**ЗМІСТ**

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АСПЕКТ ВИВЧЕННЯ ПРИЧИН ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У НЕПОВНОЛІТНІХ

.1 Поняття депресії та її характеристики

.2 Особливості прояву депресивного стану у неповнолітніх

.3 Фактори виникнення депресії у неповнолітніх та її подолання

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МОТИВАЦІЇ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ

.1 Характеристика вибірки дослідження

.2 Організація та методи дослідження

.3 Аналіз та інтерпретація результатів

.4 Психолого-педагогічні рекомендації, щодо подолання депресії

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ДОДАТОК А

ДОДАТОК Б

ДОДАТОК В

ДОДАТОК Г

**ВСТУП**

Актуальність даної теми обумовлена тим, що в наш час найбільш частою проблемою є проблема депресивних розладів. А особливо це стосується дітей в підлітковому віці. Дослідження показують, що кожен восьмий підліток з десяти страждає підліткової депресією.

Сучасний підліток живе у світі, складному за своїм змістом і тенденціям розвитку. Емоційне неблагополуччя підлітка - один з об'єктів пильної уваги: шкільних психологів, педагогів, батьків. Своєчасна та якісна діагностика подібного неблагополуччя, адекватні корекційні заходи можуть зменшити ризик виникнення небажаних тенденцій у розвитку особистості. Один з яскравих проявів подібного неблагополуччя - депресивні стани.

Оскільки депресивні стани у підлітків вивчені недостатньо, це істотно обмежує можливості психологів щодо корекційної роботи. Отже, проблема даного дослідження полягає у вивченні специфіки депресивних станів у підлітків, що певним чином сприятиме знаходженню оптимальних способів їх корекції. Все це і зумовило актуальність теми дослідження.

Об’єктом курсової роботи є підвищення кількості депресій у підлітковому середовищі.

Предметом дослідження є фактори, що впливають на формування депресивних тенденцій серед підлітків.

Метою даної курсової роботи є вивчення депресивних станів в підлітковому середовищі, їх причини та профілактика.

Сформульована мета передбачає вирішення наступних завдань:

Визначити сутність терміна «депресія»;

Виявити особливості прояву депресивних станів у підлітків;

Виявити основні фактори, що впливають на формування депресивних тенденцій в підлітковому середовищі;

Дати рекомендації дітям підліткам у важких депресивних ситуаціях.

Теоретико-методологічна основа дослідження: психолого-педагогічні дослідження формування особистості в працях Ю.Ф. Антропова, В.В. Бойко, Л.С. Виготського, концептуальні положення корекції депресивних станів С.П. Рубінштейна, Ю.В. Ковальова, О.Н. Золотухіної, Ю.Л. Ханіна та інших.

Методологічна основа даної курсової роботи є сучасні методи наукового пізнання, застосування яких обумовлене змістом і метою поставлених завдань: аналіз, синтез, класифікація, емпіричні методи.

Практична значимість полягає в тому, що висновки та результати курсової роботи можуть бути використані в навчально-виховному процесі загальноосвітніх установ.

Структура курсової роботи та послідовність її частин обумовлені об'єктом, метою та завданнями дослідження. Курсова робота складається зі вступу; двох розділів, розділених на сім підрозділів: у першому розділі розглянуті теоретичні підходи до визначення поняття «депресії», «депресивних станів», їх видів, причин, зокрема у неповнолітніх; у другому розділі представлено матеріали дослідження, щодо вивчення депресивних станів у неповнолітніх та зроблено загальні висновки, щодо них; висновків, списку використаних джерел та додатків.

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АСПЕКТ ВИВЧЕННЯ ПРИЧИН ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У НЕПОВНОЛІТНІХ**

**.1 Поняття депресії та її характеристики**

Розкриття теми даної курсової роботи слід з розгляду поняття «депресія». Відтак, депресія - це афективний стан, що характеризується негативним емоційним фоном, змінами мотиваційної сфери, когнітивних уявлень і загальної пасивністю поведінки. Суб'єктивно людина відчуває, насамперед, важкі, болісні емоції і переживання - пригніченість, тугу, відчай. Розрізняються функціональні стани депресії можливі у здорових людей в рамках нормального психічного функціонування, і патологічна депресія, яка є одним з основних психіатричних синдромів. Використання в даній роботі терміну «депресивний стан» спирається на психологічну складову цього поняття. Термін «депресивний стан» відноситься до класу психічних станів, володіючи необхідними для цього психологічними характеристиками (психічний стан - це поняття, що використовується для умовного виділення в психіці індивіда щодо статичного моменту) [2, с.156].

Емоційні прояви депресії: туга, пригнічений настрій, відчай, страждання, дратівливість, тривога, втрата здатності відчувати задоволення від раннє приємних занять, втрата інтересу до всього навколишнього.

Фізіологічні прояви депресії: порушення сну (безсоння, сонливість), порушення функції кишечника (запори), зміни апетиту (його втрата або переїдання), зниження сексуальних потреб, болі в серці, шлунку, в м'язах, зниження енергії.

Поведінкові прояви: уникнення спілкування (небажання спілкуватися з іншими людьми, схильність до самотності), відмова від розваг, зловживання алкоголем і психоактивними речовинами, що дають тимчасове розслаблення.

Розумові прояви: труднощі прийняття рішення, труднощі зосередження, переважання негативних, похмурих думок про себе, занижена самооцінка, думки про самогубство (в разі тяжкої депресії), думки про непотрібність, що не значимості себе в цьому суспільстві, сповільненість мислення. [3]

Більшість людей вважають, що депресія як розлад набула такої популярності тільки недавно, у зв'язку з різними новоствореними факторами, але це помилка. Цей розлад було відомо ще з часів античності. Давньогрецький лікар, «батько медицини» Гіппократ описував цей стан як неприємну, хворобливу душевну муку «меланхолія» або як її ще називають «чорна жовч». Протягом багатьох століть причиною цього вважали надлишок цієї рідини в організмі. В даний час, замість поняття «меланхолія» в медицині використовують поняття «депресія». Зараз меланхолік це тип темпераменту за Гіппократом, який найбільш схильний до емоційного розладу.

Депресія для людини, це стан коли душевну рівновагу порушено, і людина прибуває в пригніченому настрої, якщо це буде тривати протягом довгого часу, вона може перерости в більш складну форму, затяжний перебіг цієї хвороби в більшості випадках призводить до інвалідності.

На думку Дробінської А.О., поняттям «депресія» можна охарактеризувати безліч станів людини. Цей термін широко використовується і може позначати різні форми суб'єктивного дистресу. Але про депресію говорять вже як про наявність гострої стадії нервового розладу, не потрібно плутати її зі звичайною сумом, тимчасовими переживаннями, викликаними різними причинами. Смуток - вельми людяна емоція, яка передає нашу реакцію на втрати і розчарування. Вона необхідна нам для того що б цілком відчувати щастя, радість, захоплення. Тільки порівнюючи з сумом можна по-справжньому оцінити повноту радості. [10]

На думку відомого психотерапевта Покрасса Михайла Львовича, депресія - це прояв і необхідний інструмент усвідомленої або неусвідомленої перебудови мотиваційної системи цінностей - інструмент вибору, механізм самобудови або саморуйнування. Депресія виникає кожного разу, коли людина стикається з відсутністю умови, без якої для неї неможливо задоволення її цінностей, збереження цілості "Я" або самого життя, неможливо здійснення важливої для неї активності [1, с.86].

Трікетт Ш. підкреслює, що депресивний стан більшою чи меншою мірою діє на всю людину, перебудовує всю її структуру - починаючи від думок, закінчуючи її поведінкою. Хоча ці зміни можуть відбуватися поступово, депресивна людина відрізняється від того, яким вона була до початку депресії. Можливо навіть, що вона стає своєю протилежністю [20, с.78].

Найбільш очевидна і типова ознака депресії - тужливий настрій, а також переживання пригніченості, самотності чи апатії. Людина в стані депресії може плакати, навіть тоді, коли здавалося б немає очевидного приводу або, навпаки, втрачає здатність плакати при справді важких подіях. Гнітюче відчуття пригніченості, спустошеності, повної безнадії є симптомами депресивних розладів більшості людей. Похмурий настрій - не просто печаль, це болісний душевний біль. Однак печаль відзначають у себе не всі страждаючі депресією. У дітей і підлітків стан депресії проявляється частіше в формі не смутного настрою, а дратівливості. Молоді люди в стані депресії в основному примхливі, легко дратуються і говорять вони головним чином про власну "потворність", "дурість", про свою "марність". Інші дорослі в стані депресії також бувають зовсім сумними, буркотливими, незадоволеними і навіть гнівливими і ворожими. Літні ж частіше скаржаться не на пригнічений настрій, а на неприємні фізичні відчуття і біль.

Таким чином, депресія - це психічний розлад, що характеризується депресивною тріадою: зниженням настрою, втратою здатності переживати радість, порушеннями мислення. У наступному підрозділі ми розглянемо особливості прояву депресивних станів у неповнолітніх.

**1.2 Особливості прояву депресивного стану у неповнолітніх**

Приступаючи до розгляду особливостей депресивного стану неповнолітніх, нам слід зупинитися на роз’ясненні, виокремленні вікових рамок наших піддослідних.

Розглядаючи тлумачення терміну «неповнолітній» з точки огляду юриспруденції, міжнародного та вітчизняного законодавства, ми зробимо висновок, що неповноліття - це соціально-правова категорія, яка є складовою більш широкої категорії - дитинство, що узагальнено розуміється як період, у якому здійснюється реалізація прав дитини.

Конвенція ООН про права дитини закріплює, що дитина - це особа до досягнення 18 років. У цьому сенсі було визнано за необхідність надати спеціальний захист дітям у силу їхньої фізичної та розумової незрілості.

Аналізуючи вітчизняне законодавство, можна помітити, що усі суб’єкти правовідносин у нормативно-правових актах традиційно поділяються на дві групи: дорослі і діти/неповнолітні. Такий розподіл зумовлений віковим критерієм - повноліттям, і пов’язаний із досягненням особою 18 років. Усіх інших осіб, які не переступили цієї вікової межі, прийнято називати неповнолітніми. При цьому єдиної позиції щодо визначення понять «неповнолітній», «малолітній» або «дитина» чинне законодавство не має. [24]

Аналізуючи масу джерел, можна підвести підсумок, що неповнолітніми є особи, вікові рамки яких 14-18 років, тобто діти старшого підліткового віку.

Підлітковий вік характеризується яскравим протіканням емоцій, екзальтацією, демонстративною поведінкою, різкою зміною різних станів. Причиною тому можуть бути акцентуації характеру, серед яких у підлітків часто виявляються демонстративна, гіпертимна, циклотимна, лабільна. Так, циклотимна і лабільна можуть призводити до депресії, почуття самотності, незначущості, думкам про смерть.

Класичний депресивний синдром характеризується тугою, яка виступає в поєднанні з ідеаторної і моторної загальмованістю, зниженням життєвого тонусу, ідеями самознищення або самозвинувачення, а також різноманітними неприємними тілесними відчуттями і соматовегетативними розладами. Депресія у дітей та підлітків розпізнаються деколи насилу. Це зумовлено, по-перше, тим, що депресивна симптоматика нашаровується на психологічні особливості віку і, по-друге, нерідко має масковані форми прояву [12, с.107].

Враховуючи, що підлітковий вік характеризується як період підвищеної емоційності, що проявляється в легкій збудливості, мінливості настрою, поєднанні полярних якостей, які виступають поперемінно, а також не забуваючи про те, що деякі особливості емоційних реакцій перехідного віку кореняться в гормональних і фізіологічних процесах, можна очікувати відображення специфіки соціальної ситуації розвитку й у специфіці емоційного розвитку, у виникненні підвищеної тривожності, агресивності, депресивності як реакції на неможливість реалізувати себе, своє розуміння стосунків з людьми в динамічній, складної і мінливої ​​ситуації.

Вчені звертають увагу на проблему діагностики депресії у підлітків: чи підходить використання критеріїв, властивих дорослим, для діагностики депресії у підлітків.

Проблема, з якою стикаються при вивченні підліткової депресії, полягає в наступному: чи підходить використання критеріїв, властивих дорослим, для діагностики підлітків.

Критика застосування критеріїв для дорослих при оцінці депресії у підлітків має наступне обгрунтування. По-перше, мало відомо про валідність і надійність застосування даних критеріїв по відношенню до підлітків. По-друге, ці критерії приділяють мало уваги змінам дитячих симптомів в процесі розвитку індивіда [14, с.69].

Не дозволене також питання про те, чи розрізняються специфічні підгрупи симптомів депресії і пов'язані з нею особливості залежно від вікових груп. Результати деяких досліджень показали, наприклад, наявність певних симптомів, тісно пов'язаних з віком. Частота прояву відчуття безнадійності, психомоторних реакцій та ілюзій з віком збільшується, тоді як низька самооцінка, соматичні скарги і галюцинації виявляються рідше. За контрастом депресивного настрою, низька концентрація уваги і суїцидальна поведінка не мають значимого зв'язку з віком.

Симптоми депресивних підлітків значно більшою мірою, ніж у дорослих, залежать від віку і стадії розвитку, статі, сімейного оточення і когнітивних можливостей. У зв'язку з цим дуже важливим для діагностики є виділення симптомів, типових для віку і стадії розвитку. У підлітковому періоді чіткіше проявляється дисгармонійність, замкнутість, мудрування і резонерство. Але в той же час, депресивні симптоми в підлітковому віці і юності в більшості випадків схожі з симптомами депресії у дорослих. Відчай і відчуття, що в такій ситуації нічого не може змінитися, ведуть в цей період життя до підвищеного ризику суїциду.

Дослідники, які порівнювали депресію серед підлітків і дорослих, прийшли до висновку, що, незважаючи на невеликі відмінності в стадіях розвитку, симптоми залишаються тими ж. До цих відмінностей відносяться скарги підлітків на підвищену сонливість, тимчасове безсоння і булімію. Підлітки виявляють більш нестійке протікання депресії, що характеризується серйозними міжособистісними проблемами, а також здійснюють більше суїцидальних спроб, ніж дорослі в депресії [7, с.95].

Підліткову депресію відрізняє відсутність байдужості до радощів життя, підвищена реакція на зовнішні ситуації або джерела стресу, дратівливість або відсутність наркотичної реакції на трифазні антидепресанти.

Більшість вчених, які займаються дослідженнями в області підліткової депресії (Подільський А., Ідобаева О., Ковач М.) сходяться на думці, що протікання депресії у підлітків більш виражено, безумовно, складно.

Підлітки пред'являють скарги нерідко спонтанно на смуток, почуття нудьги, небажання нічого робити, що з їх точки зору "не зовсім правильно". Зниження активності вони прямо пов'язують зі зниженням настрою, при цьому відносять до поганого настрою. Якщо до виникнення депресії підлітки добре вчилися в школі, то вони нерідко відзначають зв'язок між утрудненнями в осмисленні матеріалу і зниженням настрою, особливо коли є обмеження в часі, підкреслює погіршення стану до вечора, при підготовці домашніх завдань.

Спроби розвіяти смуток, позбутися нудьги, змушуючи себе робити що-небудь корисне, частіше зазнають невдачі. Сон, як правило, порушений за рахунок засипання і недостатню глибину, ранкові підйоми утруднені, також як і відвідування занять [5, с.86].

Посилення тривоги, особливо до вечора, часто супроводжується появою страху за майбутнє, почуття безперспективності життя, виникненням суїцидальних думок зі спробами їх реалізації. Стомлюваність підлітків помітна особливо в другій половині дня, вони часто потребують пообідній відпочинок, і, якщо користуються ним, відчувають себе значно краще. Згідно з даними підліткової психіатрії середня і важка форми депресії у віці від 13-16 років зустрічаються досить рідко, але її симптоми можуть становити загрозу для життя тих, хто опинився в такому стані. Дослідження підліткової депресивності Коннеллі в 1993 р показали, що легка депресія зустрічається в середньому в 90% випадків, а середня і важка форма депресії зустрічається значно рідше, тільки в 10% випадків [9, с.72].

Серед тих, хто відчував депресію, дівчаток-підлітків більше в два рази, ніж представників чоловічої статі. Підлітки-дівчатка, швидше заганяють свої проблеми всередину і розвивають депресію. Хоча причини цієї статевої відмінності не ясні, психологи вважають, що вони можуть бути пов'язані зі значним зниженням самоповаги. Цей вплив статеворольової соціалізації, яка супроводжує статеве дозрівання. Тиск з боку однолітків і засобів масової інформації спонукає дівчат прагнути бути більш привабливими і цінувати стосунки вище досягнень. У дівчат депресія часто супроводжується порушеннями харчової поведінки, такими як анорексія і булімія.

Підлітки-хлопчики, найімовірніше, втягуються в антигромадські форми поведінки, такі як деліктність або вживання наркотиків. У хлопчиків-підлітків депресія нерідко супроводжується зривами. Депресія в підлітковому віці з'являється одночасно з іншими розладами у відповідь на внутрішню і зовнішню напругу.

Подільський А. зазначає, що депресія і тривожні стани, депресія і поведінкові порушення, включаючи імпульсивну поведінка, часто з'являються разом. Значна частка тих, хто зазіхає на самогубство, переживають депресію, щонайменше після своєї спроби. Депресія, думки про самогубство, і вживання наркотиків також пов'язані між собою. У дівчат невдоволення своїм тілом може призвести до розладів харчової поведінки, а потім і до депресії. Особливу небезпеку депресії завжди пов'язували з хворобою, - виходячи з припущення, що депресія робить людину вразливою до хвороби. Депресія може викликати й інші проблеми, внаслідок її впливу на міжособистісні відносини. Викликається депресією збідніння спілкування, що може погіршувати відносини "батько - дитина" в отроцтві і впливати на романтичні стосунки [6, с.180].

Депресія у підлітків часто поєднується з булімією і анорексією. Анорексія і виснаження настільки часто супроводжують депресію, що вважаються одним з облігатних її ознак і включаються як критерії діагностики депресії практично у всі відомі опитувальники.

Самі підлітки на зниження маси тіла і стомлюваність уваги не звертають.

Підвищення апетиту, або булімія, у підлітків також можуть супроводжувати депресивні стани, хоча це спостерігається дещо рідше.

Відтак, проаналізувавши вищенаведене, можна підкреслити те, що існують такі підвиди депресії як класична і маскована, що протікає під маскою іншої хвороби. Американська психіатрична асоціація розробила тест для виявлення класичної депресії. Якщо у людини є чотири і більше з нижчеперелічених симптомів можна говорити про наявність у неї депресії.

• Пригнічений настрій протягом більшої частини дня і майже кожен день (за свідченням хворого або його близьких);

• Виражена втрата інтересів або почуття задоволення протягом більшої частини дня і майже кожен день;

• Значне зниження або збільшення ваги (без дотримання спеціальної дієти) або зниження або підвищення апетиту майже щодня;

• Безсоння або сонливість майже щодня;

• Психомоторного збудження або загальмованість майже щодня;

• Стомлюваність чи занепад сил майже щодня;

• Відчуття власної марності або необгрунтовані ідеї винності майже щодня;

• Зниження здатності до мислення, концентрації уваги та прийняття рішень майже кожен день;

• Повторювані думки про смерть, суїцидальні наміри без певного плану, суїцидальні спроби чи планування самогубства.

Природно, ці симптоми можуть служити показниками депресії, якщо тільки не є характерними рисами особистості.

Таким чином, депресивні стани у підлітків накладають відбиток на всі сторони особистості, призводять до відчуження і самотності, що ще більше посилює стан депресії. Депресивні стани призводять підлітка до дезадаптації і своєчасна корекція даного емоційного неблагополуччя дозволить безкризово подолати труднощі, супутні підлітковому віку.

**1.3 Фактори виникнення депресії у неповнолітніх та її подолання**

Відзначимо важливий фактор розвитку депресивного стану у підростаючого покоління, з психоаналітичної точки зору, частою, якщо не універсальною, ознакою депресії є порушення регуляції самооцінки. Депресія розвивається у осіб з нестійкою самооцінкою, які втрачають зовнішню опору, необхідну для підтримки стабільного образу себе. У всіх дослідженнях результати показали, що тих, хто оцінював власну діяльність вище, ніж це було насправді, висока ймовірність розвитку пригніченого стану і депресії. На думку вчених, існує тісний зв'язок між виникненням депресивного стану і рівнем самооцінки особистості підлітка. Дуже часто основною причиною депресії є так само поступове зниження людиною власної самооцінки, власних привабливих рис і заслуг. Це відбувається зазвичай під впливом негативних думок про себе. [13]

У цьому віці підліток починає усвідомлювати свою особливість і неповторність, в його свідомості відбувається поступова переорієнтація з зовнішніх оцінок (переважно батьківських) на внутрішні. У процесі розвитку самосвідомості центр уваги підлітків все більше переноситься від зовнішнього боку особистості до її внутрішньої сторони. Всі ці зміни тягнуть за собою різні внутрішні конфлікти, які можуть бути основою для розвитку депресії у підлітків. Дані численних досліджень показують, що підлітки з низькою самооцінкою схильні до депресивних тенденцій. Причому одні дослідження виявили, що низька самооцінка передує депресивним реакцій або є їх причиною, а інші - що депресивний афект проявляється спочатку, а потім інкорпорується в низьку самооцінку.

Також йде справа і з завищеною самооцінкою. За словами А.В. Захарова: «Депресія і пригнічений стан виникають, коли завищена самооцінка заважає самовдосконаленню та розвитку». [8]

Щодо подолання депресивних станів, слід підкреслити роль соціального працівника, який бере участь у вирішенні проблеми підліткових депресій в якості соціального педагога і соціального психолога.

Діагностика депресивного стану має важливе профілактичне значення у професійній діяльності соціального працівника. Труднощі діагностики депресивних явищ привели до усвідомлення фахівцями необхідності врахування психологічних аспектів виникнення та розвитку даних явищ у підлітків. На підставі наявних у літературі даних можна виділити ряд напрямків і підходів до дослідження психологічного змісту депресії, механізмів її виникнення, шляхів її корекції і стабілізації. Це - психоаналітична, когнітивно-поведінкова, поведінкова, а також сімейна та групова психокорекція. Метою видів допомоги, заснованих на цих підходах, є зняття психологічних симптомів і поліпшення стану підлітка. Методи включають психологічне втручання, метою якого є зміна поведінки, думок або відносини підлітків, які, ймовірно, є основними причинами проблем. Короткостроковою метою є полегшення страждань підлітка. Довгостроковою метою корекції є обмеження функціонального погіршення та запобігання хронічного характеру і зворотності депресивних епізодів.

Завдання сімейної психокорекції - ознайомити членів сім'ї підлітка з його проблемою і показати їм, як вони можуть допомогти. Сім'я слугує потужним джерелом сил для підлітка з депресивним розладом. Розбіжності членів сім'ї, складності у родинних стосунках або в спілкуванні призводять до появи певного типу пацієнтів, у яких сімейні проблеми виливаються в депресію. Таким чином, терапевт розглядає підліткову депресію, звертаючись до патології в сімейній системі. Сімейна корекція зазвичай є коротким, орієнтованим на дії підходом, мета якого полягає в знятті симптомів через зміну поведінки членів сім'ї.

Однією з основних цілей групової психокорекції для вирішення майже будь-якої психічної проблеми є створення умов для встановлення контакту з ровесниками, у яких виникають такі ж труднощі і які можуть підтримати один одного і разом практикуватися в нових навичках у встановленні міжособистісних відносин.

Цілі групової психокорекції можуть включати [14, с. 69]:

Надання людині можливості усвідомити, що її потреби схожі на потреби інших людей;

Вироблення альтернативних рішень певних конфліктів;

Навчання більш ефективним соціальним навичкам;

Підвищення обізнаності про потреби і почуття інших людей.

Багато груп, створені для підлітків, які страждають депресією, являють собою групи тренінгу соціальних навичок. Лікування тут зосереджено на встановленні та практиці соціальних навичок, здатних допомогти у вирішенні конфлікту в стосунках з родиною та друзями. Психоаналітична корекція депресії

Психоаналітична корекція ґрунтується на концепції, що на почуття і поведінку людини сильний вплив роблять минулий досвід і підсвідомі бажання і страхи. Відповідно до цієї теорії, багато психічних захворювань можуть бути вилікувані шляхом зміни поглядів хворого на самого себе і на роботу своєї власної свідомості та емоцій. Цей вид роботи дуже приваблює пацієнтів, хоча і вимагає більшого часу, ніж інші. Психоаналітична корекція не просто знімає симптоми розладу, вона ставить своїм завданням змінити особистість, характер людини, допомогти їй навчитися довіряти іншим, будувати близькі стосунки з людьми, краще справлятися з труднощами, втратами і не позбавляти себе при цьому широкого спектру емоцій.

Згідно психоаналітичної теорії, причиною депресії може стати конфлікт між підсвідомими і свідомими думками, переконаннями і бажаннями людини. Якщо підлітків непокоїть конфлікт, вони намагаються придушити і інстинктивно переміщують їх зі свідомості в підсвідомість. Завдання психоаналітичної корекції - підняти з глибин підсвідомості ці пригнічені і невирішені конфлікти і перенести їх у нашу свідомість з тим, щоб зустріти їх обличчям до обличчя і позбутися від них.

Щоб витягти на світло пригнічені конфлікти підлітка, психоаналітик може скористатися одним з методів психоаналізу: вільні асоціації, перенесення, аналіз сновидінь і т.д. [11, с. 286].

Недоліки психоаналітичної корекції полягають в тому, що вона дорога і може займати кілька років. Процес обстеження зачіпає нерідко болючі і глибоко особисті переживання клієнта. Це на якийсь час робить пацієнта тривожним і засмученим.

Міжособистісна психокорекція - це метод, який ставить своїм завданням змінити людські взаємини, що вносять свою частку в причини депресивних переживань підлітків. Відповідно до теорії, розробленої психіатром Джеральдом Клеманом і психологом Мирної Вейсман, такі хворобливі переживання випливають з труднощів в особистих взаєминах людей.

Міжособистісний психолог намагається поліпшити уявлення людини про себе самого і його здібностях до спілкування, що в свою чергу має оздоровити його стосунки з людьми. На заняттях клієнт дізнається про свої можливості будувати і підтримувати здорові відносини з іншими людьми, справлятися з новими завданнями, бідою і горем, які вимагають тривалого напруження. За допомогою спеціальних прийомів підліток визначає разом з психологом коло його проблем у взаєминах з людьми і намагається поліпшити відповідні здібності.

Біхевіористи, звертаючись до проблеми депресії, більше уваги приділяли терапевтичним процедурам, ніж побудови теоретичної моделі депресії.

Форстер, розглядаючи депресію на поведінковому рівні, вважає, що вона характеризується втратою деяких навичок адаптивної поведінки і заміщенням їх реакціями уникнення, такими як скарги, прохання, плач і дратівливість. Депресивна людина намагається усунути несприятливу ситуацію за допомогою скарг і прохань.

Завдання поведінкової психокорекції, яку ще називають психологічним удосконаленням поведінки, - допомагати клієнтам видозмінювати ті дії і вчинки, які загострюють тяжкість перебігу депресивних переживань. На думку поведінкових психотерапевтів, депресивний стан виникає тоді, коли від клієнта потрібно занадто багато, а винагорода за це - непропорційно мало. У роботі з підлітками психолог для підкріплення позитивних емоцій буде використовувати принцип адекватної винагороди. Наприклад, клієнт - честолюбний учень, але в навчанні йде позаду тих, хто здібніші його, і це є основою його переживань, що призводять до депресії. Завдання поведінкового психолога - навчити його триматися впевнено і бути задоволеним своїми результатами.

При деяких методах психокорекційної роботи психолог на заняттях з клієнтом в основному слухає, а не говорить. На відміну від цього, поведінковий психолог виконує більш активну роль. Він будує для клієнта індивідуальний корекційний план і працює за нього з урахуванням конкретного депресивного стану і того, чим воно викликане.

Когнітивна модель депресії ґрунтується на тому положенні, що провідні симптоми депресії, такі як печаль, слабкість або повна втрата мотивації, суїцидальні бажання, знаходяться в залежності від порушення пізнавальних процесів. Виділяється комплекс когнітивних порушень, що став класичним: негативний бачення навколишнього світу і життєвих подій, негативне уявлення про себе і негативна оцінка майбутнього, так звана когнітивна депресивна тріада. За даними А. Бек, когнітивні спотворення при депресії впливають на переробку інформації. При цьому наголошується, що депресивні підлітки роблять необґрунтовані висновки, ігнорують минулий досвід, перебільшуючи свою провину і применшуючи свої сили і досягнення, що сприяє створенню і закріпленню негативних образів свого "Я".

Основним у когнітивної теорії депресії вважається положення про те, що самозвіт пацієнтів представляють скоріше відображення їх негативних установок, ніж дійсний стан речей, тобто реалістичність самокритики депресивних пацієнтів, виявляється оманливою, а проблеми людини в значній мірі є наслідком певних перекручених уявлень про реальність, що базуються на помилкових передумовах [4, с. 233].

Визначальна характеристика когнітивної корекції в тому, що вона є прямим, структурованим, часто короткостроковим видом корекції і робить акцент на розвитку пізнавальних здібностей, що пов'язано з поведінковими подіями і навичками вирішення проблем. Основна розумова конструкція така - пізнавальні здібності людини обумовлюють його почуття. На заняттях психолог допомагає підлітку виявляти у себе негативні думки і давати реальну оцінку стану речей, психолог керує підлітком у прокладанні нових шляхів мислення, у відпрацюванні та закріпленні нових форм реагування на факти і події. Таке навчання свого клієнта більшість когнітивних психологів і розглядають як корекційну програму, на якій психолог і клієнт працюють разом - разом складають список проблем і завдань, разом прагнуть досягти намічених цілей.

Курс когнітивної корекції триває, як правило, не довго, він складається всього з 12 - 16 занять. Однак у випадку тривало протікаючих форм депресії лікування може розтягнуться від 6 місяців до 2 років. За дослідженнями вчених, когнітивна психотерапія допомагає приблизно 50 відсоткам підлітків.

Невелике число порівняльних досліджень з оцінки ефективності когнітивно-біхевіористичної терапії, що включає сімейну терапію, показало обнадійливі результати і перспективність розвитку даного напрямку в подоланні депресії. Таким чином, за останнє десятиліття зроблено серйозний крок вперед у діагностиці та лікуванні дитячої та підліткової депресії, причому не останню роль тут зіграли і продовжують грати психологи.

**РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МОТИВАЦІЇ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ**

**.1 Характеристика вибірки дослідження**

Підкреслимо, що мета нашого дослідження - вивчення депресивних станів в підлітковому середовищі, їх причини та профілактика.

Відповідно до сформульованої мети даної курсової роботи, нами було проведено дослідження, в якому взяло участь 20 учень восьмого класу ЛНВК ЗОШ І-ІІІ ступенів №22 - ліцею, з них аналогічна кількість дівчат і хлопців (по десять), вік досліджуваних становить 14-15 років.

Для дослідження було обрано дві методики. Дослідження проводилося у денний час у спокійних обставинах. На початку експериментальної роботи було перевірено дієздатність піддослідних (стан здоров’я) та бажання брати участь у ньому. Після цього опитуваним було роздано бланки методик та зачитано інструкцію для кожної з них. Після завершення роботи отриману інформацію було оброблено, відсортовано та зведено до таблиці.

При проведенні методик, нами було розділено учнів на групу дівчаток та хлопців.

депресивний стан неповнолітній мотивація

**2.2 Організація та методи дослідження**

Для даного дослідження нами було обрано дві методики:

Тест «Шкала Гамільтона для оцінки депресії» (Додаток А);

Тест для визначення депресії Марії Ковач (Додаток Б).

Перша методика, Шкала Гамільтона для оцінки депресії, створена в 1959 році, яка швидко набула велику популярність і стала широко використовуватися для оцінки тяжкості депресії в динаміці. Спочатку вона включала 17 ознак, які оцінюються за 3-бальною системою. У подальшому були зроблені спроби розширити шкалу, як за рахунок включення більшої кількості ознак депресії (до 24), так і за рахунок збільшення ступенів градацій оцінки кожного з них, більш детальної оцінки ступеня їх інтенсивності або частоти (від 3 до 5 балів).

У нашій методиці був застосований опитувальник з 24 ознак.

Дана шкала розроблена для оцінки тяжкості симптомів депресії (незалежно від невеликих коливань у часі), тому питання стосуються стану пацієнта протягом останніх декількох днів або попереднього тижня.

Для оцінки слід вибирати варіант відповіді, що найбільш точно характеризує стан пацієнта. Сумарний бал визначається за першим 17-ти пунктам. Чотири останні пункти шкали Гамільтона (з 18-го по 21-й) використовуються для оцінки додаткових симптомів депресії і визначення підтипів депресивного розладу.

Критерії тяжкості депресії за шкалою Гамільтона:

-7 - норма;

-13 - легкий депресивний розлад;

-18 - депресивний розлад середнього ступеня;

-22 - депресивний розлад важкого ступеня;

-30 - депресивний розлад вкрай важкого ступеня.

Наступна методика, тест для визначення депресії за Марією Ковач. Розроблений Марією Ковач у 1992 році і адаптований співробітниками лабораторії клінічної психології і психіатрії НДІ психології, дозволяє визначити кількісні показники спектра депресивних симптомів - зниженого настрою, гедоністичної здібності, вегетативних функцій, самооцінки, міжособистісного поведінки. Тест є самооцінюючою шкалою з 27 пунктів для дітей і підлітків від 7 до 17 років.

Ряд пунктів тестує наслідки депресії, специфічні для дітей, підлітків (наприклад, для школи).

Кожен пункт містить три варіанти, відповідно кодованих як 0, 1 або 2, показники прямо пропорційні глибині депресії.

Дитина повинна вибрати одне з трьох значень по кожному пункти шкали на основі останніх двох тижнів.

Підрахунок загального показника: ця сума балів обраних дитиною варіантів відповідей за всіма пунктами тесту. По кожній шкалі тесту також підраховується бал. Потім за допомогою спеціальної таблиці наступні показники, для цього потрібно знати вік і стать дитини. Ми перевели показники у відсотки. Чутливий до динаміки депресивних розладів з плином часу, дає кожен показник глибини депресії.

Розподіляється на шкали:

Шкала-А (загальне зниження настрою негативна оцінка власної ефективності в цілому, постійне очікування неприємностей, схильність до плаксивості, підвищений рівень тривожності).

Шкала-В (ідентифікація себе з роллю поганого, агресивна поведінка, високий негативізм непослух).

Шкала-С (високий рівень переконання неефективності в школі).

Шкала-D (високий рівень виснажуваності, наявність почуття самотності).

Шкала-Е (негативна оцінка власної неефективності наявність суїцидальних думок).

Опитувальник легко пред'являти і обраховувати. Його заповнення вимагає не більше 15 хвилин. Особливо цінний в ситуаціях, де потрібна швидка оцінка проблем дитини.

**2.3 Аналіз та інтерпретація результатів**

Щодо інтерпретації результатів методики за шкалою спостереження Гамільтона, слід зауважити, що методика ґрунтується на візуальному контакті з випробуваним. Нами проводилась при безпосередньому спостереженні, бесіди з випробуваними. Результати методики представлені в Додатку В, зокрема зведені в Таблиці 2.1. та графічно зображені на малюнку 2.1. та малюнку 2.2..

У результаті проведення методики виявлення депресії за шкалою Гамільтона ми визначили, за загальним показником 38,3% наявності в групі дівчат депресії (малюнок 2.2.). Особливо відзначилися три учениці, які при бесіді вони вели себе дуже скуто, мляво, і не проявляли ні якого інтересу, відчувалося з їхнього боку байдужість до всього оточуючого. Дуже позитивно і розкуто вели себе дві учениці. В цілому, в бесіді з дівчатками не виникло ніяких труднощів, на питання відповідали без труднощів.

У хлопчиків за загальним показником 28,5% наявності депресії в групі, що менше ніж у дівчаток.

Важкий депресивний стан було виявлено у одного юнака, який набрав 25 балів, бесіда з ним показала, що цей хлопчик дуже забитий, і не користується особливою популярністю у однолітків, спілкування з ним було важким, тому що він не прагнув до спілкування. Загалом, в спілкуванні з хлопчиками не було труднощів, вони були товариські і відповідали на всі питання без утруднень.

Незважаючи на в цілому позитивну оцінку аналізів цих методик, потрібно продовжувати збирати інформацію щодо їх депресій, з'ясувати вплив різних чинників, розробити спеціальні прийоми подолання.

В ході проведення методики для визначення депресії по Марії Ковач, важливо було відзначити, що б школярі поводилися розслаблено і відповідали без особливих труднощів.

Аналіз результатів методики показав, що в групі дівчаток з десяти чоловік з яскраво вираженими симптомами фігурує 3 людини, з середньою тяжкістю 4 людини, нижче середнього одна, без прояву ознак депресії двоє людей. У групі з хлопчиків з яскраво вираженими симптомами 1 людина, з середньою тяжкістю 3 людини, нижче середнього 4 людини, без прояву ознак двоє хлопців.

Результати розподілу результатів за шкалами представлені в таблиці 2.2.

В результаті розподілу результатів за шкалами, можна співвіднести, які шкали більш виражені.

У дівчаток більш виражена Шкала С (високий рівень переконання неефективності в школі) і Шкала - В (ідентифікація себе з роллю поганого, агресивна поведінка, високий негативізм непослух) менш виражена Шкала - А (загальне зниження настрою негативна оцінка власної ефективності в цілому), менш виражені Шкали Е, D.

У хлопчиків виражена Шкала A (загальне зниження настрою негативна оцінка власної ефективності в цілому, постійне очікування неприємностей, схильність до плаксивості, підвищений рівень тривожності) і Шкала С (високий рівень переконання неефективності в школі) менш виражена Шкала - В (ідентифікація себе з роллю поганого , агресивна поведінка, високий негативізм непослух) також менш виражені всі інші Шкали D, E.

Зіставивши результати методик можна спостерігати, що у груп дітей з різним ступенем тяжкості виражені різні симптоми прояву депресивного розладу. Ми склали зведену таблицю результатів методик. Результати представлені в таблиці 3.

Після проведення методик «Шкала Гамільтона для оцінки депресії» і Тест для визначення депресії по Марії Ковач, ми визначили, що дівчатка більш схильні до депресії, ніж хлопчики.

За першою методикою (за загальними показниками) ми з'ясували, що у віці від 14 - 15 років, дівчатка більш схильні до депресивного стану. Ця методика передбачає візуальний контакт з учнями, тому крім підрахунку показників в результаті спілкування, бесіди з ними, вже можна сказати, що дівчатка більш затиснуті, скромні, що не товариські, як вже було зазначено раніше, найбільш виділилися 3 дівчинки з групи, у яких були найбільш виражені симптоми депресії. Хлопчики ж навпаки намагалися більше спілкуватися, поводилися розкуто, тому у них нижче показник наявності депресії, крім одного учня.

За другою методикою ми визначили, що у хлопчиків більш виражено, наявність таких симптомів як, загальне зниження настрою, негативна оцінка власної ефективності, постійне очікування неприємностей, схильність до плаксивості, підвищений рівень тривожності, хлопчики при депресіях часто звіряють себе з роллю поганого, у них агресивна поведінка, непослух. У дівчаток прояв до такого емоційного стану призводить високий рівень переконання неефективності в школі, зниження настрою негативна оцінка себе в цілому.

На основі цих результатів можна зробити висновок, що дівчатка підлітки більш чутливі до своїх емоцій і можуть краще виражати їх, тому вони більш схильні до депресивного стану. У цьому віці велика схильність дівчаток до депресії. Хлопчики ж у більшості випадків навпаки, намагаються приховати емоції, і переживають всі неприємності в собі, намагаючись нікому не показувати свій душевний стан.

**2.4 Психолого-педагогічні рекомендації, щодо подолання депресії**

Аналізуючи весь вищевикладений нами матеріал, як теоретичний, так і емпіричний, перш за все, зауважимо, що треба постійно пам'ятати, що підлітки - емоційно ще діти, що перебувають у перехідному періоді свого розвитку. Це ще не дорослі, нехай і молоді. Їхні потреби, в першу чергу емоційні, раніше такі ж, як і у дітей. Одна з найбільш поширених помилок батьків, вчителів та інших дорослих - розглядати підлітків як повноправних дорослих членів суспільства. Багато людей, що працюють з підлітками за обов'язком своєї служби, нехтують їх дитячими емоційними потребами. Що ж підліткам дійсно необхідно? Щоб їх любили беззастережно і приймали такими, якими вони є, щоб за ними доглядали, щоб з ними були ласкаві, але при цьому поважали, брали всерйоз. Дуже важливо, щоб самі підлітки відчували турботу і любов оточуючих.

Дорослі, які віддають перевагу наказовому тону у своїх відносинах з дітьми, впевнені, що їхні вимоги не підлягають ніяким обговоренням і повинні неухильно виконуватися, на думку англійських психологів, сильно ризикують здоров'ям дітей. В результаті такого суворого виховання діти стають затиснутими і замкнутими, часто концентруються на негативних емоціях, схильні до депресії.

Винайдено три можливі способи подолання негативних проявів підліткової депресивності.

Один з таких способів - попереднє планування своїх дій:

Молодій людині пропонують отримати більше інформації про депресивний стан. Багато хто вже переживав щось схоже, тому варто скористатися їх досвідом. Пораду можна отримати від того, хто особисто побував у депресивному стані, від професіонала або зі спеціалізованої літератури.

Прохання про допомогу. Розуміння підлітком свого стану, тобто без підтримки і допомоги депресію не подолати, - мотивує його співпрацювати з тими, хто готовий надати таку допомогу.

Прийняття турботи про себе. Молодій людині пропонують створити свою власну соціальну мережу підтримки - зі знайомих людей, з якими підліток регулярно спілкується. Крім того, до неї привертають і значущих осіб, від яких молода людина територіально вилучена, про те на кого може покластись в разі гострої необхідності.

Батькам у подоланні депресії підлітками можна надати наступні рекомендації:

Важливо показувати дитині своє ставлення: що б не трапилося в житті, батьки її люблять, і вона може довіряти вам.

Знайдіть час для повноцінного спілкування з підлітком, щоб він міг розповісти вам про свої справи, думки, про все, що для нього значиме, головна мета - розуміння дитини.

Не відмахуйтесь від дитини, коли їй важко. Допоможіть словом, розрадою, відволікаючи від думок.

Розмовляйте з дитиною. Допоможіть їй розібратися в своїх почуттях і відносинах.

Будьте уважні до оточення дитини.

Покажіть дитині, що настрій залежить не від подій, а від того, як ми їх сприймаємо; щастя залежить від світогляду людини, а не від умов його життя.

У стресових ситуаціях нехай дитина проявляє фізичну активність, ділиться своїми переживаннями з іншими, займається тим, що найбільше захоплює.

Якщо дитину неможливо ні в чому переконати, зверніться за допомогою до фахівців.

**ВИСНОВКИ**

Аналіз викладених матеріалів, а також проведене дослідження дозволяють визначити сутність підліткової депресії, виявити вплив різних чинників на її формування та розробити заходи для її профілактики.

Порушення в емоційній і відповідно фізичній сфері у підлітка можуть виникнути через самих різних стресів, характерних саме для цього віку: іспити, перехід в іншу школу, перше кохання, конфлікти в школі - для підлітка все це вкрай серйозно, хоча дорослим ці проблеми часто здаються «нісенітницею».

На даний момент, підліткові депресії не є дуже поширеним явищем, проте з кожним роком його масштаби збільшуються, а значить необхідно розробляти і впроваджувати нові методи боротьби з ним. Це необхідно в першу чергу тому, що підліткова депресія має дуже серйозний вплив на подальше життя людини.

Депресивні стани у підлітків накладають відбиток на всі сторони особистості, призводять до відчуження і самотності, що ще більше посилює стан депресії. Депресивні стани призводять підлітка до дезадаптації і своєчасна корекція даного емоційного неблагополуччя дозволить безкризово подолати труднощі, супутні підлітковому віку.

У практичній частині даної роботи відображені результати діагностичного дослідження, які проведені за методиками

Тест «Шкала Гамільтона для оцінки депресії»;

Тест для визначення депресії Марії Ковач.

Встановлено, що дівчата є більш чутливими і більше схильні до депресивних станів ніж хлопці.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Баярд, Р. Хвилювання неспокійного підлітка / Р. Баярд, Д. Баярд. - М .: Просвещение, 1978. - 315 с.

2. Депресія // Під ред. Пері А., Руксталіс М. та ін. Пер. з англ. - М., Мир, 2000. - 215 с.

. Іовчук Н.М. Психологія емоцій. - М., 1999.

4. Колодзин, Б. Як жити <http://ua-referat.com/%D0%AF%D0%BA\_%D0%B6%D0%B8%D1%82%D0%B8> після психічної травми <http://ua-referat.com/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B8> / Б. Колодзин. - М.: Геодезія, 1992. - 186 с.

. Кочубей, Б. Як лікувати депресію / Б. Кочубей, Е. Новикова // Сім'я і школа. - 1988. - №8

. Курпатов, А.В. Як позбутися від тривоги, депресії, дратівливості / А.В. Курпатов. - СПб .: Питер, 2002. - 256 с.,

. Лоуен, А. Депресія і тіло / А. Лоуен. - М .: Просвещение, 2002. - 384 с.

. Мафсон Л. Підліток і депресія. Міжособистісна психотерапія. Мафсон Л., Моро Д. та ін. - М .: ЕКСМО, 2008

. Мей, Р. Сенс тривоги / Р. Мей. - М .: Клас, 2001. - 384 с.

. Олександрівський Ю.А. Очима психіатра. - М., 1977.

. Покрасс, М.Л. Активна депресія. Добра сила туги / М.Л. Покрасс. - Самара <http://ua-referat.com/%D0%A1%D0%B0%D0%BC%D0%B0%D1%80%D0%B0>, 2001. - 320 с.

. Психологія індивідуальних відмінностей \ За ред. Ю.Б. Гіппенрейтер, В.Я. Романова. М .: Вид. МГУ, 1982

. Психологія підлітка / Під ред. А.А. Реана- СПб .: прам- ЕВРОЗНАК, 2003

. Рогов, Є.І. Настільна книга практичного психолога в освіті Є.І. Рогов. - М .: Просвещение, 1996. - 546 с.

. Рубинштейн, С.П. Основы общей психологии /С.П. Рубинштейн. - СПб .: Питер Ком, 1999. - 720 с.

. Руководство по использованию восьмицветового теста Люшера / Сост. А.Ф. Дубровская. - М .: Когнито центр, 2001. - 63 с.

. Словарь практического психолога. / Под общ. Ред.С.Ю. Головин. - Минск: Харвест, 1997. - 897 с.

. Снегирева, Т.В. Восприятие сверстников и взрослых подростками и старшеклассниками /Т.В. Снегирева // Вопросы психологии. - 1985. - № 5. - с.13-17

. Трикетт, Ш. Как победить депрессию и избавиться от тревоги / Ш. Трикетт. - М .: ЭКСМО, 2002. - 160 с.

. Ханін, Ю.Л. Дослідження депресії / Ю.Л. Ханін // Питання психології. - 1999. - №3

. Холл, К. Теории личности / К. Холл, Г. Линдсей. - М .: Просвещение, 1993. - 876 с.

. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени / К. Хорни. - СПб. Питер, 2002. - 224 с.

. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон. - М .: Просвещение, 1996. - 435 с.

. Електронний ресурс - http://lektsii.com/1-142604.html

**ДОДАТОК А**

**Шкала Гамільтона для оцінки депресії**

. Депресивний настрій.

(Пригніченість, безнадійність, безпорадність, почуття власної малоцінності)

- відсутність

вираз зазначеного почуття тільки при прямому питанні

скарга висловлюється спонтанно

визначається невербально (поза, міміка, голос, плаксивість)

пацієнт висловлює тільки ці почуття, як у висловлюваннях, так і невербально

. Почуття провини.

- відсутність

самоприниження, вважає, що підвів інших

почуття власної провини, болісні роздуми про власні помилки і гріхах

справжнє захворювання розцінюється як покарання, маячні ідеї винності

вербальні галюцинації звинувачує і / або засуджує змісту, та / або зорові галюцинації загрозливого змісту

. Суїцидальні наміри.

- відсутність

почуття, що жити не варто

бажання смерті або думки про можливість власної смерті

суїцидальні висловлювання або жести

суїцидальні спроби

. Рання безсоння.

- відсутність труднощів при засипанні

скарги на епізодичні труднощі при засипанні (більше 30 хвилин)

скарги на неможливість заснути щоночі

. Середня безсоння.

- відсутність

скарги на неспокійний сон протягом всієї ночі

багаторазові пробудження протягом всієї ночі, підйом з ліжка

. Пізня безсоння.

- відсутність

раннє пробудження з подальшим засипанням

остаточне раннє ранкове пробудження

. Працездатність і активність.

- відсутність труднощів

думки і відчуття неспроможності, відчуття втоми і слабкості, пов'язане з роботою або хобі

втрата інтересу до роботи або хобі, виражена безпосередньо в скаргах або опосередковано, через апатичність і нерішучість (почуття потреби в додатковому зусиллі приступити до роботи або проявити активність)

зменшення реального часу прояву активності або зниження продуктивності

відмова від роботи внаслідок справжнього захворювання

. Загальмованість. (Сповільненість мислення і мовлення, порушення здатності концентрувати увагу, зниження моторної активності)

- нормальна мова і мислення

легка загальмованість в бесіді

помітна загальмованість в бесіді

виражені труднощі при проведенні опитування

ступор

. Ажитація.

- відсутність

занепокоєння

неспокійні рухи руками

рухливість, непосидючість

постійне перебирання руками, обкушування нігтів, висмикування волосся, кусання губ

. Психічна тривога.

- відсутність

суб'єктивне напругу і дратівливість

занепокоєння з незначних приводів

тривога, що виражається у виразі обличчя і мови

страх, який виражається і без розпитування

. Соматична тривога. (Фізіологічні прояви тривоги - гастроінтестинальні - сухість у роті, метеоризм, диспепсія, діарея, спазми, відрижка, серцево-судинні - серцебиття, головні болі, дихальні - гіпервентиляція, задишка, + прискорене сечовипускання, підвищене потовиділення)

- відсутність

слабка

середня

сильна

вкрай сильна

. Шлунково-кишкові соматичні симптоми.

- відсутність

втрата апетиту, але з прийомом їжі без сильного примусу, відчуття тяжкості в животі

прийом їжі тільки з наполегливим примусом, потреба в проносних засобах або препаратах для купірування гастроінтестинальних симптомів

. Загальні соматичні симптоми.

- відсутність

важкість у кінцівках, спині, голові, м'язові болі, відчуття втрати енергії або занепаду сил

будь різко виражені симптоми

. Генітальні симптоми. (Втрата лібідо, менструальні порушення)

- відсутність симптомів

слабо виражені

сильно виражені

. Іпохондрія.

- відсутність

поглиненість собою (тілесно)

надмірна заклопотаність здоров'ям

часті скарги, прохання про допомогу

іпохондрична маячня

. Втрата у вазі.

(Оцінюється або А, або Б)

А. За даними анамнезу.

- відсутність

ймовірна втрата у вазі у зв'язку з справжнім захворюванням

явна (зі слів) втрата у вазі

не піддається оцінці

Б. Якщо зміни у вазі мають місце щотижня.

- менше 0,5 кг. в тиждень

більше 0,5 кг. в тиждень

більше 1 кг. в тиждень

не піддається оцінці

. Критичність ставлення до хвороби.

- усвідомлення хвороби

усвідомлення хворобливості стану, але віднесення його на рахунок поганої їжі, клімату, перевтома і т.д.

повна відсутність свідомості хвороби

. Добові коливання. (Пункт Б оцінюється при наявності розладів у пункті А)

А. Коли симптоми більш виражені.

- відсутність коливань

вранці

ввечері

Б. Ступінь вираженості.

- відсутність

слабкі

сильні

. Деперсоналізація і дереалізація. (Змінність себе, навколишнього)

- відсутність

слабка

помірна

сильна

нестерпна

. Параноїдальні симптоми.

- відсутність

підозрілість

ідеї відносини

марення відносини, переслідування

. Компульсивні симптоми.

- відсутність

легкі

важкі

**ДОДАТОК Б**

Тест для визначення депресії Марії Ковач

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Зміст запитання | Бали | Шкала |
| 1 | Мені ніколи не сумно | 0 | A |
|  | Я часто буваю сумний | 1 |  |
|  | Мені завжди сумно | 2 |  |
| 2 | У мене ніколи нічого не виходить | 2 | E |
|  | Я рідко буваю впевнений що у мене що ниб. пол. | 1 |  |
|  | У мене все виходить добре | 0 |  |
| 3 | Я практично все роблю добре | 0 | C |
|  | Я багато чого роблю не так | 1 |  |
|  | Я все роблю неправильно | 2 |  |
| 4 | Багато чого приносить мені задоволення | 0 | D |
|  | Дещо приносить мені радість | 1 |  |
|  | Мене ніщо не радує | 2 |  |
| 5 | Я завжди поганий | 2 | B |
|  | Я часто буваю поганим | 1 |  |
|  | Я рідко буваю поганим | 0 |  |
| 6 | Я рідко думаю що зі мною трапиться погане | 0 | A |
|  | Я турбуюся про це | 1 |  |
|  | Я впевнений що зі мною станеться щось жахливе | 2 |  |
| 7 | Я ненавиджу себе | 2 | E |
|  | Я не люблю себе | 1 |  |
|  | Я собі подобаюся | 0 |  |
| 8 | Все погане відбувається з - за моїх помилок | 2 | A |
|  | Багато погане відбувається ... | 1 |  |
|  | Погане відбувається не через - за мене | 0 |  |
| 9 | Я не думаю про суїцид | 0 | E |
|  | Я думаю про суїцид, але не зможу | 1 |  |
|  | Я хочу вбити себе | 2 |  |
| 10 | Я плачу кожен день | 2 | A |
|  | Я часто плачу | 1 |  |
|  | Я плачу рідко | 0 |  |
| 11 | Я весь час турбуюся | 2 | A |
|  | Я часто відчуваю занепокоєння | 1 |  |
|  | Я рідко відчуваю | 0 |  |
| 12 | Мені подобається спілкуватися | 0 | B |
|  | Мені не подобається спілкуватися | 1 |  |
|  | Мені зовсім не хочеться спілкуватися | 2 |  |
| 13 | Я не можу вирішиться але багато чого | 2 | A |
|  | Мені важко на багато зважитися | 1 |  |
|  | Я легко приймаю рішення | 0 |  |
| 14 | Я виглядаю добре | 2 | E |
|  | Дещо в моєму образі мене не влаштовує | 1 |  |
|  | Я виглядаю потворно | 0 |  |
| 15 | Я себе змушую весь час робити шк. завдання | 2 | C |
|  | Я часто себе змушую робити шк. завдання | 1 |  |
|  | Для мене це не проблема | 0 |  |
| 16 | Я погано сплю кожн. ніч | 2 | D |
|  | Я часто сплю погано | 1 |  |
|  | Я сплю дуже добре | 0 |  |
| 17 | Я рідко втомлююся | 0 | D |
|  | Я часто втомлююся | 1 |  |
|  | Я весь час відчуваю себе втомлено | 2 |  |
| 18 | У більшості випадків не хочу їсти | 2 | D |
|  | Я часто не хочу їсти | 1 |  |
|  | Я їм дуже добре | 0 |  |
| 19 | Мене не турбують болі | 0 | D |
|  | Мене часто турбують болі | 1 |  |
|  | Мене весь час турбують болі | 2 |  |
| 20 | Я не відчуваю себе самотнім | 0 | D |
|  | Я часто відчуваю себе самотнім | 1 |  |
|  | Я завжди відчуваю себе самотнім | 2 |  |
| 21 | Школа ніколи не приносить мені задоволення | 2 | D |
|  | Школа іноді приносить мені задоволення | 1 |  |
|  | Школа часто радує мене | 0 |  |
| 22 | У мене багато друзів | 0 | D |
|  | У мене є друзі, але мені хотілося б більше | 1 |  |
|  | У мене їх немає | 2 |  |
| 23 | З моєї навчанням все в порядку | 0 | B |
|  | Я вчуся не так добре, як раніше | 1 |  |
|  | Зараз у мене погані оцінки з тих предметів які раніше добре йшли або | 2 |  |
| 24 | Я ніколи не стану таким хорошим як ін. Дит. | 2 | C |
|  | Якщо я захочу то зможу стати хорошим як ін. | 1 |  |
|  | Я такий же хороший як ін. Дит. | 0 |  |
| 25 | Мене ніхто по справжньому не любить | 2 | E |
|  | Я не впевнений в тому що мене хто не будь любить | 1 |  |
|  | Я впевнений в тому що мене люблять | 0 |  |
| 26 | Зазвичай я роблю те що мені сказали | 0 | B |
|  | Як правило я не роблю того що мені говорять | 1 |  |
|  | Я ніколи не роблю того що мене просять зробити | 2 |  |
| 27 | Я відчуваю себе самотнім з людьми | 2 | B |
|  | Я часто радію | 1 |  |
|  | Я весь час радію | 0 |  |

**ДОДАТОК В**

Таблиця В1 - Тест «Шкала Гамільтона для оцінки депресії»

|  |  |
| --- | --- |
| Дівчата | Хлопці |
| Кількість балів | Тяжкість депресії | Кількість балів | Тяжкість депресії |
| 6 | Норма | 11 | Легка |
| 11 | Легка | 15 | Средня |
| 13 | Легка | 3 | Норма |
| 16 | Середня | 10 | Легка |
| 27 | Крайньо важка | 6 | Норма |
| 7 | Легка | 11 | Легка |
| 4 | Норма | 13 | Легка |
| 21 | Тяжка | 13 | Легка |
| 22 | Тяжка | 7 | Норма |
| 5 | Норма | 25 | Крайньо важка |



Малюнок В1 - Схематично зображені результати тесту Гамільтона



Малюнок В2 - Тяжкість депресії за «шкалою Гамільтона». Дівчата - 38,3 % Хлопці - 28.5 %

**ДОДАТОК Г**

Таблиця Г1 - Тест для визначення депресії Марія Ковач

|  |
| --- |
| Розподілення результатів по шкалам у дівчат |
| Шкалы | Високий рівень | Середній рівень | Нижче середнього | Без виражених признаків |
| Шкала А | 30% | 50% | 10% | 10% |
| Шкала В | 40% | 20% | 30% | 10% |
| Шкала С | 30% | 30% | 20% | 20% |
| Шкала D | 10% | 30% | 40% | 20% |
| Шкала Е | 20% | 20% | 10% | 50% |
| Розподілення результатів по шкалам у хлопців |
| Шкала А | 30% | 30% | 30% | 10% |
| Шкала В | 30% | 30% | 20% | 20% |
| Шкала С | 40% | 20% | 30% | 10% |
| Шкала D | 10% | 20% | 40% | 30% |
| Шкала Е | 10% | 20% | 20% | 50% |

Таблиця Г2 - Зіставлення результатів

|  |  |
| --- | --- |
| Тяжкість депресії по шкалі Гамільтона | Шкали за М. Ковач (прояв в учнів) |
| норма | - |
| легкий депресивний розлад | Шкала С |
| депресивний розлад середнього ступеня тяжкості | Шкала А |
| депресивний розлад важкого ступеня | Шкала В |
| депресивний розлад вкрай важкого ступеня тяжкості | Шкала Е |