m_educ_2025_146

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЧЕРНІВЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ЮРІЯ ФЕДЬКОВИЧА

Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи

кафедра практичної психології

Особливості прояву девіантного профілю та дисфункційних емоційних станів у осіб пубертатного періоду

Кваліфікаційна робота

Рівень вищої освіти- другий (магістерський)

Виконала:
студентка 2 курсу, 622 групи
Лучко Ольга Корніївна
Керівник:
канд. психол. наук,
доц. **Сімак А.А.**

До захисту допущено

на засіданні кафедри
протокол № ___ від _____ 2024 р.

зав. кафедри_____доц. Радчук В.М.

Чернівці 2024

АНОТАЦІЯ

Лучко О. К. **Особливості прояву девіантного профілю та дисфункційних емоційних станів у осіб пубертатного періоду** – Кваліфікаційна робота. Спеціальність «Практична психологія» - (053, Чернівецькій національний університет ім. Ю. Федьковича; м.Чернівці, 2024 р.)

У кваліфікаційній роботі розглянуто важливість вивчення девіантного профілю, що супроводжується дисфункційними емоційними станами серед підлітків, як хлопців, так і дівчат. Така взаємодія може мати суттєві тригерні характеристики та впливати на психічне здоров'я і функціонування особистості підлітка. Дисфункційні емоційні стани здатні викликати деструктивні зміни в психічному функціонуванні, що, в свою чергу, може призводити до закріплення девіантного профілю. У зв'язку з цим, було проведено аналіз теоретичних і методичних аспектів прояву девіантної поведінки та дисфункційних емоційних станів у підлітків. Також реалізовано емпіричне дослідження, спрямоване на виявлення ступеня дезадаптації у підлітків, які демонструють різні види девіантної поведінки або мають до них схильність. Ці прояви були класифіковані на п'ять блоків, що відображають різні девіантні інтенції: схильність до соціально зумовленої поведінки, делінквентності, адикції, агресивної поведінки та самоушкодження.

Було також ідентифіковано різні типи тривожних розладів, що спостерігаються у респондентів-підлітків, як хлопців, так і дівчат. Серед них виділяються генералізований тривожний розлад, соціальний тривожний розлад, панічний розлад, шкільна фобія та сепараційний тривожний розлад. Додатково, акцент було зроблено на емпіричному аналізі ступеня вираженості депресивних і субдепресивних станів у досліджуваних особах пубертатного віку, які класифікувалися як субдепресивний стан, помірна депресія, виражена депресія, глибокий депресивний стан та референтний інтервал норми емоційного фону.

Ключові слова: *девіантний профіль особистості, соціально зумовлена поведінка, делінквентна поведінка, адиктивна поведінка, агресивна поведінка, самоушкоджуюча несуїцидна поведінка, тривожні розлади, розлад сепараційної тривоги; генералізований тривожний розлад, соціальна фобія, панічний розлад; сепараційний розлад, субдепресивний стан, помірний ступінь депресії, виражена глибока депресія, референтний інтервал норми емоційного фону.*

ЗМІСТ

ВСТУП……...6

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ДЕВІАНТНОГО ПРОФІЛЮ ТА ДИСФУНКЦІЙНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ОСІБ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ…….10

1.1. Аналіз теоретичних підходів щодо розвитку особливостей прояву девіантного профілю особистості……10

1.1.1. Експлікаційний аналіз концептуальних моделей девіантної поведінки як психологічної деструкції особистості……10

1.1.2. Класифікація категорій девіантної поведінки у осіб пубертатного періоду……12

1.2. Аналіз особливостей психологічних та соціально-педагогічних проблем розладу поведінки серед осіб пубертату……..21

1.2.1. Диференціація девіантної поведінки у підлітків……...21

1.2.2. Основні особливості девіантних поведінкових проявів серед осіб підліткового періоду……..…25

1.3. Організаційно-методичні засади консультативно-корекційної психологічної допомоги підліткам з проявами девіантної поведінки..…30

1.4. Аналітичний огляд теоретичних концептів дисфункційних переживань – тривожних проявів та субдепресивних станів……...35

1.4.1. Концептуальні моделі та форми репрезентації тривожних проявів……35

1.4.2. Експлікаційний аналіз концептуальних поглядів депресивних розладів у осіб пубертатного періоду……..40

Висновки до першого розділу……43

РОЗДІЛ ІІ. КОНСТАТУВАЛЬНО-ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ДЕВІАНТНОГО ПРОФІЛЮ ТА ДИСФУНКЦІЙНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ОСІБ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ……46

2.1.Організаційні засади емпіричного дослідження: характеристика вибірки та методів дослідження……..46

2.2. Результати діагностичного дослідження особливостей прояву девіантного профілю з емоційними станами серед досліджуваних осіб пубертату……51

2.2.1. Ідентифікація показників ступеню вираженості схильності до різних видів девіантної поведінки серед осіб пубертатного періоду..….51

2.2.2. Аналіз видів тривожних розладів серед досліджуваних респондентів-підлітків……...72

2.2.3. Визначення ступеню вираженості депресивних та субдепресивних станів серед досліджуваних осіб пубертатного періоду……....77

Висновки до другого розділу…….81

ВИСНОВКИ…….87

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……...91

ДОДАТКИ……...97

ВСТУП

Актуальність прояву девіантного профілю з дисфункційними емоційними станами серед осіб підліткого віку є надзвичайно важливою, оскільки така взаємодія може мати значні тригеруючі особливості та подальший вплив на психічне здоров’я та функціонування особистості.

Девіантний профіль особистості відображає різноманітні проблеми поведінки, включаючи агресію, зловживання речовинами, антисоціальну поведінку, депресію та тривожність. Дисфункціональні емоційні стани включають екстремальний стрес, тривогу, депресію, поведінкові розлади та інші психічні проблеми.

Інтерференційність вказує на взаємодію між цими двома аспектами, тобто на вплив девіантного профілю особистості на розвиток та прояв дисфункціональних емоційних станів, і навпаки. Це може мати негативні наслідки для підлітка як на короткостроковій, так і на довгостроковій перспективі.

Наприклад, девіантна поведінка може поглиблювати емоційні проблеми підлітка, збільшувати ризик розвитку тривожних та депресивних розладів, а також впливати на соціальну адаптацію та відносини з оточуючими людьми. Зворотно, дисфункціональні емоційні стани можуть сприяти появі та підтримувати девіантну поведінку, так як підліток може шукати способи впоратися зі своїми емоційними труднощами через негативні засоби, такі як зловживання речовинами або агресія.

Розуміння цієї інтерференційності є важливим для розробки ефективних стратегій підтримки та втручання в розвиток підлітків з девіантним профілем особистості та дисфункціональними емоційними станами.

Важливим є виявлення ознак девіантної поведінки та дисфункціональних емоційних станів у підлітків на ранній стадії. Це може допомогти уникнути подальшого заглиблення проблем та почати необхідне

втручання. Кожен підліток має унікальні потреби та контекст свого життя. Важливо розробляти індивідуальні підходи та програми підтримки, які враховують конкретні потреби та особливості кожної особистості.

Забезпечення підліткам добре структурованого та підтримуючого середовища може бути допоміжним фактором у зменшенні девіантної поведінки та покращенні емоційного стану. Психотерапія, групова терапія, соціальна підтримка та навчання навичкам соціальної адаптації можуть бути корисними стратегіями.

Слід зазначити, що важливою є роль батьків у підтримці підлітків з девіантним профілем особистості та дисфункціональними емоційними станами. Батьки повинні надавати емоційну підтримку, встановлювати здорові границі та допомагати розвивати позитивну самооцінку.

Ступінь наукового опрацювання теми: наукове опрацювання цієї теми здійснюється у рамках різних дисциплін, таких як психологія розвитку, клінічна психологія, психіатрія, соціальна психологія та інші. Дослідження спрямовані на розуміння взаємозв’язку між девіантним профілем особистості та дисфункціональними емоційними станами, а також на виявлення факторів, що сприяють чи послаблюють цю взаємодію.

В результаті наукових досліджень було з’ясовано, що існує взаємозв’язок між девіантним профілем особистості та дисфункціональними емоційними станами у підлітків. Наприклад, деякі дослідження показали, що девіантна поведінка може бути наслідком емоційних проблем, а дисфункціональні емоційні стани можуть посилювати девіантну поведінку.

Проте, варто відзначити, що дослідження в цій області продовжуються, і вони можуть мати різний ступінь наукового опрацювання в залежності від конкретного аспекту теми. Для повноцінного оцінювання ступеня наукового опрацювання теми рекомендується провести систематичний огляд літератури, щоб оцінити наявність і обсяг наукових публікацій, їх якість і значимість для даної теми.

Об'єкт дослідження – поведінково-емоційне функціонування осіб пубертатного періоду.

Предмет дослідження – особливості прояву девіантних поведінкових патернів, як психологічної деструктивності характерологічних особливостей девіантного профілю та дисфункційних емоційних станів у осіб пубертату.

Мета дослідження полягає в теоретичній та емпірично–діагностичній експлікації ключових особливостей прояву девіантних поведінкових патернів, як психологічної деструктивності характерологічних особливостей, що виражається у девіантному профілі та дисфункціоних емоційних станів у осіб пубертату.

Гіпотезою дослідження стало припущення про те, що дисфункційні емоційні стани індукують деструктивне, референтному інтервалу норми, психічне функціонування особистості підлітка екстраполюючись та закріплюючись у девіантний профіль.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретико-методичні принципи та підходи особливостей прояву девіантного поведінки особистості та дисфункційних емоційних станів у осіб пубертатного періоду.

2. Реалізувати емпірично-діагностичне дослідження особливостей прояву девіантного профілю особистості як психологічної деструктивності з дисфункціональними емоційними станами у підлітків.

3. Виявити показники вираженості різних типів девіантної поведінки у осіб пубертатного періоду.

4. Визначити види тривожних розладів серед досліджуваних респондентів-підлітків.

5. Визначити ступені вираженості депресивних та субдепресивних станів серед досліджуваних осіб пубертатного періоду.

6. Систематизувати та узагальнити опрацьований матеріал у висновках.

У процесі дослідження застосовано такі ***методи:***

- *теоретичні:* аналіз, синтез та узагальнення теоретико-методичних засад досліджуваної проблеми, представлених у науковій літературі;
- *психодіагностичні:* «Методика схильності до девіантної поведінки (СДП) Е. Леуса»; «Скринінг емоційних розладів, пов'язаних із тривогою (SCARED)»; «Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (Шкала зниженого настрою - субдепресии (ШЗНС)».

- *статистичні:* знаходження середніх величин, процентних співвідношень.

База дослідження. Емпірично-діагностичне дослідження проводилося на базі Мамаївського закладу загальної середньої освіти – ЗЗСО І-ІІІступенів. Сукупна вибірка становила 50 осіб досліджуваних респондентів-підлітків (15-17 років). Сукупна вибірка була диференційована за критерієм статі на субвибірки – 25 осіб підлітків-хлопців і 25 осіб підлітків-дівчат.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до них, загальних висновків, списку використаних джерел (56 найменувань), 17 рисунків, 2 таблиць, 3 додатків. Загальний обсяг роботи викладено на 101 сторінці, з яких 96 – основний зміст.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ДЕВІАНТНОГО ПРОФІЛЮ ТА ДИСФУНКЦІЙНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ОСІБ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ

1.1. Аналіз теоретичних підходів щодо розвитку особливостей прояву девіантного профілю особистості

1.1.1. Експлікаційний аналіз концептуальних моделей девіантної поведінки як психологічної деструкції особистості

Дослідження девіантної поведінки спрямовані на розуміння причин, механізмів та наслідків цього явища, а також на розробку ефективних стратегій попередження та втручання.

На думку Р. В Козубовського: «…під девіантною поведінкою зазвичай розуміють відхилення від прийнятих в суспільстві, соціальному середовищі соціально-моральних норм і цінностей, а також порушення процесу засвоєння і відтворення соціальних норм і культурних цінностей, саморозвитку і самореалізації особистості в тому суспільстві, якому вона належить» [24].

Існує кілька підходів до розуміння поняття девіантної поведінки, які розглядають її з різних перспектив.

З соціологічної точки зору, девіантна поведінка розглядається як відхилення від соціальних норм, цінностей та очікувань, встановлених у конкретному суспільстві. Цей підхід акцентує увагу на впливі соціального середовища, нормативної структури та соціальної контролю на формування девіантної поведінки [29].

З психологічної перспективи, девіантна поведінка розглядається як результат психологічних факторів, таких як особистісні особливості, недостатність адаптаційних стратегій, емоційні труднощі тощо. Цей підхід зосереджується на внутрішніх факторах, що впливають на формування та підтримку девіантної поведінки [29].

Біологічний підхід розглядає девіантну поведінку з погляду біологічних чинників, таких як генетична спадковість, нейрохімічні

дисбаланси, аномалії розвитку мозку тощо. В цьому підході звертається увага на роль біологічних процесів у виникненні девіантної поведінки [20].

Екологічний підхід розглядає девіантну поведінку як результат взаємодії між індивідом і його оточенням. Він враховує вплив різних факторів, таких яксім'я, школа, спільнота, соціальні умови, на формування та підтримку девіантної поведінки [16].

Ці підходи часто використовуються в дослідженнях девіантної поведінки, але важливо розуміти, що девіантна поведінка є складною і мультифакторною проблемою, яка може мати різні причини та пояснення залежно від конкретної ситуації та контексту.

І. М. Хоржевська і О. А. Рожова розуміють девантну поведінку як: «…поведінка особистості, яка не відповідає загальному стандарту. У психології описує дію або поведінку, яка порушує соціальні норми, в тому числі формально прийняті правила (тобто, злочин), а також неформальні порушення соціальних норм (тобто, відкидання нравів та звичаїв)» [52].

Л. В. Боярин визначає девіантну поведінку як: «…поведінку, що не відповідає прийнятим у суспільстві нормам та очікуванням, поведінка із відхиленнями» [7].

Девіантна поведінка може мати різноманітні причини, які взаємодіють між собою.Негативні сімейні умови, такі як насильство, зловживання, занедбання, розлучення батьків, відсутність емоційної підтримки та стабільності, можуть сприяти виникненню девіантної поведінки у дітей та підлітків [12].

Навколишній соціальний контекст, включаючи школу, спільноту та ровесників, може мати значний вплив на формування девіантної поведінки. Наприклад, негативне оточуюче середовище, наявність булінгу або залучення до групи ровесників з девіантною поведінкою можуть спонукати індивіда до вчинення неприйнятних дій [15].

Деякі особистісні особливості, такі як низька самоконтроль, імпульсивність, низька самооцінка, неадекватне управління емоціями,

можуть сприяти виникненню девіантної поведінки. Особистісні особливості можуть взаємодіяти з іншими факторами, такими як сімейне та соціальне середовище, посилюючи ризик девіантності [19].

Культурні норми, цінності та очікування можуть впливати на сприйняття і поведінку індивіда. Деякі культури можуть мати певні форми девіантної поведінки, які відрізняються від стандартів інших культур. Соціальні нерівності, виключення та дискримінація також можуть стимулювати девіантну поведінку [33].

Засоби масової інформації, інтернет та соціальні медіа можуть мати великий вплив на формування девіантної поведінки. Перегляд насильницьких або аморальних вмістів, вплив реклами та псевдоідеалів можуть спонукати особу до вчинення негативних дій [44].

Важливо зазначити, що ці причини є лише загальними орієнтирами, і кожен випадок девіантної поведінки може мати свої власні специфічні причини та контекст [35].

Девіантна поведінка, що розглядається як психологічна деструкція особистості, може бути пояснена низкою концептуальних моделей. Ось декілька з них:

Психодинамічна модель – ґрунтується на ідеях З. Фрейда і висуває тезу, що девіантна поведінка може бути результатом конфліктів та розладів у внутрішньої психічної динаміки особистості. Наприклад, Фрейд стверджував, що підсвідомі конфлікти та незадоволені психосексуальні потреби можуть призводити до розладу особистості і виявлятися в девіантній поведінці [46].

Когнітивна модель – визнає важливість когнітивних процесів, таких як сприйняття, мислення та оцінка, у формуванні девіантної поведінки. Вона вказує на те, що спотворені когнітивні уявлення, негативні переконання про себе та навколишній світ, недостатня саморегуляція та вирішення проблем можуть сприяти виникненню девіантної поведінки [46].

Соціально-психологічна модель – розглядає девіантну поведінку як результат взаємодії між особистістю та соціальним середовищем. Вона підкреслює роль соціального впливу, включаючи моделювання поведінки, соціальну підтримку або відхилень, стигматизацію та соціальну ізоляцію, у формуванні девіантної поведінки [10].

Біопсихосоціальна модель – інтегрує фізіологічні, психологічні та соціальні фактори в поясненні девіантної поведінки. Вона враховує генетичні та біологічні особливості, фактори розвитку, такі як стрес або травми, і соціальне середовище для розуміння виникнення девіантності [21].

Ці концептуальні моделі не є вичерпними і можуть використовуватися якісним або кількісним способом. Вони надають рамки для розуміння причин девіантної поведінки та сприяють подальшому дослідженню і розробці інтервенційних стратегій для попередження та втручання в девіантну поведінку.

1.1.2. Класифікація категорій девіантної поведінки у осіб пубертатного періоду

Класифікація девіантної поведінки в клініко-психологічному аналізі може варіюватися в залежності від конкретної системи класифікації та теоретичного підґрунтя. Однією з найвідоміших систем класифікації є МКХ–10, який використовується для клінічної діагностики хвороб.

У розділі «Класифікація психічних і поведінкових розладів» можна спостерігати наступні поведінкові розлади:

F 10-19 – психічні і поведінкові розділи в результаті вживання психоактивних речовин. Цей розділ містить класифікацію різних розладів, які виникають внаслідок вживання різних видів психоактивних речовин, таких як алкоголь, наркотики, тютюн, ліки тощо [28].

У розділі F10-F19 включені такі розлади:

- Залежність від алкоголю (F10)
- Залежність від опіатів (F11)

- Залежність від каннабісу (F12)
- Залежність від седативних або гіпнотичних речовин (F13)
- Залежність від кокаїну (F14)
- Залежність від інших стимуляторів (F15)
- Залежність від галюциногенів (F16)
- Залежність від інших психоактивних речовин (F19)

Ці класифікаційні категорії використовуються для діагностики та класифікації розладів, пов’язаних зі зловживанням психоактивних речовин, і вони допомагають у встановленні відповідного підходу до лікування та підтримки людей, які стикаються з цими проблемами.

F 50-59 – поведінкові синдроми, пов’язані з фізіологічними порушеннями і фізичними факторами. Цей розділ описує різноманітні стани, у яких фізіологічні чинники або медичні стани впливають на поведінку і можуть призводити до розладів [34].

Ці класифікаційні категорії використовуються для діагностики та класифікації розладів поведінки, пов’язаних з фізіологічними порушеннями і фізичними факторами. Вони допомагають у встановленні відповідних підходів до лікування, підтримки та управління цими станами.

F 63 – розлади звичок і потягів. Ці класифікаційні категорії використовуються для клінічної діагностики та класифікації розладів звичок і потягів. Вони допомагають у встановленні відповідного підходу до лікування, психологічної підтримки та реабілітації осіб, які стикаються з цими розладами. Розуміння цих розладів допомагає фахівцям розробляти ефективні стратегії управління та підтримки для осіб з даними проблемами [40].

F 65 – розлади сексуальних переваг.Цей розділ описує різноманітні розлади, пов’язані зі зміненими або неконтрольованими сексуальними перевагами та здобутками.Важливо зауважити, що розлади сексуальних переваг не включають одностатеву орієнтацію, а лише описують специфічні відхилення в сексуальних поведінках і перевагах, які можуть мати вплив на

життя та добробут особи або інших людей. Діагнози в цьому розділі МКХ-10 не визначаються на основі самих сексуальних орієнтацій, а спираються на проблематичні аспекти відносин, поведінку та самоконтроль [49].

На практиці використовуються і інші класифікації девіантної поведінки:

Делінквентна: асоціальна і антисоціальна поведінка. Делінквентна поведінка охоплює широкий спектр асоціальних і антисоціальних проявів у поведінці особи. Асоціальна поведінка відноситься до дій, які не відповідають загальноприйнятим нормам і правилам соціальної взаємодії, антисоціальна поведінка же включає дії, спрямовані проти інтересів та благополуччя оточуючих людей і суспільства загалом [38].

Асоціальна поведінка може включати такі розповсюджені форми, як непослух, неповага до авторитетів, неслухняність, дезорганізованість у навчанні або роботі, безвідповідальність у виконанні соціальних обов’язків та неврахування інтересів інших людей [51].

Антисоціальна поведінка, з свого боку, може включати більш серйозні прояви, такі як агресія, насильство, крадіжки, шахрайство, погрози, вживання наркотиків, аморальність і порушення прав інших людей [43].

Причини асоціальної і антисоціальної поведінки можуть бути різноманітними і включати фактори такі як неправильне виховання, негативне оточення, низький рівень моральних цінностей, негативний вплив ровесників, брак соціальної підтримки, відсутність адекватного розвитку соціальних навичок, психічні проблеми, а також біологічні фактори, такі як генетична схильність [25].

Важливо розуміти, що асоціальна і антисоціальна поведінка є складними явищами, і їх виникнення і прояви залежать від багатьох чинників. Вивчення цих форм поведінки єпредметом дослідження в соціології, психології, криміналістиці та інших наукових галузях, з метою розуміння причин, профілактики та реабілітації осіб з такою поведінкою.

*Аддиктивна поведінка.*Аддиктивна поведінка відноситься до патологічних форм поведінки, що характеризуються неконтрольованим, повторюваним і пріоритетним споживанням речовин або залежністю від певних дій або процесів, які викликають позитивні відчуття або задоволення, але можуть мати шкідливі наслідки для особи та її оточення [43].

Аддиктивна поведінка може включати наступні аспекти [43]:

Субстанційна залежність – неконтрольоване споживання психоактивних речовин, таких як алкоголь, наркотики, тютюн, ліки, що призводить до фізичної та психологічної залежності.

Залежність від азартних ігор – патологічна залежність від азартних ігор, що проявляється неконтрольованим гральним спілкуванням, споживанням великої кількості часу і грошей, ігноруванням особистих, соціальних та фінансових проблем.

Залежність від комп'ютерних ігор та Інтернету – довготривале використання комп'ютерних ігор та Інтернету, що веде до ізоляції, занепаду інших соціальних, навчальних або професійних сфер життя.

Жорстокість та залежність від відеоігор – патологічне захоплення насильством та жорстокістю, яке проявляється через неконтрольоване графічне відображення жорстокості у відеоіграх і Інтернеті.

Інші форми аддиктивної поведінки – включають залежність від покупок, роботозалежність, харчові розлади, сексуальну залежність, гральні залежності та інші неконтрольовані форми поведінки, що можуть спричиняти проблеми в житті особи.

Причини аддиктивної поведінки можуть бути різноманітними, включаючи генетичні фактори, психологічні та емоційні проблеми, соціальні чинники, стрес, негативний вплив середовища та інші. Лікування аддиктивної поведінки може включати медикаментозну терапію, психологічну підтримку, психотерапію та підтримку родини та соціального середовища [42].

*Патохарактеріологічна поведінка: в основі якої лежать патологічні зміни характеру – психопатії.*Патохарактеріологічна поведінка відноситься до поведінки, яка має свої коріння у патологічних змінах характеру особи. Основою цієї поведінки може бути наявність психопатії [22].

Психопатія є психічним розладом, який характеризується особливими рисами особистості, такими як безсовісність, недостатня емпатія, відсутність чесності та відповідальності, поверхневість у взаєминах, маніпулятивність та нестабільність емоційного фону. Люди з психопатією можуть демонструвати агресивність, безжальність та безцільність у своїх діях [22].

Патохарактеріологічна поведінка, пов’язана з психопатією, може проявлятися у широкому спектрі ситуацій, включаючи міжособистісні взаємини, професійну діяльність, соціальну адаптацію та конфліктні ситуації. Особи з психопатією можуть бути схильні до маніпулювання і використання інших людей для досягнення своїх цілей [17].

Причини психопатії і патохарактеріологічної поведінки ще не повністю зрозумілі, але вони можуть бути обумовлені поєднанням генетичних, нейробіологічних та соціальних факторів. Недостатні розвиток емоційного емпатичного спілкування в ранньому віці, порушення виховання, травми або стресові ситуації можуть впливати на формування патологічного характеру [17].

Лікування психопатії і патохарактеріологічної поведінки може бути складним, і вимагає інтегрованого підходу, який включає психотерапію, розвиток соціальних навичок, контроль небезпечних дій та спеціалізовану підтримку.

Психопатологічна поведінка: основою є психопатологічні симптоми і синдроми. Психопатологічна поведінка відноситься до поведінки, яка має свої коріння в психопатологічних симптомах і синдромах, тобто виявляється як прояв психічного розладу. Психопатологічні симптоми і синдроми є характерними ознаками різних психічних порушень, таких як шизофренія,

депресія, тривожні розлади, біполярний афективний розлад, особистісні розлади та інші [11].

Психопатологічна поведінка може включати різноманітні прояви, такі як розлади мислення, емоційні зміни, відхилення у сприйнятті реальності, неконтрольовані або нездорові реакції на стресові ситуації, агресивність, саморуйнівність, недостатня самоконтроль та інші.

Причини психопатологічної поведінки можуть бути різноманітними і включати генетичні, біологічні, психологічні та соціокультурні фактори. Наприклад, нерегулярні функції нейротрансмітерів у мозку, генетичні уразливості, дитячі травми, стресові події, негативні життєві обставини та інші фактори можуть сприяти розвитку психопатологічних симптомів і поведінки [11].

Лікування психопатологічної поведінки зазвичай включає комплексний підхід, який може включати психотерапію, медикаментозну терапію, соціальну підтримку та реабілітаційні програми. Цілеспрямоване лікування залежить від типу психічного розладу і специфічних потреб пацієнта.

*Девіації, обумовлені гіперздібностями людини.*Девіації, обумовлені гіперздібностями людини, можуть виникати у контексті різних аспектів життя та проявлятися у різних сферах. Гіперздібності включають в себе виняткові здібності або надзвичайно розвинені здібності в певній сфері, такі як музика, мовлення, математика, наука, мистецтво, спорт тощо [13].

Девіації, пов’язані з гіперздібностями, можуть виявлятися наступним чином [13]:

1. Соціальна девіація: Виняткова здібність може привести до соціальної девіації, коли особа відхиляється від нормальних соціальних норм або встановлених правил через свої унікальні здібності. Наприклад, геніальний художник, який відхиляється від традиційних художніх стилів і створює нестандартні твори мистецтва.

2. Академічна девіація: Гіперздібна людина може відхилятися від типових академічних шаблонів або навчальних програм і виявляти нестандартний підхід до навчання та розвитку знань. Це може призвести до відчуття відсутності відповідності між його потребами та вимогами установлених стандартів.
3. Емоційна девіація: Гіперздібності можуть супроводжуватися емоційною чутливістю або незвичними емоційними реакціями, що відхиляються від типових норм. Це може привести до емоційної нестабільності, глибокої емоційної реактивності або високої чутливості до навколишнього середовища.

Важливо враховувати, що девіації, обумовлені гіперздібностями, можуть мати як позитивні, так і негативні наслідки. Вони можуть виявлятися як творчість, інновації та розширення меж можливостей, але також можуть бути пов’язані з проблемами соціальної адаптації, внутрішньою напруженістю або конфліктами з оточуючими людьми [4].

Подальше дослідження в цій області може спрямовуватися на розуміння різних аспектів гіперздібностей та їх впливу на розвиток особистості, соціальну взаємодію, творчий потенціал та становлення індивіда [9].

У низці наукових джерел зазначається, що до форм девіантної поведінки належать [27]:

-Агресивна поведінка – це прояв, характеризуються наміреним спрямуванням на завдання шкоди іншим людям, тваринам або оточуючому середовищу. Вона може включати фізичну агресію (напади, бійки), вербальну агресію (злобливі коментарі, загрози), психологічну агресію (інтимне запитання, зневагу) та різні форми поведінкової агресії.

Агресивна поведінка може мати різні причини, включаючи [42]:

1. Біологічні фактори: Деякі дослідження вказують на можливу роль генетичних та нейрохімічних факторів у виникненні агресивної

поведінки. Наприклад, певні гени можуть впливати на регуляцію емоцій та реакцію на стрес.

2. Соціальне навчання: Навчання агресивній поведінці може відбуватися через спостереження та наслідування агресивних моделей, негативну соціальну взаємодію або вплив оточення, де насильство або агресія вважаються нормою.
3. Невідповідність потреб: Неусунені фізіологічні або емоційні потреби можуть сприяти появі агресивної поведінки. Наприклад, недостатня фізична активність або незадоволеність потребами в сфері інтимних стосунків можуть призводити до вибухів агресії.
4. Стрес та негативні життєві події: Експозиція до стресових ситуацій або негативних життєвих подій, таких як травми, конфлікти або втрата близьких людей, може викликати агресивну реакцію.
5. Психічні розлади: Деякі психічні розлади, такі як психопатія, розлади регуляції настрою або розлади особистості, можуть супроводжуватися агресивною поведінкою.

- Суїцидальна поведінка включає у себе думки, плани або вчинки, спрямовані на завершення життя особи. Це серйозна проблема з психологічного та психіатричного погляду, яка потребує негайної уваги і допомоги. Дослідження покликані розуміти причини суїцидальної поведінки та розробляти стратегії її попередження.

- Аморальна поведінка означає відсутність моральних принципів або недотримання загальноприйнятих норм і правил поведінки. Люди з аморальною поведінкою можуть проявляти безучастність до етичних стандартів і часто діють відповідно до власних інтересів, незалежно від наслідків для інших людей або для суспільства загалом.

- Порушення харчової поведінки є широким терміном, який охоплює різні розлади у поведінці та сприйнятті їжі. Деякі загальні типи порушень харчової поведінки включають [50]:

1. Анорексія – викривлене сприйняття своєї ваги та форми тіла, що призводить до обмеження харчування і часто супроводжується інтенсивною фізичною активністю. Це може мати серйозні наслідки для фізичного здоров’я.
2. Булімія – харчовий розлад, за яким характеризується періодичне споживання великої кількості їжі (епізоди об’їдання) за короткий проміжок часу, після чого виникають спроби компенсувати спожиті калорії, такі як спровоковане блювання, вживання слаборозчинних ліків або перекусів.
3. Компульсивне переїдання, також відоме як переїдання з обмеженою контролем, є харчовим розладом, характеризується періодичними епізодами надмірного споживання їжі, під час яких людина втрачає контроль над кількістю спожитої їжі. Особа споживає значно більше їжі, ніж зазвичай, навіть коли вона не відчуває голоду, і відчуває велику дискомфорт після таких епізодів.

Вивчення видів девіантної поведінки є важливим аспектом психологічних та соціологічних досліджень. Розуміння різних видів девіантної поведінки допомагає нам розкрити причини, механізми та наслідки такої поведінки. Вивчення цих видів поведінки дає можливість розробляти ефективні стратегії попередження, діагностики та лікування.

1.2. Аналіз особливостей психологічних та соціально-педагогічних проблем розладу поведінки серед осіб пубертату

1.2.1. Диференціація девіантної поведінки у підлітків

Диференційний аналіз етіопатогенезу девіантної поведінки у підлітків означає вивчення різних факторів та механізмів, які можуть призвести до виникнення девіантної поведінки у цьому віковому періоді. Ось деякі основні аспекти, що варто враховувати при диференційному аналізі[53]:

1. Біологічні фактори: Деякі дослідження показують, що генетична схильність може бути фактором, який впливає на виникнення девіантної поведінки у підлітків. Наприклад, деякі гени можуть впливати на регуляцію настрою та контроль імпульсів.
2. Соціальне оточення: Сім’я, ровесники, школа та соціокультурне середовище мають великий вплив на формування девіантної поведінки у підлітків. Негативні взаємодії, недостатній контроль батьківства, шкільне насильство або соціальна відмежованість можуть сприяти розвитку девіантної поведінки.
3. Психологічні фактори: Певні особистісні риси, такі як низька самоконтроль, імпульсивність, проблеми в поведінці та емоціях, а також психічні розлади, такі як депресія чи тривожність, можуть бути пов’язані з виникненням девіантної поведінки.
4. Екологічні фактори: Негативні умови проживання, бідність, недостатня доступність освіти та медичних послуг можуть створювати стрес та впливати на поведінку підлітків, збільшуючи ризик девіантної поведінки.

У цьому ряді причин особливу роль і значення відіграла соціальна занедбаність підлітків, яка розвивається на тлі байдужого і недбалого ставлення інших. В результаті з’явиться самотність, занедбаність, непотрібність, невпевненість. З’являються протести, відчуженість, ворожість до дорослих, прагнення до об’єднання, співпраці, самоорганізації з’являються лише на основі єдності та спільної дії, інтересів і тенденцій.

Відсутність позитивного соціального досвіду, недорозвинений, незрілий світогляд, ціннісні орієнтації, етичні норми та естетичні смаки спонукають молодь до вибору негативних і протиправних сфер діяльності, що неминуче впливає на їх поведінку, формування особистості, соціальний світогляд. Дітям та підліткам не вистачає своєчасної та необхідної педагогічної, психологічної, соціальної та медичної допомоги, що відіграло важливу роль у цьому процесі [53].

Соціальне оточення відіграє важливу роль у розвитку девіантної поведінки. Ось деякі аспекти, які варто враховувати [41]:

Сімейне середовище – сім’я є першим і найважливішим соціальним середовищем для підлітків. Недостатній контроль батьківства, відсутність стабільності в сімейних відносинах, конфлікти, насильство чи зловживання можуть сприяти виникненню девіантної поведінки.

Вплив ровесників – ровесники мають сильний вплив на підлітків. Приналежність до негативних груп, шкільне насильство, підтвердження стереотипів та негативних цінностей можуть спонукати до девіантної поведінки.

Шкільне середовище – недостатня підтримка від учителів, низькі очікування, шкільне насильство або небезпека відчуття відокремленості можуть впливати на поведінку підлітків та сприяти девіантності.

Культурні чинники – культурні цінності, норми та очікування можуть впливати на сприйняття та прийняття девіантної поведінки. Наприклад, культура засудження або підтримки певних форм поведінки може визначати, які дії вважаються девіантними.

Важливо розуміти, що соціальне оточення не визначає девіантну поведінку безпосередньо, але може створювати умови, які сприяють або стримують її розвиток. Порозуміння та врахування соціального контексту є важливими для ефективної попередження та втручання щодо девіантноїповедінки у підлітків.

Біологічні фактори можуть впливати на ризик виникнення девіантної поведінки у підлітків. Ось деякі з них [37]:

Генетична спадковість – деякі дослідження показують, що існує певна генетична схильність до девіантної поведінки. Наприклад, дослідження близнюків показують, що генетичні фактори можуть впливати на ризик розвитку проблем поведінки.

Нейрохімічні дисбаланси – порушення в роботі нейрохімічних систем мозку, таких як серотонін, допамін або норадреналін, можуть бути пов’язані

зі збільшеним ризиком девіантної поведінки. Наприклад, низький рівень серотоніну може бути пов’язаний з агресивними та імпульсивними діями.

Психофізіологічні особливості – особливості в психофізіологічних реакціях, таких як низька психофізіологічна реактивність або нездатність до стресового пристосування, можуть сприяти ризику девіантної поведінки.

Вплив середовища на біологію – біологічні фактори можуть бути модифіковані впливом зовнішнього середовища, такого як стресові події, неблагополучні умови проживання або недостатня підтримка від батьків. Ці фактори можуть впливати на функціонування нервової системи та реакцію на стрес.

Психологічні фактори грають важливу роль у розвитку девіантної поведінки у підлітків. Ось деякі з них [26]:

Низька самооцінка – негативне уявлення про себе, недостатнє відчуття власної цінності та недостатня впевненість можуть сприяти ризику девіантної поведінки. Молоді люди можуть відчувати потребу в отриманні підтримки та визнання з боку ровесників, що може приводити до втягнення в негативні групи або вчинення антисоціальних дій.

Несформований регуляційний механізм – підлітки можуть мати обмежені навички саморегуляції, контролю інпульсів та вирішення проблем. Недостатня здатність до самоконтролю може сприяти вчиненню ризикованих або шкідливих дій.

Негативні емоції – деякі підлітки можуть бути схильними до переживання інтенсивних негативних емоцій, таких як гнів, розчарування, тривога або депресія. Ці емоції можуть впливати на прийняття ризикованих рішень та здатність до адаптації до вимог соціального середовища.

Недостатні навички соціальної адаптації – деякі підлітки можуть мати обмежені навички взаємодії з оточуючими, включаючи здатність до вирішення конфліктів, спілкування та розв’язання проблем. Недостатність таких навичок може призвести до негативних соціальних взаємин і сприяти девіантній поведінці.

Врахування психологічних факторів у формуванні тарозвитку девіантної поведінки допомагає розуміти особливості підлітків та сприяє розробці ефективних підходів до попередження та підтримки позитивної психологічної та соціальної адаптації [26].

Формування особистісної та соціальної компетентності підлітків, корекція негативної поведінки важливо для початку розвитку у них позитивного Я-образу, самооцінки, вміння критично мислити, вміння ставити суспільно важливі цілі та приймати відповідальні рішення.

Вміння робити здоровий вибір, підлітка бажано навчити неагресивним способам реагування на критику, самозахисту, стійкості до тиску оточуючих, вмінню протистояти шкідливим звичкам і водночас формувати їх цінність, що дозволяє приймати здорові рішення та вирішувати проблеми соціально позитивними засобами.

1.2.2. Основні особливості девіантних поведінкових проявів серед осіб підліткового періоду

Віковий підхід розглядає девіації поведінки з позиції вікових особливостей і норм. Поведінка, яка не відповідає віковим шаблонам та традиціям, визначена такою, що відхиляється. Це можуть бути і кількісні (гротескові) відхилення, відставання (ретардація) або випередження (прискорення) вікових поведінкових норм, і їх якісні інверсії.

Підлітки прагнуть уваги, розуміння та довіри дорослих. Вони намагаються відігравати певну соціальну роль не лише між однолітками, а й між дорослими, тобто проявляючи соціальну активність, але іноді дорослі гальмували таку діяльність, створюючи таким чином психологічні бар’єри між дорослими та підлітками [2].

Якщо підлітки не можуть зрозуміти інших людей у сім’ї, то такі діти більш схильні до агресивної поведінки. Таким чином: сім’я є основним джерелом розуміння дітьми моделей агресивної поведінки. Характер відносин між батьками та між батьками та дітьми, дисгармонія в сім’ї,

постійна агресивна поведінка батьків – усе це визначає поведінка агресивних дітей. Розважаючи на це питання, ми розуміємо, що агресія принесе підлітку тимчасове полегшення, і якщо він відчуває, що потребує турботи батьків, можна також дозволити іншим звернути на нього увагу [1].

Базові особливості прояву девіантних патернів поведінки у підлітків можуть включати наступні аспекти:

Підвищена ризикованість є однією з базових особливостей прояву девіантних патернів поведінки у підлітків. Вона відображається в нахилі підлітків до залучення до небезпечних ситуацій і вчинення ризикованих дій. Основні ризикові зони пов’язані з такими аспектами [3]:

1. Вживання наркотиків та алкоголю: підлітки з девіантною поведінкою частіше схильні до експериментування зі шкідливими речовинами, такими як наркотики і алкоголь. Вони можуть ризикувати здоров’ям та безпекою, а також стикатися зі злочинністю та іншими проблемами.
2. Агресивність та насильство: деякі підлітки з девіантною поведінкою можуть проявляти агресивність і насильство у стосунках з іншими. Вони можуть бути більш схильними до бійок, злочинної активності та насильства в сім’ї, школі чи спільноті.
3. Небезпечні сексуальні зв’язки: деякі підлітки можуть ризикувати своїм фізичним і психічним здоров’ям через небезпечні сексуальні зв’язки, такі як незахищений секс, раннє сексуальне життя та відсутність знань про сексуальне здоров’я.
4. Ризикована поведінка в Інтернеті: з великим доступом до Інтернету підлітки можуть стикатися з ризикованою поведінкою в мережі, такою як контакт з небезпечними людьми, кібербулінг, відвідування шкідливих веб-сайтів і залучення до онлайн-проблем.

Підвищена ризикованість є важливим аспектом, який варто враховувати при розумінні та роботі з девіантною поведінкою у підлітків. Досягнення підтримки, надання освіти та розвитку навичок ризикового

мислення можуть допомогти зменшити негативні наслідки цієї поведінки та сприяти здоровому розвитку підлітків[18].

Відхилення від соціальних норм є одним з видів девіантної поведінки. Воно вказує на порушення встановлених соціальних правил, цінностей, норм і очікувань. Такі відхилення можуть проявлятися різноманітними способами, включаючи:

1. Антисоціальна поведінка: це включає злочинну активність, насильство, крадіжки, шахрайство, агресію та інші форми порушення закону та правил співжиття.
2. Відхилення від моральних норм: в цей тип відхилень входять аморальна поведінка, некримінальні дії, що суперечать загальноприйнятим моральним нормам, такі як брехня, зрада, несправедливість тощо.
3. Нестандартність у стилях життя та цінностях: деякі особи можуть обирати альтернативний стиль життя, який відрізняється від загальноприйнятих норм і цінностей суспільства. Це можуть бути такі аспекти, як відхилення від стандартних релігійних, етичних або культурних норм.
4. Незвичайна зовнішність та поведінка: деякі особи можуть свідомо відрізнятися від загальноприйнятих зовнішніх норм, включаючи вбрання, зачіски, татуювання та інші аспекти зовнішності, які не відповідають загальноприйнятим стандартам.

Відхилення від соціальних норм можуть бути результатом різноманітних факторів, таких як соціальне середовище, навколишній вплив, індивідуальні особливості та інші фактори. Вони варіюються в своїй серйозності та наслідках, від помірних відхилень до серйознихпорушень, які можуть мати важкі наслідки для самої особи та суспільства [14].

Негативні емоції та психологічне незадоволення можуть стати одним із проявів девіантної поведінки у деяких випадках. Коли людина не має адекватних стратегій або ресурсів для ефективного впорядкування зі своїми

емоціями і негативними станами, вона може вдаватися до девіантних способів вираження свого незадоволення чи знеболення емоційного дискомфорту [14].

Наприклад, людина може реагувати на негативні емоції шляхом вживання психоактивних речовин, агресивної поведінки, саморуйнівних дій, аморальних чи антисоціальних дій. Вона може намагатися знайти спосіб заспокоїтися або втекти від своїх проблем шляхом шкідливих дій, які не відповідають соціальним нормам.

Ці прояви девіантної поведінки можуть бути шкідливими як для самої особи, так і для оточуючих. Вони можуть посилювати цикл негативних емоцій, поглиблювати відчуття незадоволення та сприяти подальшому розвитку девіантних зразків поведінки.

Таким чином, розуміння і вирішення негативних емоцій та психологічного незадоволення є важливими аспектами роботи з девіантною поведінкою. Досягнення психологічної підтримки, навчання емоційному регулюванню та розвитку альтернативних, конструктивних стратегій впорядкування емоцій можуть сприяти зменшенню девіантних проявів поведінки та покращенню психологічного самопочуття особи.

Соціальне відчуження може бути як причиною, так і проявом девіантної поведінки. Коли особа почувається відокремленою, неприйнятою або відстороненою від соціального оточення, це може викликати негативні емоції, стрес і незадоволення. У деяких випадках, особи, які досвіджують соціальне відчуження, можуть виявити девіантну поведінку як спосіб відповісти на це відчуття [56].

Наприклад, особа може приймати антигромадські або асоціальні позиції, вчиняти протиправні дії, злочини або відмовлятися дотримуватися соціальних норм і правил. Це може бути спробою звернути на себе увагу, отримати визнання або навіть наказати соціальне оточення за відчуття відхилення та відокремлення.

З іншого боку, девіантна поведінка сама по собі може призводити до соціального відчуження. Якщо особа вчиняє неприйнятні або шкідливі дії, це може призвести до відмови, відхилення або відсторонення соціальним оточенням. Таким чином, соціальне відчуження може бути наслідком девіантної поведінки, що ускладнює ситуацію для особи і може підтримувати цикл девіантних зразків поведінки.

Для зменшення соціального відчуження та попередження девіантної поведінки важливо працювати над підтримкою соціальної інтеграції, відновленням соціальних зв'язків, покращенням комунікативних навичок та розвитком позитивних соціальних відносин. Запровадження програм психосоціальної підтримки, групових тренувань або терапії можуть допомогти зменшити відчуття відокремлення та сприяти відновленню соціальної приналежності [50].

Підліткова агресія є одним з проявів девіантної поведінки. Вона виявляється у насильницьких діях, які спрямовані на інших людей, предмети або самого себе. Підліткова агресія може мати різні форми, такі як фізична агресія (напади, бійки), вербальна агресія (знущання, образи, загрози), реляційна агресія (виключення, шантаж, поширення чуток) та психологічна агресія (психологічний тиск) [38].

Підліткова агресія може мати різні причини, серед яких можуть бути негативне впливове середовище, конфліктні сімейні відносини, недостатня соціальна підтримка, низька самооцінка, негативний вплив медіа та вплив різних соціальних чинників. Нерозв'язані конфлікти, стрес, незадоволення, відчуття відхилення або незахищеності також можуть викликати агресивну поведінку у підлітків [33].

Підліткова агресія може мати серйозні наслідки, як для самого підлітка, так і для його оточення. Вона може спричиняти фізичні та психологічні травми, впливати на навчання, розвиток соціальних відносин та загрожувати безпеці оточуючих. Тому важливо вчасно розпізнавати та втручатися у

ситуації агресії, надавати підліткам підтримку, навчати їх альтернативним способам вираження емоцій та вирішення конфліктів [42].

Ефективні стратегії включають психологічну підтримку, тренування навичоксоціального взаємодії, розвиток емоційного інтелекту, просування позитивних соціальних цінностей та забезпечення безпечного та підтримуючого оточення для підлітків.

1.3. Організаційно-методичні засади консультативно-корекційної психологічної допомоги підліткам з проявами девіантної поведінки

Психологічна допомога є важливим компонентом роботи з підлітками з девіантною поведінкою. Вона спрямована на розуміння причин і факторів, що сприяють девіантній поведінці, та на надання підтримки і інструментів для зміни цих паттернів поведінки. Основні підходи до психологічної допомоги включають [40]:

Оцінка і діагностика. Першим кроком у психологічній допомозі є оцінка та діагностика проблеми. Психолог проводить інтерв'ю, спостерігає за поведінкою, використовує тести та оцінює рівень ризику.

Індивідуальна терапія. Індивідуальна терапія дає підлітку можливість працювати з психологом один на один. В ході такої терапії можуть застосовуватися різні підходи, такі як когнітивно-поведінкова терапія, психодинамічна терапія, групова терапія тощо.Індивідуальна терапія є одним з ефективних методів психологічної допомоги при девіантній поведінці підлітків. Її метою є допомога підлітку зрозуміти причини своєї поведінки, навчитися керувати своїми емоціями та поведінкою, розвинути позитивні навички спілкування та працювати над розвитком особистості.

Індивідуальна терапія може бути різних форм і проводитися різними методами, залежно від потреб та особливостей підлітка. Наприклад, когнітивно-поведінкова терапія може допомогти підлітку зрозуміти, як його думки та переконання впливають на його поведінку, та навчити позитивним

стратегіям поведінки. Психодинамічна терапія може допомогти підлітку зрозуміти причини його девіантної поведінки та розвинути відповідальність за свої дії[37].

Важливо, щоб індивідуальна терапія проводилася кваліфікованим психологом, який має досвід роботи з підлітками з девіантною поведінкою. Вона може включати в себе індивідуальні консультації, психологічні тренінги, розвивальні ігри та інші методи роботи з підлітком.

Групова терапія. Групова терапія може бути корисною для підлітків з девіантною поведінкою, оскільки вона надає можливість спілкуватися з іншими підлітками, які можуть знаходитися в подібній ситуації. Групова терапія сприяє розвитку соціальних навичок, співпраці та підтримки.

Групова терапія є ефективним методом психологічної допомоги при девіантній поведінці підлітків. Вона надає можливість підліткам обмінюватися досвідом, взаємопідтримки та спілкуватися з іншими, які можуть переживати подібні проблеми. Групова терапія сприяє розвитку соціальних навичок, взаєморозуміння та емоційної підтримки[23].

У груповій терапії підлітки мають можливість відкрито обговорювати свої проблеми та спільно шукати шляхи вирішення. Вони отримують підтримку та розуміння від однолітків, що може сприяти зміні девіантної поведінки. Групова терапія також допомагає підліткам розвинути соціальні навички, такі як спілкування, взаємодія, слухання та сприйняття інших.

В рамках групової терапії можуть використовуватися різні методи, наприклад, групові дискусії, рольові ігри, творчі завдання та вправи на спільне розв’язання проблем. Групова терапія також може включати елементи психоосвіти та тренінгів, щоб підлітки засвоїли нові навички та стратегії для керування своєю поведінкою.

Важливо, щоб групова терапія проводилася під керівництвом кваліфікованого психолога або терапевта, який має досвід роботи з підлітками та знання специфіки девіантної поведінки. Крім того, групова

терапія може бути доповнена індивідуальними консультаціями для більш інтенсивної роботи з підлітком та уточнення його потреб.

Розвиток навичок і стратегій. Психологічна допомога включає розвиток адаптивних навичок і стратегій, які допоможуть підлітку змінити свою поведінку. Це може включати навчання навичкам емоційного регулювання, конфліктології, соціальних навичок та інших корисних навичок.

Розвиток навичок і стратегій є важливим етапом роботи з підлітками з девіантною поведінкою. Деякі з них можуть включати [46]:

1. Комунікаційні навички – навчання підлітків ефективному спілкуванню, включаючи вміння слухати, виражати свої почуття та потреби адекватним способом, вирішувати конфлікти та встановлювати межі.
2. Саморегуляція – вивчення стратегій управління емоціями та поведінкою, таких як глибоке дихання, релаксація, позитивне мислення, знаходження альтернативних способів реагування на стресові ситуації.
3. Проблемне мислення – розвиток навичок аналізу проблемних ситуацій, пошук альтернативних рішень та оцінка наслідків різних варіантів дій.
4. Соціальні навички – навчання підлітків ефективним стратегіям взаємодії з оточуючими, включаючи співпрацю, тимчасову компромісну поведінку та розуміння інших поглядів.
5. Планування та цілепокладання – допомога підліткам встановлювати реалістичні цілі, створювати плани дій і розвивати навички самодисципліни.
6. Розвиток самооцінки – підтримка позитивного самосприйняття та підвищення самоповаги шляхом розкриття потенціалу, розпізнавання власних сильних сторін та досягнень.
7. Підтримка здорового способу життя – навчання здоровому харчуванню, фізичній активності та культурі здорового способу життя загалом.

Ці навички та стратегіїможуть бути вивчені і розвинуті через індивідуальну або групову терапію, тренінги та інші форми психологічної підтримки.

Організаційно-методичний контент психологічної допомоги підліткам з девіантною поведінкою є важливим аспектом роботи з цією категорією молодих людей. Проблеми психологічного консультування та корекції в системі допомоги можуть виникати через різні фактори, але деякі з них варто враховувати [41]:

1. Визначення потреб і цілей: ефективна робота з підлітками з девіантною поведінкою вимагає чіткого визначення потреб і цілей підлітків. Консультант повинен співпрацювати з підлітком та його оточенням, щоб зрозуміти їхні мотивації та поставити реалістичні цілі для корекційної роботи.
2. Індивідуальний підхід: кожний підліток має свої унікальні потреби та контекст життя. Психологічна допомога повинна бути індивідуальною і враховувати особливості кожного підлітка. Важливо створити довіру та емпатію, щоб підліток відчувався підтриманим і розумілим.
3. Розвиток навичок: підлітки з девіантною поведінкою можуть потребувати розвитку соціальних навичок, навичок управління емоціями та конфліктних ситуацій, а також навичок планування та прийняття рішень. Робота над цими навичками може відбуватися через індивідуальні сесії, групові тренування або ролеві ігри.
4. Включення сім’ї та оточення: роль сім’ї та оточення важлива у підтримці підлітка з девіантною поведінкою. Психологічна допомога повинна включати роботу з батьками, родичами та іншими значущими особами. Це може включати консультування, психоосвіту та розвиток родинних навичок, що сприятимуть позитивним змінам.
5. Мультидисциплінарний підхід: робота з підлітками з девіантною поведінкою вимагає співпраці з іншими спеціалістами, такими як психіатри, соціальні працівники, педагоги та інші.

Мультидисциплінарний підхід дозволяє забезпечити комплексну та інтегровану підтримку підлітка.

Серед різних методів корекції та терапії девіантної поведінки у дітей та підлітків, перевага надається груповим заняттям. Найскладнішою є робота з підлітками 12-15 років, такі групи мають високий фізичний потенціал, у цій групі використовуються терапевти, які відіграють виняткову роль у житті підлітка і самі знають значні труднощі, пов'язані з імпульсивністю, сучасністю. переваги, суперечливі стосунки з дорослими[37].

Фактично психологічна допомога здійснється за такими напрямами, як психологічна превенція (профілактика, попередження) та психологічна інтервенція (подолання, корекція, реабілітація). У той же час психодіагностика є допоміжним інструментом для вирішення проміжних практичних завдань [27].

Психологічна допомога людям з аномальною поведінкою в основному передбачає їх психологічну діагностику, а її метою є визначення типу особистісної аномальної поведінки та факторів, що призводять до такої поведінки. Традиційно шляхом виявлення особливостей сімейного середовища, роботи школи чи трудового колективу, впливнеформального середовища. Ми не заперечуємо важливості аналізу цих факторів, в першу чергу слід звернути увагу на психологічний діагноз, адже це психологічний прояв девіантної поведінки.Важливо не тільки щось зафіксувати (наприклад, участь особи в неформальній групі), а й визначити, які потреби вона задовольняє (бажання самоствердитися в групі чи почуватися захищеною), а також визначити шлях, який веде до індивідуального членства [27].

Ефективне ставлення до себе, власної поведінки, оточення, чітке і реалістичне розуміння себе і свого оточеннятощо. При наявності факту алкоголізму необхідно визначити ступінь зв'язку алкоголізму з особливостями виховання та проблемами соціальної адаптації. мотивація поведінки; визначити, у якому віці людина почила пити, за яких обставин, чи виявляє ініціативу пити, які психологічні складові пияцтва приваблюють

людину, які потреби вона при цьому задовольняє, чи є фізична та психологічна алкогольна залежність та ін.

Загалом, організаційно-методичний контент психологічної допомоги підліткам з девіантною поведінкою повинен бути гнучким, індивідуальним та орієнтованим на потреби кожного підлітка. Співпраця з батьками, родичами та іншими значущими особами також є важливим аспектом успішної роботи з цією категорією молодих людей.

1.4. Аналітичний огляд теоретичних концептів дисфункційних переживань – тривожних проявів та субдепресивних станів

1.4.1. Концептуальні моделі та форми репрезентації тривожних проявів

Тривожні розлади є серйозною проблемою здоров’я, і для їх розуміння та лікування було розроблено різні концептуальні моделі та форми їх репрезентації. Ось деякі з них[5]:

*Модель «Тривога як реакція на стрес».*Ця модель визначає тривогу як нормальну реакцію на стресові ситуації. Вона пояснює, що тривога виникає, коли індивід почуває загрозу або небезпеку, і активується система "боротьби-побігу". У випадку тривожного розладу ця реакція може бути надмірною або непропорційною до реальної загрози.

*Модель «Когнітивно-поведінковий підхід».*Ця модель фокусується на ролі думок, переконань і поведінки у виникненні та підтримці тривоги. Вона вважає, що негативні і спотворені думки можуть призводити до посилення тривоги, і працює над зміною цих думок і навчанням нових, здорових стратегій поведінки.

Модель «Біологічний підхід». Ця модель розглядає тривожні розлади з біологічної перспективи, акцентуючи увагу на нейрохімічних і нейрофізіологічних аспектах. Вона висуває гіпотезу про дисфункцію нейротрансмітерів і структур головного мозку, що впливають на регуляцію настрою і тривоги.

Модель «Психодинамічний підхід». Ця модель виходить з припущення, що тривога виникає в результаті конфліктів і незадоволеності в підсвідомому рівні. Вона акцентує увагу на розумінні невідомих аспектів особистості, які можуть впливати на тривогу.

Форми репрезентації тривожних розладів можуть включати клінічні діаграми, схеми, психологічні тестування, анкети та інші інструменти оцінки. Ці форми допомагають уточнити діагноз, оцінити важкість та тип тривожного розладу, а також спостерігати динаміку лікування.

Панічний розлад є одним з тривожних розладів, характеризується виникненням повторюваних панічних нападів, що супроводжуються інтенсивною тривогою і фізичними симптомами. В деяких випадках, панічний розлад може супроводжуватися вираженими соматичними симптомами тривоги, такими як [39]:

1. Серцебиття і палпітації – відчуття швидкого або неправильного серцевого ритму, биття серця.
2. Задишка або важкість у грудях – відчуття нестачі повітря, здухування, важкості у грудях.
3. Головокружіння або поколювання – відчуття нестійкості, обмороку або головного кружіння.
4. Нудота або рвот – відчуття нудоти, блювоти або дискомфорту у шлунку.
5. Потовиділення – сильне потовиділення, особливо на долонях, пахвах або обличчі.
6. Тремор – тремтіння рук.
7. Печіння або поколювання в різних частинах тіла – відчуття печіння, поколювання, гострої болі в м’язах або стовбурі.

Ці симптоми можуть бути дуже насильними і спричиняти значну дистрес для людини, що страждає від панічного розладу. Лікування панічного розладу може включати психотерапію, фармакотерапію та розробку стратегій управління тривогою.

Генералізований тривожний розлад (ГТР) є тривожним розладом, характеризується надмірною і тривалою тривогою та переживанням стану напруження, без конкретної причини або відповідно до незначних подій. У людей з ГТР тривога може бути загальною і охоплювати різні сфери їхнього життя, включаючи роботу, школу, соціальні відносини та особистість [39].

Основні ознаки ГТР включають[39]:

1. Ексцесивна тривога – постійне відчуття тривоги, напруження і нервовості без конкретної причини.
2. Розумова розгойданість – постійні переживання негативних думок, неспокою і перебільшення потенційних небезпек.
3. Фізичні симптоми тривоги – постійна напруга м’язів, втома, розлади сну, тривога на шкірі, шлункові розлади, головні болі тощо.
4. Перебільшена увага і концентрація – складнощі у зосередженні, легка відволіканість і нерішучість.
5. Постійна інщиціація переживань – постійні переживання через місцезнаходження і благополуччя близьких людей.

Лікування ГТР може включати психотерапію, фармакотерапію та розвиток навичок управління тривогою. Психотерапевтичні підходи, такі як когнітивно-поведінкова терапія, допомагають змінити негативні думки і переконання, а також навчити стратегіям зменшення тривоги та стресу. Фармакотерапія може включати призначення анксіолітиків або антидепресантів для полегшення симптомів тривоги.

Сепараційна тривога є одним з тривожних розладів, який характеризується надмірною тривогою або страхом, пов’язаним з відокремленням від основних доглядувальників або знайомого середовища. Цей розлад найчастіше спостерігається у дітей, особливо у перші роки життя, але може також виникати у дорослих [45].

Основні ознаки сепараційної тривоги включають [45]:

Надмірний страх перед розлукою зі значними іншими: дитина або доросла особа переживає інтенсивний страх або тривогу перед розлукою з близькими людьми або доглядувачами.

Страх перед розлукою в конкретних ситуаціях: сепараційна тривога може бути специфічною і пов’язаною з певними ситуаціями, такими як від’їзд одного з батьків, розлука з дому, перехід до нового середовища.

Фізичні симптоми тривоги: симптоми тривоги, такі як болі у животі, головні болі, нудота, втрата апетиту, проблеми зі сном, можуть супроводжувати сепараційну тривогу.

Відмова від розлуки або стійке уникання розлуки: дитина або доросла особа може активно уникати ситуацій, що спричиняють розлуку, або відмовлятися від розлуки навіть у нормальних обставинах.

Лікування сепараційної тривоги може включати психотерапію, спеціальні техніки для розробки навичок розлуки та зменшення тривоги, а також підтримку з боку батьків чи доглядувачів. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) може бути корисною в роботі з дітьми та дорослими, де спілкування з фахівцем допомагає змінити сприйняття розлуки та розвивати ефективні стратегії для зменшення тривоги. У важких випадках можуть бути розглянуті фармакотерапія або інші медичні втручання.

Соціальна фобія є тривожним розладом, що характеризується переживанням надмірної тривоги та страху у соціальних ситуаціях. Основною особливістю соціальної фобії є переживання страху перед оцінкою, критикою або відхиленням соціальним оточенням [48].

Ознаки соціальної фобії можуть включати [48]:

Сильний страх перед соціальними ситуаціями: юдина з соціальною фобією може переживати надмірний страх перед ситуаціями, де вона може бути в центрі уваги, виступати перед групою людей або взаємодіяти соціально.

Страх перед оцінкою та критикою: основний страх, що супроводжує соціальну фобію, пов’язаний зі страхом перед оцінкою та критикою інших

людей. Людина може боятися виглядати неправильно, глузування, публічної сором’язливості або викликати негативні реакції оточення.

Фізичні симптоми тривоги: соціальна фобія може спричиняти фізичні симптоми, такі як підвищена пульс, потовиділення, дрожіння, нудота, затруднення з диханням, червоніння обличчя.

Уникання соціальних ситуацій: людина з соціальною фобією може активно уникати ситуацій, які викликають тривогу. Вони можуть уникати відвідування громадських подій, групових зустрічей або навіть забороняти себе участь у розмовах і соціальних взаєминах.

Лікування соціальної фобії може включати психологічну терапію, таку як когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), яка допомагає змінити негативні думки і паттерни поведінки, пов’язані зі страхом соціальних ситуацій. У деяких випадках може бути рекомендована медикаментозна терапія, зокрема анксіолітичні ліки[55].

Шкільна фобія є одним з проявів тривожного розладу, характеризується надмірним страхом або тривогою, пов’язаною зі школою та шкільними ситуаціями. Цей страх може бути настільки сильним, що впливає на фізичне і емоційне благополуччя дитини, а також на її академічні досягнення [47].

Ознаки шкільної фобії можуть включати [47]:

Надмірний страх перед школою. Дитина може виявляти сильний страх або опір щодо відходу до школи. Вона може скаржитися на фізичні симптоми, такі як головний біль, шлункові болі або нудота, що виникають перед або під час шкільного дня.

*Уникання шкільних ситуацій.*Дитина може намагатися уникати шкільні заняття, виховні заходи, спілкування з однокласниками чи вчителями. Вона може намагатися залишатися вдома або шукати відмовки для відсутності у школі.

Фізичні симптоми тривоги. Шкільна фобія може супроводжуватися фізичними симптомами тривоги, такими як підвищений пульс, потовиділення, дрожіння, затруднення з диханням або швидке дихання.

Психологічна дистрес. Дитина може виявляти ознаки психологічного дистресу, такі як роздратованість, смуток, плач або емоційну нестабільність пов'язану зі шкільними ситуаціями.

Лікування шкільної фобії може включати психологічну підтримку, когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), а також спілкування зі шкільними працівниками, щоб забезпечити сприятливу шкільну атмосферу та розуміння потреб дитини. В окремих випадках можуть бути розглянуті фармакологічні засоби за призначенням лікаря.

Важливо надати підтримку та допомогу дитині з шкільною фобією, сприяти її поступовій адаптації до шкільного середовища та розвитку стратегій копінгу з тривогою.

Отже, розуміння тривожних розладів включає комплексний підхід, який враховує біологічні, психологічні та соціокультурні фактори. Лікування тривожних розладів може включати психотерапію, фармакотерапію та інші методи допомоги, які допомагають зменшити тривогу та поліпшити якість життя особи, що страждає від цих розладів.

1.4.2. Експлікаційний аналіз концептуальних поглядів депресивних розладів у осіб пубертатного періоду

Депресивний розлад (або клінічна депресія) є серйозним психічним розладом, характеризується постійним почуттям пригніченості, сумніву, втрати інтересу до раніше приємних справ, енергетичного зневаги та низького настрою. Це стан, який триває протягом тривалого періоду часу і впливає на функціонування особистості та щоденну активність.

Великий депресивний розлад, на відміну від звичайної депресії, під якою розуміють практично будь-який поганий або пригнічений, тужний

настрій, ВДР є цілим комплексом симптомів – клінічним синдромом. Навіть більше, він може взагалі не супроводжуватися поганим настроєм, пригніченістю чи тугою – так звана депресія без депресії, чи маскована депресія, соматизована депресія[54].

Симптоми депресивного розладу можуть включати постійну сумнівність, втрату інтересу до раніше улюблених справ, сонливість або безсоння, втрату апетиту або надмірний апетит, низький енергетичний рівень, знижений настрій, почуття вини, нездатності прийняти рішення та концентруватися, а також можуть виникати думки про смерть або самогубство [54].

Депресивний розлад може мати різні причини, такі як генетична схильність, хімічні дисбаланси в мозку, стресові події, травми або інші фактори, що впливають на психічний стан. Лікування депресивного розладу може включати психотерапію, фармакотерапію, підтримуючу терапію та інші методи, які допомагають зменшити симптоми та поліпшити настрій та якість життя особи, що страждає від цього розладу [8].

Депресивні стани можуть виявлятися в різних формах і варіювати за важкістю симптомів. Ось деякі види депресивних станів [31;32]:

Клінічна депресія – це глибокий депресивний стан, характеризується серйозними симптомами, такими як постійна сумнівність, втрата інтересу до раніше приємних справ, енергетичний зневага та низький настрій. Цей стан триває протягом тривалого періоду часу.

Дистимія – це хронічний, менш виражений тип депресивного стану. Симптоми дистимії, хоча й менш інтенсивні, можуть тривати протягом років і впливати на щоденне функціонування.

Сезонна афективна розлад – це тип депресивного стану, який пов’язаний зі зміною сезонів, зазвичай відчувається взимку. Люди, що страждають від даного розладу, можуть відчувати симптоми депресії, такі як сумнівність, втрата енергії та збільшена потреба у сні.

Постановка психологічної депресії – це стан, коли людина може відчувати симптоми депресії, але причина цих симптомів пов’язана з психологічними чинниками, такими як негативні думки, переживання або стрес.

Материнська депресія – це депресивний стан, який виникає у жінок після народження дитини. Симптоми можуть включати сумнівність, почуття вини, втрату інтересу до дитини та зміни настрою.

Субдепресія є формою низького настрою або легшої формою депресивного стану, яка відрізняється від клінічного депресивного розладу. Вона може проявлятися через невелику, але тривалу втому, загальну безцільність, втрату інтересу до раніше приємних справ, втрату енергії, знижену самооцінку, почуття роздратованості або підвищеної чутливості, знижений апетит або перевищений апетит, зірваність з сну, затримку рухів або загальну сповільненість [30].

Субдепресія може бути менш інтенсивною та тривалою порівняно з клінічним депресивним розладом, але все ж може впливати на якість життя та психічний стан людини. Вона може виникати внаслідок стресу, переживань, втрати, незадоволеності, адаптаційних труднощів чи інших факторів [6].

Важливо розрізняти субдепресію від нормальних коливань настрою, що відбуваються у житті кожної людини. Якщо субдепресивні симптоми тривають тривалий час, перешкоджають нормальному функціонуванню та приносять страждання, рекомендується звернутися до фахівця, який може провести детальний оцінювання та запропонувати відповідні стратегії лікування та підтримки, такі як психотерапія, фармакотерапія або інші методи психологічної допомоги [23].

Отже, депресивний розлад є серйозним психічним розладом, який характеризується постійною низьким настроєм, втратою інтересу до приємних справ, зменшеним енергетичним рівнем, зниженою самооцінкою та іншими симптомами, які значно впливають на функціонування людини.

Висновки до першого розділу

1. Девіантна поведінка – поведінкова система індивіда, що виходить за рамки загальноприйнятого поняття нормативної поведінки в конкретній сфері суспільних відносин, є результатом спотворення процесу соціалізації та мотиваційної ієрархічної структури в бік спрощення та домінування в часі. Психологічні методи розуміння механізму девіантної поведінки базуються на певних суб'єктивних факторах, найважливішими з яких є адаптивність, повнота «Я-концепції», усвідомлення самореалізації, ефективність соціального досвіду.

2. Види девіантної поведінки можуть бути різноманітними, включаючи асоціальну та антисоціальну поведінку, аддиктивну поведінку, патохарактеріологічну поведінку (психопатії), психопатологічну поведінку, компульсивне переїдання, агресивну поведінку та багато інших. Кожен вид девіантної поведінки має свої специфічні риси, причини та наслідки. Вивчення цих видів поведінки допомагає нам краще розуміти людську природу, соціальні взаємодії та фактори, що сприяють виникненню девіантної поведінки. Це дозволяє розробляти ефективні програми попередження та втручання, спрямовані на зменшення ризику виникнення такої поведінки та покращення якості життя людей.

3. Тривожні розлади є психічними порушеннями, які характеризуються надмірною тривогою, страхом, неспокоєм та фізичними симптомами, які виникають у відповідь на певні ситуації або події. Основними тривожними розладами є панічний розлад, генералізований тривожний розлад, соціальна фобія, сепараційна тривога та інші.

4. Панічний розлад характеризується епізодами інтенсивної паніки, що виникають раптово та супроводжуються фізичними симптомами, такими як серцебиття, потовиділення, духота, тривожність відносно наступних нападів паніки.

5. Генералізований тривожний розлад характеризується постійною, надмірною тривогою та неспокоєм, яка впливає на різні сфери життя особи. Люди з цим розладом часто переживають стан постійної напруги та хвилювання, супроводжувані фізичними симптомами тривоги.

6. Соціальна фобія характеризується надмірним страхом перед соціальними ситуаціями та опасками виявити себе некомфортно або сором'язливо. Люди з цим розладом можуть уникають ситуацій соціального спілкування або виконання публічних виступів.

7. Сепараційна тривога характеризується надмірним страхом або тривогою, пов'язаною з відокремленням від близьких людей або відлученням від домівки або звичного середовища.

8. Робота з депресивними станами і девіантною поведінкою вимагає комплексного підходу та індивідуалізованого плану лікування. Основні підходи включають психотерапію, фармакотерапію та психосоціальну підтримку. Психотерапія є одним з основних методів роботи з депресивними станами та девіантною поведінкою. Різні підходи, такі як когнітивно-поведінкова терапія, психодинамічна терапія, інтерперсональна терапія та інші, можуть бути використані для допомоги пацієнтам зрозуміти свої емоції, розв'язати проблеми, змінити негативні мислення та практикувати здорові способи копінгу.

9. Фармакотерапія також може бути рекомендована в деяких випадках депресивних станів, особливо якщо симптоми важкі або тривають довгий час. Антидепресанти, анксіолітики та інші ліки можуть бути призначені під наглядом лікаря для полегшення симптомів та підтримки психічного стану.

10. Психосоціальна підтримка грає також важливу роль у роботі з депресивними станами та девіантною поведінкою. Це може включати розуміння та підтримку з боку родини, друзів, підтримуючих груп, а також доступ до ресурсів та служб, які можуть надати допомогу в різних аспектах життя пацієнта. Важливо враховувати індивідуальні особливості кожної людини та використовувати комплексний підхід, щоб забезпечити

найефективнішу допомогу. Командна робота між психологами, психіатрами, соціальними працівниками та іншими фахівцями може бути корисною для забезпечення комплексного лікування та підтримки пацієнтів з депресивними станами та девіантною поведінкою.

ІІ. КОНСТАТУВАЛЬНО-ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ДЕВІАНТНОГО ПРОФІЛЮ ТА ДИСФУНКЦІЙНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ОСІБ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ

2.1.Організаційно-методичні засади емпіричного дослідження: характеристика вибірки та методів дослідження

Перший етап дослідження включав у себе теоретичне дослідження суміжних тематик і практичних опитувань, що дало змогу виокремити найбільш раціональні та ефективні діагностичні методики.

Другий етап: для проведення дослідження особливостей прояву інтерференційності девіантного профілю особистості з дисфункціональними емоційними станами серед підлітків нами було використано низку діагностичних методик:

1. «Методика схильності до девіантної поведінки (СДП) Е. Леуса (Додаток А).

Мета методики: визначення оцінки ступеня виразності дезадаптації у підлітків із різними видами девіантної поведінки. Визначають показники вираженості:

- Залежна поведінка означає стан, коли людина виявляє нездатність або значну складність у контролі над своїми діями, спричинену залежністю від речей, речовин або певних звичок. Це може включати фізичні залежності (наприклад, наркотики або алкоголь), психологічні залежності (наприклад, азартні ігри, комп’ютерні ігри) або поведінкові залежності (наприклад, компульсивне шопінгу, їжі).

Залежна поведінка може мати негативний вплив на фізичне і психічне здоров’я людини, а також на її взаємини з оточуючими. Люди, що страждають від залежності, можуть витрачати значну кількість часу, грошей та енергії на задоволення своїх залежностей, що може призводити до проблем у роботі, сімейному житті, фінансах та інших сферах життя.

- Самоушкоджуюча поведінка є формою небезпечної поведінки, коли людина наносить фізичну шкоду своєму власному тілу. Це може включати такі дії, як різання, опікання, удари, вдари себе або спричинення інших травм.

Самоушкоджуюча поведінка може бути спробою людини впоратися з емоційними болем, стресом, тривогою або внутрішнім конфліктом. Для деяких людей це може стати способом вираження нездатності контролювати свої емоції або впливувати на своє самопочуття. Самоушкодження не є здоровим чи ефективним способом вирішення проблем. Воно може призводити до серйозних фізичних та психологічних ушкоджень, а також погіршення загального стану особи.

Агресивна поведінка – це вчинки або дії, спрямовані на спричинення шкоди, фізичної або емоційної, іншим людям або навколишньому середовищу. Це може включати вербальну агресію (наприклад, загрози, образи), фізичну агресію (наприклад, бійки, напади) або психологічну агресію (наприклад, маніпуляції, інтимідація).

Агресивна поведінка може мати різні причини, включаючи незадоволеність, стрес, фрустрацію, навчену модель поведінки або проблеми з контролем емоцій. Іноді люди використовують агресію як засіб захисту, спосіб вираження своїх потреб або отримання контролю над ситуацією.

Делінквентна поведінка є формою антисоціальної поведінки, яка включає порушення соціальних норм, правил та законів. Це може включати такі дії, як крадіжки, побиття, вандалізм, шахрайство, скоєння злочинів та інші антиправові дії.

Делінквентна поведінка часто проявляється у підлітковому віці, коли молоді люди можуть відчувати внутрішній конфлікт, незадоволення, труднощі у взаєминах або недостатню підтримку з боку оточуючих. Також можуть впливати негативні фактори навколишнього середовища, такі як бідність, насильство, відсутність доступу до освіти або негативний вплив ровесників.

Соціально зумовлена поведінка - це тип поведінки, який формується під впливом соціального середовища, культурних норм, цінностей та очікувань. Люди утворюють свої установки, відповідно до яких вони вчиняють у відповідних ситуаціях. Соціально зумовлена поведінка може включати різноманітні аспекти, такі як мова, етикет, стереотипи, правила поведінки та способи взаємодії з іншими людьми.

Соціальне середовище включає сім'ю, школу, релігійну спільноту, робоче оточення та інші групи, з якими людина взаємодіє. Кожне з цих середовищ має свої власні норми, цінності та очікування, які впливають на поведінку індивіда. Наприклад, в різних культурах можуть бути різні правила щодо одягу, способу спілкування, ставлення до авторитетів та інших аспектів.

2. Скринінг емоційних розладів, пов'язаних із тривогою (SCARED) (Додаток Б).

Скринінг емоційних розладів, пов'язаних із тривогою (SCARED) - це інструмент, розроблений для виявлення ознак тривожних розладів у дітей та підлітків. SCARED є популярним опитувальником, що використовується в клінічній практиці та дослідженнях для оцінки рівня тривожності у дітей і визначення можливих емоційних розладів.

SCARED містить 41 запитання, які охоплюють різні аспекти тривожності, включаючи загальну тривожність, роздратованість, панічні атаки, соціальну тривожність та ізольованість. Відповіді дитини або підлітка оцінюються за шкалою від 0 до 2, де 0 означає, що симптом не присутній, 1 – симптом присутній в обмеженій мірі, і 2 – симптом присутній інтенсивно.

SCARED може бути корисним інструментом для виявлення можливих проблем з тривожністю у дітей та підлітків і служити орієнтиром для подальшої оцінки та діагностики тривожних розладів. Проте, важливо зауважити, що SCARED є лише скринінговим інструментом і не може замінити професійну оцінку та діагноз, які повинні проводити кваліфіковані фахівці, такі як психолог чи психіатр.

3. Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової) (Додаток В).

Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової) є інструментом, розробленим для оцінки рівня депресії у пацієнтів. Вона є адаптацією оригінальної шкали депресії, розробленої Вільямом Зунгом.

Ця методика використовується у клінічній практиці та дослідженнях для оцінки симптомів депресії та визначення рівня важкості депресивного стану у пацієнтів. Шкала містить 20 запитань, на які пацієнт повинен відповісти, вказавши, наскільки часто кожен з симптомів був присутній у нього протягом останніх 2 тижнів. Відповіді оцінюються за 4-бальною шкалою від «рідко» до «часто», присвоюючи бали від 0 до 3.

Результати шкали Зунга можуть допомогти у диференційній діагностиці депресивних станів, виявленні важкості депресії та оцінці ефективності лікування. Вони надають числові дані, які можуть бути порівняні з нормативними показниками та інтерпретовані фахівцем.

Проте важливо зазначити, що шкала Зунга не є остаточним діагностичним інструментом і не замінює професійну оцінку та діагноз, які повинні проводити кваліфіковані фахівці, такі як психолог або психіатр. Вона слугує як початкова оцінка, яка може вказувати на наявність депресивних симптомів та потребу у подальшому обстеженні.

Характеристика вибірки: у дослідженні взяли участь 40 осіб-підлітків Лашківського ЗЗСО І-ІІІст. віком 14-17 років. Опитування проводилося онлайн за допомогою надання респондентам електронних матеріалів опитувальників, попередньо пояснивши інструкції і положення щодо проходження тестів. Отримані результати були опрацьовані у відповідності до вимог та особливостей інтерпретації кожної із методик. При опитуванні не враховувався матеріальний статус респондента, його навчальна успішність тощо.

На третьому етапі було проведено підрахунок отриманих результатів та їхня інтерпретація у відповідності до зазначених положень кожної методики. Всі показники представлені у вигляді графіків і таблиць із загальними груповими показниками.

2.2. Результати діагностичного дослідження особливостей прояву девіантного профілю з дисфункційними емоційними станами серед досліджуваних осіб пубертату

2.2.1. Ідентифікація показників ступеню вираженості схильності до різних видів девіантної поведінки серед осіб пубертатного періоду

У даному підрозділі наводиться інтерпретація результатів діагностичного дослідження ідентифікації показників ступеню прояву дезадаптації у осіб пубертату з проявами девіантної поведінки, яке здійснювалося за допомогою «Методики схильності до девіантної поведінки (СДП) Е. Леуса».

Отже, результати показників за ступенем вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності соціально зумовленої поведінки» серед субвибірки респондентів-хлопців представлено на рисунку 2.1.

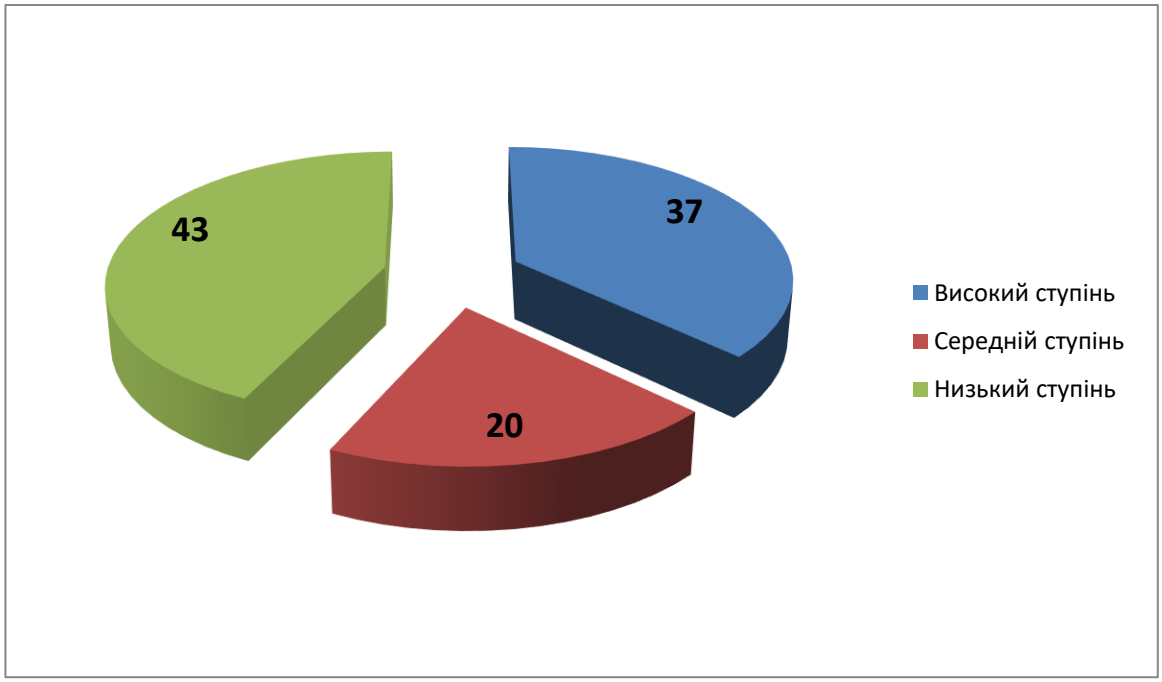


Рис. 2.1. Ідентифікація показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності соціально зумовленої поведінки» серед субвибірки респондентів-хлопців (у%)

Як бачимо, з рис. 2.1., де відображена ідентифікація за ступенем вираженості схильності до девіантної поведінки, у блоці «оцінки схильності

соціально зумовленої поведінки», серед субвибірки респондентів-хлопців, фігурує найвищий показник за низьким ступенем вираженості схильності до девіантної поведінки у цьому блоці – у 43% досліджуваних респондентів – підлітків-хлопців. Низкий ступінь вираженості схильності до соціально зумовленої поведінки, вказує на неадаптованість й можливу ізоляцію, замкнутість, скритність підлітка від групи однолітків.

Проте, у 37% респондентів – підлітків-хлопців діагностується високий ступінь вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності соціально зумовленої поведінки», який есплікується високим ступенем.

І, у найменшої кількості респондентів-хлопців – у 20% діагностується середній ступінь вираженості схильності до девіантної поведінки, що кваліфікується як референтний інтервал норми і відповідає віковій нормі для підлітків, у яких проявляється, як провідний вид діяльності – це спілкування, щоє основою для функціонування.

Результати показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності соціально зумовленої поведінки» серед субвибірки респондентів-дівчат представлено на рисунку 2.2.

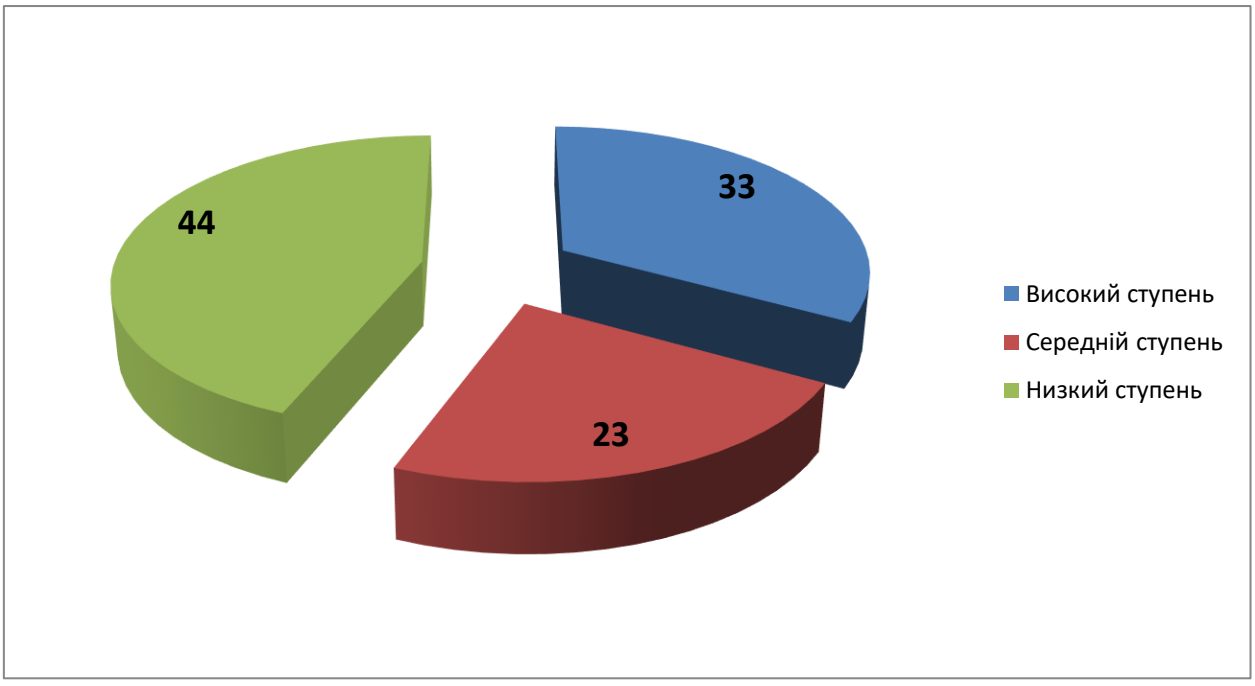


Рис. 2.2. Ідентифікація показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності соціально зумовленої поведінки» серед субвибірки респондентів-дівчат (у%)

Як бачимо, з рис. 2.2., найвищий показник ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності соціально зумовленої поведінки», серед субвибірки респондентів-дівчат, проявляється за низьким ступенем вираженості схильності до девіантної поведінки – у 44% досліджуваних.

Високий ступінь вираженості схильності до девіантної поведінки у цьому блоці діагностовано серед 33% дівчат, а середній ступінь вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «схильності до соціально зумовленої поведінки» виявлений серед 23% респондентів дівчат.

Порівняльний аналіз ідентифікованих показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності соціально зумовленої поведінки» серед субвибірок респондентів хлопців та дівчат представлено на рисунку 2.3.

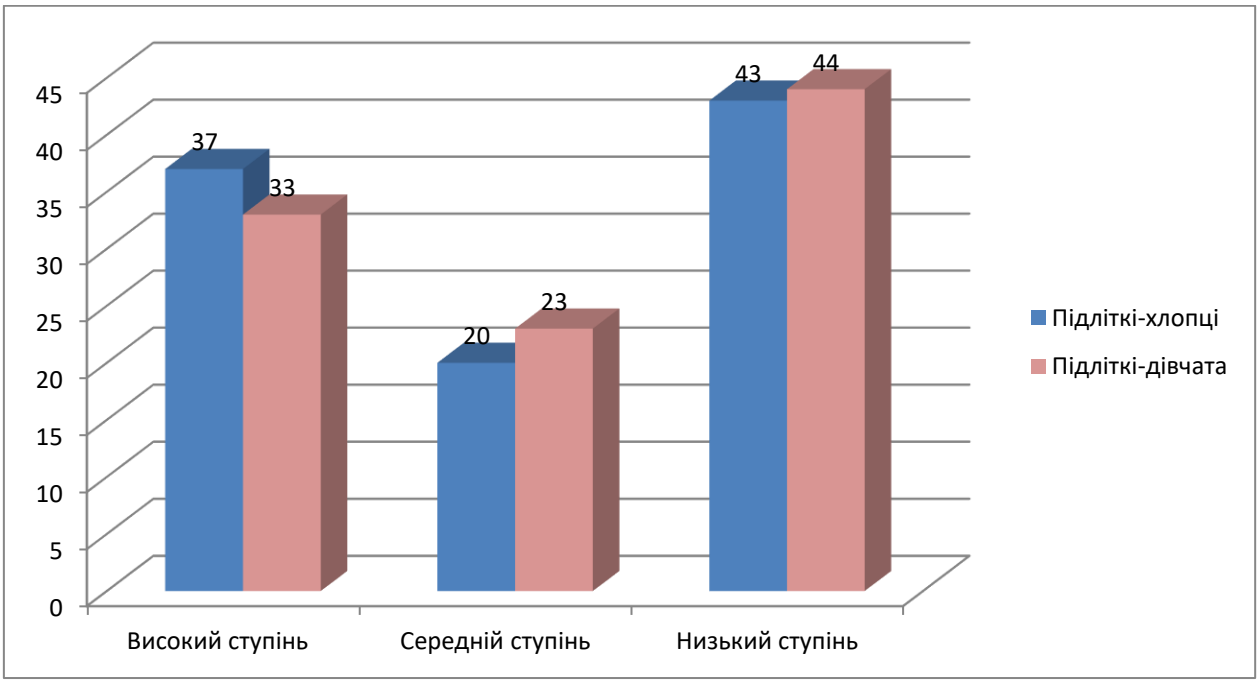


Рис. 2.3.Порівняльний аналіз ідентифікованих показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності соціально зумовленої поведінки» серед субвиборок досліджуваних –хлопців та дівчат (у%)

Отже, як бачимо з рисунку 2.3. показники ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки, а саме у блоці «схильності до соціально зумовленої поведінки», серед субвиборок досліджуваних респондентів-підлітків – хлопців та дівчат, майже, не відрізняється. Таким чином, найбільша кількість підлітків, майже половину з сукупної вибірки, й на одному рівні (43% - хлопців та 44% - дівчат) демонструють низький ступінь вираженості схильності до соціально зумовленої поведінки, що свідчить про їх не адаптованість, ізоляцію та замкнутість від груп однолітків.

Також, майже в однаковій кількості і у хлопців – (37%) і у дівчат, не набагато менше, – (33%) виявлений високий ступінь вираженості схильності до соціально зумовленої поведінки, що засвідчує те, що ці підліткі легко адаптуються вони схильні до впливу на них значущіх інших в групі, до думки групи, залежності від інших людей, схиляння перед авторитетами, характеризуються конформністю – пасивним прийняттям визначених значущими іншими готових стандартів у поведінці, норм та правил, яких дотримується референтна для них група.

І середній ступінь вираженості схильності до соціально зумовленої поведінки, хоч і діагностований серед найменшої кількості досліджуваних респондентів, проте майже не відрізняється по кількості прояву серед хлопців та дівчат. Як бачимо, хлопців з цим ступенем прояву 20%, а дівчат 23%. Слід зауважити, що саме цей ступінь вираженості схильності до соціально зумовленої поведінки кваліфікується як референтний інтервал норми і відповідає віковій нормі для підлітків, у яких проявляється просоціальна поведінка, але з чітким розумінням як діяти морально конструктивно.

Наступний блок, в рамках вивчення підлітків з різними девіаціями, визначався оцінкою делінквентної (допротиправної) поведінки серед досліджуваних респондентів-підлітків. Отже, ідентифікація ступеню

вираженості схильності до делінквентної поведінки серед субвибірки респондентів-хлопців представлено на рисунку 2.4.

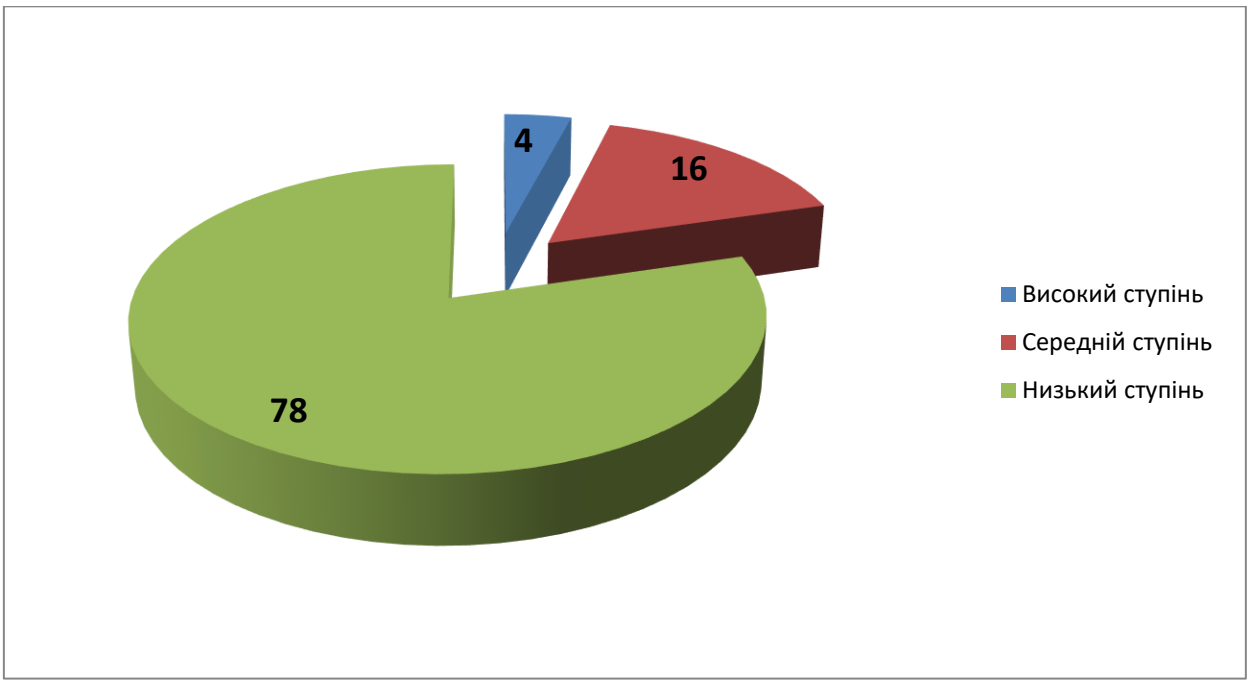


Рис. 2.4. Ідентифікація показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності до делінквентної поведінки» серед субвибірки респондентів-хлопців (у%)

Отже, як бачимо з рисунку 2.4., ідентифікація показників ступеню вираженості схильності до делінквентної поведінки високого ступеню діагностується у надзвичайно низької кількості респондентів-хлопців – всього у 4% підлітків. Дещо більша кількість респондентів, а саме серед 16% підлітків-хлопців, проявляється середній ступінь вираженості схильності до делінквентної поведінки. І найбільша кількість досліджуваних респондентів-хлопців демонструють низький ступінь вираженості до делінквентної поведінки, а саме 78% підлітків-хлопців.

Ідентифікація показників ступеню вираженості схильності до делінквентної поведінки серед субвибірки респондентів-дівчат представлена на рисунку 2.5.

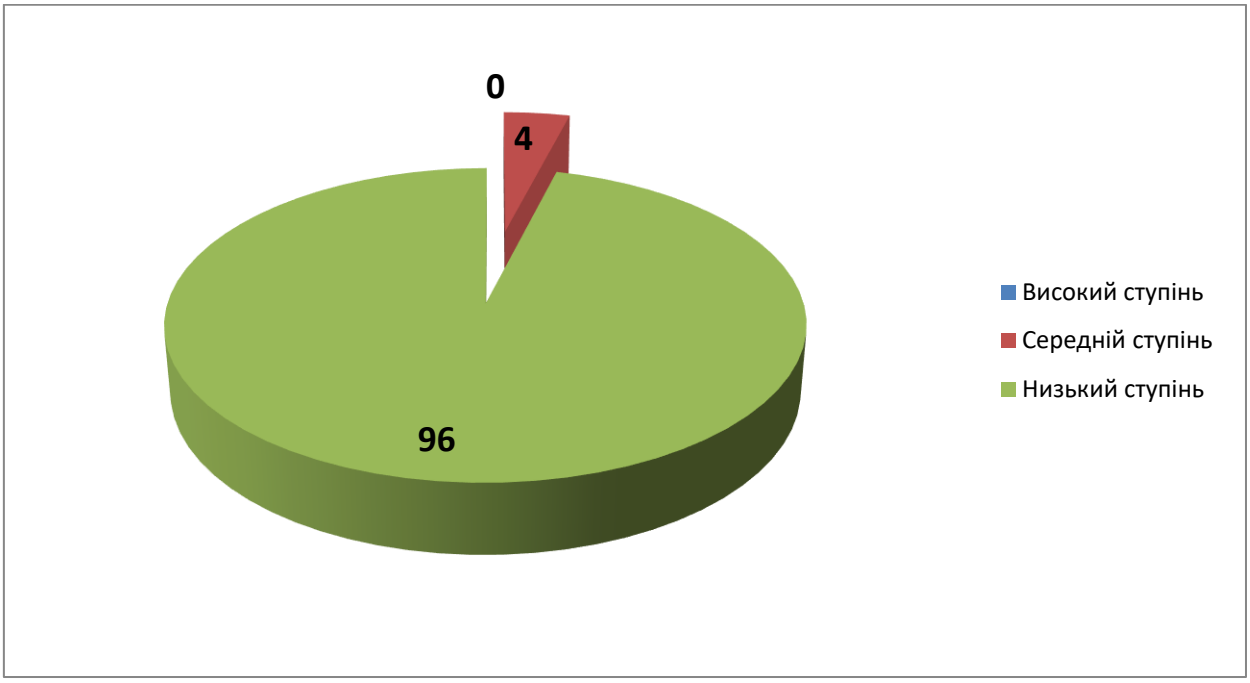


Рис. 2.5. Ідентифікація показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності до делінквентної поведінки» серед субвибірки респондентів-дівчат (у%)

Як бачимо з рисунку 2.5. ідентифікація показників ступеню вираженості схильності до делінквентної поведінки високого ступеню взагалі не діагностується серед досліджуваних респондентів-дівчат. Також, надзвичайно низька кількість респондентів – 4% підлітків-дівчат, проявляють середній ступінь вираженості схильності до делінквентної поведінки. І, надзвичайно велика кількість дівчат, а саме 96% демонструють низький ступінь схильності до делінквентної поведінки.

Порівняльний аналіз ідентифікованих показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності до делінквентної поведінки» серед субвибірок респондентів хлопців та дівчат представлено на рисунку 2.6.

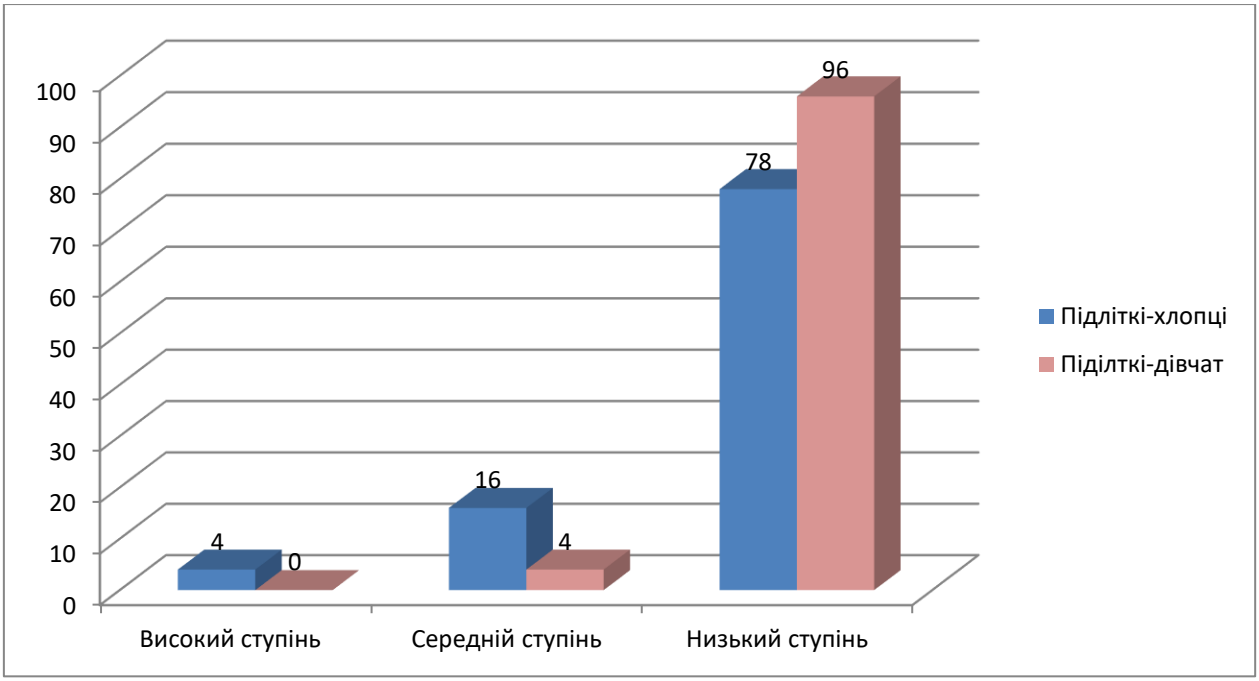


Рис. 2.6. Порівняльний аналіз ідентифікованих показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності до делінквентної поведінки» серед субвиборок досліджуваних – хлопців та дівчат (у%)

Отже, як бачимо з рисунку 2.6. показники ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «схильності до делінквентної поведінки», серед субвиборок досліджуваних респондентів-підлітків – хлопців та дівчат відрізняються, в максимальній кількості, за показниками низького ступеню вираженості схильності до делінквентної поведінки, а саме – у 96% дівчат та у 78% хлопців.

Щодо середнього ступеню вираженості схильності до делінквентної поведінки, то серед підлітків-хлопців, хоч і, у не значної кількості респондентів, а саме серед 16%, показники значно вищі ніж серед досліджуваних підлітків-дівчат, у яких цей показник відображен тілки серед 4% респонденток.

І, найменша кількість респондентів, і то, тільки серед досліджуваних підлітків-хлопців – (у 4%) демонструють високий ступінь вираженості схильності доделінквентної поведінки, а серед дівчат взагалі цей ступень не ідентифікований.

Отже, можемо зробити висновок, що значуща більшість підлітків – як хлопців, так і дівчат не схильні до делінквентної поведінки, а тільки чверть, серед сукупної вибірки досліджуваних респондентів хлопців та дівчат, із значною перевагою саме хлопців, схильні до делінквентної поведінки. Такі підлітки характеризуються антисоціальною, допротиправною поведінкою, яка суперечить правовим нормам та може – дрібне хуліганство, нецензурна лайка в суспільних місцях, розпиття спиртних напоїв та поява у стані алкогольного, наркотичного сп’яніння в суспільних місцях; дисциплінарні проступки –невиконання своїх обов'язків, або під час навчання тощо, сюди відносяться і дрібні злочини – суспільно небезпечні – крадіжки, здійснення шкоди здоров’ю, вандалізм тощо.

Наступний блок, в рамках вивчення предмету дослідження – це «оцінка адиктивної поведінки». Отже, ідентифікація ступеню вираженості схильності до адиктивної (залежної) поведінки серед досліджуваних респондентів – підлітків-хлопців, представлено на рисунку 2.7.

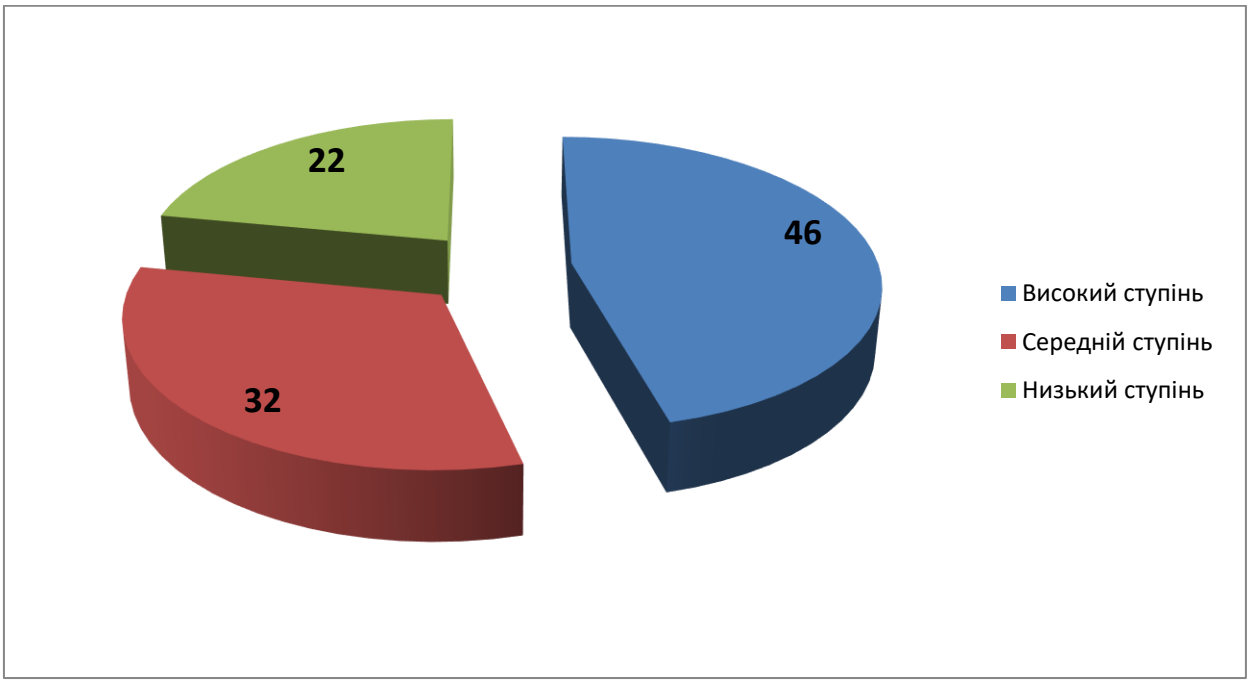


Рис. 2.7. Ідентифікація показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності до адиктивної поведінки» серед субвибірки респондентів-хлопців (у%)

Отже, як бачимо з рисунку 2.7. ідентифікація показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності до адиктивної поведінки» серед субвибірки респондентів-хлопців демонструє досить високи показники, а саме, найбільші, за високим ступенем вираженості схильності до адитивної поведінки – у 46% підлітків. Дещо менший показник фігурує серед 32% підлітків у яких діагностується середній ступінь вираженості схильності до адитивної поведінки. І, серед найменшої кількості досліджуваних підлітків-хлопців, проявляють низький ступень вираженості схильності до адитивної поведінки, а саме 22% респондентів.

Ідентифікація ступеню вираженості схильності до адиктивної поведінки (залежної) поведінки серед досліджуваних респондентів – підлітків-дівчат, представлена на рисунку 2.8.

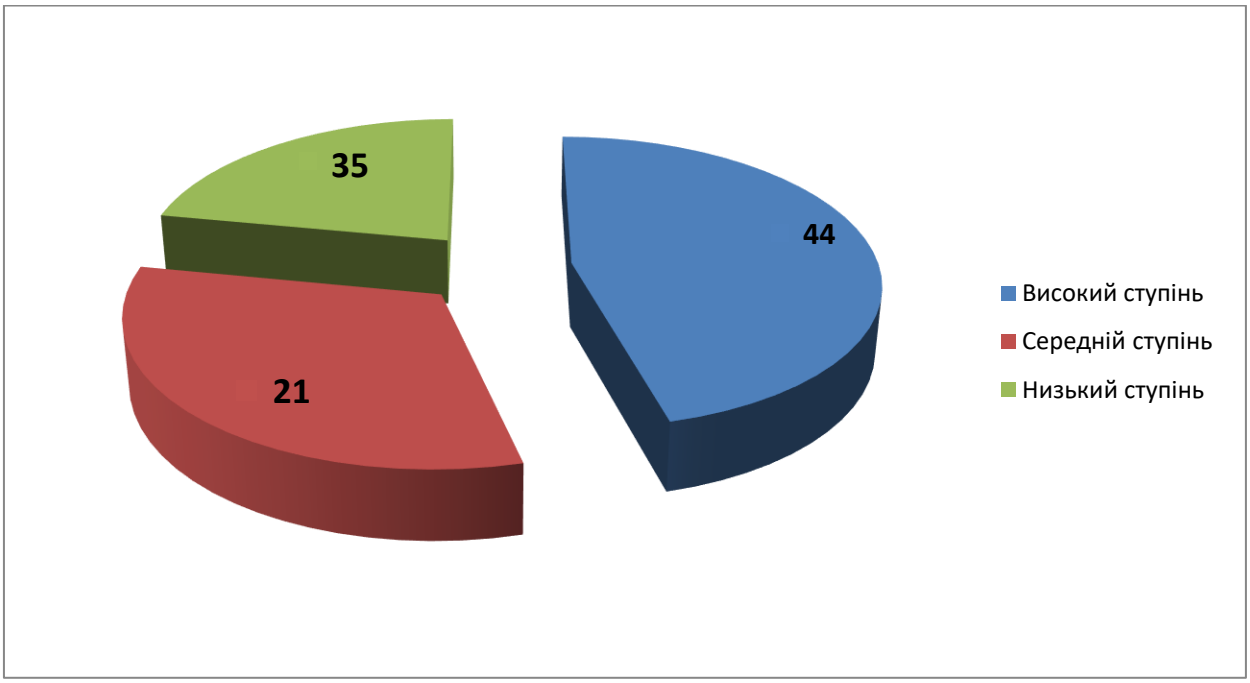


Рис. 2.8. Ідентифікація показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності до адиктивної поведінки» серед субвибірки респондентів-дівчат (у%)

Отже, як бачимо з рисунку 2.8. ідентифікація показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності до адиктивної поведінки» серед субвибірки респондентів-дівчат, також, як і у

хлопців, демонструє досить високи показники за високим ступенем вираженості схильності до адитивної поведінки – у 44% дівчат. Проте, значно менша кількість підлітків-дівчат, а саме – 35% демонструють низький ступінь вираженості схильності до адиктивної поведінки. І, ще менша кількість досліджуваних дівчат, всього майже чверть, діагностовано з середнім ступенем вираженості схильності до адитивної поведінки, яка виявлена серед 21% підлітків-дівчат.

Порівняльний аналіз ідентифікованих показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності до адиктивної поведінки» серед субвибірок респондентів хлопців та дівчат представлено на рисунку 2.9.

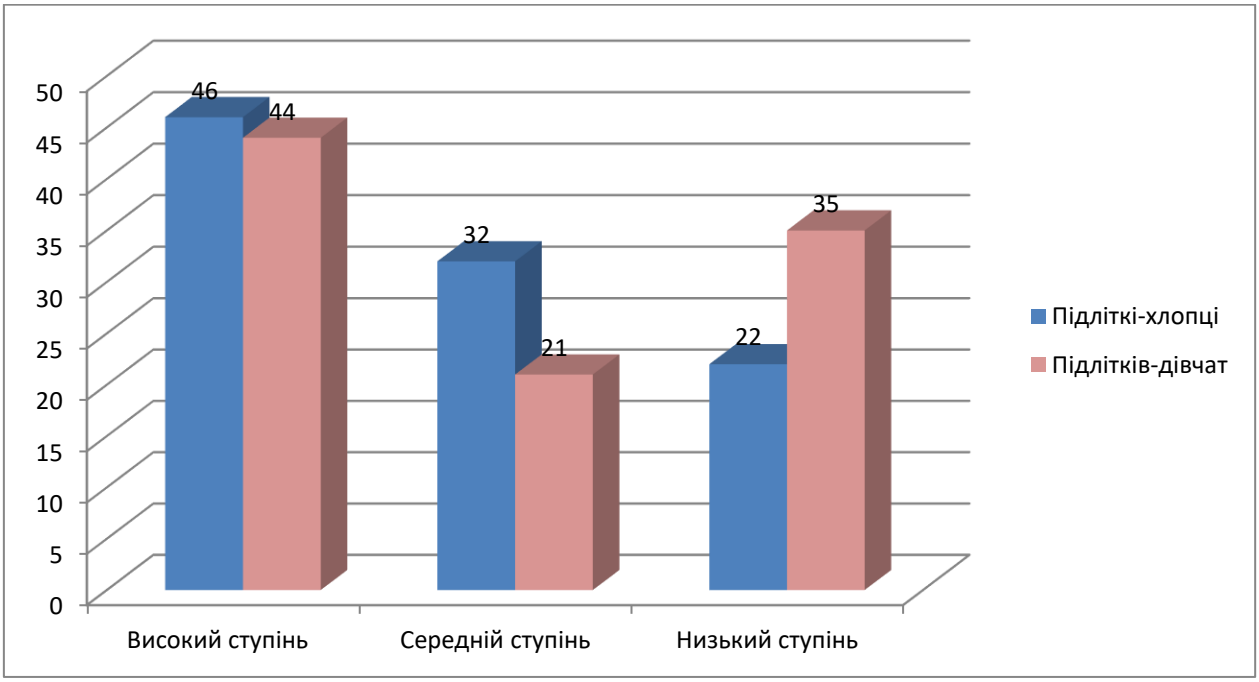


Рис. 2.9. Порівняльний аналіз ідентифікованих показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності до адиктивної поведінки» серед субвиборок досліджуваних – хлопців та дівчат (у%)

Отже, як бачимо з рисунку 2.9. показники ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «схильності до адиктивної поведінки», серед субвиборок досліджуваних респондентів-підлітків – хлопців та дівчат, майже не відрізняються за ідентифікованими показниками

високого ступеню вираженості схильності до адитивної поведінки. Так, бачимо, що цей показник діагностований серед 46% підлітків-хлопців та 44% підлітків-дівчат.

Показники низького ступеню вираженості схильності до адиктивної поведінки, займають другу позицію і, значно відрізняються, серед кількості респондентів-підлітків – хлопців (22%) та набагато більше цей ступінь виражений у дівчат (35%).

Проте, середній ступінь вираженості схильності до адиктивної поведінки демонструє тенденцію навпаки, а саме серед підлітків-хлопців цей ступінь проявляється у значно більшої кількості респондентів (у 32%), ніж у дівчат (21%).

Отже, можемо зробити висновок, що значуща більшість підлітків – як хлопців, так і дівчат схильні до адиктивної поведінки і тільки чверть досліджуваних респондентів, серед сукупної вибірки, не схильна до адиктивної поведінки. Також, варто підкреслити, що потрібно враховувати різноманітність видів адиктивної (залежної) поведінки – це може бути і хімічна залежність від психоактивних речовин і, адикції щодо харчування (голодання або переїдання) і, нехімічна адикція.

Наступний блок, в рамках вивчення – це «оцінка агресивної поведінки». Отже, ідентифікація ступеню вираженості схильності до агресивної поведінки серед досліджуваних респондентів – підлітків-хлопців, представлено на рисунку 2.10.

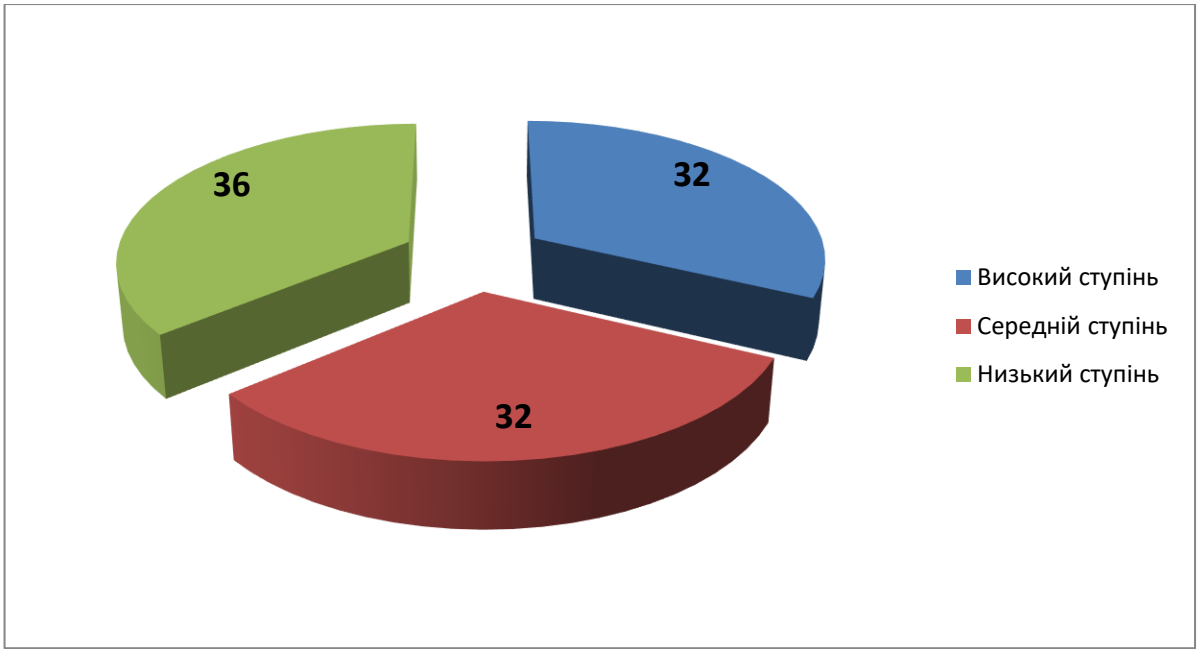


Рис. 2.10. Ідентифікація показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності до агресивної поведінки» серед субвибірки респондентів-хлопців (у%)

Отже, як бачимо з рисунку 2.10. ідентифікація показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності до агресивної поведінки» серед субвибірки респондентів-хлопців демонструє майже однакові показники ступеню вираженості схильності до агресії по всіх ступенях, а саме: серед найбільшої кількості респондентів – у 36% підлітків-хлопців, діагностується низький ступінь прояву агресії, дещо менше – по 32% підлітків діагностований середній та високий ступені вираженості схильності до агресивної поведінки.

Ідентифікація ступеню вираженості схильності до агресивної поведінки серед досліджуваних респондентів – підлітків-дівчат, представлена на рисунку 2.11.

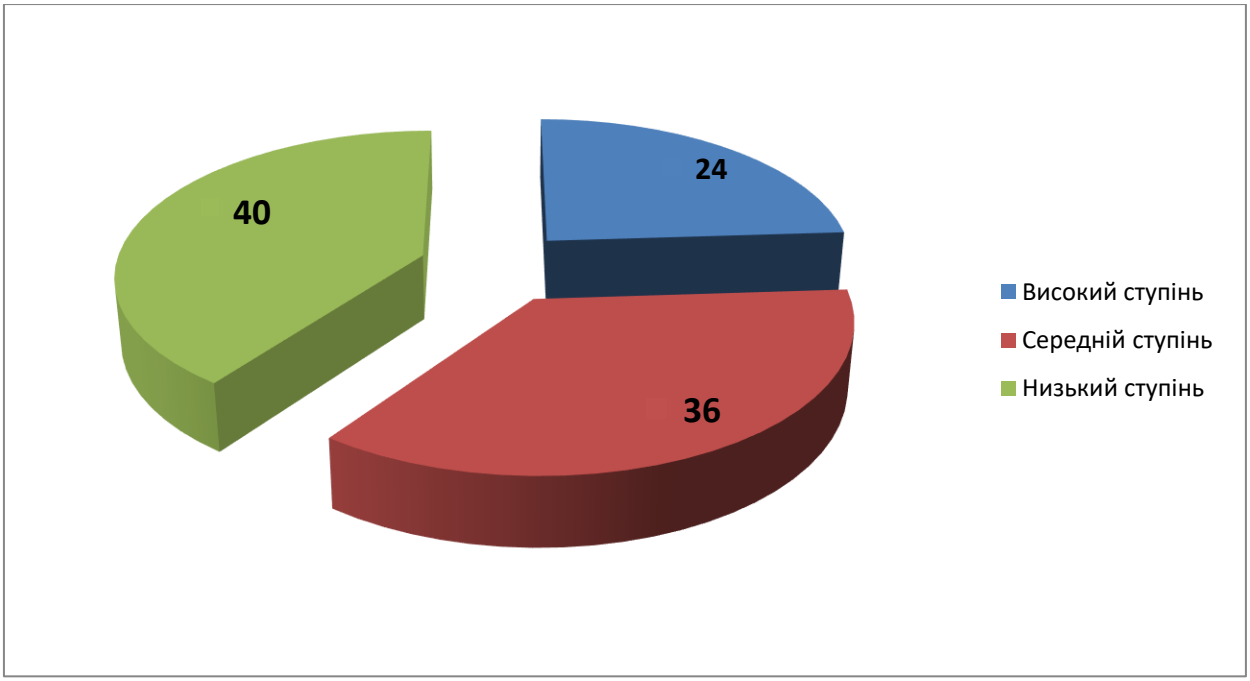


Рис. 2.11. Ідентифікація показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності до агресивної поведінки» серед субвибірки респондентів-дівчат (у%)

Отже, як бачимо з рисунку 2.11. ідентифікація показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності до агресивної поведінки» серед субвибірки респондентів-дівчат демонструє, що найбільша кількість респонденток – 40% проявляють низький ступінь вираженості схильності до агресивної поведінки. І, у дещо меншої кількості респонденток-дівчат, а саме у 36% підлітків діагностується середній ступінь вираженості схильності до агресії. Проте, у найменшої кількості респонденток (у 24%) діагностований високий ступінь вираженості схильності до агресії.

Порівняльний аналіз ідентифікованих показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності до агресивної поведінки» серед субвибірок респондентів хлопців та дівчат представлено на рисунку 2.12.

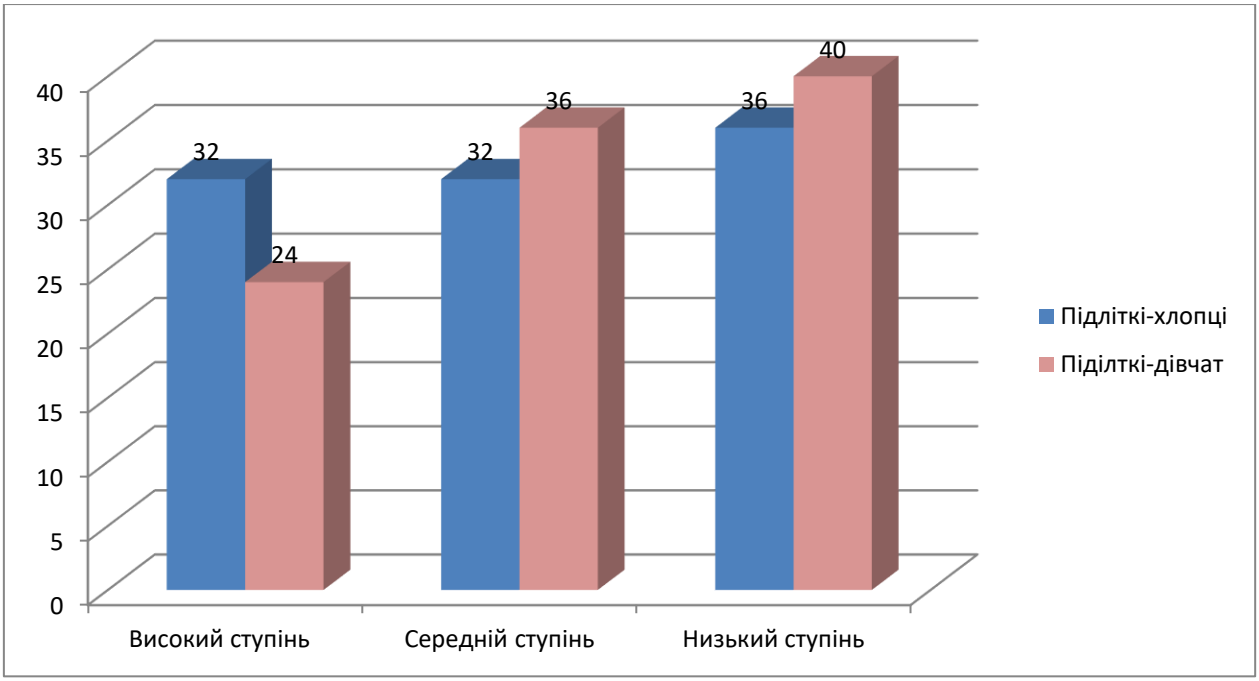


Рис. 2.12. Порівняльний аналіз ідентифікованих показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності до агресивної поведінки» серед субвиборок досліджуваних – хлопців та дівчат (у%)

Отже, як бачимо з рисунку 2.12. показники ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «схильності до агресивної поведінки», серед субвиборок досліджуваних респондентів-підлітків – хлопців та дівчат, незначно відрізняються за всіма ідентифікованими показниками. Найвищі показники виявлені серед досліджуваних підлітків-дівчат – (у 40%) за ідентифікованими показниками низького ступеню вираженості агресивної поведінки і, трохи менше досліджуваних хлопців – 36%, також, демонструють, низький ступінь вираженості схильності до агресії.

Майже, у однакової кількості респондентів діагностується середній ступінь вираженості схильності до агресивної поведінки – серед дівчат незначно більше – (у 36%) респонденток, а у хлопців – (у 32%) досліджуваних.

Проте, високий ступінь вираженості схильності до агресивної поведінки набагато більше демонстують підлітки-хлопці – (32%), а у дівчат

цей показник фігурує у значно меншій кількості досліджуваних респонденток – серед 24%.

Отже, можемо зробити висновок, що значуща більшість підлітків – більше половини, як хлопців, так і дівчат схильні до агресивної поведінки, яка може виявлятися як у вербальному, так і у фізичному прояві та спрямовується на оточуючих людей. Такі підлітки характеризуються ворожістю, негативізмом, зухвалістю та мстивістю. Вони можуть протистояти своїм батькам, а авторитети шукають на стороні, при цьому агресивність може набувати різних форм, які в подальшому можуть фіксуватися в характерологічних особливостях підлітка. Також, слід зауважити, що агресивна поведінка може набувати різних форм: фізичної, вербальної, латентної агресії та проявлятися у роздратуванні, образливості, підозрілості та негативізмі. Проте, якщо фізична агресія та вербальна має зовнішнє вираження, то інші форми агресії можуть мати латентний прояв, по типу вандалізму, незадоволеності, критики на адресу іншої людини.

Наступний блок – це «оцінка схильності до самоушкоджувальної, несуїцидної поведінки». Отже, ідентифікація ступеню вираженості схильності до самоушкоджувальної, несуїцидної поведінки серед досліджуваних респондентів – підлітків-хлопців, представлено на рисунку 2.13.

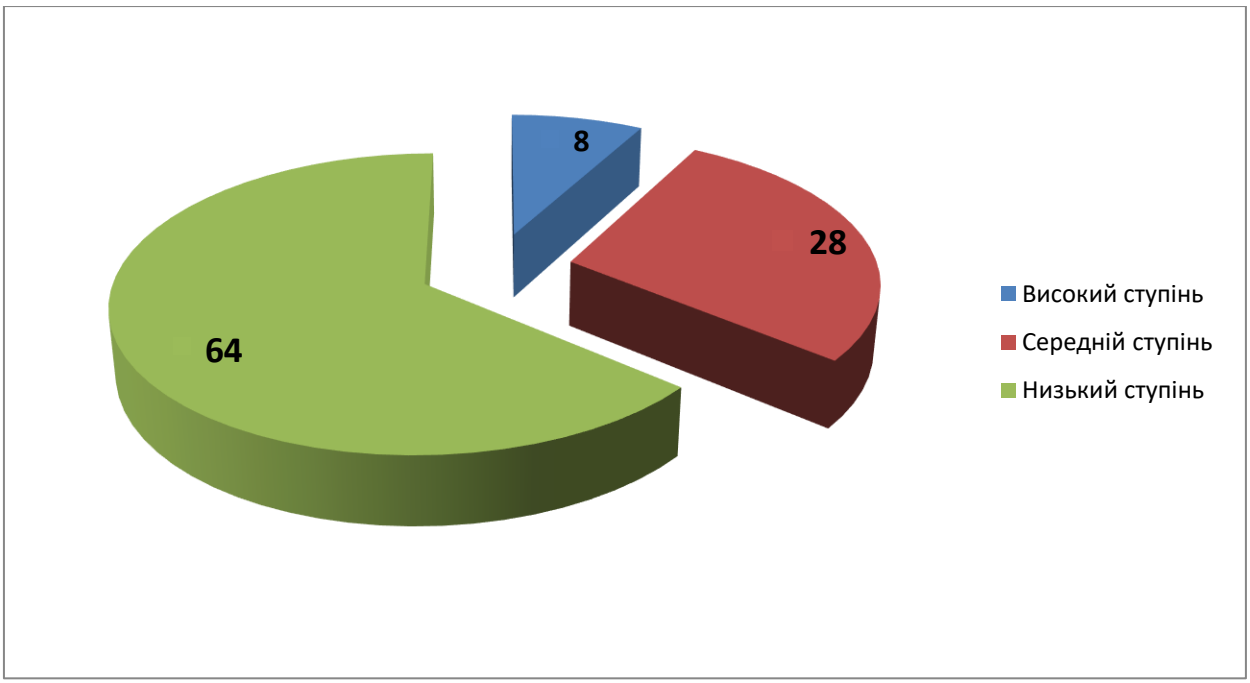


Рис. 2.13. Ідентифікація показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності до самоушкоджуючої, несуїцидної поведінки» серед субвибірки респондентів-хлопців (у%)

Отже, як бачимо з рисунку 2.13. ідентифікація показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності до самоушкоджуючої, несуїцидної поведінки» серед субвибірки респондентів-хлопців демонструє, що найбільша кількість респондентів-хлопців, а саме – 64% характеризуються низьким ступенем вираженості схильності до самоушкоджцючої, несуїцидної поведінки.Середній ступінь вираженості схильності до несуїцидної поведінки проявляють 28% підлітків-хлопців. І, у найменшої кількісті досліджуваних діагностується високий ступінираженості схильності до самоушкоджуючої, несуїцидної поведінки – всього у 8% респондентів-хлопців.

Ідентифікація показників ступеню вираженості схильності до до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності до самоушкоджуючої несуїцидної поведінки» поведінки серед досліджуваних респондентів – підлітків-дівчат, представлена на рисунку 2.14.

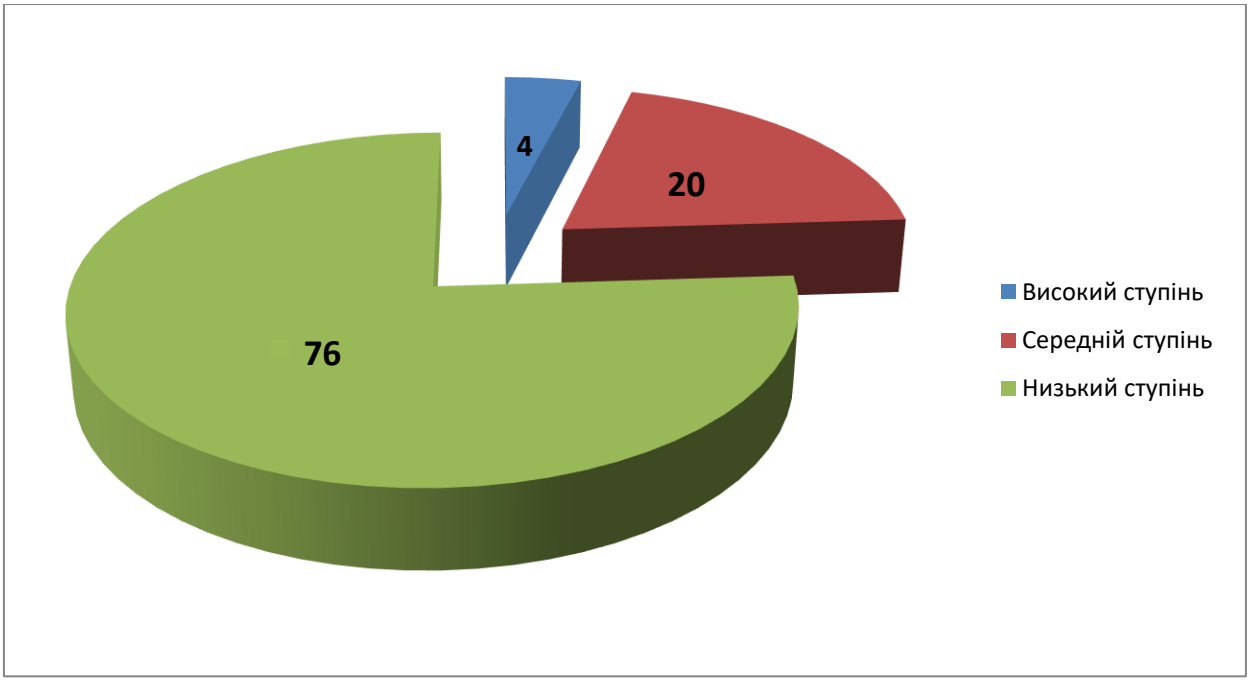


Рис. 2.14. Ідентифікація показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності до* самоушкоджуючої, несуїцидної *поведінки» серед субвибірки респондентів-дівчат (у%)

Отже, як бачимо з рисунку 2.14. ідентифікація показників ступеню вираженості схильності до самоушкоджуючої несуїцидної поведінки» серед субвибірки респондентів-дівчат демонстує, що найбільша кількість респонденток – 76% проявляють низький ступінь вираженості схильності до самоушкоджуючої несуїцидної поведінки. Набагато менша кількість респонденток-дівчат, а саме 20% підлітків діагностується середній ступінь вираженості схильності до самоушкоджуючої несуїцидної поведінки. І, абсолютно незначна кількість респонденток – всього 4% виявляють високий ступінь вираженості схильності до самоушкоджуючої несуїцидної поведінки.

Порівняльний аналіз ідентифікованих показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності до самоушкоджуючої несуїцидної поведінки» серед субвибірок респондентів хлопців та дівчат представлено на рисунку 2.15.

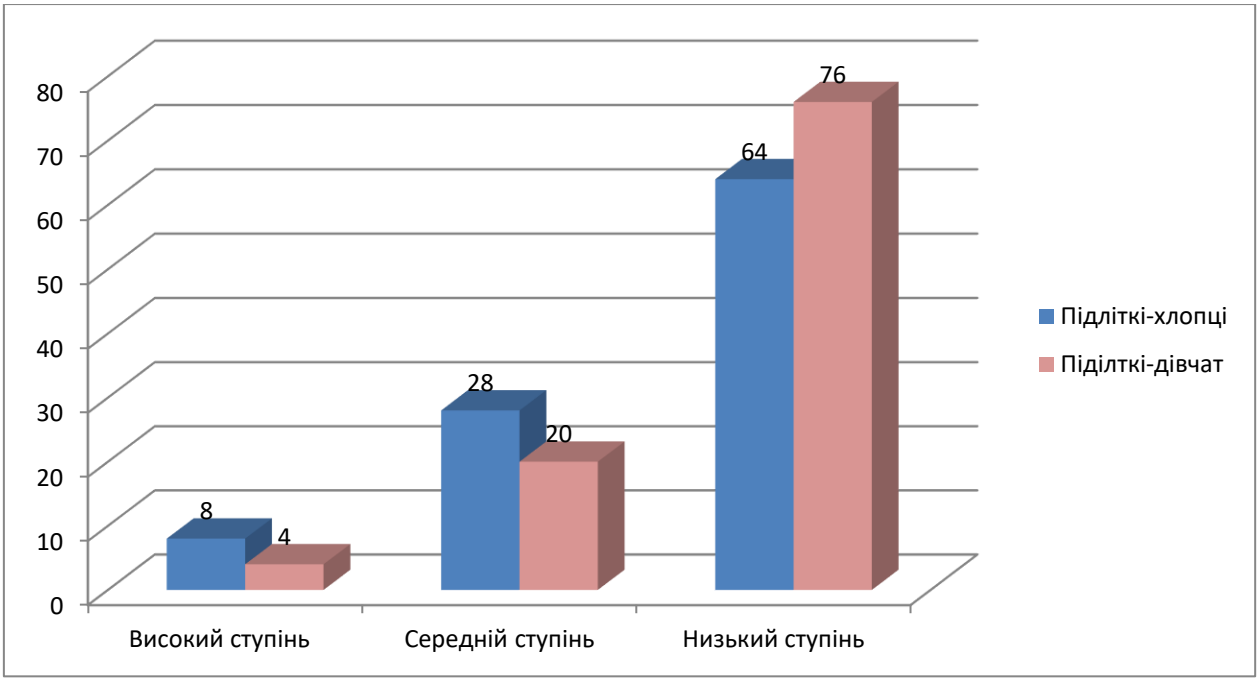


Рис. 2.15. Порівняльний аналіз ідентифікованих показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності до самоушкоджуючої несуїцидної поведінки» серед субвиборок досліджуваних –хлопців та дівчат (у%)

Отже, як бачимо з рисунку 2.15. показники ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «схильності до самоушкоджуючої несуїцидної поведінки», серед субвиборок досліджуваних респондентів-підлітків – хлопців та дівчат, незначно але відрізняється, особливо це чітко прослідковується за низьким ступенем вираженості схильності до самоушкоджуючої несуїцидної поведінки де видно, що дівчат, у яких діагнстований саме це рівень 76%, а хлопців дещо менше – 64%.

У чверті підлітків діагностується середній ступінь вираженості схильності до самоушкоджуючої несуїцидної поведінки, а саме – у 28% підлітків-хлопців та 20% підлітків-дівчат.

І, незначна кількість респондентів-підлітків демонструють високий ступінь вираженості схильності до самоушкоджуючої несуїцидної поведінки. Так серед хлопців він виявлений у 8% досліджуваних, а у дівчат, тільки серед 4% респонденток.

Отже, можемо зробити висновок, що переважна більшість підлітків – як хлопців, так і дівчат не схильні до самоушкоджуючої несуїцидної поведінки. Проте, все ж таки більше чверті респондентів, особливо підлітків-хлопців характеризується вираженою схильністю до самоушкоджуючої несуїцидної поведінки, яка виражається у навмисному заподіянні шкоди власному тілу в результаті пошкодження тканин організму і яке спрямоване на інгібування, подолання нестерпних емоцій. В такій спосіб підліток намагається подолати нестримний емоційний біль, окрім цього, така поведінка може бути пов'язана з відчуттям неможливості діяти або відчувати.

Таким чином, результати діагностичного дослідження девіантного профілю серед досліджуваних респондентів-піділтків проявляється в ідентифікованих показниках ступеню вираженості схильності до різних видів девіантної поведінки. Отже, серед переважної більшості підлітків, як хлопців так і дівчат, девіантний профіль складають: низька адаптивність, схильність до ізоляції та замкнутості. В іншу групу підлітків – хлопців та дівчат входять респонденти, які навпаки легко адаптуються та схильні до конформності і до впливу на них значущіх інших в групі. Також, девіантний профіль підлітків – і хлопців, і дівчат складають: схильність до адиктивної поведінки – зловживанням різними речовинами, інтернет-залежність, залежність від соціальних мереж, від мобільних телефонів та схильність до агресивної поведінки.

Проте, у незначної кількості сукупної виборки респондентів, близо чверті підлітків – хлопців та дівчат (з перевагою у досліджуваних підлітків-хлопців) девіантний профіль складає ще й схильність до делінквентної, антисоціальної поведінки та самоушкоджуючої несуїцидної поведінки.

2.2.2. Аналіз видів тривожних розладів серед досліджуваних респондентів-підлітків

Наступним кроком нашого дослідження було виявлення видів тривожних розладів серед досліджуваних респондентів-підлітків, яке здійснювалося за допомогою «Скринінгу емоційних розладів, пов'язаних із тривогою (SCARED-S).

Одержані результати показників виявлених тривожних розладів серед досліджуваних респондентів-підлітків – хлопців та дівчат представлені в табличній формі 2.1. та на рис. 2.16.

Види тривожних розладів за SCARED-S серед досліджуваних респондентів-підлітків – хлопців та дівчат (у %)

	Субвибірка підлітків-хлопців	Субвибірка підлітків-дівчат
Генералізований тривожний розлад	24	28
Соціальний тривожний розлад	26	24
Панічний розлад	4	4
Сепараційна тривога	20	24
Шкільна фобія	16	16
Не ідентифікований жодний тривожний розлад	10	4

Отже, як бачимо з таблиці 2.1. та з рис.2.16. у більшості підлітків-хлопців діагностується соціальний тривожний розлад, а саме у 26% досліджуваних, також, серед підлітків-дівчат цей розлад, не набагато, але у меншій кількості діагностується серед 24% досліджуваних дівчат. Цей вид тривожного розладу, який відомий також, як соціальна фобія, проявляється у надмірному та інтенсивному страху у ситуаціях або перед ситуаціями соціальної взаємодії та появи у людини страху оцінки та суджень про них

оточуючих. Такі піділткі, з соціальною тривогою, особливо надмірно її відчувають, коли їм доводиться знаходитись в ситуаціях, де за ними спостерігають, оцінюють або критикують інші люди.

Симптоматика соціального тривожного розладу може проявлятися:

- в інтенсивному страху перед ситуаціями соціальної взаємодії, публічними виступами, спілкуванням з незнайомими людьми, входженням у незнайомий, новий колектив, або ситуації, де можна стати центром уваги;
- в інтенсивному страху бути оціненим або підлягати критиці;
  у страху виявити симптоми тривоги, які можуть помітити інші (напр., почервоніння обличчя, тремор рук, потовиділення);
- в униканні потенційних ситуацій, які можуть викликати тривогу або переживання таких ситуацій з відчуттям інтенсивного дискомфорту;
- у відчутті низької самооцінки, невпевненості та постійної негативного самооцінювання.

Соціальний тривожний розлад може значно обмежувати та знижувати якість життя підлітка, ускладнюючи взаємодію з іншими людьми та ускладнювати діяльність, виконання повсякденних завдань. Лікування соціального тривожного розладу відбувається за допомогою когнітивно-поведінкової психотерапії.

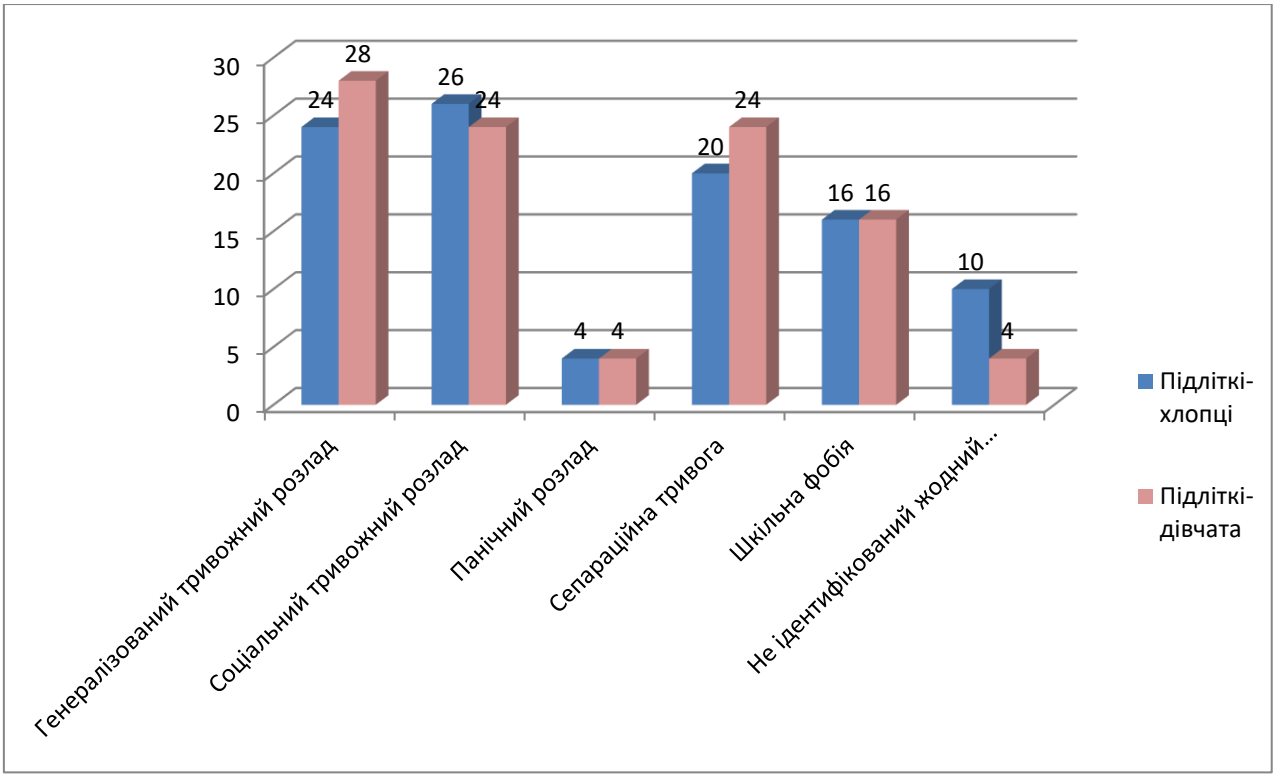


Рис. 2.16. Порівняльний аналіз видів тривожних розладів за SCARED-S, серед досліджуваних респондентів-підлітків – хлопців та дівчат (у %)

Другий вид тривожного розладу, який був виявлений у досить значної кількості досліджуваних підлітків – генералізований тривожний розлад. У хлопців він зустрічається серед 24% досліджуваних, а серед дівчат – у 28%. Генералізований тривожний розлад проявляється у надмірній та неконтрольованій тривозі, в надмірній стурбованості щодо різних життєвих ситуацій. Підлітки з генералізованим тривожним розладом зазвичай характеризуються перманентним станом тривоги, який супроводжується фізичними симптомами (напруженість м'язів, розладу сну, втомлюваність, тремор, затримка рухів та інші фізіологічні реакції).

Отже, генералізований тривожний розлад характеризується:

- постійною тривогою, безпідставним страхом або незапокоєністю, які пролонговані в часі;
- важкістю контролювати тривогу та труднощі у тому щоб заспокоїтися;

- постійними хвилюваннями та переживаннями щодо різних сфер у житті, таких як робота, школа, сім’я, фінанси, здоров’я.
- проявами фізичної симптоматики що виявляється у м’язевій напрузі, нервових тіках, поколюваннях в животі, пітливості, головних болях, нездатністі концентруватися тощо.

Наступний вид тривожного розладу, по відсотковій кількості виявлених респондентів – це розлад сепараційної тривоги, який виявлений у 24% підлітків-дівчат та, у дещо меншої кількості, підлітків-хлопців – у 20%.

Сепараційна тривога, ще відома як тривога розлуки, проявляється у надмірному страху або постійній тривозі, що пов’язана з розєднанням з з значущими особоми (або навіть місцями) до яких дитина емоційно прив’язан. Цей страх особливо інтенсивно проявляється, коли дитина вимушена перебувати окремо від батьків, або інших значущих для неї осіб.

Отже, сепараційний тривожний розлад у дітей може проявлятися:

- у надмірному страху перед роз’єднанням з батьками або іншими значущими особами;
- у тривозі, яка виникає перед сном, перед походом до школи або дитячого садка;
- постійному бажанні бути поруч з батьками або біля значущих осіб до яких дитина прив’язана;
- у страху, що щось може трапитись з батьками або значущими особами до яких дитина прив’язана, в моменти коли вони відсутні;
- у фізичних симптомах – головному болі, шлункових розладах, нудоті, плаксивості, тремтінні, скаргах на фізичні незручності тощо.

Розлади сепараційної тривоги можуть виникати в ранному дитинстві та у пубертатному періоді, що суттєво обмежує дитину в соціальній взаємодії, щоденному функціонуванні, навчанні.

Наступний тривожний розлад, який був діагностований у сукупної виборки респондентів, але серед невеликої кількості досліджуваних, на однаковому рівні і, у хлопців і у дівчат – це розлад шкільної фобії, яка

діагностується по 16% в кожній субвиборкі респондентів. Шкільна фобія або шкільний страх є тим видом тривожного розладу, при якому у дитини актуалізується надмірний страх перед відвідуванням школи і він може бути настільки інтенсивним, що у дитини можуть виникати фізичні симптоми та емоційні реакції, які дійсно будуть перешкоджати їй відвідувати школу та продуктивно там функціонувати.

Отже, шкільна фобія проявляється:

- в інтенсивному страху перед відвідуванням школи або протягом всього дня поки дитина знаходиться в школі;
- у фізичних симптомах тривоги – головному болі, шлункових розладах, нудоті, тремтінні, плаксивості, болях в животі тощо;
- у сильному бажанні залишатися вдома та уникати шкільних ситуацій;
- у низькій академічній успішності через пропуски у школі та небажанні виконувати шкільні завдання;
- у відчутті відчуженості від однолітків.

Причини шкільної фобії можуть бути різними – це може бути страх перед розєднанням із значущими близькими, або страх навчального процесу, або булінг, або проблеми з соціальною адаптацією, або негативний шкільний досвід, сімейні конфлікти, стресогенні фактри тощо.

І, у незначної кількості досліджуваних підлітків – як хлопців так і дівчат, виявлений панічний розлад – тільки у 4% підлітків-хлопців та у 4% підлітків-дівчат. Цей розлад проявляється у повторюваних епізодах панічних атак, що кваліфікуються як раптові виникнення інтенсивного страху що супроводжується фізичною симптоматикою – серцебиттям, задишкою, головокружінням, потовиділенням, страхом втрати контроль або страхом померти.

Отже, панічний розлад характеризується:

- повторюваними, неочікуваними панічними атаками, які неочікувано виникають;

- інтенсивним страхом або тривогою перед наступною панічною атакою або її наслідками;
- зміною у поведінці, уникненні потенційно загрозливих ситуацій або місць, в яких виникали панічні атаки;
- страхом перед відчуттям втрати контролю над ситуацією або страхом померти.

Також, є невелика кількість респондентів-підлітків серед яких не було ідентифіковано жодного тривожного розладу, а саме – серед 10% підлітків-хлопців та серед 4% підлітків- дівчат.

Отже, з огляду на вище сказане, тривожні розлади суттєво впливають на якість життя та щоденне функціонування підлітків. І, як бачимо, серед підлітків – хлопців та дівчат, найбільш розповсюджені генералізований тривожний розлад, соціальний тривожний розлад та сепараційний тривожний розлад, майже в однаковому відсотковому співвідношені і у хлопців і, у дівчат. А найменш виражені – шкільна фобія, що виявлена у менше чверті підлітків – хлопців та дівчат та панічний тривожний розлад, який діагностований серед надзвичайно малої кількості досліджуваних респонденті-підлітків.

2.2.3. Визначення ступеню вираженості депресивних та субдепресивних станів серед досліджуваних осіб пубертатного періоду

Наступним кроком нашого дослідження було визначення ступіню вираженості депресивних та субдепресивних станів серед досліджуваних респондентів-піділтків, яке здійснювалося за допомогою «Методика диференційної діагностики депресивних станів В. Зунга – шкала зниженого настрою - субдепресии (ШЗНС)».

Отже, результати порівняльного аналізу показників ступеню вираженості депресивних та субдепресивних станів серед субвибірки респондентів – хлопців та дівчат представлено на рисунку 2.17.

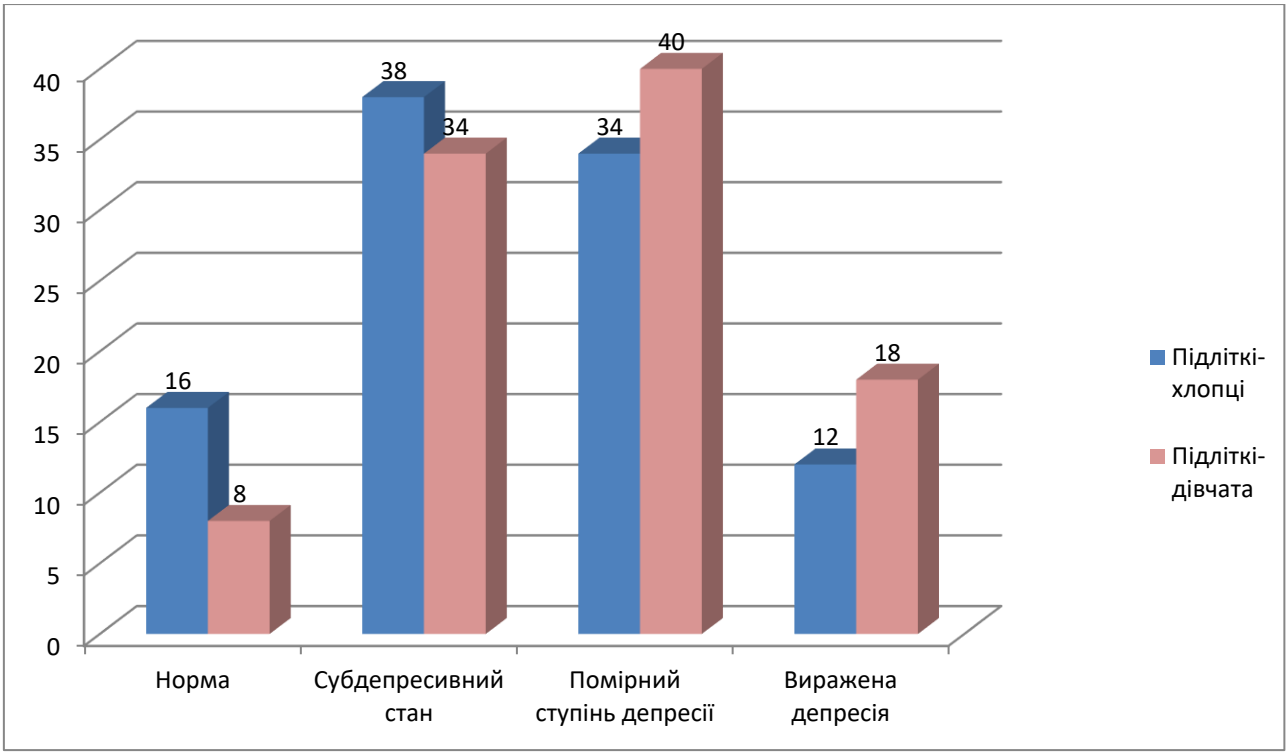


Рис. 2.17. Порівняльний аналіз показників ступеню вираженості депресивних та субдепресивних станів серед субвиборок досліджуваних – хлопців та дівчат (у%)

Отже, як бачимо з рисунку 2.17. показники ступеню вираженості депресивних та субдепресивних станів демонструють, що у найбільшої кількості респондентів, а саме дівчат, діагностується помірний ступінь депресії – у 40% підлітків. Щодо хлопців, то по цьому показнику, їх значно менше, але теж досить значуща кількість респондентів –34% досліджуваних-хлопців. Слід зауважити, що в структурі психічного стану цих підлітків визначається зниження настрою з наявними ознаками фізіологічних компонентів депресії.

Також, значна кількість підлітків – і хлопців, і дівчат демонструють прояви субдепресивного стану – (у 38% хлопців та у 34% дівчат), яка характеризується незначним, але чітко вираженим зниженням емоційного фону. В такому випадку, підліток відчуває заспокоєння, сумніви, тугу і на фоні легкого ступіню депремованості і відчуття психологічного дискомфорту проявляється знижена самооцінка, недостатня впевненість в собі у

міжособистісних контактах та в ситуаціях прийняття рішення, невпевненість в майбутньому. Окрім цього, для підлітків з проявами субдепресивного стану характерне відчуття фізичної слабкості, незначних астенічних проявів – втомлюваність, труднощі із зосередженням, дратівливість. Також, незначне зниження емоційного фону виявляється у втраті інтересу до тих справ, від яких раніше підліток отримував задоволення або які йому були приємні, а також, у відсутності здатності насолоджуватися позитивними подіями.

Ознаки глибокого депресивного стану демонструють 18% підлітків-дівчат та 12% підлітків-хлопців. При наявності глибокої депресії в структурі психічного стану підлітка визначається подавленість, сум, психічна та фізична заторможеність. Окрім цього, депресивний афект супроводжується переживаннями власної малоцінності, легко формуються інтропунітивні реакції та ідеї провини, негативна оцінка актуальної життєвої ситуації і відсутність надій на майбутнє, також, при глибокій депресії неможна виключати суїцидальний ризик. Водночас, у таких підлітків виражені фізіологічні компоненти депресії.

Проте, у референтний інтервал норми – це емоційний стан, який вкладається в категорію «норми» і характеризується настроєм без ознак депресії потрапляють незначна кількість підлітків серед яких більшість хлопців – 16% – порівняно з дівчатами – 8%.

Отже, можемо зробити висновок про те, що у переважної більшості підлітків – і хлопців, і дівчат виражені наявні ознаки легкого депресивного та субдепресивного станів. І, тільки у незначної кількості підлітків проявляється емоційний стан, який кваліфікується як «норма», що характеризується настроєм без ознак депресії, а також, хлопців, які входять в референтний інтервал норми, вдвічі більше ніж дівчат. Проте, в групу ризику – підлітки з ознаками глибокої депресії, більше входять дівчат, ніж хлопців, хоча не набагато більше.

Висновки до другого розділу

1. Для здійснення емпірично–діагностичної експлікації ключових особливостей прояву девіантних поведінкових патернів, як психологічної деструктивності характерологічних особливостей, що виражається у девіантному профілі та дисфункціоних емоційних станів у осіб пубертату, нами був застосований психодіагностичний пакет з наступних методик: «Методика схильності до девіантної поведінки (СДП) Е. Леуса»; «Скринінг емоційних розладів, пов'язаних із тривогою (SCARED-S)»; «Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (Шкала зниженого настрою - субдепресии (ШЗНС)».

2. За «Методикою схильності до девіантної поведінки (СДП) Е. Леуса», нами було ідентифіковані показники ступеню вираженості схильності до різних видів девіантної поведінки серед досліджуваних респондентів-підлітків, які представлені п’ятьма блоками різної девіантної інтенції. Порівняльний аналіз ідентифікованих показників ступеню вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «оцінки схильності до соціально зумовленої поведінки» серед субвибірок респондентів хлопців та дівчат демонструє, що найбільша кількість підлітків, майже половину з сукупної вибірки – (43% - хлопців та 44% - дівчат) проявляють низький ступінь вираженості схильності до соціально зумовленої поведінки, що свідчить про їх не адаптованість, ізоляцію та замкнутість від груп однолітків.

3. Також, встановлено, що у 37% хлопців та у 33% дівчат, проявляється високий ступінь вираженості схильності до соціально зумовленої поведінки, що засвідчує їх легку адаптивність у на них значущіх інших в групі, до думки групи, залежності від інших людей, схиляння перед авторитетами, характеризуються конформністю – пасивним прийняттям визначених значущими іншими готових стандартів у поведінці, норм та правил, яких дотримується референтна для них група.

4. Середній ступінь вираженості схильності до соціально зумовленої поведінки, хоч і діагностований серед найменшої кількості досліджуваних респондентів, проте майже не відрізняється по кількості прояву серед хлопців (20%) та дівчат (23%). Слід зауважити, що саме цей ступінь вираженості схильності до соціально зумовленої поведінки кваліфікується як референтний інтервал норми і відповідає віковій нормі для підлітків, у яких проявляється просоціальна поведінка, але з чітким розумінням як діяти морально конструктивно.

5. Також, було встановлено ступінь вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «схильності до делінквентності», серед досліджуваних респондентів-підлітків. Максимальні показники виявилися за низьким ступенем вираженості схильності до делінквентної поведінки – у 96% дівчат та у 78% хлопців. Середній ступінь вираженості схильності до делінквентної поведінки, у своїй більшості, виявлений серед хлопців – 16%, а серед дівчат тільки серед 4% респонденток. І, найменша кількість респондентів, і то, тільки у досліджуваних підлітків-хлопців – (у 4%) демонструють високий ступінь вираженості схильності до делінквентної поведінки, а серед дівчат взагалі цей ступень не ідентифікований. Отже, значуща більшість підлітків – як хлопців, так і дівчат не схильні до делінквентної поведінки, а тільки чверть, серед сукупної вибірки досліджуваних респондентів хлопців та дівчат, із значною перевагою саме хлопців, схильні до делінквентної поведінки.

6. Також, з’ясовано, що ступінь вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «схильності до адикції», серед субвиборок досліджуваних респондентів-підлітків – хлопців та дівчат, майже не відрізняється за ідентифікованими показниками високого ступеню вираженості схильності до адиктивної поведінки, що діагностовано серед 46% підлітків-хлопців та 44% підлітків-дівчат. Проте, низький ступінь вираженості схильності до адиктивної поведінки значно відрізняються серед сукупної виборки респондентів: у хлопців – 22%, а у дівчат (35%). Проте, середній ступінь

вираженості схильності до адиктивної поведінки демонструє тенденцію навпаки, а саме серед підлітків-хлопців цей ступінь проявляється у значно більшої кількості респондентів (у 32%), ніж у дівчат (21%).

7. Виявлено, що ступінь вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «схильності до агресивної поведінки», серед субвиборок досліджуваних респондентів-підлітків – хлопців та дівчат, незначно відрізняються за всіма ідентифікованими показниками. Найвищі показники виявлені серед досліджуваних підлітків-дівчат – (у 40%) за ідентифікованими показниками низького ступеню вираженості агресивної поведінки і, трохи менше у досліджуваних хлопців – 36%, також, демонструють, низький ступінь вираженості схильності до агресії. Майже, у однакової кількості респондентів діагностується середній ступінь вираженості схильності до агресивної поведінки, серед дівчат – незначно більше (у 36%) респонденток, а у хлопців – (серед 32%) досліджуваних. Проте, високий ступінь вираженості схильності до агресивної поведінки набагато більше демонстують підлітки-хлопці – (32%), а у дівчат цей показник фігурує у значно меншій кількості досліджуваних респонденток – серед 24%.

8. Зясовано, що ступінь вираженості схильності до девіантної поведінки у блоці «схильності до самоушкоджуючої несуїцидної поведінки», серед субвиборок досліджуваних респондентів-підлітків – хлопців та дівчат, незначно, але відрізняється, особливо це чітко прослідковується за низьким ступенем вираженості схильності до самоушкоджуючої несуїцидної поведінки де видно, що серед дівчат, цей рівень спостерігається у 76% респонденток, а серед хлопців дещо менше – у 64%. Також, виявлено, що у чверті підлітків діагностується середній ступінь вираженості схильності до самоушкоджуючої несуїцидної поведінки, а саме – у 28% хлопців та 20% дівчат. І, незначна кількість респондентів-підлітків демонструють високий ступінь вираженості схильності до самоушкоджуючої несуїцидної поведінки. Так серед хлопців він виявлений у 8% досліджуваних, а у дівчат, тільки серед 4% респонденток.

9. Виявлено, що у більшості підлітків-хлопців діагностується соціальний тривожний розлад, а саме у 26% досліджуваних, також, серед підлітків-дівчат цей розлад, не набагато, але у меншій кількості, діагностується серед 24% досліджуваних дівчат. Цей вид тривожного розладу, який відомий також, як соціальна фобія, проявляється у надмірному та інтенсивному страху у ситуаціях або перед ситуаціями соціальної взаємодії та появи у людини страху оцінкі та суджень про них оточуючих. Такі піділткі, з соціальною тривогою, особливо надмірно її відчувають, коли їм доводиться знаходитись в ситуаціях, де за ними спостерігають, оцінюють або критикують інші люди.

10. Також, у досить значної кількості досліджуваних підлітків був виявлений генералізований тривожний розлад. У хлопців він зустрічається серед 24% досліджуваних, а серед дівчат – у 28%. Генералізований тривожний розлад проявляється у надмірній та неконтрольованій тривозі, в надмірній стурбованості щодо різних житєвих ситуацій. Підлітки з генералізованим тривожним розладом зазвичай характеризуються перманентним станом тривоги, який супроводжується фізичними симптомами (напруженість м’язів, розладу сну, втомлюваність, тремор, затримка рухів та інші фізіологічні реакції).

11. Зьясовано, що розлад сепараційної тривоги виявлений у 24% підлітків-дівчат та, у дещо меншої кількості підлітків-хлопців – у 20%. Сепараційна тривога, ще відома як тривога розлуки, проявляється у надмірному страху або постійній тривозі, що пов’язана з розєднанням з з значущими особоми (або навіть місцями) до яких дитина емоційно прив’язан. Цей страх особливо інтенсивно проявляється, коли підліток вимушений перебувати окремо від батьків, або інших значущих для неї осіб.

12. Визначено, що серед невеликої кількості досліджуваних, на однаковому рівні і, у хлопців і у дівчат, діагностований розлад шкільної фобії діагностується по 16% в кожній субвиборкі респондентів. Шкільна фобія або шкільний страх є тим видом тривожного розладу, при якому у дитини

актуалізується надмірний страх перед відвідуванням школи і він може бути настільки інтенсивним, що у дитини можуть виникати фізичні симптоми та емоційні реакції, які дійсно будуть перешкоджати їй відвідувати школу та продуктивно там функціонувати.

13. Також, з'ясовано, що серед невеликої кількості респондентів-підлітків не було ідентифіковано жодного тривожного розладу, а саме – серед 10% підлітків-хлопців та серед 4% підлітків- дівчат.

14. Також, виявлено, що ступінь вираженості депресивних та субдепресивних станів демонструють, що у найбільшої кількості респондентів, а саме дівчат, діагностується помірний ступінь депресії – (40%). Щодо хлопців, то по цьому показнику, їх значно менше, але теж досить значуща кількість респондентів – 34% досліджуваних-хлопців.

15. Зьясовано, що значна кількість підлітків – і хлопців, і дівчат демонструють прояви субдепресивного стану – (у 38% хлопців та у 34% дівчат), яка характеризується незначним, але чітко вираженим зниженням емоційного фону. В такому випадку, підліток відчуває заспокоєння, сумніви, тугу і на фоні легкого ступіню депремованості і відчуття психологічного дискомфорту проявляється знижена самооцінка, недостатня впевненість в собі у міжособистісних контактах та в ситуаціях прийняття рішення, невпевненість в майбутньому. Окрім цього, для підлітків з проявами субдепресивного стану характерне відчуття фізичної слабкості, незначних астенічних проявів – втомлюваність, труднощі із зосередженням, дратівливість. Також, незначне зниження емоційного фону виявляється у втраті інтересу до тих справ, від яких раніше підліток отримував задоволення або які йому були приємні, а також, у відсутності здатності насолоджуватися позитивними подіями.

16. Виявлено, що ознаки глибокого депресивного стану демонструють 18% підлітків-дівчат та 12% підлітків-хлопців. При наявності глибокої депресії в структурі психічного стану підлітка визначається подавленість, сум, психічна та фізична заторможеність. Окрім цього, депресивний афект

супроводжується переживаннями власної малоцінності, легко формуються інтропунітивні реакції та ідеї провини, негативна оцінка актуальної життєвої ситуації і відсутність надій на майбутнє, також, при глибокій депресії неможна виключати суїцидальний ризик. Водночас, у таких підлітків виражені фізіологічні компоненти депресії.

ВИСНОВКИ

1. В процесі теоретично-емпіричної експлікації ключових особливостей прояву девіантних поведінкових патернів, як психологічної деструктивності характерологічних особливостей, що виражається у девіантному профілі та дисфункціоних емоційних станів у осіб пубертату, було встановлено, що девіантна поведінка проявляється в різноманітних інтенціях, а саме у делінквентній поведінці, адиктивній поведінці, в агресивній та самоушкоджуючій, несуїцидальній поведінці.

2. Здійснено констатувально-емпіричне дослідження особливостей прояву девіантного профілю та дисфункційних емоційних станів серед осіб пубертату.

3. Було визначено, що значуща більшість підлітків – як хлопців, так і дівчат не схильні до делінквентної поведінки, а тільки чверть, серед сукупної вибірки досліджуваних респондентів хлопців та дівчат, із значною перевагою саме хлопців, схильні до делінквентної поведінки. дрібне хуліганство, нецензурна лайка в суспільних місцях, розпиття спиртних напоїв та поява у стані алкогольного, наркотичного сп’яніння в суспільних місцях; дисциплінарні проступки –невиконання своїх обов'язків – суспільно небезпечні – крадіжки, здійснення шкоди здоров’ю, вандалізм тощо.

4. Зьясовано, що значуща більшість підлітків – як хлопців, так і дівчат схильні до адиктивної поведінки і тільки чверть досліджуваних респондентів, серед сукупної вибірки, не схильна до адиктивної поведінки, активних видах діяльності, що супроводжується актуалізацією інтенсивних емоцій. Також, варто підкреслити, що потрібно враховувати різноманітність видів адиктивної (залежної) поведінки – це може бути і хімічна залежність від психоактивних речовин і, адикції щодо харчування (голодання або переїдання) і, нехімічна адикція –(хоча вона більш притаманна старшому поколінню).

5. Діагностовано, що значуща більшість підлітків – більше половини, як хлопців, так і дівчат схильні до агресивної поведінки, яка може виявлятися як у вербальному, так і у фізичному прояві та спрямовується на оточуючих людей. Такі підлітки характеризуються ворожістю, негативізмом, зухвалістю та мстивістю. Вони можуть протистояти своїм батькам, а авторитети шукають на стороні, при цьому агресивність може набувати різних форм, які в подальшому можуть фіксуватися в характерологічних особливостях підлітка. Також, слід зауважити, що агресивна поведінка може набувати різних форм: фізичної, вербальної, латентної агресії та проявлятися у роздратуванні, образливості, підозрілості та негативізмі. Проте, якщо фізична агресія та вербальна має зовнішнє вираження, то інші форми агресії можуть мати латентний прояв, по типу вандалізму, або спостереженням за та одежі, вічна незадоволеність, образа, почуття провини, критика на адресу іншої людини. Хоча, варто зауважити, що своєї самості, базовими

6. Виявлено, що переважна більшість підлітків –як хлопців, так і дівчат не схильні до самоушкоджуючої несуїцидної поведінки. Проте, все ж таки більше чверті респондентів, особливо підлітків-хлопців характеризується вираженою схильністю до самоушкоджуючої несуїцидної поведінки, яка виражається у навмисному заподіянні шкоди власному тілу в результаті пошкодження тканин організму і яке спрямоване на інгібування, подолання нестерпних емоцій. В такій спосіб підліток намагається подолати нестримний емоційний біль, окрім цього, така поведінка може бути пов'язана з відчуттям неможливості діяти або відчувати.

7. Визначено, що девіантний профіль серед досліджуваних респондентів-піділтків проявляється в ідентифікованих показниках ступеню вираженості схильності до різних видів девіантної поведінки. Отже, серед переважної більшості підлітків, як хлопців так і дівчат, девіантний профіль складають: низька адаптивність, схильність до ізоляції та замкнутості. В іншу групу підлітків – хлопців та дівчат входять респонденти, які навпаки легко адаптуються, та схильні до конформності і до впливу на них значущіх інших

в групі. Також, девіантний профіль підлітків – і хлопців, і дівчат складають: схильність до адиктивної поведінки – зловживанням різними речовинами, інтернет-залежність, залежність від соціальних мереж, від мобільних телефонів та схильність до агресивної поведінки. Проте, у незначної кількості сукупної виборки респондентів, близько чверті підлітків – хлопців та дівчат (з перевагою у досліджуваних підлітків-хлопців) девіантний профіль складає ще й схильність до делінквентної, антисоціальної поведінки та самоушкоджуючої несуїцидної поведінки.

8. Зьясовано, що тривожні розлади суттєво впливають на якість життя та щоденне функціонування підлітків, а серед підлітків – хлопців та дівчат, найбільш розповсюджені генералізований тривожний розлад, соціальний тривожний розлад та сепараційний тривожний розлад, майже в однаковому відсотковому співвідношені і у хлопців і, у дівчат. А найменш виражені – шкільна фобія, що виявлена у менше чверті підлітків – хлопців та дівчат та панічний тривожний розлад, який діагностований серед надзвичайно малої кількості досліджуваних респонденті-підлітків.

9. Виявлено, що у переважної більшості підлітків – і хлопців, і дівчат виражені наявні ознаки легкого депресивного та субдепресивного станів і, тільки у незначної кількості підлітків, проявляється емоційний стан, який кваліфікується як «норма», що характеризується настроєм без ознак депресії, а також, хлопців, які входять в референтний інтервал норми, вдвічі більше ніж дівчат. Проте, в групу ризику – підлітки з ознаками глибокої депресії, більше входять дівчат, ніж хлопців, хоча не набагато більше.

10. Отже, можемо зробити апостеріорний висновок, що дисфункційні емоційні стани індукують деструктивне, референтному інтервалу норми, психічне функціонування особистості підлітка екстраполюючись та закріплюючись у девіантний профіль особистості підлітка

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аврамчук О., Ніздран О. Батьківські моделі поведінки як фактор вразливості до соціального тривожного розладу: огляд літератури. Psychologicaljournal. 8.2. 2022. С. 63-73.

2. Афанасьєва В. В. Вплив сім'ї та школи на девіантну поведінку підлітка. Соц. педагогіка: теорія та практика. 2008. № 4. С. 43-50.

3. Афанасьєва В. В. Формування девіантної поведінки підлітків під впливом глобалізаційних процесів українського суспільства та методи профілактичної роботи в умовах загальноосвітньої школи. Духовність українства XXI століття : матеріали VIII Всеукр. конф. (Кіровоград, 16 – 17 трав. 2008 р.). Кіровоград : КІРоЛ Україна, 2008. С. 37-41.

4. Афанасьєва В. В. Характерологічні порушення девіантних підлітків. Вісн. Луган. нац. ун-ту імені Тараса Шевченка : Педагогічні науки. 2008. № 6 (169). С. 9-15.

5. Барна О. М., АліферО. О. Тривожні розлади як новий виклик сучасному суспільству. Ліки України. №1 (257). 2022. С. 17-22.

6. Белов О. О. Гендерні та вікові особливості якості життя хворих на депресивні розлади. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. №1. 2021. С. 27-33.

7. Боярин Л. В. Теоретичний аналіз вивчення проблеми соціальної адаптації у психологічній літературі. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2013. №3. С. 55-61.

8. Венгер О. П. Особливості депресивних розладів у емігрантів та реемігрантів. Медична психологія. 10,№ 2. 2015. С. 27-30.

9. Веремієнко С. В., Шестак Л. В. Адміністративна відповідальність неповнолітніх: проблеми правового регулювання та шляхи їх вирішення. Актуальні проблеми юридичної науки та практики. №1 (4). 2018. С. 47-51.

10. Вєйланде Л. В.-В.Підготовка студентів університету до роботи з підлітками девіантної поведінки: дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Лілія Вольдемар-Вікторівна Вєйланде; наук. кер. О. М. Якубовська; Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова. Одеса, 2005. 252 с.

11. Гарасимів Т. З. Поняття «поведінка та діяльність» як основа філософеми девіантної поведінки. Вісник Національного університету Львівська політехніка. Серія: Юридичні науки. №824. 2015. С. 228-232.

12. Гарасимів Т. З. Природні та соціальні детермінанти формування девіантної поведінки людини: філософсько-правовий вимір: монографія. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2012. 420 с.

13. Жванія Т. В. Девіантна поведінка особистості: соціальні та психологічні критерії визначення. Сучасне суспільство. №2. 2013. С. 170-178.

14. Жданова І. В. Проблема саморегуляції в контексті девіантної поведінки особистості: психологічні аспекти. Вісник Харківського національного педагогічного університету імені ГС Сковороди. Психологія. №43 (2). 2012. С. 101-106.

15. Знаковська Н. М. Проблеми девіантної поведінки в сучасному українському молодіжному середовищі. Грані. №6. 2014. С. 90-95.

16. Зобенько Н. Деякі аспекти дослідження проблеми девіантної поведінки неповнолітніх. Рідна школа. №3. 2012. С. 36-40.

17. Іваницький О. В. Девіантна поведінка молоді в Україні: чинники виникнення та державні заходи подолання. Актуальні проблеми державного управління. №2. 2008. С. 83-90.

18. Іванов В. Н. Девіантна поведінка: причини і масштаби // Соціально-політичний журнал. 1995. № 2. С. 47 – 57.

19. Квітковська Н. В. Психологія девіантної поведінки учнів : умови, причини, особливості виховання, проблем. родини, профілактика та корекція : навч.-метод. посіб. Миколаїв : Прокопчук Т. Ю., 2010. 239 с.

20. Кікалішвілі М. В. Біологічні теорії девіантної поведінки. Юридична наука. №3. 2016. С. 161-168.

21. Кікалішвілі М. В. Девіантна поведінка: поняття та ознаки. Вісник Академії адвокатури України. №3. 2011. С. 109-122.

22. Кобелєва, А.В. Особливості психічного здоров'я осіб юнацького віку: робота на здобуття кваліфікаційного ступеня бакалавра; спец.: 053 – психологія. Суми: СумДУ, 2021. 99 с.

23. Коваль І. А. Сучасні підходи в поглядах на етіологію депресивних розладів, їх діагностику і лікування. Збірник наукових праць Проблеми сучасної психології.№28. 2015. С. 44.

24. Козубовський Р. В. Підготовка майбутніх соціальних працівників до профілактичної роботи з неповнолітніми, схильними до девіантної поведінки. Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки. №19 (2). 2012. С. 212-218.

25. Козубовський Р. Девіантна поведінка неповнолітніх як соціально-педагогічна проблема. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота. №31. 2014. С. 74-76.

26. Коротков П. В. Профілактика та корекція девіантної поведінки молоді у діяльності соціальних служб. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Сер.: Психологічні науки. №114. 2013. С. 98-102.

27. Лукашенко М. Л. Профілактика девіантної поведінки у молодіжному середовищі.Global Society in Formation of New Security System and World Order: Proceedings of the 1st International Scientific and Practical Internet Conference, December 8-9, 2022. FOP Marenichenko V.V., Dnipro, Ukraine. 2022. P. 17.

28. Магдисюк Л. І., Демчук В.Б., Павлова Б. В. Сучасні підходи профілактики девіантної поведінки у діяльності психологічної служби. Науковий вісник Мукачівського державного університету. Серія «Педагогіка та психологія». №7 (1). 2021. С. 31.

29. Макаренко О. М., Андрейчева А. О.Поняття девіантної поведінки в соціальному та психологічному аспектах. Наукові записки НаУКМА. Педагогічні, психологічні науки та соціальна робота. №175. 2015. С. 61-64.

30. Макоїд В. С. Ефективність короткострокової психотерапії депресивних і тривожних розладів. Актуальні питання сучасної медицини і фармації : зб. тез доп. наук.-практ. конф. з міжнар. участю молодих вчених та студентів, 13–17 трав. 2019 р. - Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. С. 77.

31. Марута Н. О., СемікінаО. Є., МалютаЛ. В. Когнітивно-біхевіоральна терапія при лікуванні депресивних порушень. Таврический журнал психиатрии. №15.2. 2011. С. 28-28.

32. Марута Н. О., Федченко В. Ю., Лінська К. І. Генетичні передумови депресивних розладів. Український вісник психоневрології. №25, Вип. 3. 2017. С. 39-43.

33. Мателега М. М., АзізовС. С. Психологічні особливості залежності як девіантної поведінки особистості. Психологічні науки: проблеми і здобутки. №7. 2015. С. 146-160.

34. Мельничук М. Самооцінювання підлітків схильних до девіантної поведінки. Молодий вчений. №12 (100). 2021. С. 127-130.

35. Мінц М. О., ГоловаченкоІ. В. Девіантна поведінка: стероїди в культуризмі. Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу Києво-Могилянська академія. Серія: Державне управління 263, Вип. 252. 2015. С. 97-100.

36. Напрєєнко О. К. Тривожні та депресивні розлади в кардіологічній практиці. Український вісник психоневрології. №16, Вип. 4. 2008. С. 57.

37. Немченко С.Г. Педагогічна корекція девіантної поведінки старшокласників загальноосвітньої школи: Монографія. Донецьк: ТОВ «ЮгоВосток, ЛТД», 2008. 262 с.

38. Островська-Бугайчук І. М. Причини формування девіантної поведінки підлітків. Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка. №80. 2015. С. 48-52.

39. Панько Т. В. Патопсихологічні особливості тривожних розладів ендогенного походження. Український вісник психоневрології. №23, вип. 1. 2015. С. 90-94.

40. Парфанович І. І. Система попередження і подолання девіантної поведінки дівчат : монографія. Терноп. нац. пед. ун-т ім. Володимира Гнатюка. Т. : ТНПУ, 2012. 367 с.

41. Пихтіна Н. П. Профілактика девіантної поведінки дітей і молоді: психолого-педагогічні та соціально-правові аспекти : навч. посіб. / Н. П. Пихтіна, М. П. Пихтін, Т. Є. Федорченко ; за заг. ред. проф. В. М. Оржеховської ; Ніжин. держ. ун-т ім. Миколи Гоголя. Ніжин : НДУ ім. Миколи Гоголя, 2014. 399 с.

42. Самойлов А. М. Агресивність як форма девіантної поведінки підлітків. Проблеми сучасної педагогічної освіти. Педагогіка і психологія. №39 (4). 2013.С. 177-183.

43. Самойлов А. М. Адиктивна поведінка як одна з форм девіантної поведінки підлітків. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія. №41. 2014. С. 405-409.

44. Соловйова І. І. Девіантність особистості в умовах комп’ютеризації суспільства: соціально-філософський аспект: Автореф. дис... канд. філософ. наук: 09.00.03 / І.І. Соловйова ; Південноукр. держ. пед. ун-т ім. К.Д.Ушинського. О., 2007. 19 с.

45. СосінІ. К., ГончароваО. Ю., ЧуєвЮ. Ф. Патопсихологіятривожнихрозладівприалкогольнійзалежності: клінічнітадидактичні парадигми.Медична психологія. №12. 2017. С. 83-93.

46. Соціологія девіантної поведінки. Навчальний посібник / уклад. І. С. Веред та Ю. В. Кушнір. Донецьк: КІЦ, 2013. 192 с.

47. Спицька Л. Дослідно-експериментальна робота з емоційними розладами особистості в період криз. Психологія особистості. № 11.1. 2021. С. 85-91.

48. Спицька Л. Соціально-психологічна специфіка тривожних та депресивних кластерів афективних розладів у осіб зрілого віку. Вісник

Прикарпатського університету: філософські і психологічні науки. №1.22. 2019. С. 25-32.

49. Терещенко Л. А. Девіантна поведінка підлітків як соціально-педагогічна проблема. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені ГС Костюка. №10. 2013. С. 675-683.

50. Товканець О. Молодіжна субкультура і девіантна поведінка. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота. №22. 2011. С. 170-172.

51. Федорченко Т.Є. Профілактика девіантної поведінки школярів в умовах соціокультурного середовища: соціально-педагогічний аспект [монографія]. Черкаси : ФОП Чабаненко Ю.А., 2011. 492 с.

52. Хоржевська І. М., Рожова О. А. Девіантна поведінка та причини її появи. The 6 th International scientific and practical conference “Progressive research in the modern world”(March 2-4, 2023) BoScience Publisher, Boston, USA. 2023. 663 p.

53. Чайковська О. М. Складові системи чинників девіантної поведінки підлітків. Збірник наукових праць Проблеми сучасної психології. №28. 2015. С. 76.

54. Юрценюк О. Діагностика та лікування депресивних та тривожних розладів у студентів. Клінічна та експериментальна патологія. №18.3. 2019. С. 18.

55. Юрценюк О. С. Депресивні та тривожні розлади у студентів. Український вісник психоневрології. №25, вип. 1. 2017. С. 165-165.

56. Copchak O. Contemporary ideas about pathogenesis and treatment of anxiety disorders. International neurological journal, (2.96), 2021. P. 45–51.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика схильності до девіантної поведінки (СДП) Е. Леуса

Якщо ти згоден із твердженням – ТАК, не згоден – НІ, якщо не впевнений – Іноді.

	ПИТАННЯ
1	Я завжди стримую свої обіцянки.
2	У мене бувають думки, якими не хотів би ділитися.
3	Розлютившись, я нерідко виходжу з себе.
4	Буває, що я розпускаю плітки.
5	Буває, що я говорю про речі, в яких нічого не тямлю.
6	Я завжди говорю тільки правду.
7	Я люблю прихвастнуть.
8	Я ніколи не запізнююсь.
9	Всі свої звички я вважаю добрими.
10	Буває, сперечаюся і сварюся з батьками.
11	Буває, я переходжу вулицю там, де мені зручно, а не там, де належить.
12	Я завжди купую квиток у транспорті.
13	Буває, мені хочеться вилаятися грубими нецензурними словами.
14	Серед моїх знайомих є люди, які мені не подобаються.
15	Я ніколи не порушую правил суспільної поведінки.
16	Я не хочу вчитися та працювати.
17	Я можу піти з дому жити в інше місце.
18	Мене забирали до поліції за погану поведінку.
19	Я можу взяти чуже, якщо мені треба чи дуже хочеться.
20	Перебуваю на обліку у підрозділі у справах неповнолітніх.
21	Мене часто ображають оточуючі (обзивають, б’ють, відбирають гроші та речі).
22	У мене є засуджені родичі та/або знайомі.
23	У мене бувають сильні бажання, які неодмінно треба виконати.

24	У мене буває бажання помститися, відновити справедливість.
25	Я не вірю оточуючим.
26	Хочу бути великим та всесильним.
27	Я відчуваю розпач, образу, безсилий гнів.
28	Я заздрю своїм однокласникам, іншим людям, дорослим.
29	Якщо не можна, але дуже хочеться – отже, можна.
30	Сильним і багатим людям необов’язково дотримуватися всіх правил і законів.
31	Я курю.
32	Я вживаю пиво та/або інші спиртні напої.
33	Я нюхав клей, розчинники, пробував наркотики, курильні суміші.
34	Мої батьки зловживають алкоголем.
35	Мої друзі курять, вживають алкоголь.
36	Люди п’ють за компанію для підтримки гарного настрою
37	Пити та курити – це ознаки дорослості.
38	Я п’ю/курю через проблеми в сім’ї, школі, від самотності.
39	Діти та дорослі п’ють і курять, бо це модно та доступно.
40	Діти п’ють і курять із цікавості, по дурості.
41	Задоволення – це головне, чого варто прагнути в житті.
42	Мені потрібні сильні переживання та почуття.
43	Я хотів би спробувати спиртне, цигарки, наркотики, якби цього ніхто не дізнався.
44	Шкідливий вплив на людину алкоголю та тютюну сильно перебільшують.
45	Якщо в моїй компанії буде прийнято, то і я куритиму і питиму пиво.
46	Я рідко жалкую тварин, людей.
47	Я часто сперечаюся чи лаюся з вчителями, однокласниками.
48	Я часто сварюсь із батьками.
49	Я не вибачаю образи.
50	Якщо у мене поганий настрій, то я зіпсую його ще комусь.
51	Люблю посплетничать.

52	Люблю, щоби мені підкорялися.
53	Вважаю за краще суперечки вирішувати бійкою, а не словами.
54	За компанію з друзями можу щось зламати, чіплятися до сторонніх.
55	Часто відчуваю роздратування, огиду, лють, сказ.
56	У мене буває бажання щось зламати, голосно грюкнути дверима, покричати, посваритися чи побитися.
57	У пориві гніву я можу накричати чи вдарити когось.
58	Я б охоче брав участь у якихось бойових діях.
59	Можу навмисне зіпсувати чужу річ, якщо мені щось не подобається.
60	Я хочу бути дорослим та сильним.
61	Я відчуваю, що мене ніхто не розуміє, ніхто не цікавиться.
62	Я відчуваю, що від мене нічого не залежить, безнадійність, безпорадність.
63	Я можу завдати собі болю.
64	Я взявся б за небезпечну для життя справу, якби за це добре заплатили.
65	Було б краще, якби я помер.
66	Я відчуваю провину перед оточуючими, батьками.
67	Я не люблю вирішувати проблеми сам.
68	У мене є бажання, які ніяк не можуть здійснитися.
69	Я не дуже хороша людина.
70	Я не завжди розумію, що можна робити, а що не можна.
71	Я часто не можу наважитися на будь-який вчинок.
72	Коли я стою на мосту, мене іноді так і тягне стрибнути вниз.
73	Я потребую теплих, довірчих стосунків.
74	Терпіти біль на зло мені буває навіть приємно.
75	Я відчуваю потребу у гострих відчуттях.

Додаток Б

Скринінг емоційних розладів, пов'язаних із тривогою (SCARED)

Нижче наводиться список тверджень, що можуть описувати те, як ти чуєшся.

Прочитай кожне твердження і у колонці навпроти відзнач позначкою ту відповідь, яка найкраще стосується твого самопочуття протягом останніх трьох місяців.

1. Коли я чогось лякаюся, мені важко дихати.
2. У мене з'являються головні болі у школі.
3. Мені не подобається бути з людьми, яких я добре не знаю.
4. Мені стає страшно, якщо я сплю не вдома.
5. Я переживаю, чи подобаюсь іншим.
6. Коли я лякаюся, то відчуваю, ніби втрачаю свідомість.
7. Я нервую.
8. Я всюди ходжу за мамою або татом.
9. Інші говорять мені, що я виглядаю неспокійним (-ою)/стривоженим (-ою).
10. Я відчуваю тривогу, неспокій у присутності незнайомих людей.
11. У мене з'являються болі в животі у школі.
12. Коли я лякаюся, то почуваюся, ніби божеволію.
13. Я хвилююся, коли сплю сам (-а).
14. Я переживаю за те, щоб бути настільки ж вправним (-ою), як інші діти.
15. Коли я відчуваю тривогу/страх, то мені здається, ніби все навколо несправжнє.
16. Мені сняться жахи про те, що з моїми батьками стається щось погане.
17. Школа викликає у мене хвилювання.
18. Коли я переживаю сильний страх, то моє серце починає пришвидшено битись.
19. У мене може бути таке відчуття, ніби я весь (вся) тремчу.
20. Мені сняться жахи про те, що зі мною стається щось погане.
21. Я хвилююся, чи мені все вдасться.
22. Коли я лякаюся, то сильно пітнію.
23. Мене постійно мучать сумніви
24. Мені стає дійсно страшно без жодної на те причини.
25. Я боюся бути вдома сам (-а).
26. Мені важко розмовляти з незнайомими людьми.
27. Коли я переживаю сильний страх, то маю таке відчуття, ніби можу задихнутися.
28. Інші говорять мені, що я надмірно хвилююся.
29. Мені не подобається бути далеко від моєї сім'ї.
30. Я боюся, що у мене можуть бути напади тривоги (або панічні атаки).
31. Я переживаю, що з моїми батьками може статись щось погане.
32. Я соромлюсь незнайомих людей.
33. Я переживаю за майбутні події.
34. Коли я переживаю страх, тривогу, мені хочеться блювати.
35. Я переживаю за те, наскільки добре мені все вдається.
36. Я боюся ходити до школи.
37. Я переживаю за події, які вже відбулися.
38. Коли я переживаю страх, тривогу, то відчуваю запаморочення.
39. Я нервую, коли перебуваю з іншими дітьми або дорослими, і мені потрібно зробити щось в той час, як вони за мною спостерігають (наприклад, читати вголос, говорити, грати в гру, займатися спортом).
40. Я нервую, коли йду на вечірку, дискотеку, чи в будь-яке інше місце, де будуть люди, яких я добре не знаю.
41. Я сором'язливий (-а).

Додаток В

Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової)

Інструкція: Прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви себе почуваєте останнім часом. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає. Варіанти відповіді:

- ніколи або інколи;
- іноді;
- часто;
- майже завжди або постійно.

Час заповнення – 20 хвилин.

1. Я відчуваю пригніченість, тугу.
2. Вранці я відчуваю себе найкраще
3. У мене бувають періоди, коли я плачу, або на очі навертаються сльози.
4. У мене поганий нічний сон.
5. Апетит у мене не гірше звичайного.
6. Мені приємно дивитись на привабливих жінок/чоловіків, спілкуватися з ними, знаходитись поруч.
7. Я помічаю, що втрачаю вагу.
8. Мене турбують закрепи.
9. Серце б’ється швидше, ніж зазвичай.
10. Я втомлююся без будь-яких причин
11. Я мислю так само ясно, як завжди.
12. Мені легко виконувати те, що я вмію.
13. Відчуваю неспокій і не можу всидіти на місці.
14. У мене є надії на майбутнє.
15. Я більш дратівливий, ніж раніше.
16. Мені легко приймати рішення.
17. Я відчуваю, що корисний і потрібний людям.
18. Я живу досить повним життям.
19. Я відчуваю, що іншим людям стане краще, якщо я помру.
20. Я і досі радію від того, від чого радів завжди.