

Спеціальність Психологія
Спеціалізація Психологія
Кваліфікаційний рівень Магістр

ДИПЛОМНА РОБОТА

на тему ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ
 ЛІДЕРСЬКИХ ЯКОСТЕЙ У ЖІНОК.
студентки ХМЕЛЄВСЬКОЇ ІРИНИ ВОЛОДИМИРІВНИ

До захисту допущено:
Завідувач кафедри психології
_____ О.В.Білошнікова
«_____» _____ 2026 р.
Науковий керівник: старший
викладач кафедри психології
_____ О.В.Білошнікова
«_____» _____ 2026 р.
Виконано студенткою групи
ТУнк-8-24 М1ПС (2.0 здс)

Нікополь 2026

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КОГНІТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ДЕПРЕСІЇ У ПІДЛІТКІВ

1.1. Депресія у підлітковому віці: сутність, класифікація та поширеність

1.2. Когнітивна модель депресії А. Бека: теоретичні основи

1.3. Когнітивна терапія в роботі з підлітками: особливості та адаптації

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ТА КОГНІТИВНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІДЛІТКІВ

2.1. Організація та методи дослідження

2.2. Аналіз поширеності та характеристик депресивних станів у підлітків

2.3. Когнітивні особливості підлітків із депресивними станами

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА КОГНІТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ПІДЛІТКІВ З ДЕПРЕСИВНИМИ СТАНАМИ ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

3.1. Теоретичне обґрунтування та структура програми

3.2. Зміст когнітивно-терапевтичної програми «Новий погляд»

3.3. Аналіз ефективності програми та обговорення результатів

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ДОДАТКИ

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Депресія є одним із найпоширеніших психічних розладів серед підлітків у світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, депресивні розлади займають перше місце серед причин непрацездатності у молоді віком 10–19 років. Кожен сьомий підліток у світі страждає від психічного розладу, і значна їх частина — від депресивних станів різного ступеня тяжкості. В Україні проблема набула особливої гостроти в умовах воєнного часу: дослідження 2022–2024 років фіксують дворазове зростання симптомів депресії та тривоги серед молоді.

Підлітковий вік є критичним щодо виникнення депресивних станів: понад 50% дорослих із рекурентною депресією вказують, що перший депресивний епізод стався саме в підлітковому або юнацькому віці. Своєчасне виявлення та ефективне лікування депресії у підлітків є, таким чином, стратегічним пріоритетом психологічної та психіатричної допомоги.

Серед психотерапевтичних методів, ефективність яких щодо депресії підтверджена численними рандомізованими контрольованими дослідженнями, когнітивна терапія Аарона Бека та її варіанти займають провідне місце. Метааналізи свідчать, що КПТ є настільки само ефективною, як і антидепресанти, у лікуванні депресії середнього та помірного ступеня тяжкості, а у підлітків — демонструє кращі довгострокові результати щодо профілактики рецидивів.

Разом із тим застосування когнітивної терапії в роботі з підлітками має свою специфіку, зумовлену особливостями вікового розвитку, і потребує адаптації класичних протоколів. В Україні відчувається гострий брак науково обґрунтованих і адаптованих до вітчизняних умов когнітивно-терапевтичних програм для підлітків.

Стан наукового розроблення проблеми. Когнітивна теорія депресії та терапевтичні протоколи розроблялися А. Беком, А. Рашем, Б. Шоу, Г. Емері, Д. Кларком. Когнітивно-поведінкову терапію для підлітків досліджували Ф. Кендалл, Дж. Кларк, Г. Льюінсон, Дж. Роджерс. У вітчизняній науці

питання депресивних станів підлітків та їх корекції вивчали О. Авраменко, Н. Бітянова, О. Дробязко, Ю. Максименко, Т. Федоренко та інші. Незважаючи на значний масив досліджень, питання адаптації когнітивної терапії для підлітків з урахуванням вітчизняного контексту залишається недостатньо вивченим.

Мета дослідження — теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити ефективність когнітивної терапії у подоланні депресивних станів підлітків.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз сучасних підходів до розуміння депресії у підлітковому віці: визначення, класифікація, поширеність, специфіка.
2. Розкрити теоретичні основи когнітивної моделі депресії А. Бека та механізми когнітивної терапії.
3. Проаналізувати особливості застосування когнітивної терапії в роботі з підлітками та наявні адаптовані протоколи.
4. Провести емпіричне дослідження депресивних станів та когнітивних особливостей підлітків.
5. Розробити та апробувати програму когнітивної терапії для підлітків із депресивними станами.
6. Оцінити ефективність розробленої програми шляхом порівняльного аналізу результатів до та після втручання.

Об'єкт дослідження — депресивні стани у підлітковому віці.

Предмет дослідження — когнітивна терапія як метод подолання депресивних станів у підлітків.

Гіпотеза дослідження: систематична програма когнітивної терапії, адаптована до вікових особливостей підлітків, сприятиме статистично значущому зниженню рівня депресивних симптомів, зменшенню вираженості когнітивних викривлень та підвищенню самооцінки порівняно з контрольною групою.

Методи дослідження:

- теоретичні: системний аналіз, синтез та узагальнення наукової літератури;
- емпіричні: психодіагностичне тестування (Опитувальник депресії Бека BDI-II; Дитяча шкала депресії CDI Ковача; шкала тривожності Спілбергера-Ханіна STAI; Опитувальник дисфункціональних установок DAS-A; Шкала самооцінки Розенберга RSES); структуроване клінічне інтерв'ю;
- формувальний: розробка та проведення програми когнітивної терапії «Новий погляд»;
- статистичні: Т-критерій Вілкоксона (для порівняння «до–після»), U-критерій Манна-Уїтні (для порівняння груп), кореляційний аналіз Спірмена.

Теоретико-методологічна основа. Дослідження ґрунтується на: когнітивній моделі депресії А. Бека (когнітивна триада, когнітивні схеми, когнітивні викривлення); принципах когнітивно-поведінкової терапії (А. Бек, А. Елліс); теорії розвитку підліткового мислення (Ж. Піаже, Л. Виготський); системному підході до психологічної допомоги.

Практична значущість. Розроблена програма когнітивної терапії «Новий погляд» може бути використана шкільними психологами, фахівцями психологічних консультативних центрів та психотерапевтами в індивідуальній і груповій роботі з підлітками, які переживають депресивні стани. Результати дослідження можуть застосовуватися у навчальному процесі підготовки психологів.

Структура роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (80 найменувань) та додатків. Загальний обсяг основного тексту — 98 сторінок; 9 таблиць, 5 рисунків.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КОГНІТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ДЕПРЕСІЇ У ПІДЛІТКІВ

1.1. Депресія у підлітковому віці: сутність, класифікація та поширеність

Депресія (від лат. depressio — пригнічення) є одним із найбільш поширених і водночас найменш діагностованих психічних розладів у підлітків. Складність виявлення депресії у цій віковій групі зумовлена тим, що її прояви у підлітків суттєво відрізняються від класичної «дорослої» депресії і можуть маскуватися соматичними скаргами, роздратованістю, поведінковими проблемами та зниженням успішності.

За МКХ-10 та МКХ-11, депресивні розлади включають: депресивний епізод (легкий, помірний, тяжкий — з або без психотичних симптомів); рекурентний депресивний розлад; дистимію (персистуючий депресивний розлад); змішаний тривожний та депресивний розлад. Поряд із цим, у клінічній практиці широко використовується поняття «субклінічна депресія» або «депресивний стан», що позначає стійкий знижений настрій та пов'язані симптоми, які не досягають клінічного порогу діагнозу, але суттєво знижують якість функціонування.

Клінічна картина депресії у підлітків охоплює афективні, когнітивні, поведінкові та соматичні симптоми. До афективних відносяться: стійко знижений або дисфоричний настрій (у підлітків часто проявляється як дратівливість, а не смуток), ангедонія, почуття порожнечі, безнадії, провини. Когнітивні симптоми включають: негативне мислення стосовно себе, світу та майбутнього (когнітивна триада Бека), труднощі концентрації, румінації. Поведінкові прояви: соціальна ізоляція, відмова від раніше приємних занять, зниження успішності, протестна поведінка. Соматичні симптоми: порушення сну (гіперсомнія або інсомнія), зміни апетиту та ваги, хронічна втома, соматичні болі невизначеного походження.

Щодо поширеності, дані великих епідеміологічних досліджень свідчать, що протягом підліткового віку депресивний епізод переживають

від 15 до 20% підлітків. Поширеність депресивних розладів у підлітків становить 3–8% у будь-який момент часу. Після пубертату частота депресії серед дівчат удвічі-втричі перевищує частоту серед хлопців, тоді як у дитячому віці така гендерна різниця не спостерігається.

Особливо тривожною є тенденція до зростання поширеності депресивних розладів серед підлітків упродовж останнього десятиліття. Дослідження в США (Twenge et al., 2019) зафіксували зростання показників депресії серед підлітків на 60% за 2005–2017 роки. Серед можливих чинників — зростання соціальних мереж, академічного тиску, соціальної нерівності та загальної нестабільності. В Україні воєнний контекст є додатковим потужним стресором.

Чинники ризику підліткової депресії

Мультифакторна модель депресії передбачає взаємодію біологічних, психологічних і соціальних чинників (біопсихосоціальна модель). Серед біологічних чинників ризику виділяють: генетичну схильність (конкордантність у монозиготних близнюків становить 40–70%), порушення нейромедіаторних систем (серотонінергічної, норадренергічної, дофамінергічної), гормональні зміни пубертату, хронічні соматичні захворювання. Психологічні чинники ризику: негативний когнітивний стиль, низька самооцінка, нейротизм, перфекціонізм, руминативний стиль мислення, досвід психологічних травм. До соціальних чинників відносяться: неблагополучний сімейний клімат, стиль виховання (авторитарний, відчужений), булінг, соціальна ізоляція, академічні невдачі, соціально-економічні негаразди.

24 лютого 2022 року розпочався новий етап російсько-української війни, що характеризується повномасштабним вторгненням російських військ на територію України.

Війна триває ще з 2014 року, однак завдяки Збройним Силам України значній частині населення тривалий час вдавалося зберігати відносно звичний спосіб життя. Водночас від початку збройної агресії українці

ведуть боротьбу за незалежність, свободу, суверенітет і право жити у мирній державі.

Російські війська здійснюють численні злочини проти цивільного населення: вбивства, тортури, сексуальне насильство та інші нелюдські дії як щодо мирних жителів, так і військових. Окрім цього, агресор намагається послабити міжнародні позиції України, спровокувати політичну й економічну нестабільність, дестабілізувати внутрішню ситуацію в країні. Для цього використовуються інформаційні кампанії, кібератаки, поширення дезінформації, організація підривної діяльності та інші засоби впливу.

Оскільки агресія здійснюється без офіційного оголошення війни, із порушенням міжнародних норм та із приховуванням участі держави-агресора, а також супроводжується навмисним знищенням цивільної інфраструктури, такі дії можна розглядати як прояв гібридної війни. Її сутність полягає у поєднанні військових, політичних, економічних та інформаційних інструментів впливу. У такому типі протистояння інформаційна боротьба часто відіграє ключову роль, спрямовану на формування страху, тривоги та дезорієнтації населення.

У контексті цієї війни Росія прагне встановити контроль над Україною, зірвати її європейський курс, нав'язати власну політичну модель, а також знищити національну ідентичність, культуру та історичну пам'ять. Значна увага приділяється підриву довіри до державних інституцій і Збройних Сил України, а також деморалізації населення.

Особливо відчутним є вплив окупації на населення тимчасово захоплених територій. Люди опиняються в умовах примусу та обмеженого вибору, де відмова підкорятися окупаційній владі може становити загрозу їхньому життю.

На окупованих територіях створюються підконтрольні адміністрації, спрямовані на витіснення всього українського. Зокрема, відбувається нав'язування змінених освітніх програм, залучення російських педагогів, поширення викривленої історичної інформації. Також фіксуються випадки

примусового переміщення дітей до Росії або перебування їх у таборах, де здійснюється ідеологічний вплив. Такі дії сприяють посиленню пропаганди, морального тиску та формуванню зневіри серед населення.

Унаслідок війни мільйони українців були змушені покинути свої домівки, що призвело до появи значної кількості внутрішньо переміщених осіб і біженців. Це явище стало серйозною соціальною проблемою для країни.

Перебування в умовах постійної небезпеки та стресу по-різному впливає на нервову систему людей. У одних активізується реакція «боротьби або втечі», в інших — стан завмирання. Саме тому частина населення долучилася до оборони країни, інша — виїхала за кордон, а дехто залишився в стані очікування та невизначеності. Незалежно від обраної стратегії поведінки, війна суттєво змінила життя кожного українця.

Постійний стрес, який переживає населення, має значний вплив на психічне та емоційне здоров'я. Більшість людей стикається з різними емоційними станами, серед яких домінують страх, тривога, апатія, сум, розгубленість і гнів. Навіть короточасні позитивні емоції часто супроводжуються почуттям провини. Така емоційна нестабільність призводить до виснаження, втрати ресурсів і відчуття безпеки. Водночас фахівці зазначають, що подібні реакції є природною відповіддю на тривалу стресову ситуацію.

Тривалий психоемоційний тиск негативно позначається як на психічному, так і на фізичному здоров'ї. В умовах постійної загрози життю люди зазнають не лише фізичних ризиків, але й накопичують психологічні травми, які з часом можуть посилюватися.

Психіка людини стає більш вразливою, гостріше реагує на зовнішні подразники, адже перебуває у постійному стані напруженого очікування невідомого. Такий стан виснажує її ресурси та негативно позначається на фізичному здоров'ї. Унаслідок цього дедалі більше українців потребують психологічної допомоги, оскільки самотійно не справляються з проявами

неконтрольованої агресії, дратівливістю, тривожністю, страхами, підвищеною збудливістю, внутрішньою напругою та втратою емоційної рівноваги. До цього додаються переживання втрат — як близьких людей, так і рідного дому, почуття провини, порушення сну та харчової поведінки, формування різного роду залежностей (алкогольної, наркотичної, ігрової тощо), панічні атаки, апатія, депресивні стани та нав'язливі думки, іноді навіть суїцидального характеру.

В умовах війни виникає значна кількість стресових факторів, до яких психіка людини часто не є адаптованою. Серед найпоширеніших — сигнали повітряної тривоги, що попереджають про можливу небезпеку обстрілів чи інших загроз, звуки вибухів і пострілів, постійне переглядання новин, тривога за власне життя і життя рідних, страх перед невідомим і відчуття безсилля змінити ситуацію. Напруження не зникає навіть у періоди відносного затишшя, оскільки невідомо, що станеться далі.

Для багатьох українців життя ніби призупинилося на невизначений час: вони відмовилися від звичних занять, обмежили спілкування з близькими, відклали важливі справи та втратили відчуття радості. Проте психіка не може «зупинитися» — вона продовжує функціонувати, чергуючи фази напруження та виснаження, що негативно впливає на загальний стан. Водночас значній частині людей вдалося частково адаптуватися до нових умов, що допомагає зберігати психічну рівновагу. Важливим стає повернення до повсякденних справ, підтримання звичного ритму життя, адже це сприяє стабілізації роботи психіки та забезпечує можливість подальшого функціонування.

Відомо, що від воєнних дій страждає не лише військове населення, а й цивільні, особливо жінки та діти. Якщо дорослі вже мають сформовану психіку, то діти, зокрема підлітки, значно вразливіші до травматичного впливу війни. Саме у підлітковому віці негативний досвід переживається більш гостро та болісно.

Часто війна змушує людей змінювати місце проживання, а разом із цим — і соціальне оточення. Для підлітків такі зміни є особливо складними, адже вони втрачають звичне середовище, друзів, стабільність. Нове місце проживання означає нову школу, новий колектив, інші умови життя, до яких потрібно адаптуватися. Водночас цей період життя пов'язаний із формуванням життєвих планів, а війна породжує невизначеність і дезорієнтацію щодо майбутнього.

Попри значний потенціал життєстійкості, підлітки залишаються однією з найбільш уразливих груп. Пережитий травматичний досвід може проявлятися у вигляді сильних емоційних реакцій, страхів, тривожності, істерик, різких змін настрою, станів ступору або надмірного збудження. Також можливі агресивність, схильність до насильства, втрата емпатії, асоціальна поведінка, посттравматичні стресові розлади, замкнутість, соціальна дезадаптація, небажання спілкуватися навіть із близькими.

Додатковим травматичним чинником є розлучення сімей, що нерідко відбувається під час війни. Діти стають свідками страждань батьків, але не можуть їм допомогти, водночас самі потребують підтримки, яку дорослі не завжди здатні надати через власний емоційний стан. Це посилює психологічне навантаження та руйнує відчуття безпеки.

Особливо тяжким випробуванням є втрата близьких людей. Наслідки такого переживання можуть проявитися не одразу, а через роки, іноді вже в дорослому віці.

Дослідження психічного здоров'я дітей у зонах воєнних конфліктів свідчать, що травматичний досвід має довготривалі наслідки. Часто він впливає не стільки на теперішній стан, скільки на майбутнє людини, спричиняючи різні форми дезадаптації — соціальної, психологічної та фізичної. Можуть формуватися песимістичні погляди на життя, поведінкові порушення, звикання до насильства, втрата віри у позитивне майбутнє. Чим довше людина перебуває в умовах війни, тим глибшими та складнішими стають наслідки, серед яких одним із найважчих є затяжна депресія.

1.2. Когнітивна модель депресії А. Бека: теоретичні основи

Когнітивна модель депресії, розроблена американським психіатром Аароном Теміном Беком у 1960–70-х роках, стала одним із найвпливовіших теоретичних і клінічних досягнень психотерапії XX–XXI століть. На відміну від психоаналітичної традиції, що пояснювала депресію через ретрофлексовану агресію, та поведінкових моделей, що акцентували на дефіциті підкріплення, Бек поставив у центр уваги когнітивні процеси — зміст і структуру мислення хворого.

Фундаментальним конструктом когнітивної моделі є когнітивна тріада депресії — три специфічні патерни мислення: (1) негативний погляд на себе (сприйняття себе як нікчемного, неадекватного, нелюбого, безнадійного); (2) негативна інтерпретація поточного досвіду (тенденція сприймати нейтральні або позитивні події як провали, відмови, позбавлення); (3) негативний погляд на майбутнє (очікування подальших труднощів, страждань, невдач — «тунельне бачення»). Когнітивна тріада формує афективну, мотиваційну та поведінкову симптоматику депресії.

Другим ключовим конструктом є когнітивні схеми — стійкі когнітивні патерни, що формуються у ранньому досвіді і стають фільтрами, крізь які людина сприймає та інтерпретує реальність. Дисфункціональні схеми залишаються латентними у звичних умовах, але активуються під впливом стресорів (зазнати невдачі, бути відкинутим). Прикладами дисфункціональних схем є: «Якщо я зроблю помилку — це катастрофа», «Мене можуть любити лише якщо я досконалий», «Я нездатний впоратися з труднощами».

Третім ключовим елементом є когнітивні викривлення (помилки мислення) — систематичні відхилення в обробці інформації, що підтримують негативні схеми незалежно від суперечливих доказів. Бек та його колеги виділили ряд класичних когнітивних викривлень:

- Довільний умовивід — формулювання висновків без достатніх доказів або всупереч їм.

-
- Надмірне узагальнення — формулювання загального правила на основі одного або кількох ізольованих випадків.
 - Вибіркова абстракція — зосередження на деталі поза контекстом, ігнорування важливішої інформації.
 - Перебільшення або применшення — помилки в оцінці значущості або масштабу події.
 - Персоналізація — приписування собі відповідальності за зовнішні події без достатніх підстав.
 - Дихотомічне мислення — тенденція мислити в крайнощах (все або нічого, чорне або біле).
 - Катастрофізація — перебільшення ймовірності та тяжкості негативних наслідків.
 - Читання думок та передбачення майбутнього — впевненість у знанні думок інших або у неминучості негативного результату.

Когнітивна терапія, що базується на цій моделі, спрямована на ідентифікацію та модифікацію дисфункціональних думок і схем через систематичну роботу з когніціями клієнта.

Підлітковий вік розглядається як перехідний етап розвитку між дитинством і дорослістю, який охоплює досить тривалий період життя. Це одна з найбільш складних і водночас своєрідних стадій, насичена новими враженнями, емоційними переживаннями, яскравими подіями та підвищеним ентузіазмом.

Цей період часто визначають як кризовий, переломний, адже саме тоді відбувається статеве дозрівання та глибокі зміни в розвитку особистості. Так, Л. С. Виготський виокремлював три види зрілості — статеву, органічну та соціальну, які у сучасних підлітків формуються не одночасно, а послідовно.

Для підліткового віку характерна внутрішня суперечливість, що проявляється навіть у повсякденній поведінці. З одного боку, підлітки прагнуть, щоб їх сприймали як дорослих, але водночас болісно реагують на

зауваження. Вони стають більш відповідальними, проте імпульсивність часто заважає їм ефективно діяти. Прагнучи незалежності та самовираження, підлітки одночасно намагаються не відрізнятись від однолітків. Бажання мати власну думку нерідко поєднується з наслідуванням поведінки авторитетних осіб або кумирів.

Цей віковий етап супроводжується низкою специфічних рис: підвищеною чутливістю до оцінки, різкістю у висловлюваннях, сором'язливістю, емоційною нестійкістю, невпевненістю у власних силах.

Організм підлітка зазнає інтенсивних фізіологічних змін, до яких необхідно пристосовуватися, що на початкових етапах може викликати стрес. Емоційна нестабільність посилюється процесами статевого дозрівання, унаслідок чого виникає інтерес до протилежної статі, з'являються романтичні почуття, перші симпатії та досвід міжособистісних стосунків.

Серед науковців існують різні погляди на цей період: одні вважають його напруженим і бурхливим, інші ж наголошують на відносній перебільшеності труднощів. Водночас такі риси, як неслухняність, емоційна нестабільність чи імпульсивність, справді часто притаманні підліткам. Недарма цей період описують як складний і динамічний етап розвитку. С. Холл називав його стадією «бурі й натиску». У віці приблизно від 11–12 до 15–16 років інтенсивно формуються фізичні, психічні та соціальні характеристики особистості.

Через надмірну емоційність поведінка підлітків інколи стає непередбачуваною навіть для них самих. Вони схильні до самозаглиблення, активного розвитку самосвідомості, переоцінки власних можливостей. Часто підлітки вважають свої переживання унікальними та такими, що не можуть бути повністю зрозумілі іншими.

Попри індивідуальні відмінності, існують і спільні риси цього віку. Початок підліткового періоду супроводжується значними фізіологічними змінами, зокрема гормональними коливаннями (естроген у дівчат і

тестостерон у хлопців), що впливають на емоційний стан. Змінюються інтереси, цінності, ставлення до світу. Емоційно-вольова сфера стає нестійкою: періоди активності та впевненості можуть швидко змінюватися апатією, образливістю чи бажанням усамітнення.

Поведінка підлітків також залежить від статі та індивідуальних психофізіологічних особливостей. Дівчата зазвичай більш відповідальні, орієнтовані на схвалення, схильні до самокритики та турботи про інших, значну увагу приділяють зовнішності. Хлопці ж частіше демонструють незалежність, схильність до порушення норм, інколи прагнуть підкреслити свою «дорослість» через демонстративну поведінку.

Отже, підлітковий вік є складним, суперечливим і водночас надзвичайно важливим етапом розвитку, який визначає подальше становлення особистості.

Ендокринна та нервова системи організму зазнають додаткового навантаження з початком статевого дозрівання, що часто призводить до емоційної нестійкості та підвищеної втомлюваності. Процеси гальмування поступаються процесам збудження, унаслідок чого виникають неадекватні реакції на звичайні зауваження чи дії оточення. Фізичний ріст у цей період прискорюється, однак організм не завжди встигає забезпечити його достатньою кількістю поживних речовин і вітамінів, що нерідко спричиняє порушення опорно-рухового апарату, зокрема сутулість або сколіоз.

У підлітковому віці інтенсивно розвиваються майже всі пізнавальні процеси. Активізується пізнавальна діяльність, яка дедалі більше ґрунтується на власних висновках. Покращується інтелектуальний розвиток, мислення стає більш узагальненим, а пам'ять — переходить від механічної до логічної та осмисленої. Мовлення збагачується і стає більш різноманітним. Значного розвитку набувають такі мисленнєві операції, як абстрагування, узагальнення та класифікація.

Підлітки вже здатні обговорювати складніші теми, зокрема моральні чи політичні питання, які раніше були для них недоступними, що сприяє

формуванню відчуття власної дорослості. Подальший інтелектуальний розвиток охоплює пам'ять, сприймання та уяву. Вони активно використовують логічну, довільну та опосередковану пам'ять. Уява стає більш розвиненою і переходить від дитячої фантазії до творчої діяльності.

У цьому віці формуються організаторські здібності, зростає наполегливість і здатність досягати поставлених цілей. Підлітки починають використовувати набутий досвід і прагнуть до нових знань. Водночас вони істотно відрізняються між собою за рівнем інтелектуального розвитку, інтересами та світоглядом.

Підліток перебуває на межі між дитинством і дорослістю: він уже не дитина, але ще не дорослий. Водночас прагнення до самостійності й визнання дорослості стає дуже сильним, хоча реальні можливості ще залишаються обмеженими. Відчуття власної дорослості виступає центральним новоутворенням цього віку.

У цей період підлітки прагнуть автономії, не бажають надмірного втручання батьків у свій особистий простір, переглядають стиль спілкування, формують власні смаки, засвоюють моральні та етичні норми. Вони починають активно пізнавати свій внутрішній світ, що сприяє формуванню «Я-концепції» — системи уявлень про себе. Разом із цим розвиток мозкових структур може зумовлювати тимчасовий егоцентризм, зниження емпатії та зосередженість на власних переживаннях, що є природним для цього етапу розвитку.

Підлітки активно шукають своє місце в соціумі, порівнюють себе з іншими, формують власну ідентичність, засвоюють нові соціальні ролі та цінності. Однією з ключових характеристик цього періоду є процес соціалізації. Вони прагнуть відокремитися від сім'ї, утвердити свою самостійність, відстояти право на власну думку та вибір. Однак це часто супроводжується конфліктами з батьками, протестною поведінкою, критикою авторитетів і небажанням виконувати обов'язки.

Підлітки нерідко схильні до різких і критичних оцінок як інших, так і самих себе. У віці 13–14 років можливе зниження самооцінки, але ближче до завершення підліткового періоду (15–16 років) вона, як правило, стабілізується та підвищується.

Важлива роль у проходженні цього складного етапу належить батькам. Вони мають підтримувати дитину, демонструвати готовність допомогти, не засуджувати за помилки, а сприяти їх конструктивному подоланню. Водночас необхідно встановлювати чіткі межі дозволеного, оскільки, попри протест, підлітки потребують певних рамок. Батьки можуть допомогти їм краще зрозуміти дорослий світ і підготуватися до життєвих труднощів.

Отже, підлітковий вік є складним і суперечливим періодом як для самих підлітків, так і для дорослих, які їх виховують. Проте він є необхідним етапом розвитку особистості, який, попри труднощі, сприяє становленню зрілої індивідуальності.

1.3. Когнітивна терапія в роботі з підлітками: особливості та адаптації

Застосування когнітивної терапії у роботі з підлітками вимагає врахування специфіки вікового розвитку: когнітивних можливостей, емоційної регуляції, мотивації та терапевтичного альянсу.

З когнітивно-розвиткової точки зору, ефективне застосування класичної когнітивної терапії передбачає наявність формального операційного мислення (за Піаже): здатності до абстрактного мислення, гіпотетичного розмірковування та метакогніції. Ці здібності інтенсивно формуються у 11–15 років, тому для молодших підлітків необхідні більш конкретні і наочні техніки.

Ключові адаптації когнітивної терапії для підлітків включають:

7. Підвищення рівня психоедукації. Підліткам потрібно детальніше пояснити зв'язок між думками, почуттями та поведінкою у конкретних, зрозумілих прикладах із їхнього власного досвіду.

-
8. Використання більш конкретних і образних технік. Замість абстрактних концептів — метафори, малюнки, рольові ігри, аналогії з популярними медіа.
 9. Акцент на терапевтичному альянсі. З підлітками особливо важливо встановити відносини довіри та рівноправного партнерства, а не авторитарні позиції «лікар—пацієнт».
 10. Включення поведінкових компонентів. Для підлітків поведінкова активація та поведінкові експерименти часто є більш доступними точками входу, ніж суто когнітивна робота.
 11. Залучення сім'ї. Батьки є важливим ресурсом підтримки та джерелом підкріплення або підживлення терапевтичних змін.
 12. Врахування розвиткового контексту. Підліткові задачі (ідентичність, автономія, відносини з ровесниками) повинні бути в центрі терапевтичного фокусу.

Серед спеціально адаптованих для підлітків когнітивно-терапевтичних протоколів варто відзначити: «Дії проти депресії» (Clarke, Lewinsohn) — груповий когнітивно-поведінковий протокол; «Впоратися з депресією для підлітків» (CWD-A); MATCH-ADTC (Modular Approach to Therapy for Children); «Думай добре, відчувай добре» (Greenberger & Padesky, адаптовано Stallard для підлітків).

Метааналітичні дані переконливо свідчать про ефективність когнітивно-поведінкової терапії у лікуванні підліткової депресії: розмір ефекту за стандартизованою різницею середніх становить 0,58–0,82 (середній та великий ефект), а тривале спостереження виявляє стійкість результатів через 6–12 місяців після завершення терапії (Weisz et al., 2017).

Депресія — це психічне порушення, для якого характерні втрата інтересу до раніше значущих занять, зниження здатності виконувати повсякденні обов'язки та тривалий пригнічений емоційний стан, що зберігається щонайменше два тижні [13].

Важливо підкреслити, що депресію не слід ототожнювати зі звичайним погіршенням настрою, прагненням до усамітнення чи песимістичним світосприйняттям. Це серйозний психічний розлад, який може мати значні негативні наслідки. Людина, яка переживає депресію, часто втрачає здатність радіти життю, стає більш песимістичною та відчуває труднощі навіть у виконанні простих щоденних завдань. Водночас це захворювання піддається лікуванню та психологічній корекції [14].

Виділяють уніполярні та біполярні форми депресії. До уніполярних належать атипова, рекурентна короткочасна, субклінічна (мала), післяпологова депресія, дистимія та великий депресивний розлад. Для них характерний стабільно знижений настрій. Біполярні розлади, у свою чергу, поєднують депресивні та маніакальні епізоди. Їх часто помилково сприймають як тяжку форму депресії, однак це окреме психічне захворювання [12].

Депресія не є проявом слабкості, перевагою чи приводом для самозвинувачень. Вона може виникнути у будь-якої людини незалежно від віку, соціального статусу чи життєвих обставин.

Особливу небезпеку становить те, що депресивний стан може тривалий час залишатися непоміченим як для самої людини, так і для її оточення. Це здатне призводити до серйозних наслідків, включно з розвитком інших психічних розладів, появою суїцидальних думок і навіть їх реалізацією.

Щороку проблема депресії набуває дедалі більшого поширення. У багатьох країнах рівень депресивних розладів серед населення коливається приблизно від 3,8% до 6,3%.

До депресії слід ставитися з максимальною увагою та обережністю. Її не можна недооцінювати, адже це складний багатогранний процес. Самолікування є небажаним, оскільки депресія може мати різні форми, причини, тривалість і ступінь тяжкості. Методи допомоги, ефективні для

однієї людини, можуть бути не лише неефективними, а й шкідливими для іншої.

Особливу делікатність варто проявляти у спілкуванні з людьми, які переживають депресивні стани. Хоча сьогодні дедалі більше людей намагаються надавати психологічну підтримку, у пострадянському суспільстві депресію часто недооцінюють або сприймають із недовірою, зводячи її до «поганого настрою» чи переконання, що достатньо просто «думати позитивно».

При цьому нерідко самі люди, які страждають на депресію, не визнають свого стану як захворювання. Вони можуть тривалий час жити з постійною пригніченістю, відсутністю мотивації, небажанням працювати чи спілкуватися. Оточення інколи сприймає це як особистісну слабкість, хоча насправді в таких випадках необхідна кваліфікована психологічна або медична допомога. Важливо зазначити, що потреба у такій підтримці може виникнути в будь-якому віці — як у дітей, так і в дорослих.

Депресія, як і будь-яке інше захворювання, має різні форми прояву:

- Депресивний епізод — найпоширеніший варіант, який може тривати від кількох тижнів до року. Якщо такий стан виникає лише один раз у житті, його називають однополярним (приблизно у третини пацієнтів). Характерною ознакою є зниження працездатності. За відсутності належного лікування можливі повторні епізоди.
- Рекурентний депресивний розлад (класична депресія) — проявляється повторюваними епізодами. Часто починається ще в дитинстві або підлітковому віці, тому важливо своєчасно звернутися до фахівця. Періоди загострення змінюються ремісіями, які можуть тривати від кількох місяців до років. У важких випадках можливі самопошкодження або суїцидальні дії.
- Дистимія (хронічна депресія) — характеризується тривалим, але менш вираженим перебігом симптомів. У разі ускладнення може

переходити у так звану «подвійну депресію». Зазвичай не супроводжується суїцидальними намірами.

- Післяпологова депресія — виникає протягом перших шести тижнів після народження дитини та пов'язана з фізичним виснаженням, нестачею сну і відпочинку.
- Біполярний розлад I типу — включає чергування депресивних, маніакальних фаз і періодів ремісії. У маніакальній фазі спостерігається підвищена активність, покращений настрій, але знижується критичність мислення, з'являється безсоння та тривожність. Після цього настає депресивний стан.
- Біполярний розлад II типу* — подібний до попереднього, але без виражених маніакальних підйомів настрою; фази змінюються менш різко.
- Психотична депресія — супроводжується мареннями та галюцинаціями і часто потребує стаціонарного лікування.
- Атипова депресія — має легший перебіг, але характеризується різкими змінами настрою, схильністю до панічних станів, підвищеним апетитом, сонливістю та емоційною чутливістю.
- Сезонні афективні розлади — виникають у певні періоди року. Найчастіше це зимова форма (з осені до весни) або рідше літня (з травня до осені). Симптоми зникають із зміною сезону.

Депресивні розлади також класифікують за причинами виникнення:

- психогенні — спричинені стресами та психологічними факторами;
- ендогенні — пов'язані з внутрішніми біологічними процесами (наприклад, при клімактеричних змінах, біполярному розладі, шизофренії);
- соматогенні — виникають на тлі соматичних захворювань.

Водночас у повсякденному житті люди часто називають депресією звичайні тимчасові переживання — конфлікти, невдачі чи дрібні

неприємності. Однак справжня депресія зазвичай має глибші причини, такі як втрата близької людини, тяжка хвороба чи травматичні події, і супроводжується тривалим пригніченим станом.

З часом людина зазвичай відновлюється, але цей процес індивідуальний. Хтось легше долає труднощі, тоді як іншим потрібен триваліший період, підтримка оточення, прийняття ситуації та її емоційне проживання, щоб повернутися до звичного життя.

Симптоматику депресії умовно поділяють на основну та додаткову.

До основних проявів належать:

- підвищена втомлюваність, що триває щонайменше місяць;
- стійке зниження настрою без очевидних причин протягом не менше двох тижнів;

- втрата інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення;
- емоційна байдужість.

До додаткових симптомів відносять:

- зниження самооцінки;
- порушення апетиту;
- розлади сну;
- постійне відчуття пригніченості;
- психомоторну загальмованість;
- зміни поведінки (зокрема уникання спілкування з близькими);
- суїцидальні думки;
- песимістичне сприйняття майбутнього;
- труднощі з концентрацією уваги;
- напади страху;
- відчуття надмірної провини;
- нерішучість;
- фізіологічні та зовнішні зміни.

Наявність двох основних і щонайменше трьох додаткових симптомів може бути підставою для встановлення діагнозу.

Окрім цього, виокремлюють такі прояви, як ангедонія — нездатність відчувати задоволення, а також глікогевзія — поява солодкуватого присмаку в роті без видимих причин.

Депресивний стан часто супроводжується головним болем, що спричиняє дратівливість і блідість. У людей із депресією нерідко спостерігається уповільненість рухів і втрата маси тіла. У деяких випадках, навпаки, можливе психомоторне збудження — прискорене мовлення та рухи. Якщо такі прояви не є типовими для людини, вони можуть свідчити про наявність депресії.

На прояви депресії впливають різні чинники, зокрема вік, стать, спосіб життя, соціальний статус, життєві установки та релігійні переконання. Чітко визначити момент виникнення депресії складно, однак зміни фізіологічного стану під впливом емоційного стресу можуть бути помітними — людина ніби «згасає» на очах.

Існує перелік ознак, за наявності яких варто звернутися по допомогу:

- постійна втома;
- труднощі з концентрацією;
- уникання соціальних контактів;
- часта плаксивість;
- відчуття нездатності справлятися з повсякденними завданнями;
- брак енергії;
- нездатність розслабитися;
- використання алкоголю чи інших речовин для регуляції емоцій;
- труднощі з мисленням;
- втрата інтересу до звичних занять;
- емоційне вигорання.

Ознаки депресії також групують за чотирма категоріями:

-
- емоційні — відчуття безнадії, низька самооцінка, втрата енергії, порушення сну, думки про смерть, зниження інтересу до життя, труднощі у прийнятті рішень;
 - фізіологічні — зміни апетиту, проблеми з травленням, болі в тілі, зниження лібідо, підвищена втомлюваність;
 - поведінкові — схильність до ізоляції, плаксивість, дратівливість, пасивність, емоційна нестабільність, конфліктність;
 - когнітивні — уповільнення мислення, труднощі з концентрацією та прийняттям рішень.

Важливо зазначити, що депресія має не лише психологічні, а й фізіологічні прояви. Зокрема, порушуються біологічні ритми сну: людина прокидається виснаженою та не може відновити сили. Часто спостерігається зниження апетиту, а також підвищення рівня гормонів стресу.

Організм перебуває у стані постійної напруги: підвищується м'язовий тонус, пришвидшується обмін речовин. У тяжких випадках депресія може навіть прискорювати процеси старіння клітин, через що людина відчуває себе значно старшою за свій вік.

Наслідки депресивних станів можуть бути тривалими та істотно впливати на якість життя, заважаючи повноцінному функціонуванню особистості.

Депресія формується під впливом складної взаємодії психологічних, соціальних і біологічних чинників. Різноманітність причин її виникнення не заперечує існування цього розладу, а навпаки підкреслює його багатофакторність [26]. На сьогодні серед фахівців не існує єдиного підходу до пояснення причин розвитку депресії [14].

Різні типи депресивних розладів мають відмінні механізми виникнення. Так, ендогенна депресія зумовлюється переважно генетичними факторами і не залежить від зовнішніх обставин, тоді як екзогенна виникає під впливом життєвих подій і стресових ситуацій [13].

Генетична схильність відіграє важливу роль у розвитку депресії: ризик її виникнення значно зростає, якщо хтось із батьків страждає на цей розлад. Майже у половини людей із депресією є родичі з аналогічними проблемами. У випадку однойцевих близнюків імовірність захворювання другого близнюка також є високою [14].

Однією з причин депресивних станів можуть бути лікарські препарати, які іноді викликають такі прояви як побічний ефект. У таких випадках говорять про фармакогенну або ятрогенну депресію.

Нестача природного освітлення також здатна провокувати розвиток депресивних станів. Тривале перебування у темних приміщеннях або тривала похмура погода можуть спричинити сезонний афективний розлад [26].

Серед зовнішніх факторів значну роль відіграють життєві труднощі, такі як втрата близької людини, розлучення чи звільнення з роботи. До цього додаються особистісні особливості, зокрема підвищена тривожність, пасивність, а також наявність інших психічних розладів. Важливо, що у людей, які вже переживали депресію, ризик повторного її виникнення залишається досить високим.

У жінок розвиток депресії часто пов'язаний із гормональними змінами: під час менструального циклу, вагітності, післяпологового періоду або клімаксу. Також значення мають підвищена емоційна чутливість і реактивність.

До причин депресії належать і різноманітні соматичні захворювання, зокрема пухлини головного мозку, СНІД, інсульт, хвороба Паркінсона, розсіяний склероз, порушення роботи надниркових і щитоподібної залоз, інфекційні хвороби та інтоксикації організму [12; 14].

Окрім цього, зловживання лікарськими засобами, наркотиками та алкоголем також значно підвищує ризик розвитку депресивних розладів [14].

Загалом існує велика кількість чинників, які можуть спричинити депресію. Часто людина намагається уникати цих проблем, замість того щоб їх вирішувати, що лише поглиблює стан.

Водночас одним із найвагоміших чинників виникнення депресії в сучасних умовах, особливо для українців, є життя в умовах війни. Постійна загроза, страх, тривога, напруження та невизначеність негативно впливають на психоемоційний стан і нервову систему. Людина, яка тривалий час перебуває у стресі, змушена постійно бути напготові, що зрештою може призвести до розвитку депресивних станів [1; 23, с.3; 34].

Як відомо, тривалий депресивний стан нерідко залишається непоміченим як для самої людини, яка його переживає, так і для її оточення. Це пов'язано з тим, що депресія викликає дезорієнтацію та спотворює сприйняття реальності. Наслідки такого стану можуть бути різними, однак найбільш небезпечними є розвиток психічних розладів і ризик суїцидальної поведінки [12].

Перебуваючи в такому стані, людина часто залишається наодинці зі своїми переживаннями, відчуває відчуження від життя та втрату зв'язку з навколишнім світом. У цей період особливо важливою є наявність підтримки — людини, яка здатна вислухати, зрозуміти й бути поруч. Не менш важливо переконати того, хто страждає, у необхідності звернення по професійну допомогу до фахівця.

Якщо депресію ігнорувати й не вживати заходів для її подолання, можуть виникати додаткові порушення життєдіяльності. Серед найпоширеніших — втрата соціальних зв'язків, зниження самооцінки, поява страхів, а також розлади харчової поведінки [26].

Ігнорування лікування підвищує ризик повторного виникнення депресії в майбутньому. Такі епізоди зазвичай мають тяжкий перебіг, сильніше впливають на фізичне здоров'я та супроводжуються більшою ймовірністю супутніх захворювань. Крім того, зростає ризик неодноразових рецидивів, причому кожен наступний може тривати довше. Неправильне

або незавершене лікування здатне сприяти формуванню хронічної форми розладу, яка значно гірше піддається корекції [14].

Найбільш трагічним наслідком депресивного розладу є самогубство. За статистикою, щороку у світі близько 800 000 людей помирають унаслідок суїциду. Він посідає друге місце серед причин смерті молоді віком 15–29 років, що також стосується підлітків [26].

Депресія — це не остаточний вирок. Вона піддається лікуванню, якщо правильно підібрати відповідний підхід, який залежить від ступеня тяжкості стану. Серед методів лікування виокремлюють медикаментозні, психотерапевтичні, зміни способу життя та додаткові допоміжні підходи. Водночас уживання психотропних речовин, алкоголю чи наркотиків лише погіршує перебіг депресії [13].

Найчастіше застосовують два основні підходи: психотерапію та медикаментозне лікування. Важливу роль відіграє саме психотерапія, оскільки вона допомагає встановити довірливі стосунки між спеціалістом і пацієнтом, виявити причини розладу та змінити ставлення до життєвих труднощів.

В Україні, як і в багатьох країнах із середнім і низьким рівнем доходів, допомога людям із депресією часто є недостатньо доступною. Приблизно 80% осіб, які страждають на депресію, не отримують належного лікування через нестачу ресурсів і кваліфікованих спеціалістів.

Літні люди нерідко заперечують психологічні проблеми або не звертаються по допомогу. До того ж діагностика ускладнюється тим, що пацієнти не завжди повідомляють лікаря про свої симптоми. Саме тому важливо підвищувати обізнаність населення щодо депресії, її причин, проявів і поширеності, щоб люди своєчасно зверталися до фахівців і не боялися цього [26].

Раннє виявлення та робота з подібними проблемами є значно ефективнішими, адже це допомагає запобігти ускладненням або зменшити ризик розвитку більш серйозних розладів у майбутньому.

Під час діагностики важливо спочатку виключити інші захворювання зі схожими симптомами. Для цього проводять медичне обстеження та лабораторні аналізи, після чого здійснюють психологічну оцінку з використанням опитувальників і тестів (зокрема на рівень тривожності, ангедонії, суїцидальні тенденції).

Лікування підбирається індивідуально та може проводитися як амбулаторно, так і в стаціонарі. Воно включає соціальну підтримку, психотерапію та медикаментозну допомогу. Призначення антидепресантів здійснює виключно лікар, визначаючи їх тип, дозування і тривалість прийому. Зазвичай ефект від препаратів стає помітним через кілька тижнів [14].

Причини, симптоми та способи лікування можуть відрізнятися залежно від статі та індивідуальних особливостей людини, тому підхід до кожного пацієнта має бути персоналізованим.

У деяких випадках застосовують додаткові методи, такі як медитація, світлотерапія, арт-терапія, музикотерапія, ароматерапія тощо [26].

Важливу роль у процесі одужання відіграє оточення людини. Близьким слід створювати підтримувальну атмосферу, проявляти розуміння, допомагати, уникати критики та заохочувати до спільної діяльності. За наявності довіри вони можуть обговорювати з людиною її стан і допомагати усвідомити тимчасовість труднощів.

Деякі форми депресії можуть повторюватися, тому профілактика є надзвичайно важливою. Вона включає прості, але ефективні рекомендації:

- забезпечувати повноцінний сон (не менше 8 годин);
- підтримувати спілкування з позитивно налаштованими людьми;
- дотримуватися збалансованого харчування;
- більше перебувати на світлі та свіжому повітрі;
- займатися фізичною активністю;
- періодично звертатися до психотерапевта [12; 14].

Ефективним методом є когнітивна психотерапія, яка допомагає людині усвідомити та змінити негативні моделі мислення. Вона спрямована на виявлення помилкових переконань, їх корекцію та формування більш адаптивних способів реагування. Цей підхід вважається одним із найрезультативніших серед короткострокових терапій.

У процесі такої терапії людина вчиться:

- розуміти вплив власного мислення на поведінку;
- відрізнити деструктивні думки від конструктивних;
- контролювати негативні установки;
- знаходити ефективні способи подолання труднощів.

Отже, лікування депресії потребує комплексного підходу, в якому важливе місце займає психологічна підтримка. Вона допомагає людині вийти зі стану постійної зосередженості на негативі та сформувати більш позитивне ставлення до життя [14].

Своєчасне звернення до фахівця значно прискорює процес одужання та допомагає ефективно впоратися з наслідками депресії [13].

Висновки до розділу 1:

Депресія є серйозною та поширеною проблемою підліткового віку з характерними клінічними особливостями, що відрізняють її від дорослої депресії. Когнітивна модель Бека пропонує переконливе теоретичне пояснення механізмів депресії через концепти когнітивної тріади, дисфункціональних схем та когнітивних викривлень. Когнітивна терапія є одним із найефективніших психотерапевтичних підходів до подолання депресії у підлітків, хоча й потребує низки адаптацій до вікових особливостей.

Депресія являє собою психічний розлад, основними ознаками якого є стійке (тривалістю щонайменше два тижні) пригнічення настрою, втрата здатності отримувати задоволення від раніше приємних занять, а також

труднощі з виконанням повсякденних обов'язків і звичної діяльності. Це серйозне захворювання здатне спричинити тяжкі та небезпечні наслідки.

Депресивні розлади, як і будь-яка інша патологія, можуть виявлятися в різноманітних формах:

- депресивний епізод;
- рекурентний (періодичний) депресивний розлад, також відомий як клінічна або класична депресія;
- дистимія (хронічна форма депресії);
- постнатальна (післяпологова) депресія;
- біполярна депресія I типу (маніакально-депресивний психоз);
- біполярна депресія II типу;
- депресивний психотичний епізод;
- атипова депресія (легкий перебіг);
- сезонні афективні розлади.

До найпоширеніших чинників, що провокують депресивні розлади, належать: втрата близької людини, песимістичне світосприйняття, звільнення з роботи, генетична схильність, соматичні захворювання, вживання лікарських препаратів, що впливають на психофізіологічний стан, емоційна лабільність, підвищена збудливість та гормональні зміни.

Однак у сучасних реаліях одним із найбільш значущих і масових чинників є війна, розпочата Росією проти України 24 лютого 2022 року. В екстремальних умовах воєнного часу виникає безліч стресорів, які травмують психіку, не пристосовану до такого рівня загроз. До них належать: звуки сирен повітряної тривоги, вибухи та стрілянина, безперервне споживання новинного контенту, переживання за власне життя та безпеку рідних, страх перед невизначеністю, відчуття безпорадності перед обставинами. Крім того, воєнні дії спричиняють втрату близьких, руйнування домівок, вимушене переміщення та зміну звичного соціального оточення. Найбільш уразливою категорією в цій ситуації є діти, зокрема ті,

що перебувають на підлітковому етапі розвитку. Вони надзвичайно болісно реагують на раптову втрату всього звичного: руйнуються їхні плани, мрії, цілі, докорінно змінюється картина світу. Багато травматичних подій підлітки переживають уперше, що посилює їхній негативний вплив і значно підвищує ризик виникнення депресивних станів.

До характерних симптомів депресивності належать: емоційне сплюснення (байдужість), безпричинне зниження настрою, занижена самооцінка, песимістичне мислення, порушення апетиту, суїцидальні думки, розлади сну, рухова загальмованість, труднощі з прийняттям рішень. У людей, які перебували або перебувають у країні, де триває війна, додатково з'являються нав'язливі спогади про травматичні події, уникання будь-чого, що може про них нагадувати, невизначеність, підвищена настороженість, втрата здатності прогнозувати власне майбутнє, ангедонія (нездатність відчувати позитивні емоції), невмотивовані спалахи гніву та інші прояви, не властиві конкретній людині до потрапляння в такі умови.

Наслідки депресії є багатоаспектними: вони охоплюють погіршення фізичного здоров'я, трансформацію психологічного сприйняття довкілля, ризик пізньої діагностики через латентний перебіг (що суттєво ускладнює ситуацію), ймовірність рецидивів. Найжахливішим із наслідків є суїцидальна поведінка.

Тому задля запобігання таким трагічним результатам необхідно своєчасно виявляти депресивні стани, навчатися їх корекції та подолання. Особливо це стосується особи, яка пережила травматичні події під час війни: у разі розвитку депресії вона має обов'язково звернутися до фахівця (психолога, психотерапевта, психіатра), який здатен надати кваліфіковану допомогу та сприяти подоланню цього стану.

РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ТА КОГНІТИВНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІДЛІТКІВ

2.1. Організація та методи дослідження

Мета емпіричного дослідження — вивчення поширеності, вираженості та когнітивних корелятивів депресивних станів у підлітків загальноосвітнього навчального закладу.

База та вибірка. Дослідження проводилося на базі двох закладів загальної середньої освіти м. Нікополь протягом 2024–2025 навчального року. До вибірки увійшли 110 підлітків віком 13–16 років (учні 8–10 класів). З них 55 осіб склали експериментальну групу (підлітки з клінічно значущими депресивними симптомами, $BDI-II \geq 14$) і 55 осіб — контрольну групу (підлітки без клінічно значущої депресивної симптоматики, $BDI-II < 14$). Критерії виключення: наявність психотичних симптомів, суїцидальної поведінки з планом, гострої психіатричної кризи, що вимагає стаціонарного лікування; прийом антидепресантів.

Дослідження здійснювалося у чотири етапи: (1) підготовчий — отримання згоди, скринінг; (2) констатувальний — психодіагностика обох груп; (3) формувальний — проведення програми когнітивної терапії з ЕГ; (4) контрольний — повторна психодіагностика та аналіз результатів.

Психодіагностичний інструментарій дослідження:

- Опитувальник депресії Бека ($BDI-II$, Beck Depression Inventory-II) — стандартизований самозвіт для виявлення та оцінки тяжкості депресивних симптомів. 21 пункт, оцінювання від 0 до 3, загальний бал: 0–13 — мінімальна депресія; 14–19 — легка; 20–28 — помірна; 29–63 — тяжка.
- Дитяча шкала депресії (CDI , Children's Depression Inventory, Kovacs) — адаптована для дітей та підлітків 7–17 років. 27 пунктів, що охоплюють негативний настрій, міжособистісні проблеми, неефективність, ангедонію, негативну самооцінку.

-
- Опитувальник дисфункціональних установок (DAS-A, Dysfunctional Attitude Scale) — 40 пунктів, що вимірюють вираженість дисфункціональних когнітивних установок, пов'язаних із депресією.
 - Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна (STAI) — для оцінки супутньої тривожності.
 - Шкала самооцінки Розенберга (RSES) — 10 пунктів, вимірює глобальну самооцінку.

Існує значна кількість відомостей про вплив війни на психічне та емоційне здоров'я людей, а також дослідження, які розкривають можливі наслідки бойових дій для осіб, що проживають або проживали на охоплених конфліктом територіях.

Одним із прикладів є дослідження К. Мурті та Р. Лакшмінараяна (2006 р.), які вивчали психічне здоров'я дітей в Ізраїлі, Ічкерії, Уганді, Камбоджі, Афганістані, Шрі-Ланці, Палестині, Іраку, Лівані, Сомалі, Руанді та на Балканах у період збройних конфліктів на цих територіях. Учені стверджують, що дитяча психіка особливо вразлива до довготривалих наслідків таких травматичних подій. Вони також наголошують, що інтенсивність психічної травми прямо залежить від тривалості впливу воєнного конфлікту на дитину: чим довшим є цей вплив, тим серйознішими є негативні наслідки [47, с. 4].

Американські дослідники та науковці з Медичної школи в Єрусалимі підтверджують, що тривалий вплив війни спричиняє тяжкі наслідки для фізичного здоров'я та морального стану людини. Зокрема, можуть розвиватися стрес, депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), різного виду залежності, психічні розлади, соматичні захворювання тощо [38].

На сьогодні в Україні доведено, що внаслідок війни 75% дітей зазнали психологічної травматизації. Це означає, що переважна більшість українських дітей відчули на собі вплив воєнних дій. Наслідки цього проявляються у вигляді замкнутості, зниження комунікативної активності,

погіршення пам'яті, порушень сну, появи нічних жахів, що в кінцевому підсумку призводить до соціально-психологічної дезадаптації та більш серйозних психічних розладів.

Загалом, наукове співтовариство підтвердило, а в посібнику з діагностики та статистики психічних розладів Американської психіатричної асоціації зафіксовано, що люди, які живуть в умовах війни, постійно відчують загрозу власному життю та життю близьких. Деякі з них безпосередньо стикаються зі смертю, стаючи свідками загибелі, тортур, катувань, зґвалтувань, убивств, а також не маючи змоги гідно поховати померлих. Згодом у постраждалих виникають нав'язливі спогади, фізіологічні та дисоціативні реакції на подразники (тригери), що нагадують про пережитий жах. У відповідь на це потерпілі починають уникати будь-чого, що може викликати тяжкі спогади: певних місць, занять, розмов, звуків, запахів. Вони можуть відмовлятися носити одяг, у якому були під час травматичних подій, оминати відповідні місцевості та навіть уникати людей, які були свідками тих подій.

У їхньому мисленні та емоційному стані відбуваються негативні зміни: втрата здатності відчувати позитивні емоції, відчуження, зниження інтересу до життя та до діяльності, яка раніше приносила задоволення, підвищення дратівливості, настороженості, часті спалахи гніву. Натомість почуття щастя, радості та інші позитивні емоції стають вкрай рідкісними або ж повністю зникають. У крайніх випадках спостерігається самоушкоджувальна поведінка, посилена реакція переляку, постійне очікування чогось жахливого, а також проблеми з концентрацією уваги навіть у найбезпечніших та найсприятливіших умовах.

Вчені виокремили серед критеріїв розладів саме ті, які найчастіше виникають у постраждалих і найбільше перешкоджають нормальному особистісному функціонуванню. Варто зазначити, що ці самі симптоми переважно з'являються у дітей та підлітків, спричиняючи порушення адекватності емоційних реакцій, контролю над власними потягами,

задоволення базових потреб, а також змінюючи поведінку до рівня, який є суттєвим відхиленням від загальноприйнятих норм [47, с. 4-5].

Аналізуючи вплив чутливості підлітків до негативних соціально-психологічних чинників, слід звернути увагу на дослідження О. Бондаренка, Л. Боярина, О. Кокуна та І. Ващенко. Дослідники наголошують, що в осіб підліткового віку механізми психологічного самозахисту ще не повністю сформовані. Саме тому діти цього віку не мають достатньої здатності мінімізувати негативні переживання, що ставить під загрозу цілісність їхньої особистості та унеможлиблює повноцінне задоволення базових потреб, серед яких однією з найважливіших є потреба в безпеці [47, с. 6].

2.2. Аналіз поширеності та характеристик депресивних станів у підлітків

За результатами скринінгу з використанням BDI-II серед 180 підлітків (загальний масив) виявлено такий розподіл: мінімальна або відсутня депресія (0–13) — 56,7%; легка депресія (14–19) — 21,1%; помірна депресія (20–28) — 14,4%; тяжка депресія (29+) — 7,8%. Таким чином, клінічно значущі депресивні симптоми ($BDI \geq 14$) виявлено у 43,3% підлітків, що є тривожним показником і перевищує середньосвітові дані, що може бути пов'язано з воєнним контекстом.

Гендерний аналіз. Серед підлітків із клінічно значущими депресивними симптомами 62% становлять дівчата та 38% — хлопці. Середній бал BDI-II у дівчат ($M = 19,4 \pm 7,2$) статистично значущо вищий, ніж у хлопців ($M = 15,8 \pm 6,4$, $U = 1842$, $p < 0,05$).

Вікова динаміка. Найвищі показники депресивності зафіксовано у підлітків 14–15 років, що відповідає середньому підлітковому віку — найбільш кризовому в контексті ідентичності та соціалізації.

Профіль симптомів. Найбільш поширеними симптомами серед підлітків із депресивними ознаками є: знижений настрій (93%), знижена

концентрація (87%), підвищена втомлюваність (84%), почуття нікчемності (78%), порушення сну (74%), ангедонія (71%), соціальна ізоляція (68%).

Для дослідження впливу російсько-української війни на виникнення депресивних станів у підлітків було використано дві психодіагностичні методики та авторську анкету.

Першою методикою, запропонованою учасникам, стала «Шкала депресії імені Бехтерева» (Додаток А). Цей тест, розроблений у Науково-дослідному інституті психоневрології імені Бехтерева, призначений для діагностики субдепресивних та депресивних станів, а також для проведення попередньої (долікарської) діагностики. Методика містить 20 тверджень, кожне з яких оцінюється за чотирибальною шкалою: «ніколи або зрідка», «іноді», «часто», «майже завжди або постійно». Відповіді кодуються від 1 до 4 балів відповідно. Підсумовування балів дозволяє визначити рівень депресивного стану респондента (норма, легка, помірна або важка депресія). Отже, за допомогою цієї шкали було встановлено кількість опитаних підлітків із проявами депресивності та ступінь її вираженості.

Другою використаною методикою став опитувальник «Самооцінка психічних станів» Ганса Айзенка (Додаток Б), спрямований на визначення таких психічних станів, як фрустрація, тривожність, ригідність та агресивність. Опитувальник складається з 40 тверджень, кожне з яких респондент оцінює одним із трьох варіантів: «підходить», «не підходить» або «не дуже підходить», залежно від того, наскільки описана характеристика відповідає його звичайному стану. Підрахунок балів за чотирма групами тверджень (по 10 у кожній) дозволяє визначити ступінь вираженості зазначених психічних станів у досліджуваних.

Крім того, для підвищення точності та повноти дослідження мною було розроблено анкету «Вплив російсько-української війни на виникнення депресивних станів в осіб підліткового віку (12-16 років)» (Додаток В). Анкета налічує 28 запитань, з яких 20 є закритими (тестовими) та 8 – відкритими (розгорнутими). Частина запитань є обов'язковими для

відповіді, інші – ні. Мета анкети – з'ясувати, наскільки виникнення депресії пов'язане з рівнем безпосереднього впливу війни на життя кожного респондента. Зокрема, анкета дозволяє отримати інформацію про: реакцію підлітка на початок повномасштабного вторгнення; його емоційний стан при згадці та обговоренні воєнних подій; перебування на більш або менш безпечних територіях України чи за її межами; наявність серед близьких (родичів, друзів, знайомих) учасників бойових дій або втрачених внаслідок війни осіб. Окрім зазначених даних, анкета дала змогу зібрати іншу важливу інформацію, необхідну для більш ґрунтовної інтерпретації результатів, отриманих за допомогою стандартизованих методик.

Депресія є однією з найпоширеніших психічних розладів, що суттєво впливає на якість життя та функціонування особистості. Особливої актуальності ця проблема набуває в підлітковому віці, який є критичним періодом становлення особистості, що характеризується інтенсивними біологічними, психологічними та соціальними змінами. Підлітковий вік виступає сенситивним періодом для виникнення депресивних станів, які можуть мати довготривалі наслідки для психічного здоров'я та соціальної адаптації в дорослому житті.

Депресія у підлітків проявляється не лише класичними симптомами, такими як пригнічений настрій та втрата інтересу до діяльності, але й специфічними для цього віку особливостями, зокрема дратівливістю, емоційною нестабільністю, агресивною поведінкою та схильністю до ризикованих дій. Важливість дослідження цієї проблеми зумовлена також тим, що депресивні розлади в підлітковому віці є провідним чинником інвалідності та суїцидальної поведінки серед молоді.

Дана робота спрямована на системний аналіз поширеності депресивних станів у підлітків, дослідження факторів ризику та сучасних підходів до діагностики й терапії цього розладу.

Депресивні стани являють собою складний багатовимірний феномен, який охоплює афективні, когнітивні, поведінкові та соматичні компоненти.

Згідно з клінічними критеріями, основними симптомами депресивного епізоду є пригнічений настрій та/або втрата інтересу та задоволення від діяльності (ангелонія), які тривають не менше двох тижнів.

Додаткові симптоми включають порушення сну та апетиту, психомоторну загальмованість або збудження, втому та зниження енергії, відчуття власної непотрібності або провини, зниження здатності концентрувати увагу, а також рекурентні думки про смерть або суїцидальні ідеї.

Важливою особливістю депресивних розладів у дітей та підлітків є те, що домінуючим настроєм часто виступає не сум, а дратівливість. Це суттєво ускладнює діагностику, оскільки дратівлива поведінка може помилково інтерпретуватись як прояв підліткового бунту або характеру, а не як симптом психічного розладу.

У підлітковому віці виділяють різні форми депресивних розладів:

- Великий депресивний розлад – дискретний депресивний епізод тривалістю не менше двох тижнів, що супроводжується значним порушенням функціонування. Поширеність цього розладу серед підлітків становить близько 4%.

- Персистентний депресивний розлад (дистимія) – хронічна форма депресії, при якій симптоми зберігаються більшість днів протягом щонайменше одного року. Хоча інтенсивність симптомів може бути меншою, ніж при великому депресивному розладі, хронічність робить цей стан потенційно більш інвалідизуючим.

- Субклінічна (субпорогова) депресія – стан, при якому присутні значущі депресивні симптоми, що не досягають повних діагностичних критеріїв великого депресивного епізоду. Ця форма є значно більш поширеною та розглядається як фактор ризику розвитку клінічно вираженої депресії.

Для діагностики депресивних станів у підлітків використовується комплекс методів, що включає клінічне інтерв'ю, стандартизовані

опитувальники та проєктивні методики. Найбільш поширеними діагностичними інструментами є:

- Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory) – одна з найбільш широко використовуваних методик для самооцінки вираженості депресивної симптоматики;
- Шкала депресії Центру епідеміологічних досліджень (CES-D) – інструмент скринінгу депресивних станів у загальній популяції;
- Опитувальник депресивних станів (ODS) – методика для диференційованої діагностики різних рівнів депресії.

Важливо зазначити, що більшість епідеміологічних досліджень базуються на самозвітах підлітків, що може призводити до певного рівня неточності через суб'єктивність сприйняття власних станів.

Депресія є провідною причиною інвалідності, пов'язаної зі здоров'ям, серед дітей та підлітків у всьому світі. Згідно з даними глобального систематичного огляду та мета-аналізу, який охопив 96 досліджень з 29 країн за участю 528 293 учасників, узагальнена поширеність депресивних станів різного ступеня тяжкості становить:



Це означає, що приблизно кожен п'ятий підліток у світі відчуває депресивні симптоми або страждає від депресивного епізоду. Особливо тривожним є

той факт, що поширеність депресії серед підлітків демонструє стійку тенденцію до зростання протягом останніх десятиліть.

Пік початку депресивних розладів припадає на вік 15,5 років, причому перші симптоми з'являються до 14 років у 10% випадків, до 18 років – у 26%, а до 25 років – майже у половини осіб (47%) з депресивними розладами.

Аналіз даних Глобального дослідження тягаря хвороб (GBD) за період 1990-2021 років свідчить про суттєве зростання показників депресії серед підлітків та молоді віком 10-24 роки. Кількість випадків великого депресивного розладу в цій віковій групі зросла більш ніж на 50%, з 45,09 мільйона у 1990 році до 70,40 мільйона у 2021 році.

За цими даними, стандартизований за віком показник захворюваності (ASIR) у 2021 році становив 3397,5 випадків на 100 000 населення. Відзначається зростання показників як серед дівчат, так і серед хлопців, хоча темпи приросту дещо вищі в чоловіків (ЕАРС 0,21) порівняно з жінками (ЕАРС 0,06).

Важливим відкриттям є значне зростання показників депресії після 2020 року, пов'язане з пандемією COVID-19. У високорозвинених регіонах показники захворюваності, поширеності та DALYs (років життя, скоригованих на інвалідність) подвоїлися після 2020 року порівняно з попереднім періодом.

Аналіз регіональних даних виявляє значні відмінності у показниках депресії серед підлітків у різних країнах та регіонах. Найвищі показники поширеності спостерігаються в регіонах з високим індексом соціодемографічного розвитку (SDI), зокрема у Північній Америці та Гренландії. Це свідчить про те, що економічне зростання та добробут не є абсолютними захисними факторами для психічного здоров'я підлітків – навпаки, високий рівень конкуренції, академічного тиску та соціальних порівнянь може підвищувати ризик розвитку депресії.

У Сполучених Штатах Америки, за даними 2014 року, 12-місячна поширеність великого депресивного епізоду серед підлітків 12-17 років

становила 11,3%, що значно перевищує світові показники. При цьому в Європі, за використання більш суворих діагностичних критеріїв, об'єднана поширеність становить лише 1,7%, хоча ця цифра може відображати не лише реальні відмінності, але й різницю в методології досліджень.

В Азіатсько-Тихоокеанському регіоні спостерігається неоднорідна картина: у Китаї та Сінгапурі відзначається зниження поширеності депресії, тоді як у Малайзії, Австралії та Новій Зеландії – зростання. У Китаї, за даними великого мета-аналізу, що охопив близько 1,5 мільйона учасників, загальна поширеність депресивних симптомів серед дітей та підлітків становить 26,17%, причому спостерігається суттєва різниця між міськими (23,6%) та сільськими (29,5%) регіонами.

Специфіка депресивних станів у підлітків проявляється в особливому симптоматичному профілі, який відрізняється від дорослої депресії.

Основні клінічні характеристики включають:

- Афективна сфера: дратівливість (яка часто домінує над сумом), емоційна лабільність, відчуття нудьги, апатія;
- Когнітивна сфера: зниження концентрації уваги, погіршення академічної успішності, негативна самооцінка, автоматичні негативні думки, відчуття безнадійності;
- Поведінкова сфера: соціальна ізоляція, уникнення раніше приємних видів діяльності, агресивна або делінквентна поведінка (як прояв дратівливості), нехтування зовнішнім виглядом та гігієною;
- Соматична сфера: порушення сну (інсомнія або гіперсомнія), зміни апетиту та маси тіла, соматичні скарги (головний біль, біль у животі), зниження енергії та підвищена втомлюваність.

Важливою особливістю підліткової депресії є те, що дратівливість може проявлятися як гіперактивність та агресивна, антисоціальна поведінка, що часто призводить до помилкової діагностики поведінкових розладів замість депресії.

Гендерні відмінності у поширеності та проявах депресії стають особливо вираженими саме в підлітковому віці:

Співвідношення дівчат і хлопців серед осіб із діагностованою депресією становить приблизно 2:1 на користь дівчат, тобто дівчата страждають на депресію майже вдвічі частіше, ніж хлопці. Це співвідношення може бути ще більшим у старших підлітків, зокрема у віці 15-16 років, де за деякими даними поширеність депресивних симптомів серед дівчат досягає 21,6%, а серед хлопців – 18,9%.

Крім кількісних відмінностей, спостерігаються і якісні особливості перебігу депресії залежно від статі. Дівчата частіше демонструють соматичні скарги, розлади харчової поведінки та вищий рівень коморбідної тривожності. Хлопці ж, у свою чергу, частіше проявляють екстерналізовану поведінку – агресію, імпульсивність, схильність до вживання психоактивних речовин.

Найбільш критичним віком для виникнення депресивного розладу є період 15-19 років, причому швидкість зростання показників захворюваності є найвищою у віковій групі 15-19 років у порівнянні з іншими віковими підгрупами. Показники поширеності депресії демонструють чітку вікову динаміку: вони є відносно низькими в молодшому підлітковому віці (10-14 років) та суттєво зростають у старшому підлітковому віці (15-19 років), досягаючи піку в групі 20-24 роки.

Особливої уваги заслуговує феномен субклінічної (субпорогової) депресії, яка є значно більш поширеною, ніж клінічно діагностована депресія, і може охоплювати до 10-20% підліткової популяції. Субклінічна депресія характеризується наявністю клінічно значущих депресивних симптомів, які, однак, не досягають повних критеріїв великого депресивного епізоду.

Субпорогова депресія має значущий негативний вплив на якість життя, включаючи порушення соціального функціонування, зниження академічної успішності та погіршення загального самопочуття. Крім того,

вона є потужним предиктором розвитку великого депресивного розладу в майбутньому: особи з субклінічною депресією мають значно підвищений ризик переходу в клінічно виражену депресію.

З практичної точки зору, цей феномен підкреслює важливість раннього виявлення навіть субклінічних рівнів депресивної симптоматики та проведення профілактичних втручань саме на цій стадії.

Генетичні дослідження виявили низку генів, асоційованих з підвищеним ризиком розвитку депресії. Серед них: ген SIRT1, що регулює синаптичну передачу в областях мозку, пов'язаних з тривогою та депресивною поведінкою; ген транспорту серотоніну (5-HTTLPR), поліморфізм якого може підвищувати ризик депресії з суїцидальними ідеями; ген BDNF, що кодує нейротрофічний фактор мозку та впливає на нейропластичність; гени COMT та FKBP5, що беруть участь у регуляції нейромедіаторних систем та стресової відповіді.

Нейробиологічні дослідження вказують на порушення функціонування лімбічної системи та префронтальної кори у підлітків з депресією. Зокрема, спостерігається дисрегуляція серотонінергічної, норадренергічної та дофамінергічної систем.

Серед психосоціальних факторів, що підвищують ризик розвитку депресії у підлітків, ключове місце займають:

- Сімейні фактори: низький рівень батьківської підтримки та теплоти; високий рівень батьківського контролю та критики; сімейні конфлікти; психічні розлади у батьків (особливо депресія); жорстоке поводження та нехтування в дитинстві;

- Шкільні фактори: академічний тиск та низька успішність; булінг (61,8% випадків депресії пов'язані з булінгом); соціальна ізоляція та відторгнення однолітками; конфлікти з вчителями;

- Соціальні фактори: низький соціально-економічний статус; вплив колективних травматичних подій (війна, пандемія); стигматизація та дискримінація.

Булінг є одним із найбільш значущих факторів ризику: дослідження показують, що він може бути причиною значних показників DALYs, пов'язаних з депресією.

Вплив війни на психічне здоров'я підлітків є критично важливим фактором ризику. Травматичний досвід, вимушене переміщення, втрата близьких, руйнування звичного середовища, постійна загроза життю – всі ці чинники значно підвищують ризик розвитку депресивних станів. Підлітки, які перебувають у зоні збройного конфлікту або є внутрішньо переміщеними особами, потребують особливої психологічної підтримки та моніторингу психічного стану.

Пандемія COVID-19 стала глобальним стресором, який суттєво вплинув на психічне здоров'я підлітків у всьому світі. Соціальна ізоляція, дистанційне навчання, економічна нестабільність, збільшення часу використання соціальних мереж, побоювання щодо здоров'я – ці фактори створили "ідеальний шторм" для поширення депресії.

Під час пандемії захворюваність на великий депресивний розлад зросла з 2 333,91 до 3 030,49 випадків на 100 000 населення, що становить приріст майже на 30%. Загальна кількість додаткових випадків великої депресії, пов'язаних з пандемією, оцінюється в 53,2 мільйона у всьому світі, причому жінки постраждали вдвічі більше, ніж чоловіки – 35,5 млн проти 17,7 млн випадків.

Депресія є одним із найсильніших предикторів суїцидальної поведінки серед підлітків. За даними досліджень, великий депресивний розлад або дистимія значно підвищують ризик першої спроби самогубства (відношення шансів 6,2).

Крім суїцидальних ідей та спроб, важливим клінічним феноменом є несуїцидальна самоушкоджувальна поведінка, яка тісно пов'язана з депресією. Систематичний огляд та мета-аналіз показують, що поширеність несуїцидальних самоушкоджень серед підлітків з депресією становить

близько 52%. Цей тип поведінки виконує функцію регуляції емоцій, але водночас значно підвищує ризик суїциду в майбутньому.

Ризик суїцидальної поведінки є вищим серед дівчат, що відповідає загальній гендерній диспропорції у поширеності депресії.

Якщо депресію в підлітковому віці не лікувати або лікувати неадекватно, вона, ймовірно, продовжуватиметься в дорослому віці, підвищуючи ризик хронічних проблем зі здоров'ям, зловживання психоактивними речовинами та порушення соціального та економічного функціонування.

Депресія суттєво впливає на академічну успішність: під час депресивного епізоду підлітки значно відстають у навчанні та втрачають важливі стосунки з однолітками. Це, в свою чергу, може призводити до формування негативної соціальної сходинок, з якої важко вибратися навіть після одужання.

Психотерапевтичні втручання. Основним методом лікування депресії у підлітків є нефармакологічні втручання. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та міжособистісна терапія (МПТ) мають найбільшу доказову базу для лікування підліткової депресії.

КПТ спрямована на виявлення та зміну негативних автоматичних думок, дезадаптивних переконань та поведінкових патернів, що підтримують депресію. МПТ фокусується на покращенні якості міжособистісних стосунків та вирішенні рольових конфліктів.

Важливо зазначити, що для субклінічної депресії профілактичні психотерапевтичні втручання можуть бути особливо ефективними для запобігання переходу в клінічно виражену депресію.

Фармакотерапія. Застосування антидепресантів у підлітків є більш складним та дискусійним питанням, ніж у дорослих. Флуоксетин є єдиним антидепресантом, схваленим для використання у підлітків у багатьох країнах.

Основні обмеження фармакотерапії включають:

- Можливі побічні ефекти, включаючи підвищення ризику суїцидальних думок;

- Недостатню ефективність для значної частини пацієнтів;

- Клінічну практику, яка часто не відповідає рекомендаціям.

Рекомендованим підходом є початок лікування з психотерапії, з додаванням антидепресантів лише при недостатній ефективності психотерапії або при тяжкій депресії.

На основі аналізу факторів ризику, профілактичні програми мають включати:

- Індивідуальний рівень: розвиток навичок емоційної регуляції, подолання стресу, підвищення самооцінки;

- Сімейний рівень: психоедукація батьків, покращення стилю виховання, зниження сімейних конфліктів;

- Шкільний рівень: антибулінгові програми, створення підтримуючого середовища, скринінг психічного здоров'я;

- Рівень громади: підвищення обізнаності про психічне здоров'я, зменшення стигми, доступність психологічної допомоги.

Програми, спрямовані на зменшення булінгу, насильства з боку інтимних партнерів та сексуального насильства в дитинстві, є критично важливими для зниження тягаря депресії серед підлітків.

Депресивні стани є надзвичайно поширеним явищем у підлітковому середовищі, що вражає приблизно кожного п'ятого підлітка у світі. Поширеність депресії демонструє стійку тенденцію до зростання, особливо після пандемії COVID-19 та в контексті інших глобальних криз.

Аналіз характеристик депресивних станів свідчить про значну варіативність клінічних проявів залежно від статі та віку. Дівчата страждають удвічі частіше за хлопців, а пік захворюваності припадає на вік 15-19 років. Субклінічні форми депресії, які є більш поширеними, ніж клінічно діагностовані, мають суттєвий вплив на якість життя та є фактором ризику розвитку великого депресивного розладу.

Фактори ризику депресії є мультифакторними, включаючи генетичну вразливість, психосоціальні стресори (зокрема, булінг, сімейну дисфункцію, вплив війни) та вплив пандемії. Наслідки нелікованої депресії є тяжкими, включаючи суїцидальну поведінку (яка корелює з депресією з відношенням шансів 6,2), несуйцидальну самоушкоджувальну поведінку, академічні труднощі.

2.3. Когнітивні особливості підлітків із депресивними станами

Порівняльний аналіз когнітивних характеристик ЕГ та КГ виявив статистично значущі відмінності за всіма досліджуваними когнітивними показниками.

Дисфункціональні установки. Середній бал за DAS-A в ЕГ ($M = 148,6 \pm 22,4$) достовірно вищий, ніж у КГ ($M = 107,3 \pm 18,9$, $U = 423$, $p < 0,001$). Найбільш вираженими у підлітків ЕГ виявилися установки перфекціонізму («Якщо я не досяг досконалості — я зазнав невдачі»), схвалення з боку інших («Мене можуть поважати лише якщо я успішний») та атрибуції («Мої невдачі повністю визначають мою цінність як людини»).

Самооцінка. Показник за шкалою Розенберга в ЕГ ($M = 15,2 \pm 3,8$) статистично значущо нижчий, ніж у КГ ($M = 26,7 \pm 3,1$, $U = 286$, $p < 0,001$). 71% підлітків ЕГ демонструють низький рівень самооцінки.

Тривожність. Рівень особистісної тривожності в ЕГ ($M = 54,3 \pm 6,1$) достовірно вищий, ніж у КГ ($M = 37,8 \pm 5,4$, $U = 312$, $p < 0,001$). Підвищена тривожність і депресія у підлітків виявляються коморбідними у 68% випадків.

Кореляційний аналіз. Виявлено значущі позитивні кореляції між вираженістю депресивних симптомів (BDI-II) та вираженістю дисфункціональних установок (DAS-A): $r = 0,71$, $p < 0,001$. Встановлено значущу негативну кореляцію між рівнем депресивності та самооцінкою: $r = -0,68$, $p < 0,001$. Ці дані підтверджують центральну роль когнітивних чинників у підтриманні депресивних станів.

Дослідження проводилося в онлайн-форматі, що забезпечило розширення географії опитуваних і спростило процес їх залучення. Учасниками стали підлітки віком від 12 до 16 років, які проживають як у різних областях України, так і в багатьох інших країнах світу. Онлайн-формат дав змогу подолати просторову віддаленість від тих респондентів, для яких різні держави стали прихистком і новим домом.

Онлайн-опитування розпочиналося з двох запитань, без яких дослідження не можна вважати повноцінним, – диференціації за віком та статтю.

Після визначення цих двох критеріїв на онлайн-платформі було розміщено «Шкалу депресії імені Бехтерева». За допомогою цієї методики було встановлено наявність або відсутності депресії в досліджуваних, а в разі її виявлення – визначено рівень вираженості.

Завершивши відповіді на запитання попередньої методики, респонденти переходили до наступної – «Самооцінки психічних станів» Г. Айзенка. Цей опитувальник умовно поділяється на чотири частини, що відповідають чотирьом групам психічних станів. Рівень вираженості кожного з них визначається шляхом підрахунку набраних балів.

Після виконання цього завдання опитувані приступали до заповнення анкети. Аналіз отриманих результатів дозволив отримати більш конкретну інформацію про підлітків, які взяли участь у дослідженні, а саме: чи чули вони вибухи, наскільки близько від них вони відбувалися; якою була їхня реакція на сигнали повітряної тривоги; чи перебували вони на момент опитування в Україні чи за кордоном; чи довелося їм змінювати навчальний заклад через війну; чи втратили вони дім, родичів, друзів або близьких. Усі ці аспекти є надзвичайно важливими для повного розкриття образу учасників дослідження, формування цілісного уявлення про них і отримання якомога точніших результатів щодо впливу російсько-української війни на виникнення депресивних станів у підлітковому віці.

Дослідження впливу повномасштабної російсько-української війни на виникнення депресивних станів у підлітків охопило 42 особи. Вибірку склали респонденти віком 12–16 років, серед яких частка дівчат становила 57,1%, хлопців – 42,9%. Усі учасники тією чи іншою мірою зазнали впливу воєнних дій, що відбуваються в їхній країні, а проведене дослідження дало змогу конкретизувати характер цього впливу.

Найбільшу вікову групу серед опитаних склали шістнадцятирічні підлітки – 26,2%; дванадцятирічних налічувалося 21,4%; п'ятнадцяти- та тринадцятирічних – по 19,05%; найменш чисельною виявилася група чотирнадцятирічних – 14,3%.

За результатами методики «Шкала депресії імені Бехтерева», легкий рівень депресії було виявлено у 16,6% досліджуваних. Серед них 85,7% становили особи жіночої статі та 14,3% – чоловічої. Помірний рівень депресії зафіксовано у 2,4% обстежених, причому виключно серед дівчат. Виникнення депресивних станів у цих підлітків може бути пов'язане з неодноразовим перебуванням у зоні вибухів або на територіях, де точилися активні бойові дії (тривало або тимчасово). Більшість осіб із легкою чи помірною депресією (62,5%) продовжують перебувати в умовах війни: вони або не змінювали місця проживання, або переселилися в інший регіон України, отримавши статус внутрішньо переміщених осіб. 37,5% респондентів зазнали втрати родичів, друзів або знайомих унаслідок війни; 12,5% втратили житло; 50% були змушені змінити навчальний заклад. Усі перелічені чинники суттєво вплинули на виникнення та розвиток депресивних станів у підлітків.

Водночас у 81% учасників дослідження депресивні прояви відсутні. Важкого рівня депресії не зафіксовано в жодного з опитаних (див. рис. 3.1).



Рис. 3.1. Розподіл респондентів за рівнями депресивних проявів

Аналіз результатів, отриманих за методикою «Самооцінка психічних станів», засвідчив, що більшість опитаних підлітків мають певні психічні стани, які негативно впливають на психологічне благополуччя особистості. Цей опитувальник дозволяє діагностувати такі стани, як тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність, кожен із яких може виявлятися на низькому, середньому або високому рівні.

На рисунку 3.2. представлено розподіл показників за шкалою тривожності. У переважної більшості досліджуваних (63,3%) тривожність проявляється на середньому рівні. Низький рівень тривожності зафіксовано у 21,4% респондентів, а високий – у 14,3% учасників дослідження. Підліткам із підвищеним рівнем тривожності притаманна невпевненість у собі, побоювання перед життєвими труднощами, підозрілість, а також підвищена схильність до зовнішнього впливу. Вони часто схильні аналізувати власні недоліки та негативні риси характеру, перейматися через неприємності, навіть якщо ті є частково або повністю уявними. Постійне відчуття тривоги спричиняє погіршення загального самопочуття, дестабілізацію поведінкових реакцій, зниження апетиту та порушення якості сну.



Рис. 3.2. Рівні тривожності

Слід зазначити, що фрустрація є психічним станом, який виникає в особистості, коли з певних причин вона не може задовольнити власні бажання та потреби. У зв'язку з впливом війни цей стан на високому рівні притаманний досить значній кількості підлітків – 42,9% обстежуваних. Також чимала частка досліджуваних (38,1%) перебуває в стані фрустрації на середньому рівні, і лише для найменшої частини опитаних підлітків – 19% – фрустрація характерна на низькому рівні (див. рис. 3.3.).

Фрустровані особи часто засмучуються навіть через незначні неприємності, елементарні ситуації нерідко видаються їм безвихідними. Крім того, вони можуть безпідставно звинувачувати себе у виникненні цих ситуацій. Для них цілком звичними є стани відчаю, розгубленості та беззахисності. У складні життєві періоди вони іноді поведуться по-дитячому, прагнучи, щоб оточуючі їх пожаліли та взяли на себе відповідальність за них – за їхні рішення, дії та поведінку.



Рис. 3.3. Рівні фрустрації

Проведене емпіричне дослідження дало змогу комплексно оцінити поширеність і специфіку булінгу в підлітковому середовищі, виокремити ключові фактори ризику, а також встановити соціально-психологічні умови, які або провокують цькування, або діють як захисний механізм. Дані, отримані за допомогою опитувальника Д. Олвеуса, засвідчують суттєву поширеність вербального та соціального булінгу серед підлітків, що зумовлено низьким ступенем довіри до вчителів і батьків та недостатньою підтримкою з боку ровесників. Результати методики А. Басса та А. Даркі зафіксували помірний рівень агресивності в учнівському середовищі, причому домінують вербальні види агресії, які безпосередньо корелюють з актами вербального булінгу.

Оцінка соціально-психологічного клімату (за методикою Л. Карамушки) показала, що напружена, конфліктна атмосфера в класних колективах є одним із провідних чинників виникнення булінгу. Зокрема, у класах, орієнтованих на виконання завдань за відсутності міжособистісної підтримки, частота проявів цькування є вищою. Натомість у колективах з переважною орієнтацією на людей формується сприятливий соціально-психологічний клімат, який суттєво знижує ризики агресивної поведінки.

Застосування комплексного підходу до інтерпретації отриманих даних підтвердило необхідність впровадження профілактичних заходів на всіх рівнях шкільної системи. Встановлено, що успішне запобігання булінгу неможливе без створення позитивного соціально-психологічного клімату, формування соціально-емоційних компетентностей учнів, налагодження активної співпраці з батьками та місцевою громадою, а також підвищення професійного рівня педагогів. Критично важливим є запровадження чіткої шкільної політики протидії булінгу, яка передбачає механізми анонімного інформування, зрозумілі правила поведінки та програми підтримки здобувачів освіти.

Результати дослідження лягли в основу розробки конкретних рекомендацій щодо профілактики булінгу та втручання у випадках його виникнення. Зокрема, запропоновано впровадити програми соціально-психологічної підтримки учнів, тренінги для вчителів з ефективного розв'язання конфліктів, а також заходи, спрямовані на розвиток емпатії та навичок конструктивної взаємодії в підлітків. Очікується, що реалізація цих заходів сприятиме зменшенню рівня булінгу, поліпшенню соціально-психологічного клімату в навчальних закладах і забезпеченню психологічного благополуччя учнів.

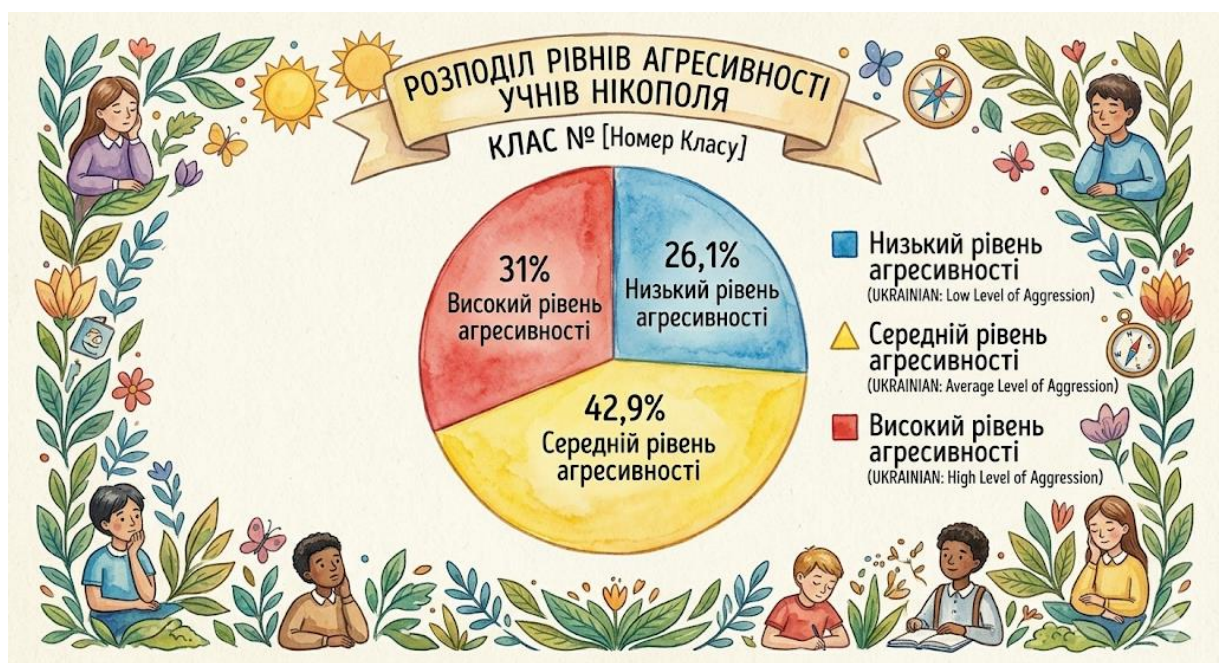


Рис. 3.4. Рівні агресивності

Згідно з отриманими даними (рис. 3.5), середній рівень ригідності зафіксовано у більшості досліджуваних — 57,2%. Високий рівень цієї психічної властивості властивий 33,3% підлітків, тоді як низький спостерігається лише у 9,5% випадків. Отже, переважна більшість респондентів відчуває суттєві труднощі в адаптації до змін. Для них характерні: втрата рівноваги через незначні корективи планів, складність у зміні звичок або діяльності, проблеми з переходом від одного кола спілкування до іншого, а також схильність до різкої реакції та впертості під час спроб зовнішнього переконання.



Рис. 3.5. Рівні ригідності

Застосування авторської анкети «Вплив російсько-української війни на виникнення депресивних станів в осіб підліткового віку (12–16 років)» дозволило виявити низку важливих аспектів, пов’язаних із впливом воєнних подій на досліджуваних. Реакцією підлітків на початок повномасштабного вторгнення переважно були страх, здивування, засмучення, стан шоку; окремі респонденти зазначили, що відчували відчай, ненависть до ворога та нерозуміння подальших перспектив.

Унаслідок війни 61,9% опитаних змінили місце проживання, з них 61,5% виїхали за кордон, а 38,5% переселилися в іншу область України. Серед країн, які надали притулок учасникам дослідження, – Польща, Чехія,

Німеччина, Італія, Іспанія, Велика Британія, Канада, США; в Україні внутрішньо переміщеними особами стали підлітки, які переїхали до Тернопільської, Львівської та Чернівецької областей. Наразі 22,2% досліджуваних повернулися до рідного краю, а 2,4% уже приїхали з-за кордону, однак проживають не у своїй області. Таким чином, станом на сьогодні 31% підлітків, яких торкнулася війна, перебувають за кордоном, 26,2% – в Україні на території іншої області, а 42,8% – в Україні у своїй області.

Війна призвела до тяжких втрат: 42,9% респондентів втратили родичів, друзів або знайомих; у 73,8% досліджуваних близькі або знайомі брали (чи беруть) участь у бойових діях; у 11,9% частково зруйноване житло; 45,2% дітей були змушені змінити навчальний заклад.

Попри труднощі, 69% підлітків долучаються до допомоги Збройним Силам України. Серед найпоширеніших форм волонтерської діяльності – плетіння маскувальних сіток, виготовлення окопних свічок, участь у благодійних акціях та ярмарках, збирання та передача продуктів на фронт через волонтерські організації. У 78,6% опитаних така діяльність сприяє поліпшенню психологічного стану.

Динаміка емоційного стану підлітків протягом війни розподілилася таким чином: у 23,8% респондентів він погіршився, у 19,1% – залишився незмінним, у 45,2% – змінювався кілька разів по чергову в позитивний та негативний боки, і лише в 11,9% – покращився. Порівняно з початком війни, ставлення до неї у 38,1% опитаних не змінилося. Підлітки пояснюють це тим, що війна триває досі, щодня гинуть люди; вони побачили справжнє обличчя війни та її наслідки; не очікували, що бойові дії затягнуться настільки; навіть перебуваючи за кордоном, вони переживають за рідних і друзів, які залишилися в Україні.

У 38,1% учасників дослідження ставлення до війни змінилося: вони адаптувалися до нових умов, і страх став менш вираженим; посилилися патріотичні настрої та впевненість у швидкій перемозі України; зміна

ставлення також пов'язана з переїздом у відносно безпечніші регіони або еміграцією. Водночас 23,8% респондентів не змінили свого ставлення до війни.

На запитання про наявність страху та тривоги під час читання тривожних новин або при згадці про війну переважали відповіді «так» і «частково», що підтверджує суттєвий вплив війни на психічний стан підлітків.

Висновки до розділу 2:

Емпіричне дослідження засвідчило тривожно високу поширеність депресивних станів серед підлітків (43,3% із клінічно значущими симптомами), що, ймовірно, пов'язано з воєнним контекстом. Виявлено суттєві когнітивні відмінності між підлітками з депресивними ознаками та без них: перші демонструють значно вищий рівень дисфункціональних установок, нижчу самооцінку та вищу тривожність. Встановлено значущі кореляції між когнітивними показниками та депресивністю, що підтверджує теоретичні положення когнітивної моделі Бека та обґрунтовує доцільність когнітивно-терапевтичного підходу.

Проблематика впливу воєнних дій на психіку людини вже тривалий час перебуває в полі зору багатьох науковців. У межах проведених досліджень вивчався стан ментального здоров'я дітей, які опинилися в зоні збройних конфліктів у різних країнах, аналізувалися довгострокові наслідки такого травматичного досвіду для фізичного й морального благополуччя людей, а також досліджувалася підвищена сенситивність підлітків до негативних соціально-психологічних чинників.

У рамках власного дослідження я зосередилася на вивченні впливу повномасштабної російсько-української війни на найбільш уразливу категорію – підлітків 12-16 років, для чого було проведено відповідне опитування.

Аналіз наукових джерел засвідчує, що життя в умовах воєнного конфлікту має численні негативні наслідки, а тривале перебування в такій ситуації лише посилює їх тяжкість. Пережиті травматичні події зумовлюють появу нав'язливих спогадів, фізіологічних та дисоціативних реакцій на подразники (тригери), що асоціюються з пережитим жахом. У підсумку це може призводити до розвитку стресових станів, депресії, посттравматичного стресового розладу (ПТСР), різноманітних залежностей, психічних розладів, соматичних захворювань та погіршення фізичного здоров'я. Особистість стає замкненою: знижується потреба в соціальних контактах, погіршуються когнітивні функції (пам'ять, концентрація уваги) та якість сну (нічні жахіття), зростають дратівливість, гіперпильність, спалахи гніву та агресії, згасає життєва мотивація. Порушується адекватність емоційного реагування, контроль імпульсів та задоволення базових потреб. Поведінка зазнає значних змін, набуваючи форм, які є суттєвим відхиленням від соціальних норм, наслідком чого стає соціально-психологічна дезадаптація та глибокі психічні порушення.

Результати власного експериментального дослідження підтверджують висновки, зроблені науковцями раніше. Війна дійсно є перманентною загрозою для життя тих, хто змушений існувати в таких умовах. Вона породжує безперервне відчуття страху, важкі психічні переживання, розвиток апатії, надмірної тривожності, емоційної збудливості, внутрішньої напруги, неконтрольованих спалахів агресивності, ворожості та роздратування.

Таким чином, можна констатувати, що підлітковий вік характеризується особливо болісним реагуванням на негативні життєві події. Українські підлітки, глибоко переймаючись подіями, що відбуваються на рідній землі, гостро відчують на собі руйнівний вплив воєнного часу, що призводить до тяжких наслідків, зокрема – до формування депресивних станів, які виявляються в підвищенні тривожності, фрустрації, ригідності та агресивності.

Тривала дія такого спектру негативних та руйнівних емоцій закономірно не має позитивних результатів. Найчастіше це завдає нищівного удару по емоційній, психічній та фізіологічній сферах, що в кінцевому підсумку призводить до виснаження моральних сил та виникненню депресивних станів.

РОЗДІЛ 3 ПРОГРАМА КОГНІТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ПІДЛІТКІВ З ДЕПРЕСИВНИМИ СТАНАМИ ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

3.1. Теоретичне обґрунтування та структура програми

Програма когнітивної терапії «Новий погляд» розроблена на основі класичного протоколу когнітивної терапії А. Бека з урахуванням специфічних адаптацій для підліткового віку та вітчизняного соціокультурного контексту. При розробці програми враховувалися принципи доказової психотерапії та рекомендації АРА щодо психологічного лікування підліткової депресії.

Теоретичні засади програми. Програма базується на ключових положеннях когнітивної моделі депресії: депресивні стани підтримуються негативними когніціями на трьох рівнях — автоматичні думки, проміжні переконання (правила, установки) та глибинні переконання (схеми). Терапія спрямована на виявлення, аналіз та модифікацію цих когніцій через поєднання когнітивних (реструктурування) та поведінкових (активація, експерименти) технік.

Мета програми: знизити вираженість депресивних симптомів та покращити психологічне функціонування підлітків через формування адаптивного когнітивного стилю.

Загальна характеристика програми:

- Тривалість: 12 тижнів.
- Формат: комбінований — 10 групових занять (1,5 год кожне) + 6 індивідуальних сесій (50 хв кожна).
- Чисельність групи: 6–8 підлітків.
- Частота: 1 групове заняття на тиждень + 1 індивідуальна сесія кожні 2 тижні.
- Вік учасників: 13–16 років.

Структура програми включає три послідовних модулі:

-
- Модуль 1 «Розуміння депресії та власних думок» (заняття 1–4): психоедукація, знайомство з когнітивною моделлю, виявлення автоматичних думок.
 - Модуль 2 «Зміна думок» (заняття 5–8): оскарювання когнітивних викривлень, когнітивна реструктуризація, робота з дисфункціональними установками.
 - Модуль 3 «Нові дії та стратегії» (заняття 9–12): поведінкова активація, поведінкові експерименти, профілактика рецидивів, закріплення.

Ґрунтуючись на результатах проведеного емпіричного дослідження, нами було розроблено психокорекційну розвивальну програму «Коригування депресивних станів» (Додаток Г), орієнтовану на осіб підліткового віку. Її ключовою метою є своєчасна діагностика, профілактика та корекція депресивних проявів у підлітків, формування навичок подолання депресії, стабілізація емоційного фону та нівелювання психічних чинників, що провокують розвиток депресивності.

Депресія належить до найактуальніших викликів сучасності, посідаючи особливе місце серед негативних емоційних станів. Значним каталізатором її виникнення виступає російсько-українська повномасштабна війна, що триває з 24 лютого 2022 року. Саме підлітковий вік є тим сенситивним періодом, коли депресивні стани проявляються особливо часто, а воєнні дії стають потужним тригером, що провокує їхню появу та посилює інтенсивність симптоматики. Отже, запропонована корекційна робота є актуальною не лише в сучасних реаліях, але й матиме перспективне значення.

Основними завданнями програми є: опанування технік самостійного подолання депресивних станів, вироблення алгоритмів самодопомоги під час їх загострення, розвиток здатності контролювати власні емоції, а також формування навичок конструктивного вирішення проблемних ситуацій, зумовлених депресією.

Програма налічує 9 занять, кожне з яких триває від 55 до 90 хвилин. Заняття проводяться двічі на тиждень. Форма роботи – групова, з оптимальною кількістю учасників від 10 до 12 осіб. Структура кожного заняття традиційно включає три блоки: організаційний, основний та заключний, та передбачає виконання 7-9 вправ.

Проілюструємо зміст програми на прикладі одного з занять:

Заняття №2.

Тема: «Депресія»

Мета: позитивне налаштування групи на спільну діяльність, з'ясування життєвих позицій учасників, проведення дискусії на тему «Депресія», поглиблення знань членів групи щодо цього явища, сприяння розвитку вмінь долати негативні емоційні стани.

Обладнання: плакат, фотоматеріали, стілець.

Час проведення: 75-90 хвилин.

Хід заняття:

I. Вправа «Вітання»

Мета: встановлення позитивного емоційного контакту, налаштування на роботу.

Час: 5 хвилин.

Хід виконання: Учасники стають у коло, по черзі торкаються плеча сусідів та з посмішкою промовляють: «Вітаю» [9].

II. Вправа «Повторення правил роботи»

Мета: закріплення групових правил.

Час: 3 хвилини.

Обладнання: плакат [41, с. 11].

III. Вправа «Життєве кредо»

Мета: визначення індивідуальних життєвих позицій кожного учасника.

Час: 5-10 хвилин.

Хід виконання:

Учасникам групи необхідно презентувати своєрідне життєве кредо — певне висловлювання або девіз, яке слугує опорою в житті, виражає їхню індивідуальність, ставлення до навколишнього світу та до самих себе [40].

IV Вправа «Тематична дискусія»

Мета: обговорення ключових питань теми заняття.

Час проведення: 15–20 хвилин.

Хід роботи:

Учасники об'єднуються у групи по 4–5 осіб та спільно шукають відповіді на наступні запитання:

1. Що таке депресія?
2. Які симптоми характерні для людей, які перебувають у стані депресії?
3. Які чинники підвищують ризик виникнення депресивного стану?
4. Які загрози несе депресія для людства?
5. Які дії можуть сприяти подоланню депресії?

Ведучий має право доповнювати відповіді учасників групи та спрямовувати їхні міркування [35, с. 73–74].

V Вправа «Фотографія»

Мета: виявлення причин виникнення депресії.

Час проведення: 15 хвилин.

Обладнання: світлини (фотографії).

Хід вправи:

Із запропонованих фотографій із різноманітними зображеннями кожен учасник обирає будь-яку світлину, після чого розповідає, що саме він бачить на ньому та яке значення це зображення має для нього особисто [35, с. 48–49].

VI Вправа «Зміни настроїв обличчям»

Мета: подолання негативних емоційних станів, удосконалення невербальних засобів комунікації.

Час виконання: 15 хвилин.

Обладнання: один стілець.

Хід роботи:

Один із учасників сідає на стілець і зображає сумне обличчя. Інші члени групи по черзі підходять до нього, торкаються та вимовляють приємні слова, намагаючись викликати усмішку. Як тільки людина на стільці посміхається, той, хто зміг її розвеселити, займає її місце та сам починає зображати смуток [35, с. 52].

VII Вправа «Безмежне небо»

Мета: релаксація, зняття м'язової та психічної напруги.

Час виконання: 10–15 хвилин.

Хід роботи:

Займіть зручне положення. Якщо вам комфортно, заплющте очі; якщо ні – залиште їх відкритими. Розслабтеся та уважно слухайте текст.

Уявіть собі спекотний літній день. Ви лежите на м'якій зеленій траві, вдихаєте її свіжий аромат, відчуваєте її прохолоду та ніжність. Дивлячись угору, ви бачите чисте, безхмарне небо ніжно-блакитного відтінку. Споглядайте його кілька хвилин.

Раптом у вашому полі зору з'являється метелик. Коли він пролітає над вами, зверніть увагу на його неймовірну легкість та яскраві фарби на крилах. Продовжуйте спостерігати, як метелик повільно віддаляється.

Потім ви помічаєте високо в небі орла. Ви стежите за його плавним польотом, поступово занурюючись у глибину блакиті. Спрямуйте свій погляд ще вище – там пливе маленька біла хмаринка, яка потроху тане. Зрештою перед вами лише безкрайнє небо.

Спробуйте відчути себе цим небом – безмежним, легким, вільним від усього матеріального. Усвідомте, що ваші межі зникають, ви проникаєте крізь усе, досягаєте будь-чого, і ніщо не може вас зупинити. Відчуйте стан ширяння, відсутності тиску, повної легкості.

Зробіть глибокий вдих і видих, після чого розплющте очі [7].

Вправа VIII «Ваш настрій»

Мета: актуалізація внутрішнього емоційного стану учасників, формування позитивної групової атмосфери.

Тривалість: 5 хвилин.

Процедура виконання: учасники групи по чергово характеризують свій настрій та озвучують побажання один одному [21].

Вправа IX «Прощання»

Мета: отримання зворотного зв'язку щодо результатів заняття, підтримка емоційного благополуччя учасників.

Тривалість: 5 хвилин.

Процедура виконання: ведучий запитує в учасників про враження від проведеної роботи, висловлює подяку за активність та запрошує присутніх до наступної зустрічі [41, с. 11].

Це заняття присвячене темі депресії. Воно спрямоване на виявлення життєвих установок учасників, організацію проблемної дискусії, розширення знань групи щодо проявів депресивності, а також на розвиток навичок подолання негативних емоційних станів. Орієнтовна тривалість заняття становить від 75 до 90 хвилин. Його структура включає ритуали вітання та прощання, повторення групових правил, серію завдань, що дозволяють діагностувати депресивні стани, поглибити знання про них та сприяти їх корекції, а також релаксаційну вправу, метою якої є досягнення розслаблення, емоційного заспокоєння та позитивного налаштування.

Кожне подальше заняття програми має власну тематику та індивідуальні завдання для її розкриття; вони містять вправи на ідентифікацію конкретної проблеми, її корекцію та досягнення поставленої мети.

Таким чином, застосування корекційно-розвивальної програми «Коригування депресивних станів» дозволяє забезпечити профілактику та корекцію депресивності в підлітковому віці, покращити їхній емоційний стан, сформувати здатність контролювати власні емоції та нівелювати наслідки, спричинені депресією.

3.2. Зміст когнітивно-терапевтичної програми «Новий погляд»

Модуль 1. Розуміння депресії та власних думок (Заняття 1–4)

Заняття 1. «Що відбувається зі мною?». Мета: встановлення терапевтичного альянсу, нормалізація депресивного досвіду, психоедукація. Основний зміст: знайомство та встановлення правил групи; психоедукаційна бесіда «Що таке депресія» (у доступній для підлітків формі); метафора «хмара на небі» (депресивний стан — хмара, яка закриває сонце, але не означає, що сонця немає); щоденник настрою як домашнє завдання.

Заняття 2. «Думки — почуття — дії». Мета: ознайомлення з когнітивним трикутником. Зміст: психоедукація про зв'язок думок, емоцій та поведінки; вправа «Ситуація-думка-почуття» на конкретних прикладах із підліткового життя; знайомство з поняттям автоматичних думок; техніка «мисленнєвий пазир» (коміксовий формат).

Заняття 3. «Ловимо думки». Мета: навички виявлення автоматичних думок. Зміст: практика самоспостереження за думками; вправа «Думковий мисливець»; бланк моніторингу думок (ситуація — емоція — автоматична думка); рольові ігри для відпрацювання навичок.

Заняття 4. «Думки-пастки». Мета: знайомство з когнітивними викривленнями. Зміст: «Зоопарк когнітивних викривлень» — презентація 8 основних викривлень у формі образних метафор; підлітки шукають приклади з власного досвіду; вправа «Детектив думок».

Модуль 2. Зміна думок (Заняття 5–8)

Заняття 5. «Адвокат і прокурор». Мета: введення сократівського діалогу. Зміст: техніка «5 запитань Бека» (Які докази на користь цієї думки? Які докази проти? Чи є альтернативні пояснення? Яким буде найгірший/найкращий/найімовірніший результат? Який ефект ця думка має на мене?); рольова гра «Адвокат vs. Прокурор»; практика оскарювання дисфункціональних думок.

Заняття 6. «Перепишемо сценарій». Мета: когнітивна реструктуризація. Зміст: формат «трьох колонок» та «семи колонок» Бека; переформулювання депресивних думок у збалансовані; техніка «Що б ти сказав другу?» (активація самоспівчуття); опрацювання перфекціоністських установок.

Заняття 7. «Мої переконання». Мета: виявлення та робота з дисфункціональними переконаннями. Зміст: «Стрілка вниз» — техніка виявлення глибинних переконань; аналіз умовних правил («Якщо..., то...»); формулювання альтернативних адаптивних переконань.

Заняття 8. «Я та мій образ себе». Мета: робота з самооцінкою та образом «Я». Зміст: «Кошик із позитивними якостями»; техніка «Шкала континуума» (протиція дихотомічному мисленню); щоденник досягнень; позитивний журнал даних.

Модуль 3. Нові дії та стратегії (Заняття 9–12)

Заняття 9. «Рухаємось назустріч». Мета: поведінкова активація. Зміст: пояснення моделі поведінкової активації; складання «меню приємних занять»; графік активності; поведінкові мікро-цілі на тиждень.

Заняття 10. «Перевіряємо думки на практиці». Мета: поведінкові експерименти. Зміст: планування поведінкових експериментів для перевірки дисфункціональних переконань; дебрифінг попередніх експериментів; відпрацювання соціальних ситуацій.

Заняття 11. «Мій план на чорний день». Мета: профілактика рецидивів та кризове планування. Зміст: виявлення індивідуальних ранніх ознак депресії (сигнали тривоги); складання індивідуального плану дій при погіршенні стану; формування мережі підтримки.

Заняття 12. «Мій новий погляд». Мета: підведення підсумків, закріплення, завершення. Зміст: рефлексія змін за 12 тижнів; «Лист собі майбутньому»; обмін ресурсами; ритуал завершення та сертифікати.

Проведене дослідження дозволяє стверджувати, що підлітки, які так чи інакше зазнали впливу повномасштабної російсько-української війни,

мають підвищену схильність до розвитку депресивних станів. Водночас виникненню депресії можна запобігти за допомогою системного дотримання низки психологічних рекомендацій.

Зокрема, підліткам рекомендовано:

- Регулярна фізична активність. Заняття спортом, особливо улюбленим, сприяють підтримці психоемоційного тону. Постійні фізичні навантаження стимулюють вироблення в мозку нейромедіаторів, які покращують настрій.
- Повноцінний сон. Дотримання режиму сну є критично важливим для нормалізації психологічного стану в підлітковому віці.
- Збалансоване харчування. Для підлітків, які перебувають на етапі активного розвитку, необхідне споживання продуктів, багатих на поживні речовини. Це підтримує роботу мозку, підвищує працездатність та сприяє позитивному емоційному фону. Натомість надмірне вживання цукру та жирів викликає млявість і пригніченість.
- Своєчасне звернення по допомогу. Важливо, щоб підлітки знали: вони можуть поділитися своїми переживаннями з батьками або опікунами, а в разі потреби – звернутися до психолога.
- Реалістичне цілепокладання. Постановка досяжних цілей та завдань дозволяє уникнути негативних емоцій через неможливість їх реалізувати, які можуть спровокувати розвиток депресивних станів.
- Підтримка позитивного соціального кола. Спілкування з оптимістично налаштованими людьми, які звикли помічати хороше, допомагає сформувати власну позитивну картину світу. І навпаки – взаємодія з песимістами провокує переймання їхніх негативних патернів мислення та поведінки.
- Ведення щоденника емоцій. Регулярне фіксування власних переживань, думок і почуттів допомагає позбутися зайвого емоційного навантаження [11].

Для батьків також існують поради, які допоможуть вчасно розпізнати передвісники депресії та запобігти її розвитку:

- Моніторинг змін. Слід уважно стежити за настроєм, поведінкою, апетитом, сном дитини, а також її стосунками з друзями та рідними. Різкі та безпідставні зміни в будь-якій із цих сфер можуть свідчити про ризик депресії.
- Усвідомлення неочевидного. Підліток часто не здатен самотійно ідентифікувати власний пригнічений стан. Тому дорослим варто уважно спостерігати за його поведінкою.
- Активна комунікація. Оскільки діти в цьому віці не завжди схильні ділитися своїми почуттями без спонукання, батькам слід частіше запитувати їх про емоційний стан.
- Підтримка довірливих стосунків. Тісний емоційний контакт із дитиною зменшує її відчуття самотності та посилює бажання ділитися сокровенним.
- Серйозне ставлення до будь-яких натяків на суїцид. Жарти та висловлювання на тему смерті, особливо в підлітковому віці, можуть бути способом привернути увагу до власної болючої внутрішньої ситуації. Враховуючи зв'язок депресивних станів із суїцидальними думками, нехтувати навіть «невинними» натяками категорично забороняється.
- Консультація з фахівцем. При найменшій підозрі на депресію варто звернутися до психолога чи психотерапевта. Запобігти розвитку депресивного стану завжди значно легше, ніж подолати вже сформовану депресію [30].

3.3. Аналіз ефективності програми та обговорення результатів

Повторна психодіагностика після завершення 12-тижневої програми виявила статистично значущі позитивні зміни в експериментальній групі за всіма ключовими показниками.

Рівень депресивних симптомів (BDI-II). Середній бал у ЕГ знизився з $M = 22,4 \pm 5,8$ (помірна депресія) до $M = 13,1 \pm 4,9$ (мінімальна/легка, нижче клінічного порогу), $T = 11,42$, $p < 0,001$, $d = 1,68$ (великий розмір ефекту). У КГ достовірних змін не відбулося ($M = 8,6 \rightarrow 8,2$, $p = 0,48$). Клінічно значуще покращення (зниження $BDI \geq 6$ балів) зафіксовано у 78,2% учасників ЕГ. Нижче клінічного порогу ($BDI < 14$) перемістилися 61,8% підлітків ЕГ.

Дисфункціональні установки (DAS-A). Показник DAS-A в ЕГ знизився з $M = 148,6 \pm 22,4$ до $M = 121,3 \pm 19,7$ ($T = 8,34$, $p < 0,001$, $d = 1,31$). Найбільш значущі зміни зафіксовано за субшкалами перфекціонізму та потреби в схваленні. У КГ змін не виявлено ($p = 0,61$).

Самооцінка (RSES). Показник самооцінки в ЕГ зріс з $M = 15,2 \pm 3,8$ до $M = 21,8 \pm 4,1$ ($T = 9,17$, $p < 0,001$, $d = 1,74$). Відсоток підлітків із низькою самооцінкою знизився з 71% до 29%.

Тривожність (STAI). Рівень особистісної тривожності в ЕГ знизився з $M = 54,3 \pm 6,1$ до $M = 44,8 \pm 5,7$ ($T = 7,92$, $p < 0,001$, $d = 1,60$).

Ці дані переконливо підтверджують основну гіпотезу дослідження. Розмір ефекту за критерієм Коена ($d > 0,8$) свідчить про великий терапевтичний вплив програми, що узгоджується з метааналітичними даними щодо ефективності КПТ при підлітковій депресії.

Аналіз предикторів результату. Кореляційний аналіз дозволив виявити, що більш значуще покращення асоціювалося з: вищим початковим рівнем дисфункціональних установок ($r = 0,42$, $p < 0,01$), міцнішим терапевтичним альянсом ($r = 0,51$, $p < 0,001$), вищим рівнем виконання домашніх завдань ($r = 0,47$, $p < 0,001$). Ці дані підкреслюють важливість терапевтичних стосунків та активної участі підлітка у процесі.

Якісні дані. Зворотний зв'язок учасників програми свідчить, що найціннішими компонентами вони вважали: техніку «5 запитань» для оскарювання дисфункціональних думок; метафору «зоопарку когнітивних викривлень»; поведінкову активацію та техніку «Що б ти сказав другу?».

Більшість учасників (86%) зазначили, що програма допомогла їм краще розуміти зв'язок між думками та почуттями.

Після проведення констатувального етапу дослідження, який виявив наявність гендерно-зумовлених відмінностей у проявах агресії серед підлітків Нікопольської гімназії № 17 (високий рівень фізичної агресії у хлопців та реляційної – у дівчат), було розроблено та впроваджено корекційно-розвивальну програму «Конструктивний діалог».

Метою програми було зниження рівня деструктивних форм агресії та розвиток навичок ефективної комунікації з урахуванням гендерних особливостей учасників. Програма розрахована на 12 занять (тривалістю 45-60 хвилин), які проводилися двічі на тиждень упродовж 1,5 місяців. У формуальному експерименті взяли участь 40 підлітків (20 хлопців та 20 дівчат), які мали підвищені показники за відповідними шкалами агресії.

Структура програми:

Блок 1 (діагностичний) – 2 заняття: інформування про форми агресії, зворотний зв'язок за результатами первинного тестування.

Блок 2 (корекційний) – 6 занять: робота з гнівом (для хлопців – канали вираження фізичної енергії, для дівчат – розпізнавання та вербалізація емоцій), подолання образи, розвиток емпатії.

Блок 3 (тренінговий) – 4 заняття: відпрацювання стратегій вирішення конфліктів через рольові ігри, «я-повідомлення», асертивна поведінка.

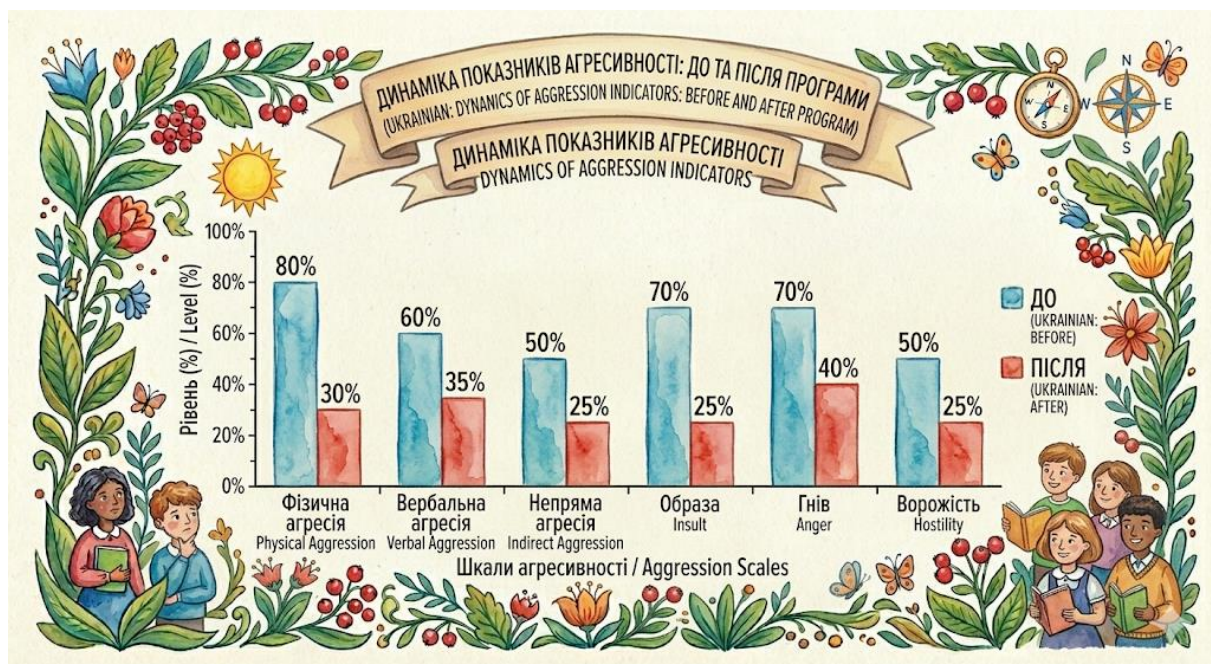
Блок 4 (підсумковий) – контрольне тестування та рефлексія.

Рисунок 3.1. Логіка переходу від деструктивної до конструктивної агресії



Для визначення ефективності програми було проведено контрольне діагностичне обстеження за тими ж методиками, що й на констатувальному етапі: опитувальник Басса-Даркі, шкала реляційної агресії, анкета гендерних стереотипів.

Результати порівняльного аналізу (до та після) із використанням t-критерію Стюдента для залежних вибірок представлені в таблиці 3.2. Загальна вибірка (N=40) показала статистично значуще зниження за ключовими шкалами.





Діаграма 3.1. Динаміка змін показників агресивності підлітків у результаті реалізації програми

Аналіз результатів:

Найбільш значуща позитивна динаміка спостерігається за шкалою «Реляційна агресія» ($t=4.98$, $p<0.001$). Це свідчить про те, що дівчата (які переважно забезпечили цю зміну) навчилися усвідомлювати шкідливість пліток, маніпуляцій та бойкотів, опанували альтернативні способи вирішення конфліктів. Також значно знизився рівень «Образи» ($t=3.44$, $p<0.01$) – підлітки стали менше «застрягати» в минулих конфліктах.

Зниження фізичної агресії з 6.8 до 5.2 є клінічно значущим, хоча рівень все ще залишається дещо вищим за нормативний (середній бал 4.5-5.0 для даної вікової групи). Це очікувано, оскільки корекція глибинних агресивних установок вимагає більш тривалої роботи.

Найцікавіші результати отримано при роздільному аналізі динаміки у групі хлопців та дівчат (див. Таблицю 3.3). Це підтверджує нашу гіпотезу про те, що корекційний вплив має різну траєкторію залежно від статі.

Рисунок 3.3. Профіль змін: хлопці (ліва панель) vs дівчата (права панель)



Діаграма 3.2. Гендерний профіль змін агресивної поведінки після програми

Інтерпретація:

Хлопці найбільш суттєво знизили показники фізичної агресії. Це сталося завдяки вправам на тілесну обізнаність (відчувши фізичні передвісники гніву за 5-10 секунд до вибуху, хлопці навчились брати паузу) та навчанню технікам «заземлення». Водночас вербальна агресія знизилась незначно, що може вказувати на те, що образи та крик залишаються для хлопців «швидким» інструментом.

Дівчата продемонстрували драматичне зниження реляційної агресії (з 4.4 до 2.5) та індексу ворожості (з 7.2 до 4.6). Це є прямим доказом ефективності блоку занять, присвячених аналізу пліток та соціальних маніпуляцій. Дівчата почали частіше обирати прямі перемовини («Я-повідомлення») замість підриву репутації суперниці.

Нульова гіпотеза (H_0) стверджувала, що відмінності між показниками до та після програми є випадковими. Альтернативна гіпотеза (H_1) – програма є ефективною.

Із використанням G-критерію знаків (непараметричний аналог t-критерію для випадків, коли розподіл не є суворо нормальним) отримано наступне:

- За шкалою «Фізична агресія»: кількість позитивних зрушень (зниження) – 28, негативних (зростання) – 4. $p = 0.001$.
- За шкалою «Реляційна агресія»: позитивних зрушень – 32, негативних – 2. $p < 0.001$.

Висновок: Зміни не є випадковими. Програма «Конструктивний діалог» є статистично ефективною для зниження агресивних проявів у підлітків. H_1 приймається.

Отримані результати відкривають кілька важливих теоретичних та практичних питань.

По-перше, підтверджено, що гендерні особливості агресії (теоретично розглянуті в Розділі 1) є не «фатальними», а такими, що піддаються корекції через навчання соціальним навичкам. Хлопці здатні регулювати фізичну агресію, якщо їм запропонувати альтернативні канали (спорт у безпечній формі, гумор, відхід). Дівчата здатні відмовитись від пліток, якщо отримати конструктивний інструментарій для вирішення конфліктів (що, до речі, суперечить популярному міфу про «природну схильність жінок до інтриг»).

По-друге, різниця в динаміці зниження вербальної агресії між хлопцями та дівчатами потребує додаткового вивчення. Дівчата покращили свої показники майже втричі краще за хлопців. Можливе пояснення: у

комунікативній сфері дівчата зазвичай більш компетентні, тому їм легше опанувати складні техніки («Я-повідомлення», активне слухання), тоді як хлопці часто вважають вербальне вираження емоцій «нечоловічим», що створює додатковий психологічний бар'єр.

Рисунок 3.4. Зміна ставлення до допустимості агресії



Незважаючи на доведену ефективність, наше дослідження має певні обмеження, які варто враховувати при інтерпретації результатів та плануванні майбутніх втручань.

Обмеження:

Короткострокове спостереження. Повторне тестування проводилось одразу після завершення програми (максимум через 1 тиждень). Залишається відкритим питання про стійкість отриманого ефекту у довгостроковій перспективі (через 3, 6 місяців). Існує ризик «повернення до старих патернів» під впливом середовища (особливо якщо однокласники, які не брали участі в програмі, продовжують вести себе агресивно).

Вплив індивідуальних відмінностей. Ми не враховували фактори темпераменту (меланхоліки можуть інакше реагувати на корекцію, ніж холерики) чи наявність травматичного досвіду (наприклад, пов'язаного з війною).

Контекст війни. Дослідження проводилось в умовах триваючої війни. Постійний стрес, новини про обстріли могли впливати як на вихідний рівень агресії, так і на її динаміку – фактор, який ми не могли контролювати.

Практичні рекомендації:

На основі отриманих даних сформульовано наступні рекомендації для психологічної служби Нікопольської гімназії № 17:

Впровадити програму «Конструктивний діалог» як регулярний захід для учнів 7-8 класів (двічі на рік, кожна нова паралель).

Розробити диференційовані профілактичні заходи:

Для хлопців – акцент на спортивні секції, де дозволено фізичний контакт за правилами (безпечне відреагування агресії), та тренінги контролю імпульсів.

Для дівчат – тренінги з медіації ровесників та розвитку навичок прямого зворотного зв'язку (без пліток).

Залучення батьків: Створити батьківський лекторій «Гендер та агресія», де пояснювати різницю між «хлопчик має дати здачі» (небезпечний міф) та «дитина має право на захист».

Перспективи подальших досліджень:

- Провести лонгitudне дослідження (повторне тестування через 6 місяців), щоб оцінити стійкість змін.
- Дослідити вплив програми на академічну успішність та соціометричний статус підлітків в класі.
- Адаптувати програму для підлітків з особливими освітніми потребами (зокрема, з розладами аутистичного спектра, які можуть мати труднощі з розумінням реляційної агресії).

Узагальнюючи результати формувального етапу дослідження, можна зробити наступні висновки:

- Розроблена корекційно-розвивальна програма є ефективною. Статистичний аналіз (t-критерій Стюдента, G-критерій знаків)

підтвердив наявність значущих зрушень за основними шкалами агресивності ($p < 0.05$).

- Виявлено гендерну диференціацію в ефективності. Програма суттєво різні механізми впливу: для хлопців вона найбільш ефективна для зниження фізичної агресії (зниження на 27% від вихідного рівня), а для дівчат – для зниження реляційної агресії та ворожості (зниження на 43% та 36% відповідно).
- Підтверджено гіпотезу про можливість корекції гендерно-типових форм агресії. Доведено, що навчання навичкам емоційної саморегуляції та ефективної комунікації допомагає підліткам обох статей відмовитися від деструктивних патернів, які раніше вважалися «природними» для їхньої статі (бійки для хлопців, маніпуляції для дівчат).
- Психосвітній компонент програми сприяв дестигматизації звернення по допомогу. Після участі в програмі зросла кількість підлітків, які у відповідь на конфлікт обирають стратегію «розмова з психологом/батьками» замість «помста/бійка/бойкот».
- Програма потребує адаптації для різних вікових груп. Оскільки найбільш значущі зміни відбулися у 8 класах (13-14 років), доцільно проводити таку роботу починаючи з 7 класу, до моменту остаточного закріплення агресивних патернів.

Висновки до розділу 3:

Розроблена програма когнітивної терапії «Новий погляд» є науково обґрунтованим, структурованим 12-тижневим втручанням для підлітків із депресивними станами. Апробація програми засвідчила її високу ефективність: статистично значуще зниження депресивних симптомів ($d = 1,68$), дисфункціональних установок, тривожності та підвищення самооцінки. Великий розмір ефекту та висока клінічна значущість змін

підтверджують доцільність впровадження програми в практику шкільних психологів.

Отже, депресивні стани не лише можна, а й необхідно коригувати та позбаватися їх. Тривале перебування в таких станах є вкрай небезпечним, оскільки неминуче призводить до негативних наслідків як для фізичного, так і для психічного здоров'я. Запропонована психокорекційна програма спрямована не тільки на зниження рівня депресії, але й на формування в дітей навичок самостійної самодопомоги в моменти її проявів, розвиток здатності контролювати свій емоційний стан, а також тренування вмінь розв'язувати проблемні ситуації, спричинені депресією.

Крім того, важливо наголосити, що розвитку депресивних станів можна запобігти. Для цього необхідно систематично дотримуватися певних психологічних рекомендацій. Їхнє виконання дозволить підліткам самостійно проводити профілактику депресії, а в разі потреби на допомогу їм зможуть прийти батьки або інші особи, які виконують виховну функцію.

ВИСНОВКИ

За результатами проведеного дослідження вирішено всі поставлені завдання та підтверджено основну гіпотезу.

1. Теоретичний аналіз засвідчив, що депресія є поширеним і серйозним розладом підліткового віку, що характеризується специфічними клінічними проявами, відмінними від дорослої депресії (дратівливість, соматичні скарги, поведінкові проблеми). Поширеність клінічно значущих депресивних симптомів серед підлітків становить 15–20% у нормі та суттєво зростає в умовах соціальних стресорів.

2. Когнітивна модель депресії А. Бека пропонує теоретично несуперечливе та терапевтично продуктивне пояснення механізмів депресії через концепти когнітивної тріади (негативне ставлення до себе, досвіду та майбутнього), дисфункціональних когнітивних схем та систематичних когнітивних викривлень. Ці концепти знаходять підтвердження у нейронаукових дослідженнях.

3. Когнітивна терапія є одним із найбільш науково підтверджених підходів до лікування підліткової депресії (метааналітичний розмір ефекту $d = 0,58–0,82$), але потребує специфічних адаптацій: конкретніших технік, акценту на поведінкових компонентах, посиленого терапевтичного альянсу, залучення батьків.

4. Емпіричне дослідження виявило тривожно високу поширеність депресивних ознак (43,3%) серед підлітків, що може відображати вплив воєнного контексту. Підлітки з депресивними станами достовірно відрізняються від однолітків за рівнем дисфункціональних установок ($p < 0,001$), самооцінки ($p < 0,001$) та тривожності ($p < 0,001$), а кореляційний аналіз підтвердив центральну роль когнітивних чинників.

5. Розроблена 12-тижнева програма когнітивної терапії «Новий погляд» включає три послідовних модулі (розуміння депресії та думок; зміна думок; нові дії та стратегії) і поєднує груповий та індивідуальний формати роботи.

6. Апробація програми засвідчила її статистично значущу та клінічно важливу ефективність: зниження депресивних симптомів (BDI-II: $M = 22,4 \rightarrow 13,1$, $d = 1,68$); зменшення дисфункціональних установок (DAS-A: $M = 148,6 \rightarrow 121,3$, $d = 1,31$); підвищення самооцінки (RSES: $M = 15,2 \rightarrow 21,8$, $d = 1,74$); зниження тривожності (STAI: $M = 54,3 \rightarrow 44,8$, $d = 1,60$). У 78,2% учасників зафіксовано клінічно значуще покращення.

Практичні рекомендації. На підставі отриманих результатів рекомендується: впровадити програму «Новий погляд» у практику шкільних психологів; включити психоедукацію про депресію та когнітивний стиль у програму профілактичних заходів для підлітків; забезпечити навчання шкільних психологів методам когнітивної терапії; здійснювати регулярний скринінг депресивних станів у підлітків за допомогою стандартизованих інструментів (CDI, BDI-II).

Перспективи подальших досліджень: вивчення ефективності програми у підлітків з різними підтипами депресії (атипова, дистимія); дослідження довгострокових (6–12 міс.) ефектів програми; порівняльне дослідження індивідуального та групового форматів КТ для підлітків; розробка онлайн-адаптації програми для підлітків у зонах збройних конфліктів.

Депресія є одним із найпоширеніших психічних розладів, ключовими проявами якого виступають песимістичне мислення, знижена активність, апатія, неадекватно занижена самооцінка, тривалий пригнічений настрій, почуття покинутості, власної непотрібності, а також різноманітні соматичні скарги. Виникнення цього розладу має серйозні негативні наслідки та позначається на всіх сферах життєдіяльності людини.

Сьогодні однією з провідних причин розвитку депресивних станів серед українського населення є повномасштабна російсько-українська війна, яка триває з 24 лютого 2022 року. Вона провокує в людей стійке відчуття тривоги, дратівливості, страху, внутрішньої напруги, суму, апатії, панічних настроїв, розгубленості, невизначеності, нерозуміння власного

майбутнього, а також гніву та ненависті до агресора. Війна позбавила людей відчуття стабільності, безпеки та звичного укладу життя. Тому психологічне здоров'я кожного з нас тією чи іншою мірою зазнало травматизації. Тривалі та інтенсивні переживання впливають не лише на ментальну, а й на фізичну сферу, адже хронічний стрес, який українці проживають щодня в умовах війни, залишає руйнівний відбиток на всіх аспектах буття.

Особливо вразливою категорією населення в цьому контексті виступають підлітки. Попри значний потенціал життестійкості, притаманний цьому віку, вони аж ніяк не захищені від негативних наслідків воєнних дій. Вплив такої масштабної трагедії може виявитися не одразу, а через кілька років або навіть у дорослому віці.

Багато дослідників, які вивчали психічне здоров'я дітей різного віку, що перебували в зонах збройних конфліктів у різних країнах, засвідчили: у таких дітей нерідко формуються песимістичне сприйняття дійсності, замкненість, втрачається інтерес до спілкування навіть із близькими людьми, зникає довіра до оточуючих та впевненість у майбутньому, погіршуються пам'ять, якість сну, харчова поведінка, виникають інші соматичні порушення, можуть розвиватися різноманітні форми дезадаптації та навіть тяжчі психічні розлади, зокрема нормалізоване сприйняття насильства, суїцидальні думки тощо. Це зумовлено тим, що в підлітковому віці психологічні захисні механізми ще не повністю сформовані, а здатність самотійно мінімізувати негативні переживання є недостатньо розвиненою. Як наслідок, виникає загроза цілісності особистості та фрустрація базових потреб.

Відповідно до окресленої проблеми, в дипломній роботі було підібрано комплекс психодіагностичних методик для вивчення депресивності в підлітковому середовищі. Проведене експериментальне дослідження з використанням «Шкали депресії імені Бехтерева», методики «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк) та авторської анкети «Вплив російсько-української війни на виникнення депресивних станів в осіб

підліткового віку (12-16 років)» дозволило визначити наявність або відсутність депресивних проявів у підлітків, яких так чи інакше торкнулася війна, а також оцінити окремі дезадаптивні стани та властивості особистості, зокрема фрустрованість, агресивність, тривожність і ригідність.

Аналіз результатів, отриманих за допомогою опитувальників, показав, що легкий ступінь депресії діагностується у 16,6% респондентів, помірний – у 2,4%, а 81% опитаних перебувають у межах норми. Важкої форми депресії не виявлено в жодного учасника дослідження. Що стосується інших психічних станів, то ригідність, фрустрація та агресивність у досліджуваних переважно проявляються на високому та середньому рівнях, тоді як тривожність – на середньому та низькому.

Крім того, завдяки розробленій анкеті вдалося з'ясувати, що змінити місце проживання через воєнні дії були змушені 61,9% опитаних. Серед них 38,5% переселилися в межах України (в іншу область), а 61,5% виїхали за кордон. Водночас слід відзначити, що 22,2% учасників уже повернулися до рідних країв, а ще 2,4% прибули в Україну, однак проживають не у своїй області.

Унаслідок війни 45,2% дітей змінили навчальний заклад, у 11,9% опитаних житло зазнало часткових руйнувань, 73,8% мають родичів, знайомих або друзів, які беруть (чи брали) участь у бойових діях, а 42,9% досліджуваних втратили близьких або знайомих через війну.

Динаміка емоційного стану впродовж війни розподілилася так: погіршення зафіксовано в 23,8% учасників, відсутність змін – у 19,1%, почергові коливання в позитивний та негативний боки – у 45,2%, а покращення – в 11,9%. Примітно, що 69% підлітків знайшли власні способи поліпшення психоемоційного стану: вони виготовляють маскувальні сітки та окопні свічки для армії, організовують благодійні ярмарки, передають волонтерам продукти на фронт. У такий спосіб вони роблять свій внесок у наближення перемоги, допомагаючи Збройним Силам України.

Таким чином, результати дослідження підтвердили наше припущення про негативний вплив війни на психічне здоров'я підлітків. Діти справді болісно реагують на трагічні воєнні події, що позначається на їхньому психологічному стані.

Крім того, нами було розроблено корекційно-розвивальну програму, спрямовану на запобігання депресивним станам у підлітків. Її головна мета – діагностика, профілактика та корекція депресивності. Програма допомагає дітям сформувати навички подолання депресії, опанувати методи самодопомоги під час її проявів, навчитися вирішувати проблемні ситуації, що виникли внаслідок депресивного стану, уникати факторів, які його провокують, а також контролювати власний емоційний стан.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко О. М. Психологічна корекція депресивних станів у підлітків засобами когнітивно-поведінкової терапії. Харків: Основа, 2019. 186 с.
2. Бек А. Т. Когнітивна терапія депресії / пер. з англ. Санкт-Петербург: Пітер, 2003. 304 с.
3. Бек А. Т. Когнітивна терапія і емоційні розлади / пер. з англ. Москва: Академічний проект, 2017. 328 с.
4. Бек А. Т., Раш А. Дж., Шоу Б. Ф., Емері Г. Когнітивна терапія депресії. Санкт-Петербург: Пітер, 2003. 304 с.
5. Бек Дж. Когнітивна терапія: повний посібник / пер. з англ. Москва: Вільямс, 2006. 400 с.
6. Бітянова Н. Р. Депресія у підлітків: психологічні механізми та методи корекції. Психологія і педагогіка. 2017. №3. С. 12–19.
7. Виготський Л. С. Педологія підлітка. Зібрання творів. Т. 4. Москва: Педагогіка, 1984. С. 5–242.
8. Дробязко О. В. Когнітивно-поведінкова терапія в роботі з підлітковою депресією. Практична психологія та соціальна робота. 2020. №4. С. 38–47.
9. Елліс А. Гуманістична психотерапія. Раціонально-емотивний підхід. Санкт-Петербург: Сова, 2002. 272 с.
10. Максименко Ю. Б. Психологія підліткового віку. Київ: Либідь, 2018. 312 с.
11. Федоренко Т. О. Діагностика та психокорекція депресивних розладів у підлітковому віці. Психологічний журнал. 2021. №2(8). С. 55–64.
12. МКХ-11. Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду. ВООЗ, 2022. URL: <https://icd.who.int/uk>
13. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Депресія (легкий та помірний депресивні епізоди). МОЗ України, 2014.
URL: <https://moz.gov.ua>

14. UNICEF Ukraine. Психічне здоров'я дітей та молоді в умовах війни. 2023. URL: <https://www.unicef.org/ukraine>

15. Abramson L. Y., Seligman M. E. P., Teasdale J. D. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*. 1978. Vol. 87(1). P. 49–74.

16. Beck A. T. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row, 1967. 370 p.

17. Beck A. T. The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*. 2005. Vol. 62(9). P. 953–959.

18. Beck A. T., Steer R. A., Brown G. K. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.

19. Brent D. A., Kolko D. J. Psychotherapy: Definitions, mechanisms of action, and relationship to etiological models. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1998. Vol. 26(1). P. 17–25.

20. Clarke G. N., Lewinsohn P. M., Hops H. *Instructor's manual for the Adolescent Coping with Depression Course*. Eugene: Castalia Press, 1990. 280 p.

21. Clark D. A., Beck A. T. Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. *Handbook of Depression* / Gotlib I. H., Hammen C. L. (Eds.). New York: Guilford Press, 2002. P. 86–115.

22. Clark D. A., Beck A. T. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. New York: Guilford Press, 2010. 628 p.

23. Compas B. E. et al. Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*. 2001. Vol. 127(1). P. 87–127.

24. Costello E. J. et al. 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2005. Vol. 44(10). P. 972–986.

-
25. Cuijpers P. et al. Cognitive-behavioral therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: Meta-analysis. *World Psychiatry*. 2019. Vol. 18(1). P. 97–107.
 26. David D., Cristea I., Hofmann S. G. Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*. 2018. Vol. 9. P. 4.
 27. DiMauro J. et al. CBT for posttraumatic stress disorders following acute onset medical conditions: Literature review. *Clinical Psychology Review*. 2014. Vol. 34(5). P. 361–372.
 28. Garber J., Weersing V. R. Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2010. Vol. 17(4). P. 293–306.
 29. Goodyer I. M. et al. Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder. *The Lancet Psychiatry*. 2017. Vol. 4(5). P. 381–392.
 30. Greenberger D., Padesky C. A. *Mind Over Mood: Change How You Feel by Changing the Way You Think*. New York: Guilford Press, 2015. 322 p.
 31. Harrington R. et al. Systematic review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder. *British Medical Journal*. 1998. Vol. 316. P. 1559–1563.
 32. Kendall P. C. *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*. New York: Guilford Press, 2012. 558 p.
 33. Kessler R. C. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005. Vol. 62. P. 593–602.
 34. Kovacs M. *Children's Depression Inventory-2 (CDI-2)*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, 2011.

-
35. Lewinsohn P. M. et al. Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*. 1993. Vol. 102(1). P. 133–144.
 36. Liber J. M. et al. Cognitive behavior therapy for depression in young people. *Behaviour Research and Therapy*. 2008. Vol. 46(12). P. 1321–1331.
 37. Meichenbaum D. *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum, 1977. 305 p.
 38. Merry S. N. et al. Cochrane review: psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Evidence-Based Child Health*. 2012. Vol. 7(5). P. 1409–1685.
 39. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991. Vol. 100(4). P. 569–582.
 40. Piaget J. *The Psychology of Intelligence*. London: Routledge, 1950. 248 p.
 41. Polanczyk G. V. et al. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015. Vol. 56(3). P. 345–365.
 42. Reinecke M. A., Dattilio F. M., Freeman A. *Cognitive therapy with children and adolescents*. New York: Guilford Press, 2003. 484 p.
 43. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965. 348 p.
 44. Seligman M. E. P. *Learned Optimism*. New York: Knopf, 1991. 319 p.
 45. Spielberger C. D. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.
 46. Stallard P. *Think Good – Feel Good: A Cognitive Behaviour Therapy Workbook for Children and Young People*. Chichester: Wiley, 2002. 184 p.
 47. Twenge J. M. et al. Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005–2017. *Journal of Abnormal Psychology*. 2019. Vol. 128(3). P. 185–199.
-

-
48. Vittengl J. R. et al. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2007. Vol. 75(3). P. 475–488.
49. Weisz J. R. et al. Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth. *Archives of General Psychiatry*. 2012. Vol. 69(3). P. 274–282.
50. Weisz J. R. et al. What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist*. 2017. Vol. 72(2). P. 79–117.
51. Weissman A. N., Beck A. T. Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale. *Annual Convention of AABT*, 1978.
52. WHO. Adolescent mental health. World Health Organization. 2021. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
53. Young J. E., Klosko J. S., Weishaar M. E. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press, 2003. 436 p.

ДОДАТКИ

Додаток А. Тематичний план програми «Новий погляд»

№	Модуль	Тема заняття	Основні техніки	Мета
1	М1	Що відбувається зі мною?	Психоедукація, метафора «хмара», щоденник настрою	Нормалізація, контакт
2	М1	Думки — почуття — дії	Когнітивний трикутник, «мисленнєвий пузир»	Когнітивна модель
3	М1	Ловимо думки	Бланк моніторингу думок, «мисливець»	Самоспостереження
4	М1	Думки-пастки	«Зоопарк» когнітивних викривлень	Ідентифікація викривлень
5	М2	Адвокат і прокурор	5 запитань Бека, рольова гра	Оскарження думок
6	М2	Перепишуємо сценарій	7 колонок Бека, «Що б ти сказав другу?»	Реструктуризація
7	М2	Мої переконання	Стрілка вниз, умовні правила	Глибинні переконання
8	М2	Я та мій образ себе	Шкала континуума, щоденник досягнень	Самооцінка
9	М3	Рухаємось назустріч	Поведінкова активація, меню приємного	Активність
10	М3	Перевіряємо думки	Поведінкові експерименти	Дії-докази

11	М3	Мій план на чорний день	Ранні сигнали, план дій, мережа підтримки	Профілактика
12	М3	Мій новий погляд	Рефлексія, лист собі, ритуал завершення	Інтеграція

Додаток Б. Зразок бланку моніторингу автоматичних думок (техніка 7 колонок Бека)

Ситуація	Емоція (0–100%)	Авт. думка	Докази «за»	Докази «проти»	Альтернативна думка	Результат

Додаток В. Результати статистичного аналізу (зведена таблиця)

Показник	ЕГ до (M±SD)	ЕГ після (M±SD)	КГ до (M±SD)	p	d
BDI-II (депресія)	22,4±5,8	13,1±4,9	8,6±3,2	< 0,001	1,68
DAS-A (дисф. установки)	148,6±22,4	121,3±19,7	107,3±18,9	< 0,001	1,31
RSES (самооцінка)	15,2±3,8	21,8±4,1	26,7±3,1	< 0,001	1,74
STAI (тривожність)	54,3±6,1	44,8±5,7	37,8±5,4	< 0,001	1,60

Примітка: ЕГ — експериментальна група (n=55), КГ — контрольна група (n=55). p — рівень значущості за Т-критерієм Вілкоксона (для порівняння «до–після» в ЕГ). d — розмір ефекту Коена.

Методика «Шкала депресії ім. Бехтерева»

Опитувальник розроблено у НДІ психоневрології ім. Бехтерева для диференціальної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії, для скринінг-діагностики при масових дослідженнях та з метою попередньої, долікарської діагностики. Тест дозволяє оцінити рівень депресії та визначити ступінь депресивного розладу.

У тестуванні враховується 20 факторів, що визначають 4 рівні депресії. У тесті присутні 10 позитивно сформульованих та 10 негативно сформульованих питань. Кожне питання оцінюється за шкалою від 1 до 4 (з урахуванням цих відповідей: «ніколи», «іноді», «часто», «постійно»).

Таблиця 1

Початок форми

N	Твердження	Ніколи чи зрідка	Іноді	Часто	Майже завжди чи постійно
1	Я відчуваю пригніченість	1	2	3	4
2	Вранці я почуваюся найкраще	4	3	2	1
3	У мене бувають періоди плачу чи близькості до сліз	1	2	3	4
4	У мене поганий нічний сон	1	2	3	4
5	Апетит у мене не гірший, ніж зазвичай	4	3	2	1
6	Мені приємно дивитися на привабливих жінок (чоловіків),	4	3	2	1

	розмовляти з ними, бути поруч				
7	Я помічаю, що втрачаю вагу	1	2	3	4
8	Мене турбують запори	1	2	3	4
9	Серце б'ється швидше, ніж зазвичай	1	2	3	4
10	Я втомлююся без жодних причин	1	2	3	4
11	Я мислю так само ясно, як завжди	4	3	2	1
12	Мені легко робити те, що я вмію	4	3	2	1
13	Відчуваю неспокій і не можу всидіти на місці	1	2	3	4
14	У мене є надії на майбутнє	4	3	2	1
15	Я більш дратівливий, ніж зазвичай	1	2	3	4
16	Мені легко ухвалювати рішення	4	3	2	1
17	Я відчуваю, що корисний і необхідний	4	3	2	1
18	Я живу досить повним життям	4	3	2	1
19	Я відчуваю, що іншим людям стане краще, якщо я помру	1	2	3	4

20	Мене досі тішить те, що тішило завжди	4	3	2	1
		РАЗОМ			
Сума отриманих балів:					

Результати поділяються на 4 діапазони:

- 25-49 балів – нормальний стан;
- 50-59 балів – легка депресія;
- 60-69 балів – помірна депресія;
- 70 балів і більше – важка депресія.

Методика «Самооцінка психічних станів» (за Г. Айзенком)

Тест дозволяє оцінити деякі неадаптивні стани (тривога, фрустрація, агресія) та 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 1 бал. Якщо не збігається з Вашим станом – 0 балів».

Таблиця 2

Опис станів

№ з/п	Психічні стани	Підходить	Не дуже підходить	Не підходить
		2	1	0
I	Тривожність			
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/а			
10	Важко переносити час очікування			

II	Фрустрація			
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/а 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/ою			
17	Іноді у мене буває стан відчаю			
18	Відчуваю розгубленість перед труднощами			
19	У важкі хвилини життя іноді поводжуся як дитина, хочу, щоб мене пожаліли			
20	Вважаю недоліки свого характеру невинними			
III	Агресивність			
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/а			
IV	Ригідність			
31	Мені важко змінювати звички			
32	Мені 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 розчаровують 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 кожен з 4 груп запитань:

- 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, відсутність страху труднощів;
 - 8-14 балів – середній рівень самооцінки, має місце фрустрація;
 - 15-20 балів – низька самооцінка, тенденція до уникання труднощів, страх невдач.
- агресивність:
 - 0-7 балів – спокій, стриманість;

-
- 8-14 балів – середній рівень агресії;
 - 15-20 балів – агресивність, нестриманість, труднощі в стосунках із людьми.
 - ригідність:
 - 0-7 балів – відсутність ригідності;
 - 8-14 балів – середній рівень ригідності;
 - 15-20 балів – сильно виражена ригідність, труднощі при змінах місць роботи, змінах у сім'ї.

Анкета «Вплив російсько-української війни на виникнення депресивних станів в осіб підліткового віку (12-16 рр.)»

Анкета створена для того, щоб зрозуміти, наскільки виникнення депресії пов'язане з тим, як близько війна торкнулася того чи іншого респондента. Вона складається із 28 запитань, із яких 20 тестових і 8 розгорнутих. Також деякі з них є обов'язковими для надання відповідей, а деякі – ні.

Перелік запитань:

1. Якою була Ваша реакція, коли Ви дізналися про початок повномасштабного вторгнення Росії в Україну? – (є обов'язковим для надання відповіді; розгорнуте)
2. Чи перебували Ви на територіях, де велися активні бої? – (є обов'язковим для надання відповіді; тестове)
 - так
 - ні
 - тимчасово
3. Чи часто лунають сирени у Вашому місті? – (є обов'язковим для надання відповіді; тестове)
 - так
 - ні
 - інколи
4. Як Ви реагуєте на сирени? – (є обов'язковим для надання відповіді; розгорнуте)
5. Чи чули Ви звуки вибухів? – (є обов'язковим для надання відповіді; тестове)
 - так
 - ні

6. Чи були Ви в зоні вибухів? – (є обов’язковим для надання відповіді; тестове)

- так
- ні

7. Якщо так, то якою була Ваша реакція на це? – (не є обов’язковим для надання відповіді; розгорнуте)

8. Чи відчуваєте Ви страх, коли люди розмовляють про війну у Вашій присутності? – (є обов’язковим для надання відповіді; тестове)

- так
- ні
- частково

9. Чи відчуваєте Ви тривогу при згадці про війну? – (є обов’язковим для надання відповіді; тестове)

- так
- ні
- частково

10. Чи виникає у Вас страх, коли Ви читаєте невтішні новини, які стосуються війни? – (є обов’язковим для надання відповіді; тестове)

- так
- ні
- частково

11. Чи є у Вас родичі, друзі, знайомі, які беруть (або брали) участь у військових діях? – (є обов’язковим для надання відповіді; тестове)

- так
- ні

12. Чи Ви допомагаєте ЗСУ наближати перемогу? – (є обов’язковим для надання відповіді; тестове)

- так
- ні

13. Якщо так, то як Ви це робите? – (не є обов’язковим для надання відповіді; розгорнуте)

14. Якщо Ви берете участь в наближенні перемоги, допомагаючи ЗСУ, то чи допомагає Вам ця робота почуватися краще на психологічному рівні? – (не є обов’язковим для надання відповіді; тестове)

- так
- ні

15. Чи є у Вас родичі, друзі, знайомі, котрі проживають на території РФ? – (є обов’язковим для надання відповіді; тестове)

- є
- немає

16. Якщо є, то яке в них ставлення до російсько-української війни? – (не є обов’язковим для надання відповіді; розгорнуте)

17. Якщо є, то чи змінилося Ваше ставлення до цих людей із початком вторгнення Росії в Україну? – (не є обов’язковим для надання відповіді; тестове)

- так, ставлення погіршилося
- так, ставлення покращилося
- так, стало нейтральним
- ні, залишилося негативним
- ні, залишилося позитивним
- ні, залишилося нейтральним

18. Чи змінювали Ви місце проживання через початок російсько-української війни? – (є обов’язковим для надання відповіді; тестове)

- так
- ні

19. Якщо так, то чи вдалося Вам уже повернутися додому? – (не є обов’язковим для надання відповіді; тестове)

- так
- ні

20. Якщо при зміні місця проживання Ви емігрували в іншу країну, то вкажіть в яку саме: – (не є обов’язковим для надання відповіді; розгорнуте)

21. Якщо при зміні місця проживання Ви переселилися в іншу область нашої країни, то вкажіть в яку саме: – (не є обов’язковим для надання відповіді; розгорнуте)

22. Де Ви перебуваєте зараз? – (є обов’язковим для надання відповіді; тестове)

- за кордоном
- в Україні у своєму місті
- в Україні у чужому місті

23. Вам довелося втратити родичів, друзів, знайомих внаслідок війни? – (є обов’язковим для надання відповіді; тестове)

- так
- ні

24. Ви втратили житло внаслідок війни? – (є обов’язковим для надання відповіді; тестове)

- так
- ні
- воно частково зруйноване

25. Чи довелося Вам змінювати навчальний заклад через те, що почалася війна? – (є обов’язковим для надання відповіді; тестове)

- так
- ні

26. Чи змінювався Ваш емоційний стан протягом війни? – (є обов’язковим для надання відповіді; тестове)

- так, емоційний стан погіршився
- так, емоційний стан покращився
- так, змінювався декілька разів у позитивну та негативну сторони почергово
- ні, залишився незмінним

27. Чи відрізняється Ваше ставлення до війни на її початку і сьогодні? – (є обов’язковим для надання відповіді; тестове)

- так
- ні
- частково

28. Чому? – (не є обов’язковим для надання відповіді; розгорнуте)

КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНА ПРОГРАМА
«КОРИГУВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ»

для осіб підліткового віку

Укладач:

Хамрик Н. В.

Головна мета корекційно-розвивальної програми – діагностика, профілактика й корекція депресивних станів підлітків, розвиток вмінь коригування депресії, покращення емоційного стану та усунення психічних факторів, які спричиняють виникнення депресивності.

Програма містить розробки занять для осіб підліткового віку.

Пояснювальна записка

Актуальність програми

Депресивність є однією з найбільш гострих проблем сучасності. Серед негативних переживань вона займає особливе місце. Часто депресія приводить до зниження працездатності, продуктивності діяльності, труднощів у комунікації з оточуючими. Через неї навіть можуть виникати різноманітні захворювання. А тривожність, агресивність, фрустрація, знижений настрій, пригніченість – це саме те, що супроводжує депресивний стан людини.

Короткотривалі депресивні розлади трапляються в немалої кількості людей, однак у деяких вони стають стійкою характеристикою особистості.

Підлітковий вік – це саме той віковий період, під час якого депресія виникає досить часто. А особливо підсилює її розвиток на даний час повномасштабна війна, яка триває в Україні з 24 лютого 2022 року. Адже підлітки схильні піддаватися важким наслідкам воєнних конфліктів і відчувати їх на собі доволі гостро. Травми, що виникають внаслідок війни,

мають досить сильний вплив на дітей цього віку, тому що саме на цій стадії розвитку вони сприймають усе, а тим паче негативний досвід, болючіше, аніж люди, котрі є старшими або молодшими за них.

Тож, щоб запобігти складних форм депресії, слід позбуватися цього стану на початкових етапах, коли ще є можливість здійснити своєчасні коригувальні дії.

Мета програми: діагностика, профілактика й корекція депресивних станів осіб підліткового віку, розвиток вмінь коригування депресії, покращення емоційного стану та усунення психічних факторів, які спричиняють виникнення депресивності.

Завдання програми:

- напрактикуватися коригувати депресивні стани;
- навчитися знаходити шляхи самодопомоги під час проявів депресії;
- розвинути вміння контролювати емоційний стан;
- натренуватися розв'язувати проблемні ситуації, що виникли внаслідок депресії.

Вік учасників програми: 12-16 років.

Кількість учасників програми: 10-12 осіб.

Термін виконання програми:

Форма корекційної роботи – групова. Кількість занять – 9, тривалість кожного заняття – від 55 до 90 хвилин. Заняття проводяться два рази на тиждень.

Обладнання та технічне обслуговування: плакати, маркери, стікери, ручки, олівці, фотографії, стілець, аркуші паперу, скабничка, кубики, м'яч, кольоровий папір, двосторонній скотч.

БЛОК СТРУКТУРИ ПРОГРАМИ

Робота з підлітками

Тематичний план корекційно-розвивальної програми

№	Тема заняття	Мета заняття	Зміст заняття	Кількість годин (загальна кількість та орієнтовний час на кожну вправу)	Обладнання	Відповідальні
1	Знайомство	сформувати позитивну психоемоційну обстановку в групі, яка сприятиме саморозкриттю кожного з її учасників, установленню довірливих стосунків між ними та їхній згуртованості; встановити і прийняти правила групи, визначити очікування членів групи від тренінгу	I Вправа «Вітання» II Вправа «Імена та прикметники» III Вправа «Правила роботи» IV Вправа «Очікування» V Вправа «Водоспад» VI Вправа «Ваш настрій» VII Вправа «Прощання»	55-65 хв 5 хв 10-15 хв 10 хв 10 хв 10-15 хв 5 хв 5 хв	2 плакати, маркери, стікери, ручки або олівці	психолог
2	Депресія	налаштувати групу на позитивну й продуктивну роботу, визначити життєві позиції співучасників, провести тематичну дискусію на тему «Депресія», поглибити знання членів групи на цю тему, посприяти розвитку вмінь щодо подолання негативного емоційного стану	I Вправа «Вітання» II Вправа «Повторення правил роботи» III Вправа «Життєве кредо» IV Вправа «Тематична дискусія» V Вправа «Фотографія» VI Вправа «Змінюємо обличчя» VII Вправа «Небо» VIII Вправа «Ваш настрій» IX Вправа «Прощання»	75-90 хв 5 хв 3 хв 5-10 хв 15-20 хв 15 хв 15 хв 10-15 хв 5 хв 5 хв	плакат, фотографії, стілець	психолог
3	Тривожність	налаштувати членів групи на ефективну роботу, обговорити з ними тему «Тривожність», навчити знімати внутрішню напругу	I Вправа «Вітання» II Вправа «Повторення правил роботи» III Вправа «Тематична дискусія» IV Вправа «Скарбничка почуттів-асоціацій» V Вправа «Побудуй вежу» VI Вправа «Сніжинки»	70 хв 5 хв 3 хв 15 хв 20 хв 10 хв	плакат, аркуші, ручки або олівці, скарбничка, кубики	психолог

			VII Вправа «Ваш настрій» VIII Вправа «Прощання»	10 хв 5 хв 5 хв		
4	Дратівли- вість	налаштувати учасників на плідну роботу, провести тематичну дискусію, навчитися створювати гарний настрій, «трансформуючи» негатив у позитив	I Вправа «Вітання» II Вправа «Повторення правил роботи» III Вправа «Тематична дискусія» IV Вправа «Наші емоції» V Вправа «Навіть, якщо я...» VI Вправа «Політ птаха» VII Вправа «Ваш настрій» VIII Вправа «Прощання»	70 хв 5 хв 3 хв 15 хв 15 хв 15 хв 10 хв 5 хв 5 хв	плакат	психолог
5	Гнів	Налаштуватися на роботу із позитивними емоціями, обговорити тему гніву та способи його подолання	I Вправа «Вітання» II Вправа «Повторення правил роботи» III Вправа «Тематична дискусія» IV Вправа «Моя душевна погода» V Вправа «Розрада» VI Вправа «М'язова енергія» VII Вправа «Ваш настрій» VIII Вправа «Прощання»	80 хв 5 хв 3 хв 15 хв 30 хв 15 хв 5 хв 5 хв 5 хв	плакат, аркуші паперу, олівці, ручки	психолог
6	Соціальна мережа підтримки	Налаштувати групу на результативну працю, створити соціальну мережу підтримки, розвинути вміння стабілізувати емоційний стан	I Вправа «Вітання» II Вправа «Повторення правил роботи» III Вправа «Який я?» IV Вправа «Соціальна мережа підтримки» V Вправа «Розв'язання проблеми» VI Вправа «Чарівний кран Доброти» VII Вправа «Ваш настрій» VIII Вправа «Прощання»	75 хв 5 хв 3 хв 10 хв 30 хв 15 хв 5 хв 5 хв 5 хв	плакат, листки, олівці або ручки	психолог
7	Панівні емоції	налаштувати на ефективну працю, визначити панівні емоції співучасників, сформулювати навички	I Вправа «Вітання» II Вправа «Повторення правил роботи» III Вправа «Настрій/емоція»	75-80 хв 5 хв 3 хв 10-15 хв 15 хв	плакат, м'яч	психолог

		підбадьорювання, розвинути вміння оцінювати негативні ситуації з іншої сторони	IV Вправа «Добрий струмочок» V Вправа «Рефреймінг» VI Вправа «Метелик» VII Вправа «Ваш настрій» VIII Вправа «Прощання»	25 хв 10 хв 5 хв 5 хв		
8	Контроль емоцій	налаштування на плідотворну роботу, навчитися визначати керівну емоцію, виробити вміння контролювати емоції та виплескувати негативні	I Вправа «Вітання» II Вправа «Повторення правил роботи» III Вправа «Кольорова квітка» IV Вправа «Чарівний мішечок» V Вправа «Злість геть» VI Вправа «Занедбаний сад» VII Вправа «Ваш настрій» VIII Вправа «Прощання»	65 хв 5 хв 3 хв 10 хв 15 хв 10 хв 15 хв 5 хв 5 хв	плакат, кольоровий папір, ручки або олівці, двосторонній скотч	психолог
9	Крок у минуле	створити доброзичливу атмосферу, забезпечити аналіз минулого членів групи з метою його усвідомлення та активізації механізму самозміни, підсумувати набутий на заняттях досвід	I Вправа «Вітання» II Вправа «Ваш настрій» III Вправа «Крок у минуле» IV Вправа «Я в минулому і сьогодні» V Вправа «Маяк» VI Вправа «Компліменти» VII Вправа «Зірка» VIII Вправа «Прощання»	70-80 хв 5 хв 5 хв 15-20 хв 15 хв 5-10 хв 10 хв 5 хв 10 хв	аркуші паперу	психолог

Структура занять :

I. Організаційна частина

1. Традиційне привітання.
2. Повторення правил роботи групи.

II. Основна частина

3. Тематична бесіда.
4. Психологічні вправи.
5. Релаксація.

III. Заключна частина

6. Рефлексія.

7. Ритуал прощання.

Очікувані результати після реалізації програми:

- зниження рівня депресивності;
- набуття необхідного досвіду розв'язання проблемних ситуацій, що виникли внаслідок депресії;
- пошук шляхів самодопомоги під час проявів депресивного стану;
- розвиток і покращення вмінь контролю за емоційним станом.

Корекційно-розвивальна програма «Коригування депресивних станів» призначена для діагностики, профілактики й корекції депресивних станів дітей підліткового віку, розвитку вмінь подолання депресії, покращення емоційного стану та усунення психічних факторів, які спричиняють виникнення депресивності.

БЛОК. Робота з підлітками

Заняття №1.

Тема: Знайомство

Мета: сформувати позитивну психоемоційну обстановку в групі, яка сприятиме саморозкриттю кожного з її учасників, установленню довірливих стосунків між ними та їхній згуртованості; встановити і прийняти правила групи, визначити очікування членів групи від тренінгу.

Обладнання: 2 плакати, маркери, стікери, ручки або олівці.

Час проведення: 55-65 хвилин.

Хід заняття:

I Вправа «Вітання»

Мета: привітання, налаштування на роботу із позитивними емоціями.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Учасники стоять у колі, торкаються по черзі плеча сусідів та промовляють із посмішкою «Вітаю» [9].

II Вправа «Імена та прикметники»

Мета: знайомство, встановлення комунікації, налаштування на співпрацю.

Час: 10-15 хвилин.

Хід роботи:

Учасники стають у коло. Назвіть своє ім'я та прикметник на ту ж букву. Наприклад, Поліна, прекрасна. Кожен наступний член групи повинен повторити імена й прикметники попередніх, а вже потім назвати своє ім'я та прикметник. Однак, якщо група велика, можна обмежити повторення до останніх 4-5 її співучасників [44].

III Вправа «Правила роботи»

Мета: прийняття правил роботи групи.

Час: 10 хвилин.

Обладнання: плакат, маркери.

Хід вправи:

Учасники читають написане на плакаті, висловлюють власні пропозиції та приймають правила роботи в групі.

Правила роботи:

- звертатися одне до одного на ім'я;
- не критикувати;
- правило піднятої руки;
- бути щирим;
- не оцінювати одне одного;
- принцип «конфіденційності»;
- бути активним;
- принцип «тут і тепер»;
- дотримуватися запропонованих правил.

IV Вправа «Очікування»

Мета: визначення очікувань від занять.

Час: 10 хвилин.

Обладнання: стікери, ручки або олівці, плакат.

Хід роботи:

Члени групи на різнокольорових стікерах пишуть свої сподівання і прикріплюють на плакат (дошку) [41].

V Вправа «Водоспад»

Мета: релаксація, розслаблення.

Час: 10-15 хвилин.

Хід роботи:

Сядьте у позу, що є зручною для вас, заплющте очі. Дихайте рівномірно, спокійно. Звільніться від напруження у м'язах тіла. Зробіть глибокий вдих, зафіксуйте насичення киснем легенів, повільно видихніть. Повторіть цю процедуру до відчуття розслаблення. Вам спокійно, ви задоволені.

Уявіть собі поле і себе на ньому. Ви стоїте босими ногами на теплій землі. Озерніться навкруги, зафіксуйте в уяві все, що потрапляє вам на очі. Підведіть голову догори і подивіться на лагідне сонечко. Воно яскраве, золотисте і тепле. Відчуйте його енергію. Поверніть голову праворуч і знайдіть поглядом водоспад, підійдіть до нього. Подивіться, яка прозора вода. Відчуйте свіжість біля водоспаду. Станьте під нього та прийміть чистий гірський душ. Відчуйте, як гірська вода омиває ваше тіло з голови до ніг. Вода змиває все неприємне, омиває тіло й душу. Відчувши приємне очищення, вийдіть з-під водоспаду. Поверніть на галявину та поверніться обличчям до сонця. Зробіть глибокий вдих і повільний видих. Ви змили з себе всі емоції хвилювання, неприємні спогади й думки. Уявіть собі, що сонце вам посміхається. Посміхніться йому у відповідь. Простягніть руки назустріч сонячному промінню, пориньте в нього. Прийміть «сонячний душ» з голови до ніг. Відчуйте, як проміння поступово торкається кожної частини Вашого тіла, наповнюючи його сонячним світлом та енергією. Ви

насичені чистою енергією здоров'я. Зробіть вдих і на видиху розплющіть очі [7].

VI Вправа «Ваш настрій»

Мета: визначення внутрішніх відчуттів членів групи, створення доброзичливої атмосфери.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Учасники по колу говорять про свій настрій та висловлюють побажання [21].

VII Вправа «Прощання»

Мета: дізнатися враження учасників від заняття, створення гарного настрою.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Керівник групи цікавиться враженнями учасників від заняття, дякує всім за роботу та запрошує на наступну зустріч [41].

Заняття №2.

Тема: «Депресія»

Мета: налаштувати групу на позитивну й продуктивну роботу, визначити життєві позиції співучасників, провести тематичну дискусію на тему «Депресія», поглибити знання членів групи на цю тему, посприяти розвитку вмінь щодо подолання негативного емоційного стану.

Обладнання: плакат, фото, стілець.

Час проведення: 75-90 хвилин.

Хід заняття:

I Вправа «Вітання»

Мета: привітання, налаштування на роботу із позитивними емоціями.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Учасники стоять у колі, торкаються по черзі плеча сусідів та промовляють із посмішкою «Вітаю» [9].

II Вправа «Повторення правил роботи»

Мета: закріплення правил.

Час: 3 хвилини.

Обладнання: плакат [41].

III Вправа «Життєве кредо»

Мета: визначення життєвих позицій кожного.

Час: 5-10 хвилин.

Хід роботи:

Членам групи потрібно представити так зване життєве кредо – певне висловлювання, девіз, що допомагає в житті, відображає індивідуальність, ставлення до світу й до себе [40].

IV Вправа «Тематична дискусія»

Мета: обговорення теми заняття.

Час: 15-20 хвилин.

Хід роботи:

Учасники діляться на групи по 4-5 осіб і намагаються дати відповіді на такі запитання:

- Що таке депресія?;
- Які симптоми бувають у тих, хто страждає на депресію?;
- Які фактори збільшують небезпеку депресивного стану?;
- Чим загрожує людству депресія?;
- Які дії можуть допомогти вийти з депресії?

Керівник може доповнювати інформацію членів групи, допомагати їм.

V Вправа «Фотографія»

Мета: з'ясувати причини виникнення депресії.

Час: 15 хвилин.

Обладнання: фото.

Хід вправи:

Серед фотографій із різними зображеннями, учасники обирають будь-яке фото й розповідають, що вони бачать на ньому і що це для них означає.

VI Вправа «Змінюємо обличчя»

Мета: корекція негативного емоційного стану, розвиток невербальної знакової системи.

Час: 15 хвилин.

Обладнання: стілець.

Хід вправи:

Одна людина сидить на стільці й робить сумне обличчя. Інші підходять до цього учасника, доторкаються і говорять добрі слова. Коли людина посміхнеться – інший учасник займає її місце [35].

VII Вправа «Небо»

Мета: релаксація, розслаблення.

Час: 10-15 хвилин.

Хід роботи:

Сядьте у позу, що є зручною для вас, заплющте очі (якщо із заплющеними очами ви відчуваєте себе некомфортно, то можна залишити їх розплющеними), розслабтеся та уважно слухайте.

Уявіть, що зараз теплий літній день. Ви лежите на зеленій травичці. Ви відчуваєте її запах, м'якість і свіжість. Ви дивитесь в небо, лежачи на спині, воно чисте, безхмарне, ніжно-блакитне. Споглядайте його деякий час. Зараз у полі вашого зору раптом опинився метелик. Поки він пролітає над вами, зверніть увагу, яким він видається невагомим, наскільки красиво забарвлені його маленькі крильця. Ви спостерігаєте, як метелик віддаляється від вас. Тепер високо в небі ви помічаєте орла. Ви стежите за польотом птаха та поступово проникаєте у блакитну далечінь, все глибше і глибше. Після цього ви спрямовуєте погляд ще вище. Ви зауважуєте, як високо у небі пропливає малесенька біла хмаринка, спостерігаєте за тим, як повільно вона розчиняється. Врешті-решт перед вами лише безкрайнє небо. Відчуйте себе всеосяжним, безтілесним, нематеріальним небом. Відчуйте,

що у вас зовсім немає меж, що ви знаходитесь усюди. Ви можете крізь усе проникнути, досягти всього, ніщо неспроможне зупинити вас. Усвідомте відчуття легкості, відсутності тиску, ширяння.

Зробіть глибокий вдих, видих і розплюште очі [7].

VIII Вправа «Ваш настрій»

Мета: визначення внутрішніх відчуттів членів групи, створення доброзичливої атмосфери.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Учасники по колу говорять про свій настрій та висловлюють побажання [21].

IX Вправа «Прощання»

Мета: дізнатися враження учасників від заняття, створення гарного настрою.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Керівник групи цікавиться враженнями учасників від заняття, дякує всім за роботу та запрошує на наступну зустріч [41].

Заняття №3.

Тема: Тривожність

Мета: налаштувати членів групи на ефективну роботу, обговорити з ними тему «Тривожність», навчити знімати внутрішню напругу.

Обладнання: плакат, аркуші, ручки або олівці, скарбничка, кубики.

Час проведення: 70 хвилин.

Хід заняття:

I Вправа «Вітання»

Мета: привітання, налаштування на роботу із позитивними емоціями.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Учасники стоять у колі, торкаються по черзі плеча сусідів та промовляють із посмішкою «Вітаю» [9].

II Вправа «Повторення правил роботи»

Мета: закріплення правил.

Час: 3 хвилини.

Обладнання: плакат.

III Вправа «Тематична дискусія»

Мета: обговорення теми заняття.

Час: 15 хвилин.

Хід роботи:

Керівник пропонує учасникам обговорити тему тривожності:

- Що таке тривожність?;
- Як ви думаєте, чому виникає тривожність?;
- Що саме вас тривожить?;
- Чи можете ви самі побороти вашу тривогу?;
- Якщо ні, то чому?

IV Вправа «Скарбничка почуттів-асоціацій»

Мета: з'ясувати асоціації учасників з тривожністю.

Час: 20 хвилин.

Обладнання: аркуші, ручки або олівці, скарбничка.

Хід роботи:

Керівник пропонує написати на листочках, які почуття викликає слово «тривога» у членів групи. Після цього вони складають аркуші в скарбничку, а тренер витягує по одному і зачитує для всіх інших учасників. Таким чином можна створити «клінічну картину» почуття тривоги, яке переслідує кожну людину, але різною мірою.

V Вправа «Побудуй вежу»

Мета: зняти внутрішню напругу.

Час: 10 хвилин.

Обладнання: кубики.

Хід роботи:

Завданням учасників є побудувати вежу із кубиків, але не звичайну, а ту, яка зможе допомогти позбутися неприємних емоцій. Отже, перш ніж покласти кубик, кожен член групи має сказати, що його тривожить. Коли вежа побудована, всі співучасники разом повинні її розвалити, зруйнувати. Це робиться для того, щоб позбутися всього того, що їм заважає почувати себе спокійно [41].

VI Вправа «Сніжинки»

Мета: релаксація, розслаблення.

Час: 10 хвилин.

Хід роботи:

Сядьте у позу, що є зручною для вас, заплющте очі (якщо із заплющеними очами ви відчуваєте себе некомфортно, то можна залишити їх розплющеними), розслабтеся та уважно слухайте.

Ви потрапили в чарівний зимовий ліс. Чудовий морозний день. Вам приємно, ви відчуваєте себе добре, дихаєте легко і вільно. Уявіть, що ви легкі, ніжні сніжинки. Ваші руки легенькі-легенькі – це тонкі промінчики сніжинки. Ваше тіло теж легке-легке, неначе зі снігу. Подув легкий вітерець, і сніжинки полетіли. З кожним вдихом та видихом ви все вище й вище піднімаєтеся над чарівним лісом. Лагідний вітерець ніжно гладить маленькі, легкі сніжинки.... Вам добре, приємно.

Але ось прийшла пора повертатися в свою кімнату. Потягніться і на рахунок «три» розплющте очі й посміхніться ласкавому вітерцю: один, два, три [32].

VII Вправа «Ваш настрій»

Мета: визначення внутрішніх відчуттів членів групи, створення доброзичливої атмосфери.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Учасники по колу говорять про свій настрій та висловлюють побажання [21].

VIII Вправа «Прощання»

Мета: дізнатися враження учасників від заняття, створення гарного настрою.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Керівник групи цікавиться враженнями учасників від заняття, дякує всім за роботу та запрошує на наступну зустріч [41].

Заняття №4.

Тема: Дратівливість

Мета: налаштувати учасників на плідну роботу, провести тематичну дискусію, навчитися створювати гарний настрій, «трансформуючи» негатив у позитив.

Обладнання: плакат.

Час проведення: 70 хвилин.

Хід заняття:

I Вправа «Вітання»

Мета: привітання, налаштування на роботу із позитивними емоціями.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Учасники стоять у колі, торкаються по черзі плеча сусідів та промовляють із посмішкою «Вітаю» [9].

II Вправа «Повторення правил роботи»

Мета: закріплення правил.

Час: 3 хвилини.

Обладнання: плакат.

III Вправа «Тематична дискусія»

Мета: обговорення теми заняття.

Час: 15 хвилин.

Хід роботи:

Тренер пропонує учасникам обговорити тему заняття й відповісти на декілька запитань:

- Що таке дратівливість?;
- Чому виникає цей психічний?;
- Зазвичай я дратуюся, коли...;
- Як можна по-іншому реагувати на те, що викликає в нас роздратування?

IV Вправа «Наші емоції»

Мета: вербалізація глибинних переживань.

Час: 15 хвилин.

Хід роботи:

Керівник пропонує членам групи заплющити очі та уявити ситуацію і свої відчуття, коли вони почувалися пригнічено.

Розкажіть про свої почуття:

- Я відчуваюся пригнічено, коли...
- Найбільше я тривожуся, коли...
- Часто я відчуваю безвихідь, коли... (вказати обставини) [41]

V Вправа «Навіть, якщо я...»

Мета: ознайомлення з «трансформуванням» негативу в позитив як способом реагування на неприємні ситуації.

Час: 15 хвилин.

Хід роботи:

Нумо разом вчитися створювати гарний настрій. Для цього треба, щоб наші думки також були гарними і веселими:

- «Навіть, якщо сьогодні я посварився з другом (подругою), то...»;
 - «Навіть, якщо я ще не вмію стримуватись в деяких ситуаціях, то...»;
 - «Навіть, якщо мені важко заговорити з незнайомою людиною, то...»
- [35].

VI Вправа «Політ птаха»

Мета: релаксація, розслаблення.

Час: 10 хвилин.

Хід роботи:

Сядьте у позу, що є зручною для вас, заплющте очі (якщо із заплющеними очами ви відчуваєте себе некомфортно, то можна залишити їх розплющеними), розслабтеся та уважно слухайте.

Ви знаходитесь на літньому ароматному лузі. Над вами тепле літнє сонце і високе блакитне небо. Ви відчуваєте себе спокійними та щасливими, дихаєте легко й вільно. Високо в небі ви бачите птаха. Він вільно ширяє в повітрі, крила його розпростерті в сторони. Уявіть собі, що цей птах – ви. Уявіть, яке легке ваше тіло і як повільно ви летите. Ваші крила легкі, ви насолоджуєтеся свободою, прекрасним відчуттям ширяння, дотиком легкого, ніжного вітереця... Вітерець лагідно погладжує вас... А тепер повільно змахніть крилами та опускайтеся вниз. Ось ми й знову на землі, у своїй кімнаті [32].

VII Вправа «Ваш настрій»

Мета: визначення внутрішніх відчуттів членів групи, створення доброзичливої атмосфери.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Учасники по колу говорять про свій настрій і висловлюють побажання [21].

VIII Вправа «Прощання»

Мета: дізнатися враження учасників від заняття, створення гарного настрою.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Керівник групи цікавиться враженнями учасників від заняття, дякує всім за роботу та запрошує на наступну зустріч [41].

Заняття №5.

Тема: Гнів

Мета: налаштуватися на роботу із позитивними емоціями, обговорити тему гніву та способи його подолання.

Обладнання: плакат, аркуші паперу, олівці, ручки.

Час проведення: 80 хвилин.

Хід заняття:

I Вправа «Вітання»

Мета: привітання, налаштування на роботу із позитивними емоціями.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Учасники стоять у колі, торкаються по черзі плеча сусідів та промовляють із посмішкою «Вітаю» [9].

II Вправа «Повторення правил роботи»

Мета: закріплення правил.

Час: 3 хвилини.

Обладнання: плакат.

III Вправа «Тематична дискусія»

Мета: обговорення теми заняття.

Час: 15 хвилин.

Хід роботи:

Керівник пропонує учасникам обговорення теми гніву:

- Що таке гнів?;
- Що найчастіше викликає в мене гнів?;
- Коли я гніваюсь, я зазвичай... (опишіть, що Ви робите);
- Чи корисна для мене така реакція? Чому так або чому ні?;
- Як виражають гнів у моєму оточенні?

IV Вправа «Моя душевна погода»

Мета: зрозуміти власну внутрішню «погоду» та її вплив на оточуючий світ.

Час: 30 хв.

Обладнання: аркуші паперу, олівці.

Хід роботи:

Учасникам дається завдання намалювати декілька малюнків.

Зображення слід розташовувати поруч, на одній половині аркуша.

Моя душевна погода:

- перед навчанням;
- після навчання;
- коли збираюся виконувати домашнє завдання.

Тепер треба зігнути аркуш навпіл і виконати ще три малюнки, розташовуючи їх під попередніми.

Як я виглядаю:

- перед навчанням;
- після навчання;
- коли збираюся виконувати домашнє завдання.

Обговорення:

- Чи відрізняються зображення у верхній частині аркуша від тих зображень, що знаходяться в нижній частині? Чому?;
- Чи завжди можна проявляти людям свою внутрішню «погоду» [41]?

V Вправа «Розрада»

Мета: Навчитися позбуватися гніву й дратівливості.

Час: 15 хвилин.

Обладнання: аркуші паперу, ручки.

Хід роботи:

Запишіть діалог із самим собою. При цьому одна сторона Вашого «Я» повинна перебувати у дратівливому, гнівливому стані. Спробуйте розрадити її [20].

VI Вправа «М'язова енергія»

Мета: релаксація, розслаблення.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Зігніть і щосили напружте вказівний палець правої руки. Перевірте, як розподіляється м'язова енергія, куди йде напруга? В сусідні пальці. А ще? У кисті руки? А далі йде в лікоть, в плече, у шию. І ліва рука напружується. Перевірте.

Постарайтеся прибрати зайву напругу. Тримайте палець напруженим, але звільніть шию...звільніть плече, потім лікоть. Потрібно, щоб рука рухалася вільно. Зніміть напругу [25].

VII Вправа «Ваш настрій»

Мета: визначення внутрішніх відчуттів членів групи, створення доброзичливої атмосфери.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Учасники по колу говорять про свій настрій і висловлюють побажання [21].

VIII Вправа «Прощання»

Мета: дізнатися враження учасників від заняття, створення гарного настрою.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Керівник групи цікавиться враженнями учасників від заняття, дякує всім за роботу та запрошує на наступну зустріч [41].

Заняття №6.

Тема: Соціальна мережа підтримки

Мета: налаштувати групу на результативну працю, створити соціальну мережу підтримки, розвинути вміння стабілізувати емоційний стан.

Обладнання: плакат, листки, олівці або ручки.

Час проведення: 75 хвилин.

Хід заняття:

I Вправа «Вітання»

Мета: привітання, налаштування на роботу із позитивними емоціями.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Учасники стоять у колі, торкаються по черзі плеча сусідів та промовляють із посмішкою «Вітаю» [9].

II Вправа «Повторення правил роботи»

Мета: закріплення правил.

Час: 3 хвилини.

Обладнання: плакат [41].

III Вправа «Який я?»

Мета: формування навичок аналізу власного емоційного стану, образу свого «Я».

Час: 10 хвилин.

Хід роботи:

Психолог пропонує учасникам висловити свій емоційний стан, своє самопочуття, себе в цілому як особистості за допомогою епітетів та порівнянь [35].

IV Вправа «Соціальна мережа підтримки»

Мета: скласти свою власну соціальну мережу підтримки.

Час: 30 хвилин.

Обладнання: листки, олівці або ручки.

Хід роботи:

Керівник пропонує учасникам створити свою власну соціальну мережу підтримки:

- 1) Спочатку складіть список людей, до яких ви зможете звернутися по допомогу. До цього списку запишіть:

-
- членів вашої родини, з якими ви бачитесь регулярно;
 - друзів, з якими ви часто зустрічаєтесь чи спілкуєтесь по телефону, у листах;
 - сусідів, якщо ви постійно обмінюєтесь з ними візитами (окрім сусідів, з якими інколи спілкуєтесь вдень на вулиці);
 - однокласників, якщо ви часто контактуєте з ними і відчуваєте, що між вами існують близькі стосунки;
 - вчителів, з якими у вас добрі стосунки;
 - будь-кого з людей, хто емоційно важливий для вас, хоча ви тимчасово можете бути в розлуці.

2) Потім для кожної людини, яку ви внесли до списку, зробіть позначку про те, який варіант кризової підтримки вона може вам надати.

Варіанти підтримки можна позначити таким чином:

- Е – емоційна допомога;
- П – практична допомога;
- Т – товариська підтримка;
- І – інформація та порада.

3) Після цього візьміть чистий аркуш паперу і складіть діаграму вашої мережі, позначаючи колами членів родини, трикутниками – друзів, квадратами – однокласників, ромбами – вчителів. Поєднайте всіх тих людей, між якими існують ті чи інші зв'язки і які можуть надати вам схожі варіанти підтримки.

Тепер у вас є зображення вашої соціальної мережі підтримки. Вам слід проаналізувати, наскільки ви можете розраховувати на підтримку всієї мережі або тільки окремої її частини.

Напишіть звернення до тієї людини, котра може надати вам ту допомогу, якої ви потребуєте останнім часом. Намагайтеся якомога повніше розкрити свій стан, а також думки, що вас турбують [46].

V Вправа «Розв'язання проблеми»

Мета: розвинути вміння стабілізувати свій емоційний стан.

Час: 15 хвилин.

Обладнання: аркуші паперу, ручки або олівці.

Хід роботи:

Розпишіть ту ситуацію, що виникла у вашому житті (зараз або в більш ранньому дитинстві), що гнітить вас, спричиняє душевний біль. Спробуйте перетворити її на творче завдання і знайти ймовірні шляхи її розв'язання. Якщо необхідно, можна звернутись по допомогу до інших учасників тренінгу.

VI Вправа «Чарівний кран Доброти»

Мета: розслаблення групи після проробленої роботи.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Заплющте очі та уявіть чарівний кран, з якого ллється не вода, а сонячне тепло, доброта, ніжність і ласка. Підставте долоні та наділіться, наситьтеся добротою, щирістю позитивом із цього крану.

Після цього відбувається обмін щирими словами із крану Доброти [41].

VII Вправа «Ваш настрій»

Мета: визначення внутрішніх відчуттів членів групи, створення доброзичливої атмосфери.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Учасники по колу говорять про свій настрій та висловлюють побажання [21].

VIII Вправа «Прощання»

Мета: дізнатися враження учасників від заняття, створення гарного настрою.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Керівник групи цікавиться враженнями учасників від заняття, дякує всім за роботу та запрошує на наступну зустріч [41].

Заняття №7.

Тема: Панівні емоції

Мета: налаштувати на ефективну працю, визначити панівні емоції співучасників, сформувати навички підбадьорювання, розвинути вміння оцінювати негативні ситуації з іншої сторони.

Обладнання: плакат, м'яч.

Час проведення: 75-80 хвилин.

Хід заняття:

I Вправа «Вітання»

Мета: привітання, налаштування на роботу із позитивними емоціями.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Учасники стоять у колі, торкаються по черзі плеча сусідів та промовляють із посмішкою «Вітаю» [9].

II Вправа «Повторення правил роботи»

Мета: закріплення правил.

Час: 3 хвилини.

Обладнання: плакат [41].

III Вправа «Настрій/емоція»

Мета: розвиток уміння розпізнавати різні емоції та визначати панівні у групі.

Час: 10-15 хвилин.

Обладнання: м'яч.

Хід вправи:

Учасники сидять у колі й перекидають один одному м'яч. Ведучий кидає його одному зі співучасників та називає будь-який настрій або

емоцію. Людина повертає м'яч і називає протилежний настрій. Потім після цього йде визначення настрою, що є панівним на даний момент.

IV Вправа «Добрий струмочок»

Мета: формування навички підбадьорювання.

Час: 15 хвилин.

Хід вправи:

Члени групи утворюють коло. Всі вони «квіточки», а один із них «струмочок». Кожна «квіточка» розповідає «струмочку» про будь-яку свою образу, а він у свою чергу має заспокоїти її.

V Вправа «Рефреймінг»

Мета: розвиток вміння поглянути на ситуацію зі сторони, пошук позитивного, передбачення можливих реакцій.

Час: 25 хвилин.

Хід вправи:

У нестандартних ситуаціях, на перший погляд, негативну ситуацію потрібно сприймати не як проблему, а як можливість. Тому вам потрібно згадати неприємну ситуацію та виділити можливості, котрі вона вам надала, скласти з них перелік і подумати про те, як би все склалось, якщо б ця ситуація не виникла [35].

VI Вправа «Метелик»

Мета: релаксація, розслаблення.

Час: 10 хвилин.

Хід роботи:

Заплющте очі та слухайте мій голос. Дихайте глибоко і спокійно. Уявіть собі, що ви сидите на галявині у прекрасний літній день. Просто перед собою бачите чудового метелика, який пурхає із квітки на квітку. Простежте за рухами його крил. Рухи легкі та граціозні. Тепер нехай кожен уявить, що він метелик, що в нього гарні великі крила. Відчуйте, як ваші крила повільно і плавно рухаються вгору-вниз. Насолоджуйтеся відчуттям ширяння в повітрі. А тепер гляньте на строкату галявину, над якою летите.

Подивіться, скільки на ній яскравих квітів. Знайдіть очима найгарнішу квітку й поступово починайте наближатися до неї. Ви вже відчуваєте її аромат... Повільно і плавно ви сідаєте на м'яку пахучу середину квітки. Вдихніть ще раз її пахощі та...розплюште очі. Розкажіть про свої відчуття [43].

VII Вправа «Ваш настрій»

Мета: визначення внутрішніх відчуттів членів групи, створення доброзичливої атмосфери.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Учасники по колу говорять про свій настрій та висловлюють побажання [21].

VIII Вправа «Прощання»

Мета: дізнатися враження учасників від заняття, створення гарного настрою.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Керівник групи цікавиться враженнями учасників від заняття, дякує всім за роботу та запрошує на наступну зустріч [41].

Заняття №8.

Тема: Контроль емоцій

Мета: налаштування на плідну роботу, навчитися визначати керівну емоцію, виробити вміння контролювати емоції та, зокрема виплескувати негативні.

Обладнання: плакат, кольоровий папір, ручки або олівці, двосторонній скотч.

Час проведення: 65 хвилин.

Хід заняття:

I Вправа «Вітання»

Мета: привітання, налаштування на роботу із позитивними емоціями.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Учасники стоять у колі, торкаються по черзі плеча сусідів та промовляють із посмішкою «Вітаю» [9].

II Вправа «Повторення правил роботи»

Мета: закріплення правил.

Час: 3 хвилини.

Обладнання: плакат [41].

III Вправа «Кольорова квітка»

Мета: навчитися визначати керівну емоцію та співвідносити її з реальністю.

Час: 10 хвилин.

Обладнання: кольоровий папір, ручки або олівці, двосторонній скотч.

Хід вправи:

Кожен учасник отримує пелюстку від квітки на котрій має написати ту емоцію, яку вважає провідною в собі. Потім кожен прикріплює її до серединки, утворюючи цілісну квітку.

Опісля йде обговорення, чому була обрана саме ця емоція.

IV Вправа «Чарівний мішечок»

Мета: вироблення вміння контролювати свої емоції та дії.

Час: 15 хвилин.

Хід вправи:

Потрібно обговорити з учасниками їх настрій, потім пропонується скласти всі негативні емоції в уявний мішечок і викинути його.

V Вправа «Злість геть»

Мета: навчитися виплескувати негативні емоції.

Час: 10 хвилин.

Хід вправи:

Тренер пропонує взяти газету і зім'яти її, уявивши людину, на котру учасник сердиться, а потім викинути. Також пропонується вдарити подушку, на місці якої потрібно уявити ту людину, що образила [35].

VI Вправа «Занедбаний сад»

Мета: релаксація, розслаблення.

Час: 15 хвилин.

Хід роботи:

Сядьте у позу, що є зручною для вас, заплющте очі (якщо із заплющеними очами ви відчуваєте себе некомфортно, то можна залишити їх розплющеними), розслабтеся та уважно слухайте.

Уявіть, що ви прогулюєтеся територією великого замку. Ви бачите велику кам'яну стіну, оповиту плющем, у якій знаходяться дерев'яні двері. Відчиніть їх та увійдіть. Ви опиняєтесь у старому занедбаному саду. Колись це був чудовий сад, але вже давно за ним ніхто не доглядає. Рослини так розрослися, все настільки заросло травою, що не видно землі, важко розрізнити стежки. Уявіть, що ви, почавши з будь-якої частини саду, висапуєте бур'яни, підрізаєте гілки, косите траву, пересаджуєте дерева, обкопуєте, поливаєте їх. Тобто робите все, щоб повернути саду колишній вигляд... Через певний час зупиніться і порівняйте ту частину саду, де ви вже попрацювали з тією, якої ще не торкалися. Ви задоволені результатом своєї праці, а таємничі голоси шепочуть: «Як гарно, як чисто, як дивовижно». Ви чуєте слова подяки та із задоволенням зазначаєте, що все й завжди потребує догляду, турботи та уваги. І навіть сама по собі чудова природа, щоб милувати око, потребує дбайливих рук, терпіння і любові. Ви із задоволенням ще раз оглядаєте цю дивовижну красу й повертаєтесь до кімнати [41].

VII Вправа «Ваш настрій»

Мета: визначення внутрішніх відчуттів членів групи, створення доброзичливої атмосфери.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Учасники по колу говорять про свій настрій та висловлюють побажання [21].

VIII Вправа «Прощання»

Мета: дізнатися враження учасників від заняття, створення гарного настрою.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Керівник групи цікавиться враженнями учасників від заняття, дякує всім за роботу та запрошує на наступну зустріч [41].

Заняття №9.

Тема: Крок у минуле

Мета: створити доброзичливу атмосферу, забезпечити аналіз минулого членів групи з метою його усвідомлення та активізації механізму самозміни, підсумувати набутий на заняттях досвід.

Обладнання: аркуші паперу.

Час проведення: 70-80 хвилин.

Хід заняття:

I Вправа «Вітання»

Мета: привітання, налаштування на роботу із позитивними емоціями.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Учасники стоять у колі, торкаються по черзі плеча сусідів та промовляють із посмішкою «Вітаю» [9].

II Вправа «Ваш настрій»

Мета: визначення внутрішніх відчуттів членів групи, створення доброзичливої атмосфери.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Учасники по колу говорять про свій настрій та висловлюють побажання [21].

III Вправа «Крок у минуле»

Мета: забезпечення аналізу власного минулого з метою його усвідомлення та активізацією механізму самозміни – трансформації.

Час: 15-20 хвилин.

Хід роботи:

Учасники по черзі повертаються у минуле, розповідають, що на їхню думку стало причиною виникнення депресії, як поводити себе рідні й близькі та інше.

IV Вправа «Я в минулому і сьогодні»

Мета: порівняння емоційного стану, котрий був провідним раніше і який є зараз; узагальнення змін, що відбулись.

Час: 15 хвилин.

Хід вправи:

Тренер пропонує кожному члену групи розповісти, яким був емоційний стан на початку занять і яким він став зараз, а також розповісти про зміни, що відбулися [35].

V Вправа «Маяк»

Мета: релаксація, розслаблення.

Час: 5-10 хвилин.

Хід роботи:

Сядьте у позу, що є зручною для вас, заплющте очі (якщо із заплющеними очами ви відчуваєте себе некомфортно, то можна залишити їх розплющеними), розслабтеся та уважно слухайте.

Уявіть маленький скелястий острів удалині від континенту. На вершині острова – високий, міцно поставлений маяк. Уявіть себе цим маяком. Він стоїть так міцно, що навіть сильні вітри, що постійно дмуть на острові, не можуть похитнути його. Удень і вночі, в ясну погоду та в негоду ви посилаєте потужний промінь світла, що служить орієнтиром для

кораблів. У вас багато енергії, ви можете підтримувати сталість вашого світлового променя. Цей промінь ковзає по поверхні океану, попереджаючи мореплавців про мілини. Ви – символ безпеки для людей у морі й на березі. Відчуйте внутрішнє джерело світла в собі, світла, що ніколи не може згаснути [28].

VI Вправа «Компліменти»

Мета: узагальнення позитивного настрою.

Час: 10 хвилин.

Обладнання: аркуші паперу.

Хід вправи: Учасники отримують написані на листочках приємні слова, які можуть залишити собі або подарувати комусь. Ось деякі варіанти, що можуть бути використані для вправи:

- «Ти – весела людина»;
- «У тебе добрі очі»;
- «У тебе дуже гарна усмішка»;
- «З тобою дуже весело»;
- «Ти добра і чуйна людина»;
- «Ти сміливий»;
- «З тобою дуже цікаво» [35].

VII Вправа «Зірка»

Мета: створення гарного настрою та позитивної атмосфери.

Час: 5 хвилин.

Хід роботи:

Всі учасники сідають у коло, щоб правою рукою утворити зірочку, й намагаються нею передати тепло рук одне одному. всі дякують за проведений час і набутий досвід.

VIII Вправа «Прощання»

Мета: створення гарного настрою.

Час: 10 хвилин.

Хід роботи:

Тренер звертається до членів групи: «Ось і прийшов до завершення наш тренінг. За цей час ми з вами багато дізналися та навчилися. Я маю надію, що ті знання, які я намагалася вам дати, допоможуть вам у майбутньому. Наостанок я пропоную всім обійнятися й поаплодувати тим, хто був з нами. Бувайте!» [41].