

Ющенко Юлія студ.  
педагогічного ф-ту КДПУ

## **Вплив карантину на виникнення депресивного стану серед підлітків**

На сьогоднішній день депресивні стани є однією з найважливіших проблем нашого суспільства. Це викликано, перш за все, збільшенням депресивних захворювань. Особливо дана проблема актуальна зараз для нашої країни у зв'язку з нестабільним економічним і політичним станом, невпевненістю людей у завтрашньому дні, а також збільшенням кількості стресових ситуацій.

*Об'єкт дослідження* - особливості емоційної сфери.

*Предмет дослідження* – стан депресії у підлітків після тривалого карантину.

*Мета дослідження:* дослідження впливу тривалого карантину на емоційну сферу підлітка, зокрема на виникнення стану депресії.

*Гіпотеза дослідження:* тривалий карантин негативно впливає на емоційний стан підлітків і викликає труднощі у навчанні, знижує пізнавальну активність учнів.

*Методи дослідження:* 1) методика «Шкала виявлення рівня депресії» В. Зунга (адаптована Т.Н. Балашовою); 2) спостереження; 3) бесіда.

Депресія - це сильна туга, що супроводжується відчуттям відчаю і тривоги. Крім депресії, буває гіпотимія (зниження настрою, що носить короточасний і невиражений характер; вона супроводжує майже всі психічні хвороби і буває також і у абсолютно здорових людей). У дітей і підлітків часто реєструють дистимію - короточасне порушення настрою, яке проявляється дратівливістю, плаксивістю, примхливістю, вегето-судинними розладами. Дистимія, або як її ще називають мала депресія, - це форма депресивного розладу, яка характеризується відчуттям безрадісності, що не проходить. В стані дистимії людина похмура - завжди або майже завжди. У думках переважає тривога, відчуття провини, загальмованість, будь-які події і обставини життя сприймаються тільки як невдачі, засудження себе і інших. Перебіг дистимії тривалий - роками. Стан дистимії призводить до напруги в сім'ї, труднощів у професійній сфері, у навчанні.

У минулому дистимію лікували в основному за допомогою психотерапії, найчастіше - психоаналізом. Інші методи психотерапії при цьому розладі - це когнітивна, поведінкова і міжособова психотерапія. Багато лікарів вважають, що краща схема лікування це все ж таки поєднання психотерапії з прийомом ліків - антидепресантів.

Вітчизняні і зарубіжні автори (Ю.Л.Нуллер, Плотічер, Наджаров, Хвілівіцький) традиційно розглядають депресію в нерозривній єдності психічних і соматовегетативних розладів. Спроби упорядкувати накопичені дані про депресивні розлади знайшли реалізацію в численних типологіях і класифікаціях[2].

Відповідно до діагностичних принципів міжнародної класифікації психічних захворювань останнього перегляду (МКБ-10) в рамках депресій разом з пригніченим настроєм, втратою інтересів, пониженою самооцінкою, ідеями провини приниження виділяють соматичний ("вітальний", "біологічний", "ендогеноморфний") синдром, що включає порушення сну (пробудження вранці за 2 год. або більш до звичайного часу), втрату апетиту, втрату маси тіла (5% протягом останнього місяця), виражене зниження лібідо. При цьому підкреслюється, що соматичні симптоми можуть бути присутніми в клінічній картині депресій різного ступеня тяжкості, а у випадках атипової гіпотимії бути основним діагностичним критерієм [5].

У картині депресії можна виділити чотири основні групи симптомів: розлади настрою (людина впадає в стан туги, пригніченості, виникають думки про власну винність), зміни в поведінці, наприклад, відхід від спілкування з іншими людьми, утруднення мислення або порушення пізнавальної здатності (розсіяний, важко зосередитися), фізичні прояви, наприклад порушення сну, втрата ваги, головні болі. Симптоми депресії можуть виявлятися по-різному залежно від віку і способу життя.

Депресивні стани у дітей і підлітків мають складну структуру, будучи поєднанням дійсної депресивної симптоматики, своєрідно заломленої відповідно до віку дитини, і особової захисної реакції, що наступає у відповідь на власну неспроможність, неможливість як і раніше засвоювати шкільну програму, вільно триматися в дитячому колективі і на ті соціальні заходи дії, з якими із-за нерозпізнаної хворобливого стану підходять до таких дітей дорослі. До таких особових реакцій відносяться відмова від відвідин школи, різного роду істеричні стани, конфліктність, порушення поведінки з антидисциплінарними вчинками, прогулами уроків, агресивністю, тягою до асоціальних угруповань [3].

Розрізняють також активну і реактивну депресію. Активна викликається психічними і загальними захворюваннями. Реактивна депресія ж пов'язана з важкими життєвими ситуаціями: невдачами, образами, смертю близьких людей, супроводжується тяжкими переживаннями, страхами. Дитина стає похмурою, нетовариською, песимістично до всього настроєною. Знижується самооцінка. Успіхи в навчанні і в інших областях діяльності падають. Виникає поведінка, що відхиляється [2].

Розглянемо психосоціальні стреси, які є передумовами розвитку депресії:

1. М'які психосоціальні стреси: сварки з близькими і значущими людьми; зміна роботи/ місця навчання; зміна професії, розставання з близькими.

2. Середні психосоціальні стреси: звільнення/ переведення до нової школи; утруднення у вихованні дитини; втеча дитини з дому.

3. Важкі психосоціальні стреси: гострі психічні порушення у людини; смерть близької людини (актуального родича); подружня невірність (зрада); позашлюбні розриви інтимних відносин; жертва грабінницького нападу; жертва сексуального насильства; жертва агресивного насильства; дорожня катастрофа; судово-слідча ситуація.

4. Катастрофічні психосоціальні стреси: раптова смерть всіх членів сім'ї; смерть дитини; невиліковні захворювання; руйнівні лиха [5].

Стосовно підліткового віку, то основними проблемами є: перевантаження учбової діяльності, відставання в навчанні, завищена вимогливість, взаємини з однолітками, що не склалися. Ці проблеми загострюються при переході з початкової в середню школу, в період підліткової кризи.

У старшому підлітковому віці відчуття невпевненості, напруженості, тривоги, депресії, що є наслідками психологічної незахищеності, приводить до відчуження. Відчуження не проходить для дитини безслідно. Воно деформує особистість, веде до деструктивних форм поведінки, асоціальної поведінки або нездатності згодом будувати повноцінні відносини з навколишніми людьми, тобто викликає психічні і соціальні відхилення особистості. Результатом переживання підлітками самотності і відчуженості стають глибокі емоційно-негативні прояви, усвідомлення своєї «нікчемності», «непотрібності». І якщо ці прояви постійні, підліток може стати ізгоем, егоїстом, відлюдником або чужаком [3].

Сильним джерелом дитячої депресивності може бути і школа. Діти тривожніші і схильні до депресії, коли: бояться вчителів, адміністрації; спілкуються з вчителем, чия думка для них важлива або має значення, наприклад, при виставлянні річних оцінок; їх успіхи оцінює комісія; їх поведінка розбирається в класі, на зборах; вони знаходяться в нових або незнайомих ситуаціях і не знають, як правильно поводитися; готуються до чогось нового, незвичайного, наприклад, до вступу до нової школи, переходу в новий клас [1].

Дослідження проводилося на базі однієї з криворізьких загальноосвітніх шкіл. Вибірка складала 92 учні 9-х класів. Досліджуваним було запропонована методика «Шкала виявлення рівня депресії» В. Зунга (адаптована Балашовою), яка складалася з 20 питань. Учні повинні були оцінити певні особистісні особливості за 4-бальною шкалою. За допомогою даної методики можна визначити такі рівні вираженості депресії: стан без депресії; легка депресія ситуаційного чи невротичного характеру; субдепресивний стан (замаскована депресія); істинний депресивний стан [4].

Були отримані наступні результати:

1. 9-А клас. Стан легкої депресії ситуаційного чи невротичного характеру було виявлено у 2-х учнів з 22, що свідчить про досить гарний емоційний стан учнів даного класу.

2. 9-Б клас. Вибірка складала 23 чоловіки. У всіх учнів був діагностований стан без депресії.

3. 9-В клас. Вибірка складала 24 чоловіки. У всіх учнів був діагностований стан без депресії.

4. 9-Г клас. Вибірка складала 23 чоловіки. Лише в одній учениці був діагностований стан легкої депресії ситуаційного чи невротичного характеру.

Дане дослідження спростувало висунуту гіпотезу щодо негативного впливу тривалого карантину на емоційну сферу підлітків. Після бесіди вдалося розділити відповіді учнів на 3 основні групи, тобто виявити основні причини спростування гіпотези: 1) завдяки карантину я мав/мала змогу проводити більше часу з друзями (68%); 2) міг/могла грати за комп'ютером (23%); 3) карантин дав змогу просто відпочити від навчання (9%).

Отже, можна зробити висновок: після виходу з карантину емоційний стан учнів позитивний, не спостерігається депресивного стану. Більшість учнів (87% від загальної кількості опитуваних) відмітили загальне покращення не лише емоційного, а й фізичного стану. Під час опитування і включеного спостереження на протязі трьох тижнів вдалося прослідкувати позитивне ставлення до навчання і життя взагалі.

Список використаних джерел:

1. Журавлев Д. Причины депрессии в школе //Народное образование.- 2002- №6 - С.182
2. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М., 1979.
3. Психология подростка/Под ред. А. А. Реана - СПб.:прам-ЕВРОЗНАК, 2003 - 480с.
4. Практикум по возрастной психологии: Учеб. пособие /Под. ред. Л.А.Головей, Е.Ф.Рыбалко. – СПб.: Речь, 2005.-668с.: ил.
5. Зеленина Е. В. Депрессии, протекающие с соматовегетативными расстройствами. / <http://www.allbest.ru/>