

Міністерство освіти і науки України  
Чорноморський національний університет імені Петра Могили  
(повне найменування вищого навчального закладу)

навчально-науковий медичний інститут  
(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

кафедра психології  
(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»  
Завідувач кафедри психології  
\_\_\_\_\_ А.І. Яблонський  
“22” листопада 2024 року

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**  
на здобуття ступеня вищої освіти  
магістр  
(ступінь вищої освіти)

на тему: **ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСІЇ У ПІДЛІТКІВ, ЯКІ  
НАВЧАЮТЬСЯ В ОНЛАЙН ФОРМАТІ**

Керівник: к. пс. н., доцент  
\_\_\_\_\_ МИКИТЮК Галина Юріївна  
(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент: к. пс.н., доцент кафедри загальної  
психології Прикарпатського  
національного університету ім.  
Василя Стефаника  
\_\_\_\_\_ ФЕДИК Оксана Василівна  
(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконав: студентка VI курсу групи 664Мз  
\_\_\_\_\_ САМОЙЛЕНКО Марія Юріївна  
(П.І.Б.)

Спеціальності: 053 «Психологія»  
(шифр і назва спеціальності)

ОПП: \_\_\_\_\_ «Психологія»

Миколаїв – 2024 рік

## ЗМІСТ

|                                                                                                                                              |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ВСТУП .....                                                                                                                                  | 3   |
| РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ<br>ДЕПРЕСІЇ У ПІДЛІТКІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ В ОНЛАЙН ФОРМАТІ .....                         | 9   |
| 1.1. Поняття «депресія» у психологічній літературі .....                                                                                     | 9   |
| 1.2. Основні симптоми, методологічні підходи та особливості діагностики<br>депресії у підлітків .....                                        | 20  |
| 1.3. Зв'язок між онлайн освітою та депресією у підлітків .....                                                                               | 33  |
| Висновки до першого розділу .....                                                                                                            | 50  |
| РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕПРЕСІЇ У<br>ПІДЛІТКІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ В ОНЛАЙН ФОРМАТІ .....                                   | 52  |
| 2.1. Методологічне забезпечення вивчення особливостей депресії у підлітків,<br>які навчаються в онлайн форматі .....                         | 52  |
| 2.2. Якісні та кількісні характеристики констатуючого експерименту .....                                                                     | 65  |
| Висновки до другого розділу .....                                                                                                            | 76  |
| РОЗДІЛ 3 ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ ЩОДО<br>ЗМЕНШЕННЯ РІВНЯ ДЕПРЕСІЇ У ПІДЛІТКІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ В ОНЛАЙН<br>СЕРЕДОВИЩІ .....       | 79  |
| 3.1. Обґрунтування та зміст психокорекційної програми щодо зменшення рівня<br>депресії у підлітків, які навчаються в онлайн середовищі ..... | 79  |
| 3.2. Аналіз дієвості впливу психокорекційної програми .....                                                                                  | 86  |
| 3.3. Рекомендації, щодо упровадження програми в практичну діяльність<br>психолога .....                                                      | 95  |
| Висновки до третього розділу .....                                                                                                           | 101 |
| ВИСНОВКИ .....                                                                                                                               | 104 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....                                                                                                             | 111 |
| ДОДАТКИ .....                                                                                                                                | 124 |

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Постійно зростає зацікавленість вивчення впливу онлайн освіти на психічне здоров'я підлітків, причиною цього є швидкий розвиток цифрових технологій та зростання популярності дистанційного навчання, що зумовлене багатьма факторами сучасності, подіями в яких перебуває наше майбутнє покоління. Розвиток інформаційних технологій поставив перед світом нові задекі, і однією із таких задач є вплив на психічне здоров'я підлітків під час онлайн освіти. Адже підлітки, які отримують освіту в онлайн форматі щоденно стикаються з багатьма проблемами, як соціального, так і когнітивного спрямування, що призводить до змін в психічному становленні їх особистості. Інтернет став важливим інструментом для отримання освіти, проте може впливати на рівень стресу, самопочуття та психічне здоров'я у підлітків. Збільшення часу, проведеного в онлайн середовищі, може призвести до змін у режимі дня, відсутності здорової активності та соціальних контактів, що впливає на загальний стан емоційного та психічного благополуччя. Отже, дослідження впливу онлайн освіти на рівень депресивних розладів у підлітків є важливою та актуальною проблемою, адже від нього залежить розробка ефективних стратегій психологічної підтримки та превентивних заходів для забезпечення психічного здоров'я молоді.

Депресія — це психічний розлад, що характеризується стійким зниженням настрою, втратою інтересу або задоволення від діяльності, відчуттям втоми та виснаження, порушенням сну та апетиту, а також негативними думками про себе і світ, що значно впливає на здатність людини функціонувати в повсякденному житті.

Сучасна наука про депресію є результатом великого еволюційного шляху, який охоплює визначальні наукові відкриття, клінічні вдосконалення та визнання важливості психічного здоров'я. Для глибшого розуміння цього психічного розладу

ми спрямуємо наш погляд на історію поняття депресії, досліджуючи його розвиток. Це дозволить нам відкрити та осмислити внески видатних вчених: Гіпократ, Р. Бертон, З. Фройд, А. Бека, М. Селігмана, Е. Крепеліна, Дж. Брауна, Н.С. Дейкобсона, П. Левенсона, С. Барон-Коена, Е. Тігена, які заклали основи сучасного розуміння депресії та її терапії. Визначальні моменти в лікуванні цього розладу охоплюють розвиток психоаналізу, когнітивно-поведінкової терапії та позитивної психології, що дозволило глибше зрозуміти природу депресії на різних рівнях. Переважні тенденції в науці про депресію нині орієнтовані на інтердисциплінарний підхід, що включає нейробіологічні дослідження, генетику, соціальні фактори та розвиток інноваційних методів лікування.

Сьогодні депресія є однією з найбільш вивчених тем у психології та психіатрії, і багато сучасних вчених продовжують розширювати наші знання про цей розлад. Провідні сучасні дослідники, які активно працюють у сфері вивчення депресії: Г. Майбберг, Е.Ф. Грін, Р. Девідсон, Ф. Голд, М. Тесар, К. Хермер, Е. Векслер, К.У. Шрудер. Вони вважають, що депресія є складним нейропсихіатричним розладом, що охоплює зміни в нейронних мережах мозку, порушення ендокринної системи та дисфункцію нейромедіаторів, таких як серотонін і допамін. Їхні дослідження також підкреслюють важливість індивідуалізованого підходу до лікування, який включає як фармакологічні засоби, так і психотерапевтичні втручання. Крім того, вони звертають увагу на соціальні та екологічні фактори, які можуть впливати на розвиток депресії, підкреслюючи необхідність комплексних методів діагностики та лікування цього розладу.

Багато українських вчених присвятили свої наукові праці дослідженню депресії. Такі, як: О. Корагодіна, І. Чорна, І. Радул, Н. Круглова. Вони вважають, що депресія є складним психічним розладом, який виникає внаслідок комбінації біологічних, психологічних і соціальних факторів, та потребує комплексного

підходу до діагностики і лікування, що включає психотерапевтичні інтервенції і медикаментозну підтримку.

**Об'єкт** дослідження – особливості депресії.

**Предмет** – особливості депресії у підлітків, які навчаються в онлайн середовищі.

**Мета роботи** – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості депресії у підлітків, які навчаються в онлайн форматі.

**Завдання дослідження** полягають в наступному:

1. Здійснити теоретичний аналіз депресивних розладів та розкрити історичне підґрунтя понять.
2. Визначити основні симптоми та методи діагностики депресивних розладів.
3. Емпіричним шляхом встановити взаємозв'язок онлайн навчання та депресивних розладів серед підлітків.
4. Розробити та апробувати психокорекційну програму, спрямовану на подолання депресії у підлітків, які навчаються в онлайн середовищі.
5. Дослідити результати проведення психокорекційної програми.
6. Надати корекційні рекомендації, щодо зменшення рівня депресивних розладів серед підлітків, що пов'язані з онлайн освітою.

**Методи дослідження.** Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань обрано такі методи дослідження: теоретичні (теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння та узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень), емпіричні (методи тестування, бесіда, констатувальний та формувальний експеримент), методи обробки даних (узагальнення та систематизація якісних і кількісних даних емпіричного дослідження); методи математичної статистики: порівняльний та кореляційний аналізи (оцінка розбіжності експериментальних даних за допомогою t-критерію

Ст'юдента, коефіцієнт кореляції Фехнера). При обробці даних використовувались комп'ютерні програми: MS Excel.

Психодіагностичний комплекс методик склали: шкала депресії Бека, шкала депресії DEPS, госпітальна шкала тривоги та депресії HADS, методика «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк).

**Експериментальна база дослідження.** Базою дослідження виступив Снігурівський ліцей № 1 Снігурівської міської ради. У дослідженні взяли участь 50 учнів, віком 14-15 років, відповідно 25 юнаків та 25 дівчат. Для контрольної групи було обрано 30 учнів, які показали високий рівень депресії. Для порівняння між підлітками, які навчаються в онлайн форматі та на очній формі – було опитано 50 підлітків, віком 14-15 років Одеського ліцею №65, Одеської міської ради.

**Теоретична та практична значущість.** Теоретичне значення дослідження полягає в розширенні наукового уявлення про вплив дистанційної освіти на психоемоційний стан підлітків. Це дослідження дозволяє глибше зрозуміти специфіку виникнення та розвитку депресивних станів у контексті ізолюваного навчання, обмеженої соціальної взаємодії та впливу технологічного середовища. Аналіз психічних процесів, що супроводжують навчання в онлайн форматі, сприятиме формуванню теоретичних моделей, які враховують вплив цифрових технологій на когнітивну та емоційну сферу підлітків. Також, результати роботи можуть бути використані для розробки профілактичних програм і психокорекційних методик, орієнтованих на поліпшення психологічного благополуччя підлітків в умовах дистанційної освіти. Отримані результати дослідження впливу онлайн освіти на рівень депресивних розладів у підлітків мають велике наукове значення, оскільки розкривають нові аспекти взаємозв'язку між використанням цифрових технологій та психічним станом молоді. Ці результати можуть послужити основою для подальших наукових досліджень у сфері психології та педагогіки, спрямованих на оптимізацію навчального процесу

та психічного здоров'я підлітків в онлайн середовищі. Крім того, практичне значення отриманих результатів полягає в можливості розробки ефективних програм психологічної підтримки для молоді, спрямованих на запобігання та лікування депресивних розладів у цифровому навчальному середовищі.

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення та результати роботи доповідались та обговорювались на: 1) на VIII Міжнародній науково-практичній конференції «International Scientific and Practical Conference». 2) Ольвійський форум - 2024: стратегії країн Причорноморського регіону в геополітичному просторі, XXI Міжнародна наукова конференція. 3) на IX Міжнародній науково-практичній конференції «International Scientific and Practical Conference».

**Публікації.** Основний зміст і результати роботи висвітлено у 3 тезах та 1 статті категорії «Б»:

1. Самойленко М.Ю. Організація та методи дослідження рівня розвитку депресивних станів серед підлітків в онлайн середовищі. Тези доповідей на VIII Міжнародній науково-практичній конференції «*International Scientific and Practical Conference*» (16-18 вересня). Львів, 2024. С. 446-450.
2. Самойленко М.Ю. Основні симптоми, методологічні підходи та особливості діагностики депресії у підлітків. Тези доповідей на IX Міжнародній науково-практичній конференції «*International Scientific and Practical Conference*» (14-16 жовтня). Львів, 2024. С 775-781.
3. Лисенкова І.П., Самойленко М.Ю. Зв'язок між онлайн освітою та депресивними розладами серед підлітків. Ольвійський форум – 2024: стратегії країн Причорноморського регіону в геополітичному просторі, XXI Міжнародна наукова конференція. Миколаїв, 2024. С. 62-65.
4. Астремська І.В., Самойленко М.Ю. Вплив онлайн середовища на рівень депресивних розладів у підлітків. *Габітус*. №66. 2024.

**Структура роботи.** Складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної магістерської роботи становить 160 сторінки, основний зміст викладено на 110 сторінках. Робота містить 1 таблицю, 10 рисунків та 9 додатків. Список використаних джерел складає 109 праць українських та зарубіжних авторів, з них 42 – іншомовні.



## **РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕПРЕСІЇ У ПІДЛІТКІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ В ОНЛАЙН ФОРМАТІ**

### **1.1. Поняття «депресія» у психологічній літературі**

Проблема депресій, незважаючи на багатолітню та доволі змістовну її історію, в останні десятиліття переважає період чергово поживавлення. Це, передусім, обумовлено помітним зростом депресивних розладів, «проникнення» депресивних симптомів у структуру багатьох інших сучасних не лише психічних, але і соматичних захворювань, а також суттєвим соціально-економічним значенням депресивних станів. За останні роки депресивний розлад зазнав феноменологічних змін. Спостерігають, з одого боку, зміщення психопатологічного спектра афектних розладів до його м'якшого полюсу, збільшення поширеності в загальносоматичній мережі та, відповідно, зникнення депресій з поля зору психіатрів та несвоєчасне виявлення, а з іншою – появу атипових форм, терапевтично резистентних та з більшою часткою рецидивів захворювання [38, с.106].

Отже, для всебічного розуміння депресії докладніше розглянемо історичне підґрунтя виникнення поняття «депресія» та «депресивний розлад». Сучасна наука про депресію є результатом великого еволюційного шляху, який охоплює визначальні наукові відкриття, клінічні вдосконалення та визнання важливості психічного здоров'я. Для глибшого розуміння цього психічного розладу ми спрямуємо наш погляд на історію поняття депресії, досліджуючи його розвиток. Це дозволить нам відкрити та осмислити внески видатних вчених: Гіпократ, Р. Бертон, З. Фройд, А. Бек, М. Селігман, Е. Крепелін, Дж. Браун, Н.С. Дейкобсон, П.

Левенсон, С. Барон-Коен, Е. Тіген, визначальні моменти в лікуванні та переважні тенденції в науці про депресію.

Вчення про депресію описана ще батьком медицини Гіпократом як страх і смуток, якщо вони довго тривають і не викликані життєвими причинами. Раніше депресію називали меланхолією, що з грецької переводиться буквально як «чорна жовч». Також філософ визначив, що прояви депресії у хворих можуть залежати від погоди, пори року або сезонних змін. Стан деяких хворих постійно то покращувався, то загострювався [14]. У Середні віки меланхолію вважали гріхом. Її прирівнювали до акедії, байдужості, що є з одними із найнебезпечніших гріхів. У трактуваннях католицького теолога Фоми Аквінського, акедія описується так: «скорбота про світ, не пов'язана з надією на Бога». Хоча, згодом, меланхолію назвуть просто лінню. І якщо меланхолія — це просто надмірна лінь, то вилікувати хворого на цей недуг можна фізичною працею та молитвою [33]. Перший науковий підхід з'явився в працях Роберта Бертон на початку XVII ст. На сторінках своєї книги «Анатомія меланхолії» він вперше класифікував причини виникнення депресії. у XVIII столітті в Німеччині меланхолію описували як свинцевий тягар у руках і ногах або вантаж на плечах. У XIX столітті термін «депресія» почав використовуватися для опису психічних станів, але в інших контекстах. В основному, він асоціювався з фізичними симптомами, такими як втрата апетиту та сонливість.

Науковий підхід до вивчення депресії та інших афективних розладів у сучасному розумінні цього терміну відбувся у XIX ст. І пов'язаний з ім'ям видатного німецького психолога Еміля Крепеліна. У процесі дискусії між німецькими і французькими психіатрами було створено концепцію маніакально-депресивного психозу, який наразі називається біполярний афективний розлад. Крепелін був одним із перших, хто систематизував психічні розлади і зробив спробу класифікувати депресію. Він вважав, що психічні розлади, зокрема депресія, мають

біологічну основу і можуть мати епізодичний характер. Його роботи заклали основу для сучасної класифікації депресивних розладів. Крепелін також приділяв увагу ролі спадковості та біологічних факторів у виникненні психічних захворювань, що було революційним у час, коли переважали психологічні та психоаналітичні теорії. Він вважав, що психічні хвороби виникають через порушення в центральній нервовій системі, що відображає його біологічний підхід до дослідження психіатрії. Крім того, Крепелін вніс значний внесок у вивчення депресії. Він вивчав ендогенну депресію, яку розглядав як частину маніакально-депресивного психозу. Його детальні спостереження за пацієнтами дозволили йому розробити діагностичні критерії, які вплинули на сучасне розуміння афективних розладів. Таким чином, Еміль Крепелін заклав основи сучасної психіатрії, його наукові концепції вплинули на подальший розвиток діагностичних систем, а також сприяли вивченню біологічних аспектів психічних розладів. [39].

У 20 столітті наука про депресію пройшла значний розвиток, і цей період характеризувався як клінічними, так і науковими вдосконаленнями в розумінні та лікуванні цього психічного розладу.

На початку 20 століття психіатри і психологи вивчали різні форми психічних розладів, але депресія як самостійний діагностичний об'єкт не завжди визнавалася. Психіатрична класифікація, представлена Емілем Крепеліном, містила поняття «психозу невротичного» та інші форми психічних розладів, що можуть відповідати сучасному розумінню депресії [15, с. 105-116].

Здійснюючи історичний огляд наукового вивчення депресивних станів у перших описах клінічної картини депресії, які припадають на середину XIX ст., мова йшла переважно про важкі форми її прояву. Це зумовлювалося тим, що на той час у ролі досліджуваних виступали тяжко хворі люди, які перебували у спеціальних закладах закритого типу. В 1895 р. Е. Крепелін запропонував термін «невротична депресія» для характеристики слабо виражених субпсихотичних

депресивних розладів. Пізніше, в 1899 р., він розробив класифікацію психічних захворювань, у якій виокремив тих хворих, які страждали важкими депресивними та маніакально-збудливими фазами. Легкі депресивні розлади стали об'єктом наукових досліджень значно пізніше, коли лікарі почали займатися амбулаторною психіатричною практикою. Період активних спроб класифікації депресивних станів і глибшого їх вивчення розпочався у 60–70-х рр. ХХ ст [30].

В середині 20 століття психоаналіз, заснований Зигмундом Фройдом, вніс свій внесок у розуміння психічних розладів, включаючи депресію. Фройд розглядав депресію як вираз конфлікту між індивідом та навколишнім світом. Основні аспекти вчення Фрейда про депресію включають: комплекс Едіпа - впливає на розвиток депресії. Конфлікти відносин з батьками та сексуальна орієнтація дитини можуть впливати на її психічний стан у подальшому. Наступне - це травматичні події або втрата, мають потенційно важливий вплив на розвиток депресії. Він вивчав, як реакція на емоційну травму може призвести до психічного розладу. Також визнавав існування різних захисних механізмів, таких як відкидання чи раціоналізація, які можуть виникати як спроби впоратися з емоційними труднощами та уникнути депресії [61, с. 234].

Вчений нап'ягав, що внутрішній конфлікт між раціональною ірраціональною частинами особистості може призводити до депресії. Наприклад, конфлікт між бажанням і обов'язком. Фройд вивчав комплекс неповноцінності, відзначаючи, як внутрішні переконання про неповноцінність можуть призвести до депресивних станів. Варто відзначити, що концепції Фрейда часто розглядаються критиками інших шкіл психології. Сучасна психологія та психіатрія використовують більш різноманітні теорії та підходи для розуміння та лікування депресії. [63].

У середині та наприкінці 20 століття розвивалися методи лікування депресії. Електрошокова терапія (ЕШТ) стала важливим методом лікування, зокрема в 1930–

1940-х роках. Також в цей час почалося застосування антидепресантів, таких як іпроніазід, який був вперше синтезований в 1950 році [29].

Джордж В. Браун та Тірат Кумарія Харріс є відомими дослідниками, чії роботи вивчають вплив соціальних факторів на виникнення та перебіг депресивних розладів. Вони внесли значний вклад у розуміння того, як стресові життєві події та соціальна підтримка впливають на розвиток депресії, зокрема у жінок. Він розробив «життєво-подієвий підхід» до вивчення психічних розладів, що передбачає аналіз взаємодії стресових подій та індивідуальних схильностей. Одним із найвідоміших досліджень Брауна є вивчення зв'язку між стресовими подіями та депресією у жінок середнього віку. Він виявив, що хронічний стрес та відсутність емоційної підтримки значно підвищують ризик розвитку депресії. Браун також звернув увагу на вплив соціальних умов, таких як безробіття, фінансова нестабільність та труднощі у сімейних стосунках, на виникнення депресивних епізодів.

Харріс працював спільно з Брауном, проводячи дослідження соціально-психологічних факторів депресії. Їхні дослідження підкреслюють важливість аналізу індивідуальних життєвих обставин для розуміння депресивних розладів. Вони спільно створили теоретичну модель, яка пояснює, як соціальні стресори сприяють депресивним розладам у жінок, зокрема через аналіз «рольової втрати» — ситуацій, коли індивід втрачає важливі соціальні ролі, такі як роль партнера чи матері. Одним із їхніх ключових концептів є поняття «вразливості». Вони припускали, що жінки, які стикаються з соціальною ізоляцією або браком соціальної підтримки, є більш вразливими до депресії. В їхніх роботах також досліджувався вплив «захисних» чинників, таких як наявність підтримки з боку близьких людей, на зниження ризику депресивних епізодів. Завдяки Брауну і Харрісу, дослідження депресії набуло нового виміру, зосередженого на соціальних та екологічних факторах. Їхній внесок полягав у розробці моделі соціальної вразливості, яка сьогодні є фундаментом для вивчення соціальних аспектів депресії.

Вони показали, що депресія — це не лише біологічний стан, а й результат складних взаємодій між індивідом та його соціальним оточенням [75, с.143-146].

Запровадження Діагностичного та статистичного посібника психічних розладів (DSM) визначило стандартизовані критерії для клінічної депресії, спрощуючи діагноз та дослідження. У другій половині століття розвивалися психотерапевтичні підходи до лікування депресії. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та інші методи стали широко використовуватися для роботи з пацієнтами, що страждають від депресії [88].

Сучасна наука про депресію продовжує розвиватися. Дослідження включають генетичні, невробіологічні та соціальні аспекти депресії, а також вдосконалення методів лікування. Розвиток науки про депресію у XXI столітті відобразив широкий спектр підходів та вдосконалень в лікуванні та розумінні цього психічного розладу. Сьогодні депресія є однією з найбільш вивчених тем у психології та психіатрії, і багато сучасних вчених продовжують розширювати наші знання про цей розлад. Провідні сучасні дослідники, які активно працюють у сфері вивчення депресії: Г. Майбберг, Е.Ф. Грін, Р. Девідсон, Ф. Голд, М.Тесар, К. Хермер, Е. Векслер, К.У. Шрудер.

Гелен Майбберг — американська невробіологиня та психіатр, яка зробила вагомий внесок у вивчення депресії, особливо у сфері невробіологічних основ цього захворювання. Її робота зосереджена на виявленні біологічних маркерів депресії та розробці нових методів лікування, таких як глибока стимуляція мозку (Deep Brain Stimulation, DBS). Вона є однією з перших у дослідженні зв'язку між депресією та активністю в певних ділянках мозку, зокрема в області «передньої поясної кори». Її дослідження показали, що дисфункція цієї ділянки пов'язана з розвитком депресії, і нормалізація її активності може сприяти поліпшенню стану пацієнтів. Вона виявила, що підвищена активність в цій області часто спостерігається у пацієнтів з резистентною до лікування депресією. Її дослідження в цьому напрямку показали,

що DBS, шляхом постійної електричної стимуляції області «передньої поясничної кори», може значно знизити симптоми у пацієнтів, які не реагують на традиційні методи терапії, такі як медикаментозне лікування або психотерапія. Це відкрило нові можливості для лікування депресії у тих випадках, коли інші підходи виявляються неефективними. Майбберг також зробила значний внесок у вивчення функціональної нейровізуалізації, використовуючи такі методи, як ПЕТ (позитронно-емісійна томографія) та МРТ (магнітно-резонансна томографія), щоб дослідити, як різні форми лікування (антидепресанти, когнітивна поведінкова терапія, DBS) впливають на мозкову активність. Робота Гелен Майбберг є ключовою для розуміння нейробіологічних механізмів депресії та розробки інноваційних методів лікування цього психічного розладу [102].

Термін «депресія» використовується для назви широкого кола емоційних, когнітивних, поведінкових і психосоматичних розладів. Депресія детально описана у психологічній літературі. Так, у «Сучасному тлумачному психологічному словнику» вона визначається як афективний стан, що характеризується негативним емоційним тлом, зміною мотиваційної сфери, когнітивних уявлень і загальною пасивністю поведінки [96, с.425-426]. У «Психологічному тлумачному словнику найсучасніших термінів» депресія зазначається як специфічно-афективний стан індивіда, що характеризується негативними емоціями, а також трансформацією мотиваційних континуумів, когнітивних моделеуявлень суб'єкта і загальною релаксативністю, пасивністю його поведінки [105].

Депресія в науковому контексті визначається як психічний розлад, що характеризується втратою настрою, інтересу та задоволення в житті, а також збільшеною втомлюваністю. Цей стан може супроводжуватися численними симптомами, такими як зміни в режимі сну та апетиті, втрата енергії, зниження самооцінки та концентрації, а також різні фізичні симптоми.

Не менш вагомий внесок у пияття депресії вніс Саймон Барон-Коен. Його основний внесок полягає в тому, що він досліджував взаємозв'язок між соціальною когніцією та депресією. Його роботи показали, як труднощі у соціальній взаємодії можуть призводити до самотності і депресії. Адже він був одним із перших дослідників, які досліджували взаємодію між аутизмом та депресією. Теорія Барон-Коена полягала в тому, що соціальні та когнітивні труднощі можуть бути важливими факторами ризику розвитку депресії, особливо в людей з особливостями нейророзвитку [101].

Не менш вагомий вклад в царину дослідження депресії та депресивних розладів вніс Кармен В. Шрудер — відома дослідниця у галузі психіатрії та нейронаук, чия робота зосереджена на вивченні депресії, зокрема, її нейробіологічних та клінічних аспектів. Вона активно досліджує як патофізіологію депресії, так і інноваційні методи її лікування. Одним із ключових напрямів її роботи є вивчення ролі «біологічних ритмів» та їх порушень у розвитку депресивних розладів. Шрудер приділяє значну увагу зв'язку між депресією та дисрегуляцією циркадних ритмів, таких як сон і неспання, підкреслюючи важливість нормалізації цих ритмів для покращення стану пацієнтів. Вона виявила, що порушення в біологічних ритмах можуть сприяти появі або загостренню депресивних симптомів, а їх корекція (наприклад, через світлотерапію або корекцію сну) може бути ефективним методом лікування [98].

Крім того, Шрудер активно вивчає питання нейровізуалізації у пацієнтів із депресією, використовуючи такі технології, як магнітно-резонансна томографія (МРТ), для дослідження змін у мозковій активності. Її роботи в цьому напрямі спрямовані на розуміння того, як зміни в певних структурах мозку, зокрема в лімбічній системі, можуть бути пов'язані з виникненням і розвитком депресивних розладів. Вона досліджує зміни у функціональних зв'язках мозку та їх вплив на психічне здоров'я пацієнтів. Важливою частиною її досліджень також є клінічні



випробування нових терапевтичних підходів, таких як «неінвазивна мозкова стимуляція», зокрема «транскраніальна магнітна стимуляція (ТМС)». Шрудер активно досліджує ефективність ТМС для пацієнтів із резистентною до лікування депресією, що відкриває нові можливості для тих, хто не отримує полегшення від стандартних методів терапії [99].

Зараз наукове визначення депресії часто ґрунтується на критеріях, які містяться в діагностичних системах, таких як «Діагностичний та статистичний посібник психічних розладів» (DSM) або «Міжнародної статистичної класифікації хвороб і пов'язаних здоров'ям проблем» (ICD). Згідно із цими системами, діагноз депресії може бути встановлений, якщо особа демонструє певну кількість симптомів протягом певного часу, і якщо ці симптоми значно обмежують її функціонування в повсякденному житті [18].

Варто зазначити, що депресивний розлад — це клінічний термін, який використовується для опису більш серйозного та тривалого стану порушення настрою, порівняно з загальним поняттям депресії. Це не просто загальний поганий настрій чи відчуття пригніченості, а серйозний психічний розлад, який може впливати на різні аспекти життя людини. Депресивні розлади є складною і багатогранною групою психологічних захворювань. Основною, але не завжди явно вираженою ознакою цих розладів є пригнічений настрій. Різноманітність причин та контекстів, у яких можуть виникати депресивні розлади, робить їх особливо складними для діагностики та лікування [16].

Депресивний розлад, також відомий як клінічна депресія, — це серйозний психічний розлад, який характеризується тривалою депресією, втратою інтересу чи задоволення від життя та супроводжується рядом характерних симптомів. Дослідження депресивного розладу проводиться в багатьох аспектах, включаючи етіологію, клінічні прояви, діагностику та методи лікування. Щодо етіології, то вчені досліджують різні чинники, які можуть впливати на розвиток депресивного

розладу, такі як генетична схильність, біохімічні аспекти (наприклад, дисбаланс нейромедіаторів у мозку), психосоціальні фактори (стрес, травми, втрата близької людини) та інші. Дослідження фіксує різноманітні клінічні прояви депресивного розладу, такі як поганша настрій, втрата інтересу, енергетичний виснаження, зниження самооцінки, зміни в сні та апетиті, концентраційні проблеми тощо [28,с.34-35]. Для діагностики депресивного розладу використовуються діагностичні системи, такі як DSM (Діагностичний та статистичний посібник психічних розладів). Дослідження включає розгляд різних критеріїв та визначників для точної ідентифікації цього розладу. Дослідження нейробіологічних основ депресивного розладу включає вивчення змін у структурі та функції мозку, а також взаємодії між нейротрансмітерами [46].

Усупереч тому, що терміни «депресія» та «депресивний розлад» часто використовуються взаємозамінно, їхні сутності та визначення не ідентичні. «Депресія» може вказувати на загальний настрій пригніченості, втрати інтересу чи сумніву, тоді як «депресивний розлад» - це клінічний психічний розлад, який характеризується тривалою депресією та супровідними симптомами.

Багато українських вчених присвятили свої наукові праці дослідженню депресії. Такі, як: О. Корагодіна, І. Чорна, І. Радул, Н. Круглова.

Наприкоад, Ігор Радул — український дослідник, який значно вплинув на вивчення депресії через свої роботи, що зосереджені на психологічних і соціальних аспектах цього розладу. Його дослідження охоплюють широкий спектр тем, включаючи теоретичні моделі депресії, її клінічні прояви та ефективні методи лікування. Одним із основних напрямів досліджень Радула є «психологічна феноменологія депресії», де він аналізує, як депресивні стани проявляються на рівні свідомості і поведінки. Він досліджує основні психологічні механізми, які ведуть до депресивних розладів, зокрема, роль «емоційної регуляції», «когнітивних спотворень» та «соціальних факторів». Радул вважає, що депресія не є лише

біологічним або психологічним феноменом, а результатом комплексної взаємодії багатьох чинників, включаючи стресові життєві події та соціальну ізоляцію. У своїх дослідженнях Радул також акцентує увагу на «діагностиці депресії». Він розробляє та вдосконалює методи оцінки депресивних розладів, що дозволяють точніше визначити рівень і тип депресії у пацієнтів. Зокрема, його робота з «психометричними інструментами» сприяє поліпшенню точності діагностики і прогнозування перебігу депресивних розладів.

Крім того, Радул досліджує ефективність різних «терапевтичних підходів», таких як когнітивно-поведінкова терапія та медичні методи лікування депресії. Він аналізує, як ці підходи можуть бути адаптовані для різних груп населення, включаючи підлітків та людей похилого віку. Важливим аспектом його досліджень є також «превентивні заходи» і «психоосвітні програми», які спрямовані на зниження ризику розвитку депресії та поліпшення загального психічного здоров'я. Радул працює над розробкою стратегій для підвищення стійкості до стресу та покращення соціальної підтримки. Робота Ігоря Радула є значущою для розуміння депресії як складного психічного розладу, розробки ефективних методів діагностики та лікування, а також для формування стратегій профілактики і підвищення психічного здоров'я [49].

Зокрема, Карагодіна, українська науковиця, яка зробила вагомий внесок у вивчення депресії, особливо з точки зору соціальних і психологічних аспектів. Її дослідження зосереджені на аналізі соціальної значущості депресії, а також на психологічних механізмах, які сприяють розвитку цього розладу. Карагодіна досліджує, як соціальні умови, такі як економічні труднощі, соціальна ізоляція та стресові життєві події, впливають на психічне здоров'я людей. Вона виявила, що депресія є не тільки індивідуальною проблемою, але й соціальною, і що поліпшення соціальних умов та забезпечення соціальної підтримки можуть значно зменшити симптоми депресії. Карагодіна також акцентує увагу на психологічних аспектах

депресії, зокрема на когнітивних спотвореннях, емоційній регуляції та механізмах копіngu. Її роботи показують, як ці психологічні фактори взаємодіють з соціальними та біологічними чинниками, впливаючи на розвиток і перебіг депресивних розладів. Вона аналізує, як негативні когнітивні схеми і порушення емоційної регуляції можуть сприяти розвитку депресії та ускладнювати її лікування.

Ольга Карагодіна також активно займається оглядом та аналізом сучасних методів лікування депресії. Її дослідження оцінюють ефективність різних терапевтичних підходів, таких як психотерапія, медикаментозне лікування та альтернативні методи. Її робота сприяє розвитку нових стратегій для лікування депресії, зокрема через впровадження комплексних підходів, що поєднують психотерапевтичні та соціальні інтервенції [10, с.40-42].

Історично поняття депресії було пов'язане з різними культурними та філософськими концепціями, але лише у XX столітті воно стало об'єктом наукового дослідження та класифікації.

Висновок полягає в тому, що депресія в широкому сенсі - це емоційний стан, тоді як депресивний розлад - це серйозний психічний розлад, який вимагає медичної уваги та лікування. Розуміння та визначення цих термінів змінювалися від філософських роздумів до сучасних клінічних концепцій, що відображає поступовий розвиток наукового підходу до вивчення психічних розладів.

## **1.2. Основні симптоми, методологічні підходи та особливості діагностики депресії у підлітків**

Варто зазначити, що проблема депресивних розладів серед населення була і залишається актуальною по сьогоднішній день. За даними Всесвітньої організації здоров'я (ВООЗ) на депресію страждають понад 350 млн. людей, 6% населення

мають офіційно встановлений діагноз. А на 2020 р. депресія займає друге місце по захворюваності після ешимічної хвороби серця в світі [7].

Термін «депресія» часто використовується для позначення будь-якого з декількох депресивних розладів. Деякі з них класифікуються в Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів, п'яте видання (DSM-5), за специфічними симптомами:

1. Великий депресивний розлад (часто називається великою депресією)
2. Постійний депресивний розлад (дистимія)
3. Інший визначений або невизначений депресивний розлад

Інші класифікуються за етіологією:

1. Передменструальний дисфоричний розлад
2. Депресивний розлад через інший медичний стан
3. Речовина/лікарський депресивний розлад

Депресивний розлад виникає в будь-якому віці, але зазвичай розвивається в середині підліткового віку, у віці 20 років або 30 років. В умовах первинної допомоги 30% пацієнтів повідомляють про симптоми депресії, але у < 10% пацієнтів спостерігається велика депресія [17].

Депресивні розлади класифікуються за різними критеріями, включаючи клінічні прояви та етіологічні фактори. Основні типи депресії відрізняються за тривалістю, тяжкістю симптомів та причинами виникнення. Нижче наведено опис основних депресивних розладів, а також тих, що класифікуються за етіологією.

Великий депресивний розлад (ВДР), також відомий як велика депресія, є найбільш поширеною формою депресивного розладу, яка характеризується постійним відчуттям смутку, втрати інтересу до діяльності, зниженням енергії та порушеннями сну. Людина з ВДР може також відчувати труднощі з концентрацією уваги, зниженням самооцінки, почуттям провини або безнадії. Діагноз ставиться, коли симптоми тривають щонайменше два тижні та суттєво

впливають на повсякденну діяльність. ВДР може мати хронічний або епізодичний перебіг, і без належного лікування може призвести до серйозних ускладнень, включаючи суїцидальні думки або спроби [32].

Постійний депресивний розлад, або дистимія, — це хронічний стан, який відрізняється менш вираженими, але тривалими симптомами депресії. Дистимія часто триває кілька років, протягом яких людина відчуває постійний пригнічений настрій, втому, відсутність мотивації та порушення сну. Хоча симптоми дистимії можуть бути менш інтенсивними порівняно з великим депресивним розладом, тривала природа цього розладу може суттєво впливати на якість життя пацієнта. Люди з дистимією можуть відчувати себе «хронічно нещасними» і рідко шукають допомоги, оскільки вважають, що це їхній звичний стан [45].

Інший визначений або невизначений депресивний розлад. Ця категорія використовується для опису депресивних станів, які не відповідають критеріям великих депресивних розладів або дистимії, але все ж мають значний вплив на психічний стан і функціонування людини. Вона включає розлади, які не можуть бути чітко класифіковані через невизначеність або неординарність симптомів. Наприклад, епізоди депресії, що не тривають достатньо довго або не є достатньо тяжкими для діагностики великого депресивного розладу, можуть бути включені до цієї категорії. Передменструальний дисфоричний розлад — це форма депресивного розладу, пов'язана з фазою менструального циклу. Симптоми зазвичай з'являються за кілька днів до початку менструації та включають дратівливість, емоційну нестабільність, тривогу, а також фізичні симптоми, такі як біль і здуття живота. ПДР відрізняється від передменструального синдрому (ПМС) тим, що симптоми є набагато інтенсивнішими та серйозно впливають на функціонування в повсякденному житті. У жінок з ПДР можуть виникати порушення сну, зниження енергії та погіршення стосунків із близькими [85, с.225-227].

Депресивний розлад через інший медичний стан - цей тип депресії виникає як результат іншого медичного стану, такого як захворювання щитовидної залози, хронічний біль, інсульт або інші серйозні фізичні захворювання. Симптоми депресії можуть бути схожими на ті, що виникають при великому депресивному розладі, проте їхньою причиною є фізіологічні процеси, пов'язані з основним медичним станом. Лікування включає як терапію основного захворювання, так і лікування депресивних симптомів за допомогою медикаментів і психотерапії. Речовина/лікарський депресивний розлад виникає внаслідок вживання або відміни певних речовин, таких як алкоголь, наркотики або лікарські препарати. Цей тип депресії може виникнути під час активного вживання речовини або після її припинення. Симптоми включають зниження настрою, втрата інтересу до діяльності, порушення сну та концентрації. Лікування передбачає припинення вживання речовини, що викликала депресивний стан, і застосування психотерапевтичних та медикаментозних методів для стабілізації психічного стану [20, С. 40-41].

Ці різноманітні форми депресивних розладів демонструють складність і багатогранність цього психічного стану, що потребує індивідуального підходу до діагностики та лікування.

У типових легких, помірних або важких депресивних епізодах пацієнт страждає від зниження настрою, зниження енергії та зниження активності. Здатність до насолоди, інтересу та концентрації знижується, а помітна втома навіть після мінімальних зусиль є звичайним явищем. Зазвичай порушується сон і знижується апетит. Самооцінка та впевненість у собі майже завжди знижені, і навіть у легкій формі часто присутні деякі ідеї провини або нікчемності. Знижений настрій незначно змінюється щодня, не реагує на обставини і може супроводжуватися так званими «соматичними» симптомами, такими як втрата інтересу та приємних почуттів, пробудження вранці на кілька годин раніше звичайного часу, депресія, що

найсильніше ввранці виражена психомоторна загальмованість, збудження, втрата апетиту, втрата маси тіла, зниження лібідо. Залежно від кількості та тяжкості симптомів депресивний епізод можна визначити як легкий, помірний або важкий [40].

Депресія викликає когнітивну, психомоторну та інші види дисфункції (наприклад, погана концентрація, втома, втрата сексуального бажання, втрата інтересу або задоволення майже від усіх видів діяльності, які раніше були задоволені, порушення сну), а також депресивний настрій. У людей із депресивним розладом часто виникають думки про самогубство і вони можуть спробувати самогубство. Інші психічні симптоми або розлади (наприклад, тривожність і напади паніки), які зазвичай співіснують, іноді ускладнюють діагностику та лікування.

Пацієнти з усіма формами депресії частіше зловживають алкоголем або іншими рекреаційними наркотиками, намагаючись самотійно лікувати порушення сну або симптоми тривоги; однак депресія є менш поширеною причиною розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та інших наркотичних речовин, ніж колись вважалося. Пацієнти з більшою ймовірністю стануть важкими курцями та нехтуватимуть своїм здоров'ям, збільшуючи ризик розвитку або прогресування інших розладів (наприклад, хронічної обструктивної хвороби легень).

Депресія може зменшити захисні імунні відповіді. Депресія збільшує ризик розвитку серцево-судинних захворювань, інфарктів міокарда та інсульту, можливо, через депресію, цитокіни та фактори, що збільшують згортання крові, є підвищеними, а варіабельність частоти серцевих скорочень зменшується — усі потенційні фактори ризику розвитку серцево-судинних захворювань [11].

Науковцями було зроблено багато спроб класифікувати депресію та депресивні стани, що призвело до термінологічної плутанини й ускладнення



діагностики, оскільки старі класифікації продовжували існувати поряд із новими. Так, існує класифікація депресій за феноменологічними та нозологічними ознаками. В основу феноменологічної класифікації покладено поділ депресій за їх клінічними проявами (феноменологічними ознаками). Варіанти депресії розподіляють відповідно до сфери, у якій локалізується депресивний прояв – афективній, психомоторній чи соматичній. В основу нозологічної класифікації покладено розподіл депресій за причинами й умовами їх виникнення. Так, виокремлюють такі нозологічно важливі форми депресії: 1) психогенні депресії (реактивні, невротичні, депресії виснаження, ендореактивні дистимії, інволюційні депресії); 2) ендегенні депресії (шизофренічні, біполярні та монополярні); 3) соматогенні депресії (органічні та симптоматичні) [9]. Кожна з виокремлених форм депресій має свої особливості. Так, до групи психогенних депресій відносять розлади, що виникають на основі душевних переживань як реакції людини на певну травматичну ситуацію, або ж причини яких криються у її біографії та структурі особистості. Психогенну депресію також ще називають екзогенною (від грец. *exo* – «зовнішній, ззовні» та *genes* – «породжуваний») чи реактивною. Групу ендегенних депресій складають розлади, які досягають психотичного рівня. Більшість учених вважають, що провідну роль в ендегенних депресіях відіграє генетична схильність, яка полягає в спадкуванні патологічних генів [58, с.255-257].

Зазначимо, що згідно з МКХ-10 депресія та депресивні стани відносяться до розладів настрою. Цей блок включає в себе розлади, за яких основним порушенням є зміна емоцій і настрою в сторону депресії (з тривогою або без неї) або в сторону піднесеності. Зміни настрою зазвичай супроводжуються змінами загального рівня активності. Більшість інших симптомів є вторинними або легко пояснюються на тлі змін настрою й активності. Депресивні симптоми поділяються на типові (основні) й додаткові. За наявності депресії, згідно МКБ-10, повинні бути присутні два основні симптоми і не менше трьох додаткових. До типових (основних) симптомів

депресії відносяться: пригнічений настрій, який не залежить від обставин, упродовж тривалого часу (понад два тижні); ангедонія – втрата інтересу або задоволення від раніше приємної діяльності; виражена стомлюваність, «занепад сил», які характеризуються стабільністю даного стану (наприклад, упродовж місяця). Два найпоширеніші типи депресивних розладів: великий депресивний розлад (MDD) та стійкий депресивний розлад (PDD). PDD (раніше відомий як дистимія) вважається більш хронічною і потенційно менш важкою формою депресії. Більш конкретно, хоча симптоми МДД і PDD майже ідентичні, тривалість і кількість симптомів, необхідних для діагностики двох розладів, істотно відрізняються. По-перше, хоча симптоми МДД повинні зберігатися протягом мінімум двох *тижнів*, щоб поставити діагноз, симптоми PDD повинні зберігатися безперервно протягом мінімум двох *років* для постановки діагнозу. По-друге, для діагностики МДД потрібно п'ять симптомів, тоді як для діагностики PDD потрібні лише два [12].

Як і у більшості порушень, перерахованих у DSM 5, діагнози як МДД, так і PDD вимагають, щоб симптоми викликали значний дистрес або порушення. Більше того, клініцист повинен виключити, що симптоми викликані чимось вторинним (наприклад, медичним станом, речовиною, розладом спектру шизофренії) і встановити, що людина *ніколи не* мав маніакального або гіпоманіального епізоду, перш ніж можна поставити діагноз MDD або PDD.[68].

Додаткові симптоми: песимізм; почуття провини, марності, тривоги й (або) страху; занижена самооцінка; нездатність концентруватися і приймати рішення; думки про смерть і (або) самогубство; нестабільний апетит, значне зниження або збільшення ваги; порушений сон, наявність безсоння або пересипання. Залежно від кількості й тяжкості симптомів депресивні стани можуть класифікуватися як легкі, помірно виражені та важкі. При легких депресивних станах зазвичай виражені два-три вищезазначені симптоми. Пацієнт, звичайно, страждає від цього, але, імовірно,

буде в змозі продовжувати виконання основних видів діяльності. При депресивних станах середнього ступеня важкості виражені чотири і більше з вищезазначених симптомів. Пацієнт, імовірно, зазнає великих труднощів у разі продовження звичайної діяльності. При депресивних станах важкого ступеня без психотичних симптомів явно виражена низка вищезазначених симптомів, що приносять страждання, зниження самооцінки і думки про власну нікчемність або винуватість. Характерними є суїцидальні думки і спроби, зазвичай має місце низка псевдосоматичних симптомів [37].

Однією з головних особливостей депресивного стану та депресивної симптоматики осіб, які не досягли повноліття, є порівняно висока частота ремісій (близько 33%) із доволі високим ступенем хронізації (80%) доти, доки дитина стане дорослою [6]. Із зростанням кількості епізодів депресії, суттєво підвищується імовірність вияву повторних екзацербаций. Дослідження свідчать, що за умови першого пережитого депресивного епізоду ймовірність його повторного вияву становить 60%, при двох – 70%, а при трьох – понад 90%. При збільшенні кількості депресивних епізодів симптоми, які супроводжують розвиток депресивного стану, стають важчими, що може призвести до розвитку резистентної депресії. К. Бесто у своїх дослідженнях зазначає, що в осіб молодого віку депресивні епізоди порівняно короткі (менше 10 тижнів), тоді як у осіб похилого віку вони можуть тривати понад 20 тижнів [70]. Вияв депресивного стану в людей середнього віку характеризується такими ознаками: – емоційними: загальна пригніченість, поява відчуття страху, провини, суму, відчаю, підвищена дратівливість, відчуття порожнечі та цілковита апатія; – когнітивними: довготривалі роздуми, нав'язливе негативне мислення, песимізм, невпевненість у собі, думки про самогубство, зниження рівня концентрації уваги, погіршення пам'яті, гальмування процесів мислення; – фізіологічно-вегетативними: значні енергетичні витрати, постійна втомлюваність, в'ялість, дисфункціональні порушення сну, зниження апетиту та втрата ваги,

зниження лібідо, внутрішнє напруження та хвилювання, чутливість до зміни погодних умов, розлади систем, які виявляються на вегетативному рівні (розлади шлунково-кишкового тракту, головний біль, нудота тощо); – поведінковими/моторними: сповільнення мовлення та моторики, зниження загального рівня активності, постійне приховування очей, уникання зорового контакту, безсилля, непосидючість, постійно сумний, слізливий або відсутній вираз обличчя. Розглядаючи вияви депресивного стану в осіб віком понад 60 років (вияви пізньої депресії), варто розуміти, що її ознаки суттєво відрізняються від ознак, що виявляються у хворих молодшого віку. Зазвичай вияви депресивного стану в старших осіб пов'язані із загальним погіршенням стану здоров'я та розвитком супутніх хвороб (хвороб серця, гіпертонії, діабету) або виявами хронічного болю [84].

Діагностика депресії у підлітків є складним і багатогранним процесом, оскільки ця вікова група зазнає значних фізіологічних, психологічних та соціальних змін. Важливо враховувати, що депресивні розлади у підлітків можуть відрізнятися від тих, що спостерігаються у дорослих, як за характером симптоматики, так і за факторами, які сприяють їхньому розвитку. Особливості діагностики депресії у підлітків полягають у врахуванні вікових особливостей розвитку, розрізненні депресивних симптомів від нормальних підліткових змін і у використанні відповідних діагностичних методів.

По-перше, для діагностики депресії у підлітків важливо враховувати, що їхні емоційні прояви можуть бути більш інтенсивними та змінними у порівнянні з дорослими. Підлітковий вік характеризується підвищеною емоційною лабільністю, що пов'язано з гормональними змінами і розвитком особистості. Тому симптоми депресії, такі як дратівливість, емоційна нестабільність та перепади настрою, можуть бути частково зумовлені віковими особливостями. Проте, якщо ці прояви супроводжуються іншими ознаками депресії, такими як апатія, зниження інтересу

до раніше улюблених занять, проблеми зі сном і концентрацією уваги, вони можуть вказувати на наявність депресивного розладу [13, с.7-8].

По-друге, діагностика депресії у підлітків повинна враховувати їхній соціальний контекст. Підлітки зазнають впливу як сімейного оточення, так і однолітків, і проблеми у взаємодії з цими групами можуть стати джерелом стресу та емоційної нестабільності. Депресія у підлітків часто пов'язана з соціальними факторами, такими як булінг, ізоляція від групи однолітків, проблеми у сім'ї або труднощі з навчанням. Саме тому при діагностиці важливо враховувати наявність соціальних стресорів, а також те, як підліток справляється з ними. Окрім того, психосоціальна підтримка та залучення сім'ї є важливими елементами діагностичного процесу [2].

Третім важливим аспектом є використання спеціальних діагностичних методів для підлітків. Поряд з клінічним інтерв'ю, яке має бути адаптоване до особливостей підліткового віку, використовуються стандартизовані опитувальники, такі як Дитячий опитувальник депресії (CDI) та Шкала депресії Бека для дітей (BDI-Y). Ці інструменти дають змогу оцінити інтенсивність депресивних симптомів, їхній вплив на функціонування підлітка в різних сферах життя та дозволяють порівнювати результати з віковими нормами. Крім того, використовуються методи спостереження за поведінкою підлітка, що включають оцінку його міжособистісних стосунків, успішності в навчанні та участі у соціальних активностях.

Окремо слід зазначити, що підлітки можуть мати схильність до маскуванню своїх емоційних проблем, що ускладнює діагностику. Вони можуть приховувати свої почуття через страх бути нерозумілими або через тиск з боку однолітків, що вимагає від спеціаліста особливої уважності та делікатності під час спілкування з ними. Симптоми депресії, такі як зміни у поведінці, порушення харчування,

самоізоляція та проблеми з концентрацією, можуть бути помітні для батьків, вчителів та інших дорослих, що мають близький контакт із підлітком [57].

Як показано у сучасній психологічній літературі (Курпатов А. В., Мафсон Л., Покрас М. Л. та інші), підлітки демонструють більш нестійке протікання депресії, ніж дорослі, це характеризується серйозними міжособистісними проблемами, а також здійснюють більше суїцидальних спроб, ніж дорослі у період депресії. Треба відмітити, що певні науковці (Меш Е., Вольф Д. та інші) також вважають, що у середньому підлітковому віці домінуючим симптомом депресії є негативне уявлення своїх фізичних даних, а саме такі симптоми: надмірна втома, занепад життєвих сил, втрата апетиту, порушення сну тощо. Разом з тим, підлітки, які страждають від депресії, відчувають самотність, почуття провини, постійно дорікають себе за певні речі, з'являється відчуття власної нікчемності, думки про суїцид [25, с.64].

Особливості прояву депресії у школярів пов'язують із такими чинниками, як криза пошуку свого місця у житті (самоідентичності); недооцінка зовнішніх труднощів; необґрунтований оптимізм або, навпаки, негативізм; криза інтимності; психологічна ізоляція; почуття самотності, непотрібності. Про наявність депресії можна судити за наступними ознаками: сумний настрій, пригніченість; почуття нудьги, втоми, що не є результатом напруженої фізичної або розумової діяльності; порушення сну й апетиту; різні соматичні скарги; непосидючість, занепокоєння; фіксація уваги на несуттєвих дрібницях; надмірна емоційність, плаксивість; замкненість, обмеження контактів із іншими людьми; неухвильність; агресивна поведінка; схильність до бунту; неслухняність; вживання алкоголю або наркотиків; погана успішність; прогули в школі; втрата інтересу до раніше улюбленого заняття; нездатність радіти й отримувати задоволення; відсутність будь-якої власної ініціативи; труднощі у прийнятті рішень; небажання брати на себе відповідальність. Діагностика депресії у підлітків є складним завданням, яке

потребує ретельного аналізу симптомів і врахування вікових особливостей розвитку. Наукові дослідження демонструють, що депресія у підлітковому віці може відрізнятися за клінічними проявами та потребує спеціальних методів діагностики. Підлітки перебувають у періоді активного формування особистості, коли психологічні та фізіологічні зміни можуть супроводжуватися емоційною нестабільністю, що іноді ускладнює виявлення депресивних розладів. Одним із ключових аспектів діагностики є розрізнення типових підліткових емоційних реакцій та симптомів депресії. За даними наукових досліджень, симптоми депресії у підлітків часто включають дратівливість, тривожність, соматичні скарги, а не лише класичні прояви смутку або втрати інтересу. Зокрема, дослідження Twenge та в 2004 році показують, що депресія у підлітків може проявлятися менш очевидними симптомами, такими як втома, порушення сну або відчуженість від соціальних контактів. Це вимагає від фахівців підвищеної уваги до змін у поведінці та функціонуванні підлітка [34, с185-187].

Одним з методологічних підходів до діагностики є використання стандартизованих психодіагностичних інструментів. Шкала депресії Бека для молоді (BDI-Y) і Дитячий опитувальник депресії (CDI) широко застосовуються у клінічній практиці. Наприклад, дослідження Ковакса 1985-ку підтверджують ефективність CDI у виявленні депресивних симптомів у підлітків, що дозволяє не лише оцінити рівень депресії, але й простежити зміни у її перебігу. Використання цих опитувальників забезпечує надійні результати, однак наукові роботи також підкреслюють необхідність врахування культурних та соціальних факторів, які можуть впливати на прояви депресії. Суттєву роль у діагностиці відіграє також аналіз соціального контексту. За даними досліджень, соціальні стресори, такі як булінг, сімейні конфлікти або академічні проблеми, можуть виступати тригерами для розвитку депресивних розладів у підлітків. Дослідження Волкіна та Лероя (2015) показують, що підлітки, які зазнають булінгу, мають значно вищі ризики

розвитку депресії та інших психічних розладів у порівнянні з однолітками, що не піддаються такому впливу. Тому важливо не тільки оцінювати внутрішній емоційний стан підлітка, але й звертати увагу на його соціальне оточення та стосунки з однолітками і сім'єю. Іншою важливою проблемою діагностики є схильність підлітків приховувати свої емоційні проблеми. Наукові дослідження вказують, що підлітки часто намагаються не демонструвати свої емоції через страх бути неправильно зрозумілими або через соціальний тиск. Це підтверджують дослідження 2018 року, де підлітки з депресією часто описують свої почуття як «звичайні», і не завжди усвідомлюють серйозність свого стану. Такий феномен ускладнює процес діагностики і вимагає більшої чутливості з боку психотерапевтів та педагогів [104].

Таким чином, діагностика депресії у підлітків є складним процесом, який потребує мультидисциплінарного підходу, врахування вікових, психологічних і соціальних факторів, а також використання спеціалізованих інструментів для оцінки симптомів депресії. Раннє виявлення та своєчасне втручання можуть суттєво полегшити перебіг депресивного розладу і сприяти покращенню психічного здоров'я підлітка.

Отже, депресивні розлади є серйозною проблемою здоров'я, яка впливає на психічний стан та загальний благополуччя людини. Основні симптоми включають втрату інтересу та задоволення від життя, погіршення настрою, енергетичне виснаження, зміни в сні та апетиті, зниження самооцінки та концентраційні проблеми. Діагностика депресивних розладів ґрунтується на дотриманні визначених критеріїв, включених до діагностичних систем, таких як «Діагностичний та статистичний посібник психічних розладів» (DSM) або «Міжнародної статистичної класифікації хвороб і пов'язаних здоров'ям проблем» (ICD). Попередній та точний діагноз є важливим кроком для вчасного початку лікування та підтримки пацієнта. Діагностичні методи можуть включати клінічні



оцінки, опитувальні анкети, психологічні тести та консультації з психіатрами або психологами та особами, що мають безпосереднє відношення до пацієнта. Правильна діагностика депресивних розладів є важливим кроком для забезпечення ефективного лікування та підтримки пацієнта на шляху до покращення психічного здоров'я. Адже правильно встановлений діагноз – половина пройденого шляху до вдалої терапії та психокорекції.

### **1.3. Зв'язок між онлайн освітою та депресією у підлітків**

Онлайн-освіта набула глобальної популярності з початку пандемії COVID-19, коли мільйони учнів і студентів по всьому світу були змушені перейти на дистанційні форми навчання. Незважаючи на певні переваги онлайн-освіти, такі як гнучкість у навчальному процесі, доступ до великого обсягу інформаційних ресурсів і зниження ризику поширення інфекцій, з'явилися занепокоєння щодо її потенційного впливу на психічне здоров'я учнів, особливо підлітків. Дослідження показують, що дистанційне навчання може бути пов'язане з низкою негативних наслідків для емоційного стану молоді, включаючи підвищення рівня тривожності, стресу та депресії [26].

Депресія є одним з найпоширеніших психічних розладів серед підлітків, і її поширеність зростає з кожним роком. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ), близько 16% підлітків у світі страждають на депресію, що суттєво впливає на їхнє повсякденне життя, соціальні взаємини та академічну успішність. Ізоляція від звичного середовища, обмежена соціальна взаємодія та недостатність фізичної активності під час онлайн-навчання можуть сприяти погіршенню психічного стану молоді, що збільшує ризик розвитку депресивних розладів [89, с.420-423].

Підлітковий період є критичним етапом розвитку, під час якого формуються основні соціальні, емоційні та когнітивні навички. Важливо зазначити, що підлітки особливо чутливі до змін у соціальному та навчальному середовищі. Умови онлайн-освіти, які передбачають тривалий час перебування перед екраном, відсутність безпосереднього контакту з однолітками і вчителями, а також високе навантаження на самостійне планування навчального процесу, можуть мати негативний вплив на психічне здоров'я цієї вікової групи. Наукові дослідження підтверджують, що ці фактори можуть призводити до розвитку депресії, а також інших психічних розладів у підлітків.

Одним із ключових аспектів впливу онлайн-освіти на розвиток депресії є ізоляція від соціального середовища. Соціальна взаємодія є важливим чинником у процесі розвитку підлітків, і брак особистих контактів може негативно позначитися на їхньому психічному здоров'ї. Дослідження Американської асоціації психологів (2018 рік) показало, що підлітки, які проводять більше часу в Інтернеті, частіше повідомляють про відчуття самотності та депресії. Відсутність фізичної присутності в школі та особистого спілкування з однолітками може посилювати ці негативні емоції [103].

Ще одним важливим чинником є підвищене використання цифрових пристроїв для навчання, що також може бути пов'язане з підвищеним рівнем стресу та депресії. Дослідження показують, що тривале перебування перед екраном, особливо без достатніх перерв, може призводити до цифрового вигорання, когнітивної втоми та погіршення сну, що є відомими тригерами депресії. Наприклад, у роботі Лемола та колег у 2015 році було встановлено, що підлітки, які витрачають більше часу на електронні пристрої, частіше страждають на порушення сну та емоційну нестабільність. Основна мета дослідження полягала в тому, щоб оцінити зв'язок між використанням електронних медіа підлітками в нічний час, порушенням сну та наявністю депресивних симптомів. У дослідженні взяли участь

кілька сотень підлітків. Вони заповнювали анкети, в яких вказували, скільки часу вони проводять, використовуючи електронні пристрої перед сном, зокрема смартфони, комп'ютери та телевізори. Також аналізувались дані щодо якості сну, наявності порушень сну та симптомів депресії. Підлітки, які частіше користувалися електронними медіа в нічний час, частіше повідомляли про проблеми зі сном. Порушення сну виявилися пов'язаними з підвищеним рівнем депресивних симптомів, зокрема відчуттям смутку, втрати інтересу до повсякденної діяльності та низькою енергією. Одним із ключових факторів була тривалість і якість сну: підлітки, які менше спали або повідомляли про погану якість сну, мали вищі показники депресії. Дослідники дійшли висновку, що надмірне використання електронних медіа в нічний час пов'язане з негативними наслідками для психічного здоров'я підлітків. Це підтвердило гіпотезу про те, що порушення сну є важливим механізмом, через який нічне користування електронними пристроями може призвести до підвищеного ризику депресії. Рекомендовано обмежувати час використання електронних медіа перед сном для запобігання порушенням сну та розвитку депресивних симптомів. Це дослідження стало одним із перших, яке докладно описало механізм зв'язку між використанням електронних пристроїв перед сном та депресією у підлітків, і відкрило двері для подальших досліджень у цій сфері. Тема є особливо актуальною в контексті зростаючої кількості підлітків, які щодня користуються смартфонами та іншими пристроями, особливо в умовах онлайн-освіти та віддаленого навчання [90].

Окрім того, онлайн-освіта може підвищувати академічний тиск на підлітків, оскільки вони часто повинні самостійно організовувати свій навчальний час і виконувати завдання без постійного керівництва з боку вчителів. У дослідженні Лішера в 2021 році підлітки, які навчалися дистанційно, повідомляли про збільшення рівня стресу через необхідність самостійного планування часу та виконання завдань. Відсутність чіткого графіка навчання та недостатня підтримка

з боку педагогів можуть поглиблювати відчуття тривоги та невпевненості в своїх можливостях, що, у свою чергу, сприяє розвитку депресивних симптомів. Основна мета полягала у визначенні впливу дистанційного навчання на психічне здоров'я студентів та підлітків під час пандемії. Дослідники прагнули з'ясувати, які чинники можуть сприяти погіршенню або, навпаки, покращенню психічного стану учнів під час віддаленого навчання. Дослідження є літературним оглядом — автори аналізували численні наукові статті, дослідження та статистичні дані, що охоплюють період пандемії COVID-19. Вони зосередилися на роботах, які вивчали зв'язок між дистанційним навчанням, стресом, депресією, тривогою та іншими психічними станами у студентів. Велика кількість досліджень, проаналізованих Лішером та його колегами, вказує на те, що дистанційне навчання викликало значне підвищення рівня стресу у студентів. Відсутність фізичної взаємодії, ізоляція та обмежені можливості соціалізації посилили ці проблеми. В огляді підкреслюється, що багато студентів зіткнулися із симптомами депресії, такими як почуття безвиході, втома, зниження мотивації та апатія. Це пов'язано з відсутністю соціальної підтримки, фізичної активності та звичного навчального середовища. В умовах пандемії студенти також стикалися з непередбачуваністю ситуації — зміни у навчальних планах, непевність щодо іспитів та оцінок, а також загальна тривога через поширення вірусу. Багато студентів, особливо з неблагополучних родин, мали труднощі з доступом до технологій для дистанційного навчання. Відсутність надійного інтернет-зв'язку або необхідних пристроїв призвела до зниження успішності та збільшення стресових навантажень. Дистанційне навчання під час пандемії має значний негативний вплив на психічне здоров'я студентів та підлітків. Однією з основних проблем є ізоляція від однолітків та недостатня соціальна взаємодія, що збільшує ризик депресивних і тривожних станів. Важливим аспектом підтримки психічного здоров'я під час дистанційного навчання є організація соціальної підтримки — онлайн-комунікація, регулярні зустрічі з викладачами та

однокласниками, залучення до позанавчальних активностей. Це дослідження допомогло зрозуміти, що пандемія не лише змінила спосіб навчання, але й спричинила суттєві зміни у психічному стані учнів, що вимагає нових підходів у навчанні та підтримці студентів. Воно підкреслює необхідність у розробці програм психологічної підтримки, які б допомагали молодим людям справлятися зі стресом, депресією та іншими психічними проблемами, пов'язаними з віддаленим навчанням [91].

Важливим фактором є також порушення фізичної активності, що часто супроводжує дистанційне навчання. Підлітки, які перебувають вдома під час онлайн-уроків, мають обмежені можливості для рухової активності, що може негативно вплинути на їхнє емоційне благополуччя. Наукові дослідження показують, що регулярна фізична активність є важливим чинником профілактики депресії у підлітковому віці. Дослідження Волеса в 2012 році продемонструвало, що підлітки, які займаються спортом або іншими фізичними активностями, мають нижчий рівень депресії порівняно з тими, хто веде малорухливий спосіб життя. В умовах онлайн-освіти підлітки часто проводять більшість часу сидючи перед комп'ютером, що може посилювати почуття тривоги та депресивні стани [108].

Однак, варто також зазначити, що онлайн-освіта може мати і позитивні аспекти, які можуть сприяти зниженню рівня депресії у деяких підлітків. Наприклад, для підлітків, які зазнавали булінгу або мали труднощі в соціальній адаптації у школі, онлайн-навчання може бути безпечним простором, де вони можуть зосередитися на навчанні без негативного впливу соціальних стресорів. Дослідження, проведене Elmer та співробітниками (2020), показало, що підлітки, які відчували дискомфорт у шкільному середовищі через соціальні проблеми, мали покращення психічного стану під час дистанційного навчання [79].

Не зважаючи на велику низку негативних факторів, спричинених онлайн середовищем для підлітків, неможливо оминати і ряд позитивних факторів. Онлайн

середовище надає кілька позитивних чинників для підлітків, що може сприяти їх особистісному та академічному розвитку. В умовах сучасного цифрового світу, де технології стали невід'ємною частиною повсякденного життя, важливо розглянути переваги, які онлайн середовище може запропонувати підліткам. По-перше, онлайн середовище забезпечує доступ до широкого спектру освітніх ресурсів, що є значним плюсом для підлітків. Платформи для онлайн-навчання, такі як Khan Academy, Coursera та edX, пропонують курси та матеріали з різних дисциплін, що дозволяє учням поглиблювати знання в обраних предметах і освоювати нові теми. Доступ до цих ресурсів дає можливість індивідуалізованого навчання, яке відповідає інтересам та темпам кожного учня. По-друге, онлайн середовище сприяє розвитку важливих навичок, таких як самостійність та управління часом. Заняття та проекти, які потребують організації власного навчального процесу, навчають підлітків планувати та структурувати своє навчання. Це включає встановлення цілей, моніторинг прогресу і управління дедлайнами, що є критично важливими навичками для успішного навчання і майбутньої професійної діяльності. По-третє, онлайн платформи надають можливості для розвитку соціальних навичок та глобальної взаємодії. Віртуальні групи, форуми та соціальні медіа дозволяють підліткам взаємодіяти з однолітками з різних країн і культур, обмінюватися ідеями та розвивати навички комунікації. Це може сприяти формуванню мультикультурного світогляду і підвищенню соціальної компетентності. По-четверте, онлайн середовище пропонує підліткам можливості для розвитку творчих навичок та самовираження. Платформи для створення контенту, такі як YouTube, Instagram та блогові платформи, дозволяють молодим людям демонструвати свої інтереси, таланти та креативність. Це може бути особливо корисним для підлітків, які шукають способи вираження себе та розробки власних проектів [94, с.340-344].

Зрештою, онлайн середовище забезпечує підліткам більшу гнучкість у навчанні та доступ до нових можливостей, що може значно вплинути на їх

академічний та особистісний розвиток. Хоча існують певні виклики, пов'язані з використанням цифрових технологій, позитивні аспекти онлайн середовища можуть сприяти більш ефективному і різноманітному навчанню підлітків.

Отже, вплив онлайн-освіти на розвиток депресії у підлітків є багатограним і залежить від багатьох факторів, включаючи соціальний контекст, індивідуальні особливості учнів та їхній рівень підтримки. Важливо, щоб педагоги та психологи, які працюють із підлітками, враховували ці фактори під час організації навчального процесу в онлайн-форматі, а також забезпечували необхідну психологічну підтримку та стимулювали соціальну взаємодію, щоб мінімізувати негативні наслідки для психічного здоров'я учнів.

Таким чином, вивчення зв'язку між онлайн-освітою та депресією у підлітків є важливим напрямом сучасних досліджень у галузі психології та педагогіки. Комплексний підхід до цього питання, який поєднує аналіз академічного середовища, соціальних взаємин і індивідуальних особливостей учнів, допоможе краще зрозуміти, як онлайн-освіта може впливати на емоційне благополуччя підлітків та які заходи можуть бути вжиті для попередження розвитку депресивних розладів.

Співвідношення між онлайн середовищем та депресивними розладами є складним і має багато аспектів. З одного боку, онлайн середовище може створювати можливості для підтримки та спілкування, особливо для тих, хто відчуває соціальну ізоляцію або обмеженість у звичайному оточенні. Соціальні мережі, форуми та онлайн групи можуть надати можливість зв'язатися з людьми з подібними інтересами та досвідом, що може зменшити відчуття самотності.

З іншого боку, використання соціальних мереж та онлайн платформ може також викликати або поглибити депресивні симптоми. Постійне порівняння себе з іншими, спостереження за «ідеальними» життями інших, а також вплив негативного контенту можуть призвести до почуття недосконалості, стресу та

відчуття відстороненості. Безкінечне проведення часу перед екраном, особливо у випадку занадто інтенсивного використання соціальних мереж чи онлайн-ігор, також може впливати на психічне здоров'я та сприяти розвитку депресивних розладів [23].

Вплив онлайн освіти на депресивні розлади може мати як позитивні, так і негативні аспекти, залежно від різноманітних чинників. До позитивних впливів належать:

1. Доступність та гнучкість: Онлайн освіта може забезпечити більший доступ до навчальних матеріалів для людей з обмеженими можливостями або тих, хто не може отримати традиційну освіту через географічні, фінансові або інші обмеження.

2. Гнучкість часу та місця: Онлайн навчання дозволяє студентам вивчати матеріал у зручний для них час та місце, що може зменшити стрес та покращити самопочуття, особливо для тих, хто має зайнятий графік або проблеми зі здоров'ям.

3. Спілкування та підтримка: Онлайн платформи забезпечують можливість спілкування з однодумцями та викладачами через форуми, чати та відеоконференції, що може зменшити відчуття самотності та надати підтримку [41, с.196]. До негативного впливу можна віднести:

1. Соціальна ізоляція: Велика частина онлайн навчання відбувається в ізоляції від співстудентів та викладачів, що може підвищити ризик відчуття самотності та відстороненості.

2. Екранне перевантаження: Занадто велика кількість часу, проведеного перед екраном комп'ютера або пристроїв, може призвести до втоми, зменшення концентрації та збільшення ризику розвитку депресивних симптомів.

3. Недостатня мотивація: Відсутність реального контакту з викладачами та однодумцями може знизити мотивацію до навчання та збільшити відчуття втрати інтересу, особливо для тих, хто має труднощі з самомотивацією [64, с.430-436].



Вплив онлайн освіти на депресивні розлади залежить від багатьох факторів, включаючи структуру курсів, підтримку студентів та їхні індивідуальні потреби. Важливо збалансувати переваги та недоліки онлайн навчання для забезпечення позитивного впливу на психічне здоров'я студентів.

Онлайн-навчання — це не тільки максимальна продуктивність, велика кількість спілкування та необмежений вибір курсів для підлітків. Онлайн-навчання в школі — це ще й обмежена особиста комунікація: брак фізичної присутності в класі може обмежувати можливості для особистої взаємодії. А це важливо для розвитку соціальних навичок та емоційного інтелекту. Менше фізичної активності: довгі години перед комп'ютером можуть призвести до зменшення можливостей для фізичної активності та руху. Ризик самотності: деякі діти можуть відчувати відчуження та відстань у віртуальних середовищах, особливо якщо вони не мають можливості бачити своїх однолітків особисто. Це трапляється рідко в наші часи, але все ж кожна дитина — унікальна. Не всім підходить один формат освіти. Проблеми з концентрацією і втомою: діти можуть мати проблеми зі збереженням концентрації під час онлайн-навчання [60].

Серйозного додаткового стресу через організацію дистанційного навчання зазнали зараз і батьки. Вони звикли і хочуть контролювати навчання своїх дітей, вони впевнені — і вчителі всіляко плекають у них цю думку — що головна функція батьків по відношенню до шкільного навчання дітей — це контроль. Контроль аж до зникнення самої дитини як суб'єкта.

Головний інструмент цього гіперконтролю — батьківський чат у вайбері. Саме там батьки зазвичай питають одне одного про домашні завдання, зміни розкладу, екскурсії тощо. Саме туди класний керівник пише батькам свої побажання щодо організації класних свят, викладає сторінки журналу з оцінками, списки тих, хто не здав вірша тощо. І це відбувається не в першачків, а в усіх класах включно з 11-м.

Електронні щоденники (там усі завдання разом з оцінками) знов-таки отримують на свою пошту батьки, а не діти. З батьками, а не з дітьми класний керівник обговорює, що підлітки їстимуть у класі під час обідньої перерви.

Учитель і шкільна система взагалі не спілкуються з учнями, спілкування йде з батьками – і це відбувається не в екстраординарних випадках, а повсякчас, щоденно. А батьки вже контролюють дітей удома, ухвалюють за них рішення. Жодної довіри до дітей, жодної співпраці з ними ані з боку батьків, ані з боку вчителів. У цій системі діти – безправні і слабкі істоти, про яких розумні дорослі просто намагаються дбати якнайкраще [27].

Брак довіри до дітей з боку батьків може мати серйозний вплив на їх психічне здоров'я та вести до розвитку депресії. Ось деякі можливі наслідки цього - відчуття неприйняття: діти, які відчувають, що їхні батьки не довіряють їм або не вірять у їхні можливості, можуть відчувати себе неприйнятими або неповноцінними. Це може призвести до втрати самооцінки та почуття безпорадності. Стрес та тривога: брак довіри може створювати надмірний стрес та тривогу в дітей. Вони можуть почувати постійний тиск відповісти на очікування батьків або випробувати страх перед виявленням своїх справжніх почуттів та бажань. Відчуття самотності: діти, які відчувають, що їхні батьки не довіряють їм, можуть відчувати себе самотніми та відчуженими. Це може призвести до відчуття відсутності підтримки та розуміння у найближчих людях. Розвиток депресії: негативні емоції, спричинені браком довіри до батьків, можуть призвести до розвитку депресії у дітей. Постійне почуття неприйняття та безпомічності може призвести до погіршення настрою та загального психічного стану [19].

Отже, брак довіри до дітей з боку батьків є серйозною проблемою, яка може мати далекосяжні наслідки для психічного здоров'я дітей. Важливо, щоб батьки сприяли розвитку довіри, визнавали та підтримували індивідуальні потреби та

досягнення своїх дітей, що може допомогти запобігти розвитку депресії та сприяти позитивному емоційному розвитку.

Так онлайн освіта призволить до того, що учні починають відчувати певний набір поведінки, яка впливає на розвиток депресивних розладів та зміни фізико-психічного стану [47, с.120-122].

Характеризуючи особливості поведінки людей, які перебувають у депресивному стані, науковці зазначають такі її прояви: пасивність, труднощі цілеспрямованої діяльності; уникання соціальних контактів, відмова від розваг; алкоголізація та зловживання психоактивними речовинами, які дають тимчасове полегшення. Також підкреслюється те, що особливості депресивної поведінки залежать від типу депресії та глибини її вираженості. Зокрема, для деяких варіантів депресивних станів характерна надмірна рухова активність: хворий не знаходить собі місця, поривається кудись іти, його рухи розгальмовані, різкі, іноді погано координовані; внутрішній неспокій і тривожність знаходять вихід у сльозах, скаргах, самозвинуваченнях. За інших варіантів спостерігаються рухова загальмованість, апатія, відчуття фізичного знесилення, у складних випадках можливий ступор. У клінічній картині «маскованих» депресивних станів на перший план виступає сомато-вегетативна симптоматика, а поведінкові зміни можуть бути взагалі відсутні. За порівняно легких депресивних станів поведінка людини може залишатися незмінною (вона намагається дотримуватися звичного способу життя, виконувати свої сімейні та професійні обов'язки, нічим не виявляти погіршення настрою); з поглибленням депресивного стану його поведінкові прояви стають відчутнішими (значно знижується соціальна та рухова активність або ж, навпаки, з'являються ажитація, агресивність, дратівливість) [35].

У своїх дослідженнях Г. М. Кожина та К. О. Зеленська зазначають, що ймовірність вияву депресивного розладу впродовж життя у сучасному світі зростає більш ніж у двічі і становить 14,4–17,3%. Водночасу лише 33% хворих видужують

або у них настає стійка ремісія, у 55% хворих виявлятимуться рецидиви, а у 12% хворих депресивний стан може тривати роками і, навіть, десятками років [69].

Хоча онлайн освіта може мати багато переваг, вона також може стати джерелом масової депресії через кілька факторів - соціальна ізоляція. Онлайн освіта може призвести до відчуття соціальної ізоляції, оскільки студенти проводять більше часу за комп'ютером та менше спілкуються з однокурсниками та викладачами особисто. Це може призвести до почуття відстороненості та самотності, що є факторами ризику для розвитку депресії [81]. Стрес і невпевненість - онлайн навчання може викликати стрес та невпевненість у студентів, особливо якщо вони відчувають труднощі з технологіями або відчувають відсутність особистого контакту з викладачами та однокурсниками. Це може призвести до погіршення настрою та загального психічного стану. Перевантаження інформацією - онлайн освіта може призвести до перевантаження студентів інформацією через велику кількість онлайн матеріалів та завдань [51] Це може призвести до втоми, стресу та втрати інтересу до навчання, що є факторами ризику для депресії. Відсутність ритму та режиму - онлайн навчання може призвести до втрати структури та режиму у житті студентів, оскільки вони можуть мати більше вільного часу та менше обов'язків, які вимагають виконання в певний час. Це може призвести до нерегулярного режиму дня та порушень сну, що може сприяти розвитку депресії.

Депресивні розлади – це захворювання, які впливають на психічний стан людини і можуть мати серйозні соціальні наслідки [62]. Ці наслідки можуть проявлятися на різних рівнях життя людини, включаючи особистий, родинний, соціальний і професійний аспекти. Депресія може впливати на здатність до нормального функціонування, спричиняти проблеми зі стосунками та соціальною адаптацією, а також може мати негативний вплив на фізичне здоров'я. Особисті наслідки депресивних розладів включають почуття занепаду, безнадійності, втрату

інтересу до різних справ та втрату енергії. Такі симптоми можуть призводити до зниження рівня самооцінки та втрати впевненості у собі. Людина може почувати себе непридатною і негідною, що може впливати на її здатність до роботи, навчання та спілкування з іншими. Це може призводити до виникнення відчуття самотності, ізоляції, а іноді й виникнення думок про самогубство [24]. Депресивні розлади також можуть мати негативний вплив на стосунки із родиною та близькими людьми. Людина з депресією може мати складнощі з вираженням емоцій та комунікацією, що може викликати незручність та нерозуміння у взаєминах та призводити до розриву і втрати підтримки з боку рідних та друзів. Соціальна адаптація також може бути важким завданням для людини з депресивними розладами. Симптоми депресії, такі як сумніви, тривога, низька самооцінка та соціальна ізоляція, можуть стати перешкодою для активної участі у суспільному житті та налагодження нових стосунків. Це може впливати на можливість зайнятості та кар'єрного зростання людини [44].

Підлітковий період - такий період у житті людини, під час якого відбувається перетворення дитини на дорослу людину. Протягом відносно короткого періоду часу відбуваються радикальні фізичні і психічні зміни, які роблять можливим виконання завдань, що стоять перед дорослою людиною - виконання його соціально-професійної функції та функції створення сім'ї. Підлітковий вік характеризується яскравим протіканням емоцій, різкою зміною різних станів. 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 замасковані форми прояву [43].

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 у динамічній, складній і швидко мінливій ситуації [76]. Вчені звертають увагу на проблему діагностики депресії у підлітків: чи підходить використання критеріїв, властивих дорослим, для діагностики депресії у підлітків. 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, тимчасову безсоння і булімія. Підлітки виявляють більш нестійке протікання депресії, що характеризується серйозними міжособистісними проблемами, а також здійснюють більше суїцидальних спроб, ніж дорослі в депресії [3].

Різноманітність симптомів і більша інтенсивність залежить від статі підлітка. 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. Психологи вважають, що вони можуть бути пов'язані зі значним зниженням самоповаги. Цей вплив статевої ролі 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. У хлопчиків-підлітків депресія нерідко супроводжується зривами. Депресія в підлітковому віці з'являється одночасно з іншими розладами у відповідь на внутрішнє і зовнішнє напруження [21, с 80-81].

Труднощі діагностики депресивних явищ призвели до усвідомлення фахівцями необхідності врахування психологічних аспектів виникнення та розвитку даних явищ у підлітків. На підставі наявних у літературі даних можна виділити ряд напрямів і підходів до дослідження психологічного змісту депресії, механізмів її виникнення, шляхів її корекції і стабілізації. Це - психоаналітичний, когнітивно-поведінковий, поведінковий, а також сімейна та групова психокорекція. Метою видів допомоги, заснованих на цих підходах, є зняття психологічних симптомів і поліпшення стану пацієнта. Методи включають психологічні втручання, метою яких є зміна поведінки, думок або ставлення пацієнтів, які, імовірно, є основними причинами проблем. Короткостроковою метою є полегшення страждань підлітка. Довгостроковою метою корекції є обмеження функціонального погіршення, що стався через прояви симптомів (наприклад, слабких міжособистісних відносин, сімейного конфлікту, відмови ходити в школу), і запобігання хронічного характеру і зворотності депресивних епізодів [42].

Особливості депресивних станів у молоді вивчали такі вчені: Д. Зубцов, М. Орос, І. Радул, О. Тодавчич проблема раннього розпізнавання та клініко-нозологічної оцінки юнацьких депресій дотепер залишається однією з найскладніших через виражену їх своєрідність, незвичайну представленість, що призводять нерідко до помилкових оцінок цих депресій у рамках інших синдромальних станів (псих, неврозоподібних, маячних і навіть дефектних). 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: негативне бачення навколишнього світу і життєвих подій, негативне уявлення про себе і негативна оцінка майбутнього, так звана когнітивна депресивна тріада. За даними

А. Бека, 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 самозвіти пацієнтів представляють швидше 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 [48, с.165-167].

Вираження почуття власного «Я» у підлітків полягає, перш за все, у підкресленому почутті власної гідності, потребі у самоствердженні. Ці діти завжди мають та намагаються відстояти свою позицію, прагнуть до самостійності, проявляють цілеспрямованість та активність у досягненні мети. Вони не можуть терпіти авторитарного тону, принижень та фізичних покарань. У відповідь на зневажливе ставлення підлітки, про яких ідеться, ображаються, замикаються в собі, іноді плачуть, їм властива висока чутливість до похвали, ставлення інших людей, їм складно відмовитися від своїх переконань, не бути собою, грати не властиву для себе роль. Особливо яскраво виявляє себе підліток у позанавчальній діяльності. Крім уроків, у нього багато інших справ, які займають його час і сили, часом відволікаючи від навчальних занять. Школярам середніх класів властиво раптом захопитися яким-небудь заняттям: колекціонуванням марок, збором метеликів чи рослин, конструюванням, бісероплетенням і т. д. Саме тому досить важливою буде профілактика емоційних перевантажень у підлітків в умовах центру дитячої творчості, куди вони ходять із задоволенням [1].

Аналізуючи причини емоційних перевантажень, вважаємо, що ними є специфічні соціально-психологічні чинники і, зокрема, особливі цінності й



установки, які заохочують і культивують у багатьох родинах. А також вплив онлайн середовища, та перенасичення ним в часі. Стаючи надбанням індивідуальної свідомості, вони створюють схильність до емоційних розладів, у тому числі до переживання негативних емоцій та депресивних і тривожних станів.

Крім цього, в підлітковому віці велику роль у виникненні емоційних перевантажень відіграє і відчуття неможливості реалізувати себе, своє розуміння стосунків з людьми у складній і швидко мінливій ситуації. Через постійне перебування в Інтернеті, підлітки створюють хибну модель власного «Я». Усвідомлення реальної своєї особистості. Та починають заміщати власні інтереси та бажання з іншими індивідами. Ще один вид емоційних перевантажень - страхи і тривога. Страхи і фобії можуть зустрічатися у дітей, що знаходяться на будь-якій стадії розвитку, але їх частота особливо велика серед підлітків. Страх бути непоміченим, страх залишитися осторонь медійного загального процесу. Дослідження Н.М.Іовчук і А.А.Північного показали, що у молодшого підлітка з'являються специфічні страхи. Вони – продукт уяви (страх перед відьмами, чортами, монстрами), страх перед тваринами. У старших підлітків на перший план виступає страх перед авторитарними особистостями (вчителем, директором, кількістю вподобань в соціальних мережах), соціальні страхи (страх не відповідати стандартам або субкультурі референтної групи), страх в ситуаціях з високими вимогами. Дослідники також відзначають залежність страхів дітей від страхів їх батьків. На з'являються страхи впливають стилі взаємовідносин у сім'ї (гіперопіка, симбіоз між матір'ю та дитиною). Страхи можуть також виникати через невпевненість підлітка у власних міжособистісних відносинах з іншими людьми. Шкільні страхи свідчать про з'являється дезорганізованості особистості внаслідок зайвої тривожності, її нестійкості. Шкільні страхи - постійний супутник навчання, що виникають через надмірну залежність від спілкування. Адже підлітки все частіше спілкуються через монітор, ніж через особистісний контакт [50].

Отже, онлайн освіта може мати значний вплив на психічне здоров'я особистості і в певних випадках може сприяти розвитку масової депресії. Важливо враховувати ці ризики та надавати підтримку та ресурси для подолання стресу та підтримки психічного здоров'я.

### **Висновки до першого розділу**

Завершення першого розділу, присвяченого теоретико-методологічному аналізу особливостей депресії у підлітків, що навчаються в онлайн-форматі, потребує узагальнення кількох ключових аспектів, досліджених у підрозділах.

Перш за все, аналіз поняття «депресія» у психологічній літературі вказує на складність та багатогранність цього феномену. Депресія, зокрема у підлітковому віці, розглядається як патологічний стан, що вимагає уваги до її емоційних, поведінкових та когнітивних проявів. Підлітки, які перебувають у стадії активного психологічного розвитку, є особливо вразливою групою щодо виникнення депресивних симптомів через численні соціальні, академічні та особистісні стресори, що посилюються в умовах сучасного світу. У літературі підкреслюється важливість мультидисциплінарного підходу до вивчення цього явища, оскільки депресія може проявлятися на різних рівнях — від біологічного до соціокультурного.

Далі, аналіз основних симптомів депресії, а також методологічних підходів до її діагностики, дозволяє більш чітко окреслити механізми виявлення цього стану у підлітків. У підлітковому віці депресія може маскуватися під інші проблеми, такі як дратівливість, поведінкові труднощі або навіть фізіологічні симптоми. Діагностика депресії у підлітків є викликом для клінічних фахівців через складність відмежування нормальних підліткових криз від депресивних епізодів, що вимагає використання валідованих психометричних інструментів та глибокого клінічного

інтерв'ю. Методи оцінювання, такі як шкала депресії Бека, шкала самооцінки депресії Цунга та інші, є важливими інструментами для виявлення депресивних станів, але вони мають доповнюватися якісним аналізом соціальних та психологічних чинників.

Одним із ключових моментів дослідження є зв'язок між онлайн-освітою та депресією у підлітків. Актуальність цієї теми значно зросла в контексті пандемії COVID-19, коли велика кількість підлітків була змушена перейти на дистанційну форму навчання. Хоча онлайн-освіта має свої переваги, такі як гнучкість та доступ до навчальних матеріалів, вона також створює нові стресори для підлітків. Дослідження показують, що відсутність безпосередньої соціальної взаємодії, обмеженість фізичної активності та постійне перебування перед екраном можуть посилювати почуття ізоляції та сприяти розвитку депресивних симптомів. Крім того, залежність від технологій та втрата чіткого розмежування між навчанням і відпочинком також можуть стати факторами, що збільшують ризик розвитку депресії у підлітків.

Загалом, теоретико-методологічний аналіз підтверджує необхідність комплексного підходу до розуміння депресії у підлітків в умовах онлайн-освіти. Це явище потребує подальших досліджень для вивчення як позитивних, так і негативних аспектів дистанційного навчання з метою розробки ефективних профілактичних та інтервенційних стратегій.

## **РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕПРЕСІЇ У ПІДЛІТКІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ В ОНЛАЙН ФОРМАТІ**

### **2.1 Методологічне забезпечення вивчення особливостей депресії у підлітків, які навчаються в онлайн форматі**

Для проведення дослідження рівня депресивних розладів серед підлітків, які навчаються в онлайн середовищі було опитано 50 учнів Снігурівського ліцею №1 Снігурівської міської ради віком 14-15 років, відповідно, для дослідження було опитано 25 юнаків та 25 дівчат. Для контрольної групи було обрано 30 учнів, які показали схильність до депресивних розладів, для проведення психокорекційної програми.

Для забезпечення проведення емпіричного етапу дослідження було використано такі методики, як:

- Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS [65];
- шкала депресії Бека [67];
- шкала депресії DEPS [66];
- методика «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк) [36].

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) — це широко використовуваний інструмент для скринінгу тривожних та депресивних симптомів у пацієнтів з соматичними захворюваннями. Ця шкала була створена в 1983 році лікарем і психіатром Анн Зігмондом та Робертом Снаїтом (A.S. Zigmond, R.P. Snaith) з метою забезпечення простого та надійного методу оцінки рівня тривоги та депресії у пацієнтів, які проходять лікування в загальних лікарнях, з акцентом на тих, у кого фізичні симптоми можуть маскувати емоційні проблеми [109].

Шкала була розроблена внаслідок розуміння того, що стандартні психіатричні інструменти, націлені на діагностику депресії та тривоги, можуть не

підходити для пацієнтів із соматичними захворюваннями, оскільки фізичні симптоми (наприклад, втома, зміни в апетиті або сні), які часто зустрічаються при депресії та тривозі, можуть бути пов'язані із самим захворюванням або лікуванням. Завдяки цьому, автори шкали вирішили створити інструмент, який би уникнув потенційної плутанини між фізичними та емоційними симптомами, зосереджуючи увагу лише на психологічних ознаках депресії та тривоги.

Основна мета Госпітальної шкали тривоги та депресії полягає в тому, щоб допомогти медикам і психологам швидко і точно оцінювати рівень депресивних і тривожних симптомів у пацієнтів, які страждають від фізичних захворювань. HADS особливо корисна в клінічних умовах, де пацієнти можуть стикатися з фізичними обмеженнями та іншими факторами, які впливають на їхнє психічне здоров'я. Використання цієї шкали дозволяє вчасно виявити емоційні проблеми, які можуть вплинути на загальний процес лікування та реабілітації.

HADS складається з двох субшкал: одна вимірює тривогу (HADS-A), а інша — депресію (HADS-D). Кожна з цих субшкал містить по 7 запитань, які оцінюються за 4-бальною шкалою (від 0 до 3), де 0 означає відсутність симптомів, а 3 — наявність виражених симптомів. Таким чином, загальний бал за кожною субшкалою може варіюватися від 0 до 21 [74].

HADS була розроблена таким чином, щоб включати лише ті симптоми, які є характерними для депресії та тривоги, але не є проявами соматичних захворювань. Це робить шкалу особливо ефективною для оцінки пацієнтів з фізичними хворобами, оскільки вона допомагає уникнути плутанини між психологічними та фізіологічними симптомами.

Після того, як пацієнт заповнює опитувальник, кожне запитання оцінюється в діапазоні від 0 до 3. Для кожної субшкали (тривога та депресія) підраховується загальна кількість балів:

- 0–7 балів вказують на відсутність або мінімальні симптоми.

- 8–10 балів означають помірний рівень тривоги або депресії, що може потребувати подальшого вивчення або втручання.
- 11 і більше балів вказують на значні симптоми, які потребують клінічної уваги.

Це дозволяє лікарям швидко визначити, чи є у пацієнта ознаки депресії або тривоги, та чи потребує він додаткового обстеження або лікування. HADS також корисна в динамічному спостереженні за станом пацієнта, дозволяючи моніторити зміни у рівні тривоги або депресії під час лікування.

HADS використовується в багатьох країнах і клінічних умовах завдяки своїй зручності та надійності. Вона є особливо ефективною у випадках, коли є потреба швидко оцінити психічний стан пацієнта без глибокого занурення в його клінічну історію. Оскільки шкала була розроблена для використання в загальних лікарнях, вона є адаптованою для тих умов, де лікарі не завжди мають час або можливість проводити детальну психіатричну діагностику.

HADS корисна для виявлення тих пацієнтів, у яких депресія або тривога можуть бути недостатньо виражені, але все ж таки впливають на їхнє загальне самопочуття та процес лікування. Зокрема, вона дозволяє швидко відрізнити пацієнтів, які можуть потребувати психологічної або психіатричної допомоги [87].

HADS є ефективною завдяки кільком важливим факторам:

1. Простота використання: Шкала складається лише з 14 запитань, і її заповнення займає менше 5 хвилин. Це дозволяє швидко оцінити стан пацієнта, що є важливим у медичних умовах, де час є обмеженим ресурсом.

2. Відсутність соматичних симптомів: HADS спеціально розроблена так, щоб уникнути впливу фізичних симптомів на результати оцінки. Це робить її більш надійною у випадках, коли пацієнти мають хронічні захворювання або тимчасові фізичні обмеження.

3. Валідність та надійність: Шкала HADS була перевірена в багатьох

дослідженнях і показала високу надійність та валідність для виявлення депресивних та тривожних симптомів. Це робить її одним з найбільш популярних інструментів у клінічній практиці.

4. Широке застосування: HADS використовується не лише в загальних лікарнях, але й у різних клінічних умовах, включаючи психіатричні та онкологічні центри. Це дозволяє її застосовувати в широкому колі пацієнтів з різними захворюваннями [100].

Хоча HADS є корисним інструментом, вона також має певні обмеження. Одним з них є те, що вона не дає глибокої клінічної оцінки, а лише служить як інструмент для скринінгу. Це означає, що якщо пацієнт отримує високі бали за шкалою, необхідне подальше обстеження з використанням більш детальних психіатричних методів. Крім того, HADS не призначена для виявлення інших психічних розладів, таких як шизофренія або біполярний розлад. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) є важливим інструментом у клінічній практиці для скринінгу тривожних та депресивних симптомів. Її створення було мотивоване необхідністю розробки інструменту, який би дозволяв оцінювати психічний стан пацієнтів із соматичними захворюваннями без впливу фізичних симптомів на результати. Завдяки своїй простоті, надійності та валідності, HADS стала широко використовуваною в багатьох медичних установах і залишається ефективним інструментом для первинного оцінювання психічного здоров'я пацієнтів.

Шкала дозволяє лікарям швидко визначити, чи має пацієнт симптоми депресії або тривоги, і прийняти відповідні заходи, такі як спрямування на додаткове обстеження або терапію. У клінічній практиці HADS використовується для пацієнтів з різними захворюваннями, включаючи онкологію, серцево-судинні захворювання та хронічні болі. Це робить її універсальним інструментом, який є корисним у широкому спектрі медичних ситуацій [93].

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI) є одним із

найпоширеніших інструментів для оцінки рівня депресії у клінічній практиці та наукових дослідженнях. Вона була розроблена психологом Аароном Т. Беком у 1961 році і з тих пір зазнала численних модифікацій, що зробило її одним із найбільш використовуваних засобів діагностики депресивних розладів у світі.

Аарон Т. Бек — американський психіатр і психолог, відомий своїм вкладом у розвиток когнітивної терапії. Бек почав працювати з депресивними пацієнтами ще в 1950-х роках і поступово прийшов до висновку, що депресія тісно пов'язана з негативними думками, автоматичними переконаннями та установками, які виникають у пацієнтів щодо себе, свого майбутнього та світу загалом. У ході своїх клінічних досліджень Бек виявив, що депресивні пацієнти часто демонструють послідовно негативні когнітивні схеми, що стало основою для створення когнітивної терапії депресії. Для точнішої оцінки цих симптомів він розробив Шкалу депресії Бека [73].

Шкала була створена для того, щоб надати лікарям і дослідникам інструмент, який дозволяв би об'єктивно виміряти рівень депресії. Перший варіант шкали складався з 21 питання, кожне з яких оцінювало один із аспектів депресивного стану. Головна мета створення BDI — це вимірювання рівня депресії у пацієнтів шляхом оцінки різних аспектів їхнього психоемоційного стану. Важливо зазначити, що шкала призначена не для встановлення діагнозу депресії, а для кількісної оцінки її вираженості. Основні сфери, на які орієнтується BDI, включають:

1. Емоційні симптоми: Відчуття пригніченості, безнадійності, відсутності інтересу або задоволення.
2. Когнітивні симптоми: Негативне мислення, самокритичність, почуття власної неповноцінності.
3. Фізичні симптоми: Втрата енергії, зміни апетиту та сну.

Таким чином, BDI дозволяє оцінити, наскільки інтенсивно у пацієнта проявляються симптоми депресії, що є важливим для моніторингу ефективності



терапії та загального перебігу хвороби [71].

Шкала депресії Бека містить 21 пункт, кожен з яких оцінює певний симптом депресії. Кожне питання має 4 варіанти відповіді, які оцінюються за шкалою від 0 до 3 балів залежно від вираженості симптому. Відповіді ранжуються від «немає симптомів» (0 балів) до «симптом виражений максимально» (3 бали).

Максимальний можливий результат — 63 бали. Рівні депресії за BDI класифікуються наступним чином:

- 0-13 балів: Відсутність або мінімальна депресія.
- 14-19 балів: Легка депресія.
- 20-28 балів: Помірна депресія.
- 29-63 бали: Важка депресія.

Ця кількісна система дозволяє легко відстежувати динаміку стану пацієнта протягом лікування. Вона також є корисною для діагностування змін у рівні депресії при повторних обстеженнях [78].

Початкова версія шкали Бека була розроблена ще в 1961 році, проте згодом вона була модифікована. У 1996 році була випущена друга версія — Beck Depression Inventory-II (BDI-II), яка враховувала зміни в класифікації депресії за DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition).

BDI-II відображає нові критерії депресії, зокрема включає більше питань, пов'язаних із змінами у сні та апетиті, а також враховує симптоми, що були більш точно окреслені в DSM-IV. Ці зміни зробили шкалу ще більш відповідною для діагностики депресії.

Ефективність Шкали депресії Бека в значній мірі базується на її здатності надавати кількісну оцінку інтенсивності депресії. Це робить її корисною як для клінічної практики, так і для наукових досліджень. Завдяки цій шкалі фахівці можуть легко відслідковувати зміни стану пацієнта протягом терапії, що дозволяє адаптувати лікувальні стратегії. Також важливо зазначити, що шкала добре

підходить для використання в різних культурах та мовних групах. Її було перекладено багатьма мовами і валідовано у різних країнах, що свідчить про її універсальність. Це робить її корисною для глобальних досліджень та міжнародних клінічних практик [97].

Таким чином, Шкала депресії Бека є незамінним інструментом для діагностики та моніторингу депресивних розладів у клінічній практиці. Її універсальність, висока надійність і простота використання роблять її одним із найбільш ефективних інструментів для виявлення та оцінки депресії в сучасній психологічній та психіатричній практиці.

Шкала депресії DEPS (Depression Scale) — це діагностичний інструмент, розроблений для оцінки симптомів депресії, зокрема у первинній медичній допомозі. Вона створена для швидкої та ефективної діагностики депресивних симптомів у загальній популяції. DEPS була розроблена з акцентом на її простоту та універсальність, що дозволяє її використовувати як медичним персоналом, так і психологами для оцінки стану пацієнтів.

DEPS розроблена у Фінляндії групою дослідників під керівництвом психіатра та дослідника Елліса Меларта (Elis Melartin). У процесі розробки шкали використовувалися критерії діагностики депресивних розладів згідно з міжнародними стандартами, зокрема DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) та Міжнародною класифікацією хвороб (ICD). Шкала була створена для використання у широкій практиці, включаючи лікарів загальної практики, які часто є першими, хто зустрічається з депресивними пацієнтами. Розробка DEPS була спрямована на забезпечення ефективного діагностичного інструменту для ідентифікації депресії у пацієнтів, які можуть не мати можливості чи бажання звертатися до фахівців у галузі психічного здоров'я. Шкала також створена з урахуванням необхідності скринінгу депресії в різних популяціях, включаючи літніх людей, підлітків та пацієнтів з хронічними захворюваннями, для

яких депресія може бути супутнім станом [92].

Основна мета створення DEPS — полегшити діагностику депресії у первинній медичній допомозі та зробити процес скринінгу доступним та ефективним. Для цього розробники шкали орієнтувалися на наступні цілі:

1. Оцінка рівня депресії: Шкала дозволяє визначити інтенсивність депресивних симптомів у пацієнта та їхній вплив на якість життя.
2. Швидка діагностика: DEPS була створена для того, щоб лікарі могли швидко і ефективно виявляти депресію у пацієнтів навіть при обмеженому часі прийому.
3. Універсальність: Шкала адаптована для використання у різних вікових групах і серед різних категорій пацієнтів, що робить її корисною як для дітей і підлітків, так і для дорослих та літніх людей.
4. Підвищення обізнаності про депресію: Шкала дозволяє виявляти депресивні симптоми навіть у тих пацієнтів, які можуть не бути свідомі свого стану або не мати можливості звернутися до психіатра [107].

DEPS складається з 10 питань, які оцінюють симптоми депресії протягом останніх двох тижнів. Кожне питання оцінюється за чотирибальною шкалою: від 0 («ніколи») до 3 («майже завжди»). Загальний результат шкали варіюється від 0 до 30 балів. Чим вищий результат, тим більше виражені симптоми депресії у пацієнта. Критичним значенням для визначення наявності депресії вважається 12 балів і вище. Однак цей поріг може варіюватися в залежності від специфіки популяції, яка досліджується, а також мети оцінки (скринінг або глибший клінічний аналіз) [95].

DEPS має важливе значення для первинної медичної допомоги та скринінгу депресії у загальній популяції. Вона дозволяє лікарям та медичним працівникам, які не є спеціалістами в області психічного здоров'я, виявляти пацієнтів з ризиком розвитку депресії. Це особливо важливо, оскільки депресія часто залишається недіагностованою у пацієнтів, які звертаються за допомогою з іншими скаргами

(наприклад, соматичними захворюваннями або хронічним болем).

Завдяки своїй простоті і швидкості застосування DEPS є ефективним інструментом для ідентифікації депресивних станів у пацієнтів різного віку і соціальних груп. Особливо корисною вона є для лікарів загальної практики, які можуть використовувати її для виявлення пацієнтів, що потребують більш детального психіатричного обстеження або консультації психолога [22].

Шкала DEPS легко заповнюється пацієнтом і не потребує тривалого часу для проведення оцінки. Це робить її особливо корисною у ситуаціях, коли лікар обмежений у часі або має справу з великою кількістю пацієнтів. Вона пройшла численні клінічні випробування і була валідована у різних популяціях, що підтверджує її високу точність у виявленні депресивних симптомів. Дослідження показали, що DEPS має високу чутливість і специфічність, що робить її ефективною для скринінгу депресії. Шкала була адаптована для використання у різних країнах та культурах, що робить її доступною і ефективною у міжнародній практиці. У порівнянні з іншими шкалами, такими як Шкала депресії Бека (BDI) або Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), DEPS має кілька переваг. Вона є коротшою і простішою у використанні, що робить її ідеальною для скринінгу в умовах первинної медичної допомоги. Хоча BDI і HADS можуть бути більш детальними, DEPS забезпечує швидку оцінку стану пацієнта, що є важливим у ситуаціях, коли необхідна оперативна діагностика [106, с.85-86].

Шкала депресії DEPS є важливим інструментом для діагностики депресії у первинній медичній допомозі. Вона була створена для того, щоб забезпечити лікарів і медичний персонал простим, швидким і надійним методом виявлення депресії у пацієнтів різного віку і соціальних груп. Завдяки своїй універсальності, надійності і простоті використання, DEPS є ефективним засобом скринінгу депресії, особливо у ситуаціях, коли депресія може бути прихованою або недіагностованою через інші симптоми [72].

Методика «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка) була розроблена британським психологом Гансом Айзенком, відомим своїм внеском у розвиток теорії особистості і психометрії. Ганс Айзенк, як один з провідних психометрів XX століття, розробив цей інструмент для оцінки психічного стану індивідуума, зокрема для визначення рівня тривожності та депресії. Він створив методику «Самооцінка психічних станів» у контексті своєї ширшої роботи в області психології особистості. Айзенк відомий своїми дослідженнями у сфері особистісних вимірювань, розробкою моделей особистості і створенням тестів для оцінки психічних станів. Методика була розроблена для того, щоб надати інструмент для швидкого і надійного оцінювання психічного стану осіб у різних клінічних і дослідницьких контекстах.

Методика «Самооцінка психічних станів» була створена з кількома основними цілями:

1. Оцінка рівня тривожності та депресії: Інструмент дозволяє швидко і точно виміряти рівень тривожності та депресії, що може бути важливим для подальшої діагностики і лікування.

2. Скринінг психічних станів: Методика надає можливість провести первинний скринінг психічних станів у пацієнтів, що дозволяє виявити осіб, які потребують більш детального клінічного обстеження.

3. Аналіз психічного здоров'я: Шкала дозволяє отримати дані для аналізу психічного здоров'я пацієнтів, що може бути корисним для визначення напрямків терапевтичного втручання.

4. Дослідження впливу терапії: Методика також використовується для оцінки ефективності терапевтичних втручань і визначення змін у психічному стані пацієнтів після проведення лікування [83, с.275-280].

Методика складається з 40 тверджень, які містять описи різних психологічних станів. Якщо цей стан часто є характерно для особистості, ставлять 2 бали, якщо

рідко – 1 бал, якщо не стосується зовсім – 0 балів. Особистісний опитувальник Айзенка має високі коефіцієнти валідності та надійності, тому широко використовується в реальній психологічній діагностиці. Тестовий матеріал складається з 4 розділів, кожен з яких відповідає певним станам: тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Після проводиться самооцінююча діагностика шляхом присвоєння розрахункових балів для кожної категорії фраз малим, помірним та значним проявам тривожності, агресивності, ригідності та фрустрації. Час заповнення бланку не фіксується. Оцінка рівнів емоційних станів фіксується на трьох рівнях: низький (0-7); середній (8-14) та високий (15-20) [82].

Методика «Самооцінка психічних станів» складається з ряду запитань, які особа повинна оцінити на основі власного сприйняття свого психічного стану. Кожне питання пропонує варіанти відповідей, які оцінюються за шкалою. Відповіді кодуються у вигляді числових значень, і результати обчислюються шляхом підрахунку балів для кожного з компонентів шкали.

Методика «Самооцінка психічних станів» має велике значення для діагностики психічних розладів, зокрема тривожних і депресивних розладів. Вона дозволяє:

1. Швидке виявлення симптомів: Методика допомагає швидко виявити наявність симптомів тривожності і депресії, що є важливим для ранньої діагностики і втручання.

2. Оцінка рівня симптомів: Шкала дозволяє оцінити інтенсивність симптомів, що може бути корисним для планування лікування і моніторингу його ефективності.

3. Порівняння результатів: Зібрані дані можна порівнювати з нормативними показниками, що допомагає у визначенні тяжкості психічних розладів у конкретного пацієнта.

У порівнянні з іншими інструментами для оцінки психічних станів, такими як

Шкала депресії Бека або Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), методика Г. Айзенка має певні переваги. Зокрема, її простота і швидкість застосування роблять її зручною для використання в умовах обмеженого часу. Однак, для більш детального аналізу і оцінки складних випадків, можливо, знадобляться більш комплексні інструменти [86].

Методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка є важливим інструментом для оцінки тривожності та депресії. Її простота використання, надійність і валідність роблять її ефективним засобом для скринінгу психічних розладів у різних контекстах. Вона дозволяє швидко і точно виявити симптоми тривожності та депресії, що є критично важливим для ранньої діагностики та планування терапії.

Існує величезна кількість причин, які можуть викликати депресивний розлад у підлітка. Ці причини можуть бути об'єктивно істотними, наприклад, розлучення батьків, смерть близького родича, і відверто безглуздими, як погана оцінка в школі. Таким чином спровокувати депресивний розлад може практично все від успіхів у навчанні, до соціального статусу, від сексуальної орієнтації до атмосфери всередині сім'ї. Головне, вчасно визначити проблеми у дитини і звернутися до лікаря або психолога. На сьогоднішній день не існує певних методик або аналізів на основі яких можна було б поставити діагноз – підлітковий депресивний розлад. Зазвичай, лікар може діагностувати депресію на основі співбесіди та психологічних тестів, а також після розмови з родичами, друзями і вчителями. Слід зазначити, що тільки лікар може визначити ризик суїциду у підлітка, а також призначити необхідне лікування. Сучасна медицина пропонує широкий вибір методів лікування депресивних розладів у підлітків, у тому числі й застосування медикаментозних препаратів. Але не завжди прийом лікарських препаратів дає позитивний результат, у багатьох випадках допомагає поведінкова терапія, корекція поведінки всіх членів сім'ї в поєднанні з

прийомом антидепресантів.

Основна небезпека полягає в тому, що підліток в стані депресії може замислюватися про самогубство. Практично кожен двадцятий підліток робить спробу суїциду. Щоб визначити наявність суїцидальних нахилів у підлітка, слід звернути увагу на наступні ознаки: у підлітка немає віри в майбутнє, поява зневажливого ставлення до себе, розмови про те, що він нікому не потрібен, підліток перестав займатися улюбленими справами, написання прощальних листів, складання заповіту, погрози самогубства, будь-який з вище перерахованих ознак – це пряме показання відвідати фахівця або зателефонувати на гарячу лінію [55].

Дослідження рівня розвитку депресивних станів серед підлітків в онлайн-середовищі може включати декілька етапів та методів для організації і проведення дослідження. Нижче наведено приклади досліджень використані в даній роботі:

1. Постановка цілей дослідження. У дослідженні рівня розвитку депресивних станів серед підлітків в онлайн-середовищі поставлені такі цілі: - Оцінка присутності депресивних симптомів, які користуються онлайн-ресурсами; визначення факторів, що впливають на депресію, які сприяють або зменшують ризик розвитку депресії у підлітків в онлайн-середовищі, таких як час, проведений в онлайні, типи використаних онлайн-платформ тощо; - іншою ціллю встановлено зв'язку між часом, проведеним в онлайні, і рівнем депресії серед підлітків, а також вивчення можливих психосоціальних механізмів, які лежать в основі цього зв'язку; - проведення дослідження серед підлітків, які навчаються очно для порівняння впливу онлайн середовища на дітей старшого шкільного віку; - на основі отриманих результатів розробити корекційну програму та оцінити її результати; - надати рекомендації для практикуючих психологів, педагогів та батьків щодо попередження депресивних станів серед підлітків у онлайн-середовищі та сприяння їх психічному здоров'ю.



2. Розробка методології дослідження.

4. Збір даних: проведення дослідження, на основі здору даних про рівень депресивних розладів у підлітків.

5. Аналіз даних: проведення статистичного аналізу зібраних даних, використовуючи відповідні методи.

## **2.2 Якісні та кількісні характеристики констатуючого експерименту**

Проведений якісний та кількісний аналіз отриманих даних психодіагностичного обстеження показав такі результати. За методикою «Шкала депресії Бека» (Додаток А.) мінімальний рівень депресії у 31 дитини (62%) – бали від 0 до 9, легку депресію мають 10 учнів (20%) – від 10 до 18 балів, та 9 учнів (18%) мають помірний рівень депресії – від 19 до 21 бала, жоден із опитуваних учнів не набрав достатню кількість балів, щоб вказала на важку або клінічну депресію. Зазначимо, що рівень депресії у дівчат знаходиться приблизно на тому ж рівні, що і в юнаків: мінімальна депресія спостерігається у 56% у дівчат та 68% у юнаків, легку депресію мають 28% дівчат та 12% хлопців, помірний рівень депресії спостерігається у 16% дівчат та у 20% юнаків із 25 опитаних дівчат та 25 опитаних хлопців, віком 14-15 років.

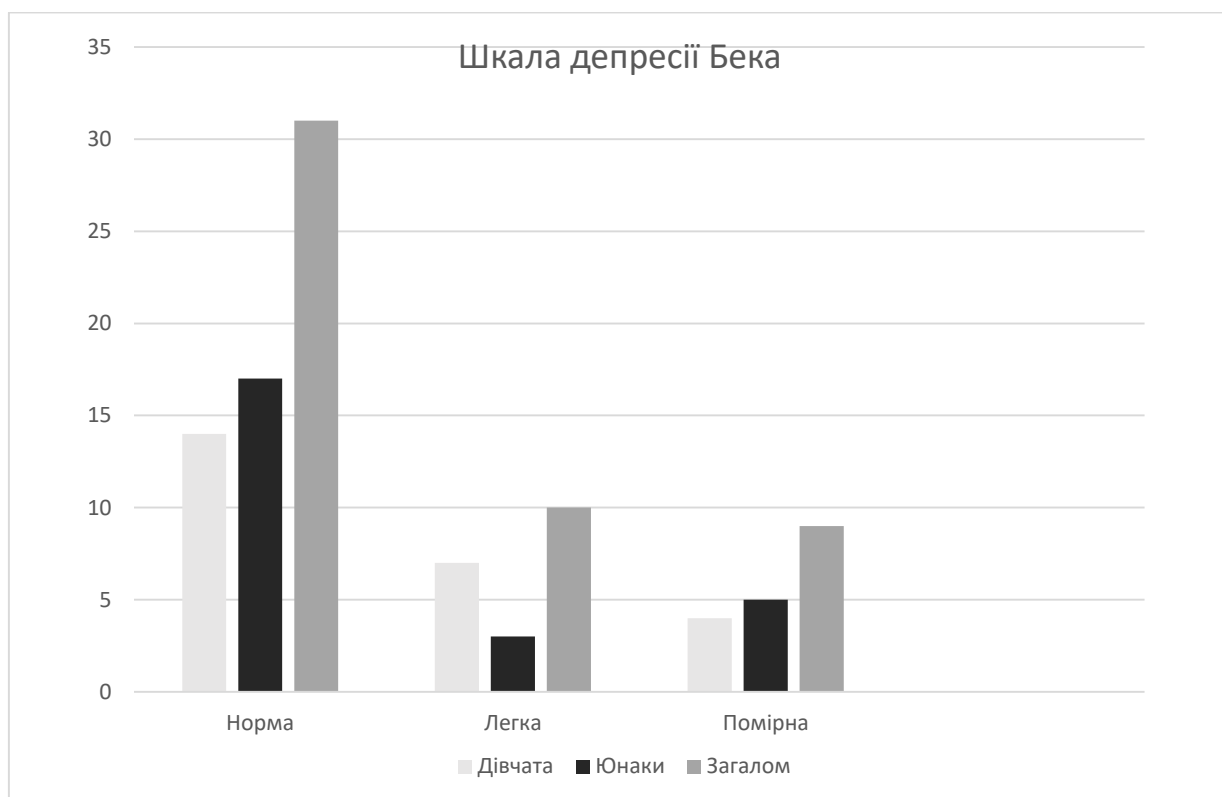


Рис. 2.1. Результати опитування за шкалою депресії Бека.

За методикою «шкала депресії DEPS» (Додаток Б.) було отримано відповідні результати: нормальний рівень депресії мають 25 учнів (50%), що відповідає 0-9 балів, легку форму депресії мають 13 учнів (26%), що відповідає від 10 до 18 балів, та помірний рівень депресії мають 12 учнів (24%), що відповідає 18 до 21 болу, відповідно.

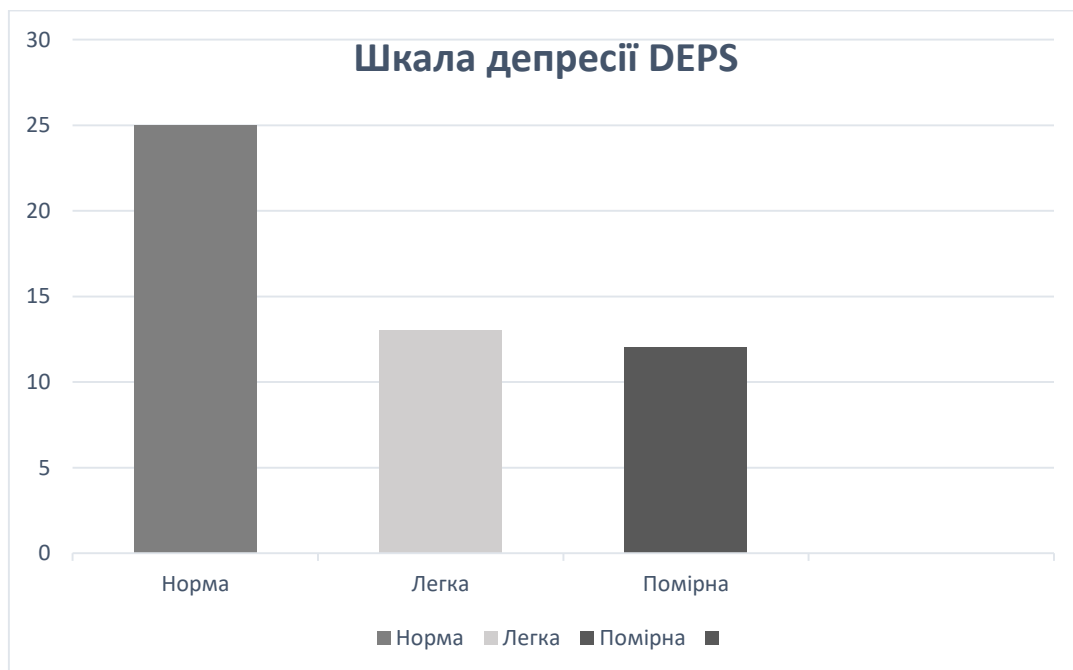


Рис. 2.2. Результати опитування підлітків за шкалою депресії DEPS.

Мають місце серед досліджуваних такі поведінкові ознаки як: пригнічений настрій, відчуття суму, підвищена дратівливість, відчуття порожнечі та апатії, зниження рівня концентрації уваги.

Відповідно до «Госпітальної шкали тривоги та депресії HADS» (додаток В.), яка передбачає наступну градацію балів: 0-7 б. норма, 8-10 б. виражена депресія, 11 та вище важка депресія або клінічна, у 29 опитуваних (58%) нормальний рівень депресії, 9 учнів (18%) мають легку форму депресії та 12 учнів (24%) мають високий рівень депресії. Відповідно до цієї шкали, в порівнянні з шкалою депресії Бека, ми маємо показник депресії значно вищий. Різниця в результатах між шкалою HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) і шкалою депресії Бека (BDI) може бути зумовлена кількома науковими причинами. Наприклад, HADS розроблена для оцінки як депресії, так і тривожності, що може призвести до того, що респонденти з високим рівнем тривоги також демонструватимуть вищі бали за депресією. На відміну від цього, шкала Бека спрямована на вимірювання саме депресивних

симптомів, що робить її більш специфічною. Шкала Бека містить більше запитань, які стосуються соматичних проявів депресії (наприклад, порушення сну, втома), тоді як HADS уникає питань, пов'язаних із фізичними симптомами, через свою початкову орієнтацію на госпіталізованих пацієнтів [53]. Це може призвести до того, що HADS виявляє більш «чисті» емоційні та когнітивні симптоми депресії, які можуть бути вираженішими. HADS базується на концепції депресії як двофакторного розладу (депресія і тривога), що робить її більш чутливою до когнітивних аспектів депресії, на відміну від шкали Бека, яка більше орієнтована на традиційну клінічну симптоматику. Контекст, в якому застосовуються ці шкали, також може впливати на результати. HADS часто використовують у медичних або лікарняних умовах, де депресивні симптоми можуть бути вираженішими через хронічні хвороби або фізіологічний стрес.

Отже, розбіжності в результатах можуть пояснюватися різною чутливістю до емоційних, когнітивних і соматичних аспектів депресії, а також специфічністю шкал до певних категорій симптомів [54].

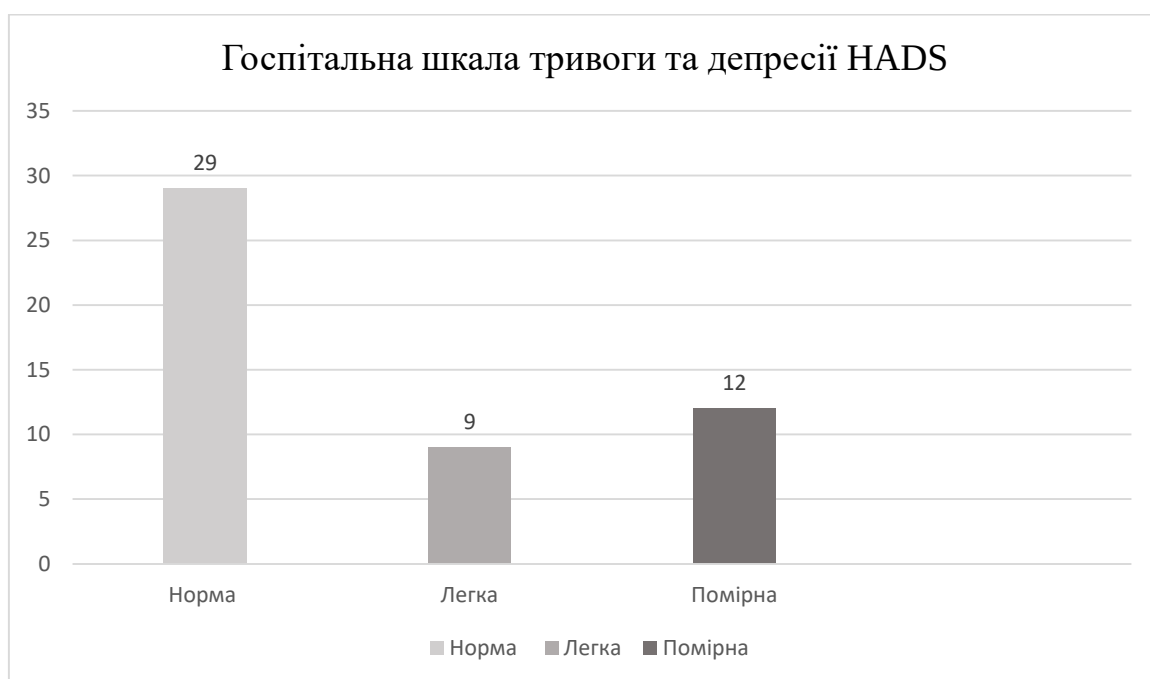


Рис. 2.3. Результати опитування за госпітальною шкалою тривоги та депресії HADS.

Таким чином низький рівень депресії у 58% опитуваних вказує на незначну кількість стресових ситуацій у житті підлітків, які незначно позначилися на їх психічному стані. Підлітки мають розлади зі сном, тривожність та зменшення життєвої енергії. Легка депресія у 18% досліджуваних може свідчити про поширеність емоційних труднощів серед цієї групи осіб. Це може бути викликано різними факторами, такими як стресові ситуації, невизначеність у майбутньому, проблеми в особистому житті або низький рівень самооцінки. Легка депресія може виявлятися у формі зниження настрою, втрати інтересу до звичних занять, апатії, сонливості або безсоння. Для більш точного розуміння цього явища та розробки ефективних стратегій психологічної підтримки, можуть бути проведені додаткові дослідження, зосереджені на вивченні конкретних причин та контекстуальних факторів, що впливають на почуття депресії серед цієї групи осіб. Також важливо врахувати індивідуальні особливості та потреби кожної людини при розробці програм психологічної підтримки та інтервенцій. Отримані результати свідчать про деякі труднощі у виконанні звичайної роботи, але це майже не впливає на загальний результат і функціонування особистості підліткового віку. Вони втратили інтерес до щоденних справ та хобі. Не можуть відчувати позитивні емоції, так як: радість, ніжність, симпатія, любов. У опитуваних дітей спостерігається зменшення життєвої енергії, пасивність, тривога, відчуття провини та відчаю. Помірний рівень депресії у 24% опитаних підлітків може вказувати на значний вплив різноманітних факторів, які спричиняють емоційні труднощі серед цієї категорії осіб. Підлітковий вік часто супроводжується рядом складних психологічних та соціальних викликів, таких як пошук власної ідентичності, переживання стресу внаслідок навчального навантаження, конфліктів з батьками або ровесниками, а також вплив суспільства

та медіа. У цьому контексті важливо провести додаткові дослідження для визначення конкретних причин та обставин, що сприяють появі депресивних симптомів серед підлітків. Таке дослідження може включати аналіз факторів ризику, таких як сімейні відносини, рівень стресу та психологічної підтримки, а також вивчення впливу онлайн активностей на емоційний стан підлітків. На основі отриманих результатів можна розробити імплементаційні стратегії та програми психологічної підтримки, спрямовані на покращення емоційного благополуччя та психічного здоров'я цієї категорії населення.

Щоб визначити рівень залежності часу, який проводять учні в мережі від рівня депресії було використано коефіцієнт кореляції Фехнера. За контрольну групу було обрано показники серед дівчат, що становить 25 респондентів. Попередньо було проведено опитування, щодо кількості годин, які дівчата проводять в мережі, середній показник = 6, 68 год., є важливим феноменом, який впливає на їхній розвиток, психічний стан та соціальні взаємодії. Даний метод показав, що коефіцієнт кореляції Фехнера = 0, 84. Це вказує на те, що тривале перебування в мережі може негативно впливати на емоційний стан підлітків. Інтенсивна взаємодія з соціальними мережами та іншими онлайн-платформами може підсилювати почуття ізоляції, тривожність і депресивні настрої. Таким чином, необхідно звертати увагу на те, як дівчата використовують цифрові технології, аби мінімізувати можливі негативні наслідки для їхнього психічного здоров'я. (Додаток Г.).

Отже, встановлений сильний зв'язок між часом, проведеним в мережі, та рівнем депресії може вказувати на те, що велика кількість часу, витрачена в онлайн-середовищі, може сприяти збільшенню ризику розвитку депресивних станів у підлітків. Це може бути пов'язано з різними чинниками, такими як ізоляція від реального світу, надмірне порівняння себе з іншими в соціальних мережах, негативний вплив контенту в Інтернеті тощо [80].

На основі цього зв'язку можна зробити висновок про необхідність уважності до використання онлайн-платформ, особливо серед підлітків, і розробки ефективних програм або стратегій для зменшення ризику розвитку депресивних станів у цій групі. Додаткові дослідження можуть допомогти краще зрозуміти механізми цього зв'язку та розробити більш ефективні підходи до профілактики та лікування депресії серед підлітків, які використовують онлайн-середовище.

В результаті аналізу мір різниці за критерієм Стьюдента (додаток Г.) для встановлення гендерного аспекту залежності рівня депресії серед дівчат та юнаків (Додаток Д.) було виявлено, що різниця значущості не є статистично достовірною. Отримане значення емпіричного t-критерію (0,98) менше за теоретичне (2,07), що свідчить про відсутність статистично значущої різниці між рівнями депресії у дівчат та юнаків в обраній вибірці. Таким чином, наші результати не підтверджують існування статистично значущої різниці в рівні депресії між гендерними групами. Це може вказувати на те, що гендерні особливості не є визначальним фактором у виникненні депресивних станів у нашій досліджуваній групі. Такий висновок може мати важливе значення для розуміння факторів, що впливають на розвиток депресії у підлітків, і може вказувати на необхідність подальших досліджень для визначення інших можливих чинників, що впливають на цей психічний стан.

Для підвищення достовірності результатів дослідження рівня депресії серед підлітків було проведено додаткове опитування серед учнів Одеського Ліцею №65, Одеської міської ради у кількості 50 учнів, які навчаються в очному форматі, з використанням госпітальної шкали тривоги та депресії HADS. Цей підхід дозволив порівняти рівні депресивних проявів у двох групах підлітків – тих, хто навчається дистанційно, і тих, хто отримує освіту в традиційному форматі. Застосування даної шкали, яка є одним із найпоширеніших і валідних інструментів для діагностики депресії, забезпечило надійність отриманих результатів. Використання цієї методики дозволило об'єктивно оцінити рівень депресивних симптомів, що в свою

чергу створило підґрунтя для аналізу впливу різних форматів навчання на психічний стан підлітків. Опитування показало наступні результати: 44 опитуваних мають мінімальні або відсутні симптоми, що становить 88% від загальної кількості. Такий високий показник свідчить про те, що діти, які навчаються в очному режимі, відчувають менше тривоги і стресу, що свою чергу не викликає депресивних симптомів. 6 учнів, що становить 12% показали помірний рівень депресії, що потребує втручання з боку батьків та вчителів для подальшого дослідження. Результати дослідження показали, що жоден учень не виявив високого рівня депресії за шкалою, що свідчить про відсутність важких депресивних станів серед підлітків у вибірці. Це може вказувати на стабільний емоційний стан учнів або ефективність соціальних і підтримувальних факторів. Однак наявність легких та помірних рівнів депресії потребує подальшої уваги та профілактичних заходів.

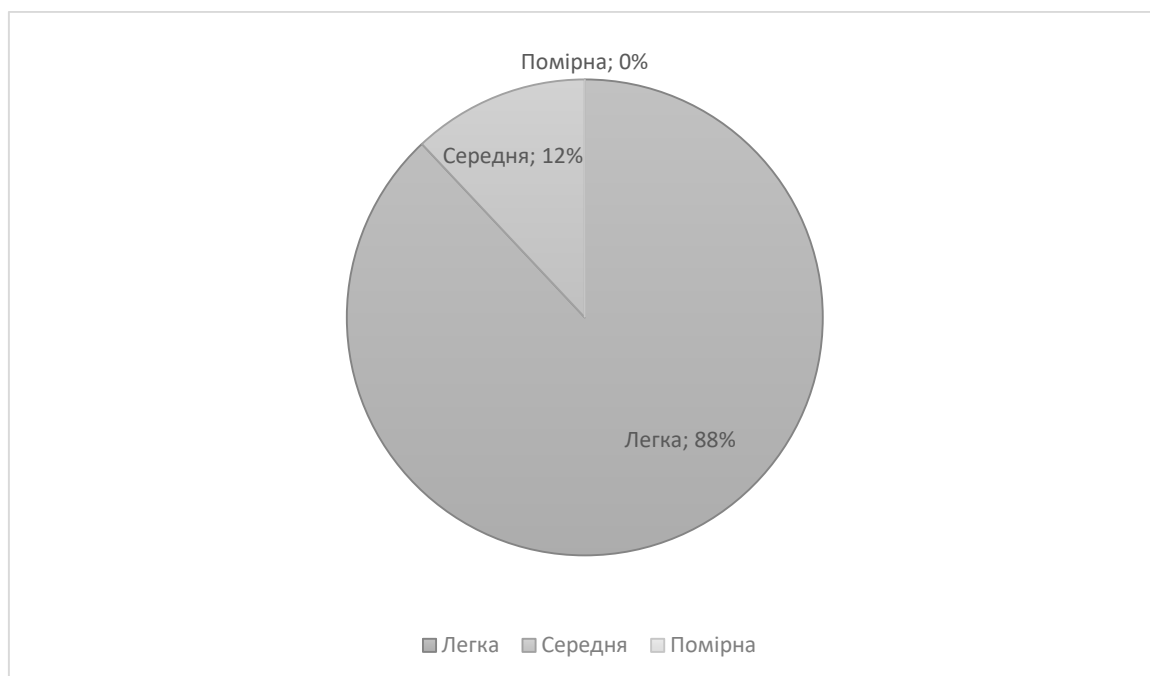


Рис. 2.4. Результати опитування учнів, що навчаються на очній формі за шкалою тривоги та депресії HADS.



Для вимірювання достовірності різниці між двома вибірками, учнів на очному і онлайн форматах, було використано критерій Стюдента. Ступені свободи = 23, а темп. = 3,039. (Додаток Д.). Ттеор = 2, з отриманих результатів бачимо, що достовірність різниці є значущою для даної вибірки. Результати підтверджено і у відсотковому співвідношенні (Рис. 2.5.).

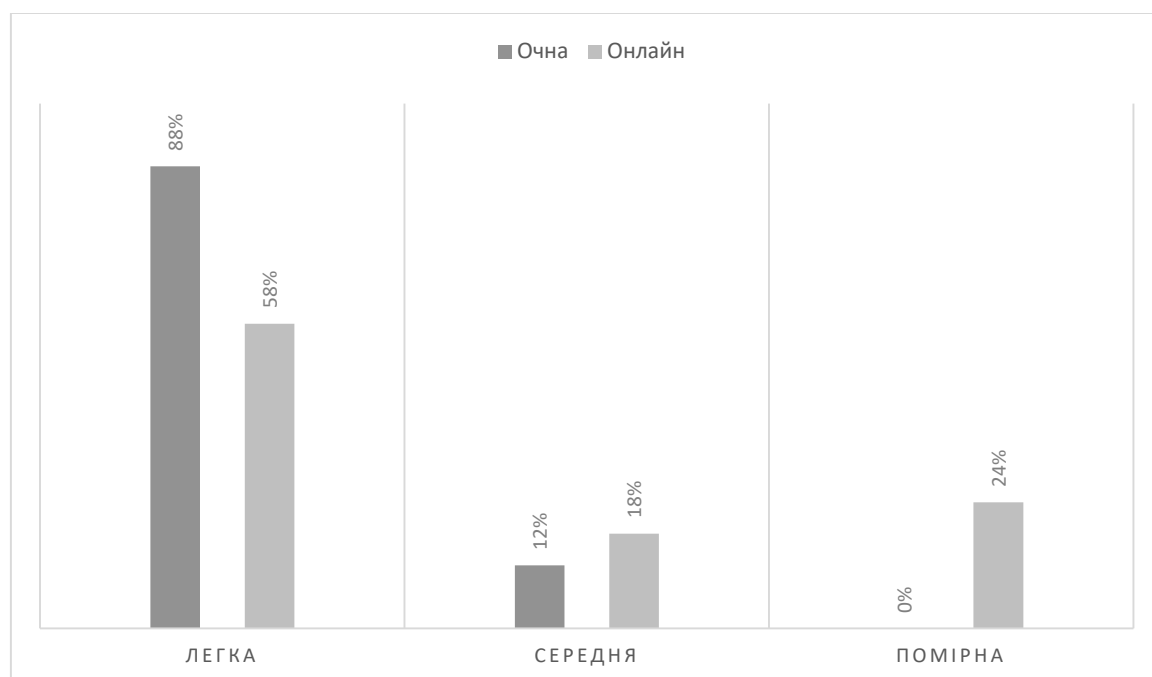


Рис. 2.5. Співвідношення результатів за госпітальною шкалою тривоги та депресії HADS між підлітками на очній формі навчання та онлайн.

Після проведення трьох типів психодіагностичних тестів було відібрано вибірку з 30 учнів, які продемонстрували найгірші результати за критеріями депресивних та тривожних проявів. З метою подальшої оцінки їхніх психологічних станів, для цієї групи було проведено додаткове обстеження за методикою Айзенка (додаток Е.). Це дозволило більш детально вивчити емоційні та поведінкові особливості учнів, що мали негативні показники у попередніх тестах.

Результати обстеження за методикою Айзенка вказують на такі показники психологічних станів серед підлітків (рис. 2.6.):

- **Тривожність:** Низький рівень зафіксовано у 24% учнів, що свідчить про здатність цих респондентів зберігати емоційну стабільність у стресових ситуаціях. Проте, у 36% підлітків виявлено середній рівень тривожності, який може впливати на емоційну напруженість, але не заважає повсякденному функціонуванню. Високий рівень тривожності, зафіксований у 40% учнів, вказує на значні проблеми з емоційною стабільністю, що потребують додаткового психологічного втручання.

- **Фрустрація:** Низький рівень фрустрації мають 20% підлітків, що свідчить про їхню здатність до адаптації та стійкість до стресу. У 44% респондентів спостерігається середній рівень фрустрації, який може викликати періодичні емоційні труднощі. Високий рівень фрустрації у 36% підлітків свідчить про значну схильність до розчарування та труднощі в подоланні життєвих викликів.

- **Агресивність:** 20% учнів демонструють низький рівень агресивності, що вказує на здатність контролювати агресивні імпульси. Більшість підлітків (54%) мають середній рівень агресивності, що є типовим для вікової групи, але може проявлятися в певних стресових ситуаціях. Високий рівень агресивності у 26% респондентів свідчить про ймовірні труднощі з емоційним самоконтролем, що може призвести до конфліктів та проблем з оточуючими.

- **Ригідність:** Низький рівень ригідності зафіксовано у 20% підлітків, що вказує на їхню гнучкість у прийнятті нових ідей та адаптації до змін. Половина (50%) підлітків демонструють середній рівень ригідності, що свідчить про баланс між гнучкістю та стійкістю до змін. Високий рівень ригідності у 30% учнів вказує на значну складність у адаптації до нових ситуацій і сприйнятті нових ідей.

Загалом, результати свідчать про наявність певної емоційної нестабільності серед значної частини підлітків, що потребує подальшої корекційної роботи та розвитку навичок саморегуляції.

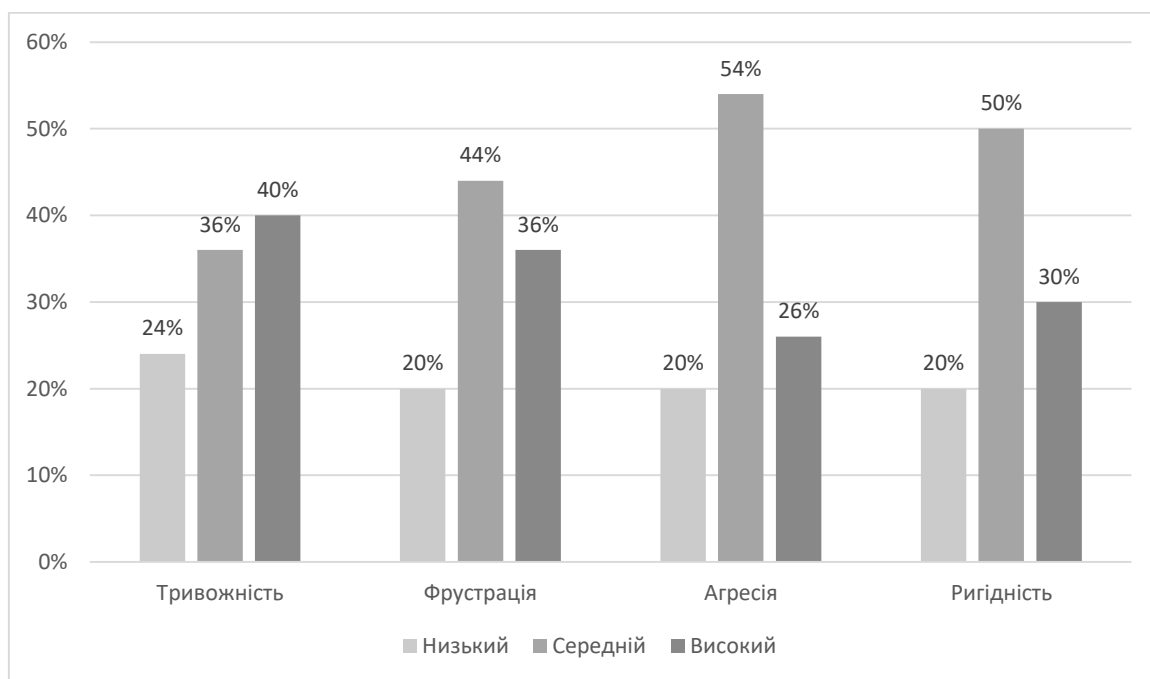


Рис. 2.6. Результати за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк)

Тест Айзенка, зокрема його варіанти, використовують для діагностики та оцінки основних психологічних характеристик, таких як рівень екстраверсії-інтроверсії, нейротизм, та схильність до психопатичних проявів. Метою його застосування є виявлення індивідуальних особливостей емоційної стабільності, рівня тривожності та адаптаційних можливостей особистості, що допомагає краще розуміти поведінкові та емоційні реакції, а також схильність до психічних розладів, зокрема депресії.

Отже, підсумовуючи розглянуті шкали та методи дослідження рівня депресії, можна зазначити, що кожен інструмент має свої переваги та обмеження, і використовується залежно від конкретних умов дослідження або клінічної практики. Загалом, при проведенні дослідження серед підлітків, було встановлено пряму залежність від часу в мережі з рівнем депресії. Так як, ми живемо в часи глобального інформаційного суспільства і користування онлайн ресурсами є не

тільки розвагою, а й необхідністю - отримуємо проблему з підвищенням рівня депресивних розладів серед підлітків.

Дослідження виявило, гендерна приналежність не має високого рівня значення для рівня депресивних розладів як серед дівчат так і серед юнаків. Високий рівень депресії має великий відсоток серед опитуваних – 24%, це спричиняє емоційні переживання: загальна пригніченість, поява відчуття страху, провини, суму, відчаю, підвищена дратівливість, відчуття порожнечі та цілковита апатія; що свідчить про необхідність проведення корекційних робіт з підлітками. Це призводить до гострої необхідності введення стандарту чи проекту первинної психологічної допомоги для підлітків.

### **Висновки до другого розділу**

Відповідно до теоретико-методологічного аналізу джерел було практично досліджено психологічні особливості депресії у підлітків, які навчаються в онлайн середовищі. Для дослідження було використано такі шкали вимірювання: шкала депресії Бека, шкала депресії DEPS, шкала тривоги та депресії HADS, методика оцінки психічних станів Айзенка. Також було проведено дослідження залежності часу в мережі від рівня депресії за шкалою Бека, та встановлення впливу гендерної залежності від рівня депресії у підліткі. Відповідно було використано критерій Стюдента. В результаті аналізу мір різниці за критерієм Стюдента для встановлення гендерного аспекту залежності рівня депресії серед дівчат та юнаків було виявлено, що різниця значущості не є статистично достовірною. Щоб визначити рівень залежності часу, який проводять учні в мережі від рівня депресії було використано коефіцієнт кореляції Фехнера. Середній показик часу в мережі = 6, 68 год., є важливим феноменом, який впливає на їхній розвиток, психічний стан та соціальні взаємодії. Даний метод показав, що коефіцієнт кореляції Фехнера = 0,

84. Це вказує на те, що тривале перебування в мережі може негативно впливати на емоційний стан підлітків.

За методикою «Шкала депресії Бека» мінімальний рівень депресії у 31 дитини (62%) – легку депресію мають 10 учнів (20%) – та 9 учнів (18%) мають помірний рівень депресії, жоден із опитуваних учнів не набрав достатню кількість балів, щоб вказала на важку або клінічну депресію. За методикою «шкала депресії DEPS» було отримано відповідні результати: нормальний рівень депресії мають 25 учнів (50%), легку форму депресії мають 13 учнів (26%), та помірний рівень депресії мають 12 учнів (24%). За госпітальною шкалою тривоги та депресії HADS низький рівень депресії у 58% опитуваних. Підлітки мають розлади зі сном, тривожність та зменшення життєвої енергії. Легка депресія у 18% досліджуваних може свідчити про поширеність емоційних труднощів серед цієї групи осіб. У 24% помірний рівень депресії, що вимагає корекційного втручання.

Також було проведено дослідження різниці депресії між учнями які навчаються на очній формі навчання до в онлайн середовищі. Було встановлено, що 44 опитуваних мають мінімальні або відсутні симптоми, що становить 88% від загальної кількості. 6 учнів, що становить 12% показали помірний рівень депресії, що потребує втручання з боку батьків та вчителів для подальшого дослідження. Результати дослідження показали, що жоден учень не виявив високого рівня депресії за шкалою, що свідчить про відсутність важких депресивних станів серед підлітків у вибірці. Для вимірювання достовірності різниці між двома вибірками, учнів на очному і онлайн форматах, було використано критерій Стьюдента. Ступені свободи = 23, а темп. = 0,039. (Додаток Д.). Ттеор = 2, з отриманих результатів бачимо, що достовірність різниці не є значущою для даної вибірки.

Таким чином, незважаючи на те, що значна частина учнів має мінімальний або легкий рівень депресії, тривале перебування в мережі демонструє сильний кореляційний зв'язок з підвищеним ризиком емоційних труднощів, що вимагає

уваги з боку освітніх та медичних фахівців. Однак, ні в одній з досліджуваних груп не було виявлено високих рівнів депресії, що свідчить про відносно стабільний емоційний стан серед вибраної вибірки підлітків. Відсутність статистично значущих відмінностей між групами учнів, що навчаються в різних форматах, свідчить про можливість однакових впливів зовнішніх факторів на психічне здоров'я в обох навчальних умовах.

### **РОЗДІЛ 3 ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ ЩОДО ЗМЕНШЕННЯ РІВНЯ ДЕПРЕСІЇ У ПІДЛІТКІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ В ОНЛАЙН СЕРЕДОВИЩІ**

#### **3.1. Обґрунтування та зміст психокорекційної програми щодо зменшення рівня депресії у підлітків, які навчаються в онлайн середовищі**

Програма включає когнітивно-поведінкову терапію, майндфулнес-практики, діалектично-поведінкову терапію, а також групову терапію для зниження рівня депресії, розвитку емоційної саморегуляції та формування адаптивних копінг-стратегій у підлітків, які навчаються в онлайн-середовищі. Вона спрямована на оволодіння техніками управління негативними емоціями та підвищення стресостійкості, покращення соціальних навичок, що сприяють формуванню підтримуючих зв'язків, і розвитку впевненості в собі. Програма також враховує індивідуальні когнітивні стилі та особливості поведінки в умовах стресу для покращення навчальної мотивації. В середині терапевтичної групи підлітків використано ігрову терапію.

Програма також включає елементи арт-терапії та тілесно-орієнтованих технік для підвищення емоційної виразності й зниження психофізіологічної напруги. За допомогою цих підходів підлітки можуть більш вільно виражати свої емоції, що сприяє глибшому самопізнанню та усвідомленню своїх внутрішніх переживань. Арт-терапія дозволяє трансформувати емоційні конфлікти у творчий процес, а тілесно-орієнтовані техніки допомагають зняти м'язову напругу та збалансувати психоемоційний стан.

Важливим елементом є використання аутогенного тренування та візуалізації для зменшення рівня стресу та розвитку навичок розслаблення. Це сприяє

поліпшенню загального психоемоційного самопочуття, підвищенню усвідомленості та здатності контролювати реакції на стресові ситуації. Програма також спрямована на розвиток впевненої поведінки та підвищення мотивації до продуктивної діяльності, що враховує особисті когнітивні стилі та особливості копінг-поведінки кожного учасника, забезпечуючи індивідуальний підхід до кожного підлітка.

Розроблена програма включає 8 зустрічей, які розподіленні на 4 основні блоки (Табл. 3.1.). Кожна зустріч включає в себе певний порядок протікання, що складається із трьох частин:

- I частина (вступ або початок) – традиційні вітання (вправа на активізацію, створення дружньої атмосфери та згуртування групи).
- II частина (основна) – ігри, прийоми, вправи та дискусії, вправи на візуалізацію та техніки для оволодіння прийомами оптимізації емоційного стану, подоланню депресивних симптомів та навички самоконтролю та самомотивації, використання різних видів терапії.
- III частина – рефлексія зустрічі: обмін думками, емоціями та завершення (прощання).

*Таблиця 3.1.*

**Структура психокорекційної програми для подолання депресії у підлітків, які навчаються в онлайн середовищі**

| №з/п | Назва блоку  | Назва зустрічі           | Мета зустрічі                                                                                                     |
|------|--------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | Самопізнання | Знайомство               | Створення сприятливої атмосфери у групі; розвиток навичок самопрезентації; розвиток самопізнання та взаємоповаги. |
|      |              | «Я» - моя сильна сторона | Опанування техніками перенаправлення негативних емоцій у позитивне русло                                          |



|   |                                                            |                                                    |                                                                                                                                                                                                             |
|---|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                            |                                                    | (КПТ); пошук внутрішніх ресурсів для підвищення впевненості у собі, підвищити навички контролювати рівень тривожності.                                                                                      |
| 2 | Розуміння себе або вміння відчувати                        | Відчувати емоції – це нормально!                   | Необхідність переглянути когнітивні схеми й установки, які ведуть до неправильної інтерпретації емоційних переживань, оскільки вважання певних емоцій «хибними» може бути наслідком когнітивних спотворень. |
|   |                                                            | Налаштування на бажаний емоційний стан             | Підвищення рівня мотивації та впевненості, ознайомлення з техніками для подолання дисфункціональних когніцій.                                                                                               |
| 3 | Моделювання ситуацій, що можуть викликати пригнічений стан | Моделювання неприємних життєвих ситуацій           | Оволодіння навичками саморегуляції емоційного стану. Опанування конструктивними методами управління стресовими реакціями та навичками стабілізації внутрішнього стану.                                      |
|   |                                                            | Перенаправлення негативного контексту в позитивний | Опанування способами контролю стресових реакцій та зняття напруги; пошук внутрішніх ресурсів для підвищення впевненості у собі та вміння обирати конструктивні рішення в стресових ситуаціях                |
| 4 | Рефлексія                                                  | Емоційна наповненість                              | Закріплення навичок саморегуляції та гармонізації емоційного стану, опірності депресії, пошук діяльності, що дозволить зменшити рівень депресії                                                             |

|  |  |                              |                                                                                                                                                                                                |
|--|--|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | Стійке емоційне благополуччя | Опанування емоційним станом, розвиток вмінь планувати життя, закріплення навичок комунікацій, розвиток ефективних стратегій для управління стресом і запобігання рецидивам депресивних станів. |
|--|--|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Перший блок психокорекційної програми, спрямований на самопізнання, знайомство та розвиток емоційної стійкості, є важливим етапом для формування позитивної атмосфери в групі та закладання основ для подальшої роботи над емоційним благополуччям підлітків. На цьому етапі основна увага приділяється створенню сприятливої групової динаміки, що дозволяє учасникам почуватися комфортно і безпечно, відкрито виражати свої думки та емоції. обов'язковим є обговорення правил всередині групи для забезпечення безпечного та підтримуючого середовища. Важливим завданням є розвиток навичок самопрезентації, що сприяє кращому розумінню себе та своїх сильних сторін, а також формуванню взаємоповаги між учасниками. Для цього було використано такі дві гри: «колесо емоцій» та «Емоційний барометр» - це допомагає підліткам навчитися розпізнавати та виражати власні емоції.

Також, на початку психокорекційної роботи, кожному підлітку було надано інформаційний лист про депресію для підлітків, з проханням після кожного пройденого блоку психотерапії його перечитувати.

Ключовим аспектом блоку є підвищення рівня самопізнання, що дозволяє підліткам глибше усвідомити свої емоції, думки та поведінкові патерни. Це сприяє розвитку навичок емоційної регуляції, що допомагає краще контролювати емоції та знижувати рівень тривожності. Особливу увагу приділяється технікам когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), які допомагають перенаправляти негативні емоції в позитивне русло. Ці техніки включають в себе виявлення та зміну негативних

думок, що сприяє покращенню емоційного стану учасників. Адже необхідно зменшити страх перед проявом емоцій.

Ще одним важливим завданням цього блоку є пошук внутрішніх ресурсів для підвищення впевненості в собі. Підлітки досліджують свої сильні сторони та ресурси, які можуть використовувати для покращення самопочуття та подолання складних ситуацій. Це не лише допомагає зміцнити впевненість у собі, але й сприяє розвитку навичок стресостійкості. Учасники вчаться краще управляти рівнем тривожності, використовуючи як когнітивні, так і поведінкові стратегії для зниження внутрішньої напруги.

Таким чином, перший блок програми допомагає учасникам не тільки краще пізнати себе, але й оволодіти конкретними техніками, що допомагають ефективніше справлятися з емоційними викликами, зокрема тривожністю. Це створює основу для подальшого особистісного розвитку та зміцнення емоційного благополуччя в умовах онлайн-навчання.

Другий блок психокорекційної програми для підлітків, присвячений темі «Розуміння себе або вміння відчувати», має на меті допомогти учасникам усвідомити та прийняти свої емоції. Важливо навчити підлітків, що відчувати емоції – це абсолютно нормально і є частиною людського досвіду. У грі «знайди свою силу» підлітки навчатимуться знаходити свої сильні сторони та розвивати позитивне сприйняття власної особистості. У рамках цього блоку учасники переглядають свої когнітивні схеми та установки, які можуть призводити до неправильного розуміння своїх емоційних переживань. Наприклад, вважання певних емоцій «хибними» або «неправильними» часто є наслідком когнітивних спотворень, які формуються в процесі соціалізації або під впливом оточення. Тут в нагоді стане психоедукація та виправлення хибних установок, нав'язаних суспільством.

Програма також включає навчання методам налаштування на бажаний емоційний стан, що є важливим елементом емоційної регуляції. Підлітки вчаться ідентифікувати бажані емоційні стани та знаходити способи їх досягнення. Це може включати техніки релаксації, позитивного мислення та самостійної мотивації.

Крім того, особлива увага приділяється підвищенню рівня мотивації та впевненості. Учасники дізнаються про методи подолання дисфункціональних когніцій, які заважають їм адекватно реагувати на емоційні ситуації. Наприклад, вони можуть вивчати вправи, що сприяють формуванню позитивного самосприйняття та критичного мислення щодо своїх емоцій.

Третій блок психокорекційної програми для підлітків зосереджений на «Моделюванні ситуацій, що можуть викликати пригнічений стан» і має на меті навчити учасників ефективно управляти своїми емоціями в стресових ситуаціях. Під час цього блоку проводяться моделювання неприємних життєвих ситуацій, що дозволяє підліткам зрозуміти, які емоційні реакції можуть виникнути у відповідь на різні виклики. Це навчання допомагає оволодіти навичками саморегуляції емоційного стану, що є критично важливим для їхнього психоемоційного здоров'я. На цьому етапі не зайвим буде оволодіти навичками релаксації, навчити учасників використовувати дихальні вправи

Учасники вчаться конструктивно реагувати на стрес, розвиваючи методи управління своїми стресовими реакціями. Це може включати різноманітні техніки, такі як глибоке дихання, візуалізація позитивних результатів або фізичні вправи, що сприяють зняттю напруги. Опанування цих навичок допомагає підліткам стабілізувати свій внутрішній стан, коли вони стикаються з труднощами. Тому використана «вправа на вибір реакції», яка націлена навчити підлітків конструктивно реагувати в стресових ситуаціях. Адже від вибору реакції на стрес залежить, наскільки ситуацію буде подолано.

Крім того, важливим аспектом цього блоку є перенаправлення негативного контексту в позитивний. Підлітки вчаться знаходити способи контролю своїх стресових реакцій, що дозволяє їм зменшити відчуття тривоги та пригніченості. Учасники також досліджують свої внутрішні ресурси, що підвищує їхню впевненість у собі. Це включає вміння обирати конструктивні рішення в стресових ситуаціях, що є ключовим для подолання труднощів.

На етапі третього блоку дається «домашнє завдання» (додаток Є.) для пропрацювання негативних думок. Виявити наскільки ці думки відповідають реальності. Заповнюється таблиця за зразком [56, с. 68].

Таким чином, третій блок програми забезпечує учасників важливими навичками для управління емоціями та адаптації до життєвих викликів, сприяючи їхньому загальному психоемоційному розвитку та благополуччю.

Четвертий, останній блок психокорекційної програми присвячений темі «Рефлексія» і є ключовим етапом у закріпленні навичок, здобутих під час попередніх блоків. Він акцентує увагу на емоційній наповненості, що означає глибоке усвідомлення та прийняття власних емоцій. У цьому блоці підлітки закріплюють навички саморегуляції та гармонізації свого емоційного стану, що допомагає їм формувати опірність до депресії. Учасники досліджують різноманітні види діяльності, які можуть зменшити рівень депресії, наприклад, творчість, фізичні вправи або хобі, які приносять задоволення.

Важливим аспектом цього блоку є розвиток стійкого емоційного благополуччя. Підлітки вчаться опановувати свій емоційний стан, що дозволяє їм краще справлятися з життєвими викликами. Вони отримують інструменти для планування свого життя, що допомагає їм ставити цілі та працювати над їх досягненням. Це, у свою чергу, підвищує відчуття контролю над своїм життям і зменшує тривогу.

На останньому етапі вже можна працювати над перетворення негативних думок, працювати з негативними автоматичними думками та змінювати їх на позитивні чи конструктивні. Варто звернути увагу на гру «Скринька радості» вона спрямована на підняття настрою та зниження рівня депресії за допомогою позитивних спогадів та мотивації.

Також в рамках блоку акцентується на закріпленні навичок комунікації. Підлітки вчаться ефективно висловлювати свої почуття та потреби, що позитивно впливає на їхні стосунки з оточенням. Розвиток ефективних стратегій для управління стресом є ще одним важливим елементом, адже ці навички допомагають запобігати рецидивам депресивних станів. Гра «Життєвий маршрут» спрямована на навички планувати життя, виявлення особистих цілей та шляхів їх досягнення, формування навичок структурованого планування.

Таким чином, четвертий блок програми підсумовує набуті знання і навички, сприяючи емоційному зростанню підлітків та їхньому загальному психоемоційному благополуччю.

### **3.2. Аналіз дієвості впливу психокорекційної програми**

Після проведення психокорекційної роботи для подолання депресії у підлітків, які навчаються в онлайн середовищі було повторно проведено діагностичний етап виявлення рівня депресії серед підлітків (Додаток 3.).

За шкалою депресії Бека було виявлено динаміку покращення результатів та зниження рівня депресії (рис. 3.1.). Дослідження було проведено з метою вивчення рівня депресії серед підлітків до та після психокорекційної роботи, використовуючи шкалу депресії Бека (BDI). Досліджувана вибірка складалася з 30 підлітків, і оцінювання їх рівня депресії проводилося двічі — перед корекцією та після її завершення.

До корекції рівні депресії коливалися в межах від 3 до 29 балів. Середнє значення показника депресії для групи становило приблизно 13,4 бала, що вказує на присутність помірного або навіть високого рівня депресії серед багатьох учасників. Деякі підлітки демонстрували показники, близькі до максимальних за шкалою Бека (наприклад, 25 і 29 балів), що свідчить про високу ймовірність серйозних депресивних розладів.

Після проведення інтервенції спостерігається значне зниження рівня депресії серед учасників. Більшість підлітків мали рівень депресії на рівні 0–5 балів, що відповідає нормальному або мінімальному рівню депресивних симптомів. Середнє значення після інтервенції склало приблизно 2,7 бала, що є статистично значущим покращенням порівняно з попередніми результатами. Жоден з учасників не демонстрував високих показників депресії після втручання, і лише декілька осіб мали показники на рівні 6–7 балів, що все ще можна вважати відносно низькими рівнями депресії. Отже низький рівень депресії від 0 до 7 балів мають всі 30 респондентів, що становить 100% опитуваних.

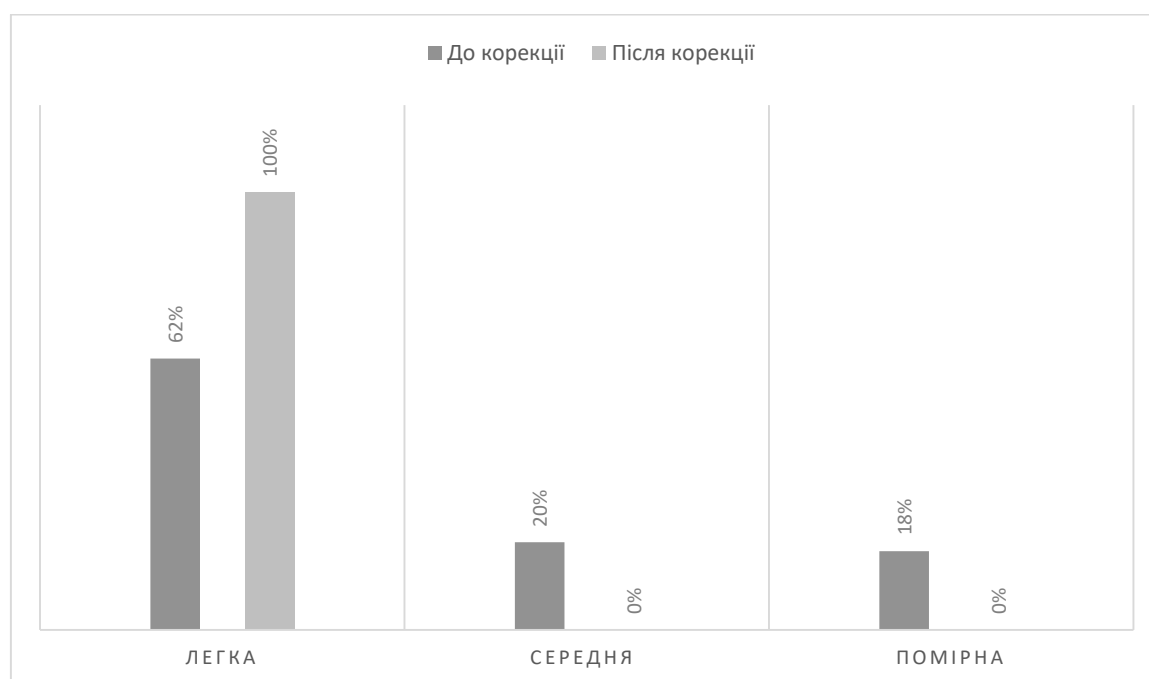


Рис. 3.1. Результати за показниками до та після корекції за шкалою депресії Бека.

За розрахунками оцінки розбіжності експериментальних даних за допомогою t-критерію Ст'юдента [77] було встановлено:  $t_{\text{емп.}} = 6,7$  при  $t_{\text{крит.}} = 2,05$  при  $p \leq 0,05$  отримані результати знаходяться у зоні значимості, що доводить достовірність отриманих даних до та після корекції за даною методикою. Такі результати свідчать про ефективність проведеної психокорекційної програми у зниженні депресивних симптомів серед підлітків. Важливо зазначити, що загальний рівень депресії знизився більше ніж у п'ять разів. Це вказує на суттєве покращення емоційного стану учасників та зниження ризику розвитку депресивних розладів у майбутньому.

Отримані дані підтверджують доцільність використання когнітивно-поведінкових методів та інших інтервенцій у роботі з підлітками, оскільки вони показали високу ефективність у подоланні депресивних симптомів. Крім того, важливим аспектом є проведення подальших досліджень для оцінки тривалості ефекту та можливості застосування таких програм на більшій вибірці. Загалом, результати дослідження підтверджують необхідність системної підтримки підлітків у період емоційних криз, що може суттєво вплинути на їхнє психічне здоров'я та соціальне функціонування.

Дослідження проводилося для оцінки рівня депресії серед підлітків за допомогою шкали DEPS, яка використовується для скринінгу депресивних симптомів. До корекції рівні депресії серед учасників варіювалися від 1 до 26 балів. Середнє значення становило приблизно 10,5 бала, що свідчить про присутність депресивних симптомів різної інтенсивності в значної частини досліджуваних. У кількох учасників були відмічені високі показники (26, 20, 19 балів), що свідчить про наявність виражених депресивних симптомів, які можуть вимагати подальшого психотерапевтичного втручання. При цьому частина учасників мала відносно



низькі результати (наприклад, 1 або 3 бали), що свідчить про відсутність значущих депресивних симптомів або їх слабку вираженість.

Після проведеної психокорекційної програми спостерігається суттєве зниження рівнів депресії у більшості учасників. Середній показник після втручання склав приблизно 2,3 бала, що свідчить про різке зменшення депресивних симптомів. Більшість підлітків отримали результати в діапазоні від 0 до 5 балів, що відповідає мінімальному рівню депресії або її відсутності. Найвищий показник після корекції дорівнював 6 балам, що також є доволі низьким рівнем за шкалою DEPS (рис 3.2.).

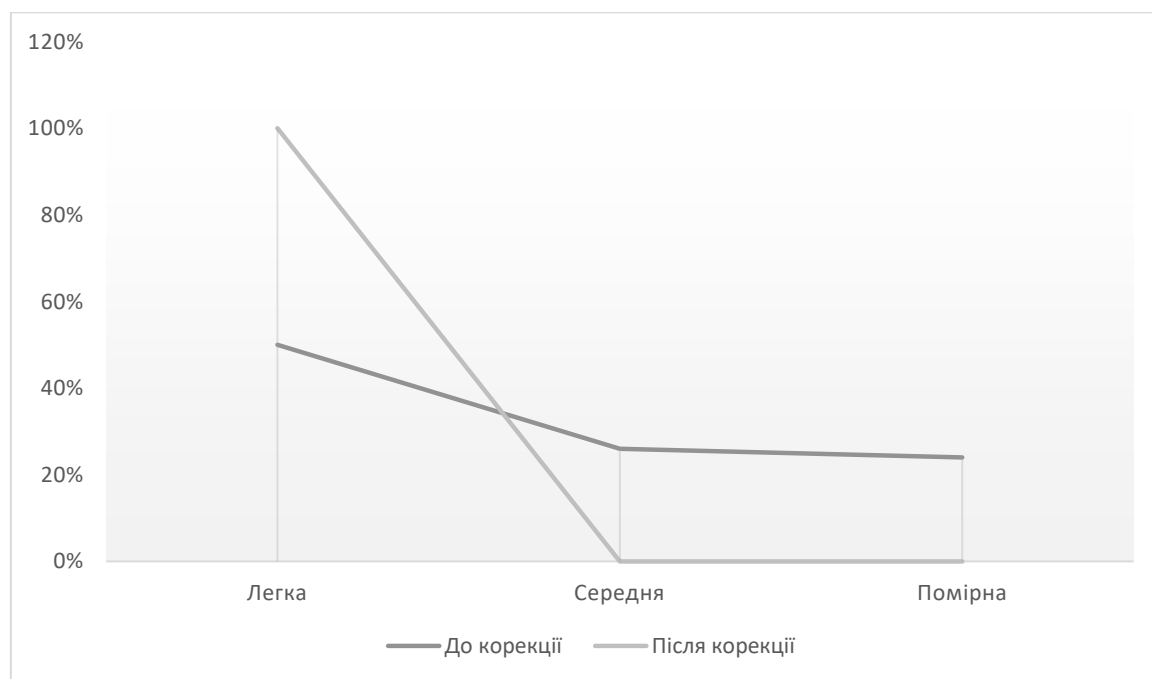


Рис. 3.2. Результати за показниками до та після корекції за шкалою депресії DEPS.

Отримані дані вказують на значне покращення емоційного стану учасників дослідження після завершення психокорекційної роботи. Суттєве зниження рівня депресії майже у всіх підлітків свідчить про високу ефективність застосованої

психокорекційної програми. Зниження середнього показника з 10,5 до 2,3 балів є статистично та клінічно значущим результатом, що демонструє успішне подолання депресивних симптомів. Використавши критерій значущості Стюдента отримали наступні результати:  $t_{\text{емп.}} = 2,1$  при  $t_{\text{крит.}} = 2,05$  при рівні значущості  $p \leq 0,95$  отримані результати знаходяться у зоні значимості, що доводить достовірність отриманих даних до та після корекції за даною методикою. Хоча спостерігається, що за шкалою Бека рівень значущості був значно вищий, що, вкотре, свідчить про різну спрямованість тестів.

Таким чином, результати цього дослідження підтверджують, що психологічні інтервенції, спрямовані на роботу з депресивними симптомами серед підлітків, можуть бути дуже ефективними. Це підкреслює важливість використання скринінгових інструментів, таких як шкала DEPS, для виявлення депресії на ранніх стадіях та подальшого втручання.

Дослідження, проведене з використанням госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS), мало на меті оцінити рівень тривожних і депресивних симптомів серед підлітків до та після психокорекційної інтервенції. Шкала HADS дозволяє визначити як тривогу, так і депресію, оцінюючи стан учасників за двома окремими субшкалами.

До проведення психокорекційної роботи результати учасників варіювалися від 0 до 13 балів, із середнім показником близько 8 балів. Це вказує на наявність значущих симптомів тривоги або депресії у більшості досліджуваних. Деякі підлітки демонстрували високі рівні тривоги та депресії (13, 12 балів), що може свідчити про потенційно серйозні психоемоційні розлади, які потребували негайної психокорекційної роботи. При цьому декілька учасників мали відносно низькі показники (0–2 бали), що свідчить про відсутність або слабку вираженість симптомів.

Після завершення психокорекційної програми спостерігалось суттєве зниження рівнів тривожності та депресії серед підлітків (рис. 3.3.). Середній показник знизився до 1,6 бала, що є клінічно значущим покращенням. Більшість учасників мали показники в діапазоні від 0 до 3 балів, що свідчить про нормальний психоемоційний стан або мінімальний рівень тривоги й депресії. Лише окремі підлітки демонстрували трохи підвищені значення (до 4 балів), що також є порівняно низьким результатом у межах шкали HADS.

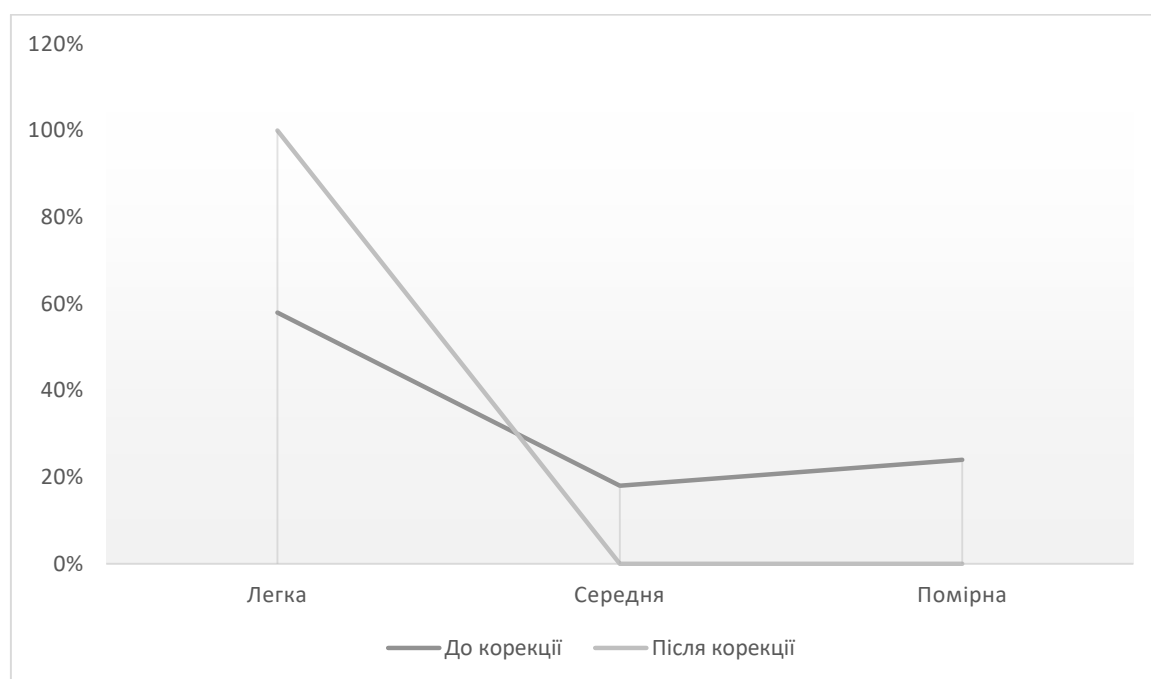


Рис. 3.3. Результати за показниками до та після корекції за госпітальною шкалою тривоги та депресії HADS.

Отримані результати підтверджують ефективність психокорекційної програми в контексті зменшення тривожних і депресивних симптомів серед підлітків. Зниження середнього показника з 8 до 1,6 бала є свідченням суттєвого покращення емоційного стану учасників. Це вказує на те, що застосовані методи втручання (зокрема елементи когнітивно-поведінкової терапії) були ефективними у

зниженні як тривожних, так і депресивних симптомів. Використавши критерій значущості Ст'юдента отримали наступні результати:  $t_{\text{емп.}} = 7,9$  при  $t_{\text{крит.}} = 2,05$  при рівні значущості  $p \leq 0,95$  отримані результати знаходяться у зоні значимості, що доводить достовірність отриманих даних до та після корекції за даною методикою.

Таким чином, результати цього дослідження свідчать про доцільність використання шкали HADS як інструменту для оцінки депресії та тривоги в підлітків. Крім того, результати підкреслюють важливість впровадження психокорекційних програм для профілактики та лікування тривожних і депресивних розладів серед підлітків.

За результатами методики «Самооцінки психічних станів» (Г. Айзенка) було виявлено значні зміни за всіма шкалами: «фрустрація», «агресія», «ригідність» та «тривожність» (рис. 3.4.) Тривожність: результати до психокорекції - значення тривожності варіювали від 0 до 20, з високими показниками (15-20) у більшості учасників. Це вказує на високий рівень тривожності, що може проявлятися у вигляді хвилювання, неспокою та напруження у повсякденному житті. Результати після корекції - показники зменшилися до 0-5, що свідчить про значне зниження тривожності. Більшість учасників отримали низькі бали (0-4), що свідчить про покращення емоційного стану та зниження психоемоційної напруги. Це свідчить про ефективність психокорекції у зменшенні тривожності. Фрустрація: результати до - значення фрустрації коливалися від 2 до 18, з переважною більшістю учасників, які мали високі показники (10-18). Це вказує на наявність значного рівня незадоволення, розчарування та емоційного дискомфорту, спричиненого невдачами або перешкодами у досягненні цілей. Результати після: рівень фрустрації знизився до 0-5. Багато учасників отримали дуже низькі бали, що свідчить про покращення в здатності справлятися з труднощами та зменшення розчарування. Зниження фрустрації може бути наслідком навчання новим стратегіям подолання труднощів. Агресія: результати до: показники агресії коливалися від 0 до 18, з

високими значеннями (8-18) у більшості учасників. Це свідчить про те, що учасники могли відчувати часті агресивні імпульси або емоційні сплески, що могло впливати на їхні стосунки з іншими. Результати після: значення зменшилися до 0-4, що вказує на суттєве зниження агресивних проявів. Більшість учасників мали показники 0-3, що свідчить про покращення в контролі над своїми емоціями та зменшення конфліктних ситуацій. Це свідчить про позитивний вплив психокорекційної програми на регуляцію емоцій. Ригідність: результати до: значення ригідності варіювали від 0 до 20, з високими показниками (10-20) у більшості учасників. Це вказує на схильність до жорсткості в мисленні, труднощі у прийнятті змін та відсутність гнучкості у реакціях на стресові ситуації. Результати після: показники знизилися до 0-5, що свідчить про зменшення ригідності та підвищення гнучкості в мисленні. Багато учасників отримали низькі бали, що вказує на покращення адаптаційних здібностей та здатності до змін.

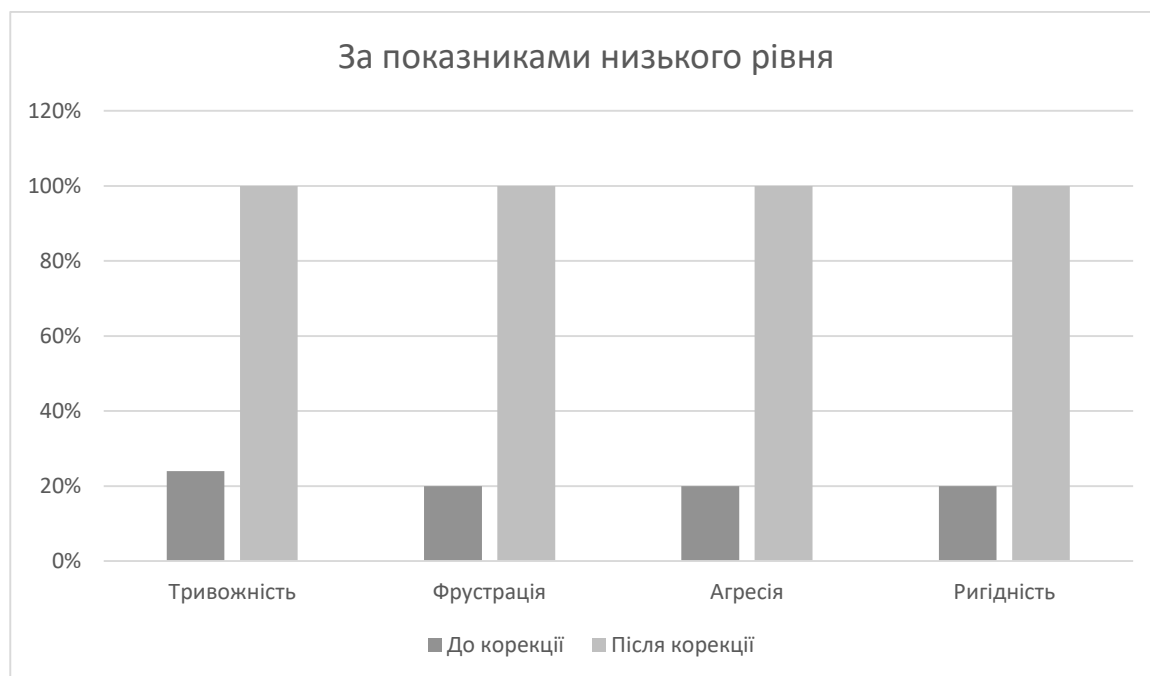


Рис. 3.4. Результати за показниками до та після корекції методики «Самооцінки психічних станів» (Г. Айзенка)

Загалом, результати показують значне поліпшення психоемоційного стану підлітків після психокорекційної інтервенції у всіх чотирьох категоріях. Зниження тривожності, фрустрації, агресії та ригідності свідчить про позитивний вплив психокорекційної програми на психічне здоров'я учасників. Це підкреслює важливість проведення психокорекційних програм для підтримки підлітків у складних емоційних ситуаціях.

За розрахунками оцінки розбіжності експериментальних даних за допомогою t-критерію Ст'юдента за кожною шкалою, отримали:

- Тривожність:  $t_{\text{емп.}} = 6,2$  при  $t_{\text{крит.}} = 2,05$  при  $p \leq 0,95$ .
- Фрустрація:  $t_{\text{емп.}} = 3,02$  при  $t_{\text{крит.}} = 2,05$  при  $p \leq 0,95$ .
- Агресія:  $t_{\text{емп.}} = 3,7$  при  $t_{\text{крит.}} = 2,05$  при  $p \leq 0,95$ .
- Ригідність:  $t_{\text{емп.}} = 5,7$  при  $t_{\text{крит.}} = 2,05$  при  $p \leq 0,95$ .

На основі отриманих результатів розрахунків за допомогою t-критерію Ст'юдента можна зробити кілька важливих висновків щодо ефективності психокорекційної інтервенції, що проводилася з підлітками в рамках оцінки їхніх емоційних станів.

По-перше, у категорії тривожності t-статистика ( $t_{\text{емп.}} = 6,2$ ) перевищує критичне значення ( $t_{\text{крит.}} = 2,05$ ), що свідчить про наявність статистично значущого зниження тривожності після психокорекції ( $p \leq 0,95$ ). Це підтверджує ефективність проведених заходів у зменшенні рівня тривожності у підлітків, що є важливим аспектом для покращення їхнього психоемоційного стану. По-друге, у категорії фрустрації значення t-статистики ( $t_{\text{емп.}} = 3,02$ ) також перевищує критичне значення ( $t_{\text{крит.}} = 2,05$ ), що вказує на статистично значуще зниження рівня фрустрації ( $p \leq 0,95$ ). Це свідчить про те, що учасники стали більш стійкими до емоційних розчарувань і здатними краще справлятися з труднощами. По-третє, у категорії агресії t-статистика ( $t_{\text{емп.}} = 3,7$ ) є вищою за критичне значення ( $t_{\text{крит.}} = 2,05$ ), що

свідчить про значне зменшення агресії після психокорекційної програми ( $p \leq 0,95$ ). Це свідчить про поліпшення емоційного контролю у підлітків, що може зменшити конфліктні ситуації у їхньому повсякденному житті. Нарешті, у категорії ригідності значення t-статистики (темп. = 5,7) також перевищує критичне значення (ткрит. = 2,05), що вказує на статистично значуще зниження ригідності ( $p \leq 0,95$ ). Це свідчить про підвищення гнучкості мислення у підлітків, що є важливим для адаптації до змін у їхньому житті. Загалом, усі наведені результати демонструють, що проведена психокорекційна робота мала позитивний вплив на психоемоційний стан підлітків, що підтверджується статистично значущими змінами за всіма оцінюваними категоріями (тривожність, фрустрація, агресія, ригідність). Це свідчить про ефективність використаних методів у зниженні негативних емоційних станів та підвищенні адаптаційних можливостей учасників, що в свою чергу може позитивно вплинути на їхнє загальне психічне здоров'я.

### **3.3. Рекомендації, щодо упровадження програми в практичну діяльність психолога**

В сучасному світі швидко розвивається інформаційне суспільство, а разом з ним зростає популярність онлайн освіти серед підлітків. Завдяки широкому доступу до Інтернету та різноманітним освітнім ресурсам, дистанційне навчання стає все більш поширеним явищем. Однак, разом із цим зростає і кількість емоційних труднощів серед підлітків, зокрема депресивних розладів.

Дослідження рівня депресивних станів серед підлітків в онлайн середовищі стає актуальною проблемою в сучасному психологічному дослідженні. Враховуючи те, що підлітковий вік є важливим періодом у формуванні особистості та соціальної адаптації, важливо розуміти, яким чином онлайн середовище впливає на їхнє емоційне становище та психічне здоров'я.

Мета дослідження полягає у встановленні зв'язку між часом, проведеним в онлайн, та рівнем депресії серед підлітків. При цьому, важливо враховувати різні аспекти онлайн активностей, такі як використання соціальних мереж, ігри, навчальні ресурси тощо. Дослідження може допомогти виявити фактори, що спричиняють появу депресивних станів серед підлітків у цифровому середовищі, а також розробити ефективні психокорекційні стратегії та програми підтримки для цієї категорії населення.

Підлітковий вік є чутливим періодом у формуванні психічного стану та адаптації до нових умов, включаючи онлайн освіту. Для забезпечення ефективної психокорекційної роботи з підлітками в цьому контексті, слід враховувати кілька ключових рекомендацій.

Психологічна корекція і допомога особам юнацького віку повинна включати психологічну підтримку з акцентом на сильні сторони особистості, формування адекватної самооцінки, навчання прийомам саморегуляції та релаксації, конструктивного вираження негативних переживань. Для ефективної корекції депресивних станів у молоді юнацького віку необхідно:

1. Усунути симптоми депресивного стану та емоції, створити умови для розвитку здатності безоцінного їх прийняття, сформувані вміння управляти вираженням своїх почуттів та емоційних реакцій.

2. Створити умови для особистісного зростання та формування у молоді прагнення до самопізнання.

3. Сприяти усвідомленню своєї життєвої перспективи, позитивних життєвих цілей, шляхів і способів і ходу адекватного досягнення.

4. Сприяти формуванню навичок саморегуляції.

5. Формуванню позитивних копінг-стратегій вирішення життєвих проблем.

Таким чином, психологічна корекція і допомога молоді юнацького віку повинна включати: психологічну підтримку, усунення симптомів депресивного стану,



створення умов для особистісного зростання, сприяти усвідомленню своєї життєвої перспективи, формуванню навичок саморегуляції та позитивних копінг-стратегій [4].

Більш докладніше зупинемося на копінг-стратегії. Розвиток позитивних стратегій копінгу для підлітків важливий з точки зору психологічного здоров'я та адаптації до стресових ситуацій. Підлітки повинні навчитися виявляти свої почуття, розуміти їх і ефективно виражати. Це може включати навички спілкування, розв'язання конфліктів, вміння виражати свої потреби і прагнення. Навчання підлітків шукати позитивні сторони у складних ситуаціях, визначати свої сильні сторони та досягнення, сприяє підвищенню самоповаги і резилієнтності. Важливо вчити підлітків методам релаксації, таким як глибоке дихання, медитація, йога чи релаксаційні вправи. Ці методи допомагають зменшити рівень стресу і тривожності. А також може стати додатковим заняттям чи хобі, що зменшить сумарний час проведений в мережі та надасть змогу знайти нових друзів та знайомих, однодумців, підтримуючу категорію людей. Регулярна фізична активність, збалансоване харчування та здоровий сон мають велике значення для зниження рівня стресу та покращення настрою. Адже підвищення загального фізичного та здорового стану значно сприяє пониженому рівню стресу та депресії, що науково доказово.

Та не менш важливим є щоб підлітки знали, що можуть розраховувати на підтримку своїх близьких у важкі часи. Спілкування з родиною та друзями може зменшити відчуття самотності та допомогти знайти рішення для проблем. Важливо вчити підлітків пристосовуватися до змін і відновлюватися після стресу. Навчання стратегіям проблемного мислення та пошуку альтернативних рішень може допомогти в цьому.

Загалом, розвиток позитивних стратегій копінгу для підлітків сприяє їхньому психологічному благополуччю, знижує ризик розвитку депресії та інших психічних проблем, і формує основи для подальшого успішного функціонування у житті [63]

Залучення до творчих проєктів, підтримка самовираження через мистецтво, письмо, музику або інші форми творчості. Для корекційної програми може бути використана методика «автопортрету». Для цього необхідно, щоб підліток намалював два автопортрети: себе, коли в житті відбувається щось позитивне, та себе, коли відчувається пригнічений, сумний та навіть депресивний чи тривожний стан. Це сприятиме переживанню своїх емоцій та вираження їх на папері. Часте стримування емоцій та замкнутість тільки поглиблюють депресивний стан.

Для того, щоб описати психокорекційну програму, варто розібрати кожен симптом окремо та знайти йому противагу. Наприклад, відповідно до симптомів, зазначених в МКХ-10, такий симптом як втрата задоволеності та інтересу може бути усунена завдяки заняттям спортом та підвищенню загального фізичного стану, та новим творчим заняттям. На противагу втоми може виступати рекомендація із зменшення проведеного часу в онлайн, особливо у вечірній час, та моделювання режиму дня та харчування. Втрата впевненості в собі та самоповага може бути змінена за допомогою зміни копінг-стратегії, що зазначалося вище [5].

Не менш важливим є інформування пацієнта про те, що депресивний або тривожно-депресивний синдром може бути проявом депресивного розладу, який потребує спеціалізованої психіатричної допомоги, а також про те, де саме така допомога може бути надана пацієнту.

Традиційно етапи корекції поділяють на активну корекцію, тривалу (стабілізуючу) і підтримуючу (профілактичну) корекцію. Цілі корекції можуть бути розділені на гострі, проміжні та довготривалі. Кінцевою метою корекції є досягнення ремісії, що означає не тільки відсутність симптомів (в значенні відсутності відповідно до критеріїв діагнозу захворювання, а також відсутності або

наявності мінімальних залишкових симптомів), але також і явні поліпшення психосоціального функціонування та зайнятості. Проміжні цілі полягають у подальшій стабілізації і запобіганні рецидиву, виключення субсиндромальних симптомів і відновлення колишнього функціонального рівня. Довгострокова мета полягає в запобіганні подальшим епізодам, підтримці функціональних можливостей і задовільній якості життя. Найважливіші критерії ремісії – це присутність ознак хорошого психічного здоров'я, наприклад, оптимізм і впевненість у собі, повернення до колишнього, нормального стану і звичайного функціонування. Проте найважливіша мета на всіх стадіях захворювання полягає в тому, щоб запобігти самогубству як найбільш небезпечному результату депресії, який все частіше зустрічається серед підлітків. Дуже важливим є регулярне відстеження і документування досягнення цих цілей корекції, оскільки таким чином приймаються рішення щодо подальшого втручання [52].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із найефективніших методів терапії депресії у підлітків. Вона базується на ідеї, що наші думки, переконання та поведінка взаємодіють між собою, і зміна в одному з цих компонентів може призвести до зміни в інших. Таким чином, деякі ключові аспекти КПТ при лікуванні депресії у підлітків можна окреслити наступним чином: психотерапевт спільно з підлітком вивчає його/її думки та переконання, які можуть спричиняти почуття суму, безнадійності або безцільності. Це можуть бути переконання про власну непридатність, невдачі чи невміння. Знайти ті ситуації, коли такі думки найчастіше виникають та намагатися їх скорегувати, змінити ставлення до цих ситуацій. Наступне, це психолог допомагає підлітку розглянути та аналізувати свої негативні думки та переконання з об'єктивної точки зору. Під час цього аналізу вони шукають докази, які підтримують або спростовують ці думки. Такого роду спроби поглянути на ситуацію під іншим кутом, об'єктивним. Підлітки навчаються стратегій, які допомагають ефективно копіювати зі стресом та важкими емоціями. Це може

включати в себе вміння релаксуватися, практику медитації або міндфулнесу, а також використання позитивних мантр та афірмацій. Не менш важливим є допомога підлітку поставити собі маленькі, досяжні цілі та розробляти конкретні плани дій для їх досягнення. Це може підвищити впевненість в собі та самоповагу. Вміння контролювати свій час, значно знижує рівень стресу, що в свою чергу впливає на депресію. Тайм-менеджмент може бути корисним інструментом для підлітків з депресією. Ефективне управління часом допомагає знизити стрес і поліпшити загальний стан психічного здоров'я. Регулярний розклад дозволяє створити відчуття стабільності та передбачуваності. Важливо навчити підлітка ефективно управляти своїми завданнями, розподіляючи їх на менші, керовані кроки. Це допомагає зменшити відчуття перевантаження та підвищити продуктивність. Наголосіть на важливості відпочинку та самоуваження, допомагаючи підліткам знайти час для релаксації, медитації або інших діяльностей, які сприяють зняттю стресу. Не менш важливо залучити підтримку родини, друзів чи фахівців, таких як психолог чи консультант, щоб допомогти їм впоратися з емоційними та психічними труднощами.

КПТ також включає в себе розвиток конкретних стратегій, щоб змінити негативні поведінкові шаблони, такі як уникання соціальних ситуацій або низька активність. Що вкотре підтверджує твердження про необхідність зменшення часу в онлайні [8].

Міжособистісна терапія (MOT) є ефективним методом лікування депресії у підлітків, оскільки вона акцентується на взаємодії між особою та її оточенням. Підлітки, особливо ті, хто стикається з депресією, можуть відчувати себе відокремленими та вразливими, тому важливо, щоб їхні відносини з близькими були підтримуючими. MOT надає можливість розібратися в складних міжособистісних ситуаціях, вирішити конфлікти та покращити комунікацію з оточуючими.

Ця форма терапії сприяє розвитку навичок спілкування, емоційної регуляції та взаємодії з іншими людьми. Через розмови та роботу з терапевтом або групою ровесників, підлітки можуть виявити та вирішити фактори, що спричиняють їхню депресію, такі як конфлікти в родині, проблеми у школі чи соціальна ізоляція. MOT надає можливість висловити свої почуття та думки, отримати підтримку та відчуття зв'язок з іншими, що сприяє полегшенню депресивних симптомів.

Крім того, MOT допомагає підліткам розвивати навички самоусвідомлення та саморегуляції, що може бути корисним у подоланні депресії та запобіганні рецидивам. Розуміння власних емоцій та реакцій допомагає підліткам краще зрозуміти себе та свої потреби, а також встановити здорові межі взаємодії з іншими людьми [59].

### **Висновки до третього розділу**

Корекційна програма включає в себе чотири блоки по два групових заняття. Кожен блок має свою мету та завдання. Блок «самопізнання» ставить ціль: Створення сприятливої атмосфери у групі; розвиток навичок самопрезентації; розвиток самопізнання та взаємоповаги та опанування техніками перенаправлення негативних емоцій у позитивне русло (КПТ); пошук внутрішніх ресурсів для підвищення впевненості у собі, підвищити навички контролювати рівень тривожності. Блок «розуміння себе або вміння відчувати» - необхідність переглянути когнітивні схеми й установки, які ведуть до неправильної інтерпретації емоційних переживань, оскільки вважання певних емоцій «хибними» може бути наслідком когнітивних спотворень. Підвищення рівня мотивації та впевненості, ознайомлення з техніками для подолання дисфункціональних когніцій. Наступний блок «Моделювання ситуацій, що можуть викликати пригнічений стан» передбачає: оволодіння навичками саморегуляції емоційного стану. Опанування

конструктивними методами управління стресовими реакціями та навичками стабілізації внутрішнього стану. Опанування способами контролю стресових реакцій та зняття напруги; пошук внутрішніх ресурсів для підвищення впевненості у собі та вміння обирати конструктивні рішення в стресових ситуаціях. І останній блок «рефлексія» ставить за мету - закріплення навичок саморегуляції та гармонізації емоційного стану, опірності депресії, пошук діяльності, що дозволить зменшити рівень депресії. Опанування емоційним станом, розвиток вмінь планувати життя, закріплення навичок комунікацій, розвиток ефективних стратегій для управління стресом і запобігання рецидивам депресивних станів.

Результати, повторно проведенного тестування після проходження психокорекційної програми, показали, що рівень депресії у підлітків значно зменшився. Так, жоден респондент не показав середнього та достатнього рівня депресії. За шкалою депресії Бека проведено розрахунками оцінки розбіжності експериментальних даних за допомогою t-критерію Ст'юдента було встановлено:  $t_{\text{емп.}} = 6,7$  при  $t_{\text{крит.}} = 2,05$  при  $p \leq 0,05$  отримані результати знаходяться у зоні значимості, що доводить достовірність отриманих даних до та після корекції за даною методикою. Такі результати свідчать про ефективність проведеної психокорекційної програми у зниженні депресивних симптомів серед підлітків. Схожі результати показали і інші шкали. За госпітальною шкалою тривоги та депресії HADS 100% підлітків мають низький рівень депресії, що не перевищує 7б.

Психокорекційна робота серед підлітків з депресією показала позитивні результати, що підтверджується статистично значущим зниженням рівня депресії за результатами використання стандартизованих інструментів оцінки. В учасників групи спостерігалось покращення емоційного стану, зокрема підвищення рівня саморегуляції та зменшення проявів тривожності. Науково обґрунтовані методи, такі як когнітивно-поведінкова терапія та техніки емоційної регуляції,

продемонстрували ефективність у довготривалій перспективі психоемоційної стабілізації.

## ВИСНОВКИ

У межах даного дослідження на тему «Особливості депресії у підлітків, які навчаються в онлайн форматі» було проведено ґрунтовне теоретичне та емпіричне дослідження впливу онлайн-навчання на психічне здоров'я підлітків. Особливу увагу приділено вивченню депресивних симптомів у цій віковій групі, що характеризується підвищеною чутливістю до змін соціального середовища та навчальної діяльності. Онлайн-освіта стала невід'ємною частиною сучасного навчального процесу, що зумовлює необхідність вивчення її наслідків для психічного стану учнів. Актуальність теми обумовлена зростанням кількості підлітків, які стикаються з емоційними труднощами та депресією внаслідок специфіки онлайн-взаємодії, соціальної ізоляції та зниження прямого міжособистісного спілкування. Метою даного дослідження було виявлення специфічних факторів, які впливають на розвиток депресії серед підлітків в умовах дистанційного навчання, а також аналіз їх психологічних і поведінкових проявів у такому форматі освіти.

Відповідно до зазначених завдань визначеного дослідження було встановлено:

1. Здійснити теоретичний аналіз депресивних розладів та розкрити історичне підґрунтя понять. Завдання спрямоване на вивчення основних теоретичних підходів до розуміння депресії як психічного розладу та аналізу її еволюції в науковій думці. У рамках цього завдання було необхідно дослідити розвиток поняття «депресія» в історичному контексті, зокрема проаналізувати ранні концепції депресії в античності, середньовіччі, Новому та Новітньому часах. Це включає вивчення поглядів Гіппократа, який вважав депресію (або меланхолію) наслідком дисбалансу в організмі, та поглядів Роберта Бертоне, який одним із перших систематизував ознаки депресії у своїй праці «Анатомія меланхолії». Також було досліджено



роботи таких вчених, як Зигмунд Фройд, який вбачав причини депресії в несвідомих процесах, та Аарон Бек, котрий розвинув когнітивну теорію депресії, визначивши її як результат негативного мислення. Важливо розкрити еволюцію концепцій депресивних розладів: від психоаналітичних до біологічних та когнітивно-поведінкових моделей, що допоможе глибше зрозуміти природу цього розладу та сучасні підходи до його лікування. Таким чином, це завдання створює науковий фундамент для подальшого аналізу специфічних проявів депресії у підлітків.

2. Визначити основні симптоми та методи діагностики депресивних розладів. Це завдання орієнтоване на уточнення та класифікацію основних симптомів депресії, а також на вивчення сучасних методів її діагностики. Проаналізовано прояви депресії, які включають не тільки емоційні симптоми, як-от постійний смуток, втрата інтересу до діяльності, але й когнітивні (негативні думки про себе та майбутнє, труднощі з концентрацією), фізіологічні (порушення сну, апетиту, втома) та поведінкові (соціальна ізоляція). Важливим аспектом цього завдання є огляд діагностичних критеріїв, наприклад, згідно з МКХ-10 або DSM-5, що є ключовими в діагностиці депресії в клінічній практиці. Окрім того, було досліджено інструменти для виявлення депресивних станів у підлітків, такі як опитувальники (наприклад, шкала депресії Бека, госпітальна шкала тривоги та депресії HADS та ін.), клінічні інтерв'ю та спостереження. Особливу увагу варто приділити тому, як симптоматика депресії може проявлятися у підлітків, зважаючи на їхній вік і стадію розвитку. Це допоможе чіткіше виявляти депресивні стани серед підлітків, що є особливо актуальним в умовах онлайн-навчання.

Депресія у підлітків є складним психічним розладом, що проявляється через ряд специфічних симптомів, які відображають як емоційні, так і когнітивні та фізіологічні аспекти функціонування особистості. Основними емоційними симптомами депресії у підлітків є тривалий пригнічений настрій, що

супроводжується почуттям смутку, порожнечі або дратівливості. У більшості випадків спостерігається втрата інтересу або задоволення від раніше приємних активностей (ангедонія). Підлітки також можуть виказувати надмірну тривожність, знижену самооцінку, почуття безнадійності та відчуття провини, які не мають реальних підстав.

Когнітивні симптоми депресії включають порушення концентрації уваги, труднощі у прийнятті рішень, загальмоване мислення, а також постійні думки про безнадійність свого становища або навіть суїцидальні думки. У депресивних підлітків часто виникає переконання у власній неповноцінності або невдачі, що сприяє формуванню негативного мислення.

Фізіологічні симптоми охоплюють зміни в апетиті та режимі сну. Деякі підлітки можуть страждати від безсоння або, навпаки, надмірної сонливості (гіперсомнії). Зміни апетиту часто призводять до значних коливань у вазі – як до втрати, так і до збільшення ваги. Підлітки також можуть скаржитися на фізичну втому, навіть за відсутності значних фізичних навантажень, що є наслідком психічної виснаженості. Соматичні скарги, такі як головний біль або біль у животі, також є поширеними проявами депресії.

Поведінкові симптоми включають уникання соціальних контактів, відмову від спілкування з друзями або родиною, а також зниження мотивації до виконання навчальних та інших обов'язків. Підлітки можуть почати нехтувати своєю зовнішністю, не дотримуватися особистої гігієни або виявляти ризиковану поведінку. Ці симптоми у поєднанні з іншими можуть істотно погіршувати якість життя підлітка та ускладнювати його соціальне функціонування.

Сукупність цих симптомів робить депресію серед підлітків важливим об'єктом психодіагностики та психокорекційної роботи, оскільки раннє виявлення та втручання можуть зменшити ризик розвитку більш тяжких форм депресивного розладу в дорослому віці.

3. Емпіричним шляхом встановити взаємозв'язок онлайн навчання та рівнів депресивних розладів серед підлітків. Це завдання орієнтоване на емпіричне дослідження, яке дозволяє виявити та підтвердити взаємозв'язок між онлайн-форматом навчання та рівнем депресії серед підлітків. Метою є збір та аналіз кількісних та якісних даних щодо психоемоційного стану підлітків, які навчаються в онлайн середовищі. За допомогою опитувальників, можна визначити рівень депресивних симптомів у вибірці підлітків. Порівняння рівнів депресії серед учнів, які навчаються в онлайн та офлайн форматах, може допомогти підтвердити чи спростувати гіпотезу про негативний вплив дистанційного навчання на психоемоційне здоров'я підлітків. Емпіричний підхід дозволяє встановити чіткі кількісні показники, на основі яких можна робити висновки щодо того, чи є різниця в рівнях депресивних розладів серед учнів, які навчаються в різних форматах, і як саме онлайн навчання може впливати на психічне здоров'я підлітків. Так було встановлено, що 44 опитуваних мають мінімальні або відсутні симптоми, що становить 88% від загальної кількості. 6 учнів, що становить 12% показали помірний рівень депресії, що потребує втручання з боку батьків та вчителів для подальшого дослідження. Результати дослідження показали, що жоден учень не виявив високого рівня депресії за шкалою, що свідчить про відсутність важких депресивних станів серед підлітків у вибірці.

Загалом рівень депресії серед підлітків, до проведення психокорекційної програми, знаходився на досить високому рівні, наприклад, за шкалою депресії Бека середнє значення становило приблизно 10,5 бала, що свідчить про присутність депресивних симптомів різної інтенсивності в значної частини досліджуваних. У кількох учасників були відмічені високі показники (26, 20, 19 балів), що свідчить про наявність виражених депресивних симптомів, які можуть вимагати подальшого психотерапевтичного втручання. При цьому частина учасників мала відносно

низькі результати (наприклад, 1 або 3 бали), що свідчить про відсутність значущих депресивних симптомів або їх слабку вираженість.

4. Розробити та апробувати психокорекційну програму, спрямовану на подолання депресії у підлітків, які навчаються в онлайн середовищі. Це завдання передбачає створення психокорекційної програми, яка враховує специфіку навчання в онлайн форматі та орієнтована на подолання депресивних станів у підлітків. Дана програма базується на теоретичних засадах когнітивно-поведінкової терапії, яка є ефективною в лікуванні депресії, а також враховує елементи емоційної саморегуляції, розвитку соціальних навичок та техніки подолання стресу. Програма включає групові форми роботи, спрямовані на підтримку емоційного стану підлітків, покращення їхньої взаємодії з однолітками та розвиток стратегій адаптації до специфічних вимог онлайн навчання. Окрім розробки, здійснено апробацію програми на підлітках з різними рівнями депресивних симптомів, щоб визначити її ефективність та можливі шляхи вдосконалення. Це дозволило розробити науково обґрунтовані підходи до психокорекційної роботи з підлітками в умовах онлайн навчання.

5. Дослідити результати проведення психокорекційної програми. Завдання полягає в аналізі результатів впровадження психокорекційної програми, яка була розроблена в попередньому етапі дослідження. Це передбачає збір даних про ефективність втручання, порівняння рівнів депресії до і після участі в програмі за допомогою валідних методів діагностики. Результати, повторно проведеного тестування після проходження психокорекційної програми, показали, що рівень депресії у підлітків значно зменшився. Так, жоден респондент не показав середнього та достатнього рівня депресії. За шкалою депресії Бека проведено розрахунками оцінки розбіжності експериментальних даних за допомогою t-критерію Ст'юдента було встановлено:  $t_{\text{емп.}} = 6,7$  при  $t_{\text{крит.}} = 2,05$  при  $p \leq 0,05$  отримані результати знаходяться у зоні значимості, що доводить достовірність отриманих

даних до та після корекції за даною методикою. Такі результати свідчать про ефективність проведеної психокорекційної програми у зниженні депресивних симптомів серед підлітків. Схожі результати показали і інші шкали. За госпітальною шкалою тривоги та депресії HADS 100% підлітків мають низький рівень депресії, що не перевищує 7б.

6. Надати корекційні рекомендації щодо зменшення рівня депресивних розладів серед підлітків, що пов'язані з онлайн освітою. Це завдання передбачає надання практичних рекомендацій на основі отриманих результатів дослідження та аналізу психокорекційної програми. Рекомендації орієнтовані на педагогів, психологів та батьків, які взаємодіють з підлітками, що навчаються в онлайн форматі. Вони включають заходи щодо підтримки емоційного здоров'я підлітків, покращення соціальної взаємодії в онлайн середовищі, організації безпечного простору для комунікації, а також техніки управління стресом і підвищення мотивації до навчання.

На основі отриманих результатів, можна надати низку корекційних рекомендацій, спрямованих на зменшення рівня депресивних розладів серед підлітків, що пов'язані з онлайн навчанням. По-перше, необхідно створювати умови для підтримки регулярної соціальної взаємодії між учнями, навіть у дистанційному форматі. Це може бути досягнуто через групові заняття, що поєднують навчальні та соціальні елементи, такі як обговорення тем в невеликих групах або спільні творчі проекти, що сприяють розвитку навичок командної роботи та соціального спілкування.

По-друге, рекомендується інтегрувати елементи психоосвіти в освітній процес, націлені на розвиток навичок саморегуляції емоцій та подолання стресу. Підлітки повинні бути ознайомлені з методиками управління стресом, такими як дихальні вправи, техніки релаксації, візуалізація або майндфулнес, що допомагають знижувати рівень тривожності та покращують емоційний стан під час навчання в

онлайн середовищі. Окрім цього, регулярна фізична активність і дотримання режиму сну є важливими чинниками підтримки психічного здоров'я, тому рекомендується включати відповідні рекомендації до програми підтримки учнів.

Третій аспект – це індивідуальний підхід до кожного підлітка, особливо тих, хто вже виявляє симптоми депресії. Використання регулярних психодіагностичних заходів дозволить виявити дітей із підвищеним ризиком розвитку депресії на ранніх стадіях. З такою категорією учнів доцільно проводити індивідуальні консультації та сеанси психологічної підтримки, спрямовані на корекцію негативних когніцій та розвиток адаптивних стратегій поведінки.

Крім того, важливо залучити батьків до процесу підтримки підлітків, що навчаються в онлайн форматі. Батькам слід надати інформацію щодо ознак депресії, а також навчити їх простим технікам емоційної підтримки своїх дітей. Батьківські збори або консультації, спрямовані на підвищення рівня їх обізнаності, можуть знизити рівень тривоги у сім'ї та покращити емоційний клімат вдома, що в свою чергу сприятиме зниженню депресивних проявів у підлітків.

Таким чином, на основі проведеного дослідження та результатів апробації психокорекційної програми, було розроблено та впроваджено низку ефективних рекомендацій, які можуть бути використані як педагогами, так і психологами для підтримки психічного здоров'я підлітків в умовах онлайн навчання. Завдяки цим заходам, вдалося не тільки зменшити рівень депресивних розладів серед учасників програми, але й підвищити їхню соціальну активність, мотивацію до навчання та загальний рівень психоемоційної стабільності.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анджейчак А. Психолого-педагогічні умови формування творчої особистості дитини в освітньо-виховних закладах / А.Анджейчак // *Обдарована дитина*. 2000. №5, С.8-13
2. Аршава І. Ф. Функціональні стани людини в процесі адаптації до екстремальних умов діяльності (у парадигмі «особистість-стан») *Вісник АПН України: Педагогіка і психологія*. – 2006. – № 4 (53). – С. 82–90.
3. Бабій М. Суїцидальні наміри у неповнолітніх як результат депресивних станів / *Український науковий журнал «Освіта регіону»*. - № 2. – 2013. С. 45-49
4. Бацилєва О.В., Пузь І.В., Гресько І.М. Особливості ставлення до здоров'я молоді з різним рівнем психоемоційного напруження. *Психологічний часопис*. 2020. № 6(16). С. 167–183.
5. Бедлінський В. О. Депресивна симптоматика: особливості перебігу залежно від віку пацієнта. *Психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2018. № 3 (96). С. 22–24.
6. Бедлінський В. О. Порівняльна характеристика депресії у хворих, які перенесли черепно-мозкову травму, та у пацієнтів з ендогенними афективними розладами настрою. *Архів психіатрії*. 2017. № 23. С. 33–36.
7. Бігун І. Психологічні умови особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами : *монографія*. Кам'янець-Подільський : ПП Медобори. 2011. 160 с.
8. Білоус Р. М., Біленко Д. С. Психологічні особливості депресивних станів старшокласників. 2021 URL: <http://www.http://dSPACE.pnpU.edu.ua/bitstream/123456789/7949/1/12.pdf>
9. Бортніков О.Г., Тодорова І.С. Особливості виявлення депресивних станів у різних вікових груп. *Соціально-правові студії*. 2021. Випуск 1 (11). С. 163-172
10. Бочелюк В.Й. Соціально-психологічні особливості розвитку стресостійкості особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2021. № 1. С. 37–50.

11. Бурчинський С.Г., Н.Ю.Бачинська, Депресія та когнітивні порушення: можливості комбінованої терапії. ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф.Чеботарьова НАМН України». Київ 3 (124)., 2021
12. Волошин, П. В. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика): монографія / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Г. М. Кожина, М. В. Маркова та ін. – Харків, 2016. – 335 с
13. Волошин, П. В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди. *Український вісник психоневрології*. – 2015. – Т. 23, № 1 (82). – С. 5–11.
- 14.Галка Л. Депресія: історичний погляд та сучасні дослідження. URL: Депресія: історичний погляд і сучасні дослідження | Про|стір (prostranstvo.media)
- 15.Грисенко, Н.В. Посібник до вивчення курсу «Історія психології» Дніпропетровськ РВ В ДНУ /Н.В.Грисенко. – Дніпро. 2008. – 230с
- 16.Депресивні розлади / URL: <https://compendium.com.ua/uk/handbooks-uk/nozologia-dovidnyk/depresivni-rozlad/>
- 17.Депресія. Хвороба сучасності / Самюель Пфайфер ; [наук. ред. В. Бабич ; пер. з нім. Олега Кушнікова]. — Львів: Свічадо, 2017. — 87 с
18. Закон України від 22.02.2000 р. № 1489-III «Про психіатричну допомогу»
19. Звиняцьківська З. Проблеми/Можливості дистанційної освіти/ *Фонду Фрідріха Науманна за Свободу* // URL: Проблеми / можливості дистанційного навчання | Нова українська школа (nus.org.ua)
20. Зеленська К.О., Кольцова Г.Г. Клініко-психопатологічний аналіз сучасних депресивних розладів поєднаних з суїцидальною поведінкою жінок. *Scientific Journal «ScienceRise: Medical Science»*. № 12(20)2017. С. 39-42
21. Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика. *Науковий вісник мну імені В. Сухомлинського*. 2016. № 1 (16). С. 77-81.



22. Исометса, Е. Поширеність, клінічні особливості та лікування депресії в умовах первинної медичної допомоги. *Огляд фінських досліджень. Європейська психіатрія*. 2001. № 16(3), С. 179-184.
23. Карагодіна О.Г. Соціальна значущість депресивних розладів (аналітичний огляд літератури). *Вісник асоціації психіатрів України*. 2013. № 3. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/36845>.
24. Клінічна патофизиология: керівництво для лікарів та клінічних психологів / В.М. Блейхер, І.В. Крук, С.М. Боков. 2008. 624 с. URL: <http://ibib.ltd.ua/klinicheskaya-patopsihologiya-rukovodstvo-dlya.html>.
25. Кожина, Г. М. Механізми формування та шляхи профілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади. *Монографія* / Г. М. Кожина, В. І. Коростій, К. О. Зеленська. – Харків.: ХНМУ, 2014. – 64 с.
26. Коса Н.С. До проблеми психологічного дослідження депресивності як особистісної властивості в підлітковому віці. URL: [https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/doc/2009/10\\_2009/16.pdf.pdf](https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/doc/2009/10_2009/16.pdf.pdf).
27. Костюк О. Наслідки дистанційного навчання // URL: [Наслідки дистанційного навчання – Освіта.UA \(osvita.ua\)](http://osvita.ua)
28. Кошак Б. О. Оцінка депресивних розладів у хворих з анкілозивним спондилоартритом. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2016. № 1. С. 33–36.
29. Криворучко, П.П. Історія психології: курс лекцій. /П.П.Киворучко; за заг. ред. М.С. Корольчука. – К. «Ельга. Ніка-центр», 2003. – 248 с.
30. Круглова Н. Теоретичні засади дослідження сутності депресії та депресивних станів і їх психологічних проявів URL: [206868-Текст статті-465076-1-10-20200630 \(1\).pdf](http://206868-Текст статті-465076-1-10-20200630(1).pdf)
31. Левчук, Л. Т. Психоаналіз: історія, теорія, мистецька практика : навч. посіб. / Л. Т. Левчук. – Київ : Либідь, 2002. – 256 с.

32. Лікування пацієнтів із депресивними розладами: чи всі можливості використано. *Психіатрія: аспекти лікування*. URL: [https://health-ua.com/multimedia/userfiles/files/2024/Nevro\\_1\\_2024/nevro\\_1\\_2024\\_st4.pdf](https://health-ua.com/multimedia/userfiles/files/2024/Nevro_1_2024/nevro_1_2024_st4.pdf)
33. Логановський К.М. Напреєнко Н.Ю. Депресія: історичний нарис, походження, діагностика та лікування на початку III тисячоліття. *«Антропологія»*. 2019, №4
34. Мельничук І.В., Кравченко Н.М. Діагностика та корекція депресивного стану у старшому шкільному віці. *Психологія. Наука і освіта*. 2013. № 7, с. 183-188.
35. Менделевич В.Д. Клінічна та медична психологія. Київ : Либідь, 2009, С. 390.
36. Методика «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк) URL: [4.5. Тест «Самооцінка психічних станів» \(Г. Айзенк\) - e-Pidruchniki.com](https://e-pidruchniki.com/4.5.Тест-Самооцінка-психічних-станів-Г.-Айзенк/)
37. Міжнародний класифікатор хвороб 10 (МКХ-10). URL : <https://mkb-10.com>.
38. Мішиєв В.Д. Сучасні депресивні розлади: керівництво для лікарів. – Львів: Видавництво Мс. – 2004. 208с.
39. Напреєнко О.К. Медичний стандарт. Депресія (легкий та помірний депресивний епізоди без соматичного синдрому та з соматичним синдромом). За ред. Г. Росс, О.М. Новічкової NICARE К., 2006
40. Наугольник Л.Б. Психологія стресу: підручник Львів. *Львівський державний університет внутрішніх справ*. 2015. – 324 с.
41. Овчаренко Л. К. Дистанційне навчання в реаліях вищої медичної освіти / Л. К. Овчаренко, І. В. Циганенко, О. В. Мохначов // Реалії, проблеми та перспективи вищої медичної освіти. *Матеріали навч.-наук. конф. з міжнар. участю*. 2021 р. – Полтава, 2021. – С. 195–196.
42. Орос М., Тодавич О. Нейробіологічні основи депресії та тривожного розладу: принципи консервативного лікування. НЕЙPONEWS. 2019. № 1. С. 34-36.
43. Пасічняк Н. І., Матейко Н. М. Психологічні особливості депресивних розладів. *Актуальні проблеми сучасної психології*. 2017. С. 27–31.

- 44.Перекрест Ю. Депресія в обмін на вищу освіту / Освіторія / URL: Депресія в обмін на вищу освіту: вчені дослідили вплив навчання у виші на стан здоров'я - новини освіти | «Освіторія» (osvitoria.media)
45. Підлубний В.Л., Хомицький М.Є. Сучасний стан проблеми діагностики та терапії депресивних розладів (огляд літератури)./ *Запорізький державний медико-фармацевтичний університет.* URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/20065/1/c78-83-0.pdf>
46. Психіатр: Інші тривожні розлади: Змішаний тривожний і депресивний розлад. *Медичні довідники серії «Бібліотека Здоров'я України».* 2022. URL: [www.dovidnyk.org](http://www.dovidnyk.org).
47. Психологічні умови особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами. Монографія. Кам'янець-Подільський : ПП Медобори, 2006, 2011. 160 с.
- 48.Радул І. Депресивність як психологічний феномен Актуальні проблеми психології. *Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.* 2018. Вип. 11. С. 163-172.
49. Радул І. Дослідження егоцентризму дитячого мовлення в психології. *Психологічні виміри суспільства* / ред. кол. : І. С. Попович, С. І. Бабатіна, І. Р. Крупник та ін. – Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2019. – Вип. 2. - С. 52-57.
50. Ратинська О.М. Соціально-педагогічна профілактика емоційних перевантажень у підлітків. *Науковий вісник Ужгородського національного університету.* Тернопіль. 2023, 164-167 с
- 51.Роменець, В.А. Історія психології ХХ ст. /В.А.Роменець. – Київ.:Либідь, 1998. – 989 с.

52. Сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я. URL : <http://www.un.org.ua/ua/informatsiinyi-tsentru/news/4100-vooz-75protsen-lyudej-shcho-strazhdayut-na-gliboku-depresiyu-ne-otrimuyut-adekvatnogo-likuvannya>.
53. Сиратюк П. Тести на тривожність та депресію: які тести існують і як обрати для себе. *Психологія онлайн* URL: [Тести на Тривожність і Депресію: ТОП 10 \(Онлайн-Тестів\) \(psihologonline.pro\)](https://psihologonline.pro)
- 54.Скворчевська Є.Л. Особливості депресивних станів у молоді: діагностика та психологічна допомога. *ГАБІТУС*, випуск 42, 2022 – 218-222 с.
- 55.Слабкий Г. О. Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря: обстеження на схильність до самогубства та депресії: метод. реком. / за ред. Г. О. Слабкого. Київ., 2021. 32 с.
- 56.Сташишин В. Стіни в моїй голові. Життя з тривожністю і депресією. *Видавництво «Віхола»*. 2024. С.206
- 57.Тахташова, Д. Р. Програма диференційованої профілактики суїцидальної поведінки у хворих з біполярними афективними. *Український вісник психоневрології*. – 2014. – Т. 22, № 1 (78). – С. 91–96.
58. Українська психологічна термінологія: словник-довідник. За ред. М.-Л.А. Чепи. — К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2010. — 302 с.
59. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Депресія / Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 року № 1003
- 60.Фіданян О. Переваги дистанційного навчання, які відчули на собі освітяни. *Всеосвіта*. 2021. URL: [Переваги дистанційного навчання, які відчули на собі освітяни: Олена Фіданян про позитивний вплив онлайн-навчання \(vseosvita.ua\)](https://vseosvita.ua)
61. Фурман, А. В. Психологія Я-концепції : навч. посіб. / А. В. Фурман, О. Є. Гуменюк. – Львів : Новий Світ-2000, 2006. – 360 с.

62. Хорні, К. Невротична особистість нашого часу / К. Хорні. - Харків, 2002. - 224 с.
63. Черкасова А. О. Проблема психосоматичних розладів у дітей в сучасних умовах. *Український вісник психоневрології*. 2017. Том 25 випуск 1 (90). – 160-161с.
64. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник./ друге видання. Харків : Прапор, 2009. 540 с.
65. Шкала HADS для визначення рівня тривоги і депресії. *Портал психологічної допомоги*. URL: <https://vcf.vn.ua/shkala-hads-dlya-viznachennya-rivnya-trivogi-i-depresi%D1%97/#gsc.tab=0>
66. Шкала депресії DEPS. *Портал психологічної допомоги МОЗок*. URL: <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2710-shkala-depres-DEPS>
67. Шкала депресії Бека: опис методики та процедура тестування. *Щотижневий*. Київ. 2020. URL: <https://kyivweekly.com.ua/shkala-depresi%D1%97-beka-opis-metodiki-i-procedura-testuvannya/>
68. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013
69. Barton B. Die depressive Symptomatik muss «übersetzt» werden. *Neurologe & Psychiater*. 2017. №18, p. 35–44. URL: <https://doi.org/10.1007/s15202-017-1598-6>.
70. Barton B. Die depressive Symptomatik muss «übersetzt» werden. *Neurologe & Psychiater*. 2017. V. 18. № 3. P. 35–44. URL: <https://doi.org/10.1007/s15202-017-1598-6>.
71. Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 1988. № 8(1), P. 77-100. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0272735888900505?via%3Dihub>

72. Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, № 8(1), P. 77-100. URL: [https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0272735888900505#:~:text=https://doi.org/10.1016/0272-7358%20\(88\)90050-5Get%20rights%20and%20content.%20Abstract.%20Research%20studies](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0272735888900505#:~:text=https://doi.org/10.1016/0272-7358%20(88)90050-5Get%20rights%20and%20content.%20Abstract.%20Research%20studies)
73. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961. № 4(6), P. 561-571. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/487993>
74. Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002. № 52(2), P. 69-77. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022399901002963?via%3Di> [hub](#)
75. Brown, G. W., & Harris, T. O. Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population: 1. Early adversity. 1993. *Psychological Medicine*, 23(1), 143–157.
76. Chaban O., Khaustova O., Bezsheiko V. Reliability and validity of Chaban Quality of Life Scale. 2020. *Vienna Post*. №2, p. 301.
77. Cooper M., Syle R. Relationships between psychological differentiation and Cattell's personality traits. *Journal of Psychology*. 2020. Vol. 97 P. 135–139
78. Dozois, D. J. A., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory–II. *Psychological Assessment*, № 10(2), P. 83-89. URL: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F1040-3590.10.2.83>
79. Elmer, T., Mepham, K., & Stadtfeld, C. Students under lockdown: Comparisons of students' social networks and mental health before and during the COVID-19. 2020.

- URL: Students under lockdown: Comparisons of students' social networks and mental health before and during the COVID-19 crisis in Switzerland - PubMed (nih.gov)
80. Eschweiler, G. W. Diagnostik und multimodale Therapie der Altersdepression: Diagnostics and multimodal treatment of depression in old age. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2017. № 50, p. 99–105.
  81. Eschweiler, G. W. New developments in the diagnosis of dementia. *Dtsch Arztebl Int*. 2010. 107 (39), p. 677–683.
  82. Eysenck, H. J. *The Biological Basis of Personality*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher. 1992. URL: <https://www.taylorfrancis.com/books/edit/10.4324/9781351305280/biological-basis-personality-hans-eysenck>
  83. Eysenck, H. J. The Study of Anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, № 61(2), P. 271-289.
  84. Glass R. M. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *Context*. 2004. V. 85. P. 90.
  85. Gong Q Depression, neuroimaging and connectomics: a selective overview. *Biol Psychiatry*. 2015. № 77(3). C. 223-255.
  86. Harrington, R. The Assessment and Measurement of Depression in Clinical Practice. *Journal of Clinical Psychology*. 2005. № 61(1), P. 7-14. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7673056/#:~:text=Meta-analysis%20of%20pooled%20data%20from%2014%20760%20primary%20care%20adults>
  87. Herrmann, C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale – A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*. 1997. № 42(1), P. 17-41. URL: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399996002164>

88. Kentucky counseling center. Mental Health Effects of Online Learning Internet article. 2021. Retrieved from <https://kentuckycounselingcenter.com/mentalhealth-effects-of-online-learning/>
89. Leichsenring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitivebehavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev.* 2001. 21(3) p. 401-19.
90. Lemola, S., Perkinson-Gloor, N., Brand, S., Dewald-Kaufmann, J. F., & Grob, A. Adolescents' Electronic Media Use at Night, Sleep Disturbance, and Depressive Symptoms in the Smartphone Age. 2015. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25204836/#:~:text=To%20better%20understand%20the%20interplay%20between%20sleep,%20depressive%20symptoms,%20and>
91. Lischer, S., Safi, N., & Dickson, C. Remote Learning and Students' Mental Health During the Covid-19 Pandemic. *A Literature Review.* 2021. URL: [https://www.researchgate.net/publication/348256573\\_Remote\\_learning\\_and\\_students%27\\_mental\\_health\\_during\\_the\\_Covid-19\\_pandemic\\_A\\_mixed-method\\_enquiry#:~:text=The%20disruption%20caused%20by%20Covid-19%20in%20the%20educational%20sector%20may](https://www.researchgate.net/publication/348256573_Remote_learning_and_students%27_mental_health_during_the_Covid-19_pandemic_A_mixed-method_enquiry#:~:text=The%20disruption%20caused%20by%20Covid-19%20in%20the%20educational%20sector%20may)
92. Melartin T. Symptoms of anxiety and depression: Comparison of the Beck Depression Inventory and the DEPS scale. *Journal of Affective Disorders.* 2023. №77(1), P. 35-45. URL: [https://www.researchgate.net/publication/11218434\\_Barriers\\_to\\_help-seeking\\_by\\_men\\_A\\_review\\_of\\_sociocultural\\_and\\_clinical\\_literature\\_with\\_particular\\_reference\\_to\\_depression#:~:text=Lines%20of%20future%20research%20are%20proposed%20to%20investigate%20the%20links](https://www.researchgate.net/publication/11218434_Barriers_to_help-seeking_by_men_A_review_of_sociocultural_and_clinical_literature_with_particular_reference_to_depression#:~:text=Lines%20of%20future%20research%20are%20proposed%20to%20investigate%20the%20links)
93. Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Gorman, C., Rowden, L., Tunmore, R., Robertson, B., & Bliss, J. The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. *British Journal of Psychiatry.* 1991. № 158(2), P. 255-259. URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british->



[journal-of-psychiatry/article/abs/factor-structure-and-factor-stability-of-the-hospital-anxiety-and-depression-scale-in-patients-with-cancer/3484D514D672E1F618F8D776AE0001DF](#)

94. Mumtaz, S. Factors Affecting Teachers' Use of Information and Communication Technology: A Review of the Literature. *Journal of Information Technology for Teacher Education*. 2000. №9(3), P. 319-342.
95. Pirkis, J. The effectiveness of different models of psychological care in primary care settings: A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, № 43(2), P. 144-155. URL: [https://www.researchgate.net/publication/327508594\\_Digital\\_competence\\_and\\_digital\\_literacy\\_in\\_higher\\_education\\_research\\_Systematic\\_review\\_of\\_concept\\_use#:~:text=This%20paper%20presents%20a%20systematic%20review%20of%20research%20where%20these](#)
96. Rado, S. The problem of melancholia. London. *The International Journal of Psychoanalysis*. 1992. 9, 420–438.
97. Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A., & Sauer, H. On the validity of the Beck Depression Inventory: A review. *Psychopathology*, № 31(3), P. 160-168. URL: [https://karger.com/psp/article-abstract/31/3/160/283748/On-the-Validity-of-the-Beck-Depression-InventoryA?redirectedFrom=fulltext](#)
98. Schroder C. W. Sleep and circadian rhythms in adolescents with attempted suicide. *Scientific Reports*. 2024. URL: [https://www.researchgate.net/publication/379694838\\_Sleep\\_and\\_circadian\\_rhythms\\_in\\_adolescents\\_with\\_attempted\\_suicide](#)
99. Schroder C. W. Sleep disorders and their treatment in children with neurodevelopment disorders. *ESCAP State of the Art Speaker 2023 in Copenhagen* URL: [https://www.escap.eu/events/escap-2023-congress-in-copenhagen-speakers/carmen-schroder-interview](#)

100. Snaith, R. P. The Hospital Anxiety And Depression Scale. Health and Quality of Life Outcomes. 2001. № 1(1), P. 29. URL: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-1-29>
101. Szalavitz M. Psychologist Simon Baron-Cohen on Empathy and the Science of Evil. *Time*. 2011. URL: [Q&A: Psychologist Simon Baron-Cohen on Empathy and the Science of Evil | TIME.com](https://www.time.com/time/health/article/0,9171,2581161,00.html)
102. Thuault S. A Conversation with Helen Mayberg. *Cold Spring Harbor Symposia on Quantitative Biology*. URL: <https://symposium.cshlp.org/content/83/264.full>
103. Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2018). Associations Between Screen Time and Lower Psychological Well-Being Among Children and Adolescents: Evidence From a Population-Based Study. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30406005/#:~:text=After%201%20h/day%20of%20use,%20more%20hours%20of%20daily%20screen>
104. Twenge, J. M., & Nolen-Hoeksema. Age, gender, race, socioeconomic status, and the increasing prevalence of adolescent depression. 2004. URL: [https://www.researchgate.net/publication/11037998\\_Age\\_gender\\_race\\_socioeconomic\\_status\\_and\\_birth\\_cohort\\_differences\\_on\\_the\\_Children%27s\\_Depression\\_Inventor\\_y\\_A\\_meta-analysis#:~:text=Jean%20M.%20Twenge,%20Department%20of%20Psychology,%20San%20Diego%20State%20Univer-sity;](https://www.researchgate.net/publication/11037998_Age_gender_race_socioeconomic_status_and_birth_cohort_differences_on_the_Children%27s_Depression_Inventor_y_A_meta-analysis#:~:text=Jean%20M.%20Twenge,%20Department%20of%20Psychology,%20San%20Diego%20State%20Univer-sity;)
105. Vignesh Ramachandran. Stanford researchers identify four causes for «Zoom fatigue» and their simple fixes. *Stanford news*. Internet article. 2021. URL: <https://news.stanford.edu/2021/02/23/four-causes-zoom-fatigue-solutions/>.
106. Vuorilehto, M. The reliability and validity of the DEPS screening tool for identifying major depressive episodes." *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2006. № 24(2),P. 85-91.

107. Vuorilehto, M., Melartin, T., & Isometsä, E. Depressive disorders in primary care: Prevalence, diagnosis, and the use of the DEPS screen. *Primary Care and Community Psychiatry*. 2005. 10(3), 145-153.
108. Wiles, N. J., Haase, A. M., Gallacher, J., Lawlor, D. A., & Lewis, G. Physical activity and common mental disorder: *Results from the Caerphilly study*. 2012. URL: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00127-011-0422-4.pdf>
109. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983. № 67(6), P. 361-370. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## ОПИТУВАЛЬНИК ДЕПРЕСІЇ БЕКА

**Інструкція:** Цей опитувальник складається з групи тверджень. Прочитайте, будь-ласка, кожен групу тверджень і виберіть те, яке найбільш точно характеризує ваше самопочуття, мислення і настрої на сьогодні. Обведіть колом номер вибраного твердження. Зверніть увагу, що спершу необхідно прочитати усі твердження в одній групі і лиш тоді робити вибір.

| № | Варіанти відповідей                                                                                                                                                                                                                                    | Кількість балів |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 1 | 0. Мені не сумно.<br>1. Мені сумно, я чуюсь пригніченим.<br>2. Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим і не можу відволіктись від цього стану.<br>3. Я відчуваю нестерпний сум та тугу.                                                                  |                 |
| 2 | 0. Я спокійно думаю про майбутнє.<br>1. Думки про майбутнє викликають в мені страх та тривогу.<br>2. Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися.<br>3. Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити. |                 |
| 3 | 0. Я не відчуваю себе невдахою.<br>1. Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей.<br>2. Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок.<br>3. Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.)                     |                 |
| 4 | 0. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей. Я<br>1. не отримую такого задоволення, як раніше од улюблених занять та речей.<br>2. Я ні від чого не отримую задоволення.<br>3. Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу.               |                 |
| 5 | 0. Я не відчуваю відчуття провини.<br>1. Я доволі часто відчуваю провину.<br>2. Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини.<br>3. Мене мучить постійне відчуття провини.                                                        |                 |
| 6 | 1. Я не вважаю, що заслуговую покарання.<br>2. Я допускаю, що заслуговую покарання.<br>3. Я вважаю, що маю бути покараним.                                                                                                                             |                 |

|    |                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|    | 4. Я відчуваю, що доля карає мене.                                                                                                                                                                                                     |  |
| 7  | 0. Я в основному задоволений тим, ким я є.<br>1. Я незадоволений собою.<br>2. Я гидкий собі.<br>3. Я ненавиджу себе.                                                                                                                   |  |
| 8  | 0. Я не думаю, що я гірший, ніж інші люди.<br>1. Я критикую себе за слабкості та помилки.<br>2. Я постійно докоряю собі за різні помилки.<br>3. Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо.                                      |  |
| 9  | 0. У мене не виникає думок про самогубство.<br>1. У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього.<br>2. Я хочу вмерти і планую самогубство.<br>3. Якщо б була нагода, я б зробив самогубство.                    |  |
| 10 | 0. Я не плачу більш часто, ніж звичайно.<br>1. Я плачу частіше, ніж звичайно.<br>2. Я увесь час плачу.<br>3. Раніше я часто плакав, але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться.                                 |  |
| 11 | 0. Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно.<br>1. Я дратуюся легше, ніж звичайно.<br>2. Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення.<br>3. Те, що раніше дратувало мене, тепер мені стало байдуже.             |  |
| 12 | 0. Я не втратив цікавості до людей.<br>1. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше.<br>2. Я майже повністю втратив інтерес до людей.<br>3. Люди мені глибоко байдужі.                                                                     |  |
| 13 | 0. Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення.<br>1. Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень.<br>2. Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення.<br>3. Я не в стані приймати жодних рішень.                         |  |
| 14 | 0. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно. Мене<br>1. турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старшим, ніж на свій вік.<br>2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше.<br>3. Я переконаний, що виглядаю жахливо. |  |
| 15 | 0. Мені працюється так, як і раніше.<br>1. Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці.<br>2. Я з великою трудністю змушую себе взятися до праці.                                                                      |  |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|    | 3. Я не в стані працювати.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| 16 | 0. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше.<br>1. Я сплю гірше, ніж раніше.<br>2. Я буджуся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути.<br>3. Я буджуся на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не можу заснути.                                                                                                |  |
| 17 | 0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно.<br>1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше.<br>2. Я втомлююся від будь-якого заняття.<br>3. Я чуюся настільки втомленим, що не в стані будь-чим займатися.                                                                                                                                     |  |
| 18 | 0. У мене нормальний апетит.<br>1. У мене погіршився апетит.<br>2. У мене майже відсутній апетит.<br>3. У мене зовсім нема апетиту.                                                                                                                                                                                                    |  |
| 19 | 0. Моя вага залишається незмінною.<br>1. За останній час я схуд більше ніж на 3 кг.<br>2. За останній час я схуд більше ніж на 5 кг.<br>3. За останній час я схуд більше ніж на 7 кг. Я намагаюся  схуднути, свідомо обмежуючи себе в їжі: так / ні |  |
| 20 | 0. Моє тілесне здоров'я є добре.<br>Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми (наприклад,<br>1. болі в животі, запори та ін.).<br>Я дуже занепокоєний наявними в мене фізичними симптомами.<br>2.<br>3. Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров'я, що практично не можу думати ні про що інше.                       |  |
| 21 | 0. Мій інтерес до протилежної статті за останній час не зменшився.<br>1.<br>2. Дівчата/ Юнаки мене цікавить зараз менше, ніж звичайно.<br>Мій інтерес до протилежної статті значно зменшився.<br>3. Я повністю втратив інтерес до протилежної статті.                                                                                  |  |

#### Методика оцінювання:

- 0-13 балів: Відсутність або мінімальна депресія.
- 14-19 балів: Легка депресія.
- 20-28 балів: Помірна депресія.
- 29-63 бали: Важка депресія.

## Додаток Б.

## ШКАЛА ДЕПРЕСІЇ DEPS

*Шкала депресії DEPS (скорочено від «Depression Scale») – короткий опитувальник із досить високою чутливістю, що використовується серед інших для швидкої діагностики депресивних станів. Дана версія опитувальника вважається валідним інструментом для експрес-діагностики депресій серед населення.*

**Інструкція: Інструкція.** Уважно прочитайте опис різних психічних станів. Познач пункт, який стосується тебе.

1. Протягом останнього місяця ви страждали від безсоння?
  0. Зовсім ні
  1. Трохи
  2. Досить сильно
  3. Дуже сильно
2. Протягом останнього місяця ви відчували смуток?
  0. Зовсім ні
  1. Трохи
  2. Досить сильно
  3. Дуже сильно
3. Протягом останнього місяця ви відчували, що все робите через силу?
  0. Зовсім ні
  1. Трохи
  2. Досить сильно
  3. Дуже сильно
4. Протягом останнього місяця ви відчували зниження енергії?
  0. Зовсім ні
  1. Трохи
  2. Досить сильно
  3. Дуже сильно
5. Протягом останнього місяця ви відчували самотність?
  0. Зовсім ні
  1. Трохи
  2. Досить сильно

3. Дуже сильно
6. Протягом останнього місяця ви вважали майбутнє безнадійним?
  0. Зовсім ні
  1. Трохи
  2. Досить сильно
  3. Дуже сильно
7. Протягом останнього місяця ви не отримували задоволення від життя?
  0. Зовсім ні
  1. Трохи
  2. Досить сильно
  3. Дуже сильно
8. Протягом останнього місяця ви відчували безглуздість існування?
  0. Зовсім ні
  1. Трохи
  2. Досить сильно
  3. Дуже сильно
9. Протягом останнього місяця ви відчували, що все радісне зникло з життя?
  0. Зовсім ні
  1. Трохи
  2. Досить сильно
  3. Дуже сильно
10. Протягом останнього місяця ви відчували себе пригніченим, навіть перебуваючи в родині та з друзями?
  0. Зовсім ні
  1. Трохи
  2. Досить сильно
  3. Дуже сильно

**Методика оцінювання:**

- Менше 9 балів – депресивні симптоми відсутні.
- 9-18 балів – можливі депресивні симптоми, рекомендується додаткове обстеження.
- 18 і більше балів – високий ризик депресії, варто звернутися до спеціаліста.



## ГОСПІТАЛЬНА ШКАЛА ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ HADS

**Інструкція:** Прочитайте твердження нижче і оцініть, як часто протягом останніх двох тижнів Вас турбували будь-які з перерахованих проблем?

1. Я відчуваю напруженість, мені не по собі:
  0. Увесь час
  1. Часто
  2. Час від часу
  3. Зовсім не відчуваю
2. Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння:
  0. зовсім не відчуваю
  1. іноді
  2. часто
  3. дуже часто
3. Мені здається, що я почав усе робити дуже повільно:
  0. практично увесь час
  1. часто
  2. іноді
  3. зовсім ні
4. Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися:
  0. звичайно, це так, і страх дуже сильний
  1. це так, але страх не дуже сильний
  2. іноді, але це мене не турбує
  3. зовсім не відчуваю
5. Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає таке ж:
  0. звичайно ж, це так
  1. напевно, це так
  2. це так, але значно менше
  3. це зовсім не так
6. Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися:/n
  0. звичайно, це так

1. напевно, це так
2. лише іноді це так
3. зовсім не відчуваю

**7. Я не стежу за своєю зовнішністю:**

0. звичайно, це так
1. я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно
2. можливо, я став менше приділяти цьому уваги
3. я стежу за собою так само, як і раніше

**8. Неспокійні думки крутяться у мене в голові:**

0. постійно
1. більшу частину часу
2. час від часу
3. тільки іноді

**9. Я здатний розсміятися і побачити смішне в тій чи іншій події:**

0. звичайно, це так
1. напевно, це так
2. лише трохи це так
3. зовсім не здатний

**10. У мене буває раптове відчуття паніки:**

0. дуже часто
1. досить часто
2. не дуже часто
3. зовсім не буває

**11. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені відчуття задоволення:**

0. так само, як і зазвичай
1. так, але не настільки, як раніше
2. значно менше, ніж зазвичай
3. зовсім так не вважаю

**12. Я легко можу сісти і розслабитися:**

0. звичайно, це так
1. напевно, це так
2. лише зрідка це так

3. зовсім не можу

**13.** Я можу отримати задоволення від хорошої книги, радіо- або телепрограми:

0. часто

1. іноді

2. рідко

3. дуже рідко

**14.** Я відчуваю бадьорість:

0. зовсім не відчуваю

1. дуже рідко

2. іноді

3. практично увесь час

**Методика оцінювання:**

- 0–7 балів вказують на відсутність або мінімальні симптоми.
- 8–10 балів означають помірний рівень тривоги або депресії, що може потребувати подальшого вивчення або втручання.
- 11 і більше балів вказують на значні симптоми, які потребують клінічної уваги.

## Додаток Г.

## Кореляційний коефіцієнт Фехнера

## Залежність часу в мережі від рівня депресії серед дівчат

| П\Н     | Рівень депресії | Час в мережі | Значення депресії | Значення мережі | Підрахунок |
|---------|-----------------|--------------|-------------------|-----------------|------------|
| 1       | 13              | 12           | +                 | +               | a          |
| 2       | 3               | 4            | -                 | -               | a          |
| 3       | 8               | 7            | +                 | +               | a          |
| 4       | 7               | 7            | +                 | +               | a          |
| 5       | 2               | 4            | -                 | -               | a          |
| 6       | 1               | 4            | -                 | -               | a          |
| 7       | 7               | 5            | +                 | +               | a          |
| 8       | 5               | 5            | -                 | -               | a          |
| 9       | 1               | 4            | -                 | -               | a          |
| 10      | 3               | 5            | -                 | -               | a          |
| 11      | 3               | 4            | -                 | -               | a          |
| 12      | 2               | 2            | -                 | -               | a          |
| 13      | 4               | 5            | -                 | -               | a          |
| 14      | 11              | 8            | +                 | +               | a          |
| 15      | 7               | 7            | +                 | +               | a          |
| 16      | 8               | 9            | +                 | +               | a          |
| 17      | 7               | 8            | +                 | +               | a          |
| 18      | 2               | 5            | -                 | -               | a          |
| 19      | 9               | 8            | -                 | +               | b          |
| 20      | 6               | 7            | -                 | +               | b          |
| 21      | 10              | 9            | +                 | +               | a          |
| 22      | 11              | 10           | +                 | +               | a          |
| 23      | 12              | 11           | +                 | +               | a          |
| 24      | 9               | 9            | +                 | +               | a          |
| 25      | 9               | 8            | +                 | +               | a          |
| x = 6,4 |                 | y = 6,68     |                   |                 |            |

$$K=0,84$$

Сильний зв'язок

$$K= 23-2/ 23+2$$

## Стандартні значення критерію Стьюдента

| Число ступенів<br>свободи | Рівень значущості |       |        | Число ступенів<br>свободи | Рівень значущості |      |       |
|---------------------------|-------------------|-------|--------|---------------------------|-------------------|------|-------|
|                           | 0,95              | 0,99  | 0,999  |                           | 0,95              | 0,99 | 0,999 |
| 1                         | 12,71             | 63,66 | 636,62 | 19                        | 2,09              | 2,86 | 3,88  |
| 2                         | 4,30              | 9,92  | 31,60  | 20                        | 2,09              | 2,85 | 3,85  |
| 3                         | 3,18              | 5,84  | 12,94  | 21                        | 2,08              | 2,83 | 3,82  |
| 4                         | 2,78              | 4,60  | 8,61   | 22                        | 2,07              | 2,82 | 3,79  |
| 5                         | 2,57              | 4,03  | 6,86   | 23                        | 2,07              | 2,81 | 3,77  |
| 6                         | 2,45              | 3,71  | 5,96   | 24                        | 2,06              | 2,80 | 3,74  |
| 7                         | 2,36              | 3,50  | 5,40   | 25                        | 2,06              | 2,79 | 3,72  |
| 8                         | 2,31              | 3,36  | 5,04   | 26                        | 2,06              | 2,78 | 3,71  |
| 9                         | 2,26              | 3,25  | 4,78   | 27                        | 2,05              | 2,77 | 3,69  |
| 10                        | 2,23              | 3,17  | 4,59   | 28                        | 2,05              | 2,76 | 3,66  |
| 11                        | 2,20              | 3,11  | 4,49   | 29                        | 2,05              | 2,76 | 3,66  |
| 12                        | 2,18              | 3,05  | 4,32   | 30                        | 2,05              | 2,76 | 3,66  |
| 13                        | 2,16              | 3,01  | 4,22   | 35                        | 2,04              | 2,75 | 3,65  |
| 14                        | 2,14              | 2,98  | 4,14   | 40                        | 2,02              | 2,70 | 3,55  |
| 15                        | 2,13              | 2,95  | 4,07   | 60                        | 2,00              | 2,66 | 3,46  |
| 16                        | 2,12              | 2,92  | 4,01   | 120                       | 1,98              | 2,62 | 3,37  |
| 17                        | 2,11              | 2,90  | 3,96   | $\infty$                  | 1,96              | 2,58 | 3,29  |
| 18                        | 2,10              | 2,88  | 3,92   |                           |                   |      |       |

### Критерій Стюдента

*За основу було взято дані опитувальника за шкалою депресії Бека.*

Ступінь значення критеріїв Стюдента

0,986118476

$t_{\text{емпі}}(0,98) \leq t_{\text{теор}}(2,07)$

$\nu = 25 - 2$

$\nu = 23$  (число ступенів свободи)

| № | Дівчата | Юнаки | №  | Дівчата | Юнаки | №  | Дівчата | Юнаки |
|---|---------|-------|----|---------|-------|----|---------|-------|
| 1 | 21      | 3     | 9  | 0       | 13    | 17 | 8       | 22    |
| 2 | 3       | 25    | 10 | 3       | 0     | 18 | 2       | 5     |
| 3 | 10      | 3     | 11 | 4       | 1     | 19 | 11      | 23    |
| 4 | 14      | 29    | 12 | 0       | 0     | 20 | 6       | 5     |
| 5 | 2       | 4     | 13 | 8       | 4     | 21 | 13      | 4     |
| 6 | 6       | 2     | 14 | 23      | 8     | 22 | 22      | 3     |
| 7 | 5       | 26    | 15 | 10      | 9     | 23 | 19      | 18    |
| 8 | 7       | 3     | 16 | 14      | 15    | 24 | 17      | 3     |

## Додаток Е

**Методика «Самооцінка психічних станів» Г.Ю. Айзенк**

Методика дозволяє оцінити деякі неадаптивні стани (тривога, фрустрація, агресія) і властивості особистості (тривожність, фрустрованість, агресивність і ригідність).

**Інструкція.** Уважно прочитайте опис різних психічних станів.

Якщо цей опис збігається з Вашим станом і стан виникає часто, то необхідно оцінити його в 2 бали. Якщо цей стан виникає зрідка, то ставиться один бал. Якщо не збігається з Вашим станом – 0 балів.

**Вік досліджуваного:** з 12 років.

Таблиця 1.

**Діагностичний матеріал**

| № з/п | Психічні стани                                                           | Підходить | Не дуже підходить | Не підходить |
|-------|--------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------|--------------|
|       |                                                                          | 2         | 1                 | 0            |
| 1     | Не відчуваю у собі впевненості                                           |           |                   |              |
| 2     | Часто червонію без причини                                               |           |                   |              |
| 3     | Мій сон мене непокоїть                                                   |           |                   |              |
| 4     | Легко починаю нудьгувати                                                 |           |                   |              |
| 5     | Непокоюся через неприємності, які є тільки в уяві                        |           |                   |              |
| 6     | Мене лякають труднощі                                                    |           |                   |              |
| 7     | Люблю аналізувати свої недоліки                                          |           |                   |              |
| 8     | Мене легко переконати                                                    |           |                   |              |
| 9     | Я підозріливий                                                           |           |                   |              |
| 10    | Важко перенешу час очікування                                            |           |                   |              |
| 11    | Нерідко мені здаються безвихідними ситуації, із яких можна знайти вихід  |           |                   |              |
| 12    | Неприємності мене сильно засмучують, я падаю духом                       |           |                   |              |
| 13    | У неприємних ситуаціях я схильний без поважних причин звинувачувати себе |           |                   |              |
| 14    | Нещастя та невдачі нічому мене не вчать                                  |           |                   |              |
| 15    | Я часто відмовляюся від боротьби, вважаю її даремною                     |           |                   |              |

|    |                                  |  |  |  |
|----|----------------------------------|--|--|--|
| 16 | Я часто почуваю себе беззахисним |  |  |  |
| 17 | Іноді у мене буває стан відчаю   |  |  |  |

Продовження таблиці 1.

|    |                                                                          |  |  |  |
|----|--------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 18 | Відчуваю розгубленість перед труднощами                                  |  |  |  |
| 19 | У важкі хвилини життя іноді поводжуся як дитина, хочу, щоб мене пожаліли |  |  |  |
| 20 | Вважаю недоліки свого характеру невинними                                |  |  |  |
| 21 | Залишаю за собою право вирішального голосу                               |  |  |  |
| 22 | Часто при розмові перебиваю співрозмовника                               |  |  |  |
| 23 | Мене легко розсердити                                                    |  |  |  |
| 24 | Люблю робити зауваження іншим                                            |  |  |  |
| 25 | Хочу бути авторитетом для оточуючих                                      |  |  |  |
| 26 | Не задовольняюсь малим, хочу більшого                                    |  |  |  |
| 27 | Коли розгніваюсь, погано себе стримую                                    |  |  |  |
| 28 | Більше люблю керувати, ніж підкорятися                                   |  |  |  |
| 29 | У мене різка, грубувата жестикуляція                                     |  |  |  |
| 30 | Я злопам'ятний                                                           |  |  |  |
| 31 | Мені важко змінювати звички                                              |  |  |  |
| 32 | Нелегко переключати увагу                                                |  |  |  |
| 33 | З обережністю ставлюся до всього нового                                  |  |  |  |
| 34 | Мене важко переконати                                                    |  |  |  |
| 35 | Нерідко у мене з голови не виходять думки, яких потрібно позбутися       |  |  |  |
| 36 | Нелегко зближуюся з людьми                                               |  |  |  |
| 37 | Мене розчаровує навіть незначні зміни плану                              |  |  |  |
| 38 | Я проявляю впертість                                                     |  |  |  |
| 39 | Неохоче йду на ризик                                                     |  |  |  |
| 40 | Різко реагую на відхилення від прийнятого мною режиму                    |  |  |  |

### Методика оцінювання

Підраховується кількість балів за кожно з чотирьох груп питань:

I– 1-10-те питання –*тривожність*;

II– 11-20-те питання –*фрустрація* (психологічний стан зростаючого емоційно-вольового напруження, що виникає в конфліктній ситуації);

III – 21-30-те питання –*агресивність*;

IV– 31-40-ве питання – *ригідність* (тенденція до збереження своїх стереотипів, способів мислення, нездатність змінити власну точку зору).



## **Інтерпретація результатів**

### ***Тривожність:***

- 0-7 балів – низька тривожність;
- 8-14 балів – тривожність середня, допустимого рівня;
- 15-20 балів – висока тривожність.

### ***Фрустрація:***

– 0-7 балів – висока самооцінка, стійкість до невдач, ви не боїтеся труднощів;

- 8-14 балів – середній рівень самооцінки, має місце фрустрація;
- 15-20 балів – низька самооцінка, ви уникаєте труднощів, боїтеся невдач.

### ***Агресивність:***

– 0-7 балів – ви спокійні, стримані;

– 8-14 балів – середній рівень агресії;

– 15-20 балів – ви агресивні, нестримані, маєте труднощі в стосунках з людьми.

### ***Ригідність:***

– 0-7 балів – ригідності нема;

– 8-14 балів – середній рівень;

– 15-20 балів – сильно виражена ригідність, вам протипоказані зміна місця роботи, зміни в сім'ї.

## ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ДЕПРЕСІЇ У ПІДЛІТКІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ В ОНЛАЙН СЕРЕДОВИЩІ

### БЛОК «САМОПІЗНАННЯ»

#### Зустріч 1. Знайомство

Мета: Створення сприятливої атмосфери у групі; розвиток навичок самопрезентації; розвиток самопізнання та взаємоповаги.

#### 1. Обговорення правил групи.

Ці правила необхідні для забезпечення безпечного та підтримуючого середовища, де учасники можуть відкрито виражати свої почуття без страху осуду чи порушення приватності. Вони допомагають створити атмосферу довіри, взаємоповаги та активної взаємодії, що сприяє ефективності терапії.

##### 1. Конфіденційність

Учасники повинні зберігати інформацію, обговорену в групі, у таємниці. Це створює безпечний простір для відвертих розмов та особистих переживань, що є ключовим для ефективної терапії.

##### 2. Поважне ставлення

Усі учасники мають ставитися один до одного з повагою, навіть якщо їхні погляди чи досвід різняться. Важливо підтримувати атмосферу, де кожен відчуває себе почутим і зрозумілим.

##### 3. Активна участь

Участь у групових обговореннях повинна бути активною, але добровільною, з дотриманням власних меж. Кожен підліток заохочується до вираження своїх думок і емоцій у комфортний для нього спосіб.

##### 4. Уникання осуду

Група має бути вільною від критики чи осуду. Це допомагає учасникам відчувати підтримку і прийняття, що сприяє відкритості та взаємній допомозі.

##### 5. Підтримка один одного

Учасники мають намагатися підтримувати одне одного, вислуховуючи і надаючи емоційну підтримку. Колективна взаємодія є важливим елементом процесу одужання, оскільки допомагає підліткам не відчувати себе самотніми в своїх проблемах.

##### 6. Правило «СТОП».

Дає можливість будь-якому учаснику не виконати якусь тренінгову дію («пропустити хід») без додаткових пояснень причин цього.

##### 7. Правило піднятої руки.

Сигнал про наявність повідомлення учасник подає лише мовчки, піднімаючи руку вгору.

#### 2. Гра для знайомства: «Колесо емоцій»

##### Ціль гри:

Допомогти учасникам терапевтичної групи краще познайомитися та відчути себе комфортно в групі, навчаючись відкрито говорити про свої емоції. Розвинути емпатію, взаєморозуміння та зняти початкову напругу.

##### Значення гри:

Ця гра сприяє формуванню атмосфери довіри та безпеки в групі, оскільки кожен учасник ділиться своїми почуттями у доброзичливій обстановці. Вона допомагає краще зрозуміти, як емоції впливають на кожного, що є важливим у терапії депресії.

##### Процес гри:

1. Ведучий малює на дошці або пропонує уявне «колесо емоцій», поділене на секції з різними базовими емоціями (наприклад: радість, страх, сум, злість, здивування).

2. Кожен учасник по черзі кидає кубик або крутить стрілку, яка вказує на одну з емоцій.
3. Після цього учасник розповідає коротку історію або приклад зі свого життя, пов'язаний з цією емоцією. Він може описати ситуацію, де відчував її найсильніше або як навчився з нею справлятися.
4. Інші учасники можуть підтримати його запитаннями або розповісти про свій досвід, якщо це доречно.

**Висновок:**

Гра допомагає учасникам краще зрозуміти свої та чужі емоції, розкритися у безпечному середовищі та відчути підтримку. В результаті група стає більш згуртованою, що створює основу для ефективної терапії.

**3. Очікування**

Хід проведення: Учасникам роздаються невеликі стікери (кольорові папірці) вирізані у формі листочків. Тренер просить написати на них, чого саме учасники чекають від заняття – «Від роботи я очікую ...». Потім всі по черзі промовляють свої очікування та прикріплюють на плакаті із зображенням великого дерева.

**4. Гра для розвитку навичок виявлення та вираження емоцій: «Емоційні маски»**

**Ціль гри:**

Навчити учасників розпізнавати, називати та виражати свої емоції, зменшити страх перед їх проявом та допомогти створити більш здорове ставлення до емоційних переживань. Гра сприяє розвитку емоційної саморефлексії та підвищує емоційну відкритість.

**Значення гри:**

Гра допомагає учасникам терапевтичної групи зрозуміти, що емоції є нормальною частиною життя і що їх вираження не має бути пов'язане зі страхом чи соромом. Завдяки цій діяльності вони розвивають навички управління емоціями, що важливо для роботи з депресією та тривожністю.

**Процес гри:**

1. Кожен учасник отримує набір кольорових паперових масок або карток, де кожен колір символізує різну емоцію (наприклад, червона маска — злість, синя — сум, зелена — спокій, жовта — радість).
2. Ведучий оголошує різні життєві ситуації або надає певні сценарії (наприклад, сварка з другом, отримання гарних новин, самотність тощо).
3. Учасники обирають маску або картку, яка відповідає тій емоції, яку б вони відчули в такій ситуації, і одягають її або піднімають картку.
4. Кожен по черзі розповідає, чому він обрав саме цю емоцію і що її викликало. Це допомагає краще зрозуміти, як і коли виникають різні почуття.
5. Після розповіді інші учасники можуть задати кілька запитань або поділитися своїм досвідом, що допомагає створити атмосферу взаємної підтримки.

**Висновок:**

Гра «Емоційні маски» допомагає учасникам усвідомити свої емоції, зменшити страх перед їхнім проявом і навчитися висловлювати почуття без осуду. Це сприяє розвитку емпатії в групі та покращує здатність кожного члена усвідомлювати свої емоційні стани, що важливо для ефективної терапії.

**5. «Підсумкове коло емоцій»**

**Ціль:**

Допомогти учасникам підсумувати свої емоційні переживання за сеанс, що сприяє саморефлексії та усвідомленню емоційних змін під час групової роботи.

**Значення:**

Підлітки часто можуть відчувати труднощі у виявленні та описі своїх емоцій. Підсумкове коло дозволяє кожному учаснику висловити свої почуття, підсумувати досвід і краще зрозуміти власні емоційні процеси.

Процес:

- Ведучий пропонує кожному учаснику коротко описати, які емоції вони відчули під час сеансу і як ці емоції змінилися від початку до кінця.
- Учасники можуть використовувати картки з емоціями або просто висловлювати свої думки вільно. Це допомагає їм розвинути навички саморефлексії.
- Терапевт підсумовує, наголошуючи на важливості емоційного самосприйняття та надаючи кожному учаснику позитивний зворотний зв'язок щодо їхніх зусиль.

Висновок:

Завершення через підсумування емоцій дозволяє учасникам чіткіше зрозуміти свої почуття і відчути полегшення, бачачи, що їхні емоційні переживання важливі. Це сприяє емоційній зрілості та підвищує мотивацію до продовження роботи над собою в майбутніх сеансах.

## Зустріч 2. «Я» - моя сильна сторона

Мета: Опанування техніками перенаправлення негативних емоцій у позитивне русло (КПТ); пошук внутрішніх ресурсів для підвищення впевненості у собі, підвищити навички контролювати рівень тривожності.

### 1. Вправа: «Емоційний барометр»

Мета:

Допомогти учасникам навчитися розпізнавати та виражати свої емоції, розвивати навички емоційної відкритості, створити атмосферу підтримки та взаєморозуміння в групі.

Значення:

Ця вправа дозволяє підліткам звернути увагу на свої емоційні стани та ділитися ними з іншими учасниками в безпечному середовищі. Вона також розвиває здатність усвідомлювати власні почуття, що є важливим для емоційної стійкості та психічного здоров'я.

Хід вправи:

1. Початок: Терапевт просить кожного учасника уявити "емоційний барометр", який відображає рівень його емоційного стану від 0 до 10, де 0 — спокій, а 10 — сильний емоційний сплеск (будь-які емоції: радість, тривога, страх тощо).
2. Завдання: Кожен учасник по черзі називає свій поточний рівень на "емоційному барометрі" та коротко описує, які емоції відчуває саме зараз і чому. Важливо не оцінювати ці почуття, а просто прийняти їх.
3. Обговорення: Після того, як усі поділилися, терапевт ініціює розмову про те, як учасники реагують на свої емоції і як впливають емоції інших учасників на загальний стан групи.

Суть:

Ця вправа допомагає учасникам відчути підтримку та прийняття в групі, знижує страх перед проявом емоцій, розвиває навички емоційного самовираження та взаєморозуміння.

Висновок:

Після виконання вправи учасники зазвичай відчуваються більш впевнено у вираженні своїх емоцій. Вони розуміють, що емоції є нормальною частиною їхнього досвіду, що сприяє створенню сприятливої атмосфери для глибших обговорень і терапевтичної роботи на подальших зустрічах.

### 2. «Перетворення негативу на можливість»

Мета:

Навчити підлітків знаходити позитивний аспект у будь-якій складній або негативній ситуації, розвинути навички переосмислення негативного досвіду.

Значення:

Ця вправа допомагає учасникам усвідомити, що навіть у негативних емоціях або ситуаціях можна знайти щось корисне або навчальне. Вона сприяє розвитку стресостійкості та оптимізму.

Процес:

1. Учасники сідають у коло, і терапевт роздає кожному аркуш паперу.
2. Кожен пише про ситуацію, яка викликала у нього негативні емоції (страх, злість, сум тощо).
3. Після цього кожен учасник має подумати і написати, чому цей досвід був важливим або як він міг би перетворити негативну ситуацію на можливість для розвитку.
4. Після обговорення учасники діляться своїми думками з групою.

Висновок:

Підлітки усвідомлюють, що негативні емоції можуть стати важливими уроками, і навчаються змінювати свою точку зору, спрямовуючи увагу на позитивні аспекти.

### **3. «Позитивна переоцінка»**

Мета:

Навчити підлітків переосмислювати негативні емоції, фокусуючись на позитивному сприйнятті ситуацій, сприяти розвитку емоційної гнучкості.

Значення:

Ця техніка допомагає учасникам не просто пригнічувати негативні емоції, а змінювати своє ставлення до них, розвиваючи здатність до позитивної переоцінки життєвих ситуацій.

Процес:

1. Учасникам пропонується уявити, що негативна ситуація — це як чорна куля.
2. Терапевт просить кожного подумати, що ця "куля" може містити всередині щось хороше (наприклад, можливість щось зрозуміти про себе або отримати важливий досвід).
3. Підлітки по черзі діляться своїми прикладами та думками, які позитивні сторони вони можуть знайти у власних негативних переживаннях.
4. Важливо, щоб учасники підтримували одне одного, не засуджуючи й не знецінюючи емоцій інших.

Висновок:

Учасники розвивають навички позитивного мислення, вчаться бачити перспективу навіть у негативних ситуаціях, що допомагає зменшити емоційний стрес і підвищити впевненість у собі.

### **4. «Позитивний емоційний мікс»**

Мета:

Навчити підлітків керувати своїми емоціями шляхом комбінування позитивних та негативних відчуттів, розвинути здатність контролювати емоційний стан.

Значення:

Ця вправа допомагає підліткам зрозуміти, що негативні емоції не завжди мають бути пригнічені. Вона дає можливість навчитися балансувати свої почуття, поєднуючи негатив з позитивним у конструктивному напрямку.

Процес:

1. Учасники сідають у коло, і кожен з них згадує одну негативну емоцію, яку відчував протягом тижня, та описує її.
2. Потім терапевт просить кожного знайти принаймні одну позитивну емоцію або спогад, який відчував одночасно з негативною емоцією.
3. Учасники аналізують, як ці позитивні моменти могли вплинути на зміну їхньої негативної емоції.

4. Після кожного обміну терапевт разом із групою обговорює способи використання позитивних емоцій для зменшення впливу негативних.

Висновок:

Учасники усвідомлюють, що негативні та позитивні емоції можуть співіснувати. Вправа допомагає знайти внутрішні ресурси для емоційного самоконтролю та зменшення впливу негативних емоцій.

**5. «Комплімент для себе»**

Мета:

Навчити підлітків приймати та визнавати свої сильні сторони, розвивати вміння позитивно оцінювати себе.

Значення:

Ця вправа допомагає формувати здорову самооцінку та позитивне ставлення до власної особистості. Підлітки вчаться давати собі «позитивний зворотний зв'язок», що сприяє розвитку впевненості та самоповаги.

Процес:

1. Учасникам пропонується подумати про одну сильну рису або талент, яким вони пишаються.
2. Кожен підліток по черзі висловлюється, роблячи собі комплімент у групі. Наприклад: «Я сильний у спілкуванні», «Моя сила — це креативність».
3. Після цього терапевт проводить обговорення, допомагаючи кожному учаснику відчувати, що їхні сильні сторони дійсно цінні та важливі.

Висновок:

Підлітки навчаються бачити та цінувати свої переваги, розуміють, як позитивне мислення може підвищувати їхню самооцінку та впевненість у собі.

**6. Вправа для завершення зустрічі: «Коло вдячності»**

Мета:

Допомогти підліткам закріпити позитивні емоції, які вони отримали під час сесії, сприяти взаємопідтримці та довірі в групі.

Значення:

Вправа дозволяє учасникам відчувати позитивний вплив групової терапії та зміцнити почуття єдності. Завершення зустрічі на ноті вдячності сприяє формуванню позитивної атмосфери та підтримує емоційний баланс.

Процес:

1. Учасники сідають у коло.
2. Терапевт просить кожного по черзі сказати одну річ, за яку вони вдячні сьогодні — це може бути вдячність собі, іншому учаснику, терапевту або групі загалом.
3. Кожен говорить тільки одну коротку фразу, наприклад: «Я вдячний за підтримку групи», «Я вдячний собі за те, що зміг поділитися своїми емоціями».
4. Терапевт завершує вправу словами подяки всій групі за їхній внесок і активну участь.

Висновок:

Завершуючи сесію в атмосфері вдячності, підлітки відчують підтримку й емоційне полегшення, що сприяє побудові позитивного завершення дня та надає мотивації для подальшої роботи в групі.

## БЛОК 2. РОЗУМІННЯ СЕБЕ АБО ВМІННЯ ВІДЧУВАТИ

### Зустріч 3. Відчувати емоції – це нормально!

Мета: Необхідність переглянути когнітивні схеми й установки, які ведуть до неправильної інтерпретації емоційних переживань, оскільки вважання певних емоцій «хибними» може бути наслідком когнітивних спотворень.

#### 1. Вправа для початку 3-ї зустрічі: «Моя емоція сьогодні»

Мета:

Допомогти учасникам налаштуватися на роботу в групі, усвідомити свої поточні емоції та поділитися ними з іншими для створення довірливої атмосфери.

Значення:

Ця вправа сприяє розвитку емоційної свідомості підлітків, допомагає краще зрозуміти себе та інших, а також формує навички відкритого спілкування в безпечному середовищі.

Процес:

1. Терапевт пропонує кожному учаснику подумати про одну емоцію, яку вони відчують на початку сьогоднішньої зустрічі (наприклад, радість, тривогу, збудження).
2. Після цього кожен учасник коротко ділиться своєю емоцією з групою, описуючи її одним словом або короткою фразою: «Я відчуваю цікавість» або «Я трішки хвилююсь».
3. Терапевт може задати кілька уточнюючих запитань, щоб учасники глибше усвідомили свої емоції, але без тиску. Це допоможе з'ясувати контекст та значення цих почуттів.
4. Після того, як всі учасники висловляться, терапевт підсумовує, що всі емоції важливі й допустимі у групі, і закликає використовувати їх як ресурс для подальшої роботи.

Висновок:

Учасники краще розуміють свій поточний емоційний стан та відчують підтримку з боку групи. Це допомагає налаштуватися на активну роботу та взаємодію під час сесії.

#### 2. «Знайди свою силу»

Мета:

Допомогти підліткам усвідомити свої сильні сторони, розвивати впевненість у собі та позитивне сприйняття власної особистості.

Значення:

Ця вправа сприяє самопізнанню, допомагає підліткам зосередитися на своїх сильних сторонах, замість акцентування на недоліках. Це важливо для формування позитивної самооцінки та розвитку впевненості.

Процес:

1. Терапевт роздає кожному учаснику аркуш паперу, на якому вони пишуть одну свою сильну рису, яку вони вважають важливою у своєму житті.
2. Після цього терапевт просить подумати про приклад із життя, де ця риса допомогла їм досягти успіху або подолати труднощі.
3. Учасники діляться своїми прикладами з групою, обговорюючи, як ця сила вплинула на їхнє життя.

Висновок:

Підлітки краще розуміють свої сильні сторони, усвідомлюють їхню важливість і вчаться використовувати ці риси для саморозвитку та досягнення цілей.

#### 3. «Моя суперсила»

Мета:

Допомогти учасникам усвідомити свої особисті сильні сторони та навички, розвивати відчуття власної цінності та унікальності.

Значення:

Вправа сприяє зміцненню впевненості у собі, допомагає підліткам відчувати, що кожен з них має унікальні якості, які вони можуть розвивати і використовувати для досягнення успіху.

Процес:

1. Терапевт просить кожного учасника подумати про одну сильну рису характеру або навичку, яку він вважає своєю «суперсилою».
2. Кожен учасник малює символ або зображення, що відображає його «суперсилу».
3. Після малювання підлітки діляться своїми «суперсилами» з групою, розповідаючи, як ця риса допомагає їм у житті.

Висновок:

Підлітки відчують підтримку з боку групи, усвідомлюють свої унікальні здібності та розуміють, як важливо розвивати і використовувати свої сильні сторони для подолання труднощів.

**4. «Кольорові емоції»**Мета:

Пояснити підліткам, що всі емоції важливі, і що відчувати їх — це природно та нормально. Вправа спрямована на підвищення емоційної грамотності та прийняття всіх емоцій.

Значення:

Підлітки часто вважають певні емоції "поганими" або "неприйнятними". Ця вправа допомагає усвідомити, що кожна емоція має свою роль і важливість. Завдяки цьому підлітки вчаться приймати власні почуття, зменшують емоційний тиск і страх проявляти себе.

Процес:

1. Терапевт роздає кожному учаснику кольорові картки (можна використовувати базові кольори: червоний, синій, зелений, жовтий тощо).
2. Кожен учасник вибирає картку, яка, на його думку, відповідає емоції, яку він відчував протягом дня або зараз. Після цього учасник ділиться з групою, яку емоцією цей колір для нього символізує.  
- Червоний може означати гнів, жовтий — радість, синій — смуток тощо.
3. Після обговорення всіх емоцій терапевт пояснює, що кожен колір (як і кожна емоція) має своє місце в житті. Усі вони важливі та допомагають нам краще розуміти себе.
4. Терапевт підкреслює, що не існує "поганих" або "хороших" емоцій — усі вони є природною частиною людського досвіду і мають своє значення.

Висновок:

Учасники розуміють, що будь-яка емоція має свою цінність і може допомогти їм краще орієнтуватися в складних ситуаціях. Вони отримують важливий урок: відчувати — це нормально, і не варто соромитися своїх емоцій, навіть якщо вони здаються негативними.

**5. «Дерево емоцій»**Мета:

Допомогти підліткам усвідомити, що всі емоції — позитивні та негативні — є важливими і природними. Показати, що кожна емоція має свої корені та причини, і що всі вони є частиною життя.

Значення:

Ця вправа допомагає учасникам зрозуміти, що емоції подібні до частин дерева: вони можуть змінюватися, але всі мають своє місце в життєвому циклі. Важливо навчитися розпізнавати та приймати кожен емоцію, адже вони формують наше життя.

Процес:

1. Терапевт малює на дошці або фліпчарті дерево (коріння, стовбур і гілки).
2. Учасників просять подумати про емоції, які вони відчували протягом дня чи тижня, і назвати їх.



3. Кожна емоція записується на "листок" або "гілку" дерева. Якщо це негативна емоція, вона йде на нижчі гілки, а позитивні емоції — на вищі.

4. Терапевт пояснює, що всі емоції, подібно до листя на дереві, роблять його повним і гармонійним. Без негативних емоцій дерево не було б таким повноцінним, так само як і без позитивних.

5. Після обговорення, терапевт підкреслює важливість балансу: як дерево потребує всіх своїх гілок і листя, так і люди потребують усіх емоцій для повноцінного життя.

**Висновок:**

Учасники приходять до розуміння, що кожна емоція, незалежно від того, чи вона приємна чи ні, важлива для їхнього розвитку і досвіду. Емоції не потрібно пригнічувати чи соромитися — варто їх приймати і вчитися з ними взаємодіяти.

**6. Вправа для завершення зустрічі: «Світло і сила»**

**Мета:**

Завершити зустріч із підлітками на позитивній ноті, зміцнити почуття власної сили та впевненості, закріпити відчуття завершеності.

**Значення:**

Ця вправа допомагає учасникам відчувати емоційне піднесення і підготувати їх до майбутніх зустрічей. Завершення зустрічі зі словами підтримки та сили зміцнює їхню внутрішню мотивацію.

**Процес:**

1. Терапевт просить кожного учасника закрити очі та подумати про одну річ, яка принесла їм радість або дала відчуття сили під час зустрічі.
2. Після декількох хвилин тиші кожен учасник відкриває очі і по черзі озвучує своє «світло» або свою «силу», яку він взяв із сьогоднішньої зустрічі.
3. Терапевт підсумовує, що кожен у групі має свою силу, яка допоможе йому впоратися з труднощами.

**Висновок:**

Підлітки завершують сесію з почуттям позитиву, розуміючи, що в них є ресурси для подолання проблем. Відчуття підтримки і сили допомагає їм іти вперед із більшою впевненістю.

**Зустріч 4. Налаштування на бажаний емоційний стан.**

**Мета:** Підвищення рівня мотивації та впевненості, ознайомлення з техніками для подолання дисфункціональних когніцій.

**1. Вправа для початку 4-ї зустрічі: «Коло підтримки»**

**Мета:**

Створити атмосферу взаємної підтримки серед учасників, сприяти побудові довіри та відкритості в групі, а також налаштувати учасників на активну роботу.

**Значення:**

Ця вправа допомагає підліткам усвідомити, що вони не одні у своїх переживаннях. Створюючи відчуття групової підтримки, вона сприяє розкриттю учасників та допомагає розвинути емоційне розуміння один одного.

**Процес:**

1. Учасники сідають у коло.
2. Терапевт пропонує кожному учаснику подумати про один позитивний момент, який стався з ними протягом останніх кількох днів, або про те, чим вони пишаються.
3. По черзі кожен учасник ділиться своєю історією з групою. Інші учасники уважно слухають і, після розповіді, можуть коротко підтримати свого колегу, сказавши щось на кшталт: "Це круто, що ти зміг це зробити" або "Ти молодець, що впорався з цією ситуацією".

4. Після завершення кола терапевт підкреслює важливість взаємної підтримки та говорить про те, що під час роботи в групі всі мають можливість не лише отримати допомогу, але й підтримати інших.

Висновок:

Учасники відчувають себе частиною групи, розуміють, що підтримка може бути потужним інструментом у подоланні труднощів, і налаштовуються на роботу в довірливій атмосфері.

## **2. «Колесо життя»**

Мета:

Допомогти підліткам усвідомити ключові аспекти свого життя, побачити баланс між ними та зрозуміти, в яких сферах вони можуть працювати над покращенням.

Значення:

Вправа сприяє підвищенню усвідомлення життєвих пріоритетів, допомагає зрозуміти, які сфери потребують уваги, та мотивує до змін.

Процес:

1. Терапевт малює коло, поділене на сегменти (навчання, стосунки, здоров'я, хобі, саморозвиток тощо).
2. Учасникам пропонується оцінити кожен аспект свого життя за шкалою від 1 до 10 і позначити це на "колесі".
3. Після цього терапевт разом з учасниками аналізує результати, обговорюючи сфери, які потребують більше уваги, та допомагає поставити реальні цілі для покращення.

Висновок:

Учасники бачать, які сфери життя потребують змін, що допомагає їм краще зрозуміти, куди спрямувати зусилля. Це підвищує мотивацію та впевненість у досягненні конкретних цілей.

## **3. Зміна негативної думки»**

Мета:

Ознайомити учасників з технікою заміни дисфункціональних когніцій, допомогти усвідомити силу думок і їх вплив на емоційний стан.

Значення:

Вправа вчить учасників аналізувати свої думки, допомагає усвідомлювати когнітивні помилки та навчає замінювати негативні переконання на більш раціональні.

Процес:

1. Терапевт пропонує кожному учаснику згадати одну негативну думку, яку вони часто мають.
2. Група допомагає проаналізувати цю думку, знаходячи докази на її підтримку або спростування.
3. Далі учасник пише альтернативну, більш реалістичну та конструктивну думку, яка замінить попередню.

Висновок:

Учасники отримують навички виявлення та зміни негативних автоматичних думок, що підвищує їхню впевненість у власній здатності контролювати емоційний стан.

## **4. «Мій внутрішній наставник»**

Мета:

Підвищити мотивацію та впевненість учасників, допомогти їм звертатися до власних внутрішніх ресурсів для вирішення проблем.

Значення:

Вправа розвиває навички самопідтримки та впевненості у власних силах через уявний діалог із собою.

Процес:

1. Учасникам пропонується уявити себе через 10 років, вже успішних і впевнених у собі.

2. Терапевт просить написати лист від "старшого" себе до теперішнього, де внутрішній наставник дає поради, як досягти мети, на що звернути увагу і як впоратися з труднощами.
3. Потім листи зачитуються, і група обговорює можливості реалізації цих порад.

Висновок:

Учасники підвищують свою впевненість у майбутньому та мотивацію діяти, сприймаючи власні успіхи як досяжні.

5. «Позитивний щоденник»

Мета:

Навчити підлітків звертати увагу на позитивні моменти свого життя, формувати позитивне мислення та навички рефлексії.

Значення:

Розвиток звички зосереджуватися на позитивних аспектах сприяє зниженню рівня тривожності та депресії, а також покращує загальний емоційний стан.

Процес:

1. Терапевт пропонує учасникам протягом тижня щодня записувати три позитивні події, які з ними сталися.
2. Під час наступної зустрічі учасники діляться своїми записами і обговорюють, як це вплинуло на їхній емоційний стан.
3. Терапевт пояснює важливість систематичного зосередження на позитивних аспектах життя і заохочує продовжувати цю практику.

Висновок:

Учасники помічають позитивні зміни в своєму сприйнятті світу та навчаються звертати увагу на хороші події в щоденному житті, що підвищує їхню мотивацію та впевненість.

Ось вправа для завершення терапевтичної групової сесії серед підлітків, яка допоможе підсумувати і закріпити результати зустрічі:

**6. «Мої три основні моменти»**

Мета:

1. Підсумувати важливі моменти зустрічі.
2. Допомогти учасникам відзначити особисті досягнення та враження.
3. Сприяти розвитку самоусвідомлення та планування на майбутнє.

Значення:

Ця вправа дозволяє учасникам рефлексувати над тим, що було важливого та корисного під час сесії. Це допомагає закріпити отримані знання та враження, а також налаштуватися на подальшу роботу.

Процес:

1. Вступ: Поясніть учасникам, що на завершення зустрічі вони будуть мати можливість поділитися своїми трьома основними моментами або враженнями, які вони отримали під час сесії.
2. Розподіл часу: Дайте учасникам кілька хвилин, щоб подумати про три моменти, які були для них найбільш значимими. Це можуть бути цікаві моменти, нові усвідомлення, емоції, або щось, що вони дізналися про себе чи інших.
3. Оповідання: Попросіть кожного учасника по черзі поділитися своїми трьома основними моментами з групою. Це може бути коротке усне повідомлення або написане на картках.
4. Обговорення: Після того як всі учасники поділяться, відкрийте обговорення про те, що вони відчули, чи є спільні теми або враження. Це може бути також можливість для учасників поділитися своїми планами на майбутнє або того, що вони хотіли б обговорити на наступній зустрічі.
5. Завершення: Подякуйте учасникам за участь і за те, що поділилися своїми думками. Наголосіть на тому, як важливо продовжувати працювати над собою і підтримувати один одного.

Висновок:

Ця вправа допомагає завершити сесію на позитивній ноті, підсумовуючи важливі моменти і враження учасників. Вона сприяє самоусвідомленню і допомагає зберегти досягнуті результати в пам'яті, що підготуватиме учасників до наступних сесій.

### **БЛОК 3. МОДЕЛЮВАННЯ СИТУАЦІЙ, ЩО МОЖУТЬ ВИКЛИКАТИ ПРИГНІЧЕНИЙ СТАН**

#### **Зустріч 5. Моделювання неприємних життєвих ситуацій.**

Мета: Оволодіння навичками саморегуляції емоційного стану. Опанування конструктивними методами управління стресовими реакціями та навичками стабілізації внутрішнього стану.

##### **1. «Моя історія в п'яти предметах»**

Мета:

1. Допомогти учасникам краще пізнати один одного.
2. Створити атмосферу довіри та відкритості.
3. Зменшити напруження та сприяти комфортному старту групової роботи.

Значення:

Ця вправа дозволяє учасникам поділитися частинами своєї особистої історії через предмети, які мають для них особливе значення. Це сприяє розвитку емоційної близькості та взаєморозуміння, а також відкриває можливість для глибшого спілкування.

Процес:

1. Підготовка: Попросіть учасників принести до сесії п'ять предметів, які мають для них особливе значення. Це можуть бути особисті речі, фотографії, сувеніри тощо.
2. Вступ: Розпочніть сесію, розповівши про мету вправи. Поясніть, що кожен учасник буде мати можливість поділитися історіями про свої предмети та пояснити, чому ці предмети важливі для них.
3. Оповідання: Попросіть кожного учасника по черзі представити свої п'ять предметів групі, розповідаючи коротко про кожен предмет, його значення і зв'язок з їхнім життям. Це може бути по кілька хвилин на кожного учасника.
4. Обговорення: Після того як всі учасники поділяться своїми предметами, дайте час для обговорення. Задайте питання, такі як: "Що вас вразило в історіях інших?" або "Чи є у вас щось подібне у вашому житті?".
5. Рефлексія: Заверште вправу обговоренням того, як ця діяльність допомогла їм дізнатися більше один про одного і чого вони очікують від подальших сесій.

Висновок:

Ця вправа дозволяє учасникам не тільки дізнатися більше про один одного через особисті історії, а й розпочати процес розвитку довіри. Вона допомагає створити більш комфортну атмосферу для подальших терапевтичних занять та спрощує процес взаєморозуміння.

Ось чотири вправи, які можуть допомогти підліткам оволодіти навичками саморегуляції емоційного стану, конструктивними методами управління стресовими реакціями та навичками стабілізації внутрішнього стану:

##### **2. «Розпізнавання та регулювання емоцій»**

Мета: Допомогти учасникам розпізнати та ефективно виражати свої емоції.

Процес:

1. Підготовка: Підготуйте картки або аркуші паперу з різними емоціями (щастя, гнів, сум, страх, здивування, тощо).

2. Вправа: Попросіть учасників вибрати одну картку з емоцією, яку вони відчують у даний момент або часто відчують. Потім кожен учасник має коротко описати, коли і чому вони відчують цю емоцію.

3. Обговорення: Обговоріть з групою, як кожен учасник може конструктивно виражати і регулювати ці емоції, наводячи приклади технік саморегуляції.

Висновок: Вправа допомагає учасникам краще розуміти свої емоції і знаходити способи для їх конструктивного вираження.

### **3. «Техніка глибокого дихання»**

Мета: Навчити учасників використовувати дихальні вправи для зниження рівня стресу і стабілізації емоційного стану.

Процес:

1. Вступ: Поясніть учасникам, що глибоке дихання допомагає заспокоїти нервову систему і знизити стрес.

2. Вправа: Проведіть учасників через вправу на глибоке дихання. Наприклад: вдихайте повільно і глибоко через ніс протягом 4 секунд, затримуйте дихання на 4 секунди, потім видихайте повільно через рот протягом 6 секунд.

3. Практика: Попросіть учасників практикувати цю техніку кілька разів, а потім поділитися своїми відчуттями.

Висновок: Техніка глибокого дихання є ефективним методом для управління стресом і стабілізації емоційного стану.

### **4. «Картка позитивного самоусвідомлення»**

Мета: Допомогти учасникам фокусуватися на своїх сильних сторонах і позитивних якостях.

Процес:

1. Підготовка: Роздайте учасникам картки або аркуші паперу.

2. Вправа: Попросіть учасників написати на картці три свої сильні сторони або позитивні якості. Потім нехай вони подумують про ситуації, коли ці якості допомогли їм справитися з труднощами.

3. Обговорення: Обговоріть, як ці позитивні якості можуть допомогти їм у стресових ситуаціях.

Висновок: Вправа допомагає підліткам розвивати позитивне самоусвідомлення і знижувати негативний вплив стресових ситуацій.

### **5. «Створення власної зони комфорту»**

Мета: Допомогти учасникам створити особисту зону комфорту для управління стресом і тривогою.

Процес:

1. Вступ: Поясніть учасникам, що кожен може мати свою особисту зону комфорту, яка допомагає заспокоїтися.

2. Вправа: Попросіть учасників уявити місце або ситуацію, де вони почуваються максимально комфортно і спокійно (це може бути реальне місце або уявне). Нехай вони опишуть це місце, включаючи деталі, такі як звуки, запахи, кольори.

3. Практика: Попросіть учасників подумати про те, як вони можуть використовувати уявлення про цю зону комфорту, коли відчують стрес або тривогу.

Висновок: Вправа допомагає створити інструмент для зниження стресу та стабілізації емоційного стану за допомогою уявної зони комфорту.

Ось вправа, яка допоможе учасникам позитивно завершити зустріч і закріпити отримані результати:

### **6. «Позитивний висновок»**

Мета:

1. Сформулювати позитивне завершення зустрічі.

2. Допомогти учасникам відзначити особисті досягнення та вдячність.

3. Підготувати учасників до подальших дій або наступних зустрічей.

Процес:

1. Вступ: Поясніть учасникам, що на завершення зустрічі вони мають можливість поділитися позитивними враженнями або висновками, які вони отримали під час сесії.

2. Вправа:

- Подяка: Попросіть кожного учасника висловити подяку комусь з групи за щось, що він чи вона зробили під час зустрічі (можливо, підтримка, цікава думка, допомога в обговоренні).

- Особистий внесок: Після цього кожен учасник має поділитися одним позитивним моментом або досягненням, яке вони відзначають для себе в результаті зустрічі. Це може бути нове усвідомлення, нові навички або просто позитивне емоційне відчуття.

3. Обговорення: Дайте можливість кожному учаснику поділитися своїми думками. Попросіть їх також подумати про те, як вони можуть використовувати отримані знання і відчуття в майбутньому.

4. Завершення: Подякуйте всім за участь, підкресліть важливість їхнього внеску в групову динаміку і результати зустрічі. Наголосіть на тому, що ви чекаєте на нові зустрічі і подальшу співпрацю.

Висновок:

Ця вправа допомагає закінчити зустріч на позитивній ноті, зосередившись на досягненнях і вдячності. Вона сприяє підтриманню доброго настрою і налаштовує учасників на продуктивне продовження роботи або наступні сесії.

### **Зустріч 6. Перенаправлення негативного контексту в позитивний**

Мета: Опанування способами контролю стресових реакцій та зняття напруги; пошук внутрішніх ресурсів для підвищення впевненості у собі та вміння обирати конструктивні рішення в стресових ситуаціях.

**1. Вправа «Коло підтримки» (4 зустрічі)**

**2. «Техніка тілесного сканування»**

Мета: Навчити учасників розпізнавати напругу в тілі та вміти її знімати за допомогою усвідомленості.

Процес:

1. Вступ: Поясніть учасникам, що стрес може накопичуватись у тілі, викликаючи напругу в різних його частинах.

2. Вправа: Проведіть учасників через техніку тілесного сканування. Запропонуйте їм розслабитися, заплющити очі та звертати увагу на кожную частину тіла — починаючи з голови і закінчуючи пальцями ніг. Вони мають відчутти, де є напруга, і спробувати її «відпустити» через повільне дихання та розслаблення.

3. Рефлексія: Після вправи попросіть учасників поділитися своїми відчуттями. Запитайте, де вони найбільше відчули напругу та як її вдалося зняти.

Висновок: Це вправа допомагає краще усвідомлювати стрес на фізичному рівні та вміти знімати напругу через усвідомлену релаксацію.

**3. «Вправа на вибір реакції»**

Мета: Навчити підлітків конструктивно реагувати в стресових ситуаціях.

Процес:

1. Вступ: Поясніть учасникам, що на стресову ситуацію можна реагувати по-різному, і від їхнього вибору залежить, наскільки ситуація буде подолана.

2. Вправа: Роздайте учасникам кілька стресових сценаріїв (наприклад, конфлікт з другом, погана оцінка в школі, публічний виступ). Попросіть їх по черзі описати, як вони зазвичай реагують на такі ситуації, а потім запропонувати альтернативну конструктивну реакцію.

3. Обговорення: Разом з групою обговоріть, які з альтернативних рішень можуть бути ефективними для зниження стресу та підтримки впевненості у собі.

Висновок: Ця вправа допомагає учасникам розвинути навички обдуманого вибору конструктивних рішень у стресових ситуаціях.

#### 4. «Візуалізація власних ресурсів»

Мета: Допомогти учасникам знайти внутрішні ресурси для підвищення впевненості у собі.

Процес:

1. Вступ: Поясніть учасникам, що кожен має внутрішні ресурси, які можуть допомогти впоратися зі стресом, навіть якщо вони не завжди усвідомлюють це.

2. Вправа: Запропонуйте учасникам уявити себе в стресовій ситуації, а потім уявити, як вони використовують свої сильні сторони (наприклад, спокій, рішучість, розсудливість), щоб впоратися з нею. Попросіть їх описати свої внутрішні ресурси і як вони їх застосовують.

3. Обговорення: Після вправи учасники можуть поділитися своїми уявленнями про те, що допомагає їм справлятися зі стресом, і обговорити це в групі.

Висновок: Ця вправа розвиває впевненість у власних можливостях і ресурсах для подолання стресу.

#### 5. «Психологічний якір»

Мета: Навчити учасників створювати асоціації для швидкого зняття стресу та стабілізації емоційного стану.

Процес:

1. Вступ: Поясніть, що психологічний якір — це техніка, яка дозволяє швидко повернутися до спокійного та впевненого стану через асоціацію з конкретним жестом чи дією.

2. Вправа: Запропонуйте кожному учаснику подумати про момент, коли вони відчували себе спокійно та впевнено. Потім попросіть їх обрати простий жест (наприклад, стиснення руки в кулак чи дотик до пальця), який вони асоціюватимуть із цим відчуттям.

3. Практика: Під час наступних стресових ситуацій вони можуть використовувати цей жест як "якір", щоб швидко повернутися до стану спокою.

Висновок: Вправа допомагає учасникам розвинути здатність швидко відновлювати емоційну стабільність за допомогою простих технік саморегуляції.

#### 6. Робота над думками.

Мета: пропрацювати негативні думки, в які підліток дійсно вірить. Виявити наскільки ці думки відповідають реальності.

Процес:

Виявити негативні думки та виявити їх градус тривоги. Необхідно навести докази «за» і «проти». Основне завдання: самостійно вдома заповнити таблицю за зразком ( в таблиці неведений приклад).

| НАДи*                     | Емоції                                    | Докази «за»                                                                                                | Докази «проти»                                                                                        | Реалістична думка                                                                                                       |
|---------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Я ніколи не знайду друзів | Страх – 60%<br>Сум – 50 %<br>Відчай – 90% | - в мене вже немає друзів<br>- я майже не спілкуюсь з іншими людьми<br>- я ніколи не знаю, про що говорити | - багато хто стикається з такою проблемою<br>- якщо зайнятися дозволяю, то друзів завжди можна знайти | Насправді, я можу і не знайти друзів, якщо не буду нічого робити, проте якщо я знайду однокласників, які люблять читати |

|  |  |                     |                                                                 |                                              |
|--|--|---------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
|  |  | - я погано виглядаю | - у мене є класні хоббі<br>- кожна людина неймовірна і особлива | і писати вірші як я, то в мене будуть друзі. |
|--|--|---------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

НАДи – це думки, які автоматично виникають у нас в голові і мають негативне забарвлення. Наприклад, я нікому не подобаюся, якщо я вийду на вулицю, то зі мною щось станеться погане, в мене ніколи не буде друзів і тд.

Висновок: заповнення таблиці допоможе проговорити свої страхи, нав'язливі думки, описати їх. Вони не повинні жити лише в голові. Найскладніше написати докази «проти» - але вони і є та сила, що допоможе боротися.

Ось завдання на завершення зустрічі, яке допоможе підліткам закріпити отримані знання та підготуватися до наступних сесій:

### 7. «Крок до змін»

Мета:

1. Зафіксувати основні досягнення зустрічі.
2. Сприяти усвідомленню власних змін та розвитку.
3. Мотивувати до подальших позитивних дій.

Процес:

1. Вступ: Поясніть учасникам, що для закріплення навичок і кроків, над якими вони працювали, важливо планувати наступні дії після сесії.

2. Вправа: Попросіть кожного учасника подумати і записати одну конкретну дію, яку вони можуть зробити після зустрічі для того, щоб продовжити роботу над контролем стресу або підвищенням впевненості в собі. Це може бути щось невелике, наприклад, щоденна практика глибокого дихання або використання техніки "психологічного якоря" під час стресу.

3. Обмін думками: Після цього кожен учасник може коротко поділитися своїм кроком з групою. Це може бути як короткий опис, так і детальне пояснення, як саме вони планують впроваджувати цей крок у своє життя.

4. Підсумки: Попросіть учасників обміркувати, що було найкориснішим під час зустрічі, і як вони почуваються після неї.

Висновок:

Завдання допомагає учасникам сфокусуватися на подальших кроках для впровадження нових навичок у своє життя, підкреслює важливість поступового руху до змін і мотивує їх на подальшу роботу над собою.

## БЛОК 4. ЗАКРІПЛЕННЯ (РЕФЛЕКСІЯ)

### Зустріч 7. Емоційна наповненість

Мета: Закріплення навичок саморегуляції та гармонізації емоційного стану, опірності депресії, пошук діяльності, що дозволить зменшити рівень депресії

#### 1. Вправа: «Емоційний барометр» (зустріч 2)

Ось чотири вправи, які допоможуть підліткам закріпити навички саморегуляції, гармонізації емоційного стану, підвищити опірність депресії та знайти діяльність, що сприяє зниженню її рівня:

#### 2. «Емоційний щоденник»

Мета: Допомогти учасникам навчитися аналізувати свої емоції та виявляти їхні тригери.

Процес:

1. Вступ: Поясніть учасникам важливість відстеження своїх емоцій для кращого розуміння власних станів.



2. Завдання: Протягом тижня учасники щоденно записують свої емоції в спеціальний щоденник, відзначаючи час дня, ситуацію та інтенсивність емоцій. Наприкінці кожного дня вони також записують дії, які допомагали їм стабілізувати емоційний стан (наприклад, фізична активність, спілкування з друзями, хобі).

3. Рефлексія: Після тижня практики учасники обговорюють свої записи в групі та діляться висновками, як їхні дії впливали на їхній емоційний стан.

Висновок: Ця вправа допомагає усвідомлювати емоційні тригери та виробляти стратегії для стабілізації настрою.

### **3. «Перетворення негативних думок»**

Мета: Навчити учасників працювати з негативними автоматичними думками та замінювати їх на позитивні чи конструктивні.

Процес:

1. Вступ: Розкажіть учасникам про вплив негативних думок на емоційний стан і самопочуття.

2. Вправа: Попросіть кожного учасника подумати про одну негативну думку, яку вони часто переживають, і записати її. Потім допоможіть їм перетворити цю думку на більш конструктивну. Наприклад, замість "Я нічого не вмію" — "Я можу навчитися нових навичок і досягти успіху".

3. Практика: Попросіть учасників щодня відслідковувати негативні думки і замінювати їх на позитивні, записуючи це у щоденник.

Висновок: Вправа сприяє розвитку стійкості до депресивних настроїв через зміну мислення та підвищує рівень позитивного сприйняття себе.

### **4. «Скринька радості»**

Мета: Створити інструмент для підняття настрою та зниження рівня депресії за допомогою позитивних спогадів та мотивації.

Процес:

1. Вступ: Поясніть учасникам, що іноді важливо мати щось, що може нагадати про радісні моменти або надати натхнення.

2. Завдання: Кожен учасник створює свою "скриньку радості" — невеликий контейнер, у якому вони зберігатимуть речі, що піднімають їм настрій: фото, записки з підтримкою від близьких, улюблені цитати, спогади про успіхи.

3. Обговорення: Учасники можуть поділитися своїми ідеями для "скриньки радості" з групою та обговорити, як її використовувати в моменти емоційного спаду.

Висновок: Ця вправа допомагає учасникам зберігати і використовувати позитивні емоційні ресурси для боротьби з депресією.

### **5. «Пошук активності»**

Мета: Допомогти учасникам виявити діяльність, яка допомагає знижувати рівень стресу та депресії.

Процес:

1. Вступ: Розкажіть про важливість активної діяльності для зниження рівня депресії та покращення емоційного стану.

2. Завдання: Запропонуйте учасникам скласти список занять, які їм подобаються або які вони хотіли б спробувати. Це може бути фізична активність (прогулянки, спорт), творчість (малювання, музика), або соціальна діяльність (зустрічі з друзями, волонтерство).

3. Практика: Попросіть учасників обрати одну активність зі списку та виконати її протягом тижня, записуючи свої враження в щоденник.

4. Обговорення: Під час наступної зустрічі учасники обговорюють, як ця активність вплинула на їхній настрій та емоційний стан.

Висновок: Ця вправа допомагає учасникам виявити діяльність, яка покращує їхній емоційний стан і знижує депресію через активний спосіб життя.

Ось докладно розписана активна вправа для сесії з підлітками:

## **6. «Емоційний вулкан»**

### Мета:

1. Допомогти учасникам усвідомити свої емоційні стани та навчитися їх виражати.
2. Зняти емоційну напругу та сформувати навички саморегуляції.
3. Сприяти гармонізації емоційного стану через фізичну активність і взаємодію в групі.

### Необхідні матеріали:

- Аркуші паперу
- Маркери або олівці
- Простір для активного руху

### Процес:

#### 1. Вступ (5-7 хвилин):

- Поясніть учасникам, що емоції інколи накопичуються, як лава в вулкані, і якщо не знаходити способів їх висловлювати або "випускати", вони можуть вибухнути. Важливо вміти керувати своїми емоціями, щоб "вивільняти" їх поступово і конструктивно.

- Попросіть учасників подумати про ситуації, коли вони відчували сильні емоції, особливо гнів, роздратування або тривогу. Обговоріть з ними, що може трапитися, якщо не висловлювати ці емоції своєчасно.

#### 2. Основна частина:

##### Етап 1 – Малювання «вулкана емоцій» (10 хвилин):

- Роздайте аркуші паперу та маркери. Попросіть кожного учасника намалювати вулкан, де:
  - Базу вулкана символізуватимуть звичайні, контрольовані емоції, які вони відчують щодня.
  - Середина вулкана - це моменти, коли емоції стають інтенсивнішими, але їх ще можна контролювати.
  - Вершина вулкана - це стан, коли емоції «вибухають», і контроль стає важким.

Попросіть учасників написати на кожному рівні вулкана емоції, які вони відчують на цьому етапі (наприклад, у базі: спокій, радість; у середині: тривога, гнів; на вершині: злість, розпач).

##### Етап 2 – «Емоційний вибух» через фізичну активність (10 хвилин):

- Після малювання поясніть, що зараз група «вивільнятиме» емоції через активні рухи. Попросіть учасників уявити, що вони знаходяться в різних фазах «емоційного вулкана» і їхнє завдання – виконувати рухи, відповідні цим емоціям:

1. Фаза бази: Почніть з повільних, плавних рухів, які символізують спокій і контроль. Можна попросити учасників рухатись у просторі повільними кроками, зберігаючи рівний ритм дихання.

2. Фаза середини: Попросіть учасників прискорювати свої рухи, зображаючи наростання напруги. Наприклад, ходьба стає швидшою, рухи стають енергійнішими.

3. Фаза вершини: Тут учасники можуть зобразити справжній «емоційний вибух» через активні, але контрольовані рухи — стрибки, гучні викрики, удари руками по подушках або інших безпечних предметах (якщо є можливість), біг на місці тощо.

##### Етап 3 – Відновлення (5 хвилин):

- Після активного «вивільнення» емоцій поступово зменшіть темп, попросивши учасників повільно зупинитися, сісти на підлогу або стільці, і зосередитись на диханні.

- Виконайте вправу на глибоке дихання: попросіть вдихати глибоко через ніс і повільно видихати через рот, на кожному видиху «відпускаючи» залишки напруги.

#### 3. Обговорення та рефлексія (10-15 хвилин):

- Запитайте учасників, як вони себе почують після вправи. Обговоріть, чи помітили вони різницю в емоціях під час різних фаз рухів.

- Попросіть кожного учасника поділитися, які емоції їм вдалося «випустити» під час вправи і як це вплинуло на їхній емоційний стан.

- Задайте питання, як вони можуть застосовувати таку техніку «вивільнення емоцій» у повсякденному житті. Наприклад, у моменти напруги вони можуть знайти безпечний спосіб виразити емоції через фізичну активність, замість того, щоб стримувати їх.

Висновок:

Ця вправа допомагає учасникам краще розуміти свої емоційні реакції, усвідомлювати наростання напруги та знаходити здорові способи її вивільнення через фізичну активність. Вона також сприяє зниженню стресу та депресії через гармонізацію емоційного стану.

### **Зустріч 8. Стійке емоційне благополуччя**

Мета: Опанування емоційним станом, розвиток вмінь планувати життя, закріплення навичок комунікацій, розвиток ефективних стратегій для управління стресом і запобігання рецидивам депресивних станів.

Ось цікава гра для початку заключної сесії, яка допоможе підліткам згадати отримані знання та підсумувати досвід:

#### **1. Гра: «Коло підсумків»**

Мета:

1. Підбити підсумки роботи групи.
2. Сприяти спільному обговоренню ключових навичок і знань, отриманих під час попередніх сесій.
3. Підтримати відкритість і співпрацю між учасниками.

Необхідні матеріали:

- М'яч або інший невеликий предмет, який можна легко передавати.
- Аркуші паперу та ручки (за потреби).

Процес:

1. Вступ (5 хвилин):

- Поясніть учасникам, що це остання сесія, і важливо згадати, чого вони досягли за час роботи в групі. Розкажіть про формат гри — вона спрямована на обговорення того, що кожен виніс із попередніх зустрічей.

2. Основна частина – Гра (15-20 хвилин):

Етап 1 – Пояснення правил:

- Учасники сідають у коло. Ведучий (терапевт) починає гру, тримаючи м'яч.
- Поясніть, що м'яч буде передаватися по колу, і кожен, хто його отримає, має назвати одну річ, яку він або вона дізнався(-лася), чого навчився(-лася) або що вразило під час терапевтичних сесій.
- Після того, як учасник поділиться, він передає м'яч іншій людині.

Етап 2 – Підсилення групової взаємодії:

- Якщо учасники мають бажання, можна додати ще один рівень взаємодії: той, хто отримав м'яч, перед тим, як відповісти, може подякувати комусь із групи за підтримку, допомогу чи позитивний вплив на нього або на групу в цілому.
- Запропонуйте бути щирими та відкритими в цьому процесі.

Етап 3 – Варіант з записами:

- Якщо деякі учасники не хочуть говорити вголос або відчують труднощі з вираженням думок, можна дати їм можливість спочатку написати на аркуші, що вони винесли з терапії. Потім ці думки можна зачитати в колі або залишити анонімними.

3. Заключне обговорення (10 хвилин):

- Після того, як всі учасники висловляться, ведучий може підсумувати сказане, підкресливши важливі моменти, які звучали під час гри. Це допоможе структурувати отриманий досвід і закріпити знання.

- Запитайте, які зміни вони помітили в собі з початку сесій і чи бачать вони себе готовими використовувати нові навички у повсякденному житті.

Висновок:

Ця гра створює простір для підсумків, емоційної підтримки та співпраці між учасниками. Вона допомагає закріпити важливі висновки кожного, одночасно даючи можливість підліткам відчувати свою роль у групі й важливість підтримки один одного.

## **2. За бажанням обговорення «домашніх завдань» наданих на минулих терапевтичних сесіях.**

Мета: відстежити джерело негативних думок і допомогти підліткам шукати позитивне підкріплення.

Процес:

Обговорення внутрішніх ресурсів. Ресурси – це ті речі, що наповнюють нас енергією, силою і вірою (кіно, книги, прогулянки, рідні, спілкування та ін.). За бажанням, обговорюємо заповнену таблицю про НАДи, детально опрацьовуємо аргументи «проти», намагаємося разом їх доповнити і збільшити.

Ось три гри, які допоможуть підліткам опанувати емоційний стан, розвивати вміння планувати життя, закріпити навички комунікації, та розвивати ефективні стратегії для управління стресом і запобігання депресивним станам:

### **3. «Карта емоцій»**

Мета:

- Опанування емоційного стану.
- Усвідомлення власних емоцій та їх впливу на поведінку.
- Формування навичок емоційної саморегуляції.

Процес:

1. Підготовка: Роздайте кожному учаснику аркуш паперу з великою намальованою картою (може бути простий контур людини або просто картка у формі серця).

2. Завдання: Попросіть учасників заповнити «карту емоцій», відзначаючи різними кольорами ділянки, де вони відчувають певні емоції в тілі (наприклад, стрес, радість, тривогу, гнів). Вони можуть вибрати кілька емоцій і пояснити, як вони впливають на їхнє тіло (наприклад, «тривога» – тиск у грудях, «гнів» – напруга в руках).

3. Обговорення: Після того, як всі заповнять карти, попросіть учасників поділитися своїми висновками з групою. Запитайте, чи є певні стратегії, які допомагають їм керувати цими емоціями, і чи можуть вони визначити, коли емоції наближаються до межі, яку важко контролювати.

Висновок: Гра допомагає усвідомлювати власні емоції та їхній фізичний вплив, а також сприяє обговоренню стратегій саморегуляції.

### **4. Гра: «Життєвий маршрут»**

Мета:

- Розвиток умінь планувати життя.
- Визначення особистих цілей та шляхів їх досягнення.
- Формування навичок структурованого планування.

Процес:

1. Підготовка: Підготуйте великі аркуші паперу або фліпчарт, на яких намальовані «життєві маршрути» (дороги) з різними зупинками на шляху. На кожній зупинці мають бути теми, пов'язані з особистими цілями (наприклад, «Освіта», «Здоров'я», «Кар'єра», «Відносини»).

2. Завдання: Учасники отримують завдання «спланувати» свій життєвий маршрут на аркуші. Вони мають на кожній зупинці описати свої бажані цілі та що вони планують зробити для досягнення кожної з них.

3. Обговорення: Після завершення роботи над маршрутом, кожен учасник може поділитися своїм «маршрутом» із групою, обговоривши, які виклики він очікує на своєму шляху і як він планує їх долати.

Висновок: Гра розвиває навички планування та критичного мислення, допомагає учасникам формулювати конкретні цілі і шляхи їх досягнення.

### **5. Гра: «Стрес-баланс»**

Мета:

- Розвиток ефективних стратегій управління стресом.
- Запобігання рецидивам депресивних станів через вивчення способів зниження стресу.
- Закріплення навичок комунікації та підтримки один одного.

Процес:

1. Підготовка: Поставте в центрі кімнати кілька невеликих балансувальних предметів (наприклад, маленькі піраміди, книги чи інші нестійкі об'єкти).

2. Завдання: Учасники поділяються на пари або трійки. Їм пропонується створити «баланс» за допомогою цих об'єктів, одночасно обговорюючи, які стратегії допомагають їм справлятися зі стресом у житті. Наприклад, кожен учасник називає одну стратегію для зниження стресу, після чого команда додає новий предмет у свою «балансуючу конструкцію».

3. Обговорення: Після завершення вправи учасники обговорюють, що їм допомогло підтримувати баланс під час гри (наприклад, злагоджена робота, обговорення стратегії, підтримка один одного). Потім ведучий пов'язує це з реальним життям і управлінням стресом.

Висновок: Гра допомагає учасникам усвідомити важливість підтримки балансу в житті і знайти нові стратегії для управління стресом, а також навчає співпраці та комунікації.

Ось гра для завершення останньої сесії, яка допоможе підліткам підсумувати весь досвід, отриманий у процесі терапії:

### **6. Гра: «Скарбниця досягнень»**

Мета:

- Підвести підсумки роботи в групі.
- Підкреслити особисті досягнення кожного учасника.
- Підтримати відчуття завершеності й задоволення від виконаної роботи.

Необхідні матеріали:

- Невелика коробка або декоративна скриня (можна імпровізувати).
- Кольорові аркуші паперу або картки.
- Ручки або маркери.

Процес:

1. Вступ (5 хвилин):

- Поясніть учасникам, що перед ними остання сесія, і кожен пройшов свій власний шлях, здобув нові навички та досягнув особистих змін. Завданням сьогоднішньої гри є зафіксувати ці досягнення та відзначити їх.

2. Основна частина – Гра (15 хвилин):

Етап 1 – Створення «Скарбниці досягнень»:

- Поставте в центрі кімнати коробку або скриню — це буде «Скарбниця досягнень».
- Роздайте кожному учаснику 2-3 кольорові картки та попросіть написати на кожній картці одне своє досягнення або зміни, яких вони досягли під час терапії. Це можуть бути нові навички, зміни в емоційному стані, кроки у плануванні майбутнього, покращення стосунків або нові стратегії управління стресом.

Етап 2 – Поділ «скарбами»:

- Після того, як всі заповнили свої картки, попросіть по черзі учасників зачитати свої досягнення та вкласти їх у «Скарбницю». Вони можуть розповідати про кожне досягнення або просто коротко їх називати.

### 3. Заключне обговорення (10-15 хвилин):

- Після того, як усі учасники поділилися своїми досягненнями, ведучий може відкрити «Скарбницю» і підсумувати, які зміни сталися з групою в цілому. Можна зачитати найяскравіші моменти або відзначити загальні теми.

- Запитайте учасників, як вони планують використовувати здобуті навички у повсякденному житті та як вони можуть продовжувати свій розвиток.

### 4. Завершення (5 хвилин):

- На завершення гри та сесії подякуйте учасникам за їхню участь, зусилля та відкритість. Можна попросити всіх присутніх скласти коротку обіцянку самим собі (усно або письмово) про те, як вони будуть підтримувати свій емоційний стан і застосовувати набуті навички у майбутньому.

Висновок:

Ця гра дозволяє підліткам відчувати важливість їхніх досягнень та завершити терапію з відчуттям успішності. Вона також надає їм можливість побачити, що всі досягнення — це своєрідний «скарб», який вони здобули за час роботи в групі, і ці навички вони можуть використовувати надалі.

## Додаток 3.

## Результати до та після проведення психокорекційної роботи

| ПІБ          | Тест Бека |       | HADS |       | DEPS |       | Айзенк      |       |            |       |         |       |            |       |
|--------------|-----------|-------|------|-------|------|-------|-------------|-------|------------|-------|---------|-------|------------|-------|
|              | До        | Після | До   | Після | До   | Після | Тривожність |       | Фрустрація |       | Агресія |       | Ригідність |       |
|              |           |       |      |       |      |       | До          | Після | До         | Після | До      | Після | До         | Після |
| Б. Анастасія | 21        | 2     | 13   | 1     | 26   | 2     | 15          | 4     | 17         | 4     | 9       | 2     | 14         | 2     |
| Б. Нікіта    | 25        | 1     | 13   | 1     | 10   | 0     | 17          | 5     | 14         | 4     | 11      | 3     | 20         | 5     |
| В. Іван      | 29        | 1     | 12   | 0     | 20   | 1     | 18          | 4     | 15         | 3     | 18      | 2     | 18         | 2     |
| В. Ельміра   | 10        | 1     | 8    | 2     | 13   | 3     | 13          | 3     | 13         | 5     | 11      | 1     | 19         | 3     |
| Ж. Аліна     | 7         | 3     | 5    | 0     | 6    | 2     | 10          | 2     | 14         | 3     | 8       | 0     | 15         | 1     |
| К. Софія     | 8         | 1     | 4    | 0     | 5    | 1     | 9           | 2     | 8          | 3     | 8       | 0     | 11         | 1     |
| К. Ольга     | 23        | 4     | 11   | 3     | 19   | 4     | 18          | 5     | 17         | 2     | 17      | 3     | 12         | 2     |
| К. Катерина  | 10        | 0     | 7    | 1     | 8    | 1     | 14          | 3     | 9          | 0     | 10      | 3     | 13         | 2     |
| К. Нікіта    | 13        | 4     | 8    | 3     | 15   | 3     | 15          | 4     | 15         | 2     | 16      | 2     | 13         | 2     |
| М. Таїсія    | 14        | 4     | 8    | 3     | 10   | 4     | 16          | 4     | 13         | 4     | 14      | 2     | 10         | 1     |
| М. Вікторія  | 8         | 0     | 7    | 0     | 6    | 2     | 12          | 2     | 7          | 1     | 13      | 2     | 8          | 0     |
| Н. Сергій    | 4         | 0     | 5    | 0     | 6    | 1     | 7           | 0     | 8          | 2     | 6       | 1     | 4          | 0     |
| О. Світлана  | 11        | 5     | 9    | 2     | 10   | 4     | 10          | 2     | 16         | 4     | 15      | 4     | 14         | 0     |
| П. Софія     | 8         | 1     | 9    | 1     | 10   | 2     | 14          | 3     | 14         | 3     | 16      | 4     | 16         | 2     |
| П. Ілона     | 6         | 2     | 6    | 1     | 8    | 1     | 10          | 2     | 10         | 3     | 10      | 2     | 10         | 2     |
| П. Андрій    | 9         | 2     | 6    | 2     | 8    | 3     | 17          | 2     | 16         | 2     | 12      | 1     | 16         | 1     |
| Р. Максим    | 15        | 4     | 4    | 3     | 10   | 3     | 17          | 5     | 14         | 2     | 10      | 2     | 9          | 2     |
| С. Михайло   | 22        | 5     | 11   | 3     | 18   | 2     | 20          | 3     | 15         | 4     | 14      | 3     | 15         | 3     |
| С. Анастасія | 13        | 0     | 10   | 0     | 13   | 0     | 3           | 0     | 9          | 0     | 18      | 4     | 13         | 4     |
| С. Максим    | 5         | 1     | 4    | 1     | 4    | 1     | 6           | 0     | 2          | 0     | 3       | 0     | 2          | 0     |
| С. Максим    | 23        | 6     | 13   | 3     | 15   | 5     | 18          | 4     | 17         | 3     | 16      | 2     | 15         | 2     |
| С. Сергій    | 5         | 0     | 2    | 0     | 3    | 1     | 4           | 0     | 2          | 1     | 6       | 1     | 2          | 1     |
| Т. Злата     | 22        | 5     | 11   | 3     | 16   | 4     | 17          | 0     | 15         | 5     | 15      | 3     | 17         | 3     |
| Т. Андрій    | 4         | 1     | 2    | 0     | 5    | 2     | 0           | 2     | 3          | 2     | 2       | 1     | 2          | 2     |
| Ф. Андрій    | 3         | 0     | 0    | 0     | 1    | 0     | 1           | 0     | 2          | 1     | 0       | 0     | 0          | 0     |
| Ш. Валерія   | 19        | 7     | 12   | 4     | 13   | 6     | 16          | 3     | 14         | 2     | 14      | 3     | 10         | 3     |
| Ш. Ростислав | 18        | 4     | 12   | 3     | 12   | 2     | 13          | 3     | 18         | 5     | 14      | 3     | 14         | 3     |

|              |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
|--------------|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|
| Ш. Ася       | 17 | 5 | 9  | 2 | 10 | 2 | 14 | 3 | 11 | 1 | 13 | 1 | 11 | 1 |
| Ш. Олександр | 3  | 0 | 2  | 0 | 3  | 1 | 2  | 2 | 2  | 1 | 3  | 0 | 2  | 2 |
| Я. Влад      | 9  | 3 | 10 | 3 | 10 | 3 | 14 | 1 | 17 | 4 | 12 | 4 | 13 | 1 |



