

Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України  
Кам'янець-Подільський національний університет  
імені Івана Огієнка

**Н.І. БІГУН**

**ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ  
ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ  
ПІДЛІТКІВ З ДЕПРЕСИВНИМИ  
РОЗЛАДАМИ**

Кам'янець-Подільський – 2011

УДК 159.922.76 – 056.34 (81)

ББК 88.374

Б59

**Рецензенти:**

- Булах І.С.** – доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри теоретичної та консультативної психології Інституту соціології, психології та управління НПУ імені М.П. Драгоманова.
- Шинкарюк А.І.** – доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри загальної та практичної психології Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка.
- Русова В.В.** – кандидат психологічних наук, завідувач відділу моніторингу обдарованості дітей та молоді Інституту обдарованої дитини НАПН України.

*Рекомендовано до друку вченою радою  
Кам'янець-Подільського національного університету  
імені Івана Огієнка  
протокол № 7 від 30 червня 2011 р.*

**Бігун Н.І.**

**Б59 Психологічні умови особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами: Монографія / Н.І. Бігун. – Кам'янець-Подільський: ПП Медобори - 2006 , 2011. –160 с.**

У монографії проаналізовано особливості ступеневого зв'язку залежності між психологічними умовами особистісного розвитку підлітків та формами депресивних розладів у них. Виокремлено систему психологічних умов особистісного розвитку, що відіграють роль механізмів виникнення депресивних розладів та систему психологічних умов корекції і оптимізації особистісного розвитку підлітків як основи подолання у них депресивних розладів. Обґрунтовано доцільність застосування особистісного підходу до розв'язання проблеми підліткових депресивних розладів.

Для наукових працівників, аспірантів, викладачів та студентів вищих навчальних закладів; психологів закладів освіти, соціальних педагогів, вчителів.

УДК 159.922.76 – 056.34 (81)

ББК 88.374

© Бігун Н.І., 2011

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	4
<b>РОЗДІЛ I</b>	
<b>ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ</b>	
<b>ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ ПІДЛІТКІВ З</b>	
<b>ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ</b> .....	9
1.1. Теоретичний аналіз досліджень феномена депресивних розладів у підлітковому віці .....	9
1.2. Вивчення детермінант та психологічних механізмів виникнення депресивних розладів у підлітків.....	23
1.3. Наукові інтерпретації особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами.....	30
Висновки до I розділу.....	42
<b>РОЗДІЛ II</b>	
<b>ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ</b>	
<b>ПІДЛІТКІВ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ</b> .....	45
2.1. Психодіагностичний інструментарій вивчення особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами.....	45
2.2. Виявлення психологічних умов особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами.....	49
2.3. Психологічний аналіз особистісної феноменології та симптоматики депресивних розладів у підлітків.....	76
Висновки до II розділу.....	90
<b>РОЗДІЛ III</b>	
<b>КОРЕКЦІЙНІ ЗАСОБИ СТВОРЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ</b>	
<b>УМОВ ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ ПІДЛІТКІВ З</b>	
<b>ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ</b> .....	92
3.1. Програма створення психологічних умов розвитку та корекції особистісних властивостей підлітків з депресивними розладами.....	92
3.2. Показники результатів особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами у системі експериментальних психологічних умов.....	116
3.3. Методичні рекомендації щодо профілактики та корекції депресивних розладів у підлітків.....	129
Висновки до III розділу.....	134
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	138
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	141
<b>ДОДАТКИ</b> .....	157

## ВСТУП

У національній доктрині розвитку освіти зазначається, що «мета державної політики щодо розвитку освіти полягає у створенні умов для розвитку особистості і творчої самореалізації кожного громадянина України...». Сучасні тенденції реформування вітчизняної освіти об'єднані навколо ідеї розробки та впровадження новітніх психолого-педагогічних технологій, орієнтованих, насамперед, на розвиток особистості школяра. Забезпечення умов для зростання самодостатньої, гармонійної, активної особистості, здатної до творчого життєвого програмування та індивідуальної самореалізації, українські науковці визначають пріоритетним завданням сучасної загальноосвітньої школи (І.Д. Бех, М.Й. Боришевський, І.С. Булах, І.А. Зязюн, С.Д. Максименко, В.Г. Панок, Е.О. Помиткін та ін.). У системі таких умов особливе місце займають психологічні умови, оскільки вони виступають безпосередньо і як загальні механізми розвитку особистості людини, і як механізми її розвитку у специфічних кризових станах, зокрема у ситуаціях виникнення та розгортання депресивних розладів. Профілактика нервово-психічних розладів, забезпечення умов для збереження психічного здоров'я дітей та учнівської молоді посідає особливе місце у системі актуальних проблем сучасної вітчизняної школи. Згідно статистичних даних, впродовж останнього десятиліття на 16,7 % збільшилась кількість школярів з розладами психіки та поведінки. Небезпека депресивних розладів як у дорослих, так і у підлітків пов'язана передусім зі зростанням суїцидального ризику: депресія посідає друге місце (17,3 %) серед причин самогубств. А.Б. Смулевич зазначає, що суїцидні думки і спроби фіксуються у 61,9 % юнаків та підлітків з депресивними розладами.

Обґрунтування актуальності дослідження проблеми депресивних розладів у підлітків вимагає врахування її вікового аспекту, зокрема, аналізу негативних наслідків виникнення і розгортання депресії саме в підлітковий період, коли відбуваються кардинальні зміни у структурі особистості молоді людини. Особистісна незрілість підлітків зумовлює їх незахищеність перед деструктивним впливом депресії, провокуючи небезпеку депресивної деформації процесів розвитку самосвідомості, формування особистісних новоутворень, соціальної адаптації та інтеграції. Окрім того, на тлі розгортання підліткових депресивних розладів зростає ризик формування преморбідних рис особистості як однієї з психологічних умов виникнення дистимій і хронічних депресій у юнацькому та зрілому віці.

Таким чином, у контексті аналізу проблеми підліткових депресій постає необхідність дослідження психологічних умов особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами, зокрема, виявлення депресогенних внутрішньо-особистісних і зовнішньо-особистісних умов розгортання депресії, а також моделювання психологічних умов

корекції та оптимізації особистісного розвитку підлітків як засобу її профілактики й подолання.

Науково-психологічні дослідження проблематики підліткових депресивних розладів здійснюються у різних напрямках: виявлення причин, визначення симптоматики, опис різних форм депресії, розробка методів та шляхів її подолання. Зокрема, у працях Ю.Ф. Антропова, В.А. Гур'євої, Г.Ф. Колотіліна, Х. Ремшмідта представлено аналіз особливостей перебігу підліткових депресій. Причини депресивних розладів у підлітків вивчали В.Н. Мамцева, В.М. Козідубова, Ю.Ф. Антропов. Наукові підходи до подолання підліткових депресій представлено у працях М. Блумберга, В.Н. Мамцевої, Х. Ремшмідта, Е. Фроммера.

Однак, слід зазначити, що наукові дослідження підліткових депресій здійснюються переважно в рамках медико-психіатричного та психотерапевтичного підходів. Недостатня розробленість проблеми у сфері психологічної науки та практики зумовлює неповноту врахування специфіки підліткових депресій, зокрема значення у їх генезі таких фундаментальних психологічних умов, як домінування у структурі розвитку підлітка особистісного розвитку, кризовість особистісного розвитку індивіда у підлітковому віці; у виявленні депресивних розладів недостатньо використовується особистісна симптоматика; обмежений арсенал спеціальних програм та методів надання допомоги підліткам з депресивними розладами, доступних для використання психологами закладів освіти. Соціальна значущість проблеми та її недостатнє вивчення і зумовили вибір теми нашого дослідження: «Психологічні умови особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами».

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати психологічні умови особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами, емпірично дослідити їх особистісні властивості, розробити та апробувати корекційні засоби подолання депресії у школярів підліткового віку.

Гіпотеза дослідження: ефективним способом розв'язання проблеми підліткових депресивних розладів є особистісний підхід, який передбачає виявлення психологічних умов, що детермінують деформації базових особистісних функцій, та реалізацію моделі подолання у підлітків депресивних розладів, основними елементами якої є: корекція емоційних реакцій та станів, корекція і розвиток особистісної компетентності, оптимізація готовності до особистісного розвитку, стимуляція конструктивних змін в особистісному розвитку, корекція, відновлення та розвиток системи особистісної саморегуляції, формування тенденцій розв'язання підліткової дихотомії, зниження рівня особистісної сенситивності, оптимізація позитивного ставлення до себе, підвищення рівня «Я»-толерантності до деструктивних впливів.

Об'єкт дослідження: особистісний розвиток підлітків з депресивними розладами.

Предмет дослідження: психологічні умови особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами.

Відповідно до об'єкту, предмету і поставленої мети було визначено такі завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз феномену депресивних розладів, вирізнити їх прояви та детермінації у підлітковому віці, узагальнити наукові інтерпретації їх взаємозв'язку з психологічними умовами особистісного розвитку підлітків.

2. Визначити підходи та методичні засоби експериментального дослідження ступенів вираженості депресивних розладів, їх зв'язку з психологічними умовами та особливостями особистісного розвитку підлітків.

3. Виявити особистісну феноменологію та симптоматику депресивних розладів у підлітків.

4. Розробити та апробувати програму корекції та оптимізації особистісного розвитку підлітків як способу подолання у них депресивних розладів.

Для вирішення поставлених завдань розроблено програму дослідження, реалізація якої передбачала використання таких методів:

- *теоретичні*: аналіз, порівняння, систематизація, узагальнення теоретичного й емпіричного матеріалу;

- *емпіричні*: спостереження, бесіда, опитування, констатувальний, формувальний та контрольний експерименти. На різних етапах дослідження використовувались такі психодіагностичні методики: для виявлення депресивних розладів у підлітків - шкала депресії А. Бека, методика диференційної діагностики депресивних станів В.А. Жмурова, адаптовані нами для підліткового віку; для дослідження особистісних властивостей підлітків з депресивними розладами - шкала самооцінки (за викладом Т.І Пашукової та ін.); шкала тривожності Ч. Спілбергера, методика Юкнат у модифікації Н.С.Курека, тест-опитувальник Г.Айзенка, патохарактерологічний діагностичний опитувальник О.Є.Лічко, особистісний 16-РФ-опитувальник Р. Кеттела;

- *статистичні*: методи математичної статистики, знаходження достовірності відмінностей за t-критерієм Стьюдента, метод вимірювання коефіцієнту кореляції Пірсона.

Наукова новизна і теоретичне значення одержаних результатів полягає у тому, що:

- *вперше здійснено* науково-теоретичне обґрунтування системного характеру детермінації психологічними умовами особистісного розвитку процесів виникнення, розгортання та подолання депресивних розладів у підлітків. Виявлено структуру психологічних умов особистісного розвитку, що відіграють роль

механізмів виникнення депресивних розладів (психологічні умови підліткової дихотомії, природно-органічної впливозалежності, зовнішньої орієнтації відношення відповідності, деформації функцій системи особистісної саморегуляції, високої особистісної сенситивності, низької «Я»-толерантності до деструктивних впливів, пригніченого «Я») та структуру психологічних умов корекції і оптимізації особистісного розвитку підлітків як основи подолання у них депресивних розладів (психологічні умови корекції емоційного стану, корекції і розвитку особистісної компетентності, оптимізації готовності до особистісного розвитку, корекції та розвитку системи особистісної саморегуляції, зародження і розвитку тенденції розв'язання підліткової дихотомії, зниження рівня особистісної сенситивності та впливозалежності, розвитку позитивного ставлення до себе, підвищення рівня «Я»-толерантності до деструктивних впливів, оптимізації життєвої продуктивності);

- *розширено і доповнено* феноменологію та симптоматику депресивних розладів різних форм вираженості описом особистісних ознак їх прояву у підлітковому віці, розроблено модель корекції та оптимізації особистісного розвитку підлітків як психологічної основи подолання у них депресивних розладів;

- *набуло подальшого розвитку* наукове уявлення про феномен депресивних розладів, роль чинників особистісного розвитку у їх генезі, перебігу та усуненні; знання про психологічні засоби подолання депресивних розладів у підлітковому віці.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що розроблена та апробована програма виявлення особистісної симптоматики депресивних розладів різних форм вираженості у школярів підліткового віку, психокорекційна програма подолання депресивних розладів у підлітків. На основі результатів дослідження розроблені практичні рекомендації, які можуть бути використані шкільними психологами, соціальними педагогами, реабілітологами, вчителями, батьками для розвитку особистості депресивних підлітків, здійснення профілактики та подолання у них особистісно-депресивних розладів. Отримані дані щодо психологічних умов виникнення і подолання депресивних розладів в учнів підліткового віку можуть бути використані у вдосконаленні змісту та організації діяльності загальноосвітніх шкільних закладів, для доповнення (уточнення, збагачення) змісту освітньо-професійних програм підготовки психологів у вищих навчальних закладах освітньо-кваліфікаційних рівнів «бакалавр», «спеціаліст», «магістр», зокрема, при викладанні таких дисциплін, як «Клінічна психологія», «Психопатологія», «Психокорекція», «Психологічне консультування».

У першому розділі монографії визначається сутність депресії як психічного явища, аналізуються науково-теоретичні концепції та

підходи до вивчення депресії, розкриваються вікові особливості її перебігу, представлено модель психологічних умов розвитку депресивних розладів у підлітків.

Другий розділ книги містить обґрунтування методичних засад дослідження особистісних властивостей підлітків з депресивними розладами, опис особистісної феноменології і симптоматики депресивних розладів у школярів підліткового віку.

У третьому розділі монографії подано теоретичне обґрунтування формувального експерименту, представлено програму корекції і оптимізації особистісного розвитку підлітків як засобу подолання у них депресивних розладів, здійснено кількісний та якісний аналіз результатів її апробації.



# РОЗДІЛ I

## ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ ПІДЛІТКІВ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

### 1.1. Теоретичний аналіз досліджень феномена депресивних розладів у підлітковому віці

Депресивні розлади на сьогодні є однією з найбільш актуальних проблем сучасної психологічної теорії та практики. Фахівці (психологи, психотерапевти, медичні працівники) зазначають, що на межі ХХ-ХХІ століть відбулося різке зростання поширеності депресії серед населення переважної більшості розвинутих країн [32, 133, 172]. Згідно прогнозу Всесвітньої організації охорони здоров'я, станом на 2020 рік депресивні розлади посідатимуть перше місце у системі найбільш поширених захворювань людства [32].

Депресія відома з найдавніших часів. Перші сліди пізнання цього феномена містяться у ранніх книгах людства. 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 [199].

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 [16].

Через дев'ятнадцять років прикметник «смертельний» для визначення однієї з форм депресії використає глибинний філософ і проникливий психолог С. К'єркегор [97], назвавши її смертельною хворобою. Ці визначення перегукуються із сучасними оцінками феномена депресії як хвороби сучасного суспільства, що поширюється у масштабах епідемії, як хвороби, що може бути безпосередньою причиною смерті у такій формі, як самогубство, частота здійснення якого у всіх країнах світу невпинно, за статистичними даними, зростає, як розладу, що паралізує життєву продуктивність людини, примушуючи її глибоко страждати.

Термін «депресія» закріпився у медичній науці в другій половині ХІХ століття, коли розпочалося наукове вивчення цього розладу. Російський психолог-науковець Ю.Ф. Антропов [8] зазначає, що до другої половини ХХ 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 [105], С. Менцос [112], А. Смулевич [172], В. Подкоритов [133], Ю. Чайка [133], Д. Хелл [199] та ін.)

Наукова література містить значну кількість визначень поняття депресії, що відрізняються за тими чи іншими параметрами. У теоретичній та практичній психології розглядають депресію як феномен здорової психіки і депресію як феномен психопатології людини.

У психологічному словнику за редакцією І.В. Дубровіної [140, с. 18] депресія визначається як «гнітючий стан, що характеризується апатією, пасивністю, відсутністю інтересу до оточуючого».

Один з провідних депресологів, відомий швейцарський психотерапевт Д.Хелл [199] 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.

Терміни «депресія» і «депресивний розлад» як синонімічні 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 [17].

Розбіжності у визначенні депресивних розладів зумовлені тим, що термін «депресія» використовують для назви широкого кола емоційних, поведінкових та психосоматичних розладів. Симптоматика депресії складна, багатогранна і мінлива. Депресивні прояви детально описані у психологічній і медичній літературі. Однак, фахівці (Е. Вульф, Г. Розе, К. Кіскер, Г. Фрайбергер [139], Д. Хелл [199] 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. Симптоми, за якими розпізнають депресивний розлад, можуть супроводжувати й інші хворобливі стани (тривалі і важкі соматичні захворювання, органічні захворювання головного мозку, шизофренія, епілепсія 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 [139] та ін.) наголошують на необхідності чіткого розмежування трьох термінологічних рівнів застосування поняття «депресія». На симптоматологічному рівні виділяють стан порушення афекту, пригніченість, тужливий настрій; на синдромологічному – комбінацію емоційних, пізнавальних і сомато-вегетативних розладів; нозологічний рівень поняття депресії відображає наявність хворобливих станів (часто мінливого характеру), інформацію про особливості клінічної картини розладу, причини його виникнення, перебіг, прогноз, методи терапії.

Спеціальна термінологія застосовується для диференціації депресивних проявів різної складності: якщо при аналізі стану людини йдеться про симптом, прийнято користуватись терміном «депресивний настрій»; комплекс симптомів позначають терміном «депресивний синдром» або користуються більш точними нозологічними термінами – «психогенна депресія», «інволюційна депресія», тощо [139].

Аналіз наукової літератури, присвяченої проблемі депресивних розладів, показав, що характеризуючи симптоматику депресії, фахівці акцентують увагу переважно на емоційних, когнітивних, сомато-вегетативних та поведінкових її проявах. До емоційних проявів депресії традиційно відносять пригнічений, тужливий настрій, почуття провини, апатію, підвищену тривожність, страх, що може переходити у паніку та відчай; почуття безпорадності і безвиході, втрати сенсу життя. Депресія спричиняє негативні зміни у ставленні людини до самої себе, це проявляється у надмірній самокритичності, зниженні самооцінки, появі комплексу неповноцінності, відчутті власної нікчемності, а то й повного життєвого фіаско [40; 178; 179].

Науковці (С. К'еркегор [97], О. Лоуен [105], Д. Хелл [199] та ін.) зазначають, що у стані депресії людина може переживати відчуття глибокого внутрішнього спустошення, душевного завмирання, психічної і фізичної скутості, коли майже відсутні будь-які інтереси, мотиви, почуття. Відчуття душевного завмирання поширюється на сприйняття оточуючих подій та часових проміжків. Для депресивної людини час спливає надто повільно, на фоні стрімкості життєвих подій інших людей їй видається, що її життя зупинилось.

Результати наукових досліджень та спеціальних спостережень свідчать, що депресія призводить до змін у поведінці і соціальних стосунках хворого. Д. Хелл [199] виділяє у моделі депресії три характерних поведінкових компоненти: заклик, ворожість, ухилення.

Він детально описав схему розгортання складових депресивної поведінки. Спочатку поведінка людини, яка страждає від депресії, схожа на заклик, на крик про допомогу. Відчай і безпорадність хворого викликають у його близьких співчуття та бажання допомогти. Однак, скарги депресивної людини з часом починають провокувати у оточуючих незадоволення та ворожі почуття до неї: дратівливість і нестриманість хворого призводить до появи відчуженості у людей, з якими він спілкується. Іншими словами, заклик, ворожість і відчуження як компоненти депресивної поведінки хворого, викликають у його партнера амбівалентні почуття – співчуття, роздратування та прагнення уникати спілкування. Іноді суперечливі почуття близьких бувають настільки сильними, що блокуючи одне одного, провокують і у них відчуття безпорадності та внутрішньої спустошеності. Таким чином, дослідження депресивної поведінки засвідчує, що депресія не є проблемою лише її носія: глибоко проникаючи у сферу міжособистісних стосунків хворого, вона приносить страждання і його близьким.

Характеризуючи особливості поведінки людей, які перебувають у депресивному стані, науковці(О.П. Ветроградова [27], О.Н. Золотухіна [82], Ю.В. Ковальов [82], А.Б. Смулевич [172] та ін),зазначають її неоднорідність. Специфіка депресивної поведінки залежить від типу депресії та глибини її вираженості. Так, для деяких варіантів депресивного синдрому (тривожна депресія, ажіатована депресія) характерна надмірна рухова активність: хворий не знаходить собі місця, поривається кудись іти, його рухи розгальмовані, різкі, іноді погано координовані; внутрішній неспокій і тривожність знаходить вихід у сльозах, скаргах, самозвинуваченнях. При інших варіантах синдрому (адинамічна депресія, астенична депресія, ступорозна депресія) спостерігається рухова загальмованість, апатія, відчуття фізичного знесилення, у складних випадках можливий ступор. У клінічній картині «маскованої» депресії на перший план виступає сомато-вегетативна симптоматика, а поведінкові зміни можуть бути взагалі відсутні. При порівняно легких депресивних розладах поведінка людини може залишатись незмінною (вона намагається дотримуватись звичного способу життя, виконувати свої сімейні та професійні обов'язки, нічим не виявляти погіршення настрою); з поглибленням депресивного стану його поведінкові прояви стають більш відчутними (значно знижується соціальна та рухова активність, або ж навпаки з'являються ажіатація, агресивність, дратівливість) [133; 172; 179; 180].

Депресивні переживання, як і будь-які інші емоційні прояви, відображаються у зовнішності людини. Д. Єнікєєва так змальовує зовнішній вигляд депресивного хворого: міміка обличчя і вираз очей сумні, похмурі, іноді тужливі; кутики губ опущені; брови насуплені, тому на переніссі утворюються поздовжні складки; голос тихий,

монотонний; мовлення сповільнене, одноманітне; характерною ознакою важкої депресії є складка Верагута – викривлена шкірна складка на верхній повіці, що надає обличчю скорботного виразу [49].

Психологи-науковці (А. Бек [221], Д. Майєрс [106], Д. Хелл [199], П. Левінзон [240] та ін.) вказують на те, що депресія призводить до негативних змін у когнітивній сфері особистості. Зокрема, депресивний настрій є причиною негативного мислення, песимістичного сприйняття світу і самосприйняття.

Фахівці (Ю.В. Ковальов [82], О.Н. Золотухіна [82], В.С. Подкоритов [133], Ю.Ю. Чайка [133], Д. Хелл [199] та ін), зазначають, що депресивні зміни безпосередньо торкаються і пізнавальних процесів людини. Це знаходить свої вираження у сповільненні мислення, іноді хаотичності думок, неспроможності до інтелектуального напруження та прийняття рішень, нестійкості уваги, труднощів при необхідності щось запам'ятати чи пригадати.

Описи соматичної і вегетативної симптоматики депресії, репрезентовані у спеціальній літературі, включають харчові розлади (погіршення апетиту, булімія, анорексія), порушення фізіологічних функцій (розлади шлунково-кишкового тракту, неприємні відчуття в області грудної клітки, тахікардія, головні болі), десинхронізацію біологічного ритму сну, неспроможність до силових навантажень, зниження працездатності, втомлюваність, відчуття фізичної скутості та виснаженості [45; 52; 133; 172; 179; 199].

З метою узагальнення депресивної симптоматики науковці університету міста Цюріх (Д. Ангст, Д. Хелл [199] та ін.) здійснили цифровий аналіз проявів депресії. Таким чином було визначено одинадцять провідних симптомів депресивного розладу: безрадісний, пригнічений стан; відсутність інтересів; неспроможність до зосередження, погіршення пам'яті; нездатність прийняти рішення, нав'язливе застрягання на одних і тих же питаннях; страх (перед буденністю або невизначений страх), внутрішній неспокій; відчуття втоми, відсутність енергії; розлади сну; втрата апетиту, зниження ваги; відсутність сексуальних інтересів; відчуття тиску і важкості або болі (в епігастральній області, в грудях, головні болі); вегетативні симптоми (сухість у роті, запори та ін.). Цифровий аналіз депресивних проявів дозволив дещо конкретизувати симптоматичну картину розладу.

Характеризуючи феномен депресії, науковці та практики-депресологи сходяться на тому, що головна її небезпека (особливо при важких формах вираженості) полягає у значному підвищенні ризику суїцидних спроб і аутоагресивних тенденцій [52; 53; 93; 133; 172; 179; 199]. Про існування безпосереднього зв'язку між депресивними розладами та думками про самогубство свідчать і численні статистичні дані. Так, станом на період 2001 року депресивні розлади посідали

друге місце (17,3 %) серед причин самогубств та інших аутоагресивних дій («Доповідь про стан охорони здоров'я у світі, 2001р.») [53].

За словами Д. Єнікєєвої [52], якщо людині у стані депресії минуле видається похмурим і непоправним, майбутнє – безперспективним, сьогодні – нестерпним, то смерть розглядається як єдино можливий спосіб позбавлення від страждань. Фахівці зазначають, що в одних випадках спроби самогубства здійснюються після тривалого обмірковування, у інших – раптово. Людина може говорити про бажання померти, або потайки обмірковувати варіанти самовбивства. При легких формах депресивного розладу думки про самогубство виникають періодично, без орієнтації на реальну спробу суїциду. Особливо небезпечною в плані ризику самовбивств спеціалісти визнають важку форму депресії, одним з проявів якої є «вибух туги» (*gartusmelancholicus*). Як правило, він виникає раптово і характеризується станом глибокого відчаю, нервово-психічним збудженням та прагненням завдати собі фізичної шкоди [52].

У зв'язку з тим, що депресивні розлади є наслідком різноманітних причин і їх прояви значно варіюють, постає питання про необхідність упорядкування та систематизації депресивної симптоматики. Здійснюючи історичний огляд наукового вивчення депресивних розладів Ю.Ф.Антропов [8] зазначає, що у перших описах клінічної картини депресії, які припадають на середину XIX століття, мова йшла переважно про важкі форми її прояву. Це зумовлювалося тим, що на той час у ролі досліджуваних виступали тяжко хворі люди, котрі перебували у спеціальних закладах закритого типу. У 1895 році мюнхенський психіатр Е. Крепелін запропонував термін «невротична депресія» для характеристики слабо виражених субпсихотичних депресивних розладів. Пізніше, в 1899 році, він представив класифікацію психічних захворювань, де найперше виділив тих хворих, які страждали важкими депресивними та маніакально-збудливими фазами. Легкі депресивні розлади стали об'єктом наукових досліджень значно пізніше, коли лікарі почали займатись амбулаторною психіатричною практикою.

Період активних спроб класифікації депресії та більш глибокого її вивчення розпочався у 60-70 роках XX століття. Результати наукових досліджень того часу, присвячених розробці проблематики депресивних розладів, викладено у працях А. Бека [221], О.П. Ветроградової [27], П. Кільгольца [76], Г.Ф. Колотіліна [237], Дж. Клермана [238] та інших.

Спроби науковців класифікувати депресивні розлади були настільки численними, що це часто призводило до термінологічної плутанини та ускладнення діагностики, оскільки старі класифікації продовжували існувати поряд з новими. Депресії переважно класифікувались за двома принципами: феноменологічним та нозологічним.

В основу феноменологічних класифікацій покладено поділ депресивних розладів за їх клінічними проявами (феноменологічними ознаками). Варіанти депресії (загальмовано-апатична, тривожно-ажіатована, тривожно-загальмована, замаскована) розподіляють відповідно до сфери, у якій локалізується депресивний прояв – афективній, психомоторній чи соматичній [139]. Наприклад, О.П. Ветроградова [27] класифікуючи депресивні розлади за типом домінуючого афекту, виділяє тужливу, тривожну і апатичну депресію.

У довіднику з психіатрії під редакцією А.В.Снежневського [179] пропонується розширений поділ варіантів депресивного синдрому на відносно прості і складні депресії. До групи простих депресій увійшли:

- адинамічна депресія (характеризується передусім фізичною слабкістю, безсиллям, відсутністю прагнень і бажань, апатією);
- ажіатована депресія (у клінічній картині хвороби переважає рухове збудження, підвищена тривожність, самозвинувачення, можливий «вибух туги» зі спробами самогубства);
- анестетична депресія (спостерігається відсутність адекватної емоційної реакції на зовнішні подразники; хворі стверджують, що втратили будь-які почуття до близьких, їм недоступні емоції радості, печалі, душевний стан нестерпний);
- депресія з маренням самозвинувачення (хворі звинувачують себе у різноманітних «злочинах», нібито скоєних ними, вимагають покарання);
- дисфорична депресія (спостерігається дратівливість, почуття туги і незадоволення, схильність до агресії, відчай, відраза до життя);
- іронічна депресія (перебуваючи у стані депресії, людина намагається іронізувати стосовно своїх переживань і безпорадності);
- плаксива депресія (переважає астенія, знижений плаксивий настрій, апатія);
- ступорозна депресія (супроводжується глибокою руховою загальмованістю, можливий ступор);
- тривожна депресія (у клінічній картині на перший план проступає підвищена тривожність, виражений неспокій).

Складні депресії А.В.Снежневській [179] визначає як такі, у клінічній картині яких спостерігаються симптоми інших психопатологічних синдромів:

- астенічна депресія (супроводжується вираженими астенічними розладами у вигляді підвищеної втомлюваності, дратівливої слабкості);
- синдром Котара (хворі звинувачують себе у важких, глобальних злочинах, кару за які вони нестимуть сотні і тисячі років);
- депресія з маренням нігілізму (марення заперечення);
- депресія з маренням звинувачення і осуду (хворі стверджують, що їх звинувачують у злочинах, які вони не здійснювали, але висловлюють готовність бути покараними);

- депресія з маренням переслідування (у клінічній картині захворювання спостерігається марення переслідування та отруєння);
- депресія з маренням нанесення шкоди (хворі переконані, що їх майно розкрадають, наносять шкоди благополуччю і здоров'ю);
- депресивно-параноїдний синдром (спостерігаються виражені чуттєві марення переслідування і осуду, кататонічні розлади, галюцинації);
- депресія з вегетативними і соматичними розладами (основними симптомами є тахікардія, коливання артеріального тиску, пітливість, блювота, добові коливання настрою з покращенням під вечір; відсутні скарги на виражено пригнічений настрій);
- депресія з деперсоналізацією (характеризується втратою почуттів, емоційних реакцій, відчуттям нереальності оточуючого світу);
- депресія сенестопатична (на перший план виступають неприємні, невизначені відчуття у різних частинах тіла);
- депресія з нав'язливими станами (спостерігаються нав'язливі страхи стосовно власного благополуччя і благополуччя близьких людей);
- іпохондрична депресія (на фоні зниженого настрою і різноманітних неприємних соматичних відчуттів у хворих формується переконання у тому, що вони страждають тяжкими, невиліковними захворюваннями);
- психастенічна депресія (проявляється не стільки зниженим настроєм і загальмованістю, скільки невпевненістю у своїх силах, нерішучістю, вкрай низькою самооцінкою).

В основу нозологічної класифікації покладено розподіл депресій за причинами і умовами їх виникнення. П. Кільгольц [76] виділив такі нозологічно важливі форми депресії:

- 1) психогенні депресії (реактивні депресії, невротичні депресії, депресії виснаження, ендореактивні дистимії, інволюційні депресії);
- 2) ендогенні депресії (шизофренічні, біполярні та монополярні депресії);
- 3) соматогенні депресії (органічні та симптоматичні).

До групи психогенних депресій відносять розлади, що виникають на основі душевних переживань як реакції людини на певну травмуючу ситуацію, або ж причини яких криються у її біографії та структурі особистості; групу ендогенних депресій складають розлади, які досягають психотичного рівня; до соматогенних депресій відносять депресивні стани, що перебувають у тісному зв'язку із соматичними захворюваннями.

Зарубіжні науковці (К.П. Кіскер, Е. Вульф, Г.К. Розе, Г. Фрайбергер [139]) представляють нозологічну класифікацію депресії за такою схемою:



1. Психогенні депресії:
  - реактивні (реакції на стрес, психореактивні депресії);
  - невротичні депресії;
  - депресивний розвиток і депресивні особистості.
2. Ендогенні депресії:
  - періодичні депресії з виключно депресивними фазами (монополярні);
    - циклічні депресії з регулярним або нерегулярним чергуванням депресивних і маніакальних фаз (біполярні);
    - депресії у віці «зворотного розвитку» («інволюційні депресії»);
    - шизофренічні депресії.
3. Соматогенні депресії:
  - органічні депресії, спричинені структурними змінами в головному мозку;
    - симптоматичні депресії (супроводжують соматичні захворювання або ж є їх наслідком, за виключенням органічних захворювань головного мозку).

За словами Б.Д. Карвасарського [120], синдром невротичної депресії виникає психогенно і у своїх проявах віддзеркалює психотравмуючу ситуацію. Основним його компонентом вчений називає знижений настрій, який не сягає стадії туги і супроводжується вираженою емоційною лабільністю, астеною, тривожністю, погіршенням сну, апетиту, безсонням. Песимізм хворого не носить генералізований характер і обмежується рамками психотравмуючої ситуації. Симптоми невротичної депресії нестійкі: майже відсутня моторна і психічна загальмованість, переважно не спостерігаються добові коливання настрою, слабо виражені соматичні розлади (зниження апетиту, погіршення сну); міміка обличчя набуває депресивного забарвлення лише при згадуванні та обговоренні психотравмуючої проблематики. Людина розуміє свій стан, його зв'язок з депресогенним фактором, та намагається протистояти депресії шляхом усунення її причин.

Поняття «депресія виснаження» науковці (Г.К. Розе, К.П. Кіскер, Г. Фрайбергер [139] та ін.) визначають як синдром з психічними, вегетативними, соціальними, соматичними ознаками депресії. Депресія виснаження спричиняється довготривалими психічними навантаженнями, тяжкими повторними психічними травмами, афективними розладами, які призводять до виснаження нервової системи. Дана форма депресії є не стільки результатом фізичних перевантажень, скільки наслідком емоційного виснаження, послаблення афективного потенціалу людини.

Періодичні монополярні депресивні стани, циклічні біполярні маніакально-депресивні психози, інволюційні та шизофренічні депресії складають групу ендогенних депресивних захворювань [79; 120; 139].

Ендогенні депресії входять до складу психотичних депресивних розладів. Симптоматика ендогенного психозу за багатьма параметрами схожа до симптоматики невротичних депресивних станів: ідеї самозвинувачення, низька самооцінка, схильність вважати себе безпомічним і неповноцінним, тощо. Проте, невротична депресія має більш благополучний прогноз і передбачає збереження основних особистісних якостей [139].

Крім ендогенних депресивних синдромів, до складу психотичних депресій входять соматогенні депресивні психози. Вони можуть виникати внаслідок структурних змін головного мозку, що спостерігається при атеросклерозі, набряках головного мозку, прогресивному паралічі, черепно-мозкових травмах та як супутній синдром екстрацеребрального захворювання [139; 172].

Психотичні депресії належать до важких форм прояву депресивних розладів. Їх складна симптоматика включає грубу дезорганізацію особистості з відривом від реальності, раптову появу психотичних станів, бажання смерті, патологічно виражені ідеї самозвинувачення, спадкові афективні порушення, можливість рецидиву [120].

Складність діагностики пов'язана з маскованими депресивними розладами, при яких психологічні проблеми людини відступають на задній план, а соматичні прояви набувають самостійного значення (фіксуються скарги на різноманітні неприємні соматичні відчуття: головні болі, функціональні розлади серцево-судинної та дихальної систем, порушення діяльності шлунково-кишкового тракту) [120; 180]. Клінічна картина маскованої депресії може імітувати різноманітні соматичні захворювання, що стає причиною помилкового діагнозу, а отже і неправильного лікування. Феноменологія прихованої депресії вкрай невизначена, до неї можна відносити майже всі депресивні стани, де при первинному обстеженні складається думка про наявність у пацієнта соматичної патології [180].

Результати проведених досліджень депресивних розладів складають розгорнуту картину депресії: причини виникнення, механізми розгортання, особливості перебігу, характерні симптоми. Однак, чітке розмежування вище згаданих форм депресії часто складає певні труднощі: кожна група депресії має свої характерні ознаки, проте, у них більше спільних рис, ніж відмінних. Змішані форми депресивних станів зустрічаються значно частіше, ніж крайні варіанти. З цієї причини Всесвітня організація охорони здоров'я останнім часом зберігає лише чисто описовий розподіл депресивних розладів на легкі, помірно виражені і важкі; від них окремо відмежовують дистимічні порушення – тривалі депресивні розлади настрою з легким перебігом [199].

До середини ХХ століття серед науковців була поширена думка про те, що діти не страждають від депресії і початок виникнення депресивних розладів припадає на підлітковий вік. Це пояснювали

низьким рівнем диференційованості психічного життя та особистісного розвитку дитини. Однак, як з'ясувалося, що депресивні явища можуть мати місце вже в ранньому дитячому віці у зв'язку з несформованістю специфічних психологічних умов, необхідних для нормального розвитку особистості дитини.

У 1946 році Р. Спітц [255; 256] представив результати дослідження, яким було виявлено феномен анаклітичної депресії, що виникає у дітей перших років життя за психологічних умов відсутності материнської уваги та піклування. На нестачу життєво необхідних позитивних емоційних взаємин з матір'ю як на причину психогенних депресій у дітей, вказує і Дж. Боулбі [223]. До сьогодні багато фахівців пов'язують причину дитячих депресивних розладів з «комплексом прихильності», який формується на шостому місяці життя, і характеризується вираженою потребою дитини у материнській увазі та підтримці. Тому часто дитячі психологи та психіатри виключають можливість появи депресії у дітей перших шести місяців життя.

Науковці (В. Гур'єва [45], В. Каган [70] та ін.) вказують на неспецифічність та генералізований характер симптоматики дитячих депресивних станів (на перший план виступають психомоторні та сомато-вегетативні розлади, скарги на знижений настрій розмиті і нечіткі), що зумовлює складність їх розпізнавання.

Згідно опису Р. Спітца [255; 256], дитина в стані анаклітичної депресії виглядає сумною, пригніченою, байдужою; спостерігаються психосоматичні розлади у вигляді порушення добового ритму сну, епізодичного підвищення температури. Афективно-рухові прояви мають подвійний характер: кволість, психомоторна загальмованість, апатія, відсутність бажання спілкуватись – в одних випадках, і систематичний рухливий неспокій, плач, крик – в інших.

Характеристику ранніх дитячих депресивних розладів презентовано у працях В.А. Гур'євої [45]. Наприклад, опис реактивної депресії у дітей 1,5-3 років, що може розвиватись як наслідок розлучення з батьками. Діти дуже болісно переживають розлуку, уникають контактів з однолітками та дорослими, не бажають розмовляти, прагнуть самотності, відмовляються від їжі, погано сплять. Найчастіше подібні реактивні депресивні розлади спостерігаються у покинутих дітей.

В.А. Гур'єва [45] зазначає, що у дітей 2,5-5 років часто спостерігається «сіблінгова депресія», яка виникає після народження другої дитини. Причиною «сіблінгової депресії» є ревності і небажання дитини змиритись з тим, що відтепер їй не належить безроздільна увага батьків. Свій протест вона виражає плачем, криком, намагається справляти враження безпорадної, ображеної; дитина перебуває у пригніченому настрої, можливі розлади сну та апетиту. Перебіг депресивного розладу і його прогноз великою мірою залежить від

позиції, яку займають батьки: ігнорування стану дитини або покарання за неадекватну поведінку може призвести до поглиблення депресії, та появи амбівалентних почуттів (основи невротичного конфлікту).

Дорослі часто з різних причин недооцінюють переживання дитини, не приділяють їй достатньої уваги, розглядають її стан і поведінку як пустощі, що може спричинити загострення депресії. В.Каган [70] виділяє ряд ознак, які дозволяють робити висновок про наявність у дитини депресивного розладу:

- сенситивність (підвищена чутливість, емоційна вразливість, плаксивість);
- знижений настрій (дитина пригнічена, дратівлива, характерні різкі перепади настрою);
- негативізм (некерована, імпульсивна поведінка, дитина справляє враження «важковиховуваної»);
- підвищена самокритичність (діти применшують свої заслуги, не вірять похвалам дорослих);
- бажання померти (дитина може висловлювати небажання жити);
- конфліктність (внутрішнє напруження, неповага до дорослих, постійна готовність до конфлікту, раптові спалахи агресії);
- розлади сну (сон неспокійний, переривчастий);
- втома і апатія (знижений енергетичний рівень, байдужість);
- фізичні скарги (головний біль, болі в животі тощо);
- розлади апетиту (погіршення або надмірне посилення);
- уникнення соціальних стосунків (намагання усамітнитись, втрата інтересу до спілкування та ігор з однолітками);
- низька шкільна продуктивність (відсутність інтересу до шкільних занять, байдужість до оцінок, погіршення уваги, пам'яті, сповільнення процесів мислення).

М.І. Фель [186] запропонував систему ознак депресивних проявів в залежності від віку: діти до семи років, які страждають від депресії – плаксиві, капризні, надмірно лякливі; у них спостерігається погіршення сну, апетиту, психомоторні розлади, гіпертермія, можливі нудота та діарея. У віці 7-12 років на зміну загальмованості і плаксивості приходять дратівливість, агресивність, внутрішній неспокій, іпохондрична симптоматика з афектом страху за своє життя, виражені сомато-вегетативні прояви. До симптомів підліткової депресії (13-17 років) М.І. Фель [186] відносить виражений пригнічений настрій, важкі депресивні переживання, іпохондричні скарги, поліморфні поведінкові розлади, надмірну самокритичність, заниження самооцінки, тривожність, невпевненість у собі, відчуття власної недосконалості та непотрібності.

Підлітковий вік традиційно прийнято вважати складним, побутує думка про те, що схильність до бунтарства, конфліктності, негативізму характерна для усіх підлітків. Тому часто афективні та поведінкові

розлади підлітків сприймаються дорослими як природній стан, зумовлений віковими особливостями. З цієї причини депресивним підліткам не надається необхідна психологічна допомога, емоційна підтримка, навпаки – їх можуть карати за неадекватну поведінку, що призводить до погіршення психоемоційного стану. За таких умов важливого значення набуває необхідність чіткого визначення депресивної симптоматики у підлітків.

Науковці (В.А. Гур'єва [45], Г. Крайг [93] та ін.) зазначають, що у підлітків найчастіше спостерігаються легкі форми депресивних розладів психогенного характеру (невротичні, реактивні), субдепресивні стани та масковані депресії. За словами В.А. Гур'євої [45], переважання саме легких психогенних розладів зумовлюється недостатньою психічною зрілістю підлітків, яка проявляється у несформованості здатності до внутрішньої афективно-когнітивної переробки інформації із зовнішнього світу, її аналізу, критичної оцінки та у незавершеності процесу соціалізації особистості підлітка. Масковані депресії часто залишаються нерозпізнаними через складність їх діагностики. У клінічній картині маскованих підліткових депресій на перший план виступають психосоматичні розлади: головний біль, енурез, харчові розлади, порушення сну, іпохондричні скарги; пригнічений настрій, тривожність, туга при такій формі депресії яскраво не виражені [45; 180].

Серед школярів підліткового віку часто спостерігаються циклотимії, що являють собою субдепресивні стани, при яких депресія не досягає середніх та важких форм вираженості [52]. Для циклотимії характерне періодичне безпричинне зниження настрою, невиражений гнітючий стан, легка тривожність, песимізм, апатія, плаксивість, дратівливість, втрата інтересу до навчання чи інших видів діяльності, іпохондричні скарги, неприємні соматичні відчуття (головний біль, фізична втома, тощо). Розрізняють біполярні (чергування субдепресивних і гіпоманіакальних фаз) та монополярні (без гіпоманіакальних фаз) циклотимії. Субдепресивні розлади можуть тривати від кількох днів, до кількох тижнів чи місяців. Якщо підлітки не вдаються до асоціальних форм поведінки та інших ірраціональних спроб виходу із субдепресивного стану (агресія, алкоголь тощо), циклотимії не мають виражених негативних наслідків і не потребують психотерапевтичного втручання [52; 156].

Науковці (Ю.Ф. Антропов [8], В.А. Гур'єва [45], В.М. Козідубова [84], Г.Ф. Колотілін [86], Н.Б. Морозова [118], Х. Ремшміт [156], Г.Є. Сухарєва [183] та ін.) праці яких присвячені даній проблематиці, виділяють такі симптоми психогенних (невротичних та реактивних) депресивних розладів у підлітків:

- сумний, пригнічений настрій, плаксивість, вразливість, почуття провини;

- конфліктність, агресивність, негативізм, імпульсивність, можлива демонстративність та схильність до аномальних форм поведінки (вживання алкоголю, наркотиків, асоціальні вчинки);
- загальмованість реакцій (рухових, мовленнєвих);
- афективно-рухові розлади (сповільненість рухів, рухова розгальмованість, ажіатація);
- негативні зміни у пізнавальній сфері (сповільнення процесів мислення, погіршення уваги, послаблення пам'яті);
- апатія, песимізм, зниження інтересу до навчання, послаблення мотивів, погіршення навчальної успішності;
- зниження самооцінки, гіперсором'язливість, нерішучість, загострена самокритичність, невпевненість у собі, відчуття власної неповноцінності, безпорадності і безперспективності, непотрібності;
- підвищена тривожність, нав'язливі страхи;
- послаблення соціальної активності, уникнення соціальних взаємостосунків, замкнутість;
- зниження фізичної та інтелектуальної працездатності, швидка втомлюваність, відчуття знесиленості і виснаження;
- соматичні прояви (скарги на головний біль, неприємні фізичні відчуття, погіршення сну, харчові розлади, прискорене серцебиття, утруднене дихання тощо), іпохондричні скарги.

Серед найбільш небезпечних проявів депресії у підлітків більшість науковців називають думки про самогубство. Наявність депресивного розладу підвищує ризик суїцидних спроб. Глибокі депресивні переживання, почуття безпорадності, безнадії, відчай належать до провідних факторів підліткових та юнацьких самогубств [53; 65; 93; 150]. Науковці (В.С. Єфремов [53], Г. Крайг [93], Й. Пуріч-Пейаковіч, Й. Дуньч [150] та ін.) сходяться на думці про те, що рішення скоїти самогубство у підлітків визріває на базі тривалого перебування у пригніченому стані, внаслідок важких, нестерпних депресивних страждань, які можуть провокуватися серйозними особистісними проблемами, сімейними негараздами тощо. Сама ж спроба суїциду часто буває імпульсивною [53; 93; 150].

Науковці (Ю.Ф. Антропов [8], К. Говард [247], Д. Оффер [247], Г. Крайг [93], Г. Клерман [238] та ін.) звертають увагу на статеві розбіжності депресивної симптоматики. Згідно загальновідомих статистичних даних, серед людей, які страждають від депресивних розладів, жінок та дівчат удвічі більше, ніж представників чоловічої статі. Вчені роблять спроби пояснити причини таких розбіжностей (до найбільш впливових факторів відносять, наприклад, вплив масової культури, яка диктує надто високі вимоги до зовнішності та статусу жінок). Однак, це питання на сьогодні залишається відкритим.

Депресологи вказують на такі статеві розбіжності депресивної симптоматики: підлітки-хлопці у стані депресії схильні до асоціальних

форм поведінки, агресивності, імпульсивності, вживання алкоголю та наркотиків; дівчата переважно приховують депресивні переживання, замикаються в собі, прагнуть усамітнення, їх загострене незадоволення своєю зовнішністю може призвести до порушень харчової поведінки (булімія, анорексія) [8; 93; 150; 238].

Відповідно до клінічної картини підліткових психогенних депресій виділяють такі їх варіанти:

- психогенні астено-депресивні стани (легка форма депресивних розладів, характеризується проявами психічної і фізичної астенії: підвищена втомлюваність, виснаженість, пригнічений настрій, сомато-вегетативні розлади);

- психогенна тривожна депресія (депресивний стан з переважанням тривоги, страху, внутрішньої напруженості, чергуванням періодів рухової загальмованості та ажіатації);

- психогенна дисфорична депресія (характеризується яскравими негативними спалахами, підвищеною агресивністю, амбітністю, гнітючо-гнівливим настроєм, афектами страху та тривоги);

- психогенна істерична депресія (спостерігається демонстративність, істеричні напади, драматизм та гротескність симптоматики);

- психогенна іпохондрична депресія (часто набуває маскованої форми, у клінічній картині розладу на перший план виступають стурбованість станом здоров'я, страх смерті та важких захворювань, сомато-вегетативні симптоми, які не мають органічної основи);

- психогенний депресивно-субступорозний стан (у клінічній картині переважає симптом рухової загальмованості, спостерігається сповільненість мовлення, характерна сомато-вегетативна симптоматика);

- психогенний депресивно-параноїдний стан (зустрічається досить рідко, характеризується тривожністю, неспокоєм, підозрілістю; при поглибленні розладу з'являються ідеї «переслідування»);

- психогенна депресія із зверхніми ідеями (супроводжується глибокою внутрішньою афективною переробкою травмуючих переживань. Чим важча травма, тим глибша драматизація у її трактуванні, наприклад, «Я нікому не потрібен», «Я – нікчема»).

Детальний опис вище згаданих психогенних депресій підліткового віку репрезентований у наукових працях В.А. Гур'євої [45], Н.Б. Морозової [118], В.І. Посохової [136], та інших.

## **1.2. Вивчення детермінант та психологічних механізмів виникнення депресивних розладів у підлітків**

Широке, всестороннє вивчення депресивних розладів зумовило появу численних гіпотез і теорій, покликаних пояснити причини, умови виникнення депресії та механізми її розгортання. Усі ці теорії можна умовно поділити на дві групи, що складають біолого-психіатричний та

психолого-соціологічний підходи. [139]. Складовими першого підходу є нейрофізіологічна, біохімічна і біогенетична теорії. Другого – когнітивна, соціокультурна, психоаналітична теорії, теорія наочіння депресії та теорія диференційних емоцій. Прихильники біолого-психіатричного підходу наголошують на тому, що в основі депресивних розладів лежать біологічні фактори: спадкова схильність, патологічні зміни нейроендокринних структур, захворювання головного мозку, черепно-мозкові травми, соматичні захворювання, біологічні критичні періоди тощо. Представники психолого-соціологічного підходу відстоюють думку про глибинно-психологічну та соціокультурну природу депресії, при цьому наголос робиться на внутрішньо-особистісних патологічних характеристиках і суспільних факторах, які сприяють розгортанню депресивних розладів.

У 60-ті роки Дж. Ейнджел [227] зробив спробу подолати цю суперечку, запропонувавши біопсихосоціальний підхід, що передбачає врахування соматичних (біо-), душевних (психо-) і соціальних (соціо-) чинників. Останнім часом теорії Дж. Ейнджела приділяється все більше уваги, з'явилось чимало її послідовників. Зокрема, Д. Хелл [199] розробив інтегративний підхід до проблеми депресивності, у рамках якого аналізуються психологічний, біологічний та соціальний рівні депресії, що розглядаються не відокремлено один від одного, а в єдиній еволюційній перспективі.

Вивчення біохімічних механізмів депресії на сьогоднішній день ведеться у двох напрямках – з однієї сторони, досліджується роль біогенних катехоламінів, з іншої – роль водного і електролітичного балансу. Широкого визнання набула теорія біогенних амінів, над розробкою якої працювали Дж. Девіс (1970) [226], М. Ейсберг, П. Сорен (1976) [219] та ін. Згідно цієї теорії, знижений рівень катехоламінів у клітинах головного мозку викликає депресію, а підвищений – манію. Особливої уваги дослідники приділяли вивченню обміну таких амінів, як норадреналін, допамін, серотонін.

Нейроендокринологи вказали на існування прямих зв'язків між психічними симптомами при депресіях і вегетативними розладами, що свідчить про роль гіпоталамусної та лімбічної регуляції розгортання депресивних механізмів, а також на участь у цьому процесі нейроендокринних структур [68]. Про те, що причиною депресій є дефіцит або патологічні зміни рівноваги нейротрансмітерів (норадреналін, допамін, серотонін), тобто субстанцій, які беруть участь у передачі збудження на синаптичному рівні, говорять і результати нейропсихофізіологічних та електроенцефалографічних досліджень [139; 199].

Науково-дослідницькі роботи біогенетичного спрямування дозволили встановити, що на частоту і характер окремих депресивних



синдромів впливають спадкові фактори. Це, в першу чергу, стосується моно- та біполярних депресій, що мають фазовий і циклічний перебіг.

Зазвичай про біологічні причини виникнення депресії мова ведеться при розгляді психотичних форм депресивних станів. Однак, генетичні та церебро-органічні чинники повинні враховуватись і при аналізі непсихотичних депресивних розладів, зокрема, невротичних депресій. Так, О.Ф.Антропов [8] спираючись на результати своїх досліджень, серед факторів ризику виникнення невротичних депресивних розладів називає патологічні особистісні риси батьків хворого, патологію вагітності, родові травми, резидуально-органічну недостатність головного мозку, представлену переважно мінімальною мозковою дисфункцією. Питання про те, що саме передається у спадковість і яким чином зовнішні фактори взаємодіють з цією схильністю, формуючи картину депресії, на сьогодні залишається відкритим.

Такі вчені, як Г. Клерман, Е. Пейкел, К. Тонкс [259] працювали над вивченням особливостей впливу соціокультурних чинників особистісного розвитку осіб, що страждають на депресивні розлади. У ході проведених досліджень було виявлено, що жителі країн південно-східного регіону страждають депресією помітно рідше, ніж європейці. Самозвинувачення і почуття вини є більш типовими для європейсько-християнського Заходу, ніж для інших культур, стверджують науковці. Ідеї гріховності, пов'язані, очевидно, з уявленням про Бога як про інстанцію, яка оцінює людину і її вчинки. Відсутністю подібного сприйняття Бога у нехристиянському і неісламському культурному просторі науковці пояснюють той факт, що у країнах Африки, в Індії, південно-східному регіоні Азії депресії виявляються переважно у формі соматичних розладів, а не у формі деформацій особистісного розвитку.

Провокуючим механізмом депресивних переживань є соціальні чинники виникнення депресії, які зумовлюють активізацію і зовнішній прояв внутрішніх особистісно-психологічних її передумов. Як свідчать результати багатьох наукових досліджень, такими соціальними причинами депресивних розладів найчастіше виступають різноманітні психотравмуючі події – смерть близьких людей, гострі сімейні конфлікти, розлучення, стресові ситуації, невдачі у професійній або навчальній діяльності. Представники психоаналітичного напрямку в психології та психотерапії (К. Абрахам [216], С. Радо [249], З. Фрейд [230], К. Хорні [200] та ін.) інтерпретують депресію як психо-біологічну реакцію людини на втрату дорогого їй об'єкта. Втрата, як правило, призводить до небажаних для людини негативних наслідків, незалежно від того, є ця втрата матеріальною чи ідеальною (смерть близьких, розлучення, професійні негаразди, крах ідей і сподівань тощо).

На думку З. Фрейда [230], головним компонентом депресивної динаміки є втрата об'єкта, яка важко переживається людиною, так як зв'язок між нею та втраченим об'єктом має нарцисичний характер. Втрата позбавляє людину підтримки нарцисичного самоствалення, почуття власної гідності, достойної самооцінки, які забезпечував їй втрачений об'єкт. Шукаючи заміни об'єкта, людина інтроєктує його. Така інтроєкція зумовлює появу амбівалентних почуттів провини і ненависті, які людина спрямовує на себе. Цим З. Фрейд пояснює типові для депресії симптоми самозвинувачення, самоприниження, самопокарання. Теорія З. Фрейда [230] неодноразово переглядалась його послідовниками, окремі її аспекти критикувались, концептуально змінювались, однак, думка про те, що основним чинником депресії є втрата об'єкта, залишалась незмінною.

Неабиякий інтерес викликають теорії депресії, розроблені у руслі когнітивного напрямку. Так, згідно з концепцією А. Елліса [212], причиною депресивного розладу є негнучкість і деструктивність мислення людини та ірраціональність її соціальних установок. А. Елліс вважає, що кожна людина народжується з певним потенціалом; цей потенціал має дві сторони: раціональну (конструктивну) та ірраціональну (деструктивну). Життєві події викликають у людини позитивні або негативні емоції, а її внутрішнє сприйняття цих подій – їх оцінку. Людина переживає те, що думає з приводу сприйнятого. Розлади в емоційній сфері є результатом порушень у когнітивній сфері (таких як жорсткі установки, гіперболізація, помилкові висновки). Причини психологічних проблем людей (тривожність, депресивні розлади, неврози) полягають у системі ірраціональних уявлень про світ, що переймається, як правило, в дитинстві від значущих дорослих. Цю систему уявлень А. Елліс [212] назвав ірраціональними установками, які є помилковими та далекими від реальності, однак, якщо вони не реалізуються, то це призводить до важких емоційних переживань. Серцевиною емоційних розладів, на думку А. Елліса, є самозвинувачення.

А. Елліс [212] описав своєрідний «кодекс невротика», тобто комплекс помилкових суджень («Кожен повинен бути компетентним в усіх галузях», «Існує жорстка необхідність в любові і схваленні зі сторони», «Буде катастрофа, якщо події розгортатимуться не так як заплановано», тощо), на базі яких розвиваються депресивні та невротичні розлади. Він також запропонував структуру особистості, названу за першими буквами латинського алфавіту – «ABCD», у якій виділив і описав такі складові компоненти: А – активуюча подія; В – думка людини про цю подію; С – емоційні і поведінкові наслідки події; D – наступна реакція на подію після її осмислення; E – оцінні ціннісні умовиводи (конструктивні чи деструктивні). Ця концептуальна схема знайшла широке застосування у практичній корекційній психології.

Детальний аналіз депресогенних чинників подано у когнітивній теорії депресії А. Бека [121; 221]. На думку автора цієї теорії, особистість формується схемами або когнітивними структурами, які являють собою базові переконання людини. Ці схеми починають формуватись у дитячому віці на основі особистого досвіду та ідентифікації зі значущими дорослими (батьки, родичі, друзі). Кожна людина створює власну концепцію себе, інших людей, оточуючого світу і концепцію свого існування у цьому світі. Концепції підкріплюються подальшим досвідом і, у свою чергу, впливають на формування нових поглядів, переконань, цінностей, життєвих позицій.

Інформація, яку людина отримує із навколишнього середовища, за А. Беком [121; 221], проходить первинний і більш високий рівень когнітивної обробки. Первинні когнітивні процеси відіграють роль зв'язної ланки між нормальними та патологічними реакціями. Мислення, яке базується на первинній когнітивній обробці, як правило, «примітивне» та інтерпретує життєві ситуації глобальними і відносно грубими методами. Більш високі рівні обробки інформації здійснюють перевірку реальності і виправляють первинне осмислення (концептуалізацію). У випадку порушення функції вищих рівнів когнітивної обробки інформації, первинні реакції можуть переростати у психічні розлади, відбувається «когнітивне зрушення». Адекватна когнітивна програма переробки інформації замінюється неадекватною («тривожна програма», «депресивна програма», «панічна програма» і т.д.). Коли це трапляється, людина відчуває симптоми тривоги, депресії, паніки. А. Бек зазначає, що кожна людина характеризується унікальною когнітивною вразливістю і чутливістю, яка визначається наявними у неї когнітивними схемами, а отже, різні люди в різній мірі схильні до психічних розладів (неврози, депресії, психопатії).

А.Бек [121; 221] розглядає депресію не просто як емоційний розлад, а як своєрідний когнітивний стан, коли під дією психотравмуючих факторів активізується дисфункціональна схема, «когнітивна тріада депресії». Перший компонент депресивної когнітивної тріади стосується уявлень людини про себе як про нікчему, безпомічну, ні на що не здатну особу. Другий компонент передбачає негативний погляд на оточуючий світ, який змушує людину трактувати свою взаємодію з ним як ланцюжок провалів та поразок, у похмурих тонах змальовувати своє минуле і сьогодення. Третій компонент – це песимістичні очікування стосовно власного майбутнього, що розглядається як безрадісне і безперспективне. Ці когнітивні патерни зумовлюють появу мотиваційних, поведінкових і фізичних симптомів депресії. Депресивні схеми ускладнюють нормальну когнітивну переробку, сприйняття, пригадування інформації. Людина втрачає здатність адекватно інтерпретувати життєві події, у неї виробляється депресивний стиль мислення (самозвинувачення, перебільшення своїх

недоліків, загострене почуття відповідальності тощо). А. Бек [121; 221] запропонував програму когнітивної психотерапії, яка широко використовується у роботі з людьми, що страждають від депресивних розладів.

Імпульсом у розвитку біхевіористичного підходу до вивчення депресії послугували експериментальні роботи М. Селігмана [252] та його колег (С. Мейер, Дж. Гір), що заклали підґрунтя для розуміння депресії як завченої беспорядності. На думку Селігмана, усі життєві ситуації, що спричиняють розгортання депресивних станів, мають одну спільну рису – вони сприймаються людиною як ситуації, котрих вона не може контролювати, особливо їх найважливіші аспекти. Чим частіше з подібними ситуаціями стикається людина, тим більше негативного досвіду вона засвоює, що посилює почуття беспорядності і зумовлює появу депресивних реакцій.

К. Форстер [228], який також є представником поведінкового підходу до вивчення депресії, серед основних її характеристик називає втрату людиною деяких навичок адаптативної поведінки. Втрачені навички, на думку науковця, заміщаються такими неадекватними реакціями як уникнення, прохання, плаксивість, скарги, дратівливість. Однією із найбільш вагомих характеристик депресії Форстер [228] вважає зниження частоти тих адекватних поведінкових реакцій у складних життєвих ситуаціях, які отримували позитивне підкріплення (наприклад, зі сторони значущих людей). Схожою до попередніх є й теорія депресії Р. Лібермана і Д. Раскіна [242], на їх думку депресивний розлад поглиблюється внаслідок підкріплення дезадаптивної поведінки, до якої часто вдаються люди у стані депресії.

Розроблені біхевіористами теорії є цінними з точки зору розробки підходів до вивчення конкретних поведінкових реакцій депресивних людей та пошуку шляхів подолання депресії.

Автор інтегративного підходу до вивчення депресивних розладів, Д. Хелл [199], визначає депресію як складний еволюціоністичний процес, що розгортається на трьох рівнях: психологічному, соціальному і біологічному. На психологічному рівні симптоматика депресивних розладів проявляється у сповільненні мислення, викривленому сприйнятті простору та часу (людям у стані депресії здається, що їх життєвий простір звужується, час спливає надто повільно, або ж зовсім зупинився), важких внутрішніх переживаннях, душевній виснаженості та спустошеності. До біологічних симптомів депресії вчений відносить неприємні соматичні відчуття, порушення обміну речовин та біологічного життєвого ритму, неадекватні тілесні відчуття (скутості, нерухомості, безсилля). На соціальному рівні депресія ускладнює спілкування людини та її взаємини з оточуючими.

Д. Хелл [199] наголошує на тому, що депресивні розлади слід розглядати як наслідок тісної взаємодії психологічних (страх втрати,

сильний зв'язок з батьками, невпевненість у собі, нарцисична вразливість), біологічних (генетично вразлива конституція, обмежена когнітивно-афективна здатність до переробки почуттів та інформації, депресивна спрямованість спогадів тощо) і соціальних (амбівалентне ставлення до батьків або їх втрата, недостатнє соціальне визнання, нестійке чи негнучке партнерство, втрата значущого об'єкта) факторів. Виходячи з такої позиції, Хелл розробив психо-біо-соціальну модель депресії, у якій цілісно, в єдиній системі представив біологічні, психологічні, соціальні передумови, причини і прояви депресії, їх взаємозв'язок та взаємовплив.

Д. Хелл [199] пропонує розглядати депресію як захисний механізм, який виконує функцію внутрішньої інтеграції і забезпечує виживання у кризових життєвих ситуаціях. На думку автора зазначених положень, в період життєвої кризи, коли людина втрачає значущий об'єкт, у неї виникає природне почуття печалі, яке допомагає їй пережити цю подію. Якщо ж людина не може змиритися з втратою, страх перед якою набуває патологічного характеру, ситуація стає вкрай небезпечною (виникає ймовірність важкого психічного захворювання). За таких умов спрацьовують психологічні механізми захисту: внаслідок специфічної когнітивно-афективної переробки почуттів, почуття нестерпної печалі не допускається до свідомості людини, її заміщають депресивна пустота, байдужість, апатія.

Аналіз чинників виникнення підліткових депресивних розладів посідає одне з центральних місць у наукових працях, присвячених даній проблематиці. Описані науковцями (Ю.Ф. Антропов [8], В.А. Гур'єва [45], В.М. Козідубова [84], Г.Ф. Колотілін [86], Г. Крайг [93], Х. Ремшмідт [156], Г.Є. Сухарева [183] та ін.) причини підліткових депресій можна об'єднати у три групи: біологічні, психологічні і соціальні. Групу біологічних причин складають:

- спадкова схильність (наявність психічних захворювань у батьків та найближчих родичів);
- вікові фізіологічні та гормональні зміни в організмі;
- тривалі та важкі соматичні захворювання;
- церебрально-органічні фактори (черепно-мозкові травми, патологія вагітності і пологів, родові травми, наслідки раннього ураження центральної нервової системи, порушення процесу годування немовлят; патології постнатального розвитку: інтоксикації, операції, травми, порушення психомоторного розвитку).

За результатами наукових досліджень (Ю.Ф. Антропов [8], А.І. Захаров [61], В.М. Козідубова [84], Г.Ф. Колотілін [86], В.Н. Мамцева [109; 110], Х. Ремшмідт [156], Г.Є. Сухарева [183] та ін.), групу соціальних чинників виникнення депресивних розладів у підлітків складають:

- аномалії виховання (гіпоопіка, гіперопіка, занадто високі вимоги до підлітка зі сторони батьків, жорсткі прийоми виховання, фізичні покарання, деспотизм, непослідовність у виборі виховних методів, відсутність порозуміння між батьками щодо вибору стратегії виховання);

- сімейні розлади, часті конфлікти у сім'ї, розлучення батьків, труднощі спілкування з батьками, часті конфлікти;

- важкі захворювання або смерть близьких родичів, друзів;

- розлучення з батьками; нестача материнського піклування, особливо в ранньому дитячому віці;

- низька популярність серед однолітків, конфліктні стосунки з ними;

- шкільні проблеми (низька навчальна успішність, шкільна дезадаптація, проблемне спілкування з педагогами та однокласниками);

- побутові та економічні негаразди, низький матеріальний статус;

- політична та соціально-економічна нестабільність у країні, яка породжує тривогу і страх за майбутнє.

Результати наукових досліджень підліткової депресивності дають підстави для висновку про комплексний характер дії депресогенних чинників, їх взаємодоповнення у процесі виникнення та розгортання розладу.

Узагальнюючи аналіз представлених теорій і концепцій депресії, слід підкреслити наукове і практичне значення кожної з них. Оскільки депресія – надзвичайно складний і багатогранний феномен, на нашу думку, нераціонально розглядати її як наслідок лише біологічних, психологічних чи соціальних чинників. Такий підхід є одностороннім. Тільки комплексний аналіз психологічного, соціального та біологічного рівнів депресії, врахування соціокультурних, біогенних, особистісних причин її виникнення дає найбільш повну, розгорнуту і цілісну картину природи депресивних розладів.

### **1.3. Наукові інтерпретації особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами**

Першою у світовій науці моделлю психологічних умов розвитку депресивного розладу стала теоретична інтерпретація феномена меланхолії античними лікарями Гіпократом та Галеном, що узагальнювала тогочасні наукові уявлення про загадкове душевне страждання, основу якого складала глибокі тривалі переживання страху і печалі [44]. Загальною психологічною умовою виникнення цього страждання давні мислителі вважали сукупність специфічних особистісних властивостей, що формуються на базі меланхолічного темпераменту, чинником розвитку якого виступає домінування в організмі людини «чорної жовчі». Визначальною у структурі

особистісних властивостей є схильність до печалі. Меланхолік уразливий, йому здається, що ним принизливо нехтують. Його бажання супроводжуються сумними переживаннями, його душевні страждання здаються йому нестерпними і безутішними [44]. Двохтисячолітня інтерпретація виявилася напрочуд продуктивною. Вона не тільки заклала основи моделювання як способу вирішення наукових та практичних проблем у сфері проблематики депресивних розладів, але й запропонувала розв'язання, потенціал ефективності яких використовується і визнається перспективним сучасними фахівцями. Це стосується передовсім таких методологічних і методичних рішень:

1) запровадження особистісного підходу, що виявляється у заснуванні наукової традиції трактування депресії як особистісної проблеми, в обґрунтуванні ідеї особистісної детермінації депресивного процесу, єдності структурно-функціональних та змістових ознак депресивних розладів (меланхолія – тип темпераменту і назва розладу, тип темпераменту як сукупність індивідуально-психологічних властивостей, що одночасно є симптомами депресії, або щонайменше – психологічними умовами виникнення симптомів депресивного розладу при загостренні цих властивостей), у використанні для діагностики депресивних розладів в якості їх симптомів таких особливостей особистісного розвитку, як особистісна тривожність (тривалий страх), знижений життєвий тонус (печаль), залежність від соціальних оцінок, підвищена чутливість, схильність до душевних страждань та безпорадність у їх подоланні;

2) медикаментозного лікування депресії шляхом відновлення балансу біохімічних елементів в організмі людини, в основі якого лежить ідея про дисбаланс речовин організму як чинник виникнення меланхолії.

Таким чином, теорія меланхолії містить в імпліцитній формі модель виникнення депресивного розладу, що має такий схематичний вигляд: домінування «чорної жовчі» в організмі (гуморальний дисбаланс) → меланхолійний тип темпераменту (сукупність індивідуально-психологічних властивостей як психологічних умов виникнення депресії) → чинники деструктивних впливів → загострення властивостей меланхолійного типу темпераменту → симптоми депресивного розладу.

Значним внеском у розвиток особистісного підходу до дослідження феномена депресії стали роботи видатного датського мислителя С. К'еркегора [97]. У філософсько-психологічному трактаті «Хвороба до смерті» С. К'еркегор використовує з метою глибинного аналізу психологічної природи людини дослідницьку модель взаємозв'язку особистісного розвитку індивіда та виникнення хворобливих, деструктивних психологічних розладів. Таке моделювання здійснюється шляхом структурно-функціонального аналізу

взаємозв'язку «Я» людини та стану відчаю (сучасною наукою відчай розглядається як один з найбільш інформативних особистісних симптомів депресії).

В якості основного інструмента моделювання С. К'єркегор [97] використовує категорію ставлення, з допомогою якого він визначає і феномен «Я», і феномен відчаю. «Я», за його визначенням, – це «повернення» ставлення до самого себе. «Я» виникає і розвивається у складній взаємодії між елементами дихотомій безкінечного і кінечного, тимчасового і вічного, свободи і необхідності. Синтез цих позицій продукує систему суб'єктивних відношень, що виробляє ставлення до себе як до окремого самодостатнього феномена. Таке відношення, що визначається у ставленні до самого себе, реалізується через себе або ж через іншого. "Подібне відношення, що започатковується таким чином, і є Я людини: це відношення, що встановлюється до себе самого і разом з тим до іншого", – зазначає С. К'єркегор [97, 255]. Та обставина, що «Я» людини як особливий вид відношення зароджується у системі дихотомічних відношень безкінечного і кінечного, тимчасового і вічного, свободи і необхідності та інших відношень, визначає природу «Я», фундаментальною характеристикою якої є відповідальність. Це обумовлюється тим, що з того моменту, як «Я» набуває властивостей самодостатнього феномена, тобто автономної системи, вона повинна сама себе спрямовувати, здійснюючи саморегуляцію. Відповідальність, таким чином, виступає основною психологічною умовою і психологічним інструментом функціонування «Я», "... у ньому вміщена відповідальність, від якої завжди залежить будь-який відчай" [97, 257].

С. К'єркегор [97] дає глибоку і всесторонню характеристику феномена відчаю. Функціональним механізмом виникнення відчаю є внутрішня невідповідність у синтезі, що феноменологічно виявляється у недостатній або надмірній відповідальності при розв'язанні дихотомій існування, фіксованості на одному з їх компонентів. Психологічні умови формування «Я», основними серед яких є сукупність самовпливів та впливів інших, визначають два основних види відчаю: небажання бути самим собою, бажання позбавитись свого «Я» і відчайдушне прагнення бути самим собою. Однак ці два види відчаю не існують окремо, вони взаємозалежні, оскільки визначаються двохосовною природою «Я». «Я» не здатне розв'язати дихотомії та досягти рівноваги і спокою через ставлення до себе самого, власними силами, воно може це зробити лише через ставлення до того, хто обумовив виникнення «Я» як сукупності відношення.

Вчений наголошує на практичному значенні цієї тези як складової моделі: прагнення індивіда, що переживає відчай, всіма силами подолати його тільки через самого себе призводить до того, що він не може вийти з відчаю і все глибше занурюється у нього. Подолання відчаю – діалектичний процес, що полягає у розвитку «Я» через



систему складних трансформацій, у яких прагнення бути собою передбачає вихід за межі «Я» і долучення до потенціалу сил, що створили його як сукупність відношень. Людина відповідальна за своє «Я», а значить, за масштабність свого існування, оскільки за своєю природою вона не є аморфною істотою, а індивідом з визначеними параметрами системи дихотомій. Однак зміст цих параметрів сам по собі не забезпечує подолання обмеженостей існування. Це стає можливим за умови досягнення відповідного рівня особистісного розвитку людини, основними критеріями диференціації якого виступають зміст екзистенціальної тривожності, страху того, що людина сприймає як жахливе, і зміст її особистісної компетентності, що виявляється, зокрема, у зорієнтованості стосовно того найжахливішого (смертельна хвороба та ін.), чого людина боїться. Для християнина, що у типології С. К'єркегора [97] репрезентує людину з найвищим рівнем особистісного розвитку, навіть смерть не є смертельною хворобою, а тим більше все, що впливає з тимчасових страждань, до яких віднесено біль, тілесну хворобу, бідність, горе, ворожість, душевні муки і т. п. Для природної чи безпосередньої людини, тобто індивіда з найнижчим рівнем особистісного розвитку (без розвиненої рефлексії самосвідомості) такі події мають високу особистісну значущість, можуть скласти предмет страждань і стати причиною «смертельної хвороби», відчаю.

Психологічна різниця між цими двома особистісними типами подібна до різниці між дитиною і дорослим: те, через що тривожиться дитина, для дорослого не має важливого особистісного значення. Недолік дитинства, на думку С. К'єркегора [97], полягає в особистісній некомпетентності стосовно того, чого слід боятися, а чого не варто. Особливості сприйняття деструктивних впливів є, за його влучним визначенням, важливим показником особистісного розвитку індивіда і симптомом відсутності чи наявності такої форми депресивного розладу, як відчай.

Із зазначених позицій психологічно окреслюється період особистісного розвитку, що розташований у континуумі між дитинством і дорослістю, тобто період перехідності, підлітковий період. Зміст цього періоду складає входження у проблематику дихотомій дорослого життя. Але це можливо лише за умови усунення дитячої особистісної некомпетентності, зокрема стосовно змісту стурбованості дорослого з високим рівнем особистісного розвитку, оскільки "стурбованість, за визначенням С. К'єркегора, – це істинне ставлення до життя, до нашої особистісної реальності" [97, 251].

Підліток, таким чином, для того щоб стати дорослим, особистісно зрілим індивідом, повинен здійснити перехід до «істинного» ставлення до життя і до своєї особистісної реальності, стрижнем якої є його «Я». У проекції на проблему екзистенціальної стурбованості (страху,

тривожності) це означає необхідність розв'язання проблеми толерантності «Я» до деструктивних впливів, що виступають, як зазначається переважною більшістю дослідників, основним зовнішнім чинником виникнення депресивних розладів. Деструктивні впливи – лакмусовий папір «Я», рівня його розвитку, адаптивних якостей.

Концептуальною основою моделі С. К'єркегора є ідея особистісного розвитку індивіда, його «Я» як безперервного процесу, мета якого полягає у тому, щоб стати собою самим. "У кожному мить свого існування, – зазначає він, – Я перебуває у становленні, бо Я у своєму реальному потенціалі реально не існує, – воно є лише щось, що повинно стати. Отже, якщо йому не вдається стати собою, то це Я не є собою, але не бути самим собою – це відчай" [97, 268].

Традиція вивчення взаємозв'язку особистісних властивостей і депресивних розладів отримала подальший розвиток у сучасних дослідженнях. Модель структури преморбідної особистості індивіда, що страждає від депресії, запропонував за результатами своїх досліджень Х. Телленбах [258]. Він виділив та описав характерологічні особливості, які спостерігаються у людей, схильних до депресивних розладів: тривожність, впорядкованість, виражене почуття відповідальності, різноманітні нав'язливості, підвищена самокритичність, добросовісність, відповідальність, скромність, прагнення тісних міжособистісних стосунків симбіотичного характеру. Дослідження у сфері депресивної проблематики підтверджують концепцію Телленбаха.

Науковців (Г.Ф. Колотілін [86], Г.Є. Сухарева [183], П. Левінзон [240], М. Селігман [253] та ін.) наголошують на ролі особистісних характеристик у генезі депресивних розладів. Численні дослідження показали, що у людей, схильних до депресії, як правило, спостерігаються інфантильні риси характеру, нав'язливі думки і страхи, підвищена тривожність, загострене почуття відповідальності, виражений песимізм, апатичність, низька самооцінка (часто при високому рівні домагань), відсутність впевненості у собі, інтравертованість, заглибленість у власні переживання, емоційна неврівноваженість, вразливість, підвищена сенситивність і самокритичність, схильність до самокопань та самозвинувачень. Такі особистісні риси у деяких випадках бувають настільки вираженими, що це заважає людині повноцінно жити і працювати, обмежує її ініціативу, сковує, перешкоджає особистісному самовираженню та життєвій самореалізації.

Згідно з результатами наукових досліджень, що мали на меті пояснити природу невротично-депресивних розладів (П. Кільголь [76], З. Фрейд [230], К. Хорні [200]), невротична депресія є наслідком складних душевних переживань, викликаних внутрішніми конфліктами особистості. Тут мається на увазі не депресивна реакція на реальні події чи вираження усвідомленої конфліктної ситуації. В основі

невротичної депресії (як і при неврозах) лежать механізми патологічної переробки внутрішніх особистісних конфліктів та їх витіснення.

Схильність людини до невротично-депресивних станів закладається ще у ранньому дитинстві як наслідок ускладнення взаємин з близькими людьми, особливо з матір'ю. Нерозв'язані внутрішні конфлікти з їх амбівалентністю, імпульсивністю, суперечностями, під тиском життєвих обставин реформуються у складну невротичну структуру, вона зумовлює формування специфічної невротичної моделі реакцій і дій, які використовує людина для подолання проблемних ситуацій. Тривалий час схильність людини до невротичних реакцій може не проявлятися; симптоми депресії розвиваються під дією складних психотравмуючих чинників, які зачіпають глибинні аспекти особистості.

Реактивна депресія виникає внаслідок впливу на людину зовнішніх травмуючих чинників. Згідно з теорією З.Фрейда [230], причиною депресивних реакцій є переживання через втрату (смерть близьких людей, розлучення, звільнення з роботи тощо). Природною формою реакції на подібні ситуації З.Фрейд [230] називав печаль, яка може проявлятися у ностальгії, тимчасовому послабленні соціальних зв'язків, втраті інтересу до активної діяльності. У випадку депресивного реагування спостерігається зниження самооцінки, самозвинувачення, скутість, загальмованість, іпохондричні скарги, іноді – прояви агресії, спрямовані на реальних чи видуманих винуватців нещастя; можливі соматичні прояви: погіршення сну, розлади дихання, головні болі, скарги на неприємні відчуття в області серця. У структурі розгортання реактивної депресії відсутні яскраво виражені невротичні механізми, а симптоматика визначається не стільки специфічними особистісними властивостями, скільки тісним зв'язком із травмуючою ситуацією. При тривалому перебігу реактивного депресивного розладу існує ризик поступового переходу до невротичної депресії, хоча для людей з такими реакціями переважно не характерна невротична структура особистості [139].

К.Хорні [200] вважала, що джерелом особистісно-психологічних проблем людини є нерозв'язані внутрішні конфлікти. Внутрішні особистісні конфлікти, згідно К.Хорні [200], виникають на базі амбівалентних, суперечливих почуттів, прагнень, бажань, інтересів людини. З подібними конфліктами люди стикаються кожен день, часто навіть не усвідомлюючи цього. Переважно, будучи пасивними, вони не намагаються свідомо розв'язувати внутрішні конфлікти, і діють навмання згідно обставин.

У випадку, коли людина визнає наявність конфлікту, вона здатна свідомо його вирішити, відмовившись від одного із суперечливих бажань чи переконань. К.Хорні [200] наголошує на тому, що свідоме розв'язання таких конфліктів може бути дуже болючим, однак, воно

має позитивні наслідки: чим частіше людина самотійно шукає шляхів розв'язання своїх конфліктів, тим більшою силою і внутрішньою свободою вона володіє [200].

3. Фрейд та К. Хорні сходяться на думці про те, що в основі депресивних розладів лежить внутрішній конфлікт особистості, проте вони по-різному трактують його рушійні сили та механізми розгортання.

Серед психологічних умов формування у підлітків схильності до депресивних розладів науковці (Ю.Ф. Антропов [8], А.І. Захаров [21], Л.А. Булахова [61], В.М. Козідубова [84], Г.Ф. Колотілін [86], В.Н. Мамцева [109; 110] та ін.) переважно виділяють такі специфічні особливості характеру, темпераменту та особистісні властивості (так звані преморбідні характеристики особистості), як:

- сенситивність (вразливість, чутливість);
- лабільність емоцій;
- підвищена тривожність, виражене почуття відповідальності;
- занижена самооцінка (часто в поєднанні з високим рівнем домагань), непевність у собі, нерішучість, сором'язливість, загострена самокритичність;
- чутливість до думок та оцінних суджень оточуючих;
- виражена потреба в підтримці зі сторони інших людей, соціально-психологічна залежність;
- суперечливість рис характеру (наприклад, сором'язливість, непевненість у поєднанні з прагненням виділитись з-поміж інших);
- недостатній рівень розвитку комунікативних здібностей та навичок;
- слабкість, астеничність нервової системи, нестійкість щодо тривалих інтелектуальних та фізичних навантажень, швидка втомлюваність;
- наявність невротичного конфлікту.

Науковці, зокрема Ю.Ф. Антропов [8], А.І. Захаров [61], вказують на те, що ймовірність формування у підлітка преморбідних особистісних властивостей значно підвищується за умови наявності подібних рис у його батьків. Емоційна вразливість, тривожність, виражений нейротизм батьків провокує вироблення схожих властивостей у дітей. Переважно цей процес спостерігається у системі «мати-дитина». А.І. Захаров [61] визначив ряд патогенних змін особистості батьків, які можуть виступати психологічними умовами формування у підлітків депресивних особистісних властивостей:

1. «Слабкість особистості» – підвищена вразливість, тривожність, навіюваність, складність прийняття рішень, непевненість.
2. «Ригідність особистості» – загострене почуття відповідальності, негнучкість, інертність, консерватизм.

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

4. «Конфліктність особистості» – постійне відчуття внутрішнього незадоволення, вразливість, недовіра, впертість, негативізм; протистояння негативної «Я»-концепції та «Я»-ідеального (до якого людина прагне).

Якщо батьки є авторитетом для підлітка, то намагаючись догодити їм, бути схожим на них, він переймає їх форми поведінки, оцінні судження, морально-ціннісні орієнтації, світоглядні позиції, життєві цілі та орієнтації. Таким чином у підлітка виробляється схожий до батьківського тип особистісного ставлення.

Встановлено, що, як правило, під впливом психологічних умов жорсткого сімейного виховання з пригніченням у дитини ініціативності та можливості агресивних форм реагування формується особистісний тип, названий «депресивна особистість». Поняття депресивної особистості використовується для характеристики індивідів з такими особистісними властивостями, як пригніченість настрою, невпевненість у собі, підвищена самокритичність, загострене почуття відповідальності, песимістичне сприйняття життя, меланхолійність, пригнічена агресивність, нездатність до рішучих вчинків, наявність страхів та тривожних очікувань. До цієї групи осіб відносять також людей дратівливих, некомунікабельних, з безпричинними розладами настрою. Для людей з депресивною особистістю характерне поєднання зовнішнього соціального благополуччя, врівноваженості та глибокого внутрішнього неспокою, невротичності [139].

Симптоми депресивної особистості набувають більшої виразності з настанням підліткового віку. На наш погляд, загострення властивостей, що входять до структури депресивної особистості є закономірним. Воно обумовлено особливостями цього вікового періоду. Підлітковий вік відзначається сукупністю особливих психологічних умов особистісного розвитку індивіда, основу якої складає психологічна умова дихотомії «дитинство-дорослість». У нашому розумінні дихотомія «дитинство-дорослість» – фундаментальна характеристика феноменології найбільш масштабної і визначної у рамках онтогенезу трансформації – переходу від однієї моделі існування до принципово іншої. Такий перехід постає перед індивідом у його свідомості як завдання, як імператив, як необхідність розв'язання дихотомії. Це спонукає підлітка до зміни моделі дитячого існування, що вибудовується за принципом протекційна модель дорослого існування, базовим принципом якої є принцип самодостатності. Розв'язання цих проблем потребує розвиненої системи особистісної саморегуляції, таких базових її функцій, як функції ставлення до себе, самозахисту, самовираження, самоуправління, самореалізації.

Розвиток системи особистісної саморегуляції вимагає на наступному етапі вироблення механізмів сприйняття та здійснення впливу. Вплив – чинник дестабілізації і порушення балансу, яку покликана «нейтралізувати» система особистісної саморегуляції, використовуючи з цією метою відповідні внутрішньо-особистісні механізми і засоби. Одним з таких механізмів є механізм «Я»-толерантності до впливів. «Я»-толерантність – механізм особистісної саморегуляції, функціональне призначення якого полягає у збереженні особистісної функціональної рівноваги, цілісності та самодостатності у ситуації впливів, в тому числі деструктивних. Існує висока і низька «Я»-толерантність до впливу. Висока «Я»-толерантність характеризується високими показниками здатності системи особистісної саморегуляції до збереження рівноваги і продуктивного функціонування у процесі взаємодії з впливами. Низькій «Я»-толерантності властива тенденція до легкої втрати рівноваги і функціональної стабільності.

«Я»-толерантність як механізм системи особистісної саморегуляції складається з функціональних підсистем особистісної значущості і особистісної сенситивності. Ці дві підсистеми перебувають у зв'язках взаємодії та взаємообумовлення. Особистісна значущість впливу і його чинника закономірно формує стан особистісної сенситивності, що стає джерелом виникнення сукупності психологічних умов розвитку низької «Я»-толерантності відповідної змістової спрямованості, яка неминуче опиняється у контексті змістового поля внутрішньої або зовнішньої орієнтації відношення відповідності.

Між підсистемами особистісної значущості та особистісної сенситивності має місце закономірний зв'язок за параметром ступеня вираженості: чим більша особистісна значущість чинника або впливу, тим вищий рівень особистісної сенситивності; чим вищий рівень особистісної сенситивності, тим нижчою виявляється «Я»-толерантність до чинника і впливу. Підсистема особистісної значущості виконує у структурі «Я»-толерантності, як впливає з аналізу моделі, функцію диференціюючого регулятора, що вирізняє і оцінює, передовсім, емпіричні ознаки деструктивності – конструктивності впливу. Компонент особистісності у цьому механізмі присутній як принципова психологічна умова, сутність якої найбільш точно віддзеркалює формула «надавати особистісної значущості». Надаючи особистісної значущості чомусь, індивід, свідомо чи несвідомо продукує у структурі свого «Я» тенденцію особистісної сенситивності, що виявляється у підвищеній залежності від впливу і змінах у системі ставлення, викликаних його дією. Змін зазнає, зазвичай, передовсім така функція особистісної саморегуляції, як ставлення до себе.

Такі зміни відбуваються і у випадку дії конструктивних впливів, і у випадку дії деструктивних впливів. Однак більш яскраво і наочно

взаємозв'язок особистісної сенситивності і ставлення до себе ілюструють ситуації дії деструктивних впливів. У особистісно сенситивних підлітків деструктивний вплив викликає дестабілізацію деструктивного характеру у системі особистісної саморегуляції, внаслідок якої ураженою виявляється у першу чергу функція ставлення до себе: з'являється тенденція негативної оцінки себе і переживань своєї життєвої непродуктивності у тому чи іншому відношенні та аспекті.

У виникненні депресивних розладів психологічні умови, що пов'язані з особливостями механізму «Я»-толерантності, мають вирішальне значення, бо саме характеристики «Я»-толерантності індивіда визначають зміст його вразливості, тривожності, тобто того, чого він боїться і що примушує знижувати рівень позитивного ставлення до себе, оплачуючи цю самодевальвацію депресивними стражданнями тощо. Комплекс психологічних умов «висока особистісна значущість впливу – висока особистісна сенситивність – низька «Я»-толерантність» закономірно функціонально актуалізується у ситуації виникнення деструктивного впливу, і у випадку його сприйняття, і у випадку його здійснення.

Депресивні розлади зароджуються і розгортаються у структурі особистості впливозалежних підлітків, тобто підлітків з низькою «Я»-толерантністю до впливів як особистісною властивістю гіпертрофії деструктивного значення впливу. Поняття низької «Я»-толерантності асоціюється, як правило, із слабкою здатністю до самозахисту. Однак не менш важливою її складовою є схильність підлітка до гіпертрофії деструктивного значення впливів як ефектів функціонування зовнішньої орієнтації відношення відповідності. Психологічна умова гіпертрофії, надання надмірного особистісного значення деструктивності впливу виступає основою, на якій поступово утворюється потенціал депресивних розладів. Ця психологічна умова функціонально виявляє себе у тому, що підліток, у якого вона сформована, схильний до надання негативного, руйнівного, а значить загрозливого значення будь-якій життєвій ситуації, проблемі, впливові. Фіксованість на негативі є ознакою сформованості всього того комплексу властивостей, орієнтацій і механізмів, який прийнято називати депресивною особистістю, що визначає спосіб ставлення до впливу в ситуаціях його сприйняття і здійснення.

Психологічна умова такої фіксованості є базовою психологічною умовою депресогенезу, виникнення і розгортання депресивних розладів. Це пояснюється тим, що внаслідок дії зазначених механізмів відбувається накопичення потенціалу деструктивного сприйняття, свідомості і поведінки із спрямованістю на себе. На цій основі виникає, розвивається і сформовується увесь той комплекс внутрішньо-особистісних умов і механізмів, дія яких призводить до зниження або й блокування життєвої продуктивності підлітка. Саме тому головною психологічною умовою подолання депресивних розладів в осіб

підліткового віку є їх особистісний розвиток, кінцева мета якого полягає у демонтажі механізмів продукування деструктивних впливів і разом з ними психологічних умов виникнення депресивних розладів.

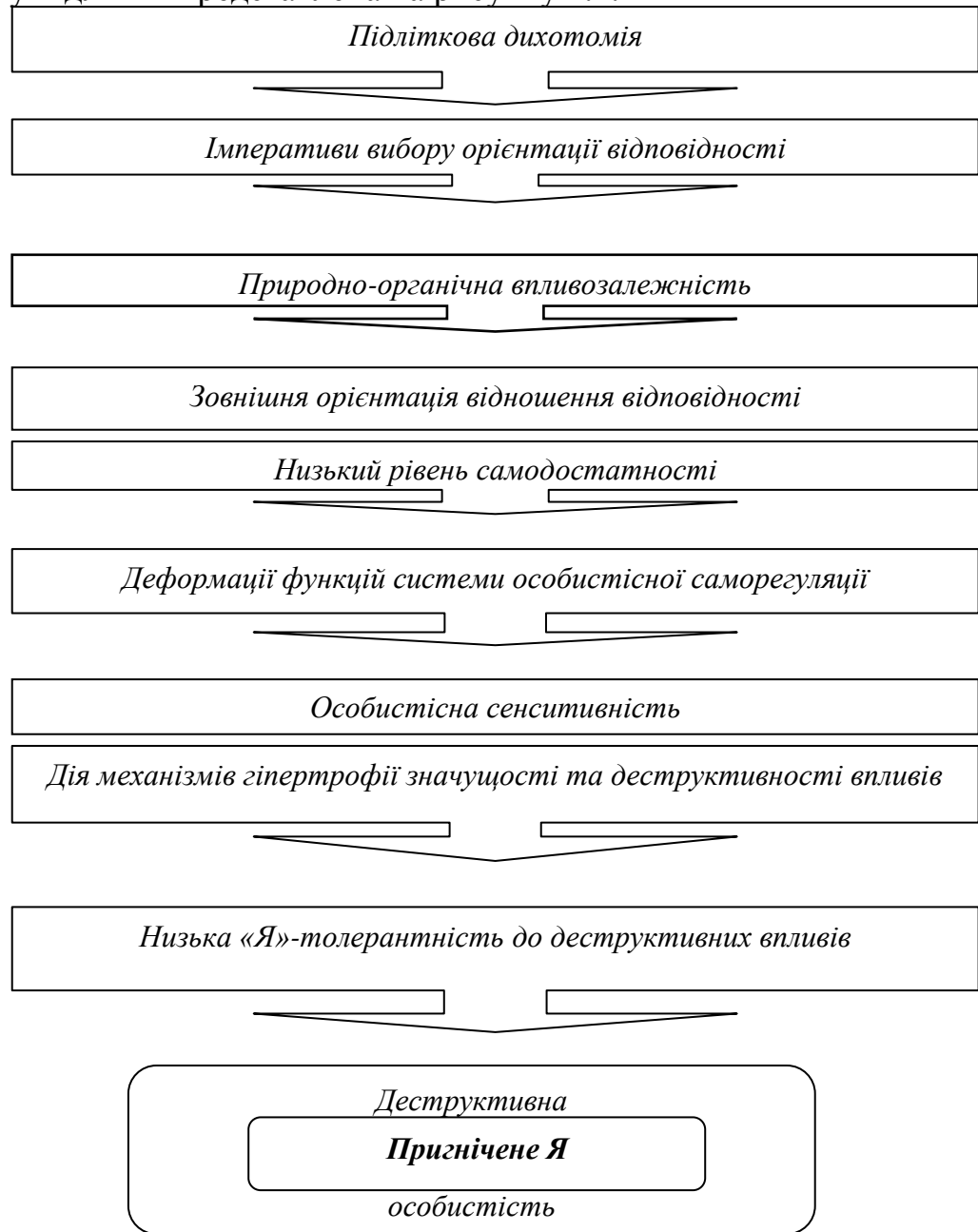
Розгорнутий аналіз моделі психологічних умов розвитку депресивних розладів у підлітків підводить до висновку про те, що підліткова депресія зароджується, виникає і еволюціонує у системі психологічних умов: її ніколи не викликає якась одна психологічна умова. Це специфічна, тобто характерна саме для підліткового віку, складна, багаторівнева система, що функціонує і розвивається у відповідності з принципом послідовної динамічної детермінації. Дія цього принципу виявляється у тому, що кожна попередньо сформована психологічна умова, яка закріплюється у властивостях системи особистісної саморегуляції, детермінує виникнення та розвиток нових психологічних умов, що з'являються із закономірною послідовністю та наступністю, і постають як новоутворення.

Модель психологічних умов особистісного розвитку підлітків, що страждають від депресивних розладів, репрезентує структуру макро- і мікрорівнів цих умов, які стосовно ядра депресії можуть інтерпретуватися як зовнішньо-особистісні умови і внутрішньо-особистісні умови. До макрорівня депресогенних психологічних умов особистісного розвитку індивіда у підлітковому віці належать: наявність підліткової дихотомії (дихотомія «дитинство-дорослість»), ситуації особистісного вибору зовнішньої і внутрішньої орієнтації відношення відповідності; природна органічна схильність і готовність до сенситивного сприйняття і здійснення впливів, що є продуктом особливостей організації вищої нервової діяльності і темпераменту; дизбаланс конструктивної і деструктивної спрямованості з домінуванням останньої у системі особистісної саморегуляції; психологічні умови кризових життєвих ситуацій як наслідок дії сукупності деструктивних впливів та їх тривалої присутності у формі потенційних загроз.

Відсутність самодостатності або низький її рівень утворює ядро мікрорівня депресогенних психологічних умов, основними серед яких є: деформації і дизбаланс системи особистісної саморегуляції – знижена або блокована продуктивність функції ставлення до себе, самозахисту, самовираження, самоуправління, самореалізації (знижена самооцінка, нонвалідні тенденції у ставленні до себе; дизбаланс функцій самозахисту і самовираження); деформації підсистеми особистісної значущості і особистісної сенситивності – продукування гіпертрофованих образів впливу та їх особистісної значущості, протекційні очікування щодо деструктивних впливів; трансформації особистісного значення впливу у деструктивне, суб'єктивне продукування віртуального депресивного середовища; низька «Я»-толерантність до деструктивних впливів як інтегральне вираження внутрішньо-особистісних передумов та умов розвитку депресивних розладів.



Схематично модель психологічних умов розвитку депресивних розладів у підлітків представлена на рисунку 1.1.



**Рисунок 1.1. Модель психологічних умов розвитку депресивних розладів у підлітків**

Розробляючи описану вище модель, ми керувались методологічним уявленням про те, що продуктивність методу конструювання моделі полягає у віднайденні ключових розв'язань наукових проблем. У застосуванні до проблеми підліткових депресивних розладів це виявилось у відкритті засобами запропонованої моделі шляхів дослідження психологічних причин і механізмів розвитку підліткових депресивних розладів, розкриття їх симптоматики та способів подолання.

## Висновки до I розділу

1. У дослідженнях підліткових депресій переважають підходи, що сформувався у процесі вивчення депресій дорослих людей. Це спричиняється до таких наслідків: неповною мірою враховується специфіка підліткових депресій, зокрема значення у їх генезі таких фундаментальних психологічних умов, як домінування у структурі розвитку підлітка особистісного розвитку, кризовість особистісного розвитку індивіда у підлітковому віці, сензитивність підліткового віку щодо реалізації потенціалу виникнення особистісних новоутворень, депресогенний характер підліткової дихотомії; у виявленні депресивних розладів недостатньо використовується особистісна симптоматика, арсенал спеціальних програм та методів надання підліткам з депресивними розладами психологічної допомоги не відповідає характеру і масштабам соціального замовлення, не створено спеціального підходу до розв'язання проблеми підліткових депресивних розладів.

2. Розв'язання проблеми підліткових депресивних розладів є важливою складовою руху за конструктивізм, реалізацію гуманістичного принципу боротьби за збереження життя та повноцінну самореалізацію кожної людини. Дослідженням встановлено:

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

- підлітковий вік є періодом підвищеного ризику виникнення депресивних розладів. Вони виникають однак переважно у підлітків певної узагальненої особистісної характеристики, у функціональній ролі якої виступає низька «Я»-толерантність до деструктивних впливів, що є продуктом особистісного розвитку підлітка. Депресії виникають, таким чином, на особистісно-психологічній основі, що спростовує редуccionістські концепції позаособистісних чинників виникнення депресивних розладів. Ця констатація набуває принципового значення у ситуаціях пошуку ефективних технологій розв'язання проблеми підліткових депресій, вирішення тих чи інших її аспектів, серед яких одним з найбільш важливих є виявлення глибинних симптомів депресивних розладів, вдосконалення їх класифікації.

Базовим компонентом більшості визначень поняття депресії, запропонованих депресологами різних наукових напрямів і шкіл, є такі семантичні означення, як «гнітючий стан», «пригніченість», «стан пригніченості», «пригнічений настрій». Дослідники виділяють також у визначеннях депресивних розладів такі типові ознаки, як апатія, пасивність, песимізм, слабкість духовних сил, тужливий настрій, почуття провини, тривожність, почуття безпорадності, безвиході, відчай.

На наш погляд, депресія – це обумовлена тенденціями деперсоналізації (розлади «Я», функцій особистісної саморегуляції), втрата життєвої продуктивності, що викликає розгортання внутрішніх і зовнішніх деструктивних процесів у життєдіяльності підлітка, а також пов'язаних з ними душевних страждань та інволюцій.

Впродовж тривалого періоду вивчення депресивних розладів науковцями та практиками запропоновано велику кількість гіпотез і теорій, покликаних пояснити причини виникнення депресій. Вони представляють переважно два підходи до вивчення депресивних розладів: біолого-психіатричний та психолого-соціологічний. Представники першого напрямку наголошують на ролі біологічних чинників виникнення депресивних розладів, прихильники другого обґрунтовують ідеї глибинно-психологічної та соціокультурної їх природи. Визнаною є концептуальна позиція, відповідно до якої біологічні, психологічні та соціальні чинники взаємодіють і справляють комплексний вплив на людину. Вважається, що первинними є біологічні чинники, на основі їх формуються психологічні, а соціальні виконують роль стимулів, що актуалізують останні. До групи біологічних чинників відносяться: спадкова схильність до депресії, фізіологічні та гормональні зміни в організмі підлітка, тривалі та тяжкі соматичні захворювання, церебрально-органічні порушення. Групу соціальних чинників складають: деформації виховного впливу, сімейні розлади, смерть близьких людей, конфліктні стосунки з ровесниками, фінансово-матеріальні проблеми, політична та соціально-економічна нестабільність у країні. Серед психологічних чинників виникнення депресивних розладів найбільш важливими є страх втрати, психологічна залежність від батьків, невпевненість у собі, нарцисична вразливість, психологічна виснаженість та спустошеність тощо.

Першою у світовій науці моделлю психологічних умов розвитку 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 схильність до печалі та психологічна уразливість. Зазначена модель заклала основи особистісного підходу, що виявляється, зокрема, у започаткуванні наукової традиції трактування депресії як особистісної проблеми та

особистісно детермінованого феномена. Серед виявлених у дослідженнях особистісних детермінант депресивних розладів найбільш вагомими є такі психологічні умови: особистісні конфлікти, специфічні особистісні властивості (сенситивність, лабільність емоцій, підвищена тривожність, занижена самооцінка, невпевненість у собі, сором'язливість, чутливість до думок та оцінних суджень оточуючих, соціально-психологічна залежність, астеничність та ін.), депресогенні особистісні властивості батьків (слабкість особистості, ригідність особистості, закритість особистості, конфліктність особистості); психологічні умови жорсткого сімейного виховання з пригніченням «Я» дитини.

Аналіз результатів дослідження депресивних розладів свідчить 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 на основі теоретичного узагальнення модель 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 II

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ ПІДЛІТКІВ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

#### 2.1. Психодіагностичний інструментарій вивчення особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами

Мета виконання одного із основних завдань дослідження полягала в експериментальному виявленні впливу психологічних умов особистісного розвитку підлітків, зазначених у представленій вище моделі (див. рис. 1.1) на виникнення та розгортання у них депресивних розладів. На досягнення цієї мети було спрямовано проведення констатувального експерименту.

Для експериментальної перевірки виявлених методом теоретичного моделювання детермінантних зв'язків і залежностей були відібрані показники особистісного розвитку підлітків, які могли би бути діагностовані з допомогою надійних стандартизованих методик і які водночас репрезентували б відповідні психологічні умови – компоненти моделі. До таких показників віднесено феномени самооцінки, рівня домагань, тривожності, темпераменту, акцентуацій характеру, особистісних властивостей, продуктивності у різних сферах життєдіяльності.

Програма констатувального експерименту складалася з таких діагностичних засобів: шкала депресії А. Бека [69] та методика диференційної діагностики депресивних станів В.А. Жмурова [188], адаптовані нами для підліткового віку; шкала самооцінки (за викладом Т.І.Пашукової, А.І. Допіра, Г.В. Дьяконова) [130], шкала тривожності Ч. Спілбергера [142], методики Юкнат у модифікації Н.С. Курека [203], тест-опитувальник Г.Айзенка [130], патохарактерелогічний діагностичний опитувальник О.Є. Лічко [104], особистісний 16-PF-опитувальник Р. Кеттела [145]. Процедура аналізу експериментальних даних передбачала застосування методики вимірювання коефіцієнту кореляції Пірсона [37]. Досліджувані писали твір на тему: «Як я переживав важкі ситуації у своєму житті?» У дослідженні широко застосовувались також методи бесіди і спостереження.

Шкала депресії А. Бека [69] застосовувалась у дослідженні з метою виявлення факту наявності у досліджуваних депресивного розладу. Вона містить 21 групу тверджень, у кожній з яких представлено 4 варіанти можливого вибору. Досліджуваному пропонувалося вибрати з кожної групи ті варіанти тверджень, які найбільше відображають його актуальний психофізичний стан. Вся процедура обстеження, включаючи ознайомлення досліджуваних з інструкцією, тривала 20-30 хвилин. Обробка результатів здійснювалась шляхом підрахування загальної суми набраних балів. Результати інтерпретувались за такими

показниками: 0-4 бали – депресія відсутня; 5-7 балів – легка депресія; 8-15 балів – середня депресія; 16 і більше балів – висока депресія.

Призначена для диференційної діагностики депресивних станів, методика В.А. Жмурова [188] включає в себе 44 групи тверджень, кожна з яких містить по 4 варіанти можливих відповідей. У ході обстеження досліджуваним пропонувалось вибрати у бланку тверджень по кожній з груп ті варіанти, які найбільше відповідають їх психофізичному стану. Процедура обстеження тривала 30 хвилин. Обробка результатів здійснювалась шляхом сумарного підрахування номерів вибраних варіантів відповідей. Результати інтерпретувались за такими показниками: 1-9 балів – депресія відсутня, або незначна; 10-24 бали – депресія мінімальна; 25-44 бали – легка депресія; 45-67 балів – помірна депресія; 68-87 балів – виражена депресія; 88 і більше балів – глибока депресія.

Застосування шкали Е. Бека та опитувальника В.А. Жмурова дало можливість виявити підлітків, які перебували у стані депресії, і визначити глибину депресивних розладів та їх симптоми.

З метою з'ясування наявності взаємозв'язку між рівнем самооцінки та глибиною депресивного розладу, було використано шкалу для дослідження самооцінки особистості [130]. Методика складається з двох серій. Завдання першої серії полягає у виділенні з переліку окремих рис особистості, рис бажаного та небажаного образу «Я». Досліджуваному пропонувалось, вибравши еталонні риси, згрупувати їх у два ряди, які визначають риси особистості, що належать до суб'єктивного ідеалу, тобто складають «позитивну» множину, та небажані якості – «негативну» множину. При виконанні завдань другої серії, досліджуваний повинен був визначити ті риси, які, як він вважає, властиві йому з-поміж вибраних еталонних рис «позитивної» і «негативної» множини. Використання даної методики дало можливість співставити рівні самооцінки підлітків без депресивних розладів та підлітків, які перебували у депресивному стані, прослідкувати наявність взаємозв'язку між рівнем самооцінки і глибиною депресії.

Виявлявся також взаємозв'язок між рівнями депресивних розладів та рівнями тривожності підлітків. З цією метою було використано методику Ч. Спілбергера (адаптовану Ю.Л. Ханіним) [142], призначену для диференційованої діагностики особистісної і реактивної тривожності. Під особистісною тривожністю автор розуміє стійку індивідуальну характеристику, яка відображає схильність людини до тривоги та передбачає у неї наявність тенденції сприймати широкий спектр життєвих ситуацій як загрозливих. Ситуативна чи реактивна тривожність, на його думку, характеризується емоційним напруженням, схвильованістю, неспокоєм, дратівливістю, що виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різного ступеня інтенсивності, динамічності, тривалості [142]. Бланк шкал самооцінки тривожності Ч. Спілбергера включає в себе інструкції і 40 запитань-

суджень, 20 з яких спрямовані на виявлення рівня ситуативної тривожності (СТ) і 20 – для оцінки рівня особистісної тривожності (ОТ). Досліджуваному пропонувалось вибрати відповідь з чотирьох можливих варіантів.

Застосування у дослідженні методики Юкнат [203] дозволило виявити особливості впливу депресії на рівень домагань підлітків. Рівень домагань є важливим структурним компонентом особистості людини. Ця якість індивіда характеризує бажаний рівень його самооцінки, визначає складність завдань, які ставить перед собою людина, та вибір мети наступних дій, залежно від переживання невдачі або успіху у попередніх.

У процесі обстеження досліджуваному пропонувалось десять карток з лабіринтами різного рівня складності, пронумерованих від 1 до 10. При цьому повідомлялось, що величина картки з лабіринтом залежить від складності завдання: чим вона менша, тим легше завдання і навпаки. Після вибору картки досліджуваному потрібно було знайти шлях від «входу» до «виходу» із лабіринту. Експериментатор реєстрував номер вибраної картки, час виконання завдання та його результат, особливості поведінки досліджуваного, його реакції на успіх і поразку.

Отримані результати аналізувались за такими параметрами: 1) залежність зміни рівня домагань від успіху або поразки, тобто частота підвищення рівня домагань після успіху і його зниження у протилежному випадку; 2) складність вибраних завдань; 3) міра коливання рівня домагань. Про адекватність рівня домагань свідчила відповідність поставленої мети можливостям людини. Пов'язаний з процесом визначення мети, рівень домагань є ступенем її локалізації в діапазоні труднощів.

Щоб виявити, чи існує залежність між схильністю підлітків до депресивних розладів і їх типами темпераменту, було використано тест-опитувальник ЕРІ, розроблений Г. Айзенком [130]. Співставлення результатів за тестом Г. Айзенка з результатами методик Е. Бека та В.А. Жмурова дозволило простежити, наскільки можлива така залежність.

У процесі обстеження досліджуваному пропонувався бланк із запитаннями, на які він повинен був дати відповідь «Так» або «Ні». Обробка результатів здійснювалась за такими шкалами: шкала відвертості, шкала екстраверсії, шкала нейротизму. Спочатку здійснювалась обробка результатів за шкалою відвертості. Це дало можливість продіагностувати схильність досліджуваного давати соціально бажані відповіді. Аналіз результатів за шкалами екстраверсії та нейротизму проводився за умови, що показник за шкалою відвертості не перевищував 5 балів. Тип темпераменту визначався шляхом поєднання характеристик за шкалами екстраверсії та нейротизму.

Застосування у дослідженні патохарактерологічного діагностичного опитувальника О.Є. Лічко [104] дозволило визначити частоту депресивних розладів серед підлітків з різними акцентуаціями характеру та особливості впливу акцентуацій на схильність школярів до депресії. Опитувальник призначений для діагностики акцентуацій характеру та психопатії, психологічної схильності до алкоголізації, ризику формування психопатії, ступеня прояву емансипації у самооцінці, можливості появи наркотичної залежності, ранніх статевих стосунків у дівчаток, ступеня прояву рис маскулинності та фемінності у системі стосунків, а також ризику розвитку депресії, соціальної дезадаптації та ризику суїцидних спроб. Опитувальник розрахований на підлітків від 14 до 18 років, хоча можливе обстеження учнів з 11-12 років (при цьому достовірність результатів дещо знижується).

У процесі обстеження визначалось ставлення досліджуваного до ряду особистісних проблем, розподілених у тексті опитувальника на 25 тем. Кожна тема містить від 10 до 19 можливих відповідей, з яких підлітку пропонувалось вибрати 1-3 варіанти. Обстеження проводилось у два етапи, кожен з яких тривав по 30-60 хвилин.

З метою глибокої діагностики індивідуально-психологічних особливостей досліджуваних, застосовувався багатофакторний особистісний опитувальник Р. Кеттела [145]. Нами було використано варіант опитувальника С, котрий включає в себе 16 факторів (А, В, С, Е, F, G, H, I, L, M, N, O, Q1, Q2, Q3, Q4, MD). Опитувальник містить 105 запитань, які стосуються різноманітних сторін життя підлітка: стосунків з однолітками, у сім'ї, поведінки на уроках, на вулиці, соціальних установок, самооцінки тощо.

При обробці результатів до уваги бралися лише бланки, у яких не було виявлено помилок (пропуски запитань, стереотипність відповідей тощо). Результати опрацьовувались з допомогою спеціального ключа, який накладається на бланк відповідей таким чином, щоб співпали маркери. Сума балів за кожним фактором переводилась у шкальні оцінки при допомозі нормативних таблиць з врахуванням віку і статі підлітка. На бланку фіксації результатів за шкальними оцінками по кожному фактору будувався особистісний профіль, за яким здійснювалась якісна інтерпретація результатів.

З метою виявлення взаємозв'язку між особистісними факторами виникнення депресивних розладів у підлітків, було використано метод вимірювання коефіцієнту кореляції Пірсона [37]. Визначення коефіцієнту кореляції здійснювалось за такою формулою:

$$r_{xy} = \frac{n \sum x_i y_i - (\sum x_i)(\sum y_i)}{\sqrt{[n \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2][n \sum y_i^2 - (\sum y_i)^2]}}$$

Інтерпретація значень  $r_{xy}$  здійснюється за такими критеріями:

$r_{xy} = + 1,00$  –високий прямий зв'язок;

$r_{xy}$  становить близько  $+ 0,50$  – слабкий прямий зв'язок;



$r_{xy} = 0,00$  – зв'язок відсутній (тобто коваріація  $x$  і  $y = 0$ );  
 $r_{xy}$  становить близько  $-0,50$  – слабкий зворотний зв'язок;  
 $r_{xy} = -1,00$  – високий зворотний зв'язок.

Крім описаних вище методик, підліткам пропонувалось написати твір на тему: «Як я переживаю важкі ситуації у своєму житті?» Це дозволило виявити типові прояви та індивідуальні переживання депресії у досліджуваних. З цією ж метою проводились індивідуальні бесіди зі школярами, у яких було виявлено депресивні розлади різних форм вираженості.

У ході дослідження аналізувалась навчальна успішність депресивних підлітків, педагогічні характеристики, зроблені вчителями і вихователями, що дало можливість простежити особливості впливу депресії на навчальну діяльність і поведінку школярів.

## **2.2. Виявлення психологічних умов особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами**

Метою констатувального експерименту було визначення частоти депресивних розладів серед школярів підліткового віку, виявлення особливостей їх перебігу, особистісних властивостей, що зумовлюють депресивну форму реагування підлітків на складні життєві ситуації, дослідження соціально-психологічних умов розгортання депресивних станів у підлітковому віці. Експериментальна вибірка становила 392 школяра віком від 11 до 16 років

Аналіз результатів, отриманих після застосування методики диференційної діагностики депресивних станів В.А. Жмурова та шкали депресії А. Бека, дав розгорнуту картину частоти депресивних розладів серед школярів підліткового віку. Результати обстеження подано у таблицях 2.1, 2.2, 2.3.

Таблиця 2.1

Поширеність депресивних розладів серед досліджуваних за шкалою депресії А. Бека (N = 392)

Ступінь депресії	Кількість досліджуваних	
	абс.	у %
Депресія відсутня	227	57,91 %
Легка депресія	110	28,06 %
Середня депресія	49	12,50 %
Висока депресія	6	1,53 %
Всього	392	100,00

Як свідчать дані, наведені у таблиці 2.1, у 57,91 % досліджуваних депресія відсутня. Легка депресія спостерігається у 28,06 % підлітків, середня – у 12,50 % школярів. Від депресії високого ступеня вираженості страждають 1,53 % досліджуваних.

Таблиця 2.2

Поширеність депресивних розладів серед досліджуваних за методикою В.А. Жмурова (N = 392)

Форми депресії	Кількість досліджуваних	
	абс.	у %
Депресія відсутня або незначна	227	57,91 %
Депресія мінімальна	63	16,07 %
Легка депресія	47	11,99 %
Помірна депресія	47	11,99 %
Виражена депресія	5	1,28 %
Глибока депресія	3	0,76 %
Всього	392	100,00

Аналіз результатів, отриманих за методикою В.А. Жмурова показав, що у 57,91 % досліджуваних депресія відсутня або незначна, у 16,07 % – депресія мінімальна, 11,99 % підлітків перебувають у стані легкої депресії, у 11,99 % школярів помірна депресія, у 1,28 % досліджуваних виявлено виражену та у 0,76 % глибоку депресію.

Співставлення результатів обстеження підлітків з допомогою методики А. Бека та В.А. Жмурова дає підстави констатувати високий ступінь збігу отриманих даних. Це дозволило розподілити досліджуваних у групи з легкою, помірною та важкою депресією, відповідно до прийнятого Всесвітньою організацією охорони здоров'я класифікацією депресивних станів на легкі, помірні та важкі. Узагальнені дані за цією класифікацією подано у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Показники депресивних розладів серед школярів підліткового віку за методикою А. Бека та В.А. Жмурова у класифікації ВООЗ (N = 392)

Форми депресії	Результати обстеження за шкалою депресії А.Бека		Результати обстеження за методикою В.А.Жмурова	
	абс.	у %	абс.	у %
	Депресія відсутня	227	57,91 %	227
Легка	110	28,06 %	110	28,06 %
Помірна	49	12,50 %	47	11,99 %
Важка	6	1,53 %	8	2,04 %

При аналізі результатів дослідження звертає на себе увагу те, що майже половина обстежених підлітків (42,09 %) страждають від різних форм депресивних розладів. У 28,06 % досліджуваних спостерігається легка депресія, близько 12,50 % підлітків перебувають у стані депресії помірної форми вираженості, у 2,04 % школярів діагностується важка

депресія. Чисельне співвідношення хлопчиків і дівчаток, які страждають депресивними розладами становить 1:2.

Отримані експериментальні дані свідчать, що основну масу підлітків (69,09 %), які страждають на депресію, становлять школярі віком 13-14 років. Це підлітки, котрі переживають, так звану, «кризу 13 років». Школярі віком 10-12 років становлять 12,12 % досліджуваних з депресивними розладами, і 18,78 % досліджуваних – це школярі 15-16 років. Наведені дані дають підстави для висновку про те, що криза перехідного періоду та виникнення депресивних розладів у школярів тісно між собою пов'язані: найменша кількість розладів спостерігається у досліджуваних молодшого підліткового віку, найбільша – припадає на пік розгортання підліткової кризи, а зменшення кризовості цього періоду призводить до зниження рівня депресивності у досліджуваній віковій групі.

Таким чином, наведені дані підтверджують припущення про те, що підлітковий вік є кризовим періодом щодо виникнення і розгортання депресивних розладів. Трансформації, що відбуваються в цей час у психіці підлітка, зумовлюють у нього високу вразливість, чутливість та незахищеність перед життєвими труднощами. Період переходу від дитинства до дорослості – це період бурхливих змін, які переживає молода людина. Ламаються старі психологічні структури, внаслідок перебудови організму відбувається становлення якісних новоутворень, трансформуються взаємостосунки з однолітками і дорослими, освоюються нові способи соціальної взаємодії, активно розвивається самосвідомість, змінюються морально-ціннісні орієнтації та пізнавальні інтереси. Руйнування старих світоглядних і поведінкових стереотипів та формування нових – досить складний процес, який часто супроводжується депресивними переживаннями. Наявність на проміжній фазі у розвитку людини депресивних переживань є природним явищем. Зазначимо, що йдеться тут не про власне депресивний розлад, а про складні, болючі переживання, які супроводжують перехід до вищих шаблів розвитку особистості, глибокі внутрішні зміни у психіці і свідомості людини. М. Кляйн [81] назвала це явище «депресивною позицією».

За своєю природою депресія – руйнівний розлад, хоча, наслідки його дії не завжди однозначні. Так, наприклад, субдепресивні розлади можуть виникати на тлі кардинальних змін, що відбуваються у структурі особистості підлітка. При переході від дитинства до дорослості молода людина починає усвідомлювати невідповідність її дитячих поглядів і цінностей нормативним принципам, властивим світу дорослих. Усвідомлення цієї невідповідності змушує підлітка відмовлятися від звичних поведінкових стереотипів та освоювати нові способи соціальної взаємодії. Однак, йому ще не вдається зрозуміти всіх тонкощів дорослого світу, він часто помиляється і глибоко переживає свої помилки. Ламання старих психологічних структур супроводжується негативними емоціями, переоцінкою себе та

оточуючих, внутрішніми стражданнями, які і викликають легкі депресивні розлади. Однак навіть легка депресія несе в собі елементи руйнації. Як наслідок, прискорюються процеси внутрішньої особистісної перебудови підлітка, ламання старих динамічних стереотипів, переорієнтації на способи поведінки, норми і цінності дорослих. Молода людина переходить до якісно нового етапу свого розвитку, відбувається становлення самосвідомості, розширення світогляду, зміна інтересів та життєвих позицій.

Розгортання депресивних розладів у підлітків спричиняється синтезом соціальних факторів, які визначають «зовнішні» особливості перехідного періоду, та індивідуальних, особистісних характеристик, що виступають психологічними чинниками формування у дітей схильності до депресивного реагування. Щоб виявити, які саме психологічні умови сприяють формуванню у підлітків схильності до депресивних форм реагування на складні життєві ситуації та як депресія впливає на емоційну сферу і самосвідомість школярів, було проведено дослідження їх самооцінки, рівня домагань, тривожності, типу темпераменту і типу акцентуації характеру. Результати дослідження подано у представлених нижче таблицях.

Таблиця 2.4

Порівняльні показники самооцінки депресивних підлітків та підлітків, які не перебувають у стані депресії (N = 392)

Рівень самооцінки	Група «А»; n =227		Група «Б»; n =165				
			Порівняно з підлітками групи «А»		Залежно від форми депресії		
	абс.	%	абс.	%	Легка %	Помірна %	Важка %
Неадекватна, завищена	43	18,94	–	–	–	–	–
Адекватна з тенденцією до завищення	25	11,01	3	1,80	1,82	–	–
Адекватна	134	59,03	51	30,91	64,54	36,17	12,50
Адекватна з тенденцією до заниження	14	6,17	48	29,10	21,82	34,04	25,00
Неадекватна, занижена	11	4,85	63	38,19	11,82	29,79	62,50

Згідно з наведеними у таблиці 2.4 результатами обстеження, 59,03 % школярів групи «А» адекватно себе оцінюють, у 11,01 % підлітків цієї групи спостерігається адекватна самооцінка з тенденцією до завищення, у 18,94 % – неадекватна, завищена. Неадекватна, занижена

самооцінка виявлена у 4,85 % підлітків групи «А» і адекватна з тенденцією до заниження у 6,17 %.

Адекватна самооцінка спостерігається у 30,91 % школярів групи «Б», у 29,10 % – адекватна з тенденцією до заниження, 38,19 % – неадекватна, занижена. Адекватна самооцінка з тенденцією до завищення діагностується лише у 1,8 % депресивних підлітків; неадекватна, завищена самооцінка у обстежених нами школярів групи «Б», не виявлена. Частка школярів групи «Б» із заниженою самооцінкою, значно більша, ніж частка підлітків з низькою самооцінкою групи «А». Як свідчать результати обстеження, особи, котрі страждають депресивними розладами, відзначаються сформованістю у них неадекватної, заниженої самооцінки.

Диференційний аналіз рівнів самооцінки у підлітків з різними ступенями вираженості депресії показав, що чим глибший депресивний розлад, тим нижча самооцінка школяра (див. табл. 2.4). Так, зі 100 % підлітків з важкими формами депресії лише 12,50 % оцінюють себе адекватно, у 62,50 % школярів цієї групи зафіксована неадекватна, занижена самооцінка, у 25,00 % – адекватна з тенденцією до заниження; висока самооцінка не спостерігається.

Неадекватна, завищена та адекватна з тенденцією до завищення самооцінка не спостерігається і у групі підлітків із середніми формами депресивних розладів. 36,17 % школярів цієї групи оцінюють себе адекватно, у 34,04 % виявлено адекватну самооцінку з тенденцією до заниження, і у 29,79 % – неадекватну, занижену.

Значно адекватніше оцінюють себе школярі з легкими формами депресії, у 64,54 % дітей цієї групи адекватна самооцінка. Неадекватна, низька самооцінка спостерігається лише у 11,82 % дітей даної групи; адекватна з тенденцією до заниження – у 21,82 %; 1,82 % школярів з легкими формами депресії схильні до завищення самооцінки (адекватна з тенденцією до завищення), хоча неадекватно високої самооцінки у цій групі підлітків не виявлено.

Кореляція між формами депресії і рівнями самооцінки становить: помірна депресія і адекватна самооцінка  $r_{xy} = -0,52$  (слабкий зворотній зв'язок), помірна депресія і адекватна самооцінка з тенденцією до заниження  $r_{xy} = 0,94$  (суворий прямий зв'язок), помірна депресія і неадекватна, низька самооцінка  $r_{xy} = 0,89$  (суворий прямий зв'язок); легка депресія і адекватна самооцінка з тенденцією до завищення  $r_{xy} = 0,42$  (слабкий прямий зв'язок), адекватна самооцінка і легка депресія  $r_{xy} = 0,81$  (суворий прямий зв'язок), легка депресія і адекватна самооцінка з тенденцією до заниження  $r_{xy} = 0,52$ , легка депресія і неадекватна (слабкий прямий зв'язок), низька самооцінка  $r_{xy} = 0,50$  (слабкий прямий зв'язок).

Таким чином, кореляційний аналіз результатів обстеження самооцінки підлітків з депресивними розладами показав, що рівень самооцінки досліджуваних знижується відповідно до поглиблення депресії: чим важчий депресивний стан, тим нижча самооцінка.

Одним із завдань дослідження було виявлення залежності рівня особистісної тривожності від наявності депресивного розладу. Згідно з результатами обстеження, для переважної більшості школярів, які не перебували у стані депресії (75,77 %), характерний помірний рівень особистісної тривожності; 18,06 % складають діти з низькою тривожністю і, лише, 6,17 % – з високою.

Значно вищі показники особистісної тривожності зафіксовано у підлітків з депресивними розладами: у 84,24 % – виражена тривожність, у 15,76 % – помірна. Школярів цієї групи з низькою тривожністю не виявлено.

Результати обстеження свідчать, що рівень особистісної тривожності досліджуваних зростає у міру поглиблення депресивного розладу. Дані обстеження містяться у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Показники залежності рівня особистісної тривожності від глибини депресивних розладів у підлітків (N = 165)

Форми депресії	Рівні тривожності		
	Високий	Помірний	Низький
	%	%	%
Легка	48,18	51,82	–
Помірна	53,19	46,81	–
Важка	62,50	37,50	–

Як впливає з даних, наведених у таблиці 2.5, у 48,18 % підлітків, що мають легку форму депресії, зафіксовано високий рівень особистісної тривожності, у 51,82 % – помірний. У 53,19 % школярів із середніми формами депресивних розладів діагностується високий рівень особистісної тривожності і 46,81 % – помірний рівень. Висока особистісна тривожність спостерігається у 62,50 % підлітків з важкими формами депресії, 37,50 % дітей цієї категорії з помірним рівнем тривожності. Кореляційний аналіз результатів обстеження рівнів особистісної тривожності депресивних підлітків показує тенденцію зростання тривожності в міру поглиблення депресії: помірна депресія і висока тривожність  $r_{xy} = 0,96$  (суворий прямий зв'язок); помірна депресія і помірна тривожність  $r_{xy} = 0,45$  (слабкий прямий зв'язок); легка депресія і висока тривожність  $r_{xy} = -0,37$  (слабкий зворотній зв'язок); легка депресія і помірна тривожність  $r_{xy} = 0,69$  (суворий прямий зв'язок).

Психолого-педагогічні характеристики депресивних підлітків, отримані у ході дослідження від шкільних психологів та педагогів, свідчать про те, що більшість дітей цієї категорії (61,82 %) завжди виділялись з-поміж інших схильністю до підвищеної тривожності, невпевненості у собі, власних силах і можливостях, заниженою самооцінкою. Співставлення результатів обстеження з поданими

психолого-педагогічними характеристиками депресивних підлітків, дозволяє говорити про те, що низька самооцінка та підвищена тривожність школярів може бути як наслідком депресії, так і однією з її причин.

Значні розбіжності спостерігаються у показниках рівня домагань депресивних підлітків та підлітків, які не перебувають у стані депресії. Дані цих показників представлені у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Показники рівня домагань депресивних підлітків і підлітків, які не перебувають у стані депресії (N = 392)

Рівень домагань	Група «А» (підлітки, які не перебувають у стані депресії) n = 227	Група «Б» (депресивні підлітки); n = 165			
		Порівняно з підлітками групи «А»	Залежно від форми депресії		
			Легка	Помірна	Важка
Високий	29,07	10,90	18,19	—	—
Середній	60,80	30,90	44,54	38,30	25,00
Низький	10,13	58,20	37,27	61,70	75,00
Кількість досліджуваних у %					

Як видно з таблиці 2.6, депресивним підліткам більш властивий низький рівень домагань: у групі «Б» він становить 58,20 %, при тому як у групі «А» лише 10,13 %. Школярів групи «Б» із середнім рівнем домагань у двічі менше (30,90 %), ніж дітей групи «А» (60,80 %). Високий рівень домагань спостерігається у 29,07 % досліджуваних, які не перебувають у стані депресії, і лише у 10,90 % депресивних підлітків.

Щодо залежності рівня домагань від ступеня вираженості депресії, то тут простежується така особливість: високий рівень домагань діагностується лише у підлітків з легкими формами депресивних розладів (18,19 %). У 44,54 % досліджуваних цієї групи спостерігається середній рівень домагань, і у 37,27 % – низький. У 38,30 % школярів із середніми формами депресії простежується середній рівень домагань, у 61,70 % – низький. Низький рівень домагань властивий 75,00 % підлітків з важкими формами депресії, у 25,00 % дітей цієї групи середній рівень домагань. Кореляція між формами депресії та рівнем домагань становить: легка депресія і високий рівень домагань  $r_{xy} = 0,42$  (слабкий прямий зв'язок), легка депресія і середній рівень домагань  $r_{xy} = 0,88$  (суворий прямий зв'язок), легка депресія і низький рівень домагань  $r_{xy} = 0,53$  (слабкий прямий зв'язок); помірна депресія і середній рівень домагань  $r_{xy} = 0,38$  (слабкий прямий зв'язок), помірна депресія і низький рівень домагань  $r_{xy} = 0,97$  (суворий прямий зв'язок).

Аналіз результатів обстеження рівня домагань депресивних підлітків показує, що кількість школярів з низьким рівнем домагань збільшується в залежності від глибини депресії: чим глибший депресивний розлад, тим нижчий рівень домагань. Про те, що при депресії знижується рівень домагань свідчить і порівняння результатів обстеження депресивних підлітків та школярів, які не перебувають у стані депресії. Кількість депресивних підлітків з низьким рівнем домагань значно більша, ніж підлітків, які не страждають від депресивних розладів.

Високий рівень домагань простежується лише у підлітків з легкими формами депресії (18,19 %). Можна припустити, що у деяких випадках нереалізований високий рівень домагань є причиною появи легкої депресії. Під час індивідуальних бесід підлітки розповідали, що вони болуче реагують на ситуації, коли поставлені цілі не досягаються. Особливо це стосується сфери спілкування з однолітками та навчальної діяльності. Підлітки є досить чутливими до оцінок зі сторони оточуючих, дуже вимогливими та критичними до себе і людей, з якими спілкуються. Виражена потреба у самоствердженні, у досягненні високого статусу серед однолітків сприяє формуванню у підлітка високого рівня домагань, стимулює до постановки високих цілей, яких не завжди вдається досягти. Якщо підлітку властива висока сенситивність, чутливість, емоційність у поєднанні зі схильністю до тривожності та заниженої самооцінки, то ситуації навіть незначної поразки викликають сильну негативну емоційну реакцію. Така реакція може проявлятися у вигляді імпульсивності, агресивності, негативізму, плаксивості. Підлітки, яким властива стриманість, сором'язливість, схильність приховувати почуття, переживають ситуації поразки сам на сам, намагаючись не показувати стороннім своїх важких переживань.

Якщо підліток не зумів хоча б відносно спокійно прийняти поразку, правильно проаналізувати допущені помилки, побачити позитивні сторони своєї невдачі, то це призводить до загострення самокритики, зниження самооцінки, невпевненості у власних силах та можливостях і може стати причиною появи легкої депресії. При легких формах депресивних розладів високий рівень домагань залишається. У випадках, коли молода людина самотужки чи при допомозі сторонніх, зуміла подолати депресивні переживання і, хоча б частково, досягти поставлених перед собою цілей, депресія не посилюється, або ж зовсім зникає.

В ситуаціях коли підліток, перебуваючи у стані легкої депресії, не може досягти поставленої мети і високий рівень домагань залишається нереалізованим, виникає внутрішній конфлікт. З одного боку, молода людина не хоче відмовлятися від високої мети, або ж не розуміє усю складність чи, навіть, нереальність її досягнення, прагнення отримати бажане посилюється, а з іншого, – поразки і ще незначні депресивні



переживання змушують підлітка засумніватись у власних можливостях, спричиняють загострення самокритики та зниження самооцінки, ставлять його перед необхідністю знизити рівень домагань. Якщо внутрішній конфлікт залишається нерозв'язаним, підліток починає розуміти, що поставлені цілі надто високі, але не бажає їх переглянути, зробити більш реальними, депресивні переживання посилюються. Поглиблення депресивного розладу спричиняє ще більше зниження самооцінки, з'являється відчуття власної нікчемності, неповноцінності. Підліток починає вважати себе нездатним вирішувати будь-які життєві проблеми, виконувати навіть найпростіші завдання. Досягнення, які мали місце раніше, при оцінці своїх можливостей, не враховуються, власна роль у попередніх перемогах знецінюється. Підліток знижує рівень домагань. Однак, він все ж не розуміє, що досягнення наміченої мети, на даний момент було нереальним, а поставлені до себе вимоги, занадто високими. Тому він продовжує звинувачувати себе у всіх допущених і навіть не допущених помилках. Депресія набуває середньої форми вираженості. Зі зниженням самооцінки та появою відчуття власної нікчемності, посилюється тривожність. Це пояснюється тим, що підліток розглядає ситуації, коли йому не вдалося досягти бажаних цілей, як свідчення своїх низьких інтелектуальних, соціальних та особистісних здібностей. Така тривожність трансформується у страх за майбутнє, яке переважно змальовується у похмурих, безрадісних та безперспективних тонах. Внутрішні переживання ускладнюються, стають нестримно болючими, а депресія посилюється.

Таким чином, вимальовується один із складних механізмів та, одночасно, можливих варіантів розгортання депресивного розладу. Причини депресії різноманітні, і кожна з них певною мірою визначає специфіку депресивного стану, його механізми та шляхи розгортання. Серед підлітків, які перебувають у стані легкої депресії, є школярі з середнім та низьким рівнем домагань. Таким чином, тут відсутній зв'язок між появою депресивних розладів та нереалізованим рівнем домагань, і депресія розгортається під впливом інших соціально-психологічних умов. Отже, у наданні психологічної допомоги депресивним підліткам механізм розгортання депресії потрібно вивчати у кожному конкретному випадку.

Одним із завдань дослідження було визначення поширеності депресивних розладів серед підлітків з різними типами темпераменту та виявлення чи існує зв'язок між схильністю до депресії і типом темпераменту (див. табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Порівняльні показники типів темпераменту в депресивних підлітків та підлітків, які не перебувають у стані депресії (N = 392)

Тип темпераменту	Група «А»; n = 227		Група «Б»; n = 165				
			Порівняно з підлітками групи «А»		Залежно від форми депресії		
					Легка	Помірна	Важка
абс.	%	абс.	%	%	%	%	
Меланхолічний	25	11,01	77	46,66	33,64	57,44	62,50
Холеричний	36	15,86	45	27,27	36,36	27,66	25,00
Сангвінічний	71	31,28	31	18,79	28,19	14,90	12,50
Флегматичний	95	41,85	12	7,28	1,81	–	–

Згідно з результатами обстеження, що представлені у таблиці 2.7, до депресивних розладів схильні переважно підлітки меланхолічного та холеричного типів темпераменту. Так, серед депресивних підлітків, 46,66 % складають діти з меланхолічним типом темпераменту, 27,27 % – з холеричним, 8,79 % – сангвінічним та 7,28 % – флегматичним.

До групи підлітків, які не перебувають у стані депресії переважно входять школярі з сангвінічним та флегматичним типом темпераменту. Кількість флегматиків тут становить 41,85 %, сангвініків – 31,28 %. У групі «А», порівняно з групою «Б», значно менше меланхоліків та холериків. Школярів з меланхолічним типом темпераменту – 11,01 %, з холеричним – 15,86 %.

За результатами дослідження до групи підлітків з важкими формами депресії входять переважно школярі меланхолічного типу темпераменту, їх відсоток становить 62,50 %. У 25,00 % досліджуваних цієї групи холеричний тип темпераменту, у 12,50 % – сангвінічний. Підлітків флегматичного типу темпераменту з важкими формами депресії не виявлено.

Школярів з флегматичним типом темпераменту також не виявлено серед підлітків, які страждають депресіями середнього рівня вираженості. Відсоток досліджуваних цієї групи з меланхолічним типом темпераменту становить 57,44 %, холеричного – 27,66 %, сангвінічного – 14,90 %.

До групи підлітків, які перебувають у стані легкої депресії входять 33,64 % досліджуваних з меланхолічним типом темпераменту, 36,36 % – з холеричним. У 28,19 % школярів з легкими формами депресії сангвінічний тип темпераменту. Лише 1,81 % досліджуваних цієї групи становлять підлітки флегматичного типу темпераменту.

Кореляція між формами депресії та типами темпераменту становить: помірна депресія і меланхолічний тип темпераменту  $r_{xy} = 0,98$  (суворий прямий зв'язок), помірна депресія і холеричний тип темпераменту  $r_{xy} = 0,50$  (слабкий прямий зв'язок); легка депресія і меланхолічний тип темпераменту  $r_{xy} = -0,39$  (слабкий зворотній зв'язок), легка депресія і

холеричний тип темпераменту  $r_{xy} = 0,49$  (слабкий зворотній зв'язок), легка депресія і сангвінічний тип темпераменту  $r_{xy} = 0,97$  (суворий прямий зв'язок).

Дані про зв'язок типу темпераменту з глибиною депресивних розладів у школярів підліткового віку та аналіз кореляційного зв'язку між цими показниками, дозволяє говорити про те, що підлітки з сангвінічним та флегматичним типами темпераменту переважно не схильні до депресивних розладів середньої і важкої форм вираженості. У школярів з флегматичним типом темпераменту взагалі не виявлено середньої та важкої форм депресії. Відсоток школярів сангвінічного типу темпераменту, які перебувають у стані середньої або важкої депресії, досить незначний. У досліджуваних цієї групи переважно спостерігаються легкі форми депресивних розладів. Кількість підлітків холеричного типу темпераменту з легкою, середньою та важкою депресією приблизно однакова. Середні та важкі форми депресивних розладів у цієї групи досліджуваних зустрічаються частіше, ніж у школярів з флегматичним і сангвінічним типами темпераменту, однак, набагато рідше, ніж у підлітків меланхолічного типу темпераменту. За даними обстеження, переважно більшість досліджуваних, які перебувають у стані середньої або важкої депресії, складають підлітки з меланхолічним типом темпераменту. Про те, що людям меланхолічного типу темпераменту властива висока емоційна чутливість і глибокі внутрішні переживання навіть з приводу незначних проблем, говорили ще мислителі періоду Античності та епохи Відродження. Відзначаючи цей факт, Д. Хелл посилається на праці Гіппократа, Арістотеля, Теофраста, М. Фічіно [199], С. К'еркегора [97].

Таку ж думку поділяли і науковці-дослідники XIX-XX століття. Згідно з теорією І.П. Павлова [128], у меланхоліків слабкий тип нервової системи, що зумовлює їх схильність до астенічних емоцій. Г. Айзенк [3] зазначав, що людям меланхолічного типу темпераменту характерна тривожність, емоційна вразливість, песимістичність.

На думку Г. Ковальової [83], меланхолікам властива вроджена схильність до депресивних розладів. Глибокі внутрішні переживання людей меланхолічного типу темпераменту часто набувають руйнівного характеру, що призводить до зниження самооцінки, невпевненості у власних силах, появи відчуття своєї нікчемності, зневаги до себе. Таким чином, формуються сприятливі умови для розгортання депресивного стану.

Холерикам, хоча і в меншій мірі, ніж меланхолікам, властива схильність до легких депресивних станів. Вона зумовлюється неврівноваженістю вищої нервової діяльності дітей холеричного типу темпераменту, високою емоційною збудливістю, імпульсивністю [83]. Інтенсивна діяльність підкірки не завжди достатньо регулюється корою головного мозку. Переважання процесів збудження над гальмуванням часто є причиною нервових зривів у підлітків холеричного типу темпераменту. Вони стають дратівливими, різкими у стосунках, нетерплячими, поривчастими, агресивними. У складних життєвих

обставинах високе емоційне збудження заважає їм знайти правильне рішення. Холерики діють імпульсивно, необдуманно, припускаючись багатьох помилок. Це ще більше ускладнює ситуацію, посилює переживання підлітка і може викликати депресивний розлад.

У підлітковому віці, як відомо, особливо яскраво проявляється акцентуація характеру. Окремі акцентуовані риси (висока вразливість, сенситивність, почуття власної неповноцінності, замкнутість, сором'язливість, нерішучість, тривожна задумливість, підвищена втомлюваність тощо) можуть сприяти появі депресії.

З метою виявлення зв'язку між типами акцентуації характеру підлітків та їх схильністю до депресивних розладів, у дослідженні було використано патохарактерологічний діагностичний опитувальник О.Є. Лічко. Результати обстеження подано у таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

Показники взаємозв'язку депресивних розладів та акцентуацій характеру у підлітків (N = 392)

Типи акцентуацій характеру	Група «А» n =227		Група «Б»; n =165				
			Порівняно з підлітками групи «А»		Залежно від форми депресії		
	абс.	%	абс.	%	Легка %	Помірна %	Важка %
Нестійкий	14	6,17	2	1,21	3,64	–	–
Конформний	7	3,08	–	–	–	–	–
Шизоїдний	11	4,85	3	1,82	3,64	–	–
Епілептоїдний	5	2,20	5	3,03	6,36	2,13	–
Істероїдний	20	8,81	–	–	–	–	–
Астено-невротичний	2	0,88	35	21,21	17,27	14,90	12,50
Сенситивний	2	0,88	38	23,03	15,45	17,02	25,00
Психастенічний	2	0,88	46	27,88	13,64	19,15	25,00
Гіпертимний	129	56,83	–	–	–	–	–
Циклоїдний	7	3,08	25	15,15	20,91	23,40	12,50
Лабільний	14	6,17	6	3,64	7,27	4,25	–
Змішаний	14	6,17	5	3,03	11,82	19,15	25,00
Всього	227	100,00	165	100,00	100,00	100,00	100,00

Як видно з таблиці 2.8, більшість досліджуваних, які не перебувають у стані депресії (група «А»), складають підлітки з гіпертимним типом акцентуації характеру (56,83 %). У групі «Б» (депресивні підлітки) досліджуваних гіпертимного типу не виявлено. Серед підлітків з депресивними розладами переважно діагностується астено-невротичний тип акцентуації характеру (21,21 %), сенситивний тип (23,03 %), психастенічний тип (27,88 %).

Кількість досліджуваних з астено-невротичним, сенситивним та психастенічним типами акцентуації у групі «А» становить лише по 0,88 %.

Циклоїдний тип акцентуації характеру виявлено у 15,15 % досліджуваних групи «Б» та у 3,08 % групи «А». Нестійкий тип діагностується у 6,17 % підлітків групи «А» і у 1,21 % школярів групи «Б». Досліджуваних з конформним типом акцентуації характеру у групі «Б» не виявлено, у групі «А» вони становлять 3,08 %. До складу групи «А» увійшли 4,85 % підлітків шизоїдного типу, 2,20 % – епілептоїдного та 8,81 % – істероїдного. У групі «Б» досліджуваних з істероїдним типом акцентуації характеру не виявлено; у 3,03 % підлітків цієї групи спостерігається епілептоїдний тип акцентуації, у 1,82 % – шизоїдний. Лабільний тип діагностується у 6,17 % школярів групи «А» та у 3,64 % групи «Б». Кількість підлітків змішаного типу акцентуації характеру у групі «А» становить 6,17 %, у групі «Б» – 3,03 %.

За результатами дослідження, підлітки гіпертимного типу акцентуації характеру не схильні до депресивних розладів. Їх висока активність та життєвий тонус, оптимізм, впевненість у власних можливостях, висока самооцінка допомагають пережити складні життєві ситуації [104].

Не виявлено депресивних розладів і у підлітків істероїдного та конформного типів акцентуації характеру. Основними рисами істероїдного типу є, як відомо, егоцентризм, потреба уваги, співчуття, захоплення, поваги до власної особи зі сторони оточуючих [104]. Схильність підлітків цього типу до саморуйнівної поведінки (спроби суїциду, вживання алкоголю, наркотиків тощо) має демонстративний характер і спрямована на те, щоб справити враження на оточуючих. Насправді підліток, при спробі суїциду, не бажає померати і робить все, щоб цього не сталося. У складних життєвих ситуаціях демонстративні спроби суїциду здійснюються з метою викликати співчуття та жалість зі сторони оточуючих, отримати від них допомогу, уникнути покарання. Такі спроби не є наслідком справжніх глибоких внутрішніх переживань та депресивних страждань.

Для підлітків конформного типу властиве яскраве прагнення «бути як усі». Вони некритичні у перейманні групових еталонів, норм, цінностей, не схильні до конфліктів, що захищає їх від самокопань і важких внутрішніх страждань. Невідповідність загальноприйнятому еталону може викликати у них негативні емоції та неприємні переживання. У таких ситуаціях підліткам конформного типу допомагають властивий їм оптимізм і завищена самооцінка [104].

Згідно з результатами дослідження, ризик розгортання депресивних розладів особливо високий при акцентуаціях психастенічного, сенситивного, астено-невротичного та циклоїдного типів. Висока вразливість і почуття власної неповноцінності людей сенситивного типу зумовлюють їх незахищеність перед життєвими труднощами. Їм властива замкнутість, невдоволеність собою, сором'язливість, тривожність [104]. Тому проблеми у спілкуванні, навчанні, негативні оцінки зі сторони оточуючих, насмішки та осуд можуть легко спричинити розвиток реактивної депресії.

Підлітки астено-невротичного типу характеризуються підвищеною втомлюваністю, дратівливістю, іпохондричністю, низьким рівнем розумової та фізичної працездатності [104]. У складних життєвих ситуаціях їх нервова система швидко виснажується, що призводить до неврозів та депресивних розладів.

Характерною особливістю циклоїдного типу є часта зміна фаз гіпертимності і пригніченості (субдепресії). У гіпертимній фазі поведінка підлітків цього типу схожа до поведінки школярів-гіпертиміків. Під час субдепресивної фази різко знижується настрій, погіршується працездатність, втрачається інтерес до будь-якої діяльності, з'являються думки про власну нікчемність і неповноцінність [104]. Навіть незначні невдачі або нарікання зі сторони оточуючих можуть викликати у підлітків циклоїдного типу депресивну реакцію.

Виражена схильність до депресивних розладів спостерігається у підлітків психастенічного типу. Нерішучість, висока тривожність, схильність до самоаналізу, занижена самооцінка зумовлює їх нестійкість перед життєвими проблемами [104]. Невдачі та поразки викликають у підлітків психастенічного типу глибокі внутрішні переживання. Нездатність адекватно оцінити ситуацію, невпевненість у власних можливостях, надмірно критичне ставлення до себе заважають підлітку сміливо прийняти поразку та знайти правильне рішення. Самозвинувачення, висока особистісна тривожність, песимізм, почуття власної неповноцінності поглиблюють страждання, спричиняючи депресивний розлад. За несприятливих умов (відсутність психологічної допомоги, нерозуміння зі сторони оточуючих, осуд, загострення проблеми) легка депресія швидко набуває помірної, або й важкої форми вираженості.

У ході дослідження порівнювались результати визначення глибини депресивних розладів у підлітків та їх акцентуацій характеру (див. табл. 2.8).

Згідно з даними обстеження, легкі форми депресії спостерігаються у 3,64 % підлітків нестійкого типу акцентуації характеру, 3,64 % школярів шизоїдного типу, у 6,36 % – епілептоїдного типу, 17,27 % досліджуваних астено-невротичного типу, 15,45 % – сенситивного типу акцентуації, 13,64 % – психастенічного типу, 20,91 % – циклоїдного типу, 7,27 % – лабільного типу і у 11,82 % підлітків змішаного типу (АС; АП; ЦЛ) акцентуації характеру.

Депресії середньої форми вираженості у досліджуваних з нестійким та шизоїдним типами акцентуації характеру не виявлено. У стані помірної депресії перебувало 2,13 % підлітків епілептоїдного типу акцентуації характеру, 14,90 % школярів астено-невротичного типу, 17,02 % – сенситивного, 19,15 % – психастенічного, 23,40 % – циклоїдного типу, 4,25 % лабільного та 19,15 % досліджуваних змішаного типу (АС; АП; ЦЛ) акцентуації характеру.

За результатами дослідження, важкі форми депресивних розладів не спостерігались у підлітків з нестійким, шизоїдним, епілептоїдним та лабільним типами акцентуації характеру. У стані важкої депресії

перебувало 25,00 % досліджуваних психастенічного типу акцентуації характеру, 25 % – змішаного типу (АС; АП; ЦЛ), 25,00 % – сенситивного типу, 12,50 % – циклоїдного типу і 12,50 % школярів астено-невротичного типу акцентуації характеру.

Таким чином, згідно з даними обстеження, до важких форм депресивних розладів схильні переважно підлітки психастенічного, сенситивного та змішаного типів акцентуації характеру. Змішаний тип діагностується при наявності таких сумісних сполучень: АС – астено-невротичний і сенситивний; АП – астено-невротичний і психастенічний; ЦЛ – циклоїдний і лабільний.

Згідно програми констатувального експерименту досліджуваних обох груп було продіагностовано за багатофакторним особистісним опитувальником Р.Кеттела. Опрацювання результатів обстеження дало розгорнуту диференційовану картину особистісних властивостей депресивних підлітків та підлітків, які не перебували у стані депресії.

Порівняльний аналіз експериментальних даних дав змогу описати модель особистості депресивних підлітків. Результати обстеження досліджуваних за факторним особистісним опитувальником Р. Кеттела подано в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9

Порівняльні дані результатів обстеження досліджуваних за 16- факторним особистісним опитувальником Р. Кеттела (N = 392)

Фактори	Кількість досліджуваних											
	Підлітки без депресії (n = 227)						Депресивні підлітки (n = 165)					
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
A	77	33,92	100	44,05	50	22,03	46	27,88	68	41,21	51	30,91
C	109	48,02	75	33,04	43	18,94	18	10,91	55	33,33	92	55,76
E	95	41,85	95	41,85	37	16,30	15	9,09	71	43,03	79	47,88
F	98	43,17	98	43,17	31	13,66	25	15,15	54	32,73	86	52,12
G	88	38,77	82	36,12	57	25,11	68	41,21	61	36,97	36	21,82
H	122	53,75	82	36,12	23	10,13	7	4,24	72	43,64	86	52,12
I	25	11,02	120	52,86	82	36,12	74	44,85	81	49,09	10	6,06
L	72	31,72	98	43,17	57	25,11	43	26,06	71	43,03	51	30,91
M	72	31,72	91	40,09	64	28,19	55	33,33	64	38,79	46	27,88
N	68	29,96	95	41,85	64	28,19	48	29,09	68	41,21	49	29,70
O	16	7,05	84	37,00	127	55,95	115	69,70	41	24,85	9	5,45
Q1	68	29,96	91	40,09	68	29,96	51	30,91	65	39,39	49	29,70
Q2	118	51,98	78	34,36	31	13,66	12	7,27	61	36,97	92	55,76
Q3	64	28,19	91	40,09	72	31,72	26	15,76	61	36,97	78	47,27
Q4	57	25,11	133	58,59	37	16,30	93	56,36	72	43,64	-	-
MD	72	31,72	118	51,98	37	16,30	10	6,06	53	32,12	102	61,82
Оцінки виразності факторів	Високі		Середні		Низькі		Високі		Середні		Низькі	

При порівнянні експериментальних даних, представлених у таблиці 2.9, виявлено відмінності між показниками виразності факторів

діагностованими у депресивних підлітків та підлітків, які не перебували в стані депресії. Йдеться про розбіжності в оцінках виразності факторів С – «емоційна нестійкість – емоційна стійкість», Е – «конформність – домінантність», F – «стриманість – експресивність», Н – «боязливість – сміливість», І – «жорсткість – чутливість», О – «впевненість у собі – тривожність», Q2 – «конформізм- нонконформізм», Q4 – «розслабленість – напруженість», MD – «адекватність самооцінки». Так, у групі депресивних підлітків значно більший (майже в тричі) відсоток школярів з низькими оцінками за факторами С, Е, F, Н, Q2, MD та високими оцінками за факторами І, О, Q4.

Отже, експериментально встановлено, що депресивним підліткам навідміну від підлітків без депресії, властиві такі особистісні риси, як вразливість, сенситивність, емоційна лабільність, дратівливість, песимізм, сором'язливість, тривожність, підвищена чутливість до загрози, соціальна залежність, залежність від сторонньої оцінки, тактовність, емпатійність, стриманість, низька самооцінка, невпевненість в собі, виражена самокритичність, безініціативність та пасивність як наслідок недооцінки своїх можливостей, чуттєвість природи і романтизм. При порівнянні показників виразності факторів у підлітків з різними формами депресії (див. табл. 2.10) виявлено таку тенденцію: поглиблення депресії призводить до зниження оцінок за факторами С, Е, F, Н, Q2, MD та зростання за факторами І, О, Q4.

Таблиця 2.10

Показники взаємозв'язку між оцінками виразності факторів та формами депресивних розладів підлітків (N = 165)

Фактор и	Кількість досліджуваних у %								
	Легка депресія			Помірна депресія			Важка депресія		
A	30,00	50,91	19,09	21,28	44,68	34,04	12,50	50,00	37,50
C	7,27	49,09	43,64	-	46,81	53,19	-	25,00	75,00
E	11,82	59,09	29,09	4,26	51,06	44,68	-	12,50	87,50
F	24,54	48,19	27,27	6,38	44,68	48,94	-	12,50	87,50
G	32,73	35,45	31,82	34,04	38,30	27,66	37,50	50,00	12,50
H	6,36	52,73	40,91	-	48,94	51,06	-	12,50	87,50
I	28,18	63,64	8,18	46,81	53,19	-	75,00	25,00	-
L	27,27	47,27	25,46	10,64	51,06	38,30	-	37,50	62,50
M	31,82	40,00	28,18	40,42	38,30	21,28	37,50	25,00	37,50
N	30,00	40,91	29,09	29,79	40,42	29,79	25,00	50,00	25,00
O	39,09	59,09	1,82	65,96	34,04	-	12,50	87,50	-
Q1	23,64	50,00	26,36	21,28	44,68	34,04	25,00	37,50	37,50
Q2	7,27	44,55	48,18	-	34,04	65,96	-	50,00	50,00
Q3	10,91	52,73	36,36	6,38	53,19	40,43	-	62,50	37,50
Q4	46,36	53,64	-	63,83	36,17	-	75,00	25,00	-
MD	9,09	63,64	27,27	-	51,06	48,94	-	25,00	75,00
Оцінки вираз- ності факторів	Високі	Середні	Низькі	Високі	Середні	Низькі	Високі	Середні	Низькі



У ході дослідження було здійснено порівняльний аналіз навчальної успішності депресивних підлітків та підлітків, які не перебували у стані депресії. З метою спрощення процедури аналізу та отримання більш точних результатів, рівень навчальної успішності досліджуваних представлено за п'ятибальною системою. Результати аналізу подано у таблиці 2.11.

Таблиця 2.11

Показники успішності учбової діяльності підлітків з депресивними розладами та підлітків, які не перебувають у стані депресії (N = 392)

Рівні успішності	Група «А» (n = 227)		Група «Б»; n = 165				
			Порівняно з підлітками групи «А»	Залежно від форми депресії			
	абс.	%		абс.	%	Легка	Помірна
«2»	5	2,20	5	3,03	–	8,51	12,50
«2»-«3»	23	10,14	20	12,12	11,82	19,15	25,00
«3»	41	18,06	31	18,79	13,64	21,28	25,00
«3»-«4»	29	12,77	33	20,00	17,27	19,15	12,50
«4»	34	14,98	25	15,15	19,09	17,02	12,50
«4»-«5»	57	25,11	31	18,79	21,82	10,64	12,50
«5»	38	16,74	20	12,12	16,36	4,25	–
Всього учнів	227	100,0	165	100,0	100,0	100,0	100,0

З даних таблиці 2.11 видно, що рівень навчальної успішності депресивних підлітків нижчий, ніж у школярів, які не страждають від депресії. Так, на «двійки» навчаються 2,20 % досліджуваних групи «А» і 3,03 % школярів групи «Б». Відсоток підлітків, які навчаються на «2»-«3» становить 10,14 % у групі «А» та 12,12 % у групі «Б». На «3» оцінюється рівень успішності 18,06 % школярів, які не страждають від депресії, і 18,79 % досліджуваних з депресивними розладами. Кількість підлітків, що навчаються на «3»-«4» становить 12,77 % у групі «А» та 20,00 % у групі «Б». Рівень успішності, який відповідає оцінці «4» спостерігається у 14,98 % підлітків групи «А» та 15,15 % групи «Б». На «4»-«5» навчається 25,11 % досліджуваних групи «А» і лише 18,79 % школярів групи «Б». Високий рівень успішності (оцінка «5») у 16,74 % досліджуваних, які не страждають депресією, та у 12,12 % депресивних підлітків. Педагогічні характеристики, представлені вчителями і вихователями, свідчать про те, що рівень навчальної успішності більшості підлітків, які перебувають у стані депресії, помітно знизився. Вони пасивні та неуважні на уроках, проявляють слабкий інтерес до шкільних занять, навчаються нижче своїх можливостей. За словами батьків, такі підлітки неохоче беруться за виконання домашніх завдань,

втрачають інтерес навіть до тих предметів, які раніше найбільше їх цікавили, скаржаться на те, що навчання надто нудне і обтяжливе.

У процесі дослідження вивчався зв'язок шкільної успішності підлітків з різними формами депресивних розладів (див. табл. 2.11). Отримані експериментальні дані показують, що з поглибленням депресивного стану, рівень навчальної успішності знижується. Так, серед досліджуваних з легкими формами депресії школярів, які навчаються на «2», не виявлено. Незадовільний рівень успішності спостерігається у 8,51 % підлітків з помірними депресивними розладами та у 12,50 % – з важкими. Оцінки «2»-«3» отримують 11,82 % школярів, які перебувають у стані легкої депресії, 19,15 % підлітків з помірною, 25,00 % з важкою депресією. Задовільний рівень успішності (оцінка «3») спостерігається у 13,64 % досліджуваних, котрі страждають легкими депресивними розладами, 21,28 % – середніми, 25,00 % – важкими. На «3»-«4» навчаються 17,27 % підлітків з легкою депресією, 19,15 % школярів з помірною, 12,50 % – з важкою. Серед досліджуваних, рівень успішності яких відповідає оцінкам «4»-«5», 21,82 % підлітків з легкими депресивними розладами, 10,64 % з помірними, 12,50 % з важкими. На «5» навчається 16,36 % школярів, які страждають легкою депресією, 4,25 % досліджуваних, що перебувають у стані помірної депресії. Серед підлітків з важкими депресивними розладами таких, що відмінно навчалися, на період обстеження не виявлено. Отже, ці дані свідчать, що чим глибший депресивний розлад, тим нижчий рівень навчальної успішності. Згідно з даними, отриманими в ході опитування педагогів та обстеження підлітків, при легких формах депресії шкільна успішність суттєво не погіршується. Відчутні проблеми з навчанням з'являються тоді, коли депресія набуває середньої або важкої форми вираженості.

У ході дослідження підліткам було запропоновано написати твір на тему: «Як я переживав важкі ситуації у своєму житті?» Це дало можливість простежити причини підліткової депресивності, типові прояви та індивідуальні переживання депресії, шляхи виходу з депресивного стану, які обирають підлітки. Серед причин, які викликають важкі переживання, досліджувані називали проблеми у спілкуванні з однолітками (24,85 % респондентів), погіршення стосунків з батьками (21,82 %), конфлікти у сім'ї (16,96 %), шкільні негаразди (15,76 %), незадоволення власним зовнішнім виглядом (13,13 %), смерть рідних або друзів (5,45 %), важкі хвороби близьких людей (4,24 %).

69,70 % респондентів написали, що складні життєві ситуації вони намагаються долати самотужки. У цей період підлітки не бажають спілкуватись з оточуючими, прагнуть усамітнитись, якомога ретельніше ізолюватись від зовнішніх подразників: вони скаржаться на те, що їх дратує яскраве світло, різкі звуки, необхідність кудись іти, виконувати будь-яку роботу, відповідати на запитання, підтримувати

розмову. Перебуваючи на самоті, одні з них слухають музику, дивляться телевізор, інші – сплять, або просто лежать у ліжку, дивлячись в стелю. Слухання музики, перегляд телепередач, сон є своєрідними формами втечі від болючих душевних переживань. Підлітки пишуть: «Коли мені важко, я замикаюсь у кімнаті і слухаю музику. Це допомагає заспокоїтись, зібратись, взяти себе в руки», «Якщо на душі мені дуже погано, важкі думки стають нестерпними, я лягаю спати. Хочу заснути і забутись».

Розповіді переважної більшості підлітків свідчать про те, що у період депресії у них спостерігається підвищена фізична втомлюваність, сонливість, апатія, плаксивість: «Мені погано. Я плачу, плачу, плачу і кричу...», «Більше не можу. Все остогидло, хочу спати, спати, спати», «Коли проблеми сипляться на мене, як рясний дощ, я відчуваю сильну втому, і фізичну, і душевну. Нічого не хочеться робити, тільки спав би».

Близько 45,45 % підлітків пишуть про те, що у складних життєвих ситуаціях вони стають дратівливими, агресивними, надмірно критичними до себе і оточуючих, невдоволеними собою, власним життям, стосунками з близькими людьми. У їх творах часто зустрічаються висловлювання типу: «Мене все і всі дратують», «Я стаю дуже роздратованою. Хочеться все бити і трошити».

Агресія може спрямовуватись як на оточуючих, так і на себе: «Інколи я кричу на батьків чи друзів. А потім хочу відшмагати себе за це». Аутоагресія проявляється і у формі думок про самогубство, які описуються у творах майже 32,73 % підлітків. Вони пишуть: «Інколи мені буває так важко, що я не хочу жити», «Лягаю на підлогу, скручуюсь у маленький клубочок і уявляю свій похорон», «Одного разу, після серйозного конфлікту з мамою, я захотіла себе вбити».

На складні стосунки з батьками та однолітками як на причину суїцидних думок вказали 25,45 % досліджуваних: «Батьки мене не розуміють. Постійні конфлікти з ними доводять мене до бажання померти», «У мене майже немає друзів. У класі мене не люблять. Від цього мені так важко, що іноді хочеться померти», «Мама часто кричить на мене, постійно критикує. Навіщо я живу, така нездара?» Дуже болюче підлітки переживають конфлікти у взаємостосунках з матір'ю. Особливо це стосується дівчаток. Відсутність взаєморозуміння з найближчою людиною, людиною, яка символізує безпеку, спокій, затишок, любов доводить підлітків до відчаю. Депресивні переживання ускладнюються наявністю суперечливих почуттів: у стані депресії підліток відчуває гостру потребу в моральній підтримці, душевній теплоті і піклуванні зі сторони близьких людей, проте, вважаючи оточуючих байдужими, черствими, неспроможними зрозуміти його страждань, відмежовується від них. Часто така амбівалентність

почуттів і стає причиною імпульсивності, емоційної нестриманості, агресивності.

67,27 % досліджуваних повідомили, що складні життєві проблеми часто викликають у них відчуття власної безпорадності, непотрібності, нікчемності. Так, Олена К. пише: «Коли у мене нічого не виходить, мені здається, що я дуже погана, ні на що не здатна, не зможу нічого досягти у житті і стає страшно». Підірвана віра в себе, свої можливості викликає у підлітків переживання власної безперспективності, безпомічності. У своїх творах вони пишуть про втрату сенсу життя або ж, взагалі, бажання жити: «...втрачається перспектива, ціль в житті. З'являється небажання жити». У переважній більшості думки про самогубство не набувають характеру практичних намірів. Проте, 1,82 % підлітків у своїх творах описували реальні спроби покінчити життя самогубством. Цей дуже тривожний факт, ще раз підтверджує необхідність того, щоб школярі, які схильні до депресивних розладів, перебували під пильним контролем не лише працівників шкільної психологічної служби, а і батьків та вчителів.

Неабияке занепокоєння викликають підлітки, які пишуть про інші форми саморуйнівної поведінки, до яких вони вдаються, перебуваючи у стані депресії. 14,54 % досліджуваних зізнавались, що у складних ситуаціях, аби зняти напруження, вони палють, вживають алкогольні напої. Деякі підлітки описали свої спроби подолати болючі депресивні переживання з допомогою легких наркотичних засобів: «Одного разу, коли у мене були серйозні проблеми, знайомий запропонував мені «косячок» (Віктор Л.), «Коли мені паскудно на душі, я багато палю і п'ю каву» (Максим П.). Ці зізнання свідчать про те, що часто підлітки виявляються неспроможними раціонально розв'язувати проблеми. За відсутності допомоги зі сторони оточуючих, вони самотійно, методом спроб і помилок, шукають шляхи виходу з кризової ситуації. У багатьох випадках підлітки наслідують далеко не найкращі форми поведінки дорослих, а саме: агресію, паління, вживання алкогольних напоїв тощо. Такі способи не допомагають у розв'язанні проблем, лише тимчасово створюють ілюзію зовнішнього благополуччя. Алкоголь та легкі наркотики, як правило, посилюють депресію. Підліток потрапляє у замкнуте коло, розірвати яке, без кваліфікованої психологічної допомоги, практично не можливо.

У творах підлітки також пишуть про бажання піти з дому. На такий крок їх спонукають складні стосунки з батьками. Часто дорослі виявляються не готовими до змін, які відбуваються з підлітком. Старі виховні підходи стають неефективними. З'являється необхідність вироблення нової стратегії виховання. Далеко не всі батьки справляються з цим завданням. Молода людина вимагає своєї самотійності, рівності з дорослими, обурюється тим, що з нею поводяться, як з малою дитиною. Часті конфлікти з батьками

підштовхують підлітка до думки про те, що у сім'ї його не люблять, він нікому не потрібен, з'являється бажання піти з непривітного дому, що став чужим. «Я так хочу, щоб мене любили, – пише чотирнадцятирічна Олена М., – але батьки мене не розуміють. Ми часто сваримось. Деколи я думаю, що вони мене не люблять. Хочеться піти з дому, щоб їм стало соромно і боляче, як боляче мені». Відсутність взаєморозуміння з найближчими людьми заставляє підлітка повірити у власну непотрібність, неповноцінність, нікчемність, що призводить до розгортання депресивних розладів. Ситуація є особливо небезпечною, якщо у стані депресії підліток тікає з дому.

У переважної більшості респондентів спостерігається підвищена тривожність. Описуючи свої переживання, майже кожен другий досліджуваний акцентує увагу на почуттях тривоги і страху. Підлітки тривожаться за власне майбутнє, яке часто змальовується в похмурих тонах, за майбутнє своїх рідних. Досить поширена «шкільна» тривожність, при якій острах відвідувати школу поєднується зі страхом перед покаранням за пропущені уроки. 15,76 % досліджуваних написали, що дуже важко переживають шкільні негаразди. Вони болюче реагують на погані оцінки. Ситуація ускладнюється, якщо батьки вимагають від них високої успішності і карають навіть за незначні провини. Покарання та страх перед поганою оцінкою роблять підлітків невпевненими у власних можливостях, знижують їх самооцінку. Тому на уроках вони пасивні, намагаються триматися тіні, вибирають прості завдання і бояться складних. Їх може лякати будь-яка відповідальність та необхідність виконувати звичну роботу. Підвищена тривожність заважає відповідати навіть добре вивчений матеріал. Наталя К. пише: «Я дуже боюсь відповідати на уроках. Вдома я все добре вивчаю, а коли треба розповідати домашнє завдання, від страху все забуваю».

Підвищена тривожність, тривале нервовє напруження, невпевненість у своїх можливостях і низька самооцінка поряд з гострим бажанням вчитись на «відмінно», бути одним з кращих, може стати причиною депресивного розладу. Депресія посилює важкі переживання, невдоволення собою, почуття власної нікчемності. З відчуття безпорадності виростає страх за майбутнє, і підліток починає боятись, що він не зможе здобути хорошу професію, зайняти достойне місце у суспільстві, забезпечити себе та сім'ю. Такі думки доводять молоду людину до відчаю, паралізують її активність. Результати дослідження свідчать про те, що проблеми у навчанні можуть бути як причиною депресії, так і її наслідком.

Багато підлітків у своїх творах розповідали про відчуття пустоти, яке охоплює їх у стані депресії. Воно приходить не відразу. Йому передують тривалі важкі переживання та глибокі страждання, що морально і фізично виснажують молоду людину. Підлітки по-різному

описують цю душевну пустоту, проте, всі вказують на почуття страху, розгубленості і самотності, які вона несе за собою.

Ольга Б., 15 років:

...В душі у мене чомусь виникає пустота. А ще – розгубленість та «космічна» самотність. Я найгірша серед людей і нікому не потрібна.

Олександр Р., 15 років:

...Тужливий стан душі, в думках – безлад, навкруги – тиша і темінь. Пусто. Як пусто! Я у відчаї!

Підлітки відображають перебування у стані депресії (передовсім це стосується середніх та важких депресивних розладів) з допомогою низки чуттєво-образних асоціацій. Типовими тут є такі асоціації, як асоціація з пустотою, тишею, що ріже душу, всеохоплюючим страхом, відчаєм, абсолютною пекучою самотністю, безпорадністю, безнадією, смертю.

Душевні страждання підлітка є особливо нестерпними, якщо він відчуває себе самотнім, нікому не потрібним. Підлітки по-різному переживають цю кризу. Одні з них стають інтелектуально та фізично загальмованими: мислительні процеси сповільнюються, погіршується пам'ять, спостерігається різкий спад рухової і мовленнєвої активності; підліток може тривалий час, не рухаючись, сидіти на одному місці, або лежати в ліжку, дивлячись на стелю. Інші – навпаки, надмірно рухливі, імпульсивні, емоційно неврівноважені, часто втрачають самоконтроль; не в силах терпіти гнітючої самотності, страху і відчаю, вони йдуть на вулицю, прагнучи знайти розраду і полегшення серед друзів, у іграх та розвагах, іноді, в алкоголі і наркотиках.

Майже половина опитаних школярів, скаржаться на соматичні прояви депресивних розладів: головний біль, болі в області грудної клітки, прискорене серцебиття, швидко фізичну втомлюваність та безсилля, погіршення сну, страшні сни. Дівчата скаржаться на розлади апетиту:

Наталія С., 14 років:

Я зовсім нічого не їла. Нудило від однієї думки про їжу. Боліла і паморочилась голова.

Наталія К., 15 років:

Інколи, від переживань, я починала дуже багато їсти. Їла швидко, хаотично. Після чергового переїдання я дивилась на себе у дзеркало і думала: «Яка я корова. Такою залишусь назавжди. Так мені і треба!»

За словами дівчат, вони часто депресують через незадоволення власним зовнішнім виглядом. Підлітки дуже чутливо реагують на фізичні зміни, які відбуваються з їх тілом. Вони схильні переоцінювати реальні або надумані недоліки своєї зовнішності, що може викликати тривогу, неспокій, призвести до конфліктної поведінки, хронічних неврозів та депресивних розладів. Х. Штутте, описуючи ці симптоми, об'єднав їх у поняття «комплексу Терсіта». Комплекс виявляється у

психологічних відхиленнях, пов'язаних перш за все із зниженням самооцінки, що часто виникає як наслідок переживання реальної чи надуманої фізичної недосконалості. Загострена увага підлітків до своєї зовнішності може стати причиною нарцисичної кризи, або викликають депресивні реакції [155].

Аналіз результатів дослідження показав, що третина опитаних підлітків, опинившись у стані депресії, шукають допомоги і підтримки у близьких людей (найчастіше – це батьки і друзі, рідше – бабуся, дідусь, психолог, соціальний працівник). Решта дітей намагаються подолати депресію самотужки. Хоча і перші, і другі пишуть про те, що потрапивши у скрутну ситуацію, відчують гостру потребу в підтримці і допомозі близьких людей. Причина того, що лише третина підлітків звертаються за допомогою до батьків, криється у якісних змінах взаємин з дорослими. Не погоджуючись на характерні для дитинства нерівноправні стосунки, підлітки вимагають визнання своєї дорослості, поваги до власної особистості, своїх інтересів та переконань, прагнуть самостійності у вирішенні різноманітних проблем. Намагаючись розширити власні права, вони істотно обмежують вплив дорослих. Батьки, прагнучи вберегти дітей від необдуманих вчинків і помилок, опираються тим змінам у взаємостосунках, яких вимагають підлітки. Нові форми взаємин, що поступово виробляються, тривалий час співіснують зі звичними, старими. Це зумовлює труднощі у спілкуванні, конфлікти та непорозуміння між підлітками і дорослими. Відсутність взаєморозуміння з батьками стає серйозним бар'єром, який стримує бажання підлітків у скрутну хвилину довіритись дорослим.

Деякі підлітки у творах написали про те, що складні життєві ситуації їм допомагає пережити віра в Бога. Свої проблеми вони трактують як випробування, послані Господом, або як покарання за погані вчинки. У важкі хвилини в молитвах звертаючись до Бога, вони просять допомоги та підтримки. Переконання у тому, що допомога обов'язково надійде, дає їм сили долати життєві труднощі. Жоден з цих підлітків у своїх творах не згадував про бажання покінчити життя самогубством. Таким чином, результати дослідження підтверджують думку ряду психологів (Т. Пашукова [129], О. Чабан [205] та ін.) про те, що віра в бога має психотерапевтичний ефект.

Досліджувані пишуть, що депресивні переживання змушують їх серйозно задуматись про себе, по-новому оцінити власні вчинки, погляди, переконання, змінити ставлення до людей, спонукають до саморозвитку і самовдосконалення.

Аліна Н., 14 років:

У стані депресії я намагаюсь побути на самоті, подумати про себе, про своє життя, зрозуміти, чому у мене виникли проблеми, подивитись на ситуацію з іншої сторони.

Мар'яна С., 15 років:

Депресія змушує мене задумуватись над собою, своїми вчинками. Аналізуючи себе, я знаходжу власні помилки. Мені ніби відкривається щось таке, чого я не бачила і не розуміла раніше. А взагалі, проблеми допомагають мені розвиватись. Долаючи їх, я стаю сильнішою, мудрішою, дорослішою.

Усвідомлення свого депресивного стану та ставлення до нього у підлітків неоднозначне. Вони скаржаться на ті фізичні та душевні страждання, які приносять їм депресивні розлади. І разом з тим зазначають, що депресія стимулює їх до позитивних змін у ставленні до себе, до інших людей, до життя загалом. Це ставлення переходить на якісно інший рівень, рівень вже не дитячого, а дорослого світосприйняття. Тобто, на думку підлітків, депресія – це той шлях, пройшовши який, вони стають мудрішими, сильнішими, дорослішими. Це дає підстави не оцінювати депресію як однозначно позитивне або негативне явище. Депресивні стани помірної та важкої форми вираженості оцінювати простіше, так як вони несуть в собі значно більше негативу, ніж позитиву, – це і деперсоналізація, і соціальна дезадаптація, і соматичні розлади. Складніше визначитись в оцінці депресивних станів легкої форми вираженості. З однієї сторони, навіть легка депресія є психічним розладом з усіма його негативними наслідками. З іншої, як зазначає М. Кляйн [129; 205], – легкі депресивні переживання виступають необхідною проміжною фазою у розвитку особистості людини. Оскільки підлітковий вік є, як відомо, одним з найбільш складних перехідних періодів у житті людини, то він природно передбачає наявність так званої «депресивної позиції». Активний розвиток особистості, утворення нових психологічних структур відбувається через усунення та перебудову старих. Легкі депресивні переживання є наслідком тих вікових змін, які відбуваються з підлітком, і одночасно їх стимулом. Руйнівна сила депресії несе в собі й позитивний ефект. Глибокі роздуми та депресивні переживання приводять підлітка до розуміння необхідності кардинальних змін у поглядах, переконаннях, цінностях, інтересах, ставленні до себе і оточуючих. Депресивні процеси прискорюють руйнування старої життєвої позиції, яка вже не задовольняє молоду людину, стимулюючи тим самим утворення нової, більш прогресивної.

Депресія відкривається підлітку у його переживаннях. Через індивідуальні переживання відбувається усвідомлення, сприйняття, оцінка депресивного стану, його причин і наслідків. У депресивних переживаннях формується суб'єктивний образ депресії такий, яким його бачить тільки підліток. Під суб'єктивним образом депресії розуміється не стільки зовнішня симптоматика розладу, скільки його внутрішні прояви, відчутні і зрозумілі лише самому підлітку. Цей образ включає в себе широкий спектр думок, переживань, відчуттів, станів, він ілюструє особливості внутрішнього розгортання депресії на



фізичному, моральному, соціальному, інтелектуальному, поведінковому рівнях, рівнях емоцій і асоціацій.

Аналіз творів досліджуваних дав можливість виділити і описати основні варіанти суб'єктивних образів депресії. Зокрема, фізичний образ депресії являє собою сукупність фізичних та соматичних хворобливих відчуттів, на які скаржаться підлітки (головний біль, розлади сну, апетиту, швидка втомлюваність, зниження рухової активності, тілесні відчуття скутості і важкості тощо).

Наталія С., 14 років:

... Болить і пече у грудях. Цей біль хочеться вирвати з грудей. Я починаю розхитуватись зі сторони в сторону, щоб заспокоїтись.

Максим Н., 15 років:

...Відчуваю сильну втому, слабкість, сонливість. Болить голова, у ній хаос і безлад. Іноді з'являються дивні звуки, схожі на довгий тоненький писк.

Ольга В., 15 років:

...Відчуваю, ніби щось із середини висмоктує з мене усі сили. Тіло важке, дерев'яне, не моє.

Моральний образ депресії відображає систему почуттів та переживань, які продукуються Super-егопідлітка. Найбільш яскравою його характеристикою є почуття провини, що виникає внаслідок неадекватної оцінки власних дій або намірів, відповідно до засвоєної шкали життєвих цінностей. Моральний образ депресії складають численні, часто безпідставні, самозвинувачення, гіперболізація своїх помилок, знецінення досягнутих успіхів, докори сумління тощо.

Оксана Є., 14 років:

...Я сама у всьому винна. Я дуже погана, мені здається, що я найгірша у світі. Мені дуже страшно перед Богом за всі свої гріхи.

Олена Б., 15 років:

...Я бездара, ні на що не здатна. Нічого путнього у своєму житті не зробила.

Інтелектуальний образ депресії формують негативні зміни у пізнавальній сфері підлітка: погіршення пам'яті, сповільнення мислительних процесів, послаблення уваги, втрата пізнавальних інтересів, низька здатність до інтелектуального напруження.

Олександр Г., 13 років:

Усе стає нецікавим, до всього байдуже. «Закидаю» навчання у довгий чорний ящик.

Світлана П., 12 років:

Я ніби тупію: думки плутаються у голові, важко на чомусь зосередитись.

Павло С., 14 років:

Важко думати. Думки як кисіль: сірі і повільно тягнуться.

Широкий спектр емоційних розладів складає афективний образ депресії. Він проявляється через гнітючий, тужливий настрій, підвищену тривожність, страхи, апатію, низьку самооцінку, комплекс неповноцінності, агресивність, дратівливість, песимізм, втрату життєвої перспективи, суїцидальні думки. У більшості випадків афективний образ депресії проявляється найбільш яскраво, торкаючись усіх сфер життєдіяльності підлітка.

Олег С., 15 років:

Відчуваю спустошеність. Загострюються усі мої комплекси. Життя видається сірим, безрадіним, пустим. І я такий же сірий, тупий, нікому не потрібний. Хочеться померти.

Оксана Г., 16 років:

Спочатку був сильний тваринний страх. Потім – спалахи агресії. Далі – апатія, байдужість, скептицизм. Жити не хотілось. В душі усе «вигоріло».

Соціальний образ депресії характеризує систему взаємодії і взаємостосунків підлітка з оточуючими, його ставлення до себе як до члена суспільства та оцінку свого становища у соціумі. Складовими елементами даного образу є соціальне відчуження, збіднення спілкування, погіршення стосунків, некомунікабельність, незадоволення власним соціальним статусом. Особливо виразною є складність та неоднозначність стосунків підлітка з іншими людьми, яка зумовлюється суперечливістю його ставлення до оточуючих: з однієї сторони – гостра потреба в допомозі, розумінні і підтримці близьких та друзів, а з іншої – недовіра, особисті образи, надмірно критична їх оцінка.

Микола В., 15 років: «Нікого не хочу бачити. Мене всі дратують. Хочеться втекти від усіх, замкнутись у темній кімнаті. Я злий на весь світ. Але самотність теж нестерпна. Іду з дому до друзів».

Олена П., 13 років: «...Хочеться поділитись своїми проблемами з мамою. Та боюсь, що вона мене не зрозуміє».

Як правило, найбільш помітним для оточуючих є поведінковий образ депресії, що являє собою її зовнішній активний прояв. На початковому етапі розгортання депресивного стану підлітки не помічають, а точніше, не усвідомлюють різних змін у своїй поведінці. Лише згодом вони починають розуміти, що поведуть себе не так, як зазвичай. Пояснити для себе причини таких змін підлітки намагаються через оцінку свого внутрішнього, душевного стану, своїх переживань, почуттів, вчинків, дій, через аналіз останніх подій і тієї життєвої ситуації, яка склалась в теперішній момент. Таким чином, відбувається процес інтеріоризації зовнішніх змін у поведінці і формується суб'єктивний поведінковий образ депресії. Якщо депресивні розлади повторюються, повторюються і зміни у поведінці, суб'єктивний поведінковий образ депресії екстеріоризується. Виробляється

своєрідний депресивний шаблон поведінки як автоматизована форма зовнішнього реагування на складні життєві ситуації. У поведінці підлітків може спостерігатись імпульсивність, агресивність, нестриманість, грубість, послаблення самоконтролю, або ж навпаки – зниження рухової, соціальної і мовленнєвої активності, надмірна сором'язливість, нерішучість, замкнутість. Можливі різкі поведінкові перепади (від гіперактивності до апатії та млявості), які зумовлюються емоційною лабільністю і нестійкістю.

Василь М., 13 років:

...Я відчуваю злість, злість і злість. Хочеться когось образити, побити, а може і себе. Я до всіх «чіпляюсь», кепкую з однокласників. Все байдуже, всі дістали.

Ганна Ж., 14 років:

Мені тривожно, страшно, я роздратована. Спочатку намагаюсь заховатись від усього у своїй кімнаті. Але стає ще гірше. Стіни «давлять», тиша «вбиває». Вибігаю на вулицю, ноги тремтять, серце несамовито б'ється.

Олексій К., 16 років:

Я стаю якийсь дивний. То сиджу, мов гриб, без думок, без емоцій, без бажань. То починаю метушитись, не знаходячи собі місця. Я – броунівський рух.

Асоціативний образ депресії є виключно суб'єктивним її трактуванням. Він являє собою складну систему чуттєвих образів, що формуються за аналогією до різноманітних предметів та явищ навколишньої дійсності, з якими підлітки асоціюють свої депресивні відчуття, думки, переживання.

Олена М., 11 років:

Депресія, як черв'як, що точить мене ніби дерево.

Наталія С., 14 років:

Депресія, як холодна, темна хвиля, що накопилася на мене і перемішала усі мої почуття, бажання, думки. Не знаю де я, для чого я.

Павло К., 13 років:

...Я – гора. На мені багато-багато снігу. Він зовсім покрив мене і давить, давить, давить.

Асоціативний образ депресії, вкорінюючись у свідомості підлітка, утворює уявне індивідуальне депресивне середовище. Воно охоплює і внутрішній світ молодого людини, і зовнішню сферу його життєдіяльності. Підліток відчуває його присутність у самому собі та поза межами власного «Я» як частину свого зовнішнього життєвого середовища. Чим довше асоціативний образ депресії утримується у свідомості підлітка, тим більше він переходить з уявного плану у план чуттєвий: уявні депресивні образи починають супроводжуватись неприємними фізичними відчуттями (тиск, біль, напруження, заціпеніння, утруднення дихання

тощо). Така фізична фіксація асоціативного образу депресії сприяє його закріпленню у свідомості підлітка. Індивідуальне депресивне середовище перестає бути тільки чимось абстрактним, уявним. Воно конкретизується, опредмечується через неприємні фізичні відчуття та все більше і більше сприймається підлітком як реально існуюче. Звичайно ж, підліток не починає вірити, що у ньому справді «сидить черв'як», або його «давить якась темна сила»: «черв'як», «холодна хвиля» – лише чуттєві образи депресії. Переживання реальності індивідуального депресивного середовища полягає у переконаності підлітків у тому, що їх життя – це суцільна безрадісна, безперспективна смуга нещастя, страждань і помилок, у сприйнятті оточуючого світу як ворожого, небезпечного, а себе – як гріховної, ні на що не здатної, безпомічної істоти. Такі переконання приносять відчуття фатальності та безвиході, що призводить до поглиблення депресії. Молоду людину охоплює відчай, вона втрачає інтерес до життя, внутрішню силу і волю, щоб жити та долати проблеми. Тут депресія виступає як своєрідна форма смерті на духовному і психологічному рівні. Показово, що у деяких підлітків депресія асоціюється саме зі смертю.

Аліса Г., 16 років:

Депресія – це пустота. Я стою на краю безодні. Тиша. Я померла.

Олександр С., 16 років:

Депресія дивиться на мене очима смерті. Вона у чомусь і є смерть.

Ірина О., 14 років:

...Мені тоді здавалось, що я померла.

Суб'єктивний депресивний образ смерті зустрічається, як правило, у творах досліджуваних з важкими депресивними розладами. Можливо, глибока депресія переживається підлітками як смерть тому, що вона пригнічує, навіть паралізує, емоції і почуття. Науковці, які займались вивченням проблеми депресії, неодноразово вказували на цю її особливість. Зокрема, З. Фрейд [230] вважав, що важкі депресивні розлади є наслідком пригнічення почуття горя і печалі. На думку Д. Хелла [199], глибока депресія екзистенційно пуста, позбавлена почуттів. О. Лоуен [105] зазначає, що для важких депресивних розладів характерна відсутність будь-яких емоцій.

### **2.3. Психологічний аналіз особистісної феноменології та симптоматики депресивних розладів у підлітків**

На основі результатів експериментального дослідження особливостей виникнення та перебігу депресії у підлітків ми розробили модель симптоматики виникнення і розгортання депресивного розладу (див. рис. 2.1).

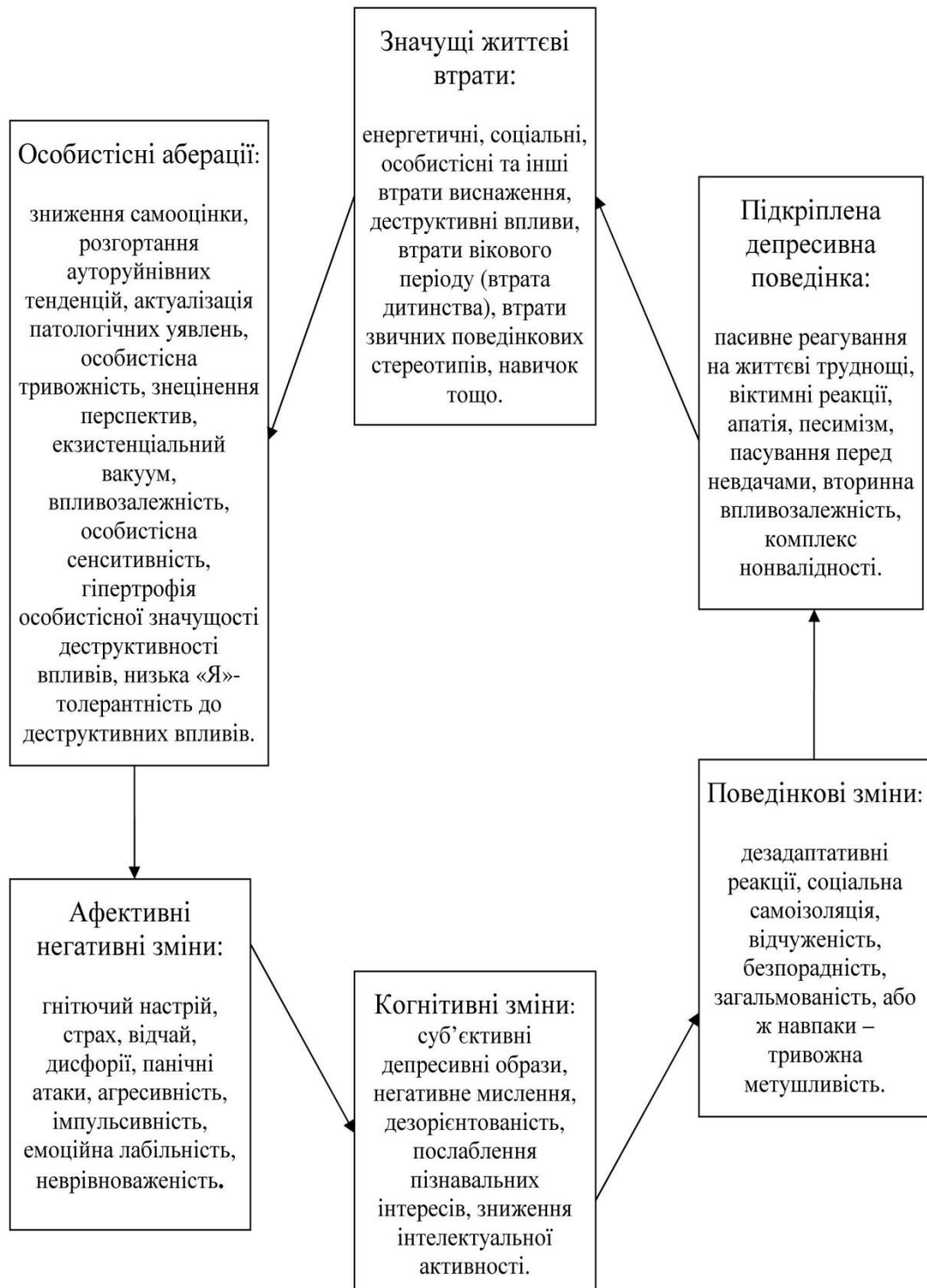


Рисунок 2.1. Модель симптоматики виникнення і розгортання депресивного розладу у підлітків

До життєвих втрат, які є пусковим механізмом розгортання депресії, ми відносимо енергетичні, соціальні, особистісні та інші втрати виснаження, втрати вікового періоду (втрата дитинства), деструктивні впливи, втрати звичних поведінкових стереотипів,

навичок. Значущі життєві втрати спричиняють особистісні аберації у вигляді зниження самооцінки, невідповідності самооцінки та рівня домагань, особистісної тривожності, знецінення перспектив, екзистенціального вакууму, впливозалежності, гіпертрофії особистісної значущості деструктивності впливів, низької «Я»-толерантності до деструктивних впливів. Особистісні аберації провокують афективні негативні зміни, які проявляються у гнітючому настрої, страху, відчаю, дисфорії, панічних атаках, агресивності, імпульсивності, емоційній неврівноваженості. Депресивні афективні переживання викликають негативні когнітивні зміни: суб'єктивні депресивні образи, негативне мислення, дезорієнтованість, послаблення пізнавальних інтересів тощо. Когнітивні зміни, у свою чергу, формують негативні зміни поведінки: дезадаптивні реакції, соціальну самоізоляцію, відчуженість, безпорадність, загальмованість, або ж навпаки – тривожну метушливість. За несприятливих умов (нездатність підлітка самостійно обрати конструктивні шляхи виходу з депресії, відсутність кваліфікованої допомоги, поглиблення депресивного стану, повторні депресивні розлади) негативні особистісні, афективні, когнітивні та поведінкові зміни закріплюються, утворюючи своєрідну комплексну реакцію на складні життєві ситуації – підкріплену депресивну поведінку. Підкріплена депресивна поведінка, яка виявляється у пасивному реагуванні на життєві труднощі, віктимних реакціях, апатії, песимізмі, пасуванні перед невдачами, вторинній впливозалежності, комплексі нонвалідності, призводить до нових значущих життєвих втрат.

Результати теоретичного та емпіричного дослідження феноменології підліткових депресій склали основу виділення, опису та класифікації психічних розладів цього типу. Для диференціації депресивних розладів у підлітків за ступенем вираженості було використано прийнятий Всесвітньою організацією охорони здоров'я загальний розподіл депресій на легкі, помірні і важкі. Систематизація симптомів депресії є важливою не тільки з огляду на проблему своєчасного її виявлення. Але й – у світлі тієї методологічної позиції, що точність і коректність психологічного діагнозу виступає фундаментальною психологічною умовою успішності корекції особистісного розвитку підлітка як основи подолання депресії. Аналіз розгортання депресивних розладів у популяції досліджуваних підводить до висновку про те, що виявлення депресивного розладу у момент зародження, що виглядало б ідеальною умовою вирішення проблеми руйнівних наслідків його розгортання, є надзвичайно складним завданням.

Це зумовлено тим, що за своєю природою депресія тісно пов'язана з глибинними механізмами адаптації індивіда, у структурі яких фундаментальними є механізми саморегуляції, включно з механізмами особистісної саморегуляції, що закономірно віддзеркалює той факт, що

у процесі взаємодії зі світом індивід адаптує себе, здійснюючи це з допомогою засобів неповторної, лише йому властивої системи способів регулювання свого існування. Можна припустити, що саме ця система складає основу зародження розвитку та формування конституційних характеристик особистості людини у єдності її адаптивних та дезадаптивних властивостей. Особистість, що зародилася, містить у собі в синкретичній, недиференційованій та нерозгорнутій формі сукупність способів існування, які індивід буде використовувати, вирішуючи передбачені «програмою» його існування проблеми та завдання. Серед таких способів особливого значення у світлі специфіки проблематики дослідження набуває особистісна сенситивність.

Результати емпіричного дослідження засвідчили наявність значущих кореляційних зв'язків між депресивними розладами та деформаціями особистісних функцій особистісної саморегуляції. Виникнення розладу обумовлюють і сприяють його розгортанню порушення таких функцій особистісної саморегуляції, як ставлення до себе, самозахисту, самовираження, самоуправління та самореалізації.

Сумарно дезадаптивні зміни зазначених функцій породжують ефект пригніченого «Я», яке відіграє роль базової внутрішньо-особистісної умови психологічного укорінення депресивного розладу та продукування його проявів. Прояви депресивних розладів різних форм, видів та ступенів вираженості репрезентують їх симптоматику. Фундаментальною феноменологічною основою симптоматики депресивних розладів при цьому виступають саморуйнівні тенденції.

Легка форма депресивних розладів характеризується ситуативними проявами аутодеструктивності і пов'язаною з нею короткочасною загальною екзистенційно-змістовою або частковою конкретно-предметною життєвою непродуктивністю. Типовим найбільш поширеним симптомом такого виду життєвої непродуктивності є невдоволення своїм «Я» і негативні переживання, продуковані цим невдоволенням. Цей симптом знаменує зародження такого виду саморуйнівного процесу, як негативне ставлення до себе. Тут його можна визначити як найлегшу форму аутодеструктивності, обмежену у часі, просторі та ступені вираженості. Негативне ставлення до себе виявляється у цьому випадку епізодично, торкається окремих індивідуальних якостей та аспектів життєдіяльності. В силу вираженої особистісної сенситивності підлітки з легкою формою депресивного розладу виявляють схильність до гіпертрофії особистісного значення відповідності свого «Я» показникам зовнішньої орієнтації відношення відповідності. Внаслідок цього у них спостерігається знижена «Я»-толерантність до випадків зазначеного типу невідповідності, а також до інших деструктивних впливів. Незначно підвищений рівень загальної особистісної тривожності прив'язаний саме до деформованої таким чином функції ставлення до себе. Сформованість психологічної умови

негативного ставлення до себе робить підлітка уразливим щодо оцінок оточуючих на свою адресу, особливо негативних оцінок, а також своїх невдач. Саме вони у переважній більшості випадків зумовлюють болісні переживання почуття неповноцінності, що виступають власне складовою депресивного розладу легкої форми. Такі переживання є нетривалими, вони відносно легко долаються і викликають лише епізодичне зниження життєвої продуктивності.

Епізоди зниження життєвої продуктивності, що виявляють присутність у досвіді кожного підлітка, практично неможливо відмежувати від проявів зниження життєвої продуктивності як наслідка виникнення легкої форми депресивних розладів. Феноменологія і симптоматика і в першому, і в другому випадку розташована поза зоною впливу тяжких і катастрофічних життєвих обставин. Прояви депресивного характеру виникають у підлітків у контексті звичних життєвих обставин, тобто обставин, до яких вони змушені були у той чи інший спосіб адаптуватися (система взаємовпливів, що склалася у сім'ї), але ускладнених психологічною умовою виникнення підліткової дихотомії. Ускладнення, які викликані цією обставиною, виявляються передовсім у дестабілізації системи особистісної саморегуляції, її функцій. Внаслідок цього з'являються і починають розгортатися два протилежних процеси:

- загострення актуальності потреби у підвищенні адаптивних якостей особистісних властивостей, зумовлених освоєнням підлітком нової для нього життєвої парадигми дорослості;

- зниження адаптивних можливостей особистісних властивостей у зв'язку з тією обставиною, що підліток продовжує жити у системі психологічних умов і засобів освоєної ним життєвої парадигми дитинства. У ситуаціях сприйняття і здійснення впливів він мимовільно віддає перевагу способам саме цієї парадигми. Це дедалі частіше стає джерелом невдоволення собою, оскільки підліток оцінює себе з позиції ідеалів парадигми дорослості, що набуває все більшої привабливості. Такі психологічні умови природно призводять до підвищення особистісної значущості ознак дорослості у фізіологічному, психологічному і соціальному житті підлітка, що закономірно знижує рівень «Я»-толерантності до пов'язаних з цими ознаками проявів і навпаки підвищує рівень «Я»-толерантності до симптомів дитячості. В результаті ті впливи дорослих на підлітків, що конструюються на ознаках дитячості у їх поведінці підсвідомо кваліфікуються ними як впливи, загрозливі для їх «Я», як такі, що мають деструктивний підтекст. Це призводить до об'єктивного зростання кількості і сили деструктивності в особистісному просторі підлітка. Одночасно посилюється його загальна уразливість та особистісна сенситивність. Це викликає у системі внутрішньо-особистісних процесів виникнення відповідних проявів і симптомів – підвищується «Я»-толерантність до агресивних впливів дорослих що



несвідомо інтерпретується підлітком як насильницьке утримання його у межах парадигми дитячості; як зневажливе ставлення до нього як до майбутнього дорослого; як нехтування ним як людиною, що розвивається і здатна до особистісного розвитку; як водночас девальвацію цінності його минулого, що має форму дитинства.

За наявності психологічної умови впливозалежності підлітка, детермінованої сформованою загальною низькою «Я»-толерантністю до впливів, зазначені вище суперечливі когнітивно-чуттєві процеси складного переживання часу буття підлітка утворюють образ часового глухого кута, безперспективності існування. Цей образ складає фундаментальну психологічну умову виникнення одного з типових феноменів підліткової депресії, що виявляється у таких особистісних симптомах:

- актуалізуються образи присвоєного соціального осуду, що мав місце у минулому і набув форми генералізованого змісту функції ставлення до себе;

- посилюються деструктивні самовпливи, «Я»-толерантність до яких є ще більш низькою, ніж рівень загальної «Я»-толерантності до деструктивних впливів, що є цілком природним і закономірним, оскільки деструктивні самовпливи відзначаються особливою продуктивністю, силою і здатністю до закарбовування у структурі компонентів особистості.

З актуалізацією деструктивних самовпливів різко зростають тенденції критично-негативного ставлення до себе. Настає період прискіпливого самопізнання, вивчення і оцінювання своїх властивостей, серед яких найбільшу увагу привертають ті, що з позиції неусвідомлюваного, але діючого ідеалу дорослості, не відповідають йому. Вони оцінюються негативно. Далі їх «негативність» гіпертрофується, що призводить до виникнення ефекту збільшувальної лінзи: підліток фіксується на негативі, що потрапив у фокус його ураженої самосвідомості, і отримує, часто вперше у житті, досвід неприємного гострого переживання душевного болю своєї невідповідності-непридатності і, разом з ним, досвід депресивного переживання.

Із ситуації цієї особистісної аберації підлітки використовують три основних виходи: підлітки з менш низькими показниками «Я»-толерантності у той чи інший спосіб знижують особистісну значущість «Я»-ідеалу, приймають себе, свої недоліки і долають депресивний епізод; підлітки з більш низькими показниками «Я»-толерантності залишають особистісну значущість «Я»-ідеалу на високому рівні (що репрезентує завищений рівень домагань), не приймають свої недоліки та себе вцілому і, або добиваються, долаючи наступні депресивні епізоди, значних досягнень в особистісному розвитку, або потрапляють у замкнене проблемне коло депресивного розладу, яке розгортається як шлях саморуїнування і поглиблення розладу. Динаміка такого

варіанту особистісного розвитку представлена у моделі симптоматики виникнення і розгортання депресивного розладу (див. рис. 2.1). У проекції на ситему особистісної саморегуляції модель розгортання депресивного розладу розкриває ознаки деструктивних змін відповідних її функцій. Зниження продуктивності функції самозахисту відіграє роль і психологічної умови розвитку депресивного розладу, і його базового симптому.

У ситуаціях деструктивного впливу, наприклад агресії з боку оточуючих, підліток виявляє нездатність, або послаблену здатність чинити опір таким впливам. Внаслідок деструктивний вплив у момент його здійснення практично безперешкодно проникає в особистісний простір підлітка, уражає його «Я», паралізує механізми особистісного захисту, що породжує феномен відстрочки захисної реакції: підліток знаходить варіант відповіді на агресивний вплив, але вже за межами ситуації його безпосереднього сприйняття. За своїм психологічним змістом латентний період, тобто час від сприйняття впливу до реакції на нього є періодом переживання приниження, сорому, пригнічення «Я», прийняття осуду, невдоволення своєю беззахисністю та його екстраполяцією на ставлення до себе загалом. Інтегруючись, подібні переживання утворюють депресивний епізод. Накопичення досвіду переживання таких епізодів формує основу для виникнення легкої форми депресивного розладу, оскільки накопичення цього досвіду є по своїй суті ні чим іншим, як накопиченням досвіду особистісних втрат. Якщо такий досвід не врівноважується досвідом особистісних здобутків, то він закладає підвалини формування у підлітка Я-концепції людини втрат.

Зовнішніми симптомами легкої форми депресивного розладу у підлітка з деформацією функції самозахисту є пасивність, залежність, пригніченість поведінки у ситуаціях сприйняття деструктивного впливу. Характерною є міміка розгубленої, враженої, винної у скоєнні невідповідного і негідного вчинку дитини. Протягом латентного періоду підліток виявляє ознаки фіксованості на колізіях, пов'язаних із деструктивним епізодом – йому важко відволіктися від тяжких переживань і думок. Вираз обличчя у нього надмірно серйозний, погляд відсторонений і сам він постійно «вислизає» за межі ситуації «тут – і – тепер». Після завершення латентного періоду, коли закінчується осмислення епізоду, підліток робить спроби відновити рівновагу, вдаючись до тих чи інших способів реагування на ситуацію. До типових симптоматичних реакцій відносяться: «прокручування» вголос заготовленої реакції на самоті, обурлива розповідь про епізод близьким людям, аутичне переживання, обіцянка собі і співчуваючим рішучої відповіді, компульсивний конформізм при спробі реалізувати ці наміри. Слабкість самозахисту виступає механізмом продукування багатьох інших депресивних станів та симптомів, що в рамках легкої

форми підліткової депресії виявляються нейтралізованими, усунутими чинником часу.

Специфічний симптомокомплекс утворює депресивне пригнічення функції самовираження. Його складовими є такі симптоми, як загальне згортання активності, різке зниження рівня комунікабельності, поява замкнутості і мовчазності, редукція експресивності, що виявляється у відмові від тих форм активності, які раніше були джерелом задоволення і радості. Підліток стає надмірно стриманим, його експресія набуває мінорного забарвлення: через підкреслену індиферентність проглядає сум, тривожність, стурбованість, заглибленість у свій внутрішній стан. На тлі цих проявів може зростати значення внутрішніх способів самовираження, що пояснює факти появи інтересу до ведення щоденника, написання віршів, сприймання серйозної музики, гри на музичному інструменті тощо.

Одним з найбільш промовистих симптомів депресивного розладу є втрата підлітком «смаку», бажання до заперечення несправедливих щодо нього оцінок, звинувачень, стягнень. З огляду на властиву йому особистісну сенситивність це виглядає як суперечливість, але є цілком логічним з позиції врахування впливу на його психологію і поведінку депресивного розладу.

Значний вплив на роботу функції самовираження справляє властивість, що є складовою особистісної сенситивності, – сором'язливість. В умовах депресивного розладу вона поглиблюється співрозмірно до ступеня його вираженості, сковуючи і без того надмірно стримувану підлітком самоекспресію. Вже за легкої форми депресії сором'язливість набуває хворобливого характеру, перешкоджаючи підлітку ефективно себе репрезентувати і бути зрозумілим для оточуючих. Саме ця обставина часто є джерелом страждань, що переростають у депресивні переживання. Сором'язливість є симптомом самодостатнім: її наявність виступає достатньою підставою для припущення про те, що потреба підлітка у самовираженні депривується і йому відомий смак депресивного переживання. З браком, недостатністю самовираження пов'язана депривація глибинної потреби в особистісному функціонуванні та розвитку, яку можна вважати фундаментальною психологічною умовою виникнення депресивних розладів.

Однією з функціональних психологічних умов виникнення депресії є недостатній рівень розвитку функції самоуправління. Це виявляється передовсім у зниженій здатності свідомого регулювання перебігу образів впливів, які внаслідок цього легко проникають в особистісний простір підлітка, опановують його емоціями, почуттями, настроями і психічними станами. Емпірично це виявляється у симптомах вразливості, нездатності відволікатися від образів подій, що справили вплив, психологічній залежності від них, у безсиллі перед некерованістю і спонтанністю процесу їх самовідтворення. За таких

умов ситуація потужного деструктивного впливу закономірно викликає особистісні розлади депресивного характеру. Легка форма депресивного розладу характеризується симптомами тимчасової, ситуативної втрати підлітком самоконтролю та здатності до управління своїми станами. Легкість як характеристика розладу асоціюється у цьому випадку з нетривалістю і відносно швидким виходом зі стану пригніченості. Однак депресія цього виду може бути досить глибокою і гострою. Симптоматичними тут є самодостатність та здатність до самовідновлення.

Найбільш доступними для спостереження є симптоми ураження депресією функції самореалізації. Наслідком такого ураження є зниження продуктивності життєдіяльності, загальної або часткової. Воно характеризується спадом активності відповідного змісту, індиферентністю, апатією, наявністю відрази до того чи іншого виду діяльності, зниженням або втратою результативності. За умови легкої форми депресивного розладу у підлітка може спостерігатися зниження успішності у навчанні, інтересу до стійкого хобі, до спілкування. Підліток поводить себе, як втомлена від життя людина. Втрата продуктивності може викликати страждання, особливо за умови її осуду з боку дорослих чи ровесників. Свідченням легкої форми цих змін є їх ситуативний характер не тільки у сенсі нетривалості, але й у значенні відсутності замкнутості, обмеження перспективи, безперспективності, безвиході. Підліток з легкою формою депресивного розладу занурений у щире переживання теперішнього моменту подібно до того, як переживає відмову у задоволенні бажання дитина дошкільного віку, – у цьому переживанні майбутнього немає, а тому це переживання не виходить за межі теперішньої ситуації і не заповнює змісту наступних ситуацій.

Прикладом легкої форми депресії може бути випадок депресивного розладу Ольги Б., 14 років.

Циклоїдний тип акцентуації характеру, самооцінка адекватна з тенденцією до заниження, високий рівень домагань, незначне підвищення тривожності, сангвінічний тип темпераменту.

Педагогами характеризується як старанна, наполеглива, дисциплінована учениця. Навчається на «відмінно» і «добре». Чутливо реагує на оцінку, важко переживає навіть незначні невдачі. Її поведінка характеризується неврівноваженістю, спостерігаються різкі переходи від активності, ініціативності, комунікабельності до апатії, песимізму, втрати учбових інтересів, замкнутості, уникнення стосунків з оточуючими. За словами дівчинки, вона часто переживає періоди безпричинного зниження настрою, при цьому стає плаксивою, дратівливою, байдужою навіть до своїх улюблених занять, прагне спокою і самотності. Оля пише вірші, у яких намагається виразити свої роздуми і переживання:

Сіре небо, сірі хмари,  
Сірі сутінки в вікні.  
Сірі думки, як примари,  
Не дають заснути мені...

Дослідженням виявлено дві категорії підлітків з помірною формою депресивних розладів: підлітки з природною більш високою впливозалежністю і більш низькою «Я»-толерантністю до деструктивних впливів та підлітки, помірна форма депресії у яких, виникла переважно під впливом несприятливих тяжких чи катастрофічних життєвих обставин, надмірно тривалої присутності деструктивних чинників або поєднання впливу певної їх кількості.

З формальної позиції симптоми помірної форми депресивних розладів подібні до симптомів легкої їх форми. До структури класичної симптоматики помірної форми депресії відносяться такі її прояви, як тривожність, занижена самооцінка, пригнічений настрій, втрата продуктивності у діяльності, неврівноваженість, переживання самотності та ін. У контексті цієї форми зазначені симптоми відрізняються однак більш високим, порівняно з легкою формою, ступенем вираженості. Більш високий ступінь вираженості симптомів віддзеркалює факт більш глибоких і значних деструктивних змін у структурі особистості підлітка загалом та системі особистісної саморегуляції, зокрема. Підвищується рівень тривожності, посилюється неврівноваженість, ще більше знижується самооцінка, що викликає загострення негативного ставлення до себе. Посилюється також схильність до гіпертрофії особистісного значення впливів загалом і деструктивних, зокрема. Це закономірно спричиняється до зниження «Я»-толерантності до них. Внаслідок цього кожний деструктивний вплив спровоковує актуалізацію всього комплексу саморуйнівних процесів, центральним серед яких є процес глибокого ураження і пригнічення «Я» підлітка. Результатом цього є поява якісно нового симптома – відчаю від свого «Я». Підліток перебуває у реальному переживанні своєї життєвої непридатності, непотрібності і нікчемності. Ці надпотужні за своїм руйнівним впливом переживання закономірно продукують образи безперспективності і смерті. Функціональний діапазон цих образів охоплює нав'язливі фантазування і експериментування з ними та дії переведення їх у площину реальних рішень як способів розв'язання проблеми тяжких душевних страждань.

Симптом відчаю від свого «Я» продукує симптом критичного послаблення функції самозахисту: підліток стає беззахисним перед уразливими щодо його «Я» впливами. У той же час відчай може спонукати його до демонстрації захисних форм поведінки – конфліктування, агресії, гіперактивності. Ці прояви однак несуть на собі відбиток переживання, що породило їх. Це може спонукати підлітка вдатися до відчайдушних форм поведінки, в тому числі до сурогатних форм дорослості – вживання алкоголю, наркотиків,

сексуальних ексцесів, жорстокості, бунту тощо. Це закономірно не полегшує розв'язання проблеми депресивного розладу, а поглиблює і ускладнює його. Загострюється почуття вини і самозвинувачення, що починає відігравати роль центрального механізму подальшого розгортання і поглиблення депресії. Переживання вини не є абстрактним, йому властива чуттєво-образна прив'язка до тієї чи іншої тяжкої за наслідками або катастрофічної події – хвороби, втрати близьких людей, інцидентів, конфліктів тощо. Підліток пригадує і гостро переживає скоєні у минулому вчинки, що викликали осуд та покарання. Подібні спогади і переживання інтегруються у сукупність образів проблем теперішнього існування, наповненого в силу об'єктивних і суб'єктивних причин травмуючими деструктивними подіями і чинниками. В результаті життя у сприйнятті підлітка з помірною формою депресивного розладу здається суцільним негативом, а сам він через гіпертрофію цього негативу і своєї вини у його створенні, оточеним кільцем нерозв'язних проблем. Виникає симптом нездоланності труднощів і перешкод, психологічний зміст якого полягає у гіпертрофії життєвого значення труднощів і перешкод, а також параметрів ресурсів, необхідних для їх подолання. Переживання цих гіпертрофованих образів особистісно обезсилює підлітка і створює ефект ситуативної життєвої капітуляції. Життя здається безперспективним, а будь-які зусилля марними. Психологічні умови, що виникають у цій ситуації, актуалізують гостре переживання комплексу неповноцінності, яке значно підвищує ризик завершення формування суїцидної ідеології і мотивації її практичної реалізації. Симптомом сформованості такої ситуації може бути раптовий перехід від ступороподібної поведінки до пожвавлення, що має ознаки натхнення, творчого озаріння, фасілітації. Такі ознаки можуть віддзеркалювати процес трансформації мотивації реалізації суїцидної ідеології у мотивацію самореалізації. Ця трансформація є вкрай небезпечною, вона змушує підлітка балансувати на межі життя і смерті. Виявлення цього симптому вимагає надання підлітку невідкладної психологічної допомоги.

Ще однією лінією несприятливого розвитку ситуації помірної форми депресивного розвитку у підлітків може бути трансформація комплексу неповноцінності у комплекс нонвалідності, що являє собою, у нашому розумінні, сукупність ефектів деперсоналізації, які обумовлюють виникнення феномена повної девальвації, обезцінення «Я». Феномен нонвалідності – це крайня межа негативного ставлення до себе, що означає перехід до важкої форми депресивного розладу.

Про перебування підлітка на межі важкої форми депресії свідчить наявність таких супровідних соматичних симптомів, як головні болі, функціональні порушення роботи серця, погіршення сну і апетиту, харчові розлади (булімія, анорексія), швидке фізичне виснаження, низька працездатність, знижена здатність відновлення сил, хронічна втома тощо.

Приклад: Віталій С., 15 років.

Астено-невротичний тип акцентуації характеру, самооцінка занижена, середній рівень домагань, підвищена тривожність, холеричний тип темпераменту.

Педагогами характеризується як недисциплінований, неврівноважений, конфліктний, на уроках неуважний. Виявляє здібності до фізики та математики. Однак, поверховість і нестійкість учбових інтересів зумовлює нестабільність успішності. Тому у щоденнику хлопчика оцінки високого рівня чергуються з оцінками середнього рівня. На період обстеження спостерігалось різке зниження шкільної успішності.

Зовні хлопчик виглядає дуже пригніченим, вираз обличчя повільно змінюється від сумного до байдужого, іноді агресивного, підозрілого. Поведінка мінлива. У періоди спаду активності рухи кволі, загальмовані, голова опущена, постава дещо згорблена. В такому стані Віталій переважно мовчить, у розмову вступає без особливої ініціативи, на запитання відповідає коротко, одноманітно. Мовлення монотонне, сповільнене, голос приглушений. Характерні різкі переходи до підвищеної активності з яскравими ознаками психомоторного збудження: хлопчик безцільно ходить по класній кімнаті, рухи різкі, метушливі, неспокійні. Іноді спостерігається невиражений тремор рук, вираз обличчя тривожний. Віталій робить спроби спілкуватись з однокласниками, однак, при цьому поводить себе підкреслено демонстративно, навіть агресивно, часто змінює співрозмовників, говорить голосно, крикливо.

Хлопчик розповів, що страждає від нестерпних нападів страху і тривоги: «Мені стає так страшно, що я не можу знайти собі місця. Руки і ноги тремтять, ніби не слухаються мене. Шукаючи порятунку, біжу туди, де багато людей».

За словами батьків, Віталій часто скаржиться на головні болі і неприємні відчуття в області грудної порожнини. Мати хлопчика повідомила про випадок, коли у розпалі особливо гострого конфлікту, він зі сльозами на очах викрикнув, що не хоче жити.

Важка форма депресивного розладу характеризується, передовсім, повномасштабним розгортанням комплексу нонвалідності, поглибленням процесів деперсоналізації. Спостерігається глибока деформація та регресія функцій системи особистісної саморегуляції, зниження чи втрата їх продуктивності. Міра пригніченості «Я» досягає критичних показників, вона стає надситуативною і такою, що блокує здатність підлітка до особистісної саморегуляції. Пригніченими виявляються не тільки функції самозахисту, самовираження, самоуправління і самореалізації, але й емоції та почуття. Виникає феномен емоційної тупості і пов'язане з цим переживання глибокої внутрішньої спустошеності. Увесь широкий спектр емоцій звужується до різко домінуючих в особистісному просторі підлітка емоцій гострого страху та відчаю. Спостерігається зростання аутодеструктивних, в тому числі аутоагресивних тенденцій, одним з

типових проявів яких виступають гіпертрофовані до ступеня нереалістичності самозвинувачення.

Сягає апогею розгортання ефектів нонвалідності. Продуктом їх інтегрованої взаємодії є вражаючий феномен ненависті до себе. Його виникнення знімає майже всі перешкоди на шляху до здійснення останнього особистісного вибору – самознищення. Результати дослідження дають статистичне підтвердження типовості цього симптому важкої форми депресивного розладу. Серед підлітків з важкими депресивними розладами небажання жити висловили 75,00 % досліджуваних.

У дослідженні знайшла підтвердження гіпотеза симптоматики депресивних розладів А. Бека [121], яку він назвав депресивною когнітивною тріадою. Ця концепція базується на ідеї про те, що симптомом вираженої депресії є єдність трьох ознак: негативних уявлень підлітків про себе як про непривабливих, нічого не вартих, безпорадних, нездатних бути щасливими; песимістичної оцінки минулого і теперішнього; погляду на майбутнє як безрадісне і безперспективне.

Дослідженням виявлено і класичні симптоми важких форм підліткової депресії: тривалий тужливий настрій, важку форму пригніченості, надвисокий рівень тривожності, напади невмотивованого страху, панічні атаки. Підтвердилось наше припущення стосовно того, що важливими симптомами важкої форми підліткової депресії є позамежно низька «Я»-толерантність до деструктивних впливів, зумовлений цим критично низький рівень функції особистісного самозахисту та високий рівень впливозалежності.

Приклад: Ольга Н., 13 років: «Я – потвора, нікчема, бездара. Завжди усе роблю не так. Ненавиджу себе. Іноді мені хочеться себе сильно побити, розірвати своє тіло на шматки. Одного разу я не витримала і почала бити себе по обличчю, руках, товкти головою об стіну».

Будь-які прояви аутоагресії (самовбивство, тілесні ушкодження) ставлять важку депресію у ранг особливо небезпечних психічних розладів.

Показовими симптомами глибокої депресії є параліч мотивації і бажань. Підлітки втрачають інтерес до навчання, спілкування, розваг, що неодмінно веде за собою значне послаблення соціальної активності та різке погіршення шкільної успішності. Порівняння шкільної успішності досліджуваних з різними формами депресивних розладів показало, що найгірше навчаються підлітки, які перебувають у стані важкої депресії (див. табл. 2.11). У ході дослідження було проаналізовано шкільну успішність досліджуваних цієї категорії за весь навчальний рік. Отримані результати свідчать, що рівень навчальної успішності підлітків, які страждають важкою депресією, різко коливається протягом року. Один з найбільших спадів успішності у навчанні було виявлено під час обстеження, коли у підлітків було зафіксовано депресивні розлади важкої форми вираженості. Отже, результати дослідження дозволяють зробити



висновки про те, що важка депресія зумовлює різке зниження шкільної успішності. Причиною погіршення навчання підлітків, які страждають глибокими депресивними розладами, є негативні зміни у пізнавальній та мотиваційній сферах: уповільнення процесів мислення, послаблення пам'яті, ускладнення концентрації уваги, зниження розумової працездатності, апатія, відсутність інтересу до учбової діяльності [45; 124].

Для підлітків з важкими формами депресії характерне значне зниження фізичної активності, швидка втомлюваність, загальмованість їх рухів. Скорботний вираз обличчя, квола міміка. Розмовляють вони повільно, тихим, монотонним голосом, можуть довго сидіти на одному місці, не реагуючи на звернення оточуючих.

Важка депресія у підлітків супроводжується вираженою соматичною симптоматикою: головні болі, неприємні відчуття в області грудної порожнини, погіршення сну, розлади функціонування шлунково-кишкового тракту, тривалі відчуття фізичної втоми, виснаження, безсилля.

Приклад: Ірина Ю., 13 років.

Психастенічний тип акцентуації характеру, низька самооцінка, низький рівень домагань, висока тривожність, меланхолічний тип темпераменту.

Педагогами характеризується як дисциплінована, пасивна, неконфліктна, тривожна, нерішуча, відповідальна. Навчальна успішність відповідає достатньому рівню. Проявляє інтерес до літератури та біології. На період обстеження спостерігався різкий спад шкільної успішності. За словами вчителів, Ірина останнім часом стала дуже неуважною, байдужою, інертною, на запитання відповідає нечітко, короткими одноманітними фразами, або ж зовсім мовчить.

Дівчинка майже не спілкується з однокласниками, важко іде на контакт, розмовляє тихо, повільно, монотонно. Рухи загальмовані, кволі, нечіткі; ходить переважно згорбивши плечі, опустивши голову. Може довго сидіти мовчки на одному місці, не реагуючи на спроби оточуючих почати розмову. Дівчинка постійно перебуває у пригніченому стані: тривожний погляд, скорботний або байдужий, відчужений вираз обличчя. Часто скаржиться на головні болі та поганий сон.

Критерії розрізнення форм депресії є недостатньо чіткими, це ускладнює процес постановки діагнозу. Труднощі у розпізнаванні депресивних станів зумовлюються ще й тим, що майже всі психічні і соматичні прояви, котрі діагностуються в рамках депресії, нерідко супроводжують й інші хворобливі стани. Розпізнати депресію у підлітків значно складніше, ніж у дорослих людей. Складність діагностики підліткових депресій зумовлюється специфікою даного віку і тим, що їх прояви часто носять атипичний, поліморфний характер.

## Висновки до Прозділу

Аналіз результатів констатувального експерименту містить підстави для таких висновків:

- Частота депресивних розладів серед обстежених підлітків свідчить про те, що підліткова депресія є феноменом групової вікової психології, а депресивність – однією з типових особливостей підліткового віку.

- Найбільш поширеними формами депресивних розладів у підлітковому віці є депресія легкої і помірної форми, що свідчить про потенційно перехідний характер підліткової депресії.

- Критичним періодом розвитку депресії є період від 13 до 14 років.

- Варіанти розгортання підліткової депресії обумовлюються складною взаємодією біологічних, соціальних та психологічних факторів, визначальним серед яких є рівень особистісного розвитку підлітка.

- Для переважної більшості підлітків з депресивними розладами властива знижена самооцінка. Існує пряма статистична взаємозалежність між рівнем самооцінки і глибиною депресії: чим нижчий рівень самооцінки, тим важчий депресивний стан і чим глибша депресія, тим більшого зниження досягає рівень самооцінки.

- Має місце взаємозв'язок між рівнем особистісної тривожності і глибиною депресії. Поглиблення депресивного стану супроводжується підвищенням тривожності; високий рівень тривожності є однією з провокуючих психологічних умов депресії.

- Простежується двосторонній зв'язок між рівнем домагань та депресією – поглиблення депресивного розладу призводить до зниження рівня домагань, нереалізований рівень домагань викликає депресивні розлади.

- Кореляційні зв'язки існують між особистісними властивостями підлітків та депресивними розладами. Переважно їх носіями є підлітки з меланхолічним та холеричним типами темпераменту, з акцентуйованими рисами характеру за психастенічним, сенситивним, астено-невротичним та циклоїдним типами.

- У підлітків, які перебувають у стані депресії, закономірно формується суб'єктивний образ депресії, що віддзеркалює особливості виникнення та розгортання депресивного розладу. Цей образ являє собою складний синтез думок, переживань, відчуттів, станів, що продукуються депресією. Робота з образом депресії є важливим елементом надання психологічної допомоги, оскільки сприяє більш точній постановці діагнозу та розробці індивідуальної корекційно-розвиваючої програми.

- Легкі підліткові депресивні розлади є, як правило, закономірним наслідком змін, що мають місце у підлітковому віці. Це стосується передовсім трансформацій, що відбуваються в особистісному розвитку підлітка під впливом необхідності розв'язання підліткової дихотомії. Ця психологічна умова ставить перед системою особистісної

саморегуляції підлітка, такими її функціями, як функції самовираження, самоуправління та самореалізації підвищені і ускладнені вимоги. Кардинальні зміни у структурі особистості підлітка, що відбуваються під впливом цих процесів, зумовлюють підвищення у нього рівня особистісної сенситивності, гіпертрофії особистісної значущості деструктивності впливів, зниження рівня «Я»-толерантності до деструктивних впливів, посилюють його уразливість та пригніченість його «Я». Розвиток особистості підлітка – складний, суперечливий і тривалий процес, що супроводжується глибокими переживаннями, важкою внутрішньою роботою. Такі субдепресивні переживання є природними для цього вікового періоду.

Підлітки з легкими депресивними розладами входять однак до групи ризику і тому повинні бути під наглядом працівників шкільної психологічної служби, отримувати кваліфіковану допомогу.

- Велику небезпеку для життя підлітків складають депресивні розлади помірної та важкої форми вираженості. Їм властива складна симптоматика, що об'єднує такі різні за функціональним характером прояви, як високий рівень тривожності, критично знижена самооцінка, пригнічене «Я» і функції саморегуляції, пригнічений настрій, зниження чи втрата продуктивності життєдіяльності, комплекс неповноцінності, гострі переживання самотності, безпорадності, безреспективності, відчаю, симптом відчаю від свого «Я», актуалізація образів теми смерті, гостре почуття вини, глибокі самозвинувачення, наявність суїцидної ідеології і мотивації, емоційна тупість і спустошеність, почуття ненависті до себе, ознаки когнітивної тріади А. Бека, тривалий тужливий настрій, панічні атаки, критично низька «Я»-толерантність до деструктивних впливів, аутодеструктивні та аутоагресивні прояви, загальмованість психічних процесів, розлади сну і апетиту, головні болі, швидке виснаження, низька працездатність.

- Відсутність у структурі особистості підлітків, у яких не виявлено депресивних розладів, особистісних особливостей, діагностованих у підлітків з депресивними розладами, забезпечує обґрунтованість фундаментального для дослідження узагальнення: депресія – феномен особистісної сфери, проблема особистісного розвитку підлітка загалом, особистісних механізмів саморегуляції зокрема.

## **РОЗДІЛ III**

### **КОРЕКЦІЙНІ ЗАСОБИ СТВОРЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ УМОВ ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ ПІДЛІТКІВ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ**

#### **3.1. Програма створення психологічних умов розвитку та корекції особистісних властивостей підлітків з депресивними розладами**

Подолання депресії – складний і часто довготривалий процес. На сьогоднішній день існує велика кількість методів подолання депресивних розладів, розроблених в рамках різних терапевтичних шкіл. Оскільки депресивний розлад при всіх своїх типових ознаках має глибоко індивідуальний характер, то побудова стратегії його подолання вимагає підбору методів, які найбільше відповідають особливостям депресії конкретного підлітка. При цьому слід враховувати передовсім специфіку симптоматики, глибину і тип депресії, фактори, які спричинили її виникнення.

Корекційно-розвивальна програма, що складала зміст формувального етапу експерименту, розроблялася в рамках запропонованого нами особистісного підходу до виявлення та подолання депресивних розладів. Цей підхід забезпечує як інтегративне бачення депресивного розладу в кожному конкретному випадку, так і об'єднання методів подолання депресії представників різних галузей – психологів, психотерапевтів, педагогів, соціальних працівників, тощо. Психокорекція депресії у підлітків повинна здійснюватись на всіх трьох рівнях її розгортання. Цей принцип визначає основні напрямки і методи психологічної допомоги підліткам, які страждають депресивними розладами. Напрямки і методи психокорекційної роботи відповідно до рівнів розгортання депресивних розладів представлено у додатку А.1 (див. табл. А.1.1).

Мета психокорекційних занять полягала в подоланні депресивних розладів, розвитку особистісної компетентності підлітків, усунення схильності до депресивних форм реагування на життєві труднощі та розвитку системи особистісної саморегуляції. Робота з особистісного розвитку підлітків здійснювалась у трьох основних напрямках:

- 1) регуляція емоційного стану, зниження рівня тривожності і афективної напруги, послаблення агресивності;
- 2) розвиток особистісної компетентності підлітків (поглиблення саморозуміння, пізнання власних особистісних властивостей, усвідомлення свого депресивного розладу та причин його виникнення);
- 3) корекція і розвиток функцій особистісної саморегуляції, вироблення у підлітків вмій та навичок розвитку своїх особистісних властивостей, які допоможуть подолати депресію і формування на цій

основі властивостей особистості, необхідних для кращої адаптованості й протистояння дії депресогенних факторів.

Методика надання підліткам психологічної допомоги мала розвивальний, психокорекційний і психопрофілактичний характер.

Розроблена модель подолання депресивних розладів базується на таких тезах:

- у процесі розгортання депресивних розладів утворюється проблемне коло депресивного розладу, що призводить до звуження і обмеження особистісного простору підлітка, утворюючи базову внутрішньо-особистісну перешкоду на шляху подолання депресії;

- у побудові стратегії і тактики подолання депресивних розладів слід керуватися тезами про необхідність пошуку найбільш слабкої ланки у проблемному колі депресивного розладу і впливу на неї для його розірвання;

- найбільш слабкою ланкою у колі депресивного розладу, - компонентом, найбільш чутливим щодо корекційних впливів, - виступає особистісна компетентність.

Особистісна компетентність являє собою обізнаність людини відносно своїх особистісних якостей і властивостей. Рівень особистісної компетентності визначається здатністю людини адекватно сприймати і оцінювати риси свого характеру, власні життєві цінності і пріоритети, бажання, здібності та потенційні можливості. Особистісна компетентність виявляється також у здатності людини бачити свої слабкі і сильні сторони, усвідомлювати особистісні проблеми та ті зовнішні і внутрішні фактори, які спричиняють виникнення цих проблем.

Результати опитування досліджуваних показали, що переважна більшість підлітків не усвідомлюють наявності у них депресивних розладів. Вони страждають, переживають глибокий психологічний дискомфорт, намагаються якось вийти із скрутною ситуації, але часто не розуміють, що шлях до позитивних змін потрібно шукати не зовні, а в самих собі. Це складний, тривалий і, як правило, болючий процес внутрішньої особистісної перебудови, зміни мотивів, ідеалів, поглядів, переконань, цінностей, а подекуди й власної життєвої концепції. Частина досліджуваних старшого підліткового віку розповідали, що депресивні переживання підштовхують їх до самоаналізу, до розуміння необхідності саморозвитку та самовдосконалення. Однак їх прагнення залишалися нереалізованими через нестачу відповідних знань і життєвого досвіду. Тому вже під час перших психокорекційних занять робився акцент на розвитку особистісної компетентності підлітків. Така робота проводилась на всіх етапах реалізації моделі подолання у підлітків депресивних розладів з орієнтацією на завдання поглиблення їх особистісної компетентності.

Особистісна компетентність – це найбільш сенситивна щодо психокорекційних і розвиваючих впливів ланка проблемного кола депресивних розладів. Тому у побудові моделі подолання депресивного розладу особистісна компетентність як найбільш слабка ланка проблемного кола депресивного розладу має визначатися як пріоритетна щодо психокорекційного і розвиваючого впливу, оскільки це дає можливість розірвання цього кола.

Реалізація розробленої психокорекційної програми, спрямованої на подолання депресивних розладів у підлітків, тривала шість місяців. Частота проведення занять становила 1-2 зустрічі на тиждень, залежно від психічного стану досліджуваних та терапевтичної складності і цілей кожного з етапів експерименту. Тривалість занять становила 60 хвилин. Структура кожного заняття включала такі складові етапи:

1. Вступна частина (організаційний етап).

Мета: привітання, рефлексія самопочуття, обговорення домашнього завдання.

Процедура проведення: ритуал привітання; самозвіти учасників групи щодо актуального психофізичного стану та самопочуття; групове обговорення та психологічний аналіз результатів виконання домашнього завдання.

2. Етап нервово-психологічної підготовки. Вступне слово психолога.

Мета: створення сприятливої атмосфери, психологічне налаштування на роботу, актуалізація попередньо отриманих знань.

Процедура проведення: релаксаційні вправи, ігрові вправи-розминки (робочий план-конспект заняття включав кілька варіантів методик позитивного психологічного налаштування, кінцевий їх вибір здійснювався з урахуванням отриманої інформації про актуальний психофізичний стан учасників групи); обговорення тематичних проблемних ситуацій з метою актуалізації знань, отриманих на попередніх заняттях; представлення психологом загальних цілей заняття з метою формування у підлітків необхідної мотивації до роботи у групі.

3. Основна частина (власне корекційний етап).

Мета: реалізація конкретних завдань психологічної допомоги відповідно до визначених цілей кожного з етапів психокорекційного процесу (опис етапів психокорекційного процесу, їх цілей та завдань подано вище).

Процедура проведення: психологічні прийоми, ігри, етюди, вправи спрямовані на корекцію особистісного розвитку підлітків та подолання наявних у них депресивних розладів.

4. Заклучна частина (психофізичне розвантаження, самозвіти підлітків, домашнє завдання, прощання).

Мета: зняття втоми та психологічної напруги, позитивне психоемоційне налаштування, закріплення досягнутого психокорекційного ефекту, створення атмосфери завершеності заняття.

Процедура проведення: психологічні методи і прийоми на зняття психофізичного напруження, позитивне психологічне підкріплення; звіти учасників групи про самопочуття та враження від заняття; формулювання домашнього завдання, обговорення особливостей і вимог щодо його виконання; ритуал прощання.

Структура занять мала відносно стандартизований характер, що дозволяло вносити необхідні корективи з орієнтацією на актуальний психофізичний та емоційний стан підлітків. Необхідність відходу від жорсткої стандартизації процедури занять обумовлена нестійкістю психоемоційного стану підлітків з депресивними розладами та динамікою їх особистісного розвитку в умовах активного психокорекційного антидепресивного впливу.

Розроблена нами програма, передбачала поєднання групових та індивідуальних форм роботи. Кістяк програми склали групові заняття, які проводились два рази на тиждень і тривали не більше години. Групові зустрічі чергувались з індивідуальними. Для кожного з підлітків було розроблено програму індивідуальної психокорекційної роботи. У ході індивідуальних зустрічей здійснювалась додаткова діагностика (уточнення діагнозу, виявлення індивідуальних особливостей депресивного розладу, визначення загального фізичного та психічного стану підлітка) і розв'язувались психокорекційні завдання.

Необхідність поєднання групової та індивідуальної форм психокорекційної роботи зумовлювалась специфікою депресивних розладів та відповідало принципу особистісного підходу до подолання депресії. Індивідуальні заняття давали можливість виявити, глибше проаналізувати та усунути психологічні особливості підлітків, які зумовлюють їх схильність до депресії. Вони цінні також тим, що гарантуючи конфіденційність клієнту, знімають ряд психологічних бар'єрів, які виникають у випадку групової терапії, схилиючи цим самим клієнта до відвертості, щирості, глибокого саморозкриття. Форма індивідуальної психокорекції застосовувалась при роботі з підлітками, у яких було виявлено надмірну тривожність, невмотивовані страхи, комплекс неповноцінності, думки про самогубство, підвищену агресивність, виражену сором'язливість. На індивідуальні заняття запрошувались також школярі, у яких під час групових зустрічей виявлялись проблеми глибоко індивідуального, інтимного характеру, та підлітки, котрі відмовлялись працювати у групі.

Групові психокорекційні заняття давали можливість розв'язання різноманітних соціально-психологічних проблем підлітків, що провокують виникнення депресії. В умовах групової психокорекції

розширювались межі терапевтичного впливу, який спрямовувався на сферу соціального буття підлітка, на систему його взаємостосунків і взаємодії з оточуючим світом. Група виступала як модель реального життя, у якій виявлялися особливості соціальних взаємовідносин підлітка, властиві йому поведінкові та емоційні реакції, життєві цінності, установки. Заняття у групі стимулювали процеси саморозкриття, самопізнання, самореалізації, особистісного росту молодих людей, сприяли виробленню у них навичок спілкування, налагодження взаємостосунків, конструктивного розв'язання конфліктних ситуацій, тим самим збагачуючи їх соціальний досвід.

У застосуванні комплексу розроблених та проведених нами групових психокорекційних занять, виділялося шість етапів, кожен з яких мав свої чітко окреслені цілі. На першому етапі заняття проводились за принципом невідкладної психотерапії, їх мета полягала у знятті ризику суїцидних спроб і профілактиці самогубств серед підлітків. Заняття другого етапу психокорекційного процесу були спрямовані на зниження психічного напруження та регуляцію емоційного стану. Центральне завдання третього етапу психологічної роботи полягало у розвитку особистісної компетентності підлітків, що мають депресивні розлади. Четвертий етап включав у себе заняття, що мали за мету корекцію особистісних властивостей досліджуваних, які зумовлюють їх схильність до депресії. Завдання п'ятого етапу передбачали розв'язання соціально-психологічних проблем підлітків, які спричиняють виникнення у них депресивних розладів. Метою шостого завершального етапу психокорекційного процесу було вироблення у підлітків вміння самостійно протистояти депресогенним факторам і формування у них особистісних якостей, необхідних для кращої адаптованості до різноманітних життєвих труднощів. На заключних заняттях проводилась робота щодо закріплення терапевтичного ефекту та створенню умов для перенесення підлітками здобутого досвіду, нових умінь і навичок у реальне життя. Між зазначеними етапами психологічної роботи не було чіткого розмежування, вони тісно переплітались між собою, гармонійно доповнюючи та логічно продовжуючи один одного.

При розробці тактики і стратегії першого етапу психологічної роботи ми керувались трьома основними науково-теоретичними концепціями, що пояснюють природу суїциду: психологічною, соціальною і психопатологічною [65]. Психологічна концепція включає в себе психоаналітичну, екзистенційну і поведінкову теорії. Основоположник психоаналізу З. Фрейд [194], розглядав самогубство як прояв «інстинкту смерті», який проявляється у вигляді агресії та аутоагресії. На думку екзистенціалістів, головна причина самогубств полягає у втраті сенсу життя, так званому, «екзистенційному вакуумі» [65]. З позицій поведінкової теорії, самогубство є наслідком втрати



рефлексу цілі. За словами І.П. Павлова [121], «... життя перестає кликати до себе, коли зникає рефлекс цілі». В основі соціальної концепції суїциду лежить ідея Е. Дюркгейма [50] про те, що причиною самогубств є зниження і нестійкість соціальної інтеграції. Згідно з концепцією професора психіатрії А.Г. Амбрумової [6; 7], причини формування суїцидальної поведінки потрібно розглядати в сукупності психологічних, соціальних і біологічних факторів. На її думку, самогубство є наслідком дезадаптації особистості в умовах мікросоціального конфлікту, який вона переживає. А.Г. Амбрумова [6; 7] поділяє усіх суїцидентів на три категорії: психічно хворі, особи з пограничними нервово-психічними розладами і практично здорові люди.

Таким чином, спираючись на теоретичне пояснення причин самогубств, викладене у вище згаданих концепціях суїцидної поведінки, ми визначили основні завдання та розробили методику невідкладної психологічної допомоги.

Початковий етап психологічної роботи з досліджуваними будувався за принципом невідкладної психотерапії, основне завдання якої полягає у знятті ризику суїцидних спроб та профілактиці самогубств. З цією метою використовувались різноманітні психологічні методи і прийоми, призначені для регуляції емоційного стану та зниження психічного напруження. Завдання психокорекційних занять передбачали не лише регуляцію емоцій, але й досягнення усвідомлення підлітками наявності у них депресивних розладів та формування установки на активну протидію депресії. З цією метою застосовувалась методика «випередження»: у ході терапевтичної бесіди через роз'яснення клієнту особливостей депресії він повинен досягти розуміння того, що його психічний стан і депресивні страждання не є чимось надзвичайним, що почуття безвиході, безпорадності, життєвої непридатності і трагізму – це лише симптоми депресивного розладу, а не реальне свідчення життєвого краху. Застосування методики «випередження» сприяло формуванню у підлітків розуміння своїх страждань як болючих симптомів депресивного стану, оптимістичної переорієнтації їх суб'єктивних прогнозів стосовно власних проблем, бажання і готовності боротись з депресією [57].

Принцип невідкладної психотерапії передбачає виявлення у клієнта суїцидних думок. З цією метою крім групових занять з підлітками, проводились індивідуальні консультативні бесіди. Під час індивідуальних бесід використовувався метод «непрямих запитань», який виключає можливість відкритого розпитування клієнта про його наміри покінчити життя самогубством [57]. У практиці консультування людей з суїцидними намірами прямі запитання типу: «Чи не збираєтесь ви скоїти самовбивство?» – вважаються неприпустимими, оскільки вони провокують клієнта до заперечення. Тому підлітків розпитували про найбільш важкі періоди у їх житті, про пережиті моменти відчаю,

нестерпного душевного болю, туги і страждань. При цьому застосовувалась тактика «поетапного розпитування» [92]. Поетапне розпитування дозволяло прослідкувати наявність у підлітка суїцидних думок та визначити ступінь ризику.

Під час індивідуальних бесід підліткам також пояснювалось, що думки про самогубство є природним наслідком депресивного стану, наголошувалось на тимчасовості і перехідному характері душевних страждань. Такі пояснення мали за мету знецінити в очах підлітків ідею самогубства. Представлення важких внутрішніх переживань, пригніченості, туги і думок про самовбивство як симптомів депресії допомагало виробити у підлітків оптимістичну активну позицію, сформувані у них переконання в тому, їх страждання мають ситуативний характер а, отже, їх можна позбутись, потрібно тільки набратись терпіння та трохи попрацювати над собою.

Одним із центральних завдань індивідуальних бесід було вироблення у підлітків активної позиції, готовності до сумлінної роботи над собою. Підлітки переважно сприймали психолога як лікаря, котрий випише рецепт і вирішить усі проблеми без особливих зусиль з їх сторони. Необхідно було зруйнувати подібні пасивно-вичікувальні установки та сформувані у молодих людей правильні уявлення про сутність психологічної допомоги, про особливості взаємодії клієнта і консультанта. Це вимагало від психолога особливої активності та терплячості: депресивні підлітки, як правило, дуже пасивні, а надто на початкових стадіях консультування. Часто підлітки ухилялись від розмови з психологом, не хотіли відверто розповідати про свої проблеми. Тому під час перших індивідуальних бесід психолог займав виражено активну позицію, аби подолати пасивність підлітка та стимулювати його до взаємодії. Ефективність психологічної роботи на даному етапі великою мірою залежить від професійного рівня психолога, його знань, умінь і майстерності.

Під час проведення індивідуальних занять з депресивними підлітками важливо надати правильного тону психологічній бесіді та створити позитивну атмосферу довіри, щирості, взаємоповаги, підтримки і піклування. Не варто говорити банальних заспокійливих фраз, переконувати підлітка у тому, що його проблеми – це лише звичайні життєві перипетії, з якими стикаються тисячі людей. Таке «емоційне поглазування» може викликати агресивну реакцію та поглибити депресію. Емпатійне вислуховування, терплячість, щирість і повага до підлітка допомагали створити потрібну атмосферу психологічної бесіди. При цьому ми уникали критичних, оцінних суджень на адресу молодої людини, не допускали бурхливих емоційних реакцій на її розповіді, не виражали надмірної цікавості до приватного життя клієнта.

З метою запобігання суїцидних спроб, під час перших індивідуальних занять здійснювалась робота із суб'єктивним депресивним образом смерті. У ході вільної бесіди з'ясовувалось, чи сформувався у підлітка такий образ. Якщо наявність депресивного образу смерті підтверджувалась, подальша психологічна робота полягала у його детальному обговоренні. Обговорення з підлітком його депресивного образу смерті має подвійне терапевтичне значення. По-перше, воно дає можливість підлітку вербалізувати свої переживання, створює умови для емоційної експресії. На думку Р. Кочюнаса [92], консультант не повинен ухилятися від обговорення з депресивним клієнтом проблеми самогубства і смерті, оскільки це знижує ймовірність суїциду.

По-друге, терапевтичне обговорення суб'єктивного депресивного образу смерті сприяє його руйнуванню. Руйнування суб'єктивних образів депресії є одним з ключових елементів психологічної роботи з депресивними підлітками. Ці образи, створені самими ж підлітками як продукт їх уяви та фантазії, з часом закріплюються у свідомості, кидаючи депресивну тінь на їх думки, почуття, відчуття, емоції. Підлітки починають сприймати себе, своє життя і світ навколо через призму суб'єктивних образів депресії, у них формується своєрідна депресивна життєва концепція. Нейтралізація дії, а при можливості, і руйнування суб'єктивних образів депресії є обов'язковою умовою подолання депресивних розладів у підлітків та підвищення їх стійкості до депресогенних факторів. З метою руйнування суб'єктивного депресивного образу смерті використовувались такі методи психологічного впливу: [1]

- інтерпретація – метод формування у підлітка альтернативного бачення реальності, сприяє зміні його настрою та поведінки;
- саморозкриття – метод побудований на «Я-реченнях» психолога і сприяє встановленню зворотнього зв'язку. Психолог ділиться власним досвідом та переживаннями, намагається зрозуміти, розділити почуття клієнта;
- зворотній зв'язок – дає можливість клієнту зрозуміти, як його сприймають психолог, оточуючі. Даний метод розширює і збагачує самосприйняття підлітка;
- логічна послідовність – психолог пояснює підлітку логічні наслідки його мислення та поведінки. Це допомагає молодій людині зрозуміти свої дії, переживання, сформувані у неї вміння передбачати результати власних вчинків;
- відображення почуттів – допомагає у розкритті почуттів клієнта та емоційного підтексту ключових моментів розповіді;
- переказ – метод являє собою повторення психологом змісту розповіді підлітка, його переживань, думок. Переказ активізує

обговорення проблеми, показує рівень взаєморозуміння між психологом і клієнтом;

- порада – функція методу полягає у наданні підлітку корисної інформації, яка допоможе йому зрозуміти свій стан, його причини та розширити можливості самостійного пошуку шляхів розв'язання проблеми;

- директива – являє собою побажання і вказівки психолога, або певні психотехніки, які підліток зобов'язаний виконувати;

- впливове резюме – прояснює, чого психолог і клієнт досягли в ході заняття, допомагає підлітку зробити висновки на основі проведеної бесіди та втілити нові ідеї в реальне життя.

В ході індивідуальних занять і, зокрема, при роботі з суб'єктивним депресивним образом смерті використовувався метод «Сократівського діалогу», розроблений в рамках логотерапії В.Франкла [191]. Мета даного прийому полягає у залученні клієнта до співпраці і розширенні сфери його свідомості. Застосування методу «Сократівський діалог» давало можливість корегувати непослідовні, суперечливі, бездоказові судження підлітків. Діалог будувався на основі обговорення і логічної аргументації життєвих цінностей. Його завдання полягало у тому, аби допомогти підліткам зрозуміти, глибоко усвідомити цінність життя загалом і, особливо, цінність власного життя, емоційно та чуттєво пережити, відчути, прийняти свою особистісну цінність та вагомість у цьому житті.

В силу того, що депресія спотворює сприймання людиною минулого, теперішнього й майбутнього, більшість депресивних підлітків забувають моменти щастя та успіху, які вони пережили колись, і нездатні побачити, об'єктивно оцінити нові свої досягнення. Цим зумовлюється схильність підлітків, які страждають від депресії, до самозвинувачень, самоприниження, втрати відчуття власної цінності а, отже, й цінності свого буття. Використання методу «Сократівський діалог» дало можливість через логічну аргументацію минулих і теперішніх досягнень підлітків, зруйнувати їх відчуття своєї малоцінності, нереалізованості, життєвої непридатності та безперспективності.

При роботі з суб'єктивним депресивним образом смерті широко використовувався метод проєктивного малюнку. Висока ефективність даного методу була помітною вже на перших заняттях. Як показало опитування, найбільшу тривогу, страх і відчай у підлітків провокує саме депресивний образ смерті. Він являє собою швидше сукупність негативних гнітючих і тривожних емоцій та переживань, ніж конкретних образних елементів. Через свою аморфність, неструктурованість, безпредметність депресивний образ смерті видається підліткам як щось глибоко трагічне, майже містичне, невідоме а, отже, й загрозове та небезпечне. Підліткам пропонувалось

намалювати депресивний образ смерті. У ході малювання відбувалась конкретизація образу, він ставав більш зрозумілим, спрощеним, втрачав свою страхітливу містичність і таємничість. Метод проєктивного малюнку має важливе експресивне значення. Переносячи на папір свій депресивний образ смерті, підлітки виражали цілу гаму негативних емоцій і переживань, пов'язаних з ним, активуючи тим самим роботу функції самовираження. Таким чином, вони досягали катарсису, внутрішнього афективного очищення, звільнення від гнітючих почуттів, тривог, страху, відчаю.

Щоб повністю звільнити підлітка від впливу депресивного образу смерті, потрібно було його зруйнувати. Даний етап терапевтичної роботи особливо складний, як для клієнта, так і для психолога. Депресивний образ смерті викликає у підлітків болючі, тривожні відчуття та переживання. Прагнучи захиститись від травмуючої дії образу, молоді люди «заганяють» його у найдаліші куточки своєї свідомості. Подолати цей бар'єр дає можливість метод проєктивного малюнку. Застосування методу робить безболісним для підлітків процес терапевтичного опрацювання депресивного образу смерті. Звільнившись від страху, молоді люди вільно оперують і маніпулюють образом, що дозволяє повністю його зруйнувати. Підліткам пропонувалось здійснювати різноманітні маніпулятивні дії зі своїми малюнками: вони їх палили, символічно спалюючи страхітливий образ смерті; рвали, ніби розриваючи уявну владу образу над собою; покривали малюнок яскравими, світлими, теплими фарбами, символізуючи перемогу життя над смертю, світла над темрявою, радості над смутком; усіляко моделювали і переробляли намальоване, повністю змінюючи його сюжет. Такі маніпуляції мали високий терапевтичний ефект, так як давали можливість підліткам відчути свою владу і над депресивним образом смерті, і над депресією загалом, підвищували їх впевненість у самих собі, вселяли надію та оптимізм.

Аналіз результатів психологічної роботи, проведеної на першому етапі психокорекційного процесу, дає підстави для виділення основних його цілей та завдань, а саме: зняття ризику суїцидних спроб серед підлітків, усунення суїцидних тенденцій шляхом корекції аутодеструктивності і саморуйнівної поведінки, руйнування суїцидної ідеології та мотивації, підвищення самооцінки, формування позитивного самоствавлення, корекція комплексу неповноцінності та відчаю від свого «Я», подолання «екзистенційного вакууму», регуляція емоційного стану, послаблення тривожності, вироблення конкретної програми життєвих цілей і формування позитивної життєвої концепції, регуляція соціальних стосунків та вироблення навичок конструктивного розв'язання конфліктних ситуацій. Деякі з вище перерахованих завдань повторювалися на наступних етапах

психологічної роботи з депресивними підлітками, що сприяло поглибленню та закріпленню терапевтичного ефекту.

Другий етап психокорекційного процесу, що мав на меті зниження психічного напруження та регуляцію емоційного стану підлітків, виконував подвійну функцію: закріплення результатів невідкладної психологічної допомоги і формування сприятливої, позитивної емоційно-афективної бази для наступних етапів психологічної роботи. Завдання групових психокорекційних занять на даному етапі полягали у:

- 1) зниженні нервово-психічного напруження, тривожності, подоланні страхів;
- 2) покращенні емоційного стану, формуванні позитивного настрою, послабленні негативних переживань;
- 3) послабленні агресивних та аутоагресивних тенденцій;
- 4) знятті негативних установок щодо роботи у групі, створенні довірливої атмосфери та відчуття безпеки як основи подальшої роботи групи;
- 5) емоційному налаштуванні учасників групи на подальшу активну роботу, спонуканні до спілкування і співпраці.

Формально другий етап як окрема, самостійна складова психокорекційного процесу відносно нетривалий. Його програма була розрахована на чотири заняття, що включали в себе комплекс релаксаційних вправ і технік та серію соціально-психологічних ігор, які сприяли згуртуванню групи, виробленню дружніх взаємин між її членами. Проте, психологічна робота з регуляції емоційного стану підлітків не обмежувалась лише заняттями даного етапу. Вона пронизувала увесь психокорекційний процес, будучи обов'язковим елементом кожного заняття.

Мета першого заняття з регуляції емоційного стану підлітків полягала в оволодінні ними класичними прийомами послідовного м'язевого розслаблення. Школярам було запропоновано нескладні релаксаційні методики, які сприяють зниженню нервового напруження, відновленню душевної рівноваги, розслабленню м'язів. Зокрема, використовувались вправи «Антистресова релаксація», «Дерево» [158]. В основі яких лежить поєднання позитивного самонавіювання з класичними прийомами м'язевого розслаблення. З метою підвищення ефективності релаксації для кожної вправи було підібрано відповідний музичний супровід. Ми використовували класичні музичні композиції, такі як «Баркарола» П.Чайковського, «До радості» Л.Бетховена та ін. Музичний супровід виступав не просто як приємний звуковий фон для проведення релаксаційних вправ, він виконував власну терапевтичну функцію. Б.Д. Карвасарський [74], посилаючись на результати наукових досліджень Л.С. Брусиловського, В.Є. Рожнова, В.М. Бехтерева, І.М. Гриньової, зазначає, що музика суттєво впливає на психічний стан

людини. Вона сприяє заспокоєнню, розслабленню, допомагає подолати перевтому, а також здійснює тонізуючий і стимулюючий ефект.

Суттєвим моментом даного заняття була роз'яснювальна бесіда, яка передувала проведенню власне релаксаційних вправ. У простій і доступній формі ми розповіли підліткам, що таке релаксація, розкрили її можливості як методу емоційної саморегуляції. Ми намагались ненав'язливо, без тиску, переконати підлітків у необхідності оволодіння прийомами релаксації. Дана бесіда носила не лише інформативний характер. Вона мала за мету сформуванню у підлітків позитивне, адекватне сприйняття пропонованих релаксаційних вправ, викликати віру у їх терапевтичний ефект.

Програма занять передбачала чергування релаксаційних вправ та соціально-психологічних ігор, спрямованих на згуртування групи, формування дружніх стосунків між її членами. Така організація занять дозволяла уникнути ефекту емоційного перенасичення та сприяла оптимізації спілкування підлітків, створенню довірливої атмосфери, подоланню страху перед групою. Вже під час перших занять було видно позитивний ефект застосування соціально-психологічних ігор («Воскова паличка» [4], «Зіпсований телефон» [94], «Комплімент» [116], «Бджоли» [190] та ін.). Вони помітно пожвавлювали атмосферу у групі, руйнували бар'єри, піднімали настрій у підлітків, стимулювали їх активність та ініціативність. Важлива увага приділялась заключному етапу кожного заняття. Здійснювався ретельний підбір психокорекційних методів і прийомів, які стимулювали позитивні емоції підлітків, створювали умови для завершення зустрічі на мажорній ноті. З цією метою відповідно організовувалась заключна бесіда. Акцентуючи увагу школярів на досягнутих результатах, ми намагались показати їм позитивний ефект проведеної роботи, довести до їх розуміння необхідність перенесення набутого досвіду в реальне життя, а також сформуванню у них своєрідний запас позитивних емоцій і почуттів, які б виконували функцію психологічного буфера в буденних ситуаціях, що провокують депресивні переживання. Аби заключна бесіда викликала у підлітків потрібний позитивний відгук, а не сприймалась як пуста формальність, вона організовувалась за принципом доказовості: висновки про ефективність заняття робились на основі демонстрації реальних досягнень.

Для стимуляції у досліджуваних позитивних емоцій на завершальному етапі занять використовувались елементи музикотерапії. Підліткам настільки сподобався цей терапевтичний прийом, що вони придумали йому назву «Прощальна музична п'ятихвилинка». «Прощальна п'ятихвилинка» складалась з трьох музичних фрагментів, які звучали у строго визначеній послідовності. «П'ятихвилинка» розпочиналась з тихої, повільної, сумної мелодії, співзвучної душевному стану підлітків («Аве Марія» Шуберта, тощо).

Меланхолійна музика сприймається емоційно пригніченою людиною як співзвучна її переживанням, як своєрідна форма співчуття і співпереживання. Наступною звучала композиція, яка за своїм характером була прямо протилежною першій: легка, дещо піднесена мелодія, що заспокоює і вселяє надію (наприклад «До радості» Л.Бетховена). Третій музичний фрагмент «П'ятихвилинки» мав стимулювати у підлітків оптимізм, силу волі, впевненість у собі. Тому на завершення звучала динамічна тонізуюча мелодія («Чардаш» Монті, «Шербургські парасольки» Леграна тощо). Завершення психокорекційного заняття на позитивному емоційному фоні при роботі з депресивними підлітками набуває особливого значення, так як має сприяти створенню у них необхідного настрою для психічного оздоровлення, зміні напрямку думок, афективної і когнітивної переорієнтації на активну протидію депресії.

Підсумовуючи результати психологічної роботи, здійсненої на другому етапі психокорекційного процесу, виділимо основні її моменти. Заняття даного етапу були спрямовані на зниження нервово-психічного напруження досліджуваних, регуляцію емоційного стану, створення позитивної атмосфери у групі та формування психологічної готовності підлітків до подальшої активної роботи. Програма занять включала у себе комплекс релаксаційних вправ і технік, елементи музикотерапії та серію соціально-психологічних ігор, які сприяли згуртуванню групи, виробленню довірливих, дружніх взаємостосунків між її членами.

Головна мета третього етапу психокорекційного процесу полягала у розвитку особистісної компетентності депресивних підлітків. Особистісна компетентність передбачає сформованість адекватних і коректних уявлень про особистість як психічну властивість людини, про емпіричні кореляції персонологічних категорій, наявність та усвідомленість досвіду особистісних переживань, розвиток уявлень про особистісні причини відхилень у поведінці, виникненні психологічних проблем; сформованість уявлень про психотерапевтичний, відновлювальний, розвивальний потенціал особистості.

Серед причин виникнення психологічних проблем у людей вагоме місце посідає низький рівень психологічної культури, тобто недостатність або й відсутність необхідних знань про особливості і закономірності психічної діяльності, про власні індивідуально-психологічні властивості, про реальні можливості і потенціал особистісного та інтелектуального розвитку, про реакцію людської психіки на різноманітні зовнішні впливи (соціальні, природні, технічні, тощо), про роль внутрішніх, особистісних факторів у виникненні психологічних проблем. За відсутності достатнього рівня психологічної культури як школярі, так і дорослі, часто будучи неспроможними самотійно подолати власні психологічні труднощі, не звертаються за



допомогою до фахівців (психологів, психотерапевтів, кваліфікованих консультантів). Намагаючись вийти з кризи, вони діють методом спроб і помилок, або ж покладаються на власну інтуїцію, життєвий досвід та поради друзів, знайомих. Юнаки і підлітки в переважній більшості шукають розради серед однолітків, дорослі часто звертаються до знахарок та сумнівних цілителів. В результаті – і одні, і другі стають жертвами непрофесійності та шарлатанства. Такі неконструктивні дії, як правило, призводять до загострення вже існуючих проблем і появи нових. Тому розвиток особистісної компетентності, підвищення психологічної культури людей є необхідною умовою профілактики та подолання багатьох психологічних розладів і, зокрема, депресії. Відповідно до вище означеної мети, ми визначили основні напрямки психологічної роботи з депресивними підлітками на третьому етапі психокорекційного процесу:

1) формування у підлітків необхідної бази загальних знань про психічну діяльність людини, її життєве значення; психічні процеси, стани, властивості;

2) формування адекватних та коректних уявлень про особистість як психічну властивість людини;

3) розширення, поглиблення і корекція уявлень підлітків про власні індивідуально-психологічні особливості (тип темпераменту, властивості характеру, здібності, потенційні можливості, тощо);

4) створення умов для розуміння, усвідомлення, аналізу досліджуваними власних бажань, потреб, прагнень, життєвих цілей, ідеалів; чіткої конкретизації і диференціації «Я»-реального та «Я»-ідеального;

5) вироблення у підлітків вміння адекватно сприймати і оцінювати себе, свої вчинки, мотиви, поведінку; здатності бачити свої сильні і слабкі сторони, усвідомлювати власні проблеми, та зовнішні і внутрішні причини їх виникнення;

6) надання підліткам необхідної інформації про особливості їх актуального психічного стану, з метою створення умов для усвідомлення ними наявності депресивного розладу; формування у досліджуваних адекватного розуміння і оцінки власного душевного стану;

7) вироблення у підлітків загальних уявлень про найбільш поширені психічні розлади, з акцентуацією уваги на депресії;

8) формування у школярів оптимістичної позиції та активного бажання і психологічної готовності до протистояння депресії.

Для досягнення визначених цілей застосовувались такі психокорекційні методи і прийоми: психологічна бесіда, групова дискусія, проєктивний малюнок, музикотерапія, вправи на розвиток самосвідомості, поглиблення процесу самоаналізу, усвідомлення і конкретизацію життєвих цінностей, розкриття особистісного

потенціалу досліджуваних; релаксаційні та медитативні техніки, що сприяють активізації внутрішніх резервів організму.

Початкова стадія третього етапу психокорекційного процесу була присвячена реалізації одного з першочергових його завдань, яке полягало у наданні підліткам інформації про наявний у них депресивний стан. Подібна тактика психокорекційної роботи зумовлювалась необхідністю досягнення ряду важливих цілей:

- 1) формування у досліджуваних високої мотивації та адекватного ставлення до занять у групі;
- 2) роз'яснення підліткам, що їх важкий душевний стан зумовлений депресивним розладом, а тому має тимчасовий, перехідний характер;
- 3) переконання досліджуваних у реальній можливості звільнення від душевних страждань та виходу з кризової ситуації;
- 4) досягнення усвідомлення підлітками необхідності терпеливого ставлення до дискомфортуних коливань психофізичного стану;
- 5) вироблення у досліджуваних оптимістичної позиції активної протидії депресії.

Як відомо, найбільше людину лякає те, чого вона не може зрозуміти і пояснити. Результати нашого дослідження свідчать, що підлітки не знають причин своїх депресивних переживань, взагалі не розуміють, що з ними відбувається. Це значно ускладнює їх страждання, посилює тривогу. На заняттях вони розповідали про безрезультативні спроби знайти пояснення власних проблем:

Вікторія М., 15 років:

Я не могла зрозуміти, чому мені так погано. Намагалася якось пояснити собі усе це. Іноді здавалось, що я просто втрачаю розум.

Богдан В., 13 років:

Коли мене найбільше «ковбасило», приходила в голову думка, що я «дефективний».

Порівняльний аналіз поведінки молодших і старших підлітків, які страждають від депресивних розладів, показав, що перші переважно не вдаються до глибоких роздумів про причини своїх страждань. Їхні дії, як правило, спрямовані лише на те, аби якось полегшити свій стан; при цьому вони часто вибирають неконструктивні способи розв'язання проблеми (агресія, конфлікти, сумнівні розваги, тощо). Пояснення молодшими підлітками причин своїх труднощів ґрунтується на поверхових, ситуативних судженнях. Зрештою, багато з них приходять до висновку, що вони нещасливі, нікому не потрібні, а життя вкрай несправедливе. Подібна спрямованість думок небезпечна тим, що може призвести до формування депресивного світосприйняття, соціального відчуження, аномалій характеру.

Старші підлітки, перебуваючи у стані депресії, намагаються зрозуміти причину своїх страждань. Вони багато і глибоко розмірковують над життям, конкретними подіями, над собою;

аналізують свої риси характеру, власні вчинки, та вчинки і мотиви інших людей. Однак, якщо роздуми стимулюються депресією, то нею ж і детермінуються, а тому нерідко підштовхують підлітків до ірраціональних висновків про власну неповноцінність, нікчемність, безперспективність, життєву безнадійність.

Таким чином, відсутність у підлітків інформації про наявність депресії та її особливості вагомою мірою зумовлює формування депресивної спрямованості їхніх думок, яка, у свою чергу, поглиблює і загострює психічний розлад. За несприятливих умов, коли легка депресія переходить у помірну та важку стадії, депресивна спрямованість думок набуває тотального характеру і переростає у депресивне мислення. Депресивне мислення спотворює сприйняття і пізнання людиною самої себе та оточуючого. Воно руйнівне за своєю природою тому, що продукує безпідставні думки про крах надій, сподівань, усіх життєвих планів; про відсутність можливостей для самореалізації, а отже, про нікчемність життя. Людина, тотально охоплена депресивним мисленням, втрачає перспективу та смисл життя, і сприймає його не як великий дар, найбільшу цінність, а як важкий тягар. Формується «екзистенційний вакуум», сприятливе середовище для думок про самогубство.

У стані важкої депресії людина може втратити не лише смисл життя, але й розуміння необхідності шукати його взагалі. Мислення стимулює, продукує бажання людини. Депресивне мислення спотворює, знищує адекватні, раціональні бажання, серед них – і бажання відшукати втрачений смисл життя. В. Франкл у зв'язку з цим писав: «Смисл потрібно не просто зрозуміти, за нього потрібно боротись, і боротьба ця важка» [192, с.10]. Депресія забирає у людини життєву силу і енергію, необхідну для боротьби, про яку говорив В. Франкл, а депресивне мислення знищує бажання боротися.

Одне з першочергових завдань, які стояли перед нами на третьому етапі психокорекційного процесу, полягало у зміні спрямованості думок досліджуваних, у переорієнтації їх на оздоровлення та звільнення від депресії. Розв'язання цього завдання не обмежувалось рамками третього етапу, воно поступово виконувалось впродовж усього психокорекційного процесу. Процедура зміни спрямованості думок підлітків включала в себе такі складові етапи:

- 1) інформування підлітків про причинно-наслідкові зв'язки між ірраціональними поглядами, установками, оцінками, цілями та появою депресії;

- 2) досягнення усвідомлення досліджуваними необхідності корекції індивідуально-психологічних особливостей та соціальних установок, які провокують розгортання депресивних розладів;

3) розвиток у досліджуваних позитивного мислення, самоствалення, світосприйняття та усунення психологічних і соціальних причин депресивного розладу;

4) допомога в раціональному вирішенні психотравмуючих ситуацій, які породжують і посилюють депресію.

Роз'яснення підліткам особливостей наявних у них депресивних розладів здійснювалось в ході терапевтичних бесід та групових дискусій. Наше завдання полягало в тому, аби надана інформація була доступною, зрозумілою, незатеоретизованою та сприймалась досліджуваними через призму їх власних переживань і відчуттів. З цією метою нами була спеціально розроблена методика, яка називається «Роз'яснення симптомів». В основу методики покладено тактику «поступового розпитування» [92]. На прохання психолога, досліджувані по чергово розповідали про свої депресивні переживання. На основі розповідей підлітків психолог роз'яснював взаємозв'язок між їх переживаннями та депресивним розладом, аналізуючи кожен названий симптом. Застосування методики «Роз'яснення симптомів» давало можливість сформуванню у досліджуваних адекватне розуміння і оцінку власного душевного стану. Методика сприяла послабленню трагізму сприйняття підлітками актуальної життєвої ситуації. Трагування душевних страждань і проблем досліджуваних як наслідок та симптоми психічного розладу поступово руйнувало, сформовані під впливом депресії, ірраціональні уявлення, установки, мислеформи типу: «Я – нікчема», «Життя скінчилось», «Попереду лише страждання», тощо. Зміна спрямованості думок підлітків починається з усвідомлення ними депресивної обумовленості своїх проблем і душевних страждань, сприйняття складної життєвої ситуації як тимчасового, перехідного явища. Переконавання досліджуваних у тому, що вони в змозі подолати депресію, переорієнтація на оздоровлення сприяє руйнуванню депресивної спрямованості думок та формуванню позиції активної протидії психічному розладу.

З метою переорієнтації спрямованості думок досліджуваних нами також застосовувався психологічний прийом роботи з метафорою. Вибір метафори як методу впливу на депресивних підлітків було здійснено після ретельного аналізу особливостей даного терапевтичного прийому та індивідуально-психологічних властивостей досліджуваних. На думку Н.Ф.Каліної, «в психотерапії метафора може стверджувати реальність того рівня індивідуальності, який поки що представлений лише потенційно» [72, с. 158]. Тобто, терапевтична цінність метафори полягає у тому, що вона допомагає клієнту у виборі і апробації варіантів бажаного майбутнього. Для підлітка, який перебуває у стані депресії, найбільш актуальним варіантом бажаного майбутнього є позбавлення від депресивних страждань та зміна життєвої ситуації, що їх провокує. Підліток не може самостійно

вирішити цю проблему, хоча володіє потенціалом можливостей її розв'язання, наприклад, позитивними здобутками попереднього життєвого досвіду. Депресія деформує сприйняття і оцінку підлітком раніше пережитого, висуваючи на передній план колишні невдачі, гіперболізуючи їх, та знецінюючи досягнуті успіхи. Таким чином, депресивні деформації витісняють із свідомості молодого людини позитивні здобутки життєвого досвіду, які є джерелом потенційних можливостей для боротьби з депресією. Терапевтичні вправи-метафори активізують неусвідомлені форми досвіду і переживань підлітків, спрямовуючи їх до вибору конструктивних варіантів подолання депресії.

Вправи-метафори підбирались відповідно до вище окресленої терапевтичної мети та з урахуванням індивідуально-психологічних і вікових особливостей досліджуваних. Процедура застосування методики включала у себе зачитування метафори з подальшим її обговоренням. Вправи-метафори викликали у досліджуваних ширший інтерес, вони активно обговорювали почуте, висували свої гіпотези, ділились враженнями. Згодом підлітки почали називати метафори «мудрими загадками», що є свідченням позитивної, адекватної реакції досліджуваних на основну ідею метафор. Сприйняття досліджуваними метафор як загадок, свідчить про те, що даний терапевтичний прийом сприяв активізації мислення школярів.

Ми звернулись до метафори як методу психокорекційного впливу на депресивних підлітків ще й тому, що їм вже властива метафоричність мислення. Про це яскраво свідчать їх описи суб'єктивних образів депресії, особливо депресивний образ смерті. У розповідях підлітки вдавались до метафор, коли їм важко було пояснити свій стан і переживання. Легкість з якою досліджувані переходили від конкретних понять до метафор є реальним підтвердженням того, що метафоричне мислення і сприйняття світу цілком природне для підлітків; більше того – воно полегшує пізнання та осмислення складних аспектів реальності.

Н.Ф. Каліна, вважає, що люди використовують метафору для позначення і пояснення складних, незрозумілих явищ: «Метафора необхідна для розуміння, вона є унікальним засобом пізнання, узагальнення світу» [72, с.155]. Процес переорієнтації спрямованості думок є доволі складним для підлітків, оскільки, передбачає ламання депресивних мислительних стереотипів та формування позитивного мислення, а отже, корекцію і перебудову життєвої концепції. Вироблення нової раціональної життєвої концепції вимагає оновлення ідей, принципів, поглядів, установок, інтересів. Щоб подолати бар'єр депресивного світосприйняття, підліткам необхідно піднятися на більш високий щабель раціонального, адекватного осмислення, розуміння себе, свого життя і світу загалом. Цей перехід є не що інше, як

черговий етап духовного та інтелектуального розвитку особистості молодшої людини, засвоєння нових, на порядок складніших життєвих цінностей і смислів. Життя сповнене складностей та протиріч, які важко зрозуміти не лише підлітку, а й дорослій людині. Використання у даному випадку метафоричних образів значно полегшує цей процес, оскільки, за словами Н.Ф. Каліної, «метафора відповідає здатності людини вловлювати і створювати схожість між різними речами та подіями» [72, с.154].

Терапевтична цінність метафори у роботі з депресивними підлітками полягає і в тому, що володіючи потужним пізнавальним та розвиваючим потенціалом, вона не має різко вираженого характеру прямого повчання. Отже, не сприймається школярами як обов'язкові до виконання інструкції, настанови, вимоги. Повчальна ідея, яку несла в собі вправа-метафора не викликала у досліджуваних реакції відторгнення. Використання метафор дозволяло ненав'язливо підводити підлітків до потрібних, адекватних рішень, одночасно активізуючи їх мислення та даючи можливість відчувати присутність свободи власного вибору. Висновки, до яких цілеспрямовано стимулювали досліджуваних, сприймалися ними як результат виключно їх власних роздумів і переконань. Застосування даного психокорекційного прийому відкривало можливості для безболісної корекції життєвої концепції та світосприйняття підлітків. Науково-методологічне обґрунтування можливості використання метафори як засобу психологічного впливу на клієнта та психокорекційний ефект, отриманий у ході експерименту, дозволяє вважати доцільним застосування вправ-метафор у роботі з депресивними підлітками.

Реалізація програми третього етапу психокорекційного процесу дозволила вирішити ряд важливих завдань, які полягали у розвитку особистісної компетентності досліджуваних, зміні спрямованості їх думок, формуванні оптимістичної позиції та психологічної готовності до протистояння депресії. Позитивні зміни у психічному стані і свідомості підлітків, які відбувалися на даній стадії експерименту, мали фундаментальне значення для подальшої психокорекційної роботи; вони стали головною психологічною умовою, фундаментом, на якому вибудовувались наступні кроки до подолання депресивного розладу.

Мета четвертого етапу експерименту полягала у корекції функцій особистісної саморегуляції та особистісних властивостей підлітків, які зумовлюють їх схильність до депресії. Психокорекційна робота проводилась у таких напрямках:

- 1) регуляція самооцінки та рівня домагань;
- 2) подолання комплексу нонвалідності та відчаю від свого «Я»; формування позитивного самоствавлення і самоприйняття;
- 3) підвищення впевненості у собі та вироблення асертивних моделей поведінки;

- 4) формування тенденцій посилення внутрішньої орієнтації відношення відповідності;
- 5) корекція ірраціональних нереалістичних суджень, переконань, уявлень;
- 6) підвищення «Я»-толерантності до дії деструктивних впливів;
- 7) підвищення рівня особистісної самодостатності;
- 8) корекція гіпертрофії особистісної значущості деструктивних впливів;
- 9) формування позитивного мислення, оптимістичної позитивної життєвої концепції; зниження рівня тривожності, подолання страхів;
- 10) усунення небажаних негативних емоцій шляхом виправлення помилок у логіці суджень досліджуваних; зміна емоційних способів реагування на складні життєві ситуації, тренування емоційної стійкості і рівноваги;
- 11) повернення відчуття перспективи власного існування; відновлення життєвої продуктивності у провідних сферах життєдіяльності підлітків (спілкування, навчання, саморозвиток, самовираження, самореалізація).

Психокорекційні завдання даного етапу експерименту реалізовувались шляхом застосування таких психологічних методів і прийомів: терапевтична бесіда, групова дискусія, проєктивний малюнок, аутотренінг, ігрова терапія, музикотерапія, релаксаційні та медитативні техніки, елементи когнітивної, гуманістичної, раціонально-емотивної терапії.

Одне із завдань, що стояли перед нами на четвертому етапі психокорекційного процесу, полягало у руйнуванні суб'єктивних образів депресії підлітків. Це завдання вирішувалось як у ході групових занять, так і під час індивідуальних зустрічей з досліджуваними. В умовах індивідуальної психокорекційної роботи послаблювались психологічні бар'єри підлітків, що сприяло більш глибокому проникненню у сферу їх чуттєвих, емоційних образів, переживань, уявлень, думок. Проникнення у внутрішній депресивний простір досліджуваних давало можливість простежити особливості розгортання та перебігу депресії в кожному конкретному випадку, виявити своєрідний індивідуально-психологічний депресивний стимул у вигляді ірраціональних, неадекватних установок, переконань, оцінних критеріїв, мислительних категорій. На основі отриманої інформації визначалась тактика і стратегія психологічної роботи з кожним підлітком, підбирались психокорекційні методи та прийоми, які максимально відповідали специфіці його депресивного розладу, суб'єктивних образів депресії, унікальності світобачення і самосприйняття. З цією метою застосовувались такі психологічні методи і прийоми: «Раціонально-емотивне уявлення», «Раціональна

дискусія», «Когнітивне реконструювання», «Научіння самоаргументації», «Когнітивна дискусія», «Рольові ігри» тощо [38].

Нами була розроблена спеціальна методика «Руйнування депресивного образу». Процедура застосування методики включала в себе кілька етапів. Спочатку досліджуваний на прохання психолога розповідав про один із своїх суб'єктивних образів депресії. Після цього відбувалось детальне обговорення образу, уточнення деталей, прояснення незрозумілих моментів. У ході обговорення підлітку пропонувалось вибрати один з кількох, представлених психологом, варіантів руйнування образу. В основу пропонованих варіантів було покладено такі психокорекційні методики: «Асоціації» [4], «Програвання ситуації» [88], «Проективний малюнок» [138], «Релаксація» [138], «Психокорекційні казки і метафори» [181] тощо. У випадку, коли досліджуваний обирав метод асоціацій, робота над руйнуванням образу розпочиналась з релаксаційних вправ. В стані розслаблення підліток уявно моделював сам образ і процедуру його руйнування. У деяких випадках руйнування суб'єктивних образів депресії відбувалось шляхом поєднання методу асоціацій та проективного малюнку. Крім того, у разі необхідності застосовувались елементи раціональної та когнітивної дискусії. На завершальному етапі методики «Руйнування депресивного образу» здійснювалось детальне обговорення усієї процедури, в ході якого досліджуваний ділився своїми враженнями, переживаннями, новими відчуттями.

Психокорекційна робота, спрямована на руйнування соціального і поведінкового образів депресії підлітків, реалізовувалось під час групових занять. Так як дані образи пов'язані передусім з проблемами соціальної взаємодії депресивних підлітків, то більш ефективною в цій ситуації є групова форма психокорекції. Група являє собою своєрідну модель реального життя, в якій підлітки проявляють звичні для себе соціальні установки, цінності, емоційні і поведінкові реакції. Система зворотнього зв'язку, яка виникала у групі, дозволяла підлітку більш глибоко і адекватно пізнати, зрозуміти самого себе, побачити власні неадекватні, нераціональні відношення, установки, емоційні та поведінкові стереотипи; відкорегувати, змінити їх в груповій атмосфері взаємного прийняття, підтримки, дружелюбності, відвертості. Групова психокорекційна робота сприяла розвитку і закріпленню нових, більш адекватних і раціональних форм поведінки, навичок спілкування, конструктивного розв'язання конфліктів, виходу із складних ситуацій соціальної взаємодії. У ході групових занять з метою руйнування соціального та поведінкового образів депресії застосовувались такі терапевтичні методи і прийоми: «Обговорення і заперечення ірраціональних поглядів», «Раціональний самоаналіз», «Поведінкова дискусія», «Рольова гра» [38]; «Сократівський діалог» [88] тощо.



Реалізація програми четвертого етапу дозволяла вирішити ряд інших важливих завдань, які полягали насамперед у корекції особистісних властивостей підлітків, що зумовлюють їх схильність до депресивних розладів. Даний етап був переломним для всього психокорекційного процесу, так як мав викликати вагомі зміни у психічному стані досліджуваних.

Психокорекційна робота по подоланню депресивних розладів на психологічному рівні здійснювалась, як зазначалось вище, у ході індивідуальних і групових занять з досліджуваними. Вирішення проблеми боротьби з депресією на біологічному та соціальному рівнях вимагало залучення до співпраці батьків, педагогів а, при необхідності, і лікарів. З метою подолання депресії на біологічному рівні, нами було вжито таких заходів:

- отримання інформації про стан соматичного здоров'я досліджуваних (збір анамнезу, опитування батьків, педагогів, ознайомлення з медичними картками підлітків);

- інформування батьків і педагогів про дотримання психогігієнічних вимог щодо організації навчально-виховного процесу, впорядкування режиму праці та відпочинку досліджуваних;

- консультування з медичними працівниками з приводу специфіки впливу окремих соматичних захворювань на психічний стан молоді людини;

- впорядкування денного режиму праці та відпочинку досліджуваних.

Перелічені заходи з подолання депресії на біологічному рівні, реалізовувались від початку і впродовж усього психокорекційного процесу. Подібної стратегічно-часової організації ми притримувались, розробляючи програму подолання депресії на соціальному рівні. Проте, основний комплекс психокорекційних заходів, спрямованих на вирішення цієї проблеми, реалізовувались у ході п'ятого етапу формуючого експерименту. Програма п'ятого етапу експерименту була спрямована на розв'язання соціально-психологічних проблем підлітків, які спричиняють виникнення у них депресивних розладів. Заняття цього етапу мали за мету допомогти досліджуваним:

- 1) усвідомити особливості своєї поведінки, емоційних реакцій, власні соціальні установки, мотиви, потреби, відношення та рівень їх адекватності, конструктивності, раціональності;

- 2) зрозуміти неадекватність деяких своїх емоційних та поведінкових реакцій, побачити власні ірраціональні стереотипи поведінки;

- 3) відкорегувати власну систему соціальних установок, відношень, мотивів, емоційних реакцій;

- 4) шляхом поглиблення соціальної рефлексії підвищити рівень адекватності самосприйняття у сфері соціальних взаємостосунків;

5) побачити, зрозуміти власну роль у виникненні конфліктних і психотравмуючих ситуацій, які провокують появу депресивних розладів, та навчитись уникати їх повторення у майбутньому;

6) звільнитись від неадекватних емоційних та поведінкових реакцій, виробити нові форми поведінки, які будуть сприяти покращенню соціальної адаптації;

7) виробити навички конструктивного розв'язання конфліктів та виходу із складних ситуацій соціальної взаємодії;

8) розвивати комунікативні здібності і навички спілкування;

9) виробити, закріпити адекватні форми поведінки та реагування, як гаранту психосоціального благополуччя і високої соціальної адаптованості;

10) в рамках найближчого соціального оточення підлітків створити сприятливе реабілітаційне середовище для усунення депресивного стану і психічного оздоровлення досліджуваних.

Для реалізації завдань п'ятого етапу психокорекційного процесу застосовувались психологічні методи і прийоми, спрямовані на поглиблення соціальної рефлексії, усвідомлення та корекцію ірраціональних установок, переконань, прагнень, неадекватних поведінкових, емоційних реакцій; розвиток соціальних умінь; навичок ефективного, емпатійного спілкування; удосконалення емоційної саморегуляції і контролю поведінки. Реалізація програми п'ятого етапу формуючого експерименту дозволило розв'язати низку соціально-психологічних проблем підлітків, які спричиняють виникнення у них депресивних розладів; активізувати подолання депресії на соціальному рівні; створити сприятливе реабілітаційне середовище для усунення депресивного стану і психічного оздоровлення досліджуваних.

Розв'язання проблеми подолання депресії не завершується усуненням наявного у підлітка депресивного розладу. Наступний крок до остаточного вирішення даної проблеми полягає у формуванні в молодій людини особистісної захищеності щодо дії депресогенних чинників. Це завдання є принципово важливим, оскільки його розв'язання забезпечує стійкість досягнутого терапевтичного ефекту і створює умови для запобігання виникненню повторних депресивних розладів. Тому мету шостого завершального етапу психокорекційного процесу ми вбачали у виробленні в підлітків вміння самостійно протистояти депресогенним факторам і формуванні у них особистісних якостей, необхідних для кращої адаптованості до різноманітних життєвих труднощів. Психологічна допомога такого характеру частково надавалась підліткам у ході попередніх етапів корекційного процесу. Психокорекційні заходи даного етапу являли собою логічне продовження та завершення усього експерименту. Шостий етап експерименту був спрямований на досягнення таких цілей:

1) активізація внутрішніх резервів особистісного розвитку підлітків;

2) формування у досліджуваних психологічних якостей, які забезпечуватимуть їх особистісну стійкість щодо дії депресогенних чинників (позитивне самосприйняття і самооцінка, впевненість у своїх силах, оптимістична життєва концепція, особистісна самодостатність, позитивне мислення, внутрішня орієнтація відношення відповідності тощо);

3) розвиток адаптативних здібностей підлітків, необхідних для кращого пристосування і протистояння до різноманітних життєвих труднощів;

4) закріплення попередньо досягнутого терапевтичного ефекту та створення умов для перенесення досліджуваними здобутого позитивного досвіду, нових умінь і навичок у реальне життя;

5) формування життєтворчих здібностей, які передбачають здатність орієнтуватись у різноманітних життєвих ситуаціях і досягати особистісних та навчально-професійних цілей;

б) руйнування особистісної схильності підлітків до депресивних форм реагування на життєві труднощі та вироблення навичок раціональної оцінки і розв'язання різноманітних проблем як гаранта запобігання виникненню депресії в майбутньому.

Для досягнення поставлених цілей, нами частково застосовувались вище описані терапевтичні методи і прийоми, які були використані на попередніх етапах психокорекційного процесу. Це, зокрема, терапевтичні ігри, вправи, релаксаційні техніки, спрямовані на активізацію внутрішніх резервів особистісного розвитку підлітків, корекцію психологічних властивостей, які зумовлюють схильність досліджуваних до депресивних розладів; формування позитивного мислення і самоствавлення; зміну емоційних способів реагування на складні життєві ситуації; вироблення асертивних моделей поведінки; корекцію ірраціональних суджень, переконань, уявлень, установок; розвиток навичок соціальної взаємодії; розвиток адаптаційних здібностей. Повторне застосування цих методів і прийомів сприяло поглибленню та закріпленню досягнутого терапевтичного ефекту.

При складанні програми занять шостого етапу психокорекційного процесу ми взяли за основу терапевтичні принципи і технології біхевіористичного, когнітивно-біхевіористичного підходів та концепції терапії реальністю [38]. Ми зупинились саме на цих підходах, так як їх терапевтичні цілі відповідають тим завданням, які постали перед нами на даному етапі експерименту. Так, наприклад, цілі психологічної допомоги з позицій біхевіоризму полягають в усуненні неадаптивних форм поведінки клієнта, засвоєнні нових конструктивних поведінкових форм та заміні непродуктивних дій продуктивними способами реагування [38]. Застосування нами біхевіористичних методів та прийомів забезпечувало умови для розвитку адаптативних здібностей підлітків, формування у них навичок конструктивної поведінки, вироблення і закріплення раціональних, недепресивних форм реагування на життєві труднощі.

Когнітивно-біхевіористичний підхід окрім формування нових конструктивних поведінкових форм, передбачає також реструктурування ірраціональних думок, які негативно впливають на поведінку людини [38]. Когнітивно-біхевіористичні технології застосовувались з метою вироблення у підлітків вміння самостійно розпізнавати, призупиняти і змінювати ірраціональні думки. Методи терапії реальністю допомагають клієнту усвідомити, що він в змозі самостійно обирати форму і характер реагування на життєві події та оточуючих людей [38]. Застосування методів терапії реальністю давало можливість підліткам по-новому оцінити свою поведінку, усвідомити власну роль у розгортанні тих чи інших життєвих подій, взяти на себе відповідальність за свої дії і вчинки, здобути впевненість у собі, відчути власну силу, значущість, особистісну цінність. Вагомим аргументом на користь застосування нами вище означених методів і прийомів у роботі з депресивними підлітками було й те, що вони мають одночасно психокорекційну та психопрофілактичну дію. З огляду на необхідність дотримання принципу урахування індивідуально-психологічних, вікових особливостей досліджуваних та емоційної складності, об'ємності терапевтичних технологій, деякі методи і прийоми були адаптовані нами до застосування у роботі з підлітками.

Заняття шостого етапу експерименту являли собою логічне завершення усього психокорекційного процесу, так як були спрямовані на закріплення досягнутого терапевтичного ефекту і підвищення рівня «Я»-толерантності до дії депресогенних факторів, шляхом розвитку у підлітків адаптаційних здібностей, вироблення навичок раціональної поведінки та конструктивного розв'язання різноманітних життєвих проблем.

### **3.2. Показники результатів особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами у системі експериментальних психологічних умов**

З метою апробації розробленої нами програми профілактики і подолання депресивних розладів у підлітків було сформовано експериментальну та контрольну групи. Кількісний склад обох груп становив по 32 школярі підліткового віку. Якісне укомплектування груп здійснювалось на основі схожості показників депресивного розладу та особистісних властивостей досліджуваних, отриманих під час констатувального експерименту. До експериментальної групи увійшло 16 школярів з легкою формою депресії, 16 – з помірною; до контрольної – 17 досліджуваних у стані легкого депресивного розладу, 15 – помірного. До експерименту не залучалися підлітки з важкою депресією, так як вони потребують глибинної психотерапевтичної допомоги в умовах стаціонару. Експериментальну групу було розподілено на чотори корекційних підгрупи до яких увійшло по вісім підлітків: чотири з легкою депресією, чотири з помірною.

Формувальний експеримент проводився на базі навчально-виховного комплексу № 1, м.Камінь-Каширського Волинської області, Підцир'ївської загальноосвітньої школи 1-3 ступенів Камінь-Каширського району Волинської області, навчально-виховного комплексу № 9, м.Кам'янець-Подільський.

Перевірка результатів психокорекційного процесу здійснювалась з допомогою методики контрольного зрізу, яка включала в себе такі діагностичні засоби: шкала депресії А.Бека, методика диференційної діагностики депресивних станів В.А.Жмурова, багатофакторний особистісний опитувальник Р.Кеттела. Використання особистісного опитувальника Р. Кеттела дало нам можливість прослідкувати динаміку особистісного розвитку досліджуваних на період експерименту. Аналізуючи результати за методиками діагностики депресивних розладів, ми отримували інформацію про зміни психоемоційного стану підлітків.

Методика контрольного зрізу здійснювалась у п'ять етапів. Етапи застосування методики контрольного зрізу представлені у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Етапи застосування методики контрольного зрізу

Етапи методики контрольного зрізу	Методи діагностики		
	Факторний особистісний опитувальник Р. Кеттела	Шкала депресії А. Бека	Методика диференційної діагностики депресивних станів В.А. Жмурова
1-й етап (до початку психокорекційної роботи)	+	+	+
2-й етап (після двох місяців психокорекційної роботи)		+	+
3-й етап (після чотирьох місяців психокорекції )		+	+
4-й етап (після шести місяців психокорекції)	+	+	+
5-й етап (через шість місяців після завершення психокорекційної роботи)		+	+

Опрацювання результатів, отриманих за методикою контрольного зрізу, дало розгорнуту картину тих змін, які відбулися в особистісній і

психоемоційній сферах досліджуваних за період експерименту. Якісний та кількісний аналіз цих змін дозволив оцінити ефективність і дієвість розробленої нами психокорекційної програми профілактики й подолання депресивних розладів у підлітків. Щоб дати адекватну оцінку досягнутого терапевтичного ефекту, нам потрібно було визначити, чи сприяла проведена психокорекційна робота особистісному розвитку досліджуваних та подоланню у них депресивних розладів.

Здійснивши порівняльний аналіз результатів, отриманих за шкалою депресії А. Бека та методикою диференційної діагностики депресивних станів В.А. Жмурова, ми мали змогу прослідкувати й порівняти характер і динаміку змін, які відбулися у афективній сфері досліджуваних експериментальної (ЕГ) та контрольної (КГ) груп.

Результати усіх п'яти обстежень за шкалою депресії А. Бека подано у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Результати обстеження досліджуваних за шкалою депресії А. Бека

Ступінь депресії	Кількість досліджуваних									
	1-ше обстеження		2-ге обстеження		3-тє обстеження		4-те обстеження		5-те обстеження	
	<i>Експериментальна група</i>									
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Відсутня	–	–	6	18,75	10	31,25	24	75,00	28	87,50
Легка	16	50,00	14	43,75	18	56,25	8	25,00	4	12,50
Середня	16	50,00	12	37,50	4	12,50	–	–	–	–
Висока	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
<i>Контрольна група</i>										
Відсутня	–	–	1	3,13	–	–	–	–	–	–
Легка	17	53,13	16	50,00	16	50,00	16	50,00	15	46,875
Середня	15	46,87	15	46,87	16	50,00	15	46,87	15	46,875
Висока	–	–	–	–	–	–	1	3,13	2	6,25

Дані представлені у таблиці 3.2, висвітлюють позитивну динаміку психоемоційного стану досліджуваних експериментальної групи. Згідно з отриманими результатами за шкалою депресії А. Бека, на час першого обстеження (до початку експерименту) 50,00 % досліджуваних експериментальної групи перебували у стані депресії середнього ступеня вираженості, 50,00 % – легкого.

У ході другого обстеження (через 2 місяці після початку експерименту) виявлено, що у 18,75 % підлітків депресія відсутня, у 43,75 % – депресивний стан легкого ступеня вираженості, у 37,50 % досліджуваних – середній депресивний розлад.

Результати третього обстеження (через 4 місяці після початку експерименту) показали, що депресія відсутня у 31,25 % підлітків, легка депресія у 56,25 % школярів, середня форма депресивного розладу у 12,50 % досліджуваних.

На період закінчення експерименту (четверте обстеження) 25,00 % досліджуваних перебували в стані легкої депресії, у 75,00 % підлітків депресивний розлад відсутній.

Згідно результатів останнього, п'ятого обстеження досліджуваних експериментальної групи (через шість місяців після завершення психокорекційної роботи) 12,5 % школярів перебували в стані легкого депресивного розладу, у 87,5 % підлітків депресію не виявлено.

Подібні діагностичні дані було отримано за методикою диференційної діагностики депресивних станів В.А.Жмурова (див.табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Результати обстеження досліджуваних за методикою диференційної діагностики депресивних станів В.А.Жмурова

Форми депресії	Кількість досліджуваних									
	1-ше обстеження		2-ге обстеження		3-тє обстеження		4-те обстеження		5-те обстеження	
	<i>Експериментальна група</i>									
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Депресія відсутня / незначна	–	–	6	18,75	10	31,25	24	75,00	28	87,50
Депресія мінімальна	4	12,50	7	21,875	12	37,50	4	12,50	–	–
Легка депресія	12	37,50	7	21,875	6	18,75	4	12,50	4	12,50
Помірна депресія	16	50,00	12	37,50	4	12,50	–	–	–	–
Виражена депресія	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Глибока депресія	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
<i>Контрольна група</i>										
Депресія відсутня / незначна	–	–	1	3,13	1	3,13	–	–	–	–
Депресія мінімальна	4	12,50	4	12,50	2	6,25	3	9,37	3	9,375
Легка депресія	13	40,625	12	37,50	13	40,62	13	40,625	12	37,50
Помірна депресія	15	46,875	15	46,87	16	50,00	15	46,875	15	46,875
Виражена депресія	–	–	–	–	–	–	1	3,13	2	6,25
Глибока депресія	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Згідно з діагностичними даними, отриманими з допомогою методики В.А.Жмурова, до початку експерименту (перше обстеження) у 12,50 % досліджуваних експериментальної групи виявлено

мінімальну депресію, у 37,50 % – легку, 50,00 % підлітків перебували в стані помірного депресивного розладу. На час другого обстеження (через 2 місяці після початку експерименту) помірна депресія діагностувалась у 37,50 % досліджуваних, легка – у 21,87 %, і в 21,87 % – мінімальна; у 18,75 % підлітків депресія відсутня. Через чотири місяці після початку експерименту (третє обстеження) помірна депресія спостерігалась у 12,50 % школярів, у 18,75 % – легка, у 37,50 % – мінімальна; 31,25 % досліджуваних склали підлітки без депресії. Згідно з результатами четвертого обстеження, 12,50 % підлітків перебували у стані легкого депресивного розладу, у 12,50 % школярів спостерігалась мінімальна депресія, у 75,00 % досліджуваних депресію не виявлено. Через шість місяців після завершення психокорекційного процесу, обстеживши досліджуваних, ми виявили, що у 87,50 % підлітків експериментальної групи депресія відсутня, 12,50 % школярів перебували у стані легкого депресивного розладу.

Аналіз результатів обстеження досліджуваних контрольної групи у обох випадках (як за шкалою депресії А. Бека, так і за методикою В.А. Жмурова) виявляє незначні коливання психоемоційного стану підлітків, переважно з тенденцією до поступового погіршення. Зокрема, на період першого обстеження у групі не було досліджуваних з вираженою депресією. Однак, під час четвертого обстеження виявлено 3,13 % школярів контрольної групи з вираженою формою депресії, під час п'ятого – 6,25 %. Поглиблення депресії до вираженої форми спостерігалось у підлітків, які на момент першого обстеження перебували у стані помірного депресивного розладу. Кількість школярів з легкою депресією у контрольній групі до часу останнього обстеження зменшилась від 53,13 % до 46,87 %. Незначні позитивні зміни, які спостерігались у даній категорії досліджуваних контрольної групи (у 3,13 % підлітків на момент другого та третього обстеження фіксувалась відсутність депресивного розладу або незначна депресія) суттєво не вплинули на загальну картину діагностичних показників. Вже на період четвертого та п'ятого обстежень позитивна динаміка пішла на спад, що проявилось у відсутності школярів без депресії, та зменшенні кількості досліджуваних з мінімальною та легкою депресією (див.табл. 3.3).

Порівняльний аналіз результатів обстеження показав схожість діагностичних даних, отриманих за шкалою депресії А. Бека та методикою В.А. Жмурова. Існують деякі розбіжності в термінах і кількісних показниках застосованих нами методик. Тому з метою уникнення цих розбіжностей та створення єдиної системи діагностичних даних, ми узагальнили результати обстеження за обома методиками і подальший їх аналіз здійснювали, виходячи з прийнятого Всесвітньою організацією охорони здоров'я розподілу депресивних станів на легкі, помірні, важкі.

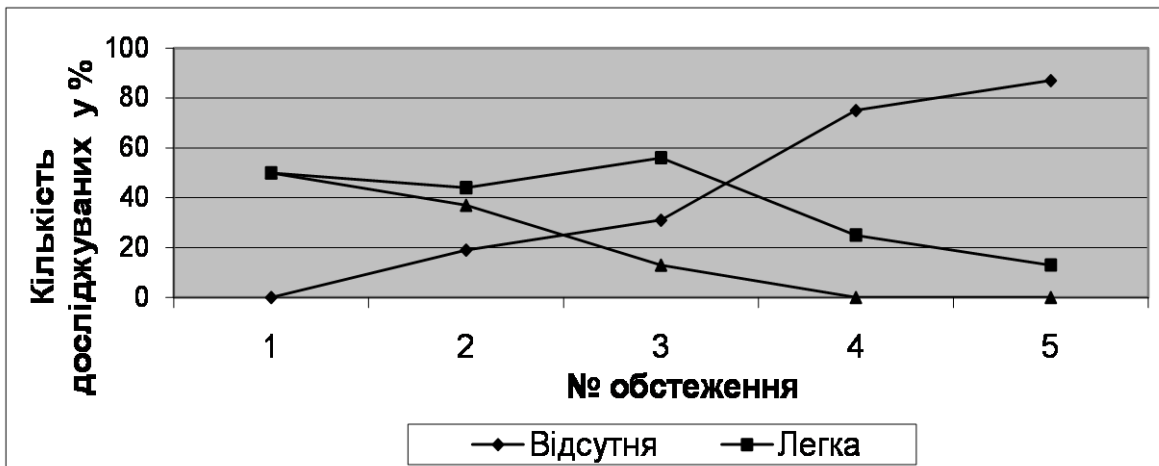


Аналіз динаміки психоемоційного стану досліджуваних контрольної групи виявляє негативну тенденцію у вигляді зменшення кількості підлітків з легкою депресією (від 53,13 % до 46,87 %) та переростання помірної депресії у важку, яке спостерігалось у 6,25 % підлітків. Слід зазначити, що погіршення психоемоційного стану школярів контрольної групи переважно фіксувалось на період завершення навчальної чверті або навчального року. Це дозволяє припустити, що під кінець навчального року посилюється інтенсивність депресогенних чинників у вигляді збільшення шкільного навантаження, зростання вимог і підсумкового контролю знань, а отже й кількості стресових ситуацій, які стимулюють депресивні реакції у емоційно сенситивних підлітків.

Проаналізувавши результати діагностики депресивних станів досліджуваних експериментальної групи, ми виявили зміну кількісного співвідношення підлітків з різними формами депресії на кожному етапі експерименту. Так, кількість підлітків експериментальної групи з помірною депресією на період першого обстеження (до початку експерименту) становила 50,00 %; за результатами другого обстеження, вона знизилась до 37,50 %, за результатами третього до 12,50 %. На період закінчення психокорекційного процесу та через шість місяців після його завершення (4-те і 5-те обстеження) підлітків з помірними депресивними розладами не виявлено. Кількість досліджуваних з легкими формами депресії становила 50,00 % на період першого обстеження, 43,75 % – на період другого, і 56,25 % на час третього обстеження; на період закінчення психокорекційного процесу вона зменшилась до 25,00 %, через шість місяців після завершення формульовального експерименту – до 12,50 %. Через два місяці від початку психокорекційного процесу у 18,75 % експериментальної групи досліджуваних діагностувалась відсутність депресивного розладу. Їх кількість поступово зростала: на період третього обстеження до 31,25 %, на період четвертого – до 75,00 %. За результатами діагностичного обстеження через шість місяців після завершення формульовального експерименту кількість підлітків без депресії становила 87,50 %.

Статистичний аналіз експериментального матеріалу за t-критерієм Стьюдента показав достовірність розходження в показниках депресивних розладів між першим та другим діагностичними зрізами:  $t = 2,96$  і статистично значущі при  $p \leq 0,01$  в експериментальній групі й статистично не значущі у контрольній, де  $t = - 1,57$  при  $p \leq 0,05$ .

Аналіз діагностичних даних, отриманих за період формульовального експерименту, показав, що паралельно зі зменшенням кількості досліджуваних експериментальної групи з помірними та легкими депресивними розладами, поступово зростала чисельність підлітків без депресії. Виявлену тенденцію графічно представлено на рисунку 3.1



З метою отримання максимально точної розгорнутої картини результатів формувального експерименту, ми проаналізували динаміку перебігу депресії та характер змін психоемоційного стану кожного досліджуваного. Отримані експериментальні дані висвітлюють чітку тенденцію до поступового зниження рівня депресії досліджуваних. Проте, картина динаміки позитивних змін неоднорідна. Так, у 50,00 % досліджуваних спостерігається стабільний процес поступового послаблення депресивного розладу аж до виходу зі стану депресії на час завершення експерименту. Відсутність депресивного розладу діагностується у них і через шість місяців після закінчення психокорекційних занять, що свідчить про стійкість досягнутого терапевтичного ефекту. Характерним для цієї групи досліджуваних є й те, що перші ознаки послаблення депресії діагностувались на четвертому місяці психокорекційного процесу. При цьому, у підлітків, які на початок експерименту перебували у стані помірного депресивного розладу, була констатована легка депресія. Результати четвертого та п'ятого контрольного діагностичного обстеження цих же підлітків фіксували відсутність депресивного розладу. У школярів, які залучались до експерименту в стані легкої депресії, на період третього обстеження за методикою контрольного зрізу діагностувалась відсутність депресивного розладу. Четверте та п'яте контрольне діагностичне обстеження цих же досліджуваних дало ідентичні результати – відсутність депресії.

Схожа динаміка депресивного розладу спостерігалась і в наступній групі досліджуваних. Її чисельність становила 12,50 % школярів. Тут також фіксувалась стабільна тенденція до поступового послаблення. Однак, на відміну від першої групи досліджуваних, позитивні зміни відбувались не так інтенсивно. Послаблення депресивного стану від рівня помірної до легкої депресії діагностувалося на четвертому місяці психокорекційного процесу. Легка депресія у даній групі досліджуваних утримувалась і на період завершення психокорекційних занять. Проте, результати останнього контрольного діагностичного

обстеження, через шість місяців після закінчення формувального експерименту, показали відсутність депресивного розладу.

Отже, процес оздоровлення тривав і після завершення психокорекційних занять, що свідчить про їх ефективність, так як досягнуті позитивні зміни не були поверховими, ситуативними, прив'язаними до моменту безпосереднього психокорекційного впливу; здійснена психокорекційна робота сприяла активізації внутрішнього потенціалу підлітків, їх природної здатності до оновлення, як характерної ознаки процесу самоактуалізації особистості.

При подальшому аналізі результатів обстеження за методикою контрольного зрізу було виділено третю групу досліджуваних, чисельністю 18,75 %. Динаміка позитивних змін у підлітків цієї групи характеризується інтенсивністю та нестабільністю. Процес оздоровлення відбувався нерівномірно, з епізодами рецидиву: до початку формувального експерименту у досліджуваних даної групи діагностувалась легка депресія; результати контрольного обстеження, здійсненого через два місяці, показали відсутність депресивного розладу. При наступному обстеженні, наприкінці четвертого місяця від початку формувального експерименту, у досліджуваних цієї групи було знову виявлено депресію легкої форми вираженості. На момент закінчення психокорекційного процесу та через шість місяців після його завершення, фіксувалась відсутність депресивного розладу. Подібна нерівномірність перебігу процесу оздоровлення частково пояснюється індивідуально-психологічними властивостями досліджуваних даної групи, а саме, холеричним типом темпераменту, емоційною лабільністю, вродженою імпульсивністю.

Нестабільність динаміки позитивних змін, з періодами рецидиву, спостерігалась у досліджуваних четвертої групи. До початку формувального експерименту підлітки даної групи (їх чисельність становила 9,37 % від загальної кількості досліджуваних) перебували у стані помірної депресії. За результатами першого контрольного обстеження (через два місяці від початку формувального експерименту), у досліджуваних діагностувалась легка депресія. Однак, на період другого контрольного зрізу фіксувалось повернення до попереднього стану (помірний депресивний розлад). На час завершення формувального експерименту у досліджуваних даної групи діагностувалась легка депресія. Останнє контрольне діагностичне обстеження, через шість місяців після завершення психокорекційної роботи, показало відсутність депресивного розладу у школярів четвертої групи.

Відносна нестабільність динаміки позитивних змін характерна також для підлітків п'ятої групи (чисельністю 3,13 %), у яких, при наявності позитивних зрушень, повністю подолати депресію все ж не вдалось. До початку формувального експерименту досліджувані цієї групи перебували в стані помірної депресивного розладу. Результати діагностичного обстеження наприкінці другого місяця експерименту

показали послаблення депресивного стану до рівня легкої депресії. Однак, при наступному обстеженні було виявлено, що підлітки знову перебувають у стані помірної депресивної розлади. Результати четвертого етапу контрольного зрізу зафіксували послаблення депресії до легкої форми вираженості. Останнє діагностичне обстеження, що було здійснено через шість місяців після завершення психокорекційного процесу, показало, що досліджувані даної групи перебувають у стані легкої депресивної розлади.

У шостій групі досліджуваних, виділеної на основі аналізу динаміки позитивних змін, на період перших двох обстежень за методикою контрольного зрізу діагностувалась помірна депресія, третього обстеження – легкий депресивний розлад, по закінченню психокорекційних занять фіксувалась відсутність депресії, через шість місяців після формульованого експерименту у досліджуваних даної групи (6,25 %) виявлено повернення до стану легкої депресії.

Таким чином, на основі аналізу діагностичних даних, отриманих за методикою контрольного зрізу, було виявлено шість варіантів динаміки позитивних змін, досягнутих у ході формульованого експерименту. Неоднорідність перебігу процесу оздоровлення досліджуваних є природним явищем. Вона зумовлена низкою об'єктивних причин, які й визначають своєрідність динаміки позитивних змін у підлітків. Зокрема, кожен досліджуваний є неповторним за своїми індивідуально-психологічними властивостями, а це визначає індивідуальність його реакції на застосовані методи психокорекційного впливу.

Динаміка процесу оздоровлення залежить також від специфіки соціальної ситуації, в якій перебуває підліток: психологічний клімат у сім'ї, в школі, взаємини з дорослими та однолітками. Якісно різна соціальна ситуація досліджуваних по-різному впливає на процес їх оздоровлення: стимулює або ж стримує його. Характер та динаміка позитивних змін залежить від індивідуальних особливостей депресивного розладу кожного досліджуваного: глибини депресії, причин, що призвели до її появи; індивідуальних депресивних образів і переживань.

Вагомим чинником подолання депресії є також індивідуальний життєвий досвід підлітків, який певною мірою визначає їх індивідуально-психологічні властивості, латентні здібності, внутрішній потенціал, опірність до дії депресогенних психологічних умов, причини та специфіку депресивного розладу, унікальність депресивних переживань, чутливість до методів психокорекційного впливу, а отже й якість та динаміку процесу оздоровлення.

Отримані результати експерименту підтверджують тезу про те, що подолання депресії у підлітків слід здійснювати через розвиток функцій особистісної саморегуляції, шляхом створення умов для активізації процесів самоактуалізації. На нашу думку, такий підхід до подолання депресії у підлітків є оптимальним, оскільки базується на

вродженому прагненні до самооздоровлення, самовдосконалення, актуалізації латентних здібностей і потенціалу, а отже цілком відповідає природному процесу розвитку молодшої людини.

Психологічна допомога депресивним підліткам набуває не лише психокорекційного, але й психорозвивального та психопрофілактичного характеру, адже вона спрямовується на формування вмінь і навичок розвитку особистісних властивостей, які допоможуть самостійно подолати депресію, ефективно протистояти дії депресогенних психологічних умов.

Щоб перевірити висунуту гіпотезу та виявити чи дійсно досягнуті позитивні зміни у психічному стані підлітків, що страждали від депресії, є наслідком підвищення рівня розвитку функцій їх особистості, ми проаналізували динаміку особистісних змін досліджуваних контрольної та експериментальної груп за період формувального експерименту. З цією метою було застосовано факторний особистісний опитувальник Р.Кеттела (див. табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Результати обстеження досліджуваних експериментальної (ЕГ) та контрольної (КГ) групи за факторним особистісним опитувальником Р.Кеттела

Фактори	Кількість досліджуваних у %; (n = 64)											
	Перше обстеження						Друге обстеження					
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
С	-	-	37,50	34,375	62,50	65,625	15,625	-	62,50	34,375	21,875	65,625
Е	-	-	43,75	46,875	56,25	53,125	3,13	-	62,50	46,875	34,37	53,125
F	-	-	46,875	50,00	53,125	50,00	9,375	-	65,625	46,875	25,00	53,125
G	40,625	34,375	37,50	40,625	21,875	25,00	46,875	34,375	37,50	40,625	15,625	25,00
H	-	-	50,00	43,75	50,00	56,25	18,75	-	68,75	43,75	12,50	56,25
I	62,50	59,375	37,50	40,625	-	-	46,875	59,375	53,125	40,625	-	-
O	75,00	78,125	25,00	21,875	-	-	15,625	75,00	65,625	25,00	18,75	-
Q2	-	-	43,75	43,75	56,25	56,25	12,50	-	65,625	43,75	21,875	56,25
Q3	15,625	21,875	37,50	43,75	46,875	34,375	28,125	21,875	46,875	43,75	25,00	34,375
Q4	46,875	50,00	53,125	50,00	-	-	18,75	50,00	81,25	50,00	-	-
MD	6,25	6,25	31,25	28,125	62,50	65,625	25,00	6,25	53,125	28,125	21,875	65,625
Оцінки виразності факторів	Високі		Середні		Низькі		Високі		Середні		Низькі	

При обстеженні досліджуваних контрольної групи позитивної динаміки особистісного розвитку не виявлено. Результати порівняльного аналізу експериментальних даних, отриманих у ході

констатуючого та контрольного обстежень, дозволяють говорити про те, що у особистісній сфері досліджуваних експериментальної групи відбулись позитивні особистісні зміни. Так, до початку формувального експерименту (при першому обстеженні) за фактором С – «емоційна нестійкість – емоційна стійкість» 62,50 % підлітків отримали низькі оцінки, 37,50 % – середні. За результатами другого обстеження, кількість досліджуваних з низькими оцінками по даному фактору зменшилась до 21,87 %, чисельність підлітків із середніми оцінками зросла до 62,50 %, кількість досліджуваних з високими оцінками становила 15,62 %. Таким чином, діагностичні дані свідчать про підвищення рівня емоційної стійкості підлітків після проведення формувального експерименту.

Подібна картина спостерігалась при порівнянні результатів обстеження за фактором Н – «боязливість – сміливість». Так, низькі оцінки по даному фактору було виявлено у 50,00 % досліджуваних під час першого обстеження і лише у 12,50 % – під час другого. Кількість підлітків із середніми оцінками, за результатами першого обстеження, становила 50,00 %, за результатами другого – 68,75 %. У ході другого обстеження виявлено 18,75 % школярів з високими оцінками по фактору.

Позитивні особистісні зміни досліджуваних спостерігалися також при порівнянні результатів обстеження за фактором О – «впевненість у собі – тривожність». Високі оцінки за даним фактором, які сигналізують про тривожність і депресивність, при першому обстеженні були виявлені у 75,00 % досліджуваних. Кількість підлітків із середніми оцінками становила 25,00 %. Результати другого обстеження показали, що чисельність досліджуваних з високими оцінками знизилась до 15,62 %; середні оцінки спостерігались у 65,62 % підлітків, низькі – у 18,75 %. Таким чином, результати обстеження свідчать про послаблення депресії досліджуваних та зниження рівня тривожності.

За фактором Q4 – «розслабленість – напруженість» при першому обстеженні у 46,87 % підлітків діагностувались високі оцінки, у 53,12 % – середні. Результати повторного обстеження становили: 81,25 % досліджуваних із середніми оцінками, 18,75 % – з високими. Отже, діагностичні дані свідчать про зниження рівня тривожності, збудливості, послаблення фрустрації досліджуваних.

Суттєві позитивні особистісні зміни досліджуваних спостерігалися і при порівнянні результатів обстеження за фактором MD – «адекватність самооцінки»: низькі оцінки за даним фактором, які свідчать про зниження самооцінки, при першому обстеженні діагностувались у 62,50 % досліджуваних; у 31,25 % підлітків спостерігались середні оцінки; у 6,25 % – високі. За результатами другого обстеження, кількість підлітків із середніми оцінками за фактором MD збільшилась до 53,12 %; з

високими оцінками до – 25,00 %; чисельність досліджуваних з низькими оцінками зменшилась до 21,87 %. Це свідчить про позитивну динаміку самооцінки досліджуваних: збільшення кількості підлітків з адекватною самооцінкою та зменшення чисельності школярів з низькою самооцінкою.

За фактором Q3 – «низький самоконтроль – високий самоконтроль»: при першому обстеженні у 46,87 % досліджуваних виявлено низькі оцінки, у 37,50 % – середні, у 15,62 % – високі; при повторному – середні оцінки фіксувались у 46,87 %, високі у – 28,12 %, низькі – 25,00 %. Різниця у діагностичних даних, отриманих за обома обстеженнями, свідчать про підвищення рівня самоконтролю підлітків.

Схожа картина спостерігалася і при порівнянні результатів обстеження за фактором Q2 – «конформізм- нонконформізм». Згідно з діагностичними даними першого обстеження, у 56,25 % досліджуваних виявлено низькі оцінки за фактором Q2, у 43,75 % – середні. На період другого обстеження, кількість підлітків із середніми оцінками зросла до 65,62 %, з низькими – зменшилась до 21,87 %, у 12,50 % досліджуваних діагностувались високі оцінки. Такі позитивні зміни мають особливе значення, так як свідчать про зростання самостійності підлітків та послаблення потреби шукати підтримки у групі; розвиток здатності до саморегуляції і початок процесу переходу від опори на середовище до опори на себе. Розвиток саме цих здібностей є однією з основних психологічних умов подолання депресії, так як самостійність і самодостатність – риси сильної, здорової особистості, здатної ефективно протистояти дії деструктивних чинників.

Позитивні, але менш виразні зміни спостерігалися і при порівнянні результатів за факторами I, F, G, E, що свідчить про послаблення соціальної залежності та конформності підлітків, їх надмірної самокритичності, подолання сором'язливості, зростання впевненості у собі, особистісної незалежності та самостійності, самоконтролю емоцій і поведінки.

Отже, результати формувального експерименту засвідчують ефективність розробленої моделі психологічних умов корекції та оптимізації особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами: проведена психокорекційна робота сприяла розвитку функцій системи особистісної саморегуляції – функції особистісного самозахисту, функції самовираження, функції самоуправління, функції самореалізації, функції ставлення до себе. Схематично модель психологічних умов корекції та оптимізації особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами представлена на рисунку 3.2.

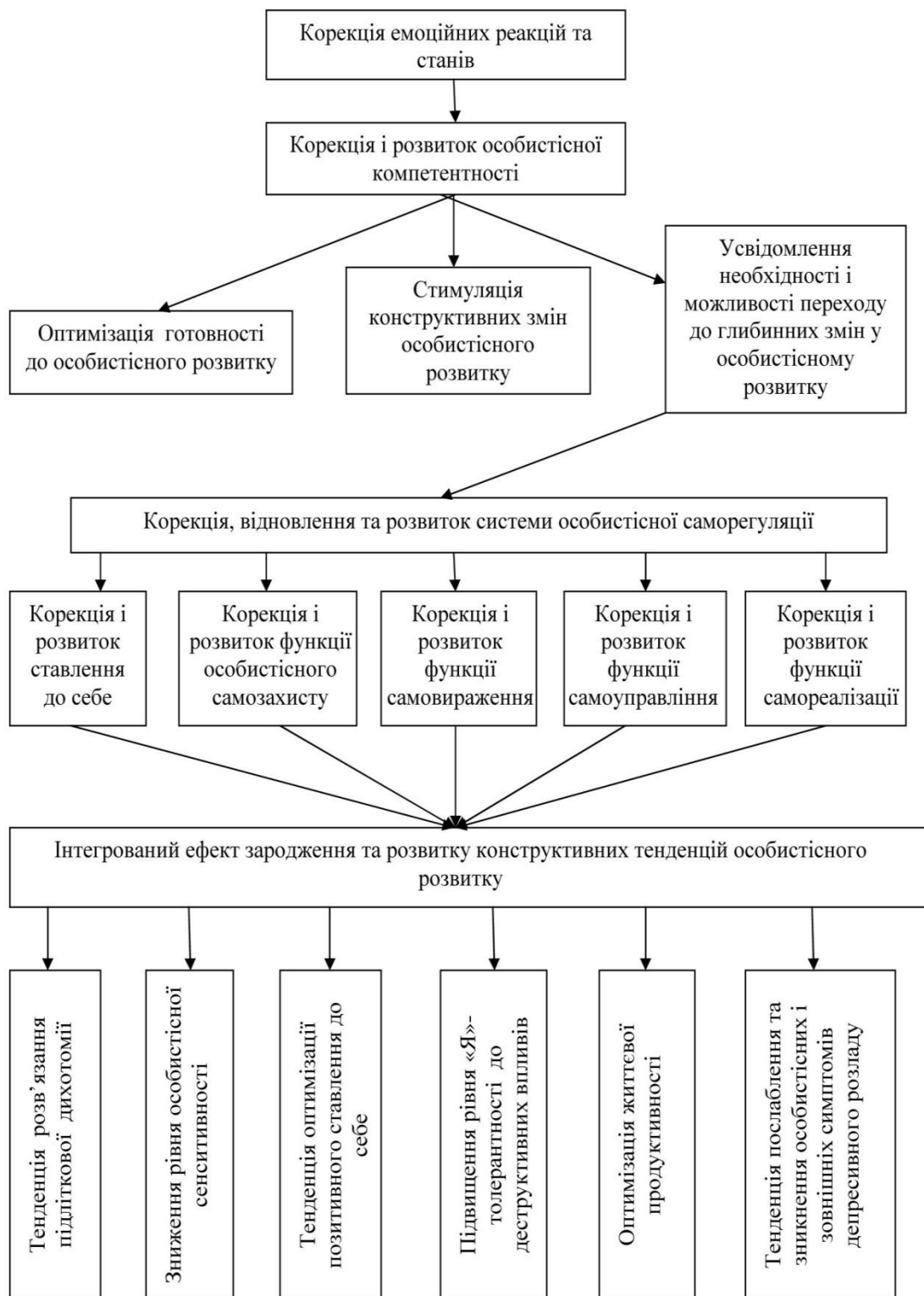


Рисунок 3.2. Психологічні умови корекції та оптимізації особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами

Розробляючи описану вище модель, ми керувались методологічним уявленням про те, що продуктивність методу конструювання моделі полягає у віднайденні ключових розв'язань наукових проблем. У



застосуванні до проблеми підліткових депресивних розладів це виявилось у відкритті засобами запропонованої моделі шляхів дослідження психологічних причин і механізмів розвитку підліткових депресивних розладів, розкриття їх симптоматики та способів подолання.

### **3.3. Методичні рекомендації щодо профілактики та корекції депресивних розладів у підлітків**

Результати дослідження склали основу для розробки рекомендацій щодо розв'язання проблеми підліткових депресивних розладів. Складність та недостатня розробленість проблеми вимагає подальшого її вирішення на науково-психологічному, науково-методичному рівнях та, звичайно ж, у сфері психологічної практики. Зокрема, існує необхідність у науково-психологічних дослідженнях та розробці ґрунтовних науково-психологічних концепцій, що мали б на меті вивчення і пояснення вікової специфіки підліткових депресивних розладів з врахуванням таких фундаментальних психологічних умов процесу розвитку підлітків, як домінування у його структурі розвитку особистості, сензитивність підліткового віку щодо особистісного розвитку індивіда, депресогенний характер кризи підліткового віку; виявлення особистісних симптомів та механізмів розгортання депресивних розладів у підлітків, розширення знань щодо причин їх виникнення.

Науково-методичний рівень розв'язання проблеми передбачає поповнення арсеналу методик виявлення депресивних розладів у підлітків та діагностики форм цих розладів; розробку програм і методів профілактики та подолання підліткових депресій з обов'язковим врахуванням їх вікової специфіки; розробку методів надання підліткам з депресивними розладами невідкладної психологічної допомоги як засобу запобігання суїцидних спроб; створення спеціального підходу до розв'язання проблеми підліткових депресивних розладів.

Завдання реалізації програм профілактики та подолання депресивних розладів у підлітків покладаються безпосередньо на сферу психологічної практики. Практичне розв'язання проблеми підліткових депресивних розладів вимагає створення розгорнутої диференційованої системи спеціальних профілактичних, психорозвиваючих та психокорекційних заходів, яка б насамперед охоплювала провідні інститути соціалізації підлітків – сім'ю та школу. Тому депресологічна допомога має стати одним з найважливіших напрямів діяльності шкільної психологічної служби і соціально-психологічної служби сім'ї та молоді.

Здійснення психопрофілактичної та психокорекційної роботи з підлітками, що мають депресивні розлади, вимагає відповідної

підготовки практичних психологів, реабілітологів, соціальних педагогів, що працюють в освітніх та реабілітаційних закладах. Вона включає у себе ряд аспектів: формування знань про природу дитячої і підліткової депресивності, причини її виникнення, клінічні прояви та особливості перебігу; оволодіння методикою діагностики депресивних розладів у дітей та підлітків; ознайомлення з основними принципами профілактики і подолання депресії у школярів; оволодіння необхідними психокорекційними методами та прийомами подолання депресивних розладів; формування знань про особливості розробки психопрофілактичних та психокорекційних програм; ознайомлення з основними вимогами щодо проведення психопрофілактики і психокорекції депресивних станів у школярів; вироблення навичок аналізу ефективності психопрофілактичних, психорозвиваючих та психокорекційних заходів.

Особливу увагу майбутніх фахівців необхідно звертати на проблеми, що можуть виникати у процесі психологічної роботи з депресивними школярами. Зокрема, це – труднощі при постановці діагнозу, визначенні цілей, завдань психологічної допомоги, розробці психопрофілактичних, психорозвиваючих та психокорекційних програм з обов'язковим урахуванням вікових, індивідуально-психологічних особливостей школярів, виборі корекційних методів і прийомів.

Підготовка практичних психологів, соціальних педагогів та реабілітологів освітніх і реабілітаційних закладів до роботи з такою кризовою категорією, як школярі з депресивними розладами є вирішальною умовою профілактики і подолання депресії. Це, на нашу думку, дає підстави для запровадження навчальних планів вищих навчальних закладів спеціальності «Психологія» спецкурсу «Психологія та психотерапія депресивних розладів». Специфіка підліткових депресивних розладів зумовлює необхідність формування вимог адресованих психологам-практикам, щодо надання підліткам депресологічної допомоги, а саме: включати до програм психодіагностичного мінімуму для школярів підліткового віку експрес-методику діагностики депресії; здійснювати профілактичну роботу з підлітками групи ризику; своєчасно виявляти у підлітків депресивні розлади, не залишати нерозв'язаними проблеми виявленої депресії; надавати підліткам з депресивними розладами невідкладну системну психологічну допомогу; з огляду на депресогенний характер кризи підліткового віку, здійснювати спеціальну психологічну антидепресивну підготовку підлітків. З цією метою пропонуємо запровадити у навчальних планах шкіл «Основи депресологічних знань».

Усі заходи з подолання депресій у підлітків (діагностичні, профілактичні, корекційні) повинні мати системний характер та базуватись на єдиній концептуальній основі. Це можливо за умови

застосування спеціального підходу, характеристикам якого найбільше відповідає, на нашу думку, особистісний підхід як такий, що базується на уявленнях про те, що сферою, у якій інтегративно репрезентуються причини і наслідки виникнення депресивного розладу є особистість підлітка. Результати дисертаційного дослідження показали, що в багатьох випадках первинною психологічною умовою виникнення депресивних розладів у підлітковому віці є недостатня сформованість особистісних механізмів саморегуляції і як наслідок відхилення у їх функціонуванні. Тому, на нашу думку, важливим аспектом подолання депресивних розладів у підлітків є розвиток особистості, зокрема функцій особистісної саморегуляції. Результати дослідження свідчать, що до психологічних умов особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами відносяться: увага до проблем, пов'язаних з розладом з боку фахівця або близької людини; спрямування рефлексії на особистісні властивості та регулятори, що провокують депресивні прояви; забезпечення психологічних умов тренування функцій особистісної саморегуляції та корекції функціональних порушень; надання невідкладної психологічної допомоги у критичних ситуаціях, включно з суїцидно небезпечними ситуаціями; психологічно-особистісна просвіта, метою якої є розвиток особистісної та депресологічної компетентності.

Розвиток особистості підлітків засобами спеціальних психокорекційних, психорозвиваючих, психопрофілактичних програм, розроблених з позицій особистісного підходу, дозволяє актуалізувати потенціал таких психологічних умов подолання депресивних розладів, як: розвиток особистісної компетентності підлітків; створення умов для самопізнання підлітків і формування прагнення бути собою самим; формування високих показників особистісного значення відношення відповідності самому собі; вироблення здатності адекватного самовираження та самореалізації; розвиток навичок самоуправління; формування позитивного особистісного мислення; розвиток навичок особистісного самозахисту і самоцілення.

Вирішення проблеми подолання депресії не обмежується усуненням наявного у підлітка депресивного розладу. Подальші кроки до остаточного розв'язання проблеми полягають у формуванні його особистісної захищеності щодо дії депресогенних чинників: активізація внутрішніх резервів особистісного розвитку підлітків; формування у них психологічних якостей, які забезпечуватимуть особистісну стійкість щодо дії депресогенних чинників (позитивне самоставлення і самооцінка, впевненість у своїх силах, оптимістична життєва концепція, позитивне мислення, тощо); розвиток адаптативних здібностей школярів, необхідних для кращого пристосування і протистояння до різноманітних життєвих труднощів; формування життєтворчих здібностей, які передбачають здатність орієнтуватись у

різноманітних життєвих ситуаціях і досягати особистісних та навчально-професійних цілей. Ці завдання є принципово важливими, оскільки їх розв'язання забезпечує умови для запобігання виникненню повторних депресивних розладів.

Результати нашого дослідження показали, що в багатьох випадках фактором, який провокує розгортання депресивних розладів у підлітків є несприятливі умови їх соціального оточення; вони не лише стимулюють появу депресивного стану, а й утримують та посилюють його. Тому подолання депресії на соціальному рівні вимагає усунення або зміну тих факторів соціального середовища підлітків, які провокують виникнення депресивних розладів. Вирішення даного завдання можливе лише за умови співпраці психолога з близькими родичами та педагогами підлітків. Ці люди складають найближче соціальне оточення школярів, і саме їх неконструктивні дії та вчинки часто провокують появу підліткових депресій.

У випадку, коли депресивний стимул криється в найближчому соціальному оточенні підлітка, він потрапляє у своєрідне депресивне соціальне середовище, дійовими особами якого можуть виступати його батьки, близькі родичі, педагоги, друзі. Під соціально-депресивним середовищем ми розуміємо складну систему негативних соціальних чинників, які тісно переплітаючись між собою, підсилюючи один одного, створюють умови для розгортання депресивних розладів. До цих факторів належать негаразди в сім'ї, низький статус серед однолітків, утруднене спілкування з педагогами, неконструктивні методи сімейного виховання, відсутність ефективної системи педагогічного впливу, тощо. Неможливо просто вилучити підлітка із депресивного соціального середовища з усіма його проблемами та негараздами, бо подібне вилучення є нічим іншим, як соціальною ізоляцією. Аби розв'язати цю проблему, потрібно усунути несприятливі фактори соціального оточення підлітка, шляхом реорганізації та оптимізації взаємостосунків з близькими людьми; перебудови стратегії сімейного виховання; вибору нових, більш ефективних, прогресивних методів педагогічного впливу; оздоровлення психологічного клімату в сім'ї. Це дасть можливість зруйнувати соціально-депресивне середовище навколо підлітка та блокувати його депресивно-стимулюючу дію.

Програма взаємодії з батьками та педагогами підлітків повинна спрямовуватись на вирішення двох основних завдань: 1) усунення несприятливих факторів соціального оточення підлітків та руйнування їх депресивного соціального середовища; 2) створення спільними зусиллями спеціальних соціально-терапевтичних умов, які сприяли б послабленню, усуненню депресивного розладу та подальшому закріпленню досягнутого терапевтичного ефекту. Оточення, у якому росте і розвивається підліток, неодмінно впливає на процес

формування його особистості, стан психічного здоров'я, психологічного та соціального благополуччя. Для максимально повного подолання депресії у підлітків необхідно, щоб цей вплив був не лише позбавлений негативних факторів, але й спрямовувався на оздоровлення психічного стану молодих людей, гармонійний, всесторонній розвиток їх особистості, створення умов для самореалізації, самоствердження, формування здатності і вироблення навичок самостійно будувати своє життя, тобто, оволодіння мистецтвом життєтворчості. Процес подолання депресивних розладів у підлітків буде більш ефективним, якщо його завдання реалізовуватимуться в рамках спеціально створеного реабілітаційного середовища, призначення якого полягає у здійсненні позитивного соціально-психологічного впливу, який сприятиме зживанню психологічної травми, послабленню депресивних страждань, підвищенню опірності депресогенним факторам, розвитку навичок соціальної адаптації і самостійного подолання численних життєвих труднощів.

У процесі формування реабілітаційного середовища слід керуватися такими принципами:

- врахування індивідуально-психологічних властивостей підлітка, його інтересів, потреб, можливостей та особливостей депресивного розладу;

- спеціальної підготовки батьків підлітка, педагогів та шкільного психолога до участі у корекційному процесі;

- сприяння батькам, педагогам досліджуваного у реалізації, оптимізації стратегії виховання, виборі методів педагогічного і сімейного виховання, які мають психологічно підтримуючий та розвиваючий характер;

- усунення аномалій сімейного і педагогічного виховання; відрегулювання внутрішньо-сімейних стосунків і взаємин підлітка з педагогами, однокласниками;

- врахування інтересів сім'ї і можливостей її участі у психокорекційному процесі;

- вибір таких методів психолого-педагогічного та сімейного впливу, які сприятимуть психологічному оздоровленню і реабілітації підлітка, підвищенню його адаптованості до реально існуючих умов сімейно-суспільного життя.

Завдання реабілітаційного середовища покликані вирішувати люди, які становлять основу його складу і беруть безпосередню участь у вихованні підлітка – мати, батько, бабусі, дідусі, класний керівник, шкільний психолог. У випадку, коли існує потреба лікування соматичних захворювань та подолання депресії на біологічному рівні, до діяльності реабілітаційного середовища долучаються медичні працівники. При організації і формуванні середовища потрібно також враховувати якісну роль його опосередкованих учасників, тобто людей, які безпосередньо не

залучаються до реабілітаційного процесу, але в більшій чи меншій мірі впливають на психоемоційний стан підлітка, це – брати, сестри, друзі, родичі, педагоги-предметники.

Формування реабілітаційного середовища та організація його діяльності передбачає розробку і реалізацію спеціального комплексу заходів, який включає в себе консультативні бесіди з батьками, педагогами підлітків, налагодження співпраці з штатним лікарем навчального закладу, участь у підготовці та проведенні психолого-педагогічного консилиуму, тематичні виступи на психолого-педагогічних семінарах. Даний комплекс заходів дозволяє вирішити ряд важливих завдань, які полягають у: інформуванні батьків та педагогів досліджуваних про необхідність створення реабілітаційного середовища; наданні людям, які складають найближче соціальне оточення підлітків, спеціальної інформації про умови, принципи та методи формування реабілітаційного середовища; визначення стратегії дій кожного учасника реабілітаційного середовища; налагодженні взаємодії між безпосередніми учасниками реабілітаційного середовища, корекції та регуляції їх дій.

Результати дослідження показали, що наявність дієвого реабілітаційного середовища значно розширює можливості подолання депресивних розладів у підлітків. У тих випадках, коли батьки і педагоги розуміли необхідність та важливість своєї участі в реабілітаційному процесі, підлітки значно швидше виходили з депресивного стану, а досягнутий терапевтичний ефект був більш високим і стійким.

### Висновки до III розділу

Аналіз результатів формувального експерименту дає підстави для таких висновків. Підліткові депресивні розлади відзначаються глибокою специфікою, що виявляється у таких основних часткових особливостях:

- депресивні розлади у підлітків містять потужний деструктивний потенціал, формування якого завершується протягом перехідного періоду, внаслідок чого він складає загрозу життю індивіда як у підлітковому віці, так і на пізніших етапах існування. Не усунуті у час їх виникнення і розгортання депресивні розлади переростають у хронічні і трансформуються у систему депресогенних особистісних властивостей, так звану депресивну особистість, що стає внутрішнім механізмом продукування життєвих проблем, труднощів та загроз, феноменологічний діапазон яких охоплює простір від проявів деформації функцій особистісної саморегуляції (порушення функції ставлення до себе і пов'язаних з цим душевних страждань, наприклад) до феномена «поламаного» життя і навіть фізичного його знищення у формі самогубства;

- підліткові депресивні розлади виникають у системі специфічних психологічних умов особистісного розвитку індивіда, серед яких як системоутворювальна виступає психологічна умова підліткової дихотомії; ефективність подолання депресивного розладу значною мірою визначається успішністю розв'язання підліткової дихотомії, що в свою чергу обумовлюється змінами, які призводять до оптимізації особистісного розвитку і функціонування системи особистісної саморегуляції підлітка;

- депресивні розлади є неадекватними життєвому та особистісному досвіду підлітків: вони не розпізнаються, не ідентифікуються і не усвідомлюються більшістю їх носіїв, підлітки виявляють особистісну неготовність та некомпетентність щодо адекватної реакції на депресію та способів її самостійного подолання;

- характер підліткових депресивних розладів диктує необхідність формування адресованого психологічній науці і практиці професійно-етичного імперативу, зміст якого розкривають такі методичні вимоги: керуватися розширеним поняттям групи ризику виникнення депресивних розладів щодо осіб підліткового віку; своєчасно виявляти у підлітків депресивні розлади, використовуючи з цією метою особистісну симптоматику; не залишати нерозв'язаними проблеми, пов'язані з виникненням у підлітків депресивних розладів, надаючи їм системну психологічну, в тому числі невідкладну допомогу.

Успішність корекційно-розвивальної роботи з депресивними підлітками значною мірою залежить від ефективності моделювання початкової стадії процесу подолання депресивного розладу. Результати проведеного експерименту доводять ефективність такої стартової моделі, як модель розвитку особистісної компетентності підлітка: особистісна компетентність виступає найбільш сенситивним особистісним компонентом щодо корекційно-розвивальних впливів і, внаслідок цього, найбільш слабкою ланкою проблемного кола депресивного розладу, що створює психологічні умови для його розімкнення і вирішення таких принципових завдань: 1) формування готовності підлітка отримати психологічну допомогу з метою подолання депресивного розладу; 2) використання розвитку особистісної компетентності як каталізатора конструктивних змін в особистісному розвитку підлітка на всіх етапах подолання депресивного розладу; 3) досягнення такого рівня розвитку особистісної компетентності, який забезпечує усвідомлення підлітком необхідності і можливості переходу до здійснення глибинних конструктивних змін у своєму особистісному розвитку.

Фундаментальною психологічною умовою подолання депресивних розладів у підлітків є досягнення глибинних конструктивних змін у їх особистісному розвитку. Найбільш ефективним способом досягнення глибинних конструктивних змін в особистісному розвитку підлітків є

проведення системної, заснованої на застосуванні науково обґрунтованої моделі, –корекційно-розвивальної роботи, відновлення та розвиток у них системи особистісної саморегуляції, передовсім таких її функцій, як ставлення до себе, самозахисту, самовираження, самоуправління та самореалізації.

Оптимізація зазначених базових функцій системи особистісної саморегуляції продукує інтегрований ефект зародження та еволюції низки конструктивних тенденцій, найбільш важливими серед яких для подолання депресивних розладів є такі:

- тенденція розв'язання підліткової дихотомії (за результатами експериментального впливу – посилення внутрішньої орієнтації відношення відповідності, зростання ступеня самостійності, самодостатності, саморегулятивності, послаблення соціальної залежності та конформізму);

- зниження рівня особистісної сенситивності (послаблення схильності до гіпертрофії особистісної значущості деструктивних впливів, зниження рівня тривожності, неконтрольованості страхів, напруженості, вразливості, уразливості, емоційної нестійкості, боязливості, невпевненості у собі);

- тенденція посилення позитивного ставлення до себе (підвищення самооцінки, послаблення комплексів неповноцінності і нонвалідності, подолання відчаю від свого «Я»);

- тенденція підвищення «Я»-толерантності до деструктивних впливів (підвищення рівня самоконтролю, незалежності, самостійності, врівноваженості, емоційної стійкості, впевненості у собі, подолання сором'язливості, підвищення рівня самозахищеності та самовираження, подолання пригніченості «Я»);

- тенденція відновлення життєвої продуктивності (повернення почуття перспективи власного існування, почуття успішності та задоволення у провідних сферах життєдіяльності підлітка);

- тенденція послаблення та зникнення особистісних і зовнішніх симптомів депресивних розладів.

Отже, результати формульованого експерименту підтвердили припущення про те, що ефективним способом подолання підліткових депресивних розладів є глибинна перебудова структури і якісних характеристик психологічних умов особистісного розвитку шляхом оптимізації функцій системи особистісної саморегуляції підлітків у процесі надання їм психологічної допомоги за технологією спеціальної науково обґрунтованої моделі подолання депресивних розладів у підлітковому віці.



## ВИСНОВКИ

У монографії наведено теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової проблеми, що виявляється у застосуванні інноваційного щодо розв'язання проблеми підліткових депресивних розладів особистісного підходу, основу якого складає науково-методична інтерпретація особистісного розвитку як визначального конструкта системи психологічних умов виникнення депресивних розладів, моделей їх діагностики та психологічних умов подолання, що забезпечує формування у підлітків здатності до ефективної особистісної саморегуляції та довільного вибору конструктивних шляхів самореалізації.

1. У дослідженнях підліткових депресій переважають підходи, що сформувалися у процесі вивчення депресій дорослих людей. Це спричиняється до таких наслідків: неповною мірою враховується специфіка підліткових депресій; має місце механічне перенесення методів діагностики та подолання підліткових депресій, що призводить до ігнорування таких фундаментальних психологічних умов процесу розвитку підлітків, як домінування у його структурі розвитку особистості, сензитивність підліткового віку щодо особистісного розвитку індивіда, депресогенний характер кризи підліткового віку; недостатньою мірою використовуються особистісні симптоми депресивних розладів; повільно поповнюється арсенал програм та методів надання підліткам з депресивними розладами психологічної допомоги; не створено спеціального підходу до розв'язання проблеми підліткових депресивних розладів.

2. Розв'язання проблеми підліткових депресивних розладів є важливою складовою руху за конструктивізм, реалізацію гуманістичного принципу боротьби за збереження життя та повноцінну самореалізацію кожної людини. Дослідженням встановлено:

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

- характер підліткових депресивних розладів диктує необхідність формування адресованого передовсім психологічній науці і практиці професійно-етичного імперативу, зміст якого розкривається у таких вимогах: керуватися розширеним поняттям групи ризику виникнення

депресивних розладів щодо осіб підліткового віку; своєчасно виявляти у підлітків депресивні розлади, використовуючи з цією метою симптоматику особистісного підходу; не залишати нерозв'язаними проблеми виявленого депресивного розладу; здійснювати надання підліткам з депресивними розладами невідкладної системної психологічної допомоги.

3. Між психологічними умовами особистісного розвитку та депресивними розладами існує ступеневий зв'язок залежності, зміст якого віддзеркалює формула “чим більший деструктивний вплив психологічних умов особистісного розвитку, тим глибшими виявляються депресивні розлади; чим глибші депресивні розлади, тим більшої деструктивності набувають відповідні психологічні умови особистісного розвитку“. Ця загальна закономірність, як випливає з даних кореляційного аналізу, виявляється у зв'язках між складовими цих феноменів: чим нижча самооцінка, тим глибший депресивний розлад; чим глибший депресивний розлад, тим нижча самооцінка; чим вищий рівень тривожності, тим глибший депресивний розлад; чим глибший депресивний розлад, тим вищий рівень тривожності; чим менший адаптивний потенціал особистості, тим глибший депресивний розлад; чим глибший депресивний розлад, тим менший адаптивний потенціал особистісних властивостей. Визначення цих та інших залежностей стало ключовим розв'язанням дослідження, що забезпечує, на відміну від традиційних способів діагностики депресій у підлітків, виявлення глибинної внутрішньої симптоматики депресії, її феноменологічного ядра, що відкриває можливість не тільки більш якісної діагностики депресивних розладів у їх сформованому, розгорнутому стані, але й здійснення прогнозування їх виникнення і ранньої діагностики.

4. Психологічною умовою, що виконує роль центрального регулятора системи особистісної саморегуляції як функціонального ядра особистісного розвитку підлітків є особистісна сенситивність – функціональна характеристика системи особистісної саморегуляції, яка визначає ступінь «Я»-толерантності, що являє собою механізм забезпечення рівноваги, цілісності та самодостатності функціонування особистості індивіда у ситуаціях сприйняття та здійснення впливів.

За даними експериментального дослідження інтраперсональними психологічними умовами, що визначають високу особистісну сенситивність та низьку «Я»-толерантність до деструктивних впливів, які характерні для підлітків з депресивними розладами є: підвищений рівень особистісної тривожності; нестійка із тенденцією до зниження самооцінка; неоднорідний із тенденцією до неадекватного завищення чи заниження рівень домагань; компоненти особистісної неврівноваженості у структурі меланхолічного та холеричного типів темпераменту; акцентуації за психастенічним, сенситивним, астено-

невротичним, циклоїдним, лабільним типами характеру. Між особистісною сенситивністю, «Я»-толерантністю і депресивним розладом мають місце закономірні зв'язки залежності двох типів – односторонньої залежності: чим вищий рівень особистісної сенситивності, тим нижча «Я»-толерантність до деструктивних впливів, тим вища вірогідність виникнення депресивного розладу; та двосторонньої залежності – чим вищий рівень особистісної сенситивності, тим нижча «Я»-толерантність до деструктивних впливів, тим глибший депресивний розлад; чим глибший депресивний розлад, тим вищий рівень особистісної сенситивності і тим нижча «Я»-толерантність до деструктивних впливів.

5. Глибинна перебудова структури і якісних характеристик психологічних умов особистісного розвитку підлітків, їх системи особистісної саморегуляції, що оптимізує функціонування механізму особистісної сенситивності – «Я»-толерантності до деструктивних впливів, є, як підтверджують результати застосування експериментальної корекційно-розвивальної програми, ефективним способом подолання у підлітків депресивних розладів. Використання валідних надійних стандартизованих методик та поглибленого спостереження засвідчують достовірність даних щодо особистісного розвитку підлітків експериментальної групи, позитивних адаптивних змін у функціях системи особистісної саморегуляції: чим більші позитивні адаптивні зміни функцій ставлення до себе, самозахисту, самовираження, самоуправління, самореалізації, тим менший ступінь вираженості симптомів депресивних розладів.

Проведене дослідження не висвітлює всіх аспектів проблеми депресивних розладів у підлітків. Перспектива його продовження пов'язана з такими напрямками дослідження психологічних умов особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами, як виявлення та опис глибинно диференційованої особистісної феноменології і симптоматики депресивних розладів, структурно-функціональних систем психологічних умов особистісного розвитку як ключових чинників депресогенезу, вивчення взаємозв'язку феноменів «Я»-толерантності та депресивних розладів, пошуку ефективних способів розв'язання проблеми депресивних розладів у підлітків на основі використання потенціалу їх особистісного розвитку.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова Г.С. Практическая психология / Г.С. Абрамова – [3-е изд.]. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998. – 368 с.
2. Авербух Е.С. Депрессивные состояния / Е.С.Авербух – Л.: Медицина, 1962. – 242с.
3. Айзенк Г.Ю. Структура личности / Г.Ю.Айзенк;пер. с англ. – СПб.: Ювента, М.: КСП+, 1999. – 469с.
4. Акименко Ю.Ф. Тренінг батьківської ефективності. Програма і методика проведення / Ю.Ф. Акименко // Практична психологія та соціальна робота. – 1999. – № 6. – С. 21 –28.
5. Алиева М.А.Я сам строю свою жизнь / [Алиева М.А., Гришанович Т.В., Лобанова Л.В., и др.];под ред.Е.Г. Трошихиной. – СПб.: Речь, 2001. – 216 с.
6. Амбрумова А.Г. Роль личности в проблеме суицида / А.Г. Амбрумова // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1981. – С. 37 – 41.
7. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации / А.Г.Амбрумова // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1978. – С. 8-14.
8. Антропов Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков /Ю.Ф.Антропов. – М.: Медпрактика, 2001. – 152 с.
9. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях /Л.И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1994. – №1. – С. 6.
10. Ассаджоли Р. Психосинтез: теория и практика / Р. Ассаджоли. – М.: Refl-book, 1994. – 314 с.
11. Балтес П. Возрастной подход в психологии развития / П.Балтес // Психологический журнал. – 1994. – №1. – С.60.
12. Батаршев А.В. Темперамент и характер: Психологическая диагностика / А.В. Батаршев. – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2001. – 336 с.
13. Берн Э. Игры, в которые играют люди: Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры: психология человеческой судьбы / Э.Берн;пер. с англ. – М.: ФАИР-ПРЕСС, 2000. – 480 с.
14. Бех І.Д. Від волі до особистості/ І.Д.Бех. – К.: Україна-Віта, 1995. – 202 с.
15. Бех І.Д. Особистісно зорієнтоване виховання / І.Д.Бех. – К.: ІЗМН МО України, 1998.- 204 с.
16. Библия. Книги священного писания; пер. с англ. – Chicago:SGP, 1989. –300 с.
17. Большой толковый психологический словарь: Т.1-2 / [сост. Артур Ребер; пер. с англ.]. – М.: ООО Издат-во «АСТ»; Издат-во «Вече», 2001. – Т.1. - 592 с.; Т.2. – 560 с.

18. Бондаренко А.Ф. Социальная психотерапия личности (психоаналитический подход) / А.Ф. Бондаренко. – К.: КГПИИЯ, 1991. – 189 с.
19. Булах І.С. Специфіка особистісного зростання підлітка: ракурс сучасного психологічного дослідження / І.С. Булах // Журнал практикуючого психолога. – К., 2002. – Вип. 8. – С. 72. – 85.
20. Булах І.С. Психологія особистісного зростання підлітка: Монографія /І.С. Булах. – К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2003. – 340 с.
21. Булахова Л.А. Справочник детского психиатра / [Л.А.Булахова,О.М.Сачан, С.Н. Зинченко и др];под ред. Л.А.Булаховой. – К.: Здоровье, 1985. – 288с.
22. Бурнард Ф. Тренинг межличностного взаимодействия / Ф. Бурнард. – СПб.: Питер, 2002. – 304 с.
23. Буянов М.И. Тайны детской психотерапии / М.И. Буянов. – М.: Прометей, 1990. – 160 с.
24. Василюк Ф.Е. Жизненный мир и кризис: анализ критических ситуаций / Ф.Е. Василюк // Психол. журнал. – 1995. – Т. 16, № 3. – С. 90 – 101.
25. Вачков И.В. Окна в мир тренинга. Методологические основы субъективного подхода к групповой работе / И.В. Вачков, С.Д. Дерябо. – СПб.: Речь, 2004. – 272 с.
26. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство / А.Л. Венгер. – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2005. – 159 с.
27. Ветроградова О.П. Возможные подходы к типологии депрессий /О.П. Ветроградова // Депрессия (психопатология, патогенез). – М.: МНИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1980. – С. 7 – 14.
28. Вінс В.А. До проблеми дослідження підліткової кризи /В.А. Вінс // Психологія: Збірник наукових праць. – К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2000. – Вип. 11. – С. 161 – 166.
29. Вінс В.А. Переживання кризових станів у перехідні періоди як проблема наукового пізнання / В.А. Вінс // Гуманітарний вісник Переяслав-Хмельницького державного педагогічного інституту імені Григорія Сковороди: Науково-теоретичний збірник. Вип. 1. – Переяслав-Хмельницький, 2000. – С. 153 – 259.
30. Вітенко І.С. Основи загальної і медичної психології / І.С. Вітенко, О.С.Чабан. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 345 с.
31. Воронин Б.Ф. Восточные психотренинговые системы / Б.Ф. Воронин. – К.: Лыбидь, 1991. – 184 с.
32. Воронов М.В. Групповой портрет депрессии / М. Воронов, С. Гримблат. – К.: Ника-Центр, 2005. – 400 с.
33. Выготский Л.С. Педагогическая психология / Выготский Л.С.; под ред. В.В.Давыдова. – М.: Педагогика, 1991. – 480 с.

34. Гарбузов В.И. Неврозы у детей и их лечение / В.И. Гарбузов, А.И. Захаров, Д.Н. Исаев. – Л.: Медицина, – 1977. – 272 с.
35. Гарбузов В.И. Практическая психотерапия / В.И. Гарбузов. – СПб.: Сфера, 1994. – 160 с.
36. Гладкова С. Ауотренинг. Антистрессовые методики / С. Гладкова. – Ростов н/Дону: Феникс, 2002. – 320 с. – (Серия “ Будь здоров ! ”).
37. Гласс Дж. Статистические методы в педагогике и психологии / Дж. Гласс, Дж.Стенли. – М.: Прогресс, 1976. – 495с.
38. Глэддинг С. Психологическое консультирование / С.Глэддинг. – 4-е изд. – СПб.: Питер, 2002. – 736 с.
39. Гирич Я.П. Об особенностях синдрома психогенной депрессии у детей / Я.П. Гирич // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1970. - №10. – С.1548 – 1551.
40. Голант М. Если тот, кого вы любите в депрессии. Помогите себе – помогите другому. Руководство/ М.Голант, С.Голант;пер. с англ. О. Цветковой. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. – 176 с.
41. Гольдштейн А. Тренінг умінь спілкування: як допомогти проблемним підліткам / А. Гольдштейн, В. Хомик; пер. з англ. В. Хомика. – К.: Либідь, 2003. – 520 с.
42. Гольдштейн А. П. Тренінг контролю гніву / А.П. Гольдштейн // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. – №4. – С.61-76.
43. Графические тесты в психодиагностике / [сост. И.А.Слободянюк, О.А.Холодова, А.И.Олексенко]. – Винница: ИПКП «Логос», 1994. – 33 с.
44. Грановская Р.М. Элементы практической психологии / Р.М. Грановская. – [2-е изд.]. – Л.: Изд. Ленинградского университета, 1988. – 560 с.
45. Гурьева В.А. Психогенные расстройства у детей и подростков / В.А. Гурьева. – М.: Крон-Пресс, 1996. – 206с.
46. Джонсон Д.У. Тренинг общения и развития / Д.У. Джонсон;пер. с англ. – М.: Изд. Группа «Прогресс», 2000. – 248с.
47. Джонсон Д.В. Тренинг саморазвития / Д.В. Джонсон // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. – №7. – С.52-64.
48. Донченко Е.А. Личность: конфликт, гармония / Е.А. Донченко, Т.М. Титаренко. – [2-е изд., доп.]. – К.: Политиздат Украины, 1989. – 175 с.
49. Дьяченко М.И. Психологический словарь-справочник / М.И.Дьяченко, Л.А.Кандыбович. – Минск: Харвест; М.: АСТ, 2001. – 576 с.
50. Дюркгейм Э. Самоубийство / Пер. с франц. – СПб.: Союз, 1998. – 496 с.
51. Емельянов Ю.Н. Активное социально-психологическое обучение /Ю.Н. Емельянов. – Л.: Изд. ЛГУ, 1985. – 166с.

52. Еникеева Д.Д. Популярная психиатрия / Д.Д.Еникеева. – М.: Аст-пресс, 1998. – 600с.
53. Ефремов В.С. Основы суицидологии / В.С.Ефремов. – СПб.: Изд-во «Диалект», 2004. – 480с.
54. Єфремцева С.А. Тренінг спілкування для старшокласників / С.А. Єфремцева; за ред. Ю.З. Гільбуха; [пер. з рос.]. – К.: Ін-т психології АПН України, 1994. – 76 с.
55. Жариков Е. Для тебя и о тебе / Е. Жариков, Е. Крушельницкий. – М.: Просвещение, 1991. – 222 с.
56. Жмуров В.А. Психопатология / В.А. Жмуров. – М.: Медицинская книга, 2002. – 668 с.
57. Завилянская Л.И. Психотерапия невротоподобных состояний / Л.И. Завилянская. – К.: Здоров'я, 1987. – 128 с.
58. Задесенець М.П. Вікові особливості розвитку дітей і формування їх особистості / М.П. Задесенець. – К.: Вища шк. Головне вид-во, 1978. – 263 с.
59. Зайгарник Б.В. Теория личности Курта Левина / Б.В. Зайгарник. – М.: МГУ, 1981. – 118 с.
60. Занюк С.С. Мотиваційний тренінг. Формування мотивації учбової діяльності у студентів та старшокласників / С.С. Занюк // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. – № 9-10. – С.74-83.
61. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия / А.И. Захаров. – СПб.: Изд-во «Союз»; «Лениздат», 2000. – 336 с. – (Серия «Психология ребенка»).
62. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия / А.И. Захаров. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 448 с.
63. Зинченко С.Н. Трудные дети / С.Н. Зинченко. – К.: Рад. шк., 1988. – 64 с.
64. Игумнов С.А. Основы психотерапии детей и подростков: справ. пособие / С.А. Игумнов; под. ред. В.Т. Кондрашенко. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2001. – 176 с.
65. Игумнов С.А. Психотерапия и психокоррекция детей и подростков/С.А. Игумнов. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2000. – 112 с.
66. Игры – обучение, тренинг, досуг.../ под. ред. В.В. Петрусинского. – М.: Новая школа, 1994. – 135 с.
67. Игры – обучение, тренинг, досуг...: В 4 кн. / под. ред.В.В. Петрусинского. – М.: Новая школа, 1994. – 368 с.
68. Изард К.Э. Психология эмоций / К.Э. Изард; перев. с англ. – СПб.: Питер, 2000. – 464 с. – (Серия «Мастера психологии»).
69. Ильин Е.П. Эмоции и чувства / Е.П.Ильин. – СПб.: Питер, 2002. – 749 с.

70. Каган В. Психотерапия для всех и для каждого / В. Каган. – Тверь: Экс.-Пресс, 1998. – 338 с.
71. Калашник Т.И. Метод позитивной психотерапии в групповой и индивидуальной психокоррекции / Т.И.Калашник. – Одесса: [Б. из-ва], 2000. – 76 с.
72. Калина Н.Ф. Основы психотерапии / Н.Ф.Калина. – М.: Рефл-бук; К.: Ваклер, 1997. – 272 с.
73. Калошин В.Ф. Як сформувати позитивне мислення / В.Ф. Калошин // Практична психологія та соціальна робота. – 1998. – № 3. – С. 23-27.
74. Карвасарский Б.Д. Психотерапия / Б.Д. Карвасарский. – М.: Медицина, 1985. – 303 с.
75. Карпенко З.С. Психотехніка у вихованні дитини / З.С. Карпенко. – К.: НПЦ «Перспектива», 1996. – 48 с.
76. Кильгольц П. Фармакотерапия при депрессивном синдроме / П. Кильгольц // Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии. – М, 1970. – С. 117 – 128.
77. Киппер Д. Клинические ролевые игры и психодрама / Д. Киппер. – М.: Класс, 1993. – 224 с.
78. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса / Л.А. Китаев-Смык. – М.: Наука, 1983. – 368 с.
79. Клиническая психиатрия / Под ред. проф. Н.Е. Бачерикова. – К.: Здоровье, 1989. – 512 с.
80. Клюева Н. В. Программы социально-психологического тренинга / Н. В. Клюева, М.А. Свистун. – Ярославль: Яросл. НПЦ «Психодиагностика», 1992. –66 с.
81. Кляйн М. Некоторые теоретические выводы, касающиеся эмоциональной жизни ребенка / М. Кляйн // Психоанализ в развитии. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998. – С. 59 – 107.
82. Ковалев Ю.В. Депрессия, клинический аспект / Ю.В. Ковалев, О.Н. Золотухина. – М.: Медицинская книга; Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2001. – 144с.
83. Ковалева Г. Психология хандры или Выход есть / Г. Ковалева. – М.: АСТ-ПРЕСС КНИГА, 2002. – 288 с.
84. Козидубова В.М. Клинико-психологические особенности депрессии у детей / В.М. Козидубова // Актуальные вопросы теории и практики медицины. – Харьков, 1986. – С.55 – 56.
85. Колосов В.П. Эмоционально-стрессовая психотерапия неглубоких депрессий / В.П. Колосов // Руководство по психотерапии; под ред. В.Е. Рожнова. – Ташкент: Медицина, 1985. – С.460 – 486.
86. Колотилин Г.Ф. Депрессивные состояния у подростков / Г.Ф. Колотилин // 3-я Всероссийская конференция по неврологии и психиатрии детского возраста. – М., 1971. – С.155 – 157.



87. Кон И.С. Психология ранней юности / И.С. Кон. – М.: Просвещение, 1989. – 255 с.
88. Кондрашенко В.Т. Общая психотерапия: Рук. для врачей / В.Т. Кондрашенко, Д.И. Донской, С.А. Игумнов – [4-е изд.]. – Минск: Выш. шк., 1999. – 524 с.
89. Кондрашихина О.А. Развитие способности к фасилитационному влиянию у будущих практических психологов /О.А. Кондрашихина // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. – № 9-10. – С. 57-73.
90. Костюк Г.С. Избранные психологические труды / Г.С.Костюк. – М.: Педагогика, 1988. – 304 с.
91. Коттлер Дж. Психотерапевтическое консультирование / Дж. Коттлер, Р. Браун. – [4-е международ. изд.]. – СПб.: Питер, 2001. – 464 с. – (Серия «Золотой фонд психотерапии»).
92. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования / Р. Кочюнас; пер. с лит. – М.: Академический проект, 1999. – 240 с.
93. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. – [7-е международ. изд.]. – СПб.: Питер, 2000. – 992 с. – (Серия «Мастера психологии»).
94. Кривцова С.В. Тренинг: навыки конструктивного взаимодействия с подростками / С.В. Кривцова, Е.А. Мухаматулина. – М.: Генезис, 1997. – 192 с.
95. Куликов Л. Мозаика радости / Л. Куликов. – СПб.: Питер Пресс, 1997. – 416 с. – (Серия «Сам себе психолог»).
96. Курек Н.С. Эмоциональное общение матери и дочери как фактор формирования аддиктивного поведения в подростковом возрасте / Н.С. Курек // Вопросы психологии. – 1997. – № 2. – С. 48 – 60.
97. Кьеркегор С. Страх и трепет / С. Кьеркегор; пер. с дат. – М.: Республика, 1993. – 383 с.
98. Лабиринты одиночества / под ред. Н.Е. Покровского. – М.: Пресс, 1989. – 624 с.
99. Лазурский А.Ф. Классификация личностей / А.Ф. Лазурский // Психология индивидуальных различий. Тексты. – М.: МГУ, 1982. – С. 179 – 198.
100. Лакосина Н.Д. Клинические варианты невротического развития /Н.Д. Лакосина. – М.: Медицина, – 1970. – 222 с.
101. Лакосина Н.Д. Неврозы, невротические развития личности и психопатии: клиника и лечение / Н.Д.Лакосина, М.М.Трунова. – М.: Медицина, 1994. – 192 с.
102. Лебедева Л.Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий / Л.Д. Лебедева. – СПб.: Речь, 2003. – 256 с.
103. Лебединская К.С. Подростки с нарушениями в аффективной сфере. Клинико-психологическая характеристика «трудных подростков» / К.С. Лебединская, М.М. Райская, Г.В. Грибанова. – М.: Педагогика, 1988. – 168 с.

104. Личко А. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков / А. Личко. – М.: ООО АПРЕЛЬ ПРЕСС, ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – 416 с.
105. Лоуэн А. Депрессия и тело / А. Лоуэн; пер. с англ. К. Перекалина. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 384 с. – (Серия «Психологическая коллекция».)
106. Майерс Д. Социальная психология / Д. Майерс; перев. с англ. – СПб.: Питер, 2000. – 688 с. – (Серия «Мастера психологии».)
107. Мак-Каллоу Дж. Лечение хронической депрессии / Дж.Мак-Каллоу; перев. с англ. Н. Алексеевой, О. Исаковой. – СПб.: Изд-во «Речь», 2003. – 368 с.
108. Максименко С.Д. Генезис существования личности / С.Д. Максименко. – К.: Изд-во ООО «КММ», 2006. – 240 с.
109. Мамцева В.Н. Один из вариантов маскированной депрессии с гипертермией при шизофрении у детей / В.Н. Мамцева // Журн. невропатол. и психиатр. – 1988. – № 8. – С. 57 – 60.
110. Мамцева В.Н. Депрессивный невроз в детском возрасте / В.Н. Мамцева. – М.: Медицина, 1982. – 16с.
111. Маслоу А.Г. Дальние пределы человеческой психики / А.Г. Маслоу;перев. с англ. А.М. Татлыбаевой. – Спб.: Евразия, 1999. – 432 с.
112. Менцос С. Психодинамические модели в психотерапии / С. Менцос; пер. с нем. Э.Л. Гушанского. – М.: Алетейа, 2001. – 176 с.
113. Методы эффективной психокоррекции: Хрестоматия / Сост. К.В. Сельченок. – Минск: Харвест, 1999. – 816 с.
114. Мізерна О.О. Корекційна тренінгова програма «Самовдосконалення» для подолання агресивних проявів серед підлітків / О.О. Мізерна // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. – № 4. – С.37-43.
115. Міщенко Т.А. Соціально-психологічний тренінг з формування вмінь саморегуляції емоцій у старшокласників / Т.А. Міщенко // Практична психологія та соціальна робота. – 2000. – №7. – С.10-14; №8. – С.9-11.
116. Микляева А.В. Школьная тревожность: диагностика, профилактика, коррекция / А.В. Микляева, П.В. Румянцева. – СПб.: Речь, 2004. – 248 с.
117. Михеева И.Н. Амбивалентность личности: Морально-психологический аспект / И.Н. Михеева. – М.: Наука, 1991. – 125 с.
118. Морозова Н.Б. Психогенные состояния у несовершеннолетних потерпевших / Н.Б.Морозова, И.А.Парунцева, Б.З. Шаихова // Депрессивные состояния в судебно-психиатрической практике. – М., 1989. – С. 93 -100.
119. Музыкальная психотерапия / под ред. В.И. Пегрушина – М.: Владос, 1999. – 175 с.

120. Неврозы / под ред. Б.Д.Карвасарского. – М.: Медицина, 1990. – 576с.
121. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования /Р. Нельсон-Джоунс . – СПб.: Питер, 2000. – 464 с.
122. Немов Р.С. Основы психологического консультирования / Р.С. Немов. – М.: Владос, 1999. – 528 с.
123. Новые достижения в терапии психических заболеваний /под ред. С.Н. Мосолова – М.: ЗАО БИНОМ, 2002. – 624 с.
124. Озерецкий Н.И. Психопатология детского возраста /Н.И. Озерецкий. – Л.: Лениздат, 1938. – 328 с.
125. Основи консультативної психології. Аналіз сучасних концепцій / [укл. О.Ф. Бондаренко]. – К.: РНМК Міністерства освіти України, 1992. – 116 с.
126. Осколова С.Н. Депрессивные состояния в общей медицинской практике / С.Н. Осколова. – М.: Крон-Пресс, 1996. – 192 с.
127. Павлов И.П. Рефлекс цели / И.П. Павлов // В сб. статей, докладов, лекций и речей. – Л.: Лениздат, 1932. – С. 295 – 299.
128. Павлов І.П. Вибрані твори / І.П. Павлов.– К.: Вид-во АН УРСР, 1949. – 401 с.
129. Пашукова Т.І. Молитва і характер / Т.І. Пашукова // Ментальність. Духовність. Саморозвиток особистості: Тези доповідей та матеріалів Міжнарод. науково-практичної конф. – Київ; Луцьк, 1994. – С.520 – 521.
130. Пашукова Т.І. Практикум із загальної психології / Т.І. Пашукова, А.І. Допіра, Г.В. Дьяконов; за ред. Т.І. Пашукової. – К.: Т-во «Знання», КОО, 2000. – 204 с.
131. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан; пер. с нем. – М.: Медицина, 1996. – 464 с.
132. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: семья как терапевт / Н. Пезешкиан; пер. с англ. – М.: Смысл, 1993. – 332 с.
133. Подкорытов В.С. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей / В.С. Подкорытов, Ю.Ю. Чайка. – Харьков: Торнадо, 2003. – 352 с.
134. Подмазин С.И. Тесты для диагностики акцентуаций характера у подростков / С.И. Подмазин; под. ред. Ю.З. Гильбуха. – К.: Межвед. научн.-практ. центр «Психодиагностика и дифференцированное обучение», 1994. – 54 с.
135. Помиткін Е.О. Методика «Перетворення». Активізація рефлексії позитивних особистісних якостей у процесі духовного зростання школярів на основі методики «Перетворення» / Е.О. Помиткін // Практична психологія та соціальна робота. – 1999. – №3. – С.17-20.
136. Посохова В.И. О клинических вариантах динамики психогенных депрессий у несовершеннолетних / В.И. Посохова // Судебно-психиатрическая экспертиза (особенности экспертизы

- несовершеннолетних) / Под ред. Г.В. Морозова. – М., 1980. – С. 64 – 69.
137. Практикум по психологии личности / сост. О.П. Елисеев. – [2-е изд., испр. и перераб.]. – СПб.: Питер, 2003. – 512с. – (Серия «Практикум по психологии»).
138. Прихожан А.М. Психология неудачника: Тренинг уверенности в себе / А.М. Прихожан. – М.: ТЦ «Сфера», 2000. – 192 с. – (Серия «Практическая психология»).
139. Психиатрия, психосоматика, психотерапия. Серия: Гуманистическая психиатрия / [ред.- сост.: К.П. Кискер, Г. Фрайбергер, Г.К. Розе, Э. Вульф]; пер. с нем. И.Я. Сапржниковой, Э.Л. Гушанского. – М.: Алетейа, 1999. – 504.
140. Психология: Популярный словарь / [сост. А.Д. Андреева, Т.В. Вохмянина и др.; под. ред. И.В. Дубровиной]. – М.: ИЦ «Академия»; ИЦ «Кафедра», 1998. – 96 с.
141. Психология возрастных кризисов: Хрестоматия / [сост. К.В. Сельчонок]. – Минск: Харвест, 2000. – 560 с. – (Серия «Библиотека практической психологии»).
142. Психология личности: тесты, опросники, методики / [сост. Н.В. Киршева, Н.В. Рябчиковас]. – М.: Геликон, 1995. – 220 с.
143. Психология эмоций. Тексты / под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, А.А. Пузыря. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 288 с.
144. Психология личности: Тексты / под ред. В.К.Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1982. – 288 с.
145. Психологические тесты / [сост. Э.Р.Ахмеджанов]. – М.: Лист, 1996. – 320 с.
146. Психологічний словник / за ред. В.І.Войтка. – К.:Вища школа, 1982. – 216 с.
147. Психологический словарь / под ред. В.В.Давыдова, А.В.Запорожца, Б.Ф.Ломова и др. – М.: Педагогика, 1983. – 448 с.
148. Психотехнічні ігри та вправи / [упоряд. І.А. Слободянюк, О.О. Холодова, О.І. Олексенко]. – Вінниця: ИПКП «Логос», 1995. – 31 с.
149. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: ЗАО Изд-во «Питер», 1999. – 752 с. – (Серия «Мастера психологии»).
150. Пурич-Пейякович Йу. Самоубийство подростков / Йу. Пурич-Пейякович, Й.Дуньич Душан; пер. с серб. – М.: Медицина, 2000. – 168 с.
151. Пуховский А.А. О некоторых клинико-психопатологических аспектах хронических депрессий / А.А. Пуховский // Журн. невролог. и психиатр. – 1993. – №2. – С. 68 – 72.

152. Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста / Ф. Райс. – [8-е международ. изд.] – СПб.: Питер, 2000. – 656 с. – (Серия «Мастера психологии»).
153. Рахматшаева В.А. Грамматика общения / В.А. Рахматшаева. – М.: Семья и школа, 1995. – 191 с.
154. Рейнуотер Дж. Это в ваших силах. Как стать собственным психотерапевтом/ Дж. Рейнуотер; пер. с англ. Л.А. Бабук. – Л.: Люкспринт, 2005. – 224 с.
155. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст: Проблемы становления личности / Х.Ремшмидт; пер. с нем. – М.: Мир, 1994. – 320 с.
156. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия / Х.Ремшмидт; пер. с нем. Т.Н.Дмитриевой. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624 с. – (Серия «Мир психологии»).
157. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / К. Роджерс; [пер. с англ. М.М. Исениной]. – М.: Изд. группа «Прогресс», «Универс», 1994. – 480 с.
158. Романовська Д.Д. Як зняти емоційне напруження, або що таке релаксація ? / Д.Д. Романовська // Практична психологія та соціальна робота. – 2002. – №2. – С. 23 - 35.
159. Рудакова И.А. Девиантное поведение / И.А. Рудакова, О.С. Ситникова, Н.Ю. Фальчевская. – Ростов н/Дону: Феникс, 2005. – 156 с.
160. Рудестам К. Групповая психотерапия / К.Рудестам. – СПб.: Питер, 2003. – 720 с. – (Серия «Мастера психологии»).
161. Руководство практического психолога: психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / под ред. И.В.Дубровиной. – М.: ИЦ «Академия», 1995. – 170 с.
162. Руководство практического психолога: Психологические программы развития личности в подростковом и старшем школьном возрасте / под ред. И.В.Дубровиной. – М.: ИЦ «Академия», 1995. – 123 с.
163. Савчук О.М. Стратегія роботи зі співзалежними жінками, які зазнають насильства в сім'ї / О.М. Савчук // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. – № 4. – С.51 – 60.
164. Самоукина Н.В. Игры в которые играют... Психологический практикум / Н.В. Самоукина. – Дубна: «Феникс+», 2000. – 128 с.
165. Семенова Е.М. Тренинг эмоциональной устойчивости педагога: учеб. пособ. / Е.М. Семенова– М.: Институт Психотерапии, 2000. – 224 с.
166. Семиченко В.А. Психические состояния / В.А.Семиченко. – К.: «Магістр – S», 1998. – 205 с.
167. Сидоренко Е.В. Мотивационный тренинг / Е.В. Сидоренко. – СПб.: Речь, 2000. – 234 с.

168. Сидоренко Е.В. Тренинг коммуникативной компетентности в деловом взаимодействии / Е.В. Сидоренко . – СПб.: Речь, 2002. – 208 с.
169. Ситников А.П. Акмеологический тренинг: Теория. Методика. Психотехнология / А.П. Ситников. – М.: Технологическая школа бизнеса, 1996. – 428 с.
170. Словарь практического психолога / [сост. С.Ю.Головин]. – Минск: Харвест, 1998. – 800 с.
171. Смит Г.К. Тренинг прогнозирования поведения: тренинг сенситивности / Г.К. Смит; пер. с англ. – СПб.: Речь, 2001. – 256 с.
172. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 432 с.
173. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е.Т. Соколова. – М.: Просвещение, 1989. – 215 с.
174. Солошенко Д.В. Экстренная психологическая помощь. Консультирование / Д.В. Солошенко // Практична психологія та соціальна робота. – 2002. – № 9-10. – С.17-38.
175. Спиваковская А. Психотерапия: игра, детство, семья: Т. 1 /А. Спиваковская. – М.: ООО Апрель Пресс, ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – 304 с. – (Серия «Психология – XX века».)
176. Спиваковская А. Психотерапия: игра, детство, семья: Т. 2 /А. Спиваковская. – М.: ООО Апрель Пресс, ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – 464 с. – (Серия «Психология – XX века».)
177. Справочник детского психиатра / под ред. Л.А. Булаховой. – К.: Здоровье, 1985. – 288 с.
178. Справочник невропатолога и психиатра/ под ред. Н.И.Гращенко, А.В.Снежневского. – [3-е изд., стереотип.]. – М.: Медицина, 1969. – 557 с.
179. Справочник по психиатрии / под ред. А.В.Снежневского. – М.: Медицина, 1985. – 416 с.
180. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / под ред. С.Ю. Циркина. – СПб.: Питер, 2000 – 752с.
181. Стишенок И.В. Сказка в тренинге: коррекция, развитие, личностный рост / И.В.Стишенок. – СПб.: Речь, 2005. – 144 с.
182. Сулицький В.В. Психологія суїцидальної поведінки /В.В. Сулицький. – К.: «МП Леся», 2001. – 316 с.
183. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста /Г.Е. Сухарева. – М.: Медицина, 1965. – 335 с.
184. Удовенко М.В. Развитие эмпатии у подростков: Программа игрового социально-психологического тренинга / М.В. Удовенко //Практична психологія та соціальна робота. – 1999. – №4. – С.6-13.

185. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К. Ушаков. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
186. Фель М.И. Клинические особенности невротической депрессии в возрастном аспекте / [М.И.Фель, Т.Г.Алиев, М.Г. Алиев. и др.]; под ред. Г.В.Морозова. – М.: Медицина, 1986. – 300с.
187. Фенстерхэм Г. Не говори "Да", если хочешь сказать "Нет" / Г. Фенстерхэм, Дж. Бэйер. – М.: Вече, АСТ, 1999. – 400с.
188. Фетискин Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н.П. Фетискин, В.В.Козлов, Г.М.Мануйлов. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 391с.
189. Флоренская Т.А. Диалог в практической психологии: Наука о душе /Т.А. Флоренская. – М.: ГИЦ ВЛАДОС, 2001. – 208 с. – (Серия «Психология для всех»).
190. Фопель К. Психологические группы: Рабочие материалы для ведущего: Практическое пособие / К. Фопель; пер. с нем. – М.: Генезис, 1999. – 256 с.
191. Франкл В. Психотерапия на практике / В. Франкл; пер. с нем. – СПб.: Ювента, 1999. – 256 с.
192. Франкл В. Человек в поисках смысла / В. Франкл; пер. с англ. и нем. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.
193. Фрейд А. Введение в детский психоанализ. Норма и патология детского развития. «Я» и механизмы защиты / А.Фрейд; пер. с нем. – Минск: ООО «Попурри», 2004. – 448с.
194. Фрейд З. Психология бессознательного: сб. произв. / З.Фрейд; сост. ред. М.Г.Ярошевский. – М.: Просвещение, 1990. – 448 с.
195. Фрейджер Р. Личность. Теории, упражнения, эксперимент /Р. Фрейджер, Д.Фейдимен; пер. с англ. – СПб.: прайм – ЕВРОЗНАК, 2004. – 608 с.
196. Хартли М. Как превратить стресс из врага в союзника / М. Хартли; пер. с англ. – К.:София, 1997. – 144 с.
197. Харитонов Н.К. Клинические аспекты психогенных депрессий в судебно-психиатрической практике / Н.К.Харитонов // Депрессивные состояния в судебно-психиатрической практике. – М., 1989. – С. 28 -35.
198. Хейли Дж. Что такое психотерапия / Дж. Хейли. – СПб.: Питер, 2002. – 224 с. – (Серия «Золотой фонд психотерапии»).
199. Хелл Д. Ландшафт депрессии / Д.Хелл; пер. с нем. И.Я.Сапожниковой. – М.: Алетейа, 1999. – 280 с.
200. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза / К.Хорни. – СПб.: Лань, 1997. – 240 с.
201. Худик В.А. Детская патопсихология / В.А. Худик. – К.: Здоровье, 1997. – 96 с.

202. Худик В.А. Психология аномального развития в детском и подростково-юношеском возрасте / В.А. Худик. – К.: Здоровье, 1993. – 144 с.
203. Худик В.А. Психологическая диагностика детского развития: Методы исследования / В.А. Худик. – К.: Освіта, 1992. – 220 с.
204. Цукерман Г.А. Психология саморазвития / Г.А.Цукерман, Б.М. Мастеров. – М.: Интерпракс, 1995. – 288 с.
205. Чабан О.С. Бог в трансценденції аналітичних відносин / О.С. Чабан // Психиатрия и религия на стыке тысячелетий: Сборник научных работ Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи) и Харьковской медицинской академии последиplomного образования. — Харьков, 2006. — Т. 4. — С. 112–114.
206. Чабан О. С. Терапия депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств легкой и умеренной степени / О. С. Чабан // Здоров'я України. - Київ, 2006. - № 23/1. – С. 55 – 56.
207. Шапарь В.Б. Практическая психология. Инструментарий / В.Б. Шапарь. – Ростов н/Дону: Феникс, 2004. – 768 с.
208. Шебанова С.Г. Практичний курс сприяння своєму зростанню / С.Г.Шебанова // Практична психологія та соціальна робота. – 1999. – № 3. – С.21-28.
209. Шебанова С.Г. Практичний курс сприяння своєму зростанню / С.Г.Шебанова // Практична психологія та соціальна робота. – 1999. – №4. – С. 14-17.
210. Щербатых Ю.В. Психология страха: Популярная энциклопедия / Ю.В.Щербатых. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 416 с. – (Серия «Психология общения»).
211. Эйдемиллер В. Психология и психотерапия семьи/ Э.Г. Эйдемиллер, В.Юстицкис. – [2-е изд. расшир. и доп.]. – СПб.: Питер, 2000. – 656 с. – (Серия «Мастера психологии»).
212. Эллис А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса / А. Эллис. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 288с.
213. Юнг К.Г. Конфликты детской души // Собрание сочинений / К.Г. Юнг; пер. с нем. – М.: Канон, 1994. – 336 с. – (Серия «История психологии в памятниках»).
214. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии / И. Ялом. – [5-е международ. изд.]. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – 640 с. – (Серия «Золотой фонд психотерапии»).
215. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс; [пер. с нем. Л.А. Акопян]. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.
216. Abraham K. Notes on the psycho-analytical investigation and treatment of manic- depressive insanity and allied conditions. –New York, 1968.



217. Akiskal H. Personality as a Mediating Variable in the Pathogenesis of Mood Disorders. – Berlin, 1998. – P. 22 – 34.
218. Angst J. et al. Recurrent brief depression. A new subtype of affective disorder // J. affect. Disord. – 1990. – №19. – P. 87 – 98.
219. Asberg M., Thoren P., Traskman L. Serotonin depression – a biochemical subgroup within the affective disorders ? // Science. – 1976, 191. – P. 478 – 480.
220. Battegay R. Depression. – Bern: Verlag Hans Huber, 1991.
221. Beck A.T. Depressive neurosis // Amer. handb. psychiatry. – New York, 1974, Vol. 3. – P. 61 – 90.
222. Blumberg M.L. Depression in Children on a General Pediatric Service // Amer. J. Psychother. – 1978, 32. – №1. – P. 20 – 32.
223. Bowlby J. Childhood Mourning and Its Implications for Psychiatry // Am. J. of Psychiat. – 1961, Vol. 118, № 6. – P. 481 – 498.
224. Brown F. Depression in Childhood Bereavement // J. of Mental Science. – 1961. Vol. 107. – P. 754 – 777.
225. Brown G.W. Depression: a radical social perspective. In K.R.Herbst & E.S.Paykal (Eds.), Depression. An integrative approach. – Oxford: Heinemann, 1989. – P. 21 – 44.
226. Davis J. Theories of biological etiology of affective disorders // International Review of Neurobiology. – 1970, 12. – P. 145 – 175.
227. Engel G. Anxiety and depression withdrawal: the primary affects of unpleasure // J. Psychoanal. – 1962, 43. – P. 82 – 97.
228. Forster C.B. A functional analysis of depression // American Psychologist. – 1972, 28. – P. 875 – 871.
229. Freud A. Adolescence // Psychoanalytic Study of the Child. – 1958, 13. – P. 255 – 278.
230. Freud S. Mourning and melancholia. – In W. Gaylin (Ed.). The meaning of despair. – New York: Science House, 1968 – P. 50 – 69.
231. Frommer E.A. Treatment of Childhood Depression with Antidepressant Drugs // Br. Med. J. – 1967, Vol. 1, № 5542. – P. 729 – 732.
232. Glassman A.H., Shapiro P.O. Depression and the Course of Coronary Artery Disease // Am. J. Psychiat. – 1998. – Vol. 155. – P. 4 – 11.
233. Goodman, A. Organic unity theory: The mind-body problem revisited // Am. J. Psychiatry. – 1991. – P. 553 – 563.
234. Helmchen H. Therapy resistance in depression // Problems of psychiatry in general practice. – 1991. – P. 97 – 106.
235. Hirschfeld R, Montgomery S, Keller M. et al. Social functioning in depression: a review // J. Clin Psychiatry. – 2000. – № 61. – P. 268 – 275.
236. King N.J., Bernstein G.A. School refusal in children and adolescents: a review of the past 10 years // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiat. – 2001. – Vol. 21. – P. 1 – 5.

237. Klerman G.L. The scientific status of neurotic depression // *Psychiatr. Clin.* – 1985, 18, № 2/3. – P. 167 – 173.
238. Klerman G.L., Endicott J., Spitzer R. et al. Neurotic depression: Systemic Analysis of Multiple Criteria and Meaning // *Amer. J. Psychiat.* – 1979, 136, № 1. – P. 57 – 61.
239. Kraepelin E. *Psychiatrich Lehrbuch für Studierende und Ärzte. B. III. Klinische Psychiatrie.* Leipzig, 1913. – S. 1395.
240. Lewinsohn P. A behavioral approach to depression. – In: R.L.Friedman & M.Katz (Eds.). *The psychology of depression: Contemporary theory and research.* – Washington: John Wiley, 1974. – P. 157 – 185.
241. Lewis A. States of Depression: Their Clinical and Aetiological Differentiation // *Brit. Med. J.* – 1938, № 29. – P. 875 – 878.
242. Liberman R.P., Raskin D. Depression: A behavioral formulation // *Archives of General Psychiatry.* – 1971, 24. – P. 515 – 523.
243. Masterson J.F. *Borderline personality disorders.* New York, 1977. – P. 475 – 494.
244. Matussek P., Molitor G.A., Seibt G. Childhood experiences of endogenous and neurotic depressives // *Europ. Arch. Psychiat. Neurol.* – 1985, 235, № 1. – P. 12 – 20.
245. Mulrow C.D., Williams J.W., Chiquette E. et al. Efficacy of Newer Medications for treating Depression in Primary Care Patient // *Am. J. Med.* – 2000. – Vol.108. – P. 54 – 64.
246. Nakano K. Coping strategies and psychological symptoms in Japanese samples // *Journal of Clinical Psychology.* – 1991. – Vol. 47. № 3. – P. 346 – 350.
247. Offer D., Ostrov E., Howard K., & Atkinson R. *The teenage world: Adolescents' self-image in ten countries.* – New York: Plenum Medical, 1988.
248. Post R.M. et al. Modeling of affective illness // *Depression as a lifetime disorder.* – Lundbeck, 1994. – P. 345 – 350.
249. Rado S. The Problem of Melancholy // *Intern. J. of Psychoanal.* – 1928, 9. – P. 420 – 438.
250. Sandler, J.; Joffe, W. Towards a basic psychoanalytic model // *Int. J. Psychoanal.* – 1965. – P.79 – 90.
251. Seligman M.E.P., Maier S.F. Failure to escape traumatic shock // *Journal of Experimental Psychology.* – 1967, 74. – P. 1 – 9.
252. Seligman M.E.P., Maier S.F., Geer J. The alleviation of learned helplessness in the dog // *J. of Abnormal and Social Psychology.* – 1968, 73. – P. 256 – 262.
253. Seligman M.E.P., Peterson C. *A learned helplessness perspective on childhood depression: Theory and research.* – New York: Guilford Press, 1986. – P. 223 – 249.

254. Shelton R.C., Tollefson G.D., Tohen M. et al. A Novel Augmentation Strategy for Treating Resistant Major Depression // Am. J. Psychiat. – 2001. – Vol. 158. – P. 131 – 134.
255. Spitz R.A. Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood // Psychoanalytic Study of the Child. – 1945, 1. – P. 53 – 74.
256. Spitz R.A. Hospitalism: A follow-up report // Psychoanalytic Study of the Child. – 1946, 2. – P. 113 – 117.
257. Stutte H. Neurotische Dissozialität auf dem Boden eines Thersiteskomplexes // Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. – 1974, 23. – S. 161 – 166.
258. Tellenbach H. Melancholie. – Berlin:Heidelberg; New York: Springer, 1976.
259. Tonks C.M., Paykel E.S., Klerman G.L. Clinical depression among Negroes // Am. J. Psychiatry. 1970,127. – P.329 – 335.

**Додаток А.1**  
**Методика психологічної допомоги підліткам, які страждають**  
**депресивними розладами**

Таблиця А.1.1

Рівні, напрямки та методи психологічної допомоги підліткам з  
депресивними розладами

Рівні психологічної допомоги	Напрямки терапевтичної допомоги	Методи психологічної допомоги	Спеціалісти-виконавці
Біологічний	Усунення біологічних причин (наскільки це можливо) та соматичних симптомів депресивного розладу. Лікування основного та супутнього захворювання.	Психофармакотерапія, гіпноз, глибинна психотерапія.	Психіатр, психотерапевт
		Терапія соматичних захворювань.	Лікарі різної спеціалізації (терапевт, педіатр, невропатолог, тощо).
Психологічний	Регуляція емоційного стану, зняття стресу. Розвиток особистісної компетентності, поглиблення саморозуміння. Регуляція самооцінки та рівня домагань, зниження тривожності, послаблення агресивності, усунення небажаних рис характеру, блокування дії індивідуального образу депресії і його руйнування, розв'язання внутрішньо-особистісних конфліктів. Підвищення особистісного опору дії психотравмуючих факторів; формування вмій і навичок розвитку своїх особистісних якостей, які допоможуть підлітку долати депресію, подолання схильності до депресивних реакцій на життєві труднощі. Зміцнення соціальної і екзистенційної позиції,	Психоконсультативні бесіди, психокорекційні заняття з використанням елементів гуманістичної, когнітивної, християнської психотерапії. Аутотренінг. Тренінгові заняття.	Психолог.
		Групи інтенсивної психотерапії. Гуманістична, глибинна та транс персональна психотерапія. Гіпноз. Сімейна психотерапія.	Психотерапевт.

	<p>формування нової життєвої концепції. Розвиток навичок спілкування і конструктивного розв'язання конфліктних ситуацій.</p>		
Соціальний	<p>Організація навчально-виховного процесу з використанням новітніх психолого-педагогічних технологій, зокрема, технології життєтворчості. Забезпечення умов для всестороннього, повноцінного розвитку особистості школяра, його самопізнання, самовиховання і самореалізації. Дотримання психогігієнічних вимог до організації навчально-виховного процесу. Формування у підлітків навичок самостійного життєвого проектування.</p> <p>Регуляція внутрішньо-сімейних стосунків, розв'язання конфліктів. Усунення аномалій сімейного виховання. Заміна старих сімейних виховних підходів на нові, більш прогресивні, відповідно до вікового періоду розвитку дитини. Створення у сім'ї умов необхідних для гармонійного, повноцінного фізичного і психічного розвитку підлітка.</p>	Новітні психолого-педагогічні методи і технології.	Педагоги у співпраці з працівникам і шкільної психологічно ї служби.
		Психологічне просвітництво.	Психолог.
		Сімейне психоконсультування, групи сімейної психотерапії. Психопросвітницька робота.	Психолог у співпраці з батьками та педагогами.





*Навчальне видання*

**Н.І. Бігун**

**ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ  
ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ  
ПІДЛІТКІВ З ДЕПРЕСИВНИМИ  
РОЗЛАДАМИ**

**Монографія**

Підписано до друку 01.07.2011 р. Формат 60x84/16  
Папір офсетний. Гарнітура Times New Roman. Друк офсетний  
Ум.друк. арк. 9,3. Обл. вид. арк. 9,6 Тираж 200. Зам. 232

Підготовлено до друку та надруковано  
**у видавництві ПП «Медобори»**  
32343, Хмельницька обл., Кам'янець-Подільський р-н,  
с. Довжок, пров. Радянський, ба. Тел./факс: (03849) 2-20-79  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК №3025 від 09.11.2007 р.