки не ясні, психологи вважають, що вони можуть бути пов'язані з великим зниженням самоповаги. Це вплив статевої соціалізації, яка супроводжує статево дозрівання. Тиск з боку засобів масової інформації, та з боку однолітків спонукає дівчат прагнути бути ще більш привабливими і цінувати стосунки вище досягнень. У дівчат-підлітків депресія часто супроводжується порушеннями харчової поведінки, такими як булімія і анорексія. Поєднання менш ефективних стилів збігається в поведінці з більш складними проблемами, викликаними цим тиском, може збільшити цю ймовірність депресій у дівчаток-підлітків на шляху від отрочтва до юності і дорослості. Хлопчики-підлітки, найімовірніше, втягуються в антигромадські форми поведінки, такі як вживання алкоголю та наркотиків. У хлопчиків-підлітків депресія нерідко супроводжується нервовими зривами. Депресія в підлітковому віці з'являється практично одночасно з іншими розладами у відповідь на зовнішню і внутрішню напругу. Подільський А. зазначає: «депресія і поведінкові порушення, депресія і тривожні стани, включаючи імпульсивну поведінку, часто з'являються разом. У дівчаток невдоволення своїм тілом може призвести до розладів в харчовій поведінці, а потім і до депресії. Особливу небезпеку депресії завжди пов'язували з хворобою, -

виходячи з припущення, що депресія робить людину вразливою до хвороби. Внаслідок впливу депресії на міжособистісні відносини, вона може викликати і інші проблеми...». Також депресією викликається обмеження спілкування, яке може погіршувати в підлітковому віці відносини батько - дитина і впливати на стосунки. У підлітків депресія часто поєднується з анорексією і булімією. Виснаження і анорексія настільки часто супроводжують депресію, що вважаються одними з облігатних її ознак і включаються як критерії діагностики депресії практично у всі відомі опитувальники. При цьому на зниження маси тіла і стомлюваність самі підлітки уваги не звертають. Булімія, або підвищення апетиту можуть також супроводжувати у підлітків депресію, хоча це спостерігається не так часто. Коли підліток, перебуваючи в сильному, або середньому ступені депресії, доходить до того, що не може більше витримувати її, щоб полегшити своє страждання і горе, він намагається зробити хоч щонебудь. Виходом з депресії називаються дії підлітка в цій ситуації. Існує багато способів виходу. Хлопчики-підлітки зазвичай бувають більш буйні, ніж дівчатка-підлітки. Вони можуть спробувати зняти симптоми депресії брехнею, злодійством, бійками, перевищенням швидкості або іншими антисоціальними діями. На сьогодні, серед хлопчиків-підлітків одна з найпоширеніших кримінальних дій, яка спостерігається - це злом із проникненням в будинок. Вчинки, які розбурхують нерви і пов'язані з небезпекою, в якійсь мірі полегшують і знімають біль, завданий депресією. Хлопчики, що знаходяться в депресії, часто вдаються до цього, тому що злом будинків дає їм такі відчуття. Дівчатка зазвичай намагаються вийти з депресії менш буйними способами, однак через шкідливість впливу засобів масової інформації на їх психіку, насадження культу сили, тип їхньої поведінки починає невпинно змінюватися. Часто дівчата намагаються зняти свою депресію за допомогою безладних статевих зв'язків: страждання заподіяні депресією, пом'якшуються під час фізичної близькості. Однак коли ці взаємини закінчуються, ці зазвичай нещасні діти відчувають себе ще гірше - вони

бувають ще більш пригнічені, ніж раніше, тому що їхня думка і оцінка про себе різко падає. В стані депресії підліток може почати приймати наркотики. Вкрай небезпечне поєднання-маріхуана і депресія, тому що в принципі після прийому марихуани підлітки відчують себе краще, йому здається, що всі проблеми відступають на другий план. Цей наркотик не рятує від депресії, але знімає викликану нею біль. У нього нічого не болить, і тому підліток відчуває себе краще. Звичайно, коли дія марихуани закінчується, біль повертається знов і знов, і тоді він змушений приймати більшу кількість наркотиків, щоб досягти того ж ступеня полегшення та ейфорії. Нажаль, це самий найпоширеніший в світі шлях звикання до марихуани, зростання повної залежності від неї. Так само інші наркотики можуть впливати на підлітків. Тому, якщо ми намагаємося допомогти їм позбутися від наркоманії, витягти їх звідти, ми спочатку повинні визначити, наскільки сама депресія вплинула на цю згубну пристрасть. Спроба самогубства-це інший спосіб виходу з депресії. Іноді підліток, йдучи на це, хоче не вмерти, а лише налякати, привернути увагу. Дійсно розлучитися з життям, іноді у підлітка бувають серйозні спроби та наміри. До цього способу частіше вдаються дівчата, ніж хлопчики, але на превеликий жаль, спроби хлопчиків частіше вдаються. В основному дівчата використовують не шкідливіші способи самогубства, такі, як наприклад, таблетки; хлопчики ж, навпаки, в цих ситуаціях діють більш рішуче, тому і врятувати дівчаток зазвичай простіше. За визначенням сучасних психіатрів депресії - афективний синдром, в основі якого лежить знижене, пригнічений, пригнічений, тужливий, тривожний, боязке або байдуже настрої. Депресія може бути неглибокою, невротичної, пов'язаної з різними психічними травмами або важкої, глибокої, коли виражена депресивна тріада: тужливий настрої поєднується з уповільненням розумових процесів і малої рухливостю. У дітей і підлітків депресія частіше протікає атипово, має різні «маски». Прихована за фасадом дитячих примх, поведінкових, тимчасових інтелектуальних порушень, депресія у дітей і підлітків нерідко надзвичайно важко виявляється. На відміну

від дорослого, у дитини, підлітка не вистачає життєвого досвіду, словникового ресурсу, щоб висловити свій стан в депресії. Про депресивних розладах у дітей та підлітків можна здогадатися з різних непрямими ознаками.

Висновки до першого розділу

Переважають підходи у дослідженнях підліткових депресій, що сформувалися в процесі вивчення депресій дорослих людей.

На мою думку це призвело до таких наслідків:

1. Специфіка підліткових депресій враховується неповною мірою, зокрема значення у їх генезі таких фундаментальних психологічних умов, як домінування у структурі розвитку підлітка особистісного розвитку, депресогенний характер підліткової дихотомії, кризовості особистісного розвитку індивіда, сензитивності підліткового віку щодо реалізації потенціалу виникнення особистісних новоутворень.
2. Недостатньо використовується особистісна симптоматика у виявленні депресивних розладів, не створено спеціального підходу для розв'язання проблеми підліткових депресивних розладів, не відповідає масштабам і характеру соціальних запитів арсенал спеціальних програм та методів надання підліткам з депресивними розладами психологічної допомоги.
3. Важливою складовою руху за конструктивізм є розв'язання проблеми підліткових депресивних розладів, повноцінну самореалізацію кожної людини, реалізацію гуманістичного принципу боротьби за збереження життя.

Фахівці різних наукових шкіл дослідили та встановили:

- потужним деструктивним потенціалом відзначаються депресивні підліткові розлади, внаслідок чого виникає загроза життя індивіда як у підлітковому, так і у зрілому віці. Депресивні розлади не усунуті у період їх виникнення переростають у хронічні і трансформуються у систему депресогенних особистісних властивостей – так звану депресивну особистість, що стає внутрішнім джерелом продукування загроз життю. Широкий діапазон таких загроз: від деформацій особистісних функцій, на зразок порушення функції позитивного ставлення до себе і пов'язаних з цим душевних страждань, до феномена «зламаного життя» і навіть фізичного його знищення у формі самогубства;

- періодом підвищеного ризику виникнення депресивних розладів є підлітковий вік. У підлітків певної узагальненої особистісної характеристики вони виникають переважно, з низькою «Я»-толерантністю до деструктивних впливів, що є продуктом його особистісного розвитку. Таким чином, депресії виникають на особистісно-психологічній основі. Набуває принципового значення ця констатація у ситуаціях пошуку ефективних технологій розв'язання проблеми депресій у підлітків, вирішення різних аспектів, серед них одним із головних є виявлення глибинних симптомів депресивних розладів, вдосконалення їх класифікації;

- одним із базових компонентів більшості визначень поняття депресії, запропонованих депресологами різних наукових напрямів і шкіл, є такі семантичні означення, як «гнітючий стан», «пригнічений настрій», «стан пригніченості», «пригніченість». Також, дослідники виділяють, у визначеннях депресивних розладів такі типові ознаки, як відчай, тривожність, пасивність, песимізм, слабкість духовних сил, тужливий настрій, почуття провини, апатія, почуття безпорадності, безвиході;

- на мій погляд, обумовлена тенденціями деперсоналізації- це депресія (розладів «Я», функцій особистісної саморегуляції), втрата життєвої продуктивності, що викликає розгортання внутрішніх і зовнішніх деструктивних процесів у життєдіяльності підлітків, а також пов'язаних з ними душевних страждань;

- впродовж тривалого періоду вивчення депресивних розладів науковцями та практиками запропоновано велику кількість теорій і гіпотез, покликаних пояснити причини виникнення депресивних розладів. Переважно вони представляють два підходи до вивчення депресивних розладів:

біолого-психіатричний та психолого-соціологічний. Першого напрямку представники наголошують, на ролі біологічних чинників виникнення депресивних розладів, прихильники другого напрямку обґрунтовують ідеї соціокультурної та глибинно-психологічної їх природи. Визнаною є

концептуальна позиція, відповідно до якої психологічні, біологічні, та соціальні чинники справляють і взаємодіють комплексний вплив на людину. Вважається, що біологічні чинники є первинними, на їх основі формуються психологічні, а роль стимулів виконують соціальні, що актуалізують останні. Групу біологічних чинників складають: церебрально-органічні порушення, спадкова схильність до депресії, фізіологічні та гормональні зміни в організмі підлітків, тривалі та тяжкі соматичні захворювання. До групи соціальних чинників відносяться: сімейні розлади, деформації виховного впливу, конфліктні стосунки з ровесниками, фінансово-матеріальні проблеми, політична та соціально-економічна нестабільність у країні, смерть близьких людей. Серед психологічних чинників виникнення депресивних розладів найбільш важливими є невпевненість у собі, страх втрати, нарцисична вразливість, психологічна виснаженість та спустошеність, психологічна залежність від батьків, тощо;

-у світовій науці першою моделлю розвитку психологічних умов депресивних

розладів є модель виникнення меланхолії (Гіппократа - Галена), основу якої складає сукупність специфічних особистісних властивостей, що формуються на базі меланхолічного темпераменту і об'єднуються навколо таких особистісних властивостей, як психологічна уразливість та схильність до печалі. Основи особистісного підходу заклала зазначена модель, що проявляється, зокрема, у започаткуванні наукової традиції трактування депресії як особистісної проблеми та особистісно детермінованого феномена. Найбільш вагомими серед виявлених у дослідженнях особистісних детермінант депресивних розладів є такі психологічні умови: особистісні конфлікти, специфічні особистісні властивості (лабільність емоцій, сенсативність, занижена самооцінка, підвищена тривожність, сором'язливість, невпевненість у собі, соціально-психологічна залежність, чутливість до думок та оцінних суджень оточуючих, астеничність та ін.), депресогенні особистісні властивості батьків (слабкість особистості,

закритість особистості, конфліктність особистості, ригідність особистості); психологічні умови жорсткого сімейного виховання з пригніченням «Я» дитини;

-аналізуючи результати досліджень депресивних розладів, можна свідчити про те, що незалежно від особливостей їх виникнення і перебігу сферою, яка при цьому неминуче зазнає ураження є особистість, зокрема система особистісної саморегуляції. Питома вага особистісних чинників у депресогенезі є такою значною, що визначення депресивного розладу як особистісного розладу не виглядає перебільшенням;

-розроблена модель на основі теоретичного узагальнення психологічних умов розвитку депресії у підлітків забезпечує обґрунтування висновку про те, що підходом, релевантним проблемі розв'язання підліткових депресивних розладів є особистісний підхід, основу якого складає науково-методична інтерпретація особистісного розвитку як визначального конструкта системи психологічних умов виникнення депресивних розладів, моделей їх діагностики та подолання, що створює можливості розвитку у підлітків здатності до продуктивної особистісної саморегуляції та довільного вибору конструктивних шляхів самореалізації.

РОЗДІЛ 2.

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНОГО СТАНУ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

2.1. Загальна методологічна схема дослідження особливостей депресивного стану у підлітковому віці

Згідно здійсненого теоретичного аналізу літератури та досліджень психологічних особливостей підлітків, зокрема підліткової депресії, ми розглянули особливості депресивного стану підлітків. Метою проведення емпіричного дослідження стало виявлення особливостей прояву підліткової депресії.

Підібрано методичний інструментарій, на основі якого проведено дослідження. Інтерпретація результатів дослідження здійснена за допомогою статистичного аналізу даних.

Методологічна схема:

1. Теоретичний аналіз (метод критичного аналізу, метод узагальнення, метод систематизації досліджуваної проблеми на основі осмислення першоджерел).
2. План дослідження.
3. Проведення дослідження.
 - 3.1 Програми дослідження.
 - 3.2 Вибір методів.
 - Шкала Гамільтона для оцінки депресії;
 - Тест для визначення депресії Марії Ковач;
 - Опитувальник «Проблемна анкета»;
 - Методика соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонд.
 - 3.3 Проведення дослідження.

2.2. Основні етапи дослідження та характеристика вибірки

Дослідження проводилося в чотири етапи:

- 1.Збір даних щодо психологічних особливостей підлітків.
- 2.Вибір та пред'явлення методик.
- 3.Збір даних щодо депресивного стану підлітків, що взяли участь у дослідженні, за допомогою методик: шкала Гамільтона для оцінки депресії, тест для визначення депресії Марії Ковач, опитувальник «Проблемна анкета», методика соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонд.
- 4.Математично-статистичний аналіз даних, аналіз та інтерпретація результатів дослідження.
 - 4.1 Математично-статистичний аналіз включав такі аналізи:
 - описові статистики (середнє);
 - кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Спірмена);
 - критерій порівняння середніх Краскала-Уолісса.
 - 4.2 Аналіз результатів дослідження передбачав:
 - 1).аналіз прояву депресії;
 - 2).аналіз особливостей прояву депресії;
 - 3).аналіз областей проблем;
 - 4).аналіз соціально-психологічної адаптації;
 - 5).виявлення різниці між дівчатами 9 та 11 класів та хлопців 9 та 11 класів за проявами депресії;
 - 6).виявлення різниці між дівчатами 9 та 11 класів та хлопців 9 та 11 класів за особливостями прояву депресії;
 - 7).виявлення різниці між дівчатами 9 та 11 класів та хлопців 9 та 11 класів за областями проблем;
 - 8).виявлення різниці між дівчатами 9 та 11 класів та хлопців 9 та 11 класів за соціально-психологічною адаптацією;

9).аналіз взаємозв'язку особливостей прояву депресивного стану у підлітків серед дівчат;

10).аналіз взаємозв'язку особливостей прояву депресивного стану у підлітків серед хлопців.

Дослідження проводилось на базі школи №37 м. Києва. У дослідженні брало участь 40 респонденти віком 13-16 років. З них 20 респондентів віком 13-14 років – учні 9-го класу (10 хлопців та 10 дівчат), 20 респондентів віком 15-16 років – учні 11-го класу (10 хлопців та 10 дівчат) (рис. 2.1).

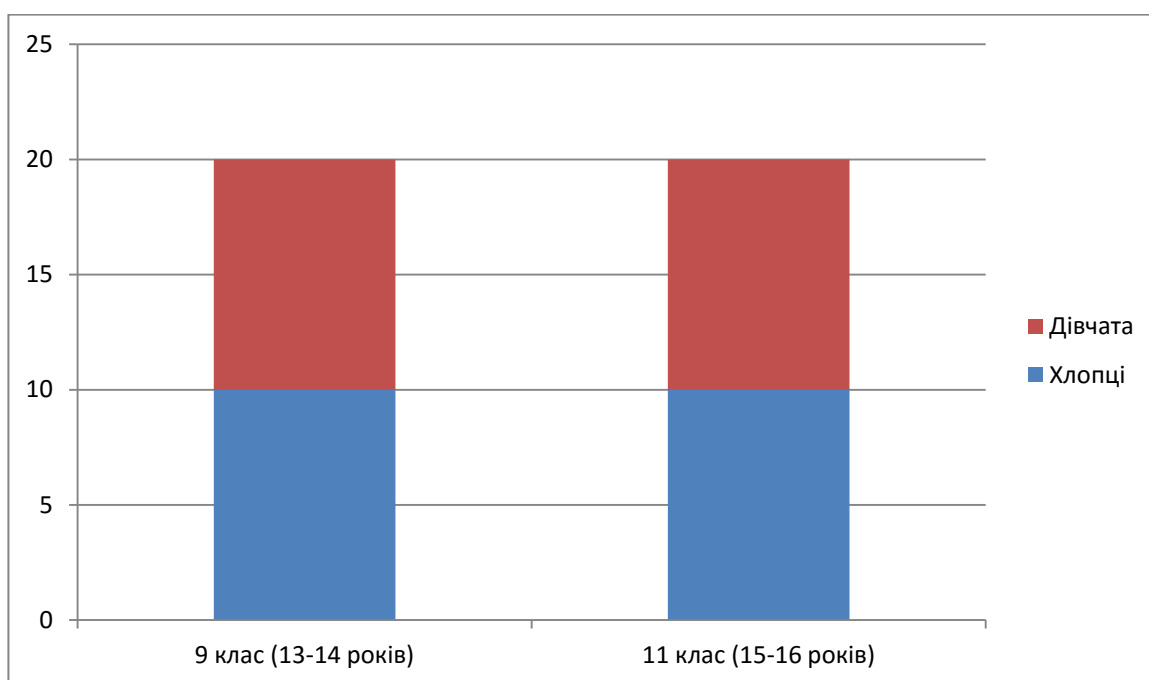


Рис. 2.1. Розподіл вибірки

2.3. Методики дослідження

Для проведення дослідження були обрані наступні методики:

1. Шкала Гамільтона для оцінки депресії (Hamilton psychiatric rating scale for depression, HDRS, або HAM-D), створена в 1959 р, згодом стала часто застосовуватися для оцінки тяжкості депресії в динаміці. Вона розроблена для хворих з афективними порушеннями депресивного типу і застосовується для оцінки ефективності терапії. Всі ознаки являють собою окремі прояви депресивного стану, але не поодинокі симптоми, а радше групи симптомів.

Вона включає 24 ознаки, які оцінюються за системою балів: від 3 до 5 балів. Слід зазначити, що спеціальні дослідження показали малу успішність розширення списку ознак, включених в HDS, так як це не посилювало надійності і значимості даної шкали.

В даний час HAM-D застосовують для об'єктивізації та співставлення показників клініко-біологічних і психофармакологічних програм досліджень. Для оцінки потрібно обирати варіант відповіді, який найбільш точно характеризує стан людини. Перші 17 завдань дозволяють розрахувати показник ступеня тяжкості депресії. У чотирьох додаткових завданнях (18-21) міститься інформація, що відноситься до допоміжних симптомів, які можуть вимагати особливого лікування. Для пункту 7 (робота і інша активність) дослідник може отримати інформацію від родичів або медичного персоналу. Пункт 16 (втрата у вазі) вимагає відповіді на кшталт «так» або «ні», тобто або за пунктом 16А або по пункту 16Б. Переважною під час терапії є об'єктивна оцінка (16Б). Оцінка за анамнестичними даними застосовується тільки як початкова, перед проведенням терапії. Пункт 18 (добові коливання): при відсутності добових коливань ставиться оцінка «0» за пунктом 18А, а пункт 18Б залишається порожнім; при наявності добових коливань за пунктом 18А відзначається час доби, коли симптом виражений в найбільш важкого ступеня, а ступінь або вираженість коливань відзначається в пункті 18Б.

Критерії тяжкості депресії за шкалою Гамільтона:

0-7 - норма;

8-13 - легкий депресивний розлад;

14-18 - депресивний розлад середнього ступеня;

19-22 - депресивний розлад важкого ступеня;

23-30 - депресивний розлад вкрай важкого ступеня.

2. Тест для визначення депресії Марії Ковач. Розроблений Maria Kovacs (1992) і адаптований співробітниками лабораторії клінічної психології і психіатрії НДІ психології, визначає кількісні показники спектру

депресивних симптомів - знижений настрій, гедоністична здібність, вегетативні функції, самооцінка, міжособистісна поведінка. Тест складається з 27 пунктів самооціночної шкали для дітей та підлітків від 7 до 17 років. Надійно розрізняє дітей і підлітків з психіатричним діагнозом «велика депресія» від інших психопатологічних станів і здорових учнів школи. Чутливий до динаміки депресивних розладів у часі, дає також показник глибини депресії. Опитувальник був перекладений багатьма мовами (крім оригінального англійського), тому може застосовуватися в обстеженні дітей з різних культур. У порівнянні з іншими інструментами, що вимірюють депресію у дітей, вимагає мінімальних навичок читання. Дає кількісні показники спектру депресивних симптомів - знижений настрій, гедоністична здібність, вегетативні функції, самооцінка, міжособистісна поведінка. Деяка кількість пунктів тестує наслідки депресії, специфічні для дітей (наприклад, у школі). Пункт має 3 варіанти, які кодовані як 0, 1 або 2, ці показники прямо пропорційні глибині депресії. Дитина повинна вибрати один з трьох варіантів по всім пунктам шкали на основі останніх двох тижнів. Загальний нормальний показник по CDI може варіювати від 0 до 54. Критичне значення – 50, після якого глибина симптоматики наростає. Інтерпретація CDI повинна ґрунтуватися на аналізі відповідей на окремі показники, факторних показниках і їх значеннях, а також інтеграції даних тесту з додатковою інформацією – клінічної бесіди з дитиною і прямим наглядом за її поведінкою. Підрахунок кінцевого показника тесту: бали обраних варіантів відповідей сумуються за всіма пунктами тесту. По кожній із шкал також підраховується бал. Потім за допомогою таблиці заносяться наступні показники. Для цього потрібно знати вік і стать дитини.

Шкали методики:

A – значення настрою, негативна оцінка власної ефективності, очікування неприємностей, плаксивість, підвищений рівень тривожності.

В – ідентифікація себе з роллю поганого, агресивна поведінка, високий негативізм, неслухняність.

С – високий рівень неефективності в школі як переконання.

Е – негативна оцінка власної неефективності, суїцидальні думки.

Опитувальник легко проходити і обраховувати. Час заповнення вимагає не більше 15 хвилин. Особливо цінний в ситуаціях, де потрібна швидка і алгоритмізована оцінка проблем дитини.

3. Опитувальник «Проблемна анкета», розроблений Seiffge-Krenke (1984) і адаптований співробітниками РДПУ ім. О. І. Герцена під керівництвом Л. О. Регуш. Цей опитувальник допомагає визначити проблемні переживання людей в науковому психологічному дослідженні.

Опитувальник складається з 72-х питань, які розподілені за 7-а шкалами:

1. Школа.
2. Майбутнє.
3. Батьки.
4. Однолітки.
5. Вільний час.
6. Протилежна стать.
7. Власне «Я».

Кожна шкала містить перелік (20-23) важких життєвих ситуацій, які можуть викликати психологічні проблеми. Оцінка проблемної проводилася в балах від 1 до 5.

4. Методика соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонд. Призначена для вивчення особливостей соціально-психологічної адаптації та пов'язаних з цим рис особистості. Стимульний матеріал представлений 101 твердженням, які сформульовані в третій особі однини, та без використання будь-яких займенників. Ця форма матеріалу використана авторами лдля того, щоб уникнути ситуації, коли респонденти свідомо співвідносять твердження зі своїми особливостями.

У методиці використана шкала відповідей з семи балів.

Інтегральні показники методики:

1. «Адаптація»;
2. «Прийняття інших»;
3. «Інтернальність»;
4. «Самосприйняття»;
5. «Емоційна комфортність»;
6. «Прагнення до домінування».

РОЗДІЛ 3.
АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО
ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕПРЕСИВНОГО СТАНУ У
ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

3.1. Психологічні особливості підлітків

За допомогою шкали Гамільтона для оцінки депресії ми отримали середній показники прояву депресії.

Для того щоб виокремити особливості кожного віку та статі, нам необхідно провести порівняльний аналіз результатів методики між учнями 9 та 11 класу.

Для цього використаємо критерій порівняння середніх Краскала-Уолісса за шкалою Гамільтона (Додаток А)

Гіпотеза: $p > 0.05$ – немає відмінностей

$p \leq 0.05$ – є відмінності

Є статистично значущі відмінності у показнику прояву депресії (Asymp. Sig.=0,000).

Подивимось, як саме розподілились середні бали за загальним балом прояву депресії між учнями 9 та 11 класів (табл. 3.1.).

Таблиця 3.1.

Середні показники шкали Гамільтона для оцінки депресії

	Середній загальний бал прояву депресії
Дівчата 9 клас	12,7
Хлопці 9 клас	6,6
Дівчата 11 клас	13,1
Хлопці 11 клас	8,3

Для зручності представимо середні показники у графічному вигляді (рис.3.1.):

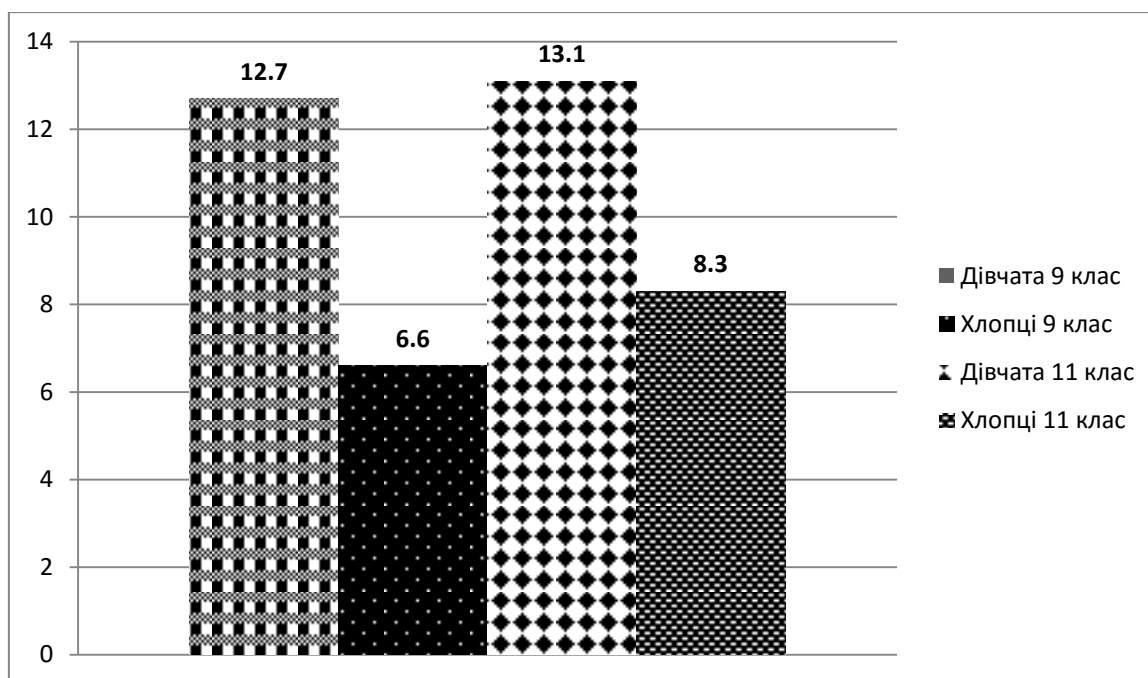


Рис.3.1. Прояв депресії у підлітків

У дівчат 9 класу показник прояву депресії склав 12,7, що входить у межі легкого депресивного розладу. У дівчат 11 класу прояву депресії склав 13,1, що трохи виходить за межі легкого депресивного розладу. У хлопців 9 класу показник прояву депресії склав 6,6, що входить у межі норми. У хлопців 11 класу показник прояву депресії склав 8,3, що означає нижню межу легкого депресивного розладу.

Отже, дівчата більше схильні до проявів депресії. Також бачимо, що дівчата більш старшого віку (15-16 років) демонструють вищий показник прояву депресії. Хлопці менш схильні до проявів депресії, а хлопці молодшого віку (13-14 років) демонструють норму.

Наступна методика – тест для визначення депресії Марії Ковач. За результатами тесту ми отримали середні показники за всіма шкалами визначення депресії. Для того щоб виокремити особливості кожного віку та статі, нам необхідно провести порівняльний аналіз результатів методики між учнями 9 та 11 класу.

Для цього використаємо критерій порівняння середніх Краскала-Уолісса за тестом для визначення депресії Марії Ковач (Додаток Б)

Гіпотеза: $p > 0.05$ – немає відмінностей

$p \leq 0.05$ – є відмінності

Є статистично значущі відмінності у таких показнику прояву депресії: Шкала В (Asymp. Sig.=0,00) та Шкала А (Asymp. Sig.=0,000). У дівчат більш виражені Шкала А та Шкала С, у хлопців більш виражені Шкала В та Шкала С (табл. 3.2.).

Таблиця 3.2.

Середні показники тесту для визначення депресії Марії Ковач

	Шкала А	Шкала В	Шкала С	Шкала D	Шкала Е
Дівчата 9 клас	46,6	36,6	49,7	30,4	29,7
Хлопці 9 клас	32,3	42,7	46,8	26,6	26,1
Дівчата 11 клас	48,3	38,3	52,1	33,4	33,1
Хлопці 11 клас	33,1	48,1	49,3	28,3	27,4

Для зручності представимо середні показники у графічному вигляді (рис.3.2.):

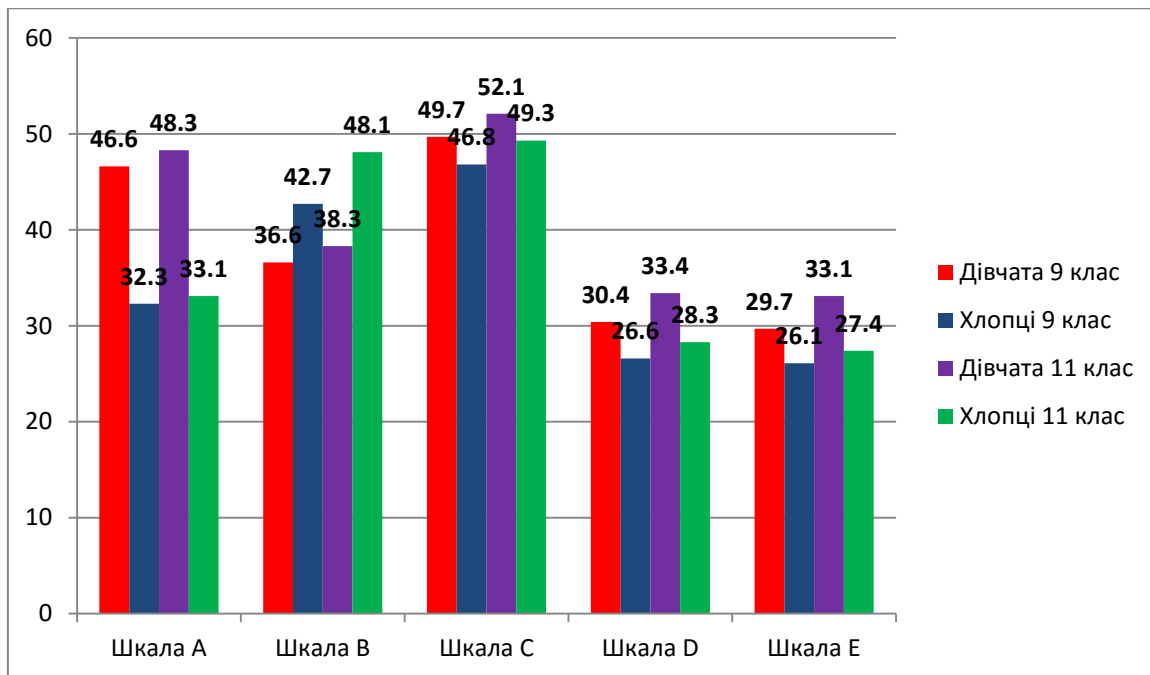


Рис.3.2. Прояви депресії у підлітків

За шкалою А (негативний настрій) переважають показники у дівчат (учениці 9 класу – 46,6; учениці 11 класу – 48,3), що означають середні показники за шкалою. Тобто вони більш схильні, ніж хлопці, негативно оцінювати свою ефективність та настрій. У хлопців ці показники набагато нижче середнього (учні 9 класу – 32,3; учні 11 класу – 33,1).

За шкалою В (міжособистісні проблеми) переважають показники у хлопців (учні 9 класу – 42,7; учні 11 класу – 48,1), що означають середні показники за шкалою. Тобто вони більш схильні, ніж дівчата, ідентифікувати себе з роллю поганого. У дівчат ці показники нижче середнього (учениці 9 класу – 36,6; учениці 11 класу – 38,3).

За шкалою С (неефективність) значні показники (на рівні середнього) притаманні і хлопцям, і дівчатам. У хлопців: учні 9 класу – 46,8; учні 11 класу – 49,3. У дівчат: учениці 9 класу – 49,7; учениці 11 класу – 52,1). Тобто всі наші респонденти мають значний рівень переконань власної неефективності в школі.

За шкалою D (ангедонія) виявлені показники на рівні нижче середнього для хлопців, і для дівчат. У хлопців: учні 9 класу – 26,6; учні 11 класу – 28,3. У

дівчат: учениці 9 класу – 30,4; учениці 11 класу – 33,4). Тобто всім нашим респондентам не притаманна виснаженість та почуття самотності.

За шкалою Е (негативна самооцінка) виявлені показники на рівні нижче середнього для хлопців, і для дівчат. У хлопців: учні 9 класу – 26,1; учні 11 класу – 27,4. У дівчат: учениці 9 класу – 29,7; учениці 11 класу – 33,1). Тобто всім нашим респондентам не притаманна негативна самооцінка та наявність суїцидальних думок.

Далі за опитувальником «Проблемна анкета» ми отримали середні показники за всіма областями проблем. Для того щоб виокремити особливості кожного віку та статі, нам необхідно провести порівняльний аналіз результатів методики між учнями 9 та 11 класу.

Для цього використаємо критерій порівняння середніх Краскала-Уолісса за опитувальником «Проблемна анкета» (Додаток В)

Гіпотеза: $p > 0.05$ – немає відмінностей

$p \leq 0.05$ – є відмінності

Немає статистично значущих відмінностей у областях проблем. Всі області проблем виражені у респондентів на середньому рівні.

Таблиця 3.3.

Середні показники опитувальника «Проблемна анкета»

	Школа	Майбутнє	Батьки	Однолітк и	Вільний час	Протиле жна стать	Власне «Я»
Дівчат а 9 клас	2,3	3,1	2,7	2,7	2,6	2,2	2,7
Хлопц і 9 клас	2,1	2,8	2,9	2,6	2,5	2,3	2,1

Дівчат а 11 клас	2,4	3,2	2,6	2,8	2,7	2,1	2,1
Хлопці і 11 клас	2,3	2,7	2,8	2,5	2,5	2,4	2,4

Для зручності представимо середні показники у графічному вигляді (рис.3.3.):

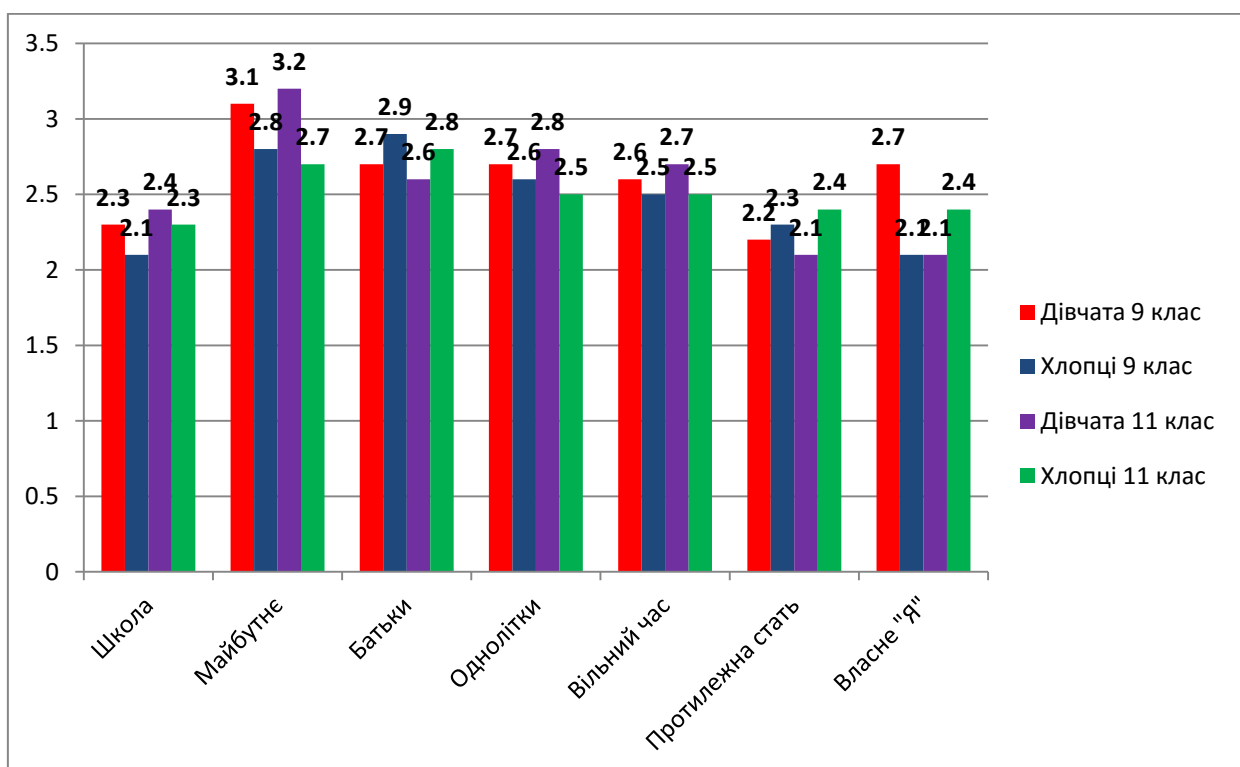


Рис.3.3. Проблемні області у підлітків

Найменш проблемна область у хлопців 9 класу – школа (2,1), у хлопців 11 класу – теж школа (2,3), у дівчат 9 класу – протилежна стать (2,2), у дівчат 11 класу – протилежна стать (2,1) та власне «Я» (2,1). Найбільш проблемна область у хлопців 9 класу – батьки (2,9), у хлопців 11 класу – також батьки (2,8), у дівчат 9 класу – майбутнє (3,1), у дівчат 11 класу – також майбутнє (3,2).

Далі за методикою соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонд ми отримали середні показники за показниками соціально-психологічної

адаптації. Для того щоб виокремити особливості кожного віку та статі, нам необхідно провести порівняльний аналіз результатів методики між учнями 9 та 11 класу.

Для цього використаємо критерій порівняння середніх Краскала-Уолісса за тестом для визначення депресії Марії Ковач (Додаток Г)

Гіпотеза: $p > 0.05$ – немає відмінностей

$p \leq 0.05$ – є відмінності

Є статистично значущі відмінності у таких показниках соціально-психологічної адаптації: прагнення до домінування (Asymp. Sig.=0,000). У хлопців цей показник трохи вище, інші показники перебувають у межах норми (табл. 3.4.).

Таблиця 3.4.

Середні показники методики соціально-психологічної адаптації

	Адаптація	Прийняття інших	Інтернальність	Самосприйняття	Емоційна комфортність	Прагнення до домінування
Дівчата 9 клас	62,3	63,1	64,1	66,7	68,9	52,1
Хлопці 9 клас	62,1	62,8	61,9	62,6	61,5	62,3
Дівчата 11 клас	62,4	63,2	60,7	65,9	62,5	57,5
Хлопці 11 клас	62,7	62,7	62,8	63,5	62,4	61,4

Для зручності представимо середні показники у графічному вигляді (рис.3.4.):

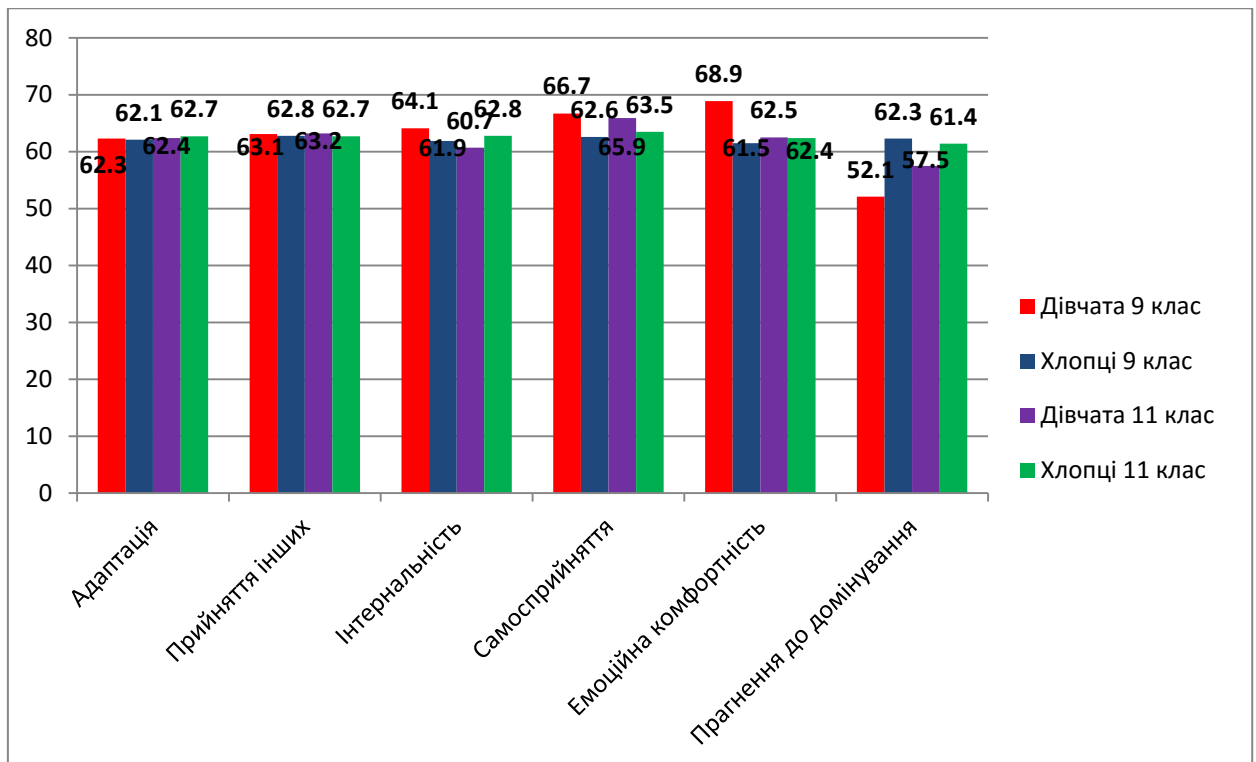


Рис.3.4. Показники соціально-психологічної адаптації у підлітків

Отже, всі показники перебувають у межах норми у дівчат та хлопців 9 та 11 класів. Є невелика перевага в прагненні у домінуванні у хлопців. Можна сказати, що наші респонденти загалом достатньо оптимістичні, врівноважені, з адекватною самооцінкою та ставленням до себе, є схильність до управління, бажання бути лідерами, розуміють свої переживання та знають, чого хочуть, відповідальні за свої вчинки, можуть нормально сприймати оточуючих.

3.2. Особливості прояву депресивного стану у підлітковому віці

Далі за допомогою кореляційного аналізу (коефіцієнт кореляції Спірмена) (Додаток Д) ми можемо перевірити взаємозв'язок шкал усіх методик, щоб виявити особливості прояву депресивного стану у підлітків. Спочатку ми виконали кореляційний аналіз для дівчат 9 та 11 класів (табл.3.5).

Таблиця 3.5

Кореляційний аналіз м серед дівчат 9 та 11 класів

	Депресія (Гамільтон)
Шкала А	0,544**
Шкала В	-0,431**
Шкала С	0,384**
Шкала D	0,335**
Шкала Е	0,331**
Школа	0,320*
Батьки	0,311*
Однолітки	0,367*
Власне «Я»	0,398*
Емоційна комфортність	-0,392*

* Кореляція є значущою на рівні 0,05.

** Кореляція є значущою на рівні 0,01.

Виявлені:

- середня позитивна кореляція (0,544**, $p=0,004$) між показниками Депресія (Гамільтон) та Шкала А. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень прояву депресії, тим вище загальне зниження настрою негативна оцінка власної ефективності;

- середня негативна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Шкала В (-0,431**, $p=0,006$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, знижується другий та навпаки – чим вище рівень прояву депресії, тим нижча ідентифікація себе з роллю поганого;
- слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Шкала С (0,384**, $p=0,009$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень прояву депресії, тим вище рівень переконання неефективності в школі;
- слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Шкала D (0,335**, $p=0,009$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень прояву депресії, тим вище рівень виснаженості та почуття самотності;
- слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Шкала Е (0,331**, $p=0,009$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень прояву депресії, тим вище негативна оцінка власної неефективності та наявність суїцидальних думок;
- слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Школа (0,320*, $p=0,021$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень прояву депресії, тим вища оцінка проблем у школі;
- слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Батьки (0,311*, $p=0,022$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень прояву депресії, тим вища оцінка проблем з батьками;
- слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Однолітки (0,367*, $p=0,018$). Тобто з підвищенням рівня одного

показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень прояву депресії, тим вища оцінка проблем з однолітками;

- слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Власне «Я» (0,398*, $p=0,015$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень прояву депресії, тим вища оцінка проблем з власним «Я»;
- середня негативна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Емоційна комфортність (-0,392*, $p=0,014$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, знижується другий та навпаки – чим вище рівень прояву депресії, тим нижчий рівень емоційної комфортності.

Далі за допомогою кореляційного аналізу (коефіцієнт кореляції Спірмена) (Додаток Ж) ми можемо перевірити взаємозв'язок шкал усіх методик, щоб виявити особливості прояву депресивного стану у хлопців 9 та 11 класів (табл.3.6).

Таблиця 3.6

Кореляційний аналіз серед хлопців 9 та 11 класів

	Депресія (Гамільтон)
Шкала А	0,385**
Шкала В	-0,391**
Шкала С	0,399**
Шкала D	0,321*
Шкала Е	0,308*
Школа	0,501**
Батьки	0,318*
Однолітки	0,515**
Протилежна стать	0,428**
Прагнення до домінування	-0,448**

* Кореляція є значущою на рівні 0,05.

** Кореляція є значущою на рівні 0,01.

Виявлені:

- слабка позитивна кореляція ($0,385^{**}$, $p=0,006$) між показниками Депресія (Гамільтон) та Шкала А. Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень прояву депресії, тим вище загальне зниження настрою негативна оцінка власної ефективності;
- слабка негативна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Шкала В ($-0,391^{**}$, $p=0,008$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, знижується другий та навпаки – чим вище рівень прояву депресії, тим нижча ідентифікація себе з роллю поганого;
- слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Шкала С ($0,399^{**}$, $p=0,007$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень прояву депресії, тим вище рівень переконання неефективності в школі;
- слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Шкала D ($0,321^*$, $p=0,014$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень прояву депресії, тим вище рівень виснаженості та почуття самотності;
- слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Шкала Е ($0,308^*$, $p=0,016$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень прояву депресії, тим вище негативна оцінка власної неефективності та наявність суїцидальних думок;
- середня позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Школа ($0,501^{**}$, $p=0,001$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень прояву депресії, тим вища оцінка проблем у школі;
- слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Батьки ($0,318^*$, $p=0,021$). Тобто з підвищенням рівня одного показника,

підвищується другий та навпаки – чим вище рівень прояву депресії, тим вища оцінка проблем з батьками;

- слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Однолітки ($0,515^{**}$, $p=0,002$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень прояву депресії, тим вища оцінка проблем з однолітками;
- слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Протилежна стать ($0,428^{**}$, $p=0,005$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, підвищується другий та навпаки – чим вище рівень прояву депресії, тим вища оцінка проблем з протилежною статтю;
- середня негативна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Прагнення до домінування ($-0,448^{**}$, $p=0,004$). Тобто з підвищенням рівня одного показника, знижується другий та навпаки – чим вище рівень прояву депресії, тим нижчий рівень прагнення до домінування та вияву лідерства.

Для дівчат характерно з підвищенням прояву депресії зниження настрою та негативна оцінка власної ефективності, нижча ідентифікація себе з роллю поганого, вище рівень переконання неефективності в школі, вище рівень виснаженості та почуття самотності, негативна оцінка власної неефективності та наявність суїцидальних думок, наявність проблем у школі, наявність проблем з батьками, наявність проблем з однолітками, наявність проблем з власним «Я», нижчий рівень емоційної комфортності.

Для хлопців характерно з підвищенням прояву депресії зниження настрою та негативна оцінка власної ефективності, нижча ідентифікація себе з роллю поганого, вище рівень переконання неефективності в школі, вище рівень виснаженості та почуття самотності, негативна оцінка власної неефективності та наявність суїцидальних думок, наявність проблем у школі, наявність проблем з батьками, наявність проблем з однолітками, наявність

проблем з протилежною статтю, нижчий рівень прагнення до домінування та вияву лідерства.

3.3. Практичні рекомендації батькам щодо прояву депресії у підлітків та відповідним діям

Якщо у вас є підліток, ви маєте бути знайомі з деякою важливою інформацією. Наприклад, тиха або невиразна реакція підлітка, коли ви намагаєтесь поспілкуватися, схильність спати цілий день, уподобання гаджетів, а не близьких та друзів. Така поведінка досить характерна для більшості підлітків, але вона також може бути ознаками депресії. Різкі зміни їхнього настрою можуть змусити вас задуматися, це симптоми психічного захворювання чи звичайна поведінка.

Симптоми депресії у підлітків часто включають:

- незвична дратівливість
- гнівні спалахи
- втома, відсутність енергії та млявість
- ломота, біль або проблеми зі шлунком
- знижений інтерес до звичної діяльності
- знижений інтерес до проведення часу з друзями чи родиною
- зниження оцінок або незацікавленість у школі
- негативні або критичні розмови
- розмови про смерть

Якщо ви помічали ці ознаки у більше тижня чи двох, у вашої дитини може виникнути депресія. Ось як можна м'яко підійти до теми та запропонувати підтримку.

1. Запитайте (і продовжуйте запитувати)

Почніть з того, що знайдете спокійний зручний час для розмови. Це може допомогти підійти до теми лише з одним із батьків, оскільки одразу з двома батьками одночасно може створити атмосферу конфронтації.

Поясніть, що вас турбує:

- «Мені цікаво, чому останнім часом ти не проводиш багато часу з друзями».
- «Я переживаю, бо ти спиш набагато більше, ніж зазвичай».
- «Я помітив, що ти так швидко злишся в ці дні».
- «Я стурбований тим, що останнім часом ти не докладаєш особливих зусиль до своїх шкільних завдань».

Потім перейдіть до відкритих запитань:

- «Що сталося у тебе з друзями?»
- «Чи можеш пояснити, що тебе турбує?»
- «Що змушує тебе почуватися так?»
- «Ви ти думаєш про смерть?»

Абсолютно нормально відчувати страх і бажати негайно до спеціаліста. Однак ці перші розмови можуть допомогти скласти більш чітке уявлення про те, що відбувається.

Якщо діти не відкриваються з першого запитання, продовжуйте запитувати. Якщо вони не хочуть говорити про депресію, нагадайте їм, що це стан психічного здоров'я, і що вони можуть звернутися за порадою чи допомогою.

2. Будьте готові слухати

Коли підлітки починають відкриватися, використовуйте активне слухання, щоб допомогти їм почуватися почутими. Депресія іноді змушує людей відчувати, ніби вони обтяжують близьких. Це означає, що їм може знадобитися ваша цілковита увага. Якщо ви не можете в цей час говорити, то поясніть це і пообіцяйте у який час ви зможете поспілкуватися.

Коли настане час поговорити, приділіть підлітку всю свою увагу. Уникайте переривання, закінчення речень або заповнення пауз. Нехай вони діляться своїми думками, навіть якщо це вимагає багато часу.

Зосередьтеся на їх словах, а не на тому, що ви хочете їм сказати. Підсумуйте сказане ними, щоб переконатися, що ви розумієте. Якщо ви не впевнені, що вони говорять, попросіть пояснень.

Можливо, ви не точно розумієте, що вони відчувають, але уникайте зведення до мінімуму або неправдивості їхнього болю, *говорячи такі речі:*

- «О, це не така вже й велика проблема».
- «Кожен іноді так відчувається».
- «Я був дивним весь час, коли був підлітком, але з цього виріс».

Замість цього *запропонуйте співчуття та підтримку:*

- «Я бачу, як ти відчуваєшся пригніченим цими думками».
- «Це звучить болісно, але ти не один. Я тут, щоб підтримати тебе».
- «Уявляю, що постійне засмучення повинно змусити тебе відчувати виснаження. Ти так багато пережив».

3. Допоможіть їм отримати підтримку.

Хоча ваше співчуття та настанови можуть істотно вплинути на вашу дитину, професійна підтримка, як правило, найкращий спосіб поліпшити симптоми.

Якщо вони спочатку противляться ідеї терапії, розмова зі шкільним психологом, сімейним педіатром або улюбленим вчителем може допомогти їм почувати себе зручніше з цією ідеєю. Вони можуть бути більш охочими розглянути питання терапії, коли інші дорослі люди, яким вони довіряють, порядять їх звернутися за допомогою.

Розмова про те, що відбувається в терапії, також може допомогти демістифікувати процес. Якщо вони стурбовані госпіталізацією чи примусом приймати ліки, поясніть, що терапевт вислухає їх думки, запропонує підтримку без судження і допоможе їм вивчити шляхи, щоб почати почуватись краще. Ви

також можете пояснити, що, хоча ліки можуть полегшити важкі симптоми, вони також мають інші варіанти лікування.

4. Дозвольте їм трохи слабину.

Заохочення вашого підлітка залишатися активним та залученим до домашніх обов'язків може допомогти їм продовжувати відчувати підтримку. Тим не менше, розумійте, що бувають випадки, коли вони не зможуть робити багато чого.

Пам'ятайте, депресія – це хвороба. Депресія може вичерпати їх енергію і перешкодити їм докладати звичних зусиль.

Вони можуть:

- важче, ніж зазвичай, зосередитися
- рухатися повільніше, ніж зазвичай
- здаватися розчарованими та надмірно самокритичними, коли роблять помилку

Заохочуйте їх робити те, що вони можуть, і пропонувати лагідно нагадувати, замість того, щоб критикувати забудькуватість.

Намагайтеся не додавати напруги навколо шкільних завдань. Натомість запропонуйте допомогу з домашніми завданнями. Наприклад, якщо у них є дослідницький проект, *ви можете:*

- допомогти їм мозковим штурмом
- поговорити про речі, які слід включити в дослідження
- піти з ними до бібліотеки, щоб знайти матеріал

5. Вносити зміни у справи сім'ї

Зміни способу життя можуть мати багато користі для симптомів депресії.

Ці зміни можуть включати:

- більше фізичних навантажень
- регулярні поживні страви
- велику кількість сонячного світла

- спеціальні години відпочинку

Включення цих змін у ваш сімейний побут може покращити добробут кожного. Як додатковий бонус, нові звички можуть збільшити час у сім'ї, допомагаючи вашому підлітку почуватися більш зрозумілим та підтримуваним.

Кілька речей, які потрібно *спробувати*:

- Зробіть сімейну прогулянку після обіду.
- Позначте останню годину-дві перед сном як час без гаджетів. Натомість пограйте в настільну гру, попрацюйте над головоломкою або разом прослухайте аудіокнигу.
- Готуйте їжу разом, коли це можливо. Залучайте дітей до планування та приготування їжі. Ви навіть можете кинути виклик один одному, щоб придумати нові рецепти.
- Переконайтеся, що всі лягають спати не пізно, щоб виспатись. Підліткам потрібно 8-10 годин сну щоночі.

6. Заохочуйте та підтримуйте.

Підтримання важливих дружніх стосунків може допомогти вашим підліткам продовжувати відчувати соціальний зв'язок, навіть коли вони погано себе відчувають.

Подумайте про тимчасове розслаблення своїх звичних правил навколо спілкування. Наприклад, якщо ви зазвичай не дозволяєте пізню зустріч у навчальні дні, наприклад, ви можете зробити деякі винятки, поки їх симптоми не покращаться.

Також варто заохотити їх спробувати нову діяльність або хобі, наприклад, уроки гітари, уроки мистецтва чи спорт. Волонтерство та інші прояви доброти, такі як допомога сусідам, також можуть допомогти полегшити почуття депресії.

Речі, яких слід уникати.

1. Критика і покарання.

За звичайних обставин ви можете за невдалі іспити покарати підлітка, обмеживши вільний час або відібравши у них телефон.

Депресія не є «перепусткою» за неналежну поведінку, але важливо відокремити наслідки депресії від фактичних протиправних дій. Відбирання телефону або основного способу спілкування з друзями може насправді погіршити ситуацію.

Натомість, повідомте їх, що ви розумієте, що вони намагаються, і закликайте їх продовжувати намагатися. Як альтернативу телефону, ви можете запропонувати їм запросити друга вчитися, грати в ігри або виходити на вулицю разом.

Спільно працюйте над пошуком рішень. Ви можете сказати: «Я знаю, що важко встигати за домашніми справами, коли ти відчуваєшся таким. Як ти гадаєш, з чим ти можеш впоратися прямо зараз?».

Нагадуйте їм, що любите, і підтримуйте їх, незважаючи ні на що.

2. Судження про поведінку, що заподіює шкоду.

Дуже неприємно виявити, що ваш підліток почав різати або травмувати себе іншими способами. Незважаючи на те, що самопошкодження ніколи не є просто забавкою, це не означає автоматично, що ваша дитина роздумує про самогубство.

Першим вашим бажанням може бути обшук їхньої кімнати та викидання інструментів для заподіяння собі шкоди, перевірка їх тіла щодня або постійно тримати їх у полі зору. Але це часто лише соромить вашу дитину та налаштовує її проти вас.

Співчутлива, вільна від осуджень реакція завжди корисніша:

Запитайте: «Чи можеш ти розповісти мені більше про почуття, які викликають у тебе бажання нашкодити собі?»

Скажіть: «Я бачу, що тобі дуже боляче, але я переживаю за твою безпеку. Чи не міг б ти поговорити про деякі альтернативні речі, які можна спробувати, які можуть допомогти?»

3. Будьте відповідальні перед дитиною.

Ваша дитина може не завжди захотіти розповідати про свої почуття або поділитися прогресом, який вона досягає у терапії. Звичайно, ви хочете знати, що їм стає краще, але тиснути на них не допоможе їм почувати себе комфортніше для спілкування з вами.

Важливо, щоб ви знали про будь-які побічні ефекти лікування або періодичні тривожні думки. В іншому випадку, нагадуйте їм, що ви з ними, і коли вони будуть готовими до розмови, то будьте готові їх вислухати.

Не всі з депресією думають про самогубство. Багато людей, які мають думки про самогубство, ніколи не складають плану і не роблять спроб самогубства. Тим не менш, ви маєте серйозно сприймати будь-які згадки про самогубство.

Негайно зверніться за професійною підтримкою, якщо ви помітили у своєї дитини будь-які із наведених нижче ознак:

- написання оповідань або віршів про смерть
- прояв ризикованої поведінки, включаючи вживання ПАР або алкоголю
- розмови про смерть
- дитина стала більш замкнута
- якщо дитина говорить, що іншим було б краще без неї
- роздача особистих речей

Не залишайте їх самих, поки вони переживають кризу, і переконайтесь, що вони не мають доступу до зброї чи ліків.

Ви знаєте свою дитину, тож, мабуть, знаєте, коли щось не так. Якщо вона регулярно здається засмученою чи дратівливою, поговоріть з нею про депресію. Перш за все, не забудьте підкреслити, що ви на її боці і будете робити все необхідне, щоб допомогти. Вони можуть не сприймати це, але вони слухають, і ваші слова можуть щось змінити.

Висновки до Розділу 3

Аналіз результатів проведеного емпіричного дослідження дозволив зробити наступні висновки.

1. За шкалою Гамільтона для оцінки депресії наявні статистично значущі відмінності у показнику прояву депресії (Asymp. Sig.=0,000) серед наших респондентів. У дівчат 9 класу показник прояву депресії (12,7) входить у межі легкого депресивного розладу. У дівчат 11 класу прояву депресії (13,1) трохи виходить за межі легкого депресивного розладу. У хлопців 9 класу показник прояву депресії (6,6) входить у межі норми. У хлопців 11 класу показник прояву депресії (8,3) входить у нижню межу легкого депресивного розладу. Отже, дівчата більше схильні до проявів депресії. Також бачимо, що дівчата більш старшого віку (15-16 років) демонструють вищий показник прояву депресії. Хлопці менш схильні до проявів депресії, а хлопці молодшого віку (13-14 років) демонструють норму.

2. За тестом для визначення депресії Марії Ковач наявні статистично значущі відмінності у таких показнику прояву депресії: Шкала В (Asymp. Sig.=0,000) та Шкала А (Asymp. Sig.=0,000). У дівчат більш виражені Шкала А та Шкала С, у хлопців більш виражені Шкала В та Шкала С. За шкалою А (негативний настрій) переважають показники у дівчат (учениці 9 класу – 46,6; учениці 11 класу – 48,3), що означають середні показники за шкалою. Тобто вони більш схильні, ніж хлопці, негативно оцінювати свою ефективність та

настрій. У хлопців ці показники набагато нижче середнього (учні 9 класу – 32,3; учні 11 класу – 33,1). За шкалою В (міжособистісні проблеми) переважають показники у хлопців (учні 9 класу – 42,7; учні 11 класу – 48,1), що означають середні показники за шкалою. Тобто вони більш схильні, ніж дівчата, ідентифікувати себе з роллю поганого. У дівчат ці показники нижче середнього (учениці 9 класу – 36,6; учениці 11 класу – 38,3). За шкалою С (неефективність) значні показники (на рівні середнього) притаманні і хлопцям, і дівчатам. У хлопців: учні 9 класу – 46,8; учні 11 класу – 49,3. У дівчат: учениці 9 класу – 49,7; учениці 11 класу – 52,1). Тобто всі наші респонденти мають значний рівень переконань власної неефективності в школі. За шкалою D (ангедонія) виявлені показники на рівні нижче середнього для хлопців, і для дівчат. У хлопців: учні 9 класу – 26,6; учні 11 класу – 28,3. У дівчат: учениці 9 класу – 30,4; учениці 11 класу – 33,4. Тобто всім нашим респондентам не притаманна виснаженість та почуття самотності. За шкалою E (негативна самооцінка) виявлені показники на рівні нижче середнього для хлопців, і для дівчат. У хлопців: учні 9 класу – 26,1; учні 11 класу – 27,4. У дівчат: учениці 9 класу – 29,7; учениці 11 класу – 33,1. Тобто всім нашим респондентам не притаманна негативна самооцінка та наявність суїцидальних думок.

3. За опитувальником «Проблемна анкета» немає статистично значущих відмінностей у областях проблем. Всі області проблем виражені у респондентів на середньому рівні. Найменш проблемна область у хлопців 9 класу – школа (2,1), у хлопців 11 класу – тяж школа (2,3), у дівчат 9 класу – протилежна стать (2,2), у дівчат 11 класу – протилежна стать (2,1) та власне «Я» (2,1). Найбільш проблемна область у хлопців 9 класу – батьки (2,9), у хлопців 11 класу – також батьки (2,8), у дівчат 9 класу – майбутнє (3,1), у дівчат 11 класу – також майбутнє (3,2).

4. За методикою соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонд наявні статистично значущі відмінності у таких показниках соціально-психологічної адаптації: прагнення до домінування (Asymp. Sig.=0,000). Інші

показники перебувають у межах норми. Є невелика перевага в прагненні у домінуванні у хлопців (учні 9 класу – 62,3; учні 11 класу – 61,4) над дівчатами (учениці 9 класу – 52,1; учениці 11 класу – 57,5). Респонденти загалом достатньо оптимістичні, врівноважені, з адекватною самооцінкою та ставленням до себе, є схильність до управління, бажання бути лідерами, розуміють свої переживання та знають, чого хочуть, відповідальні за свої вчинки, можуть нормально сприймати оточуючих.

5. *За допомогою кореляційного аналізу (коефіцієнт кореляції Спірмена) ми визначили взаємозв'язок шкал усіх методик, щоб виявити особливості прояву депресивного стану у підлітків.*

Серед дівчат виявлені: середня позитивна кореляція (0,544**, $p=0,004$) між показниками Депресія (Гамільтон) та Шкала А; середня негативна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Шкала В (-0,431**, $p=0,006$); слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Шкала С (0,384**, $p=0,009$); слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Шкала D (0,335**, $p=0,009$); слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Шкала Е (0,331**, $p=0,009$); слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Школа (0,320*, $p=0,021$); слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Батьки (0,311*, $p=0,022$); слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Однолітки (0,367*, $p=0,018$); слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Власне «Я» (0,398*, $p=0,015$); середня негативна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Емоційна комфортність (-0,392*, $p=0,014$).

Серед хлопців виявлені: слабка позитивна кореляція (0,385**, $p=0,006$) між показниками Депресія (Гамільтон) та Шкала А; слабка негативна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Шкала В (-0,391**, $p=0,008$); слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Шкала С (0,399**, $p=0,007$); слабка позитивна кореляція між показниками Депресія

(Гамільтон) та Шкала D (0,321*, $p=0,014$); слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Шкала E (0,308*, $p=0,016$); середня позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Школа (0,501**, $p=0,001$); слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Батьки (0,318*, $p=0,021$); слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Однолітки (0,515**, $p=0,002$); слабка позитивна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Протилежна стать (0,428**, $p=0,005$); середня негативна кореляція між показниками Депресія (Гамільтон) та Прагнення до домінування (-0,448**, $p=0,004$).

6. Для дівчат характерно з підвищенням прояву депресії зниження настрою та негативна оцінка власної ефективності, нижча ідентифікація себе з роллю поганого, вище рівень переконання неефективності в школі, вище рівень виснажуваності та почуття самотності, негативна оцінка власної неефективності та наявність суїцидальних думок, наявність проблем у школі, наявність проблем з батьками, наявність проблем з однолітками, наявність проблем з власним «Я», нижчий рівень емоційної комфортності.

7. Для хлопців характерно з підвищенням прояву депресії зниження настрою та негативна оцінка власної ефективності, нижча ідентифікація себе з роллю поганого, вище рівень переконання неефективності в школі, вище рівень виснажуваності та почуття самотності, негативна оцінка власної неефективності та наявність суїцидальних думок, наявність проблем у школі, наявність проблем з батьками, наявність проблем з однолітками, наявність проблем з протилежною статтю, нижчий рівень прагнення до домінування та вияву лідерства.

ВИСНОВКИ

За результатами теоретичного та емпіричного дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Здійснено теоретичний аналіз наукових досліджень щодо проблеми підліткової депресії та виявлено її причини. Досліджено види депресії, її симптоми. Проведене ознайомлення з можливими шляхами її подолання. Теоретично досліджена різниця депресії у дівчат та хлопців.

Депресія в підлітків виявляється, як правило, нестандартними характеристиками. До того ж підліток усе ще не здатний достатньою мірою вербалізувати свої переживання. Поведінка депресивного підлітка характеризується грубістю, конфліктністю, сексуальними ексцесами, зниженим, з відтінком дисфорійності настроєм із готовністю до гетеро-аутоагресії. Такі особливості психічного стану створюють основу для конфліктів з оточуючими, а загрози покарання породжують страх і тривогу, що збільшує суїцидальну небезпеку й мотивує суїцидальну поведінку.

2. Емпірично виявлено та описано психологічні особливості прояву підліткової депресії, результати вказують на те, що в середньому досліджувані мають легкий депресивний розлад. Дівчата більше схильні до проявів депресії. У дівчат більш виражений негативний настрій та неефективність, у хлопців – міжособистісні проблеми та неефективність. Області проблем виражені у респондентів на середньому рівні. Найменш проблемна область у хлопців –

школа, у дівчат – протилежна стать та власне «Я». Найбільш проблемна область у хлопців 9 класу – батьки, у дівчат – майбутнє. Показники соціально-психологічної адаптації перебувають у межах норми. Є невелика перевага в прагненні у домінуванні у хлопців. Респонденти загалом достатньо оптимістичні, врівноважені, з адекватною самооцінкою та ставленням до себе, є схильність до управління, бажання бути лідерами, розуміють свої переживання та знають, чого хочуть, відповідальні за свої вчинки, можуть нормально сприймати оточуючих.

Для дівчат характерно з підвищенням прояву депресії зниження настрою та негативна оцінка власної ефективності, нижча ідентифікація себе з роллю поганого, вище рівень переконання неефективності в школі, вище рівень виснаженості та почуття самотності, негативна оцінка власної неефективності та наявність суїцидальних думок, наявність проблем у школі, наявність проблем з батьками, наявність проблем з однолітками, наявність проблем з власним «Я», нижчий рівень емоційної комфортності.

Для хлопців характерно з підвищенням прояву депресії зниження настрою та негативна оцінка власної ефективності, нижча ідентифікація себе з роллю поганого, вище рівень переконання неефективності в школі, вище рівень виснаженості та почуття самотності, негативна оцінка власної неефективності та наявність суїцидальних думок, наявність проблем у школі, наявність проблем з батьками, наявність проблем з однолітками, наявність проблем з протилежною статтю, нижчий рівень прагнення до домінування та вияву лідерства.

3. Розроблено рекомендації для батьків задля своєчасного виявлення депресії у дитини. Описані перші симптоми, які можуть означати як депресію, так і бути ситуативними. Рекомендовані кроки для з'ясування причин поведінки. Також рекомендовано, як саме краще поводити себе батькам з підлітками, у яких наявна депресія, та яку підтримку надавати власній дитині.

ДОДАТКИ

Додаток А

Критерій Краскала-Уолліса

Test Statistics^{a,b}

	Депресія_Гамільтон
Chi-Square	26,708
df	3
Asymp. Sig.	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Школярі

Ranks

	Школярі	N	Mean Rank
Депресія_Гамільтон	дівчата 9 клас	10	26,90
	хлопці 9 клас	10	9,35
	дівчата 11 клас	10	29,90
	хлопці 11 клас	10	12,85
	Total	40	

Додаток Б

Критерій Краскала-Уолліса

Test Statistics^{a,b}

	ШкалаА	ШкалаВ	ШкалаС	ШкалаD	ШкалаЕ
Chi-Square	32,086	17,730	28,393	31,551	25,590
df	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,000	,000	,108	,077	,089

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Школярі

Ranks

Школярі	N	Mean Rank
ШкалаА дівчата 9 клас	10	28,15
хлопці 9 клас	10	7,50
дівчата 11 клас	10	32,85
хлопці 11 клас	10	13,50
Total	40	
ШкалаВ дівчата 9 клас	10	14,75
хлопці 9 клас	10	21,95
дівчата 11 клас	10	16,50
хлопці 11 клас	10	32,80

Total	40	
ШкалаС	дівчата 9 клас	26,95
	хлопці 9 клас	29,20
	дівчата 11 клас	32,85
	хлопці 11 клас	23,00
	Total	40
ШкалаD	дівчата 9 клас	27,80
	хлопці 9 клас	18,50
	дівчата 11 клас	33,20
	хлопці 11 клас	22,50
	Total	40
ШкалаE	дівчата 9 клас	29,10
	хлопці 9 клас	18,50
	дівчата 11 клас	29,90
	хлопці 11 клас	14,50
	Total	40

Додаток В

Критерій Краскала-Уолліса

Test Statistics^{a,b}

	Школа	Майбутнє	Батьки	Однолітки	Вільний_час	Протилежна_ст ать	Власне_Я
Chi-Square	2,404	3,189	1,413	7,015	3,339	,742	1,609
df	3	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,493	,363	,702	,071	,342	,863	,657

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Школярі

Ranks

	Школярі	N	Mean Rank
Школа	дівчата 9 клас	10	18,60
	хлопці 9 клас	10	17,70
	дівчата 11 клас	10	22,10
	хлопці 11 клас	10	23,60
	Total	40	
Майбутнє	дівчата 9 клас	10	22,10
	хлопці 9 клас	10	15,70
	дівчата 11 клас	10	20,65
	хлопці 11 клас	10	23,55
	Total	40	
Батьки	дівчата 9 клас	10	18,65
	хлопці 9 клас	10	18,80
	дівчата 11 клас	10	21,30
	хлопці 11 клас	10	23,25
	Total	40	
Однолітки	дівчата 9 клас	10	18,95
	хлопці 9 клас	10	14,60
	дівчата 11 клас	10	22,35
	хлопці 11 клас	10	26,10
	Total	40	
Вільний_час	дівчата 9 клас	10	17,10
	хлопці 9 клас	10	18,20
	дівчата 11 клас	10	22,60
	хлопці 11 клас	10	24,10
	Total	40	
Протилежна_стать	дівчата 9 клас	10	18,45
	хлопці 9 клас	10	19,95
	дівчата 11 клас	10	21,80
	хлопці 11 клас	10	21,80
	Total	40	

Власне_Я	дівчата 9 клас	10	18,30
	хлопці 9 клас	10	18,80
	дівчата 11 клас	10	21,70
	хлопці 11 клас	10	23,20
	Total	40	

Критерій Краскала-Уолліса

Test Statistics^{a,b}

	Адаптація	Прийняття_інших	Інтернальність	Самосприйняття	Емоційна_комфортність	Прагнення_до_домінування
Chi-Square	,140	,512	1,563	,285	,577	,592
df	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,987	,916	,668	,963	,902	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Школярі

Ranks

	Школярі	N	Mean Rank
Адаптація	дівчата 9 клас	10	21,45
	хлопці 9 клас	10	19,55
	дівчата 11 клас	10	20,40
	хлопці 11 клас	10	20,60
	Total	40	
Прийняття_інших	дівчата 9 клас	10	20,15
	хлопці 9 клас	10	18,95
	дівчата 11 клас	10	20,35
	хлопці 11 клас	10	22,55
	Total	40	
Інтернальність	дівчата 9 клас	10	22,40
	хлопці 9 клас	10	17,10
	дівчата 11 клас	10	19,80
	хлопці 11 клас	10	22,70
	Total	40	
Самосприйняття	дівчата 9 клас	10	21,75
	хлопці 9 клас	10	20,05
	дівчата 11 клас	10	19,20
	хлопці 11 клас	10	21,00

Total		40	
Емоційна_комфортність	дівчата 9 клас	10	20,60
	хлопці 9 клас	10	19,80
	дівчата 11 клас	10	18,95
	хлопці 11 клас	10	22,65
	Total	40	
Прагнення_до_домінування	дівчата 9 клас	10	11,10
	хлопці 9 клас	10	38,15
	дівчата 11 клас	10	11,75
	хлопці 11 клас	10	31,00
	Total	40	

Додаток Д

Кореляційний аналіз

Correlations

	Депресія_Гамільтон	ШкалаА	ШкалаВ	ШкалаС	ШкалаD	ШкалаE	ШкалаF	Математика	Бачення	Однієї	Вільний_час	Протилежність	Влада	Адаптація	Прийняття	Інтерес	Самостійність	Емоційність	Прагнення_до_домінування
Spearman's rho	1,00	,544*	-,384**	,334**	,335**	,321**	-,318	,3602	,021*	,367*	,029	-,204	,398*	-,0431	,043	-,066	,212	-,392*	,025
Coefficient																			
Sig. (2-tailed)		,004	,006	,009	,009	,021	,907	,022	,018	,903	,388	,015	,996	,857	,781	,369	,014	,917	
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
ШкалаА		1,00	,777**	,981**	,923**	,717**	-,241	-,167	,401	,304	,054	,153	-,1228	-,323	-,142	-,116	-,107		
Coefficient																			
Sig. (2-tailed)		,004	,000	,000	,000	,305	,747	,497	,080	,193	,821	,521	,378	,610	,164	,550	,627	,654	

N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
ШкалаB	Correlation	-.431*	.777**	1.000	.759**	.846**	.500*	.251	.043	.209	.380	.347	.260	.313	-.117	-.301	-.189	-.162	-.088	
	Coefficient																			
	Sig. (2-tailed)	.006	.000	.000	.000	.025	.025	.285	.856	.376	.099	.134	.268	.178	.398	.623	.198	.424	.496	.711
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
ШкалаC	Correlation	.384*	.981**	.759**	1.000	.905**	.699**	.332	-.220	.483*	.365	.146	.168	-.092	-.273	-.119	-.017	-.085		
	Coefficient																			
	Sig. (2-tailed)	.009	.000	.000	.000	.001	.003	.153	.696	.347	.031	.114	.539	.478	.479	.698	.243	.617	.943	.720
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
ШкалаD	Correlation	.335*	.923**	.846**	.900	1.000	.627**	.268	.001	.178	.411	.311	.092	.167	-.000	-.191	-.036	-.023	.004	
	Coefficient																			
	Sig. (2-tailed)	.009	.000	.000	.000	.000	.023	.993	.993	.452	.072	.182	.700	.482	.728	.999	.419	.881	.922	.987
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
ШкалаE	Correlation	.331*	.717**	.500*	.699**	.627**	1.000	.001	-.243	.045	.160	.371	-.142	-.066	-.370	-.445*	-.306	-.274	-.222	
	Coefficient																			
	Sig. (2-tailed)	.009	.000	.025	.000	.000	.000	.995	.302	.850	.499	.107	.549	.781	.133	.109	.049	.189	.243	.346
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Шкала	Correlation	.320*	.241	.251	.332	.268	.001	1.000	.638**	.165	.853**	.442	.892*	.782**	.094	.127	.223	.326	.298	-.022
	Coefficient																			
	Sig. (2-tailed)	.021	.305	.285	.153	.253	.995	.000	.482	.000	.051	.000	.000	.000	.695	.595	.346	.160	.202	.926
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

Майбутн є	Correlat ion	-,028	-	,04	-	,00	-	,63	1,0	-	,49	,113	,751*	,74	,13	,189	,252	,213	,134	,035
	Coeffici ent		,07	,3	,09	,1	,24	,8**	,00	,14	,7		,5**		,7					
	Sig. (2- tailed)	,907	,74	,85	,69	,99	,30	,00		,53	,02	,634	,000	,00	,56	,424	,283	,367	,575	,884
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Батьки	Correlat ion	,311*	,16	,20	,22	,17	-	,16	-	1,0	,03	,496*	,130	,06	,13	,120	,005	,039	,273	,215
	Coeffici ent						,04	,5	,14	,00				,3	,4					
	Sig. (2- tailed)	,022	,49	,37	,34	,45	,85	,48	,53		,87	,026	,585	,79	,57	,613	,984	,870	,244	,362
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Одноліт ки	Correlat ion	,367*	,40	,38	,48	,41	,16	,85	,49	,03	1,0	,302	,766*	,66	,16	,234	,284	,373	,360	,032
	Coeffici ent		,1	,0	,3*	,1	,0	,3**	,7*	,9	,00		,4**	,3						
	Sig. (2- tailed)	,018	,08	,09	,03	,07	,49	,00	,02	,87		,196	,000	,00	,49	,320	,224	,105	,119	,893
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Вільний _час	Correlat ion	,029	,30	,34	,36	,31	,37	,44	,11	,49	,30	1,00	,390	,30	,03	-,007	-,099	-,005	,212	,149
	Coeffici ent		,4	,7	,5	,1	,1	,2	,3	,6*	,2	,0		,9	,6					
	Sig. (2- tailed)	,903	,19	,13	,11	,18	,10	,05	,63	,02	,19		,089	,18	,88	,976	,679	,983	,371	,531
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Протиле жна_ста ть	Correlat ion	-,204	,05	,26	,14	,09	-	,89	,75	,13	,76	,390	1,00	,80	,08	,114	,202	,156	,263	-,022
	Coeffici ent		,4	,0	,6	,2	,14	,2**	,1**	,0	,6**		,0	,5**	,4					
	Sig. (2- tailed)	,388	,82	,26	,53	,70	,54	,00	,00	,58	,00	,089		,00	,72	,632	,392	,512	,262	,926
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

Власне_Я	Correlation Coefficient	,398*	,153	,313	,168	,167	-,066	,782**	,745**	,063	,664**	,309	,805*	1,000	,005	,058	,139	,349	,049	-,126
	Sig. (2-tailed)	,015	,521	,178	,478	,482	,781	,000	,000	,791	,001	,184	,000		,984	,809	,559	,132	,836	,595
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Адаптація	Correlation Coefficient	-,001	-,208	-,200	-,168	-,083	-,348	-,094	,137	,134	,163	,036	,084	,005	1,000	,979*	,942*	,749*	,855*	,951*
	Sig. (2-tailed)	,996	,378	,398	,479	,728	,133	,695	,566	,574	,492	,881	,726	,984		,000	,000	,000	,000	,000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Прийняття_інших	Correlation Coefficient	,043	-,122	-,117	-,092	-,000	-,370	-,127	,189	,120	,234	-,007	,114	,058	,979**	1,000	,930*	,755*	,831*	,923*
	Sig. (2-tailed)	,857	,610	,623	,698	,999	,109	,595	,424	,613	,320	,976	,632	,809	,000		,000	,000	,000	,000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Інтернальність	Correlation Coefficient	-,066	-,323	-,301	-,273	-,191	-,445*	-,223	,252	,005	,284	-,099	,202	,139	,942**	,930*	1,000	,829*	,820*	,806*
	Sig. (2-tailed)	,781	,164	,198	,243	,419	,049	,346	,283	,984	,224	,679	,392	,559	,000	,000		,000	,000	,000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Самосприйняття	Correlation Coefficient	,212	-,142	-,189	-,119	-,036	-,306	-,326	,213	,039	,373	-,005	,156	,349	,749**	,755*	,829*	1,000	,598*	,575*
	Sig. (2-tailed)	,369	,550	,424	,617	,881	,189	,160	,367	,870	,105	,983	,512	,132	,000	,000		,005	,008	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

Емоційна компортність	Correlation	-	-	-	-	-	-	,29	,13	,27	,36	,212	,263	,04	,85	,831*	,820*	,598*	1,00	,803*
	Coefficient	,392*	,116	,162	,017	,023	,274													
	Sig. (2-tailed)	,014	,627	,496	,943	,922	,243	,202	,575	,244	,119	,371	,262	,836	,000	,000	,000	,005		,000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Прагнення до змін	Correlation	,025	-	-	-	,00	-	-	,03	,21	,03	,149	-,022	-	,95	,923*	,806*	,575*	,803*	1,00
	Coefficient		,107	,088	,085		,222	,022		,035	,215			,126	,951**					
	Sig. (2-tailed)	,917	,654	,711	,720	,987	,346	,926	,884	,362	,893	,531	,926	,595	,000	,000	,000	,008	,000	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Додаток Ж

Кореляційний аналіз

Correlations

	Депресія_Гамільтон	Шкала А	Шкала В	Шкала С	Шкала Д	Шкала Е	Шкала А	Майбутнє	Батьки	Однієї	Вільний_час	Протилежність	Влада	Адаптація	Приятність	Інтересність	Самосприйняття	Емоційна_компортність	Прагнення_до_змін	
Spearman's rho	1,00	,385**	-,391**	,329**	,308*	,501**	,341	,318*	,515**	,163		,097	-,166	-,440	-,123	-,189		-,057*	-,448*	
	Correlation																			
	Coefficient																			
	Sig. (2-tailed)		,006	,008	,007	,014	,016	,001	,011	,002	,491	,005	,684	,089	,052	,082	,099	,093	,004	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

ШкалаА	Correlation Coefficient	,385*	1,000	,475	,687**	,687**	1,000**	,314	,043	,269	,529*	,314	,047	,269	,150	,216	,290	,150	,197	,211				
	Sig. (2-tailed)	,006		,034	,001	,001		,178	,859	,251	,016	,178	,845	,251	,528	,360	,215	,528	,406	,373				
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20			
ШкалаВ	Correlation Coefficient	-,391*	,475	1,000	,168	,271	,475*	-,083	-,257	-,102	-,131	-,083	,185	-,102	,151	,153	,052	,151	,160	,028				
	Sig. (2-tailed)	,008	,034		,478	,249	,034	,729	,275	,669	,583	,729	,434	,669	,526	,519	,828	,526	,499	,908				
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20		
ШкалаС	Correlation Coefficient	,399*	,687**	,168	1,000	,409	,687**	,240	-,017	,212	,470*	,240	-,027	,212	,128	,163	,268	,128	,143	,221				
	Sig. (2-tailed)	,007	,001	,478		,073	,001	,308	,944	,369	,037	,308	,911	,369	,590	,492	,253	,590	,548	,350				
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
ШкалаD	Correlation Coefficient	,321*	,687**	,271	,409	1,000	,687**	,029	-,202	-,271	,029	-,202	-,027	-,021	-,071	,002	-,139	-,076	-,079					
	Sig. (2-tailed)	,014	,001	,249	,073		,001	,902	,378	,918	,248	,902	,394	,918	,559	,766	,992	,559	,750	,740				
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
ШкалаЕ	Correlation Coefficient	,308*	1,000**	,475	,687**	,687**	1,000**	,314	,043	,269	,529*	,314	,047	,269	,150	,216	,290	,150	,197	,211				
	Sig. (2-tailed)	,016		,034	,001	,001		,178	,859	,251	,016	,178	,845	,251	,528	,360	,215	,528	,406	,373				
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

Школа	Correlation	,501*	,314	-,083	-,240	,029	,314	1,000	,590**	,955**	,749**	1,000	,569*	,955**	-,070	-,098	,030	-,070	-,099	,053
	Coefficient																			
	Sig. (2-tailed)	,001	,178	,729	,308	,902	,178	,006	,000	,000	,000	,000	,009	,000	,769	,680	,899	,769	,678	,825
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Майбутнє	Correlation	,341	,043	-,257	-,017	-,209	,043	,590**	1,000	,557*	,389	,590*	,240	,557*	-,315	-,223	-,315	-,340	-,209	
	Coefficient																			
	Sig. (2-tailed)	,141	,859	,275	,944	,375	,859	,006	,011	,090	,006	,308	,011	,176	,176	,345	,176	,143	,376	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Батьки	Correlation	,318*	,269	-,102	-,212	-,027	-,269	,955**	1,000	,706**	,955**	,592*	1,000**	,011	-,009	,117	,011	-,016	,144	
	Coefficient																			
	Sig. (2-tailed)	,021	,251	,669	,369	,911	,251	,001	,011	,001	,000	,006	,000	,962	,970	,623	,962	,947	,543	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Одноліткі	Correlation	,515*	,529*	,131	,470*	,271	,529*	,749**	,389	,706**	1,000	,749*	,363	,706**	,015	-,018	,118	,015	-,012	,135
	Coefficient																			
	Sig. (2-tailed)	,002	,016	,583	,037	,248	,016	,000	,090	,001	,000	,000	,115	,001	,950	,941	,620	,950	,959	,572
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Вільний_час	Correlation	,163	,314	-,083	-,240	,029	,314	1,000	,590**	,955**	,749**	1,000	,569*	,955**	-,070	-,098	,030	-,070	-,099	,053
	Coefficient																			
	Sig. (2-tailed)	,491	,178	,729	,308	,902	,178	,006	,000	,000	,000	,000	,009	,000	,769	,680	,899	,769	,678	,825
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

Протилежна_ста ть	Correlation	,428 [*]	,047	,185	-,027	-,020	-,047	,569 ^{**}	,240	,592 ^{**}	,363	,569 [*]	1,000	,592 ^{**}	,046	-,004	-,130	,046	,000	-,090
	Coefficient																			
	Sig. (2-tailed)	,005	,845	,434	,911	,394	,845	,009	,308	,006	,115	,009	.	,006	,846	,986	,584	,846	,999	,706
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Власне_Я	Correlation	,097	,269	-,102	-,212	-,027	-,269	,955 ^{**}	,557	1,000 ^{**}	,706	,955 [*]	,592 [*]	1,000	,011	-,009	,117	,011	-,016	,144
	Coefficient																			
	Sig. (2-tailed)	,684	,251	,669	,369	,911	,251	,001	,011	.	,001	,000	,006	.	,962	,970	,623	,962	,947	,543
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Адаптація	Correlation	-,166	,150	,151	,128	-,139	-,150	-,070	-,315	-,011	,015	-,070	,046	,011	1,000	,899 [*]	,850 [*]	1,000 ^{**}	,945 [*]	,946 [*]
	Coefficient																			
	Sig. (2-tailed)	,089	,528	,526	,590	,559	,528	,769	,176	,962	,956	,769	,846	,962	.	,000	,000	.	,000	,000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Прийняття_інших	Correlation	-,440	,216	,153	,163	-,071	-,216	-,098	-,315	-,009	,018	-,098	-,004	-,009	,899 ^{**}	1,000	,951 [*]	,899 [*]	,991 [*]	,855 [*]
	Coefficient																			
	Sig. (2-tailed)	,052	,360	,519	,492	,766	,360	,680	,176	,970	,941	,680	,986	,970	,000	.	,000	,000	,000	,000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Інтернальність	Correlation		,290	,052	,268	,002	,290	,030	-,112	,117	,030	-,130	,117	,850 ^{**}	,951 [*]	1,000	,850 [*]	,939 [*]	,908 [*]	
	Coefficient	-,123																		
	Sig. (2-tailed)	,082	,215	,828	,253	,992	,215	,899	,345	,623	,620	,899	,584	,623	,000	.	,000	,000	,000	,000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

Самосприя	Correlation		,15	,15	,12	-	,15	-	-	,01	,01	-,070	,046	,01	1,0	,899*	,850*	1,00	,945*	,946*
	Coefficient	-,189			,13	,09	,07	,31	0	,05					1,00**			0		
	Sig. (2-tailed)	,099	,528	,526	,590	,559	,528	,769	,176	,962	,950	,769	,846	,962		,000	,000		,000	,000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Емоційна_ортність	Correlation	-	,19	,16	,14	-	,19	-	-	-	-,099	,000	-	,94	,991*	,939*	,945*	1,00	,894*	
	Coefficient	,057*			,03	,07	,06	,09	,34	,01	,01		,01	,06	,05**			0		
	Sig. (2-tailed)	,093	,406	,499	,548	,750	,406	,678	,143	,947	,959	,678	,999	,947	,000	,000	,000		,000	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
Прагнення_до_домінування	Correlation	-	,21	,02	,22	-	,21	,05	-	,14	,13	,053	-,090	,14	,94	,855*	,908*	,946*	,894*	1,00
	Coefficient	,448*			,08	,07	,09		,20	,14	,13			,04	,06**					0
	Sig. (2-tailed)	,004	,373	,908	,350	,740	,373	,825	,376	,543	,572	,825	,706	,543	,000	,000	,000	,000		,000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антропов Ю.Ф.- Невротическая депрессия у детей и подростков – М.:Медпрактика /Ю.Ф.Антропов 2001-152с.
2. Выготский Л.С. – Педагогическая психология / Л.С.Выготский; под ред. В.В.Давыдова.-М.:Педагогика, 1991-408с.
3. Гурьева В.А. – Психогенные расстройства у детей и подростков / В.А. Гурьева -М.: Крон -Пресс, 1996-206с.
4. Еникеева Д.Д.- Популярная психиатрия / Д.Д.Еникеева.-М.:Аст-пресс,1998-600с.
5. Захаров А.И.-Неврорзы у детей и психотерапия / А.И.Захаров.-СПб.:Изд-во “Союз”,”Лениздат”,200.-336с(Серия “Психология ребенка”).

6. Ковалев Ю.В. Депрессия, клинический аспект /Ю.В.Ковалев, О.Н.Золотухина – М.:Медицинская книга;Н.Новгород:изд-во НГМА,2001-144с.
7. Костюк Г.С -Избранные психологические труды/Г.С. Костюк- М.:Педагогика, 1988-304с.
8. Кильгольц П. – Фармокотерапия при депрессивном синдроме /П.Кильгольц//Депрессии.Вопросы клиники, психопатологии,терапии М, 1970-117-128с.
9. Личко А. – Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков / А.Личко – М.:ООО АПРЕЛЬ ПРЕСС, ЗАО изд-во ЭКСМО – Пресс,1999-416с.
- 10.Лоуэн А. – Депрессия и тело/ А. Лоуэн, пер.с англ. К. Перекалина-М.:изд-во ЭКСМО-Пресс,2002-384с.-(Серия “Психологическая коллекция”).
11. Мамцева В.Н – Депрессивный невроз в детском возрасте /В.Н.Мамцева- М.:Медицина,1982-16с.
- 12.Подкорытов В.С -Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей/В.С Подкорытов, Ю.Ю. Чайка – Харьков: Торнадо, 2003-352с.
13. Підліткова депресія: просто поганих настроїв чи справжня загроза- <https://bookmal.com.ua/life/teeneges-depression>
- 14.Трикетт – Как победить депрессию, избавиться от тревоги М.: ЭКСМО 2002 160с.
15. Хелл Д. Ландшафт депрессии / Д. Хелл; пер. с нем. И.Я. Сапожниковой. – М.: Алетейя, 1999. – 280 с.