

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»
Кафедра психологии

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ



Выполнила: Нигматулина Е. В



Научный руководитель: Тодышева Т. Ю.

Красноярск 2018

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
I ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	
1.1 Депрессивные расстройства	6
1.2 Психологические особенности подросткового возраста	13
1.3. Депрессивные расстройства в подростковом возрасте	16
II ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	
2.1 Этапы и методы исследования	16
2.2 Анализ результатов исследования	34
2.3.Психотерапевтическая работа и рекомендации по профилактике депрессивных расстройств в подростковом возрасте	48
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	58
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	61
ПРИЛОЖЕНИЕ	63

ВЕДЕНИЕ

Исследования последних лет свидетельствуют о стремительном росте распространенности пограничных нервно-психических расстройств в детском и подростковом населении. За последние пять лет частота психической патологии среди детей до 17 лет увеличилась на 16,7%, при этом пограничные психические состояния составляют от 20% до 30% общей психической заболеваемости (Семке В.Я., Аксенов М.М., 1996; Дмитриева Т.Б., 1998; Игумнов С.А., 1999; Прихожан А.М., 2000; Буторина Н.Е., 2001; Антипов В.М., 2001.).

Как отмечает большинство исследователей, значительное место среди детско-подростковой пограничной патологии занимают депрессивные расстройства. В связи с различиями во взглядах на детскую патологию, частота депрессивных расстройств, по мнению разных авторов, варьирует в широких пределах: от 0,7 до 25% в детской популяции. Согласно исследованиям Н.М. Иовчук, Г.З. Батыгиной (1998) распространенность депрессии среди школьников составляет 19%.

Общепризнанным является тот факт, что депрессивные состояния у детей и подростков трудно распознаются из-за обилия соматических масок и поведенческих нарушений, которые выступают на первый план в клинической картине. По данным ряда авторов, только 27% детей с депрессивными расстройствами были проконсультированы психологом или психиатром при первой депрессии; остальные длительное время наблюдались педиатрами, хирургами, урологами, невропатологами и т. д. При первичном обращении к психиатру депрессивное расстройство было установлено лишь в 23,6% случаев в связи с невыраженностью расстройства, преобладанием жалоб на нарушение поведения, в том числе агрессивность, школьную дезадаптацию (Иовчук Н.М., Северный А.А., 1999; Агарков А.А., 2003; Бенько В.А., 2005). Депрессия, как у детей, так и у подростков, распознается с трудом в связи с

тем, что депрессивная симптоматика, как правило, насливается на психологические особенности возраста.

Подростки в состоянии стресса, борющиеся с потерей, или те, у кого есть нехватка внимания со стороны близких людей, имеющие сложности с обучением, проблемы с поведением или тревожные расстройства, находятся в группе риска.

Девочки подростки имеют риск развития депрессивных состояний выше. Одна из причин, которой объясняется большая распространенность депрессивных состояний у подростков состоит в том, что они более социально ориентированы, более зависимы от положительного социального отношения и более уязвимы к потерям в социальных отношениях, чем мальчики. (О. Игобаева, Хейманс П., 2004., Иовчук Н. М.)

Поскольку депрессивные состояния у подростков изучены недостаточно, это существенным образом ограничивает возможности психологов в отношении коррекционной работы. Следовательно, проблема данного исследования состоит в изучении специфики депрессивных расстройств у подростков и нахождение оптимальных способов их коррекции. Вот это и обусловило актуальность темы исследования. При изучении психолого-педагогической литературы было выявлено противоречие между необходимостью формирования эмоционально устойчивой личности в подростковом возрасте отсутствием психологических подходов к диагностике и коррекции депрессивных расстройств у подростков.

Цель исследования: теоретически выявить и путем опытно-экспериментальной работы проверить эффективность психологических подходов к диагностике и коррекции депрессивных расстройств у подростков.

Объект исследования: депрессивные расстройства.

Предмет исследования: депрессивные расстройства в подростковом возрасте.

Изучение литературы по теме исследования позволило выдвинуть следующую гипотезу: предполагается, что депрессивных расстройств в

подростковом возрасте можно избежать, если своевременно применять психологические подходы к диагностике и коррекции депрессивных расстройств у подростков.

В соответствии с целью и гипотезой были определены задачи:

1. Рассмотреть понятие депрессивные расстройства.
2. Выявить особенности проявления депрессивных расстройств в подростковом возрасте.
3. Выявить депрессивное расстройство у подростков.
4. Экспериментальным путем проверить эффективность психологических подходов в коррекции депрессивных расстройств в подростковом возрасте.

В ходе исследования были использованы следующие методики: характерологический опросник Шмишека - Леонгарда, тест-опросник депрессии Бека, опросник уровня депрессии В.А Жмурова, тест Кеттела.

I ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

1.1 Депрессивные расстройства

Термин «депрессия» часто используется по отношению к целому ряду депрессивных расстройств. Некоторые из них классифицированы по специфическим симптомам:

- Большое депрессивное расстройство (часто называемое большая депрессия)
- Хроническое депрессивное расстройство (дистимия)
- Другое уточненное или неуточненное депрессивное расстройство

Другие расстройства классифицированы этиологически:

- Предменструальное дисфорическое расстройство
- Депрессивное расстройство, вызванное другими нарушениями в состоянии здоровья
- Депрессивное расстройство, вызванное употреблением лекарственных средств или психоактивных веществ .[3]

Термин «депрессия» часто используется для описания плохого или подавленного настроения, являющегося следствием различных неприятностей (например, финансовых неприятностей, стихийных бедствий, серьезной болезни) или утраты (например, смерть близкого человека). Однако, для таких состояний больше подходят термины «деморализация» и «горе».

Негативные чувства деморализации и горя, в отличие от депрессии, появляются волнообразно и связаны, как правило, с мыслями или напоминаниями о вызвавшем их событии; они исчезают при улучшении обстоятельств, могут чередоваться с периодами положительных эмоций и

хорошего настроения, не сопровождаются интенсивным чувством неполноценности и ненависти к себе. Длительность подавленного настроения измеряется скорее днями, чем неделями и месяцами, а суицидальные мысли и длительная потеря способности к нормальной деятельности значительно менее характерны. Тем не менее, события и стрессоры, вызывающие деморализацию и горе, могут вызвать эпизод большой депрессии, особенно у предрасположенных к этому людей (например, у тех, в чьем анамнезе или анамнезе членов семьи были эпизоды большой депрессии).[13]

Точная причина возникновения депрессивных расстройств неизвестна, но предполагается участие генетических и внешних факторов. Наследственность обуславливает почти половину всех случаев (реже при депрессии позднего возраста). Таким образом, депрессия чаще встречается среди родственников первой линии больных с депрессией. Судя по всему, генетические факторы так же оказывают влияние на развитие депрессивной реакции в ответ на нежелательные явления. Другие теории концентрируются на изменении уровня нейромедиаторов, включая механизмы регуляции холиновой, катехоламиновой и серотонинергической нейротрансмиссии. [2]

Нарушение нейроэндокринной системы может играть большую роль, прежде всего в связи с возможными нарушениями систем: гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой, гипофизарно-надпочечниковой, гипоталамо-гипофизарной. Также в процесс могут быть вовлечены психосоциальные факторы. Эпизоду глубокого депрессивного расстройства обычно предшествуют стрессы (особенно семейный развод или потеря близкого человека), тем не менее, такие события, как правило, не вызывают продолжительной, тяжелой депрессии у людей, не предрасположенным к аффективным расстройствам.[11]

У лиц, перенесших эпизод глубокой депрессии, достаточно высок риск рецидива. У людей, менее устойчивых и/или имеющих склонность к тревожности, чаще развивается депрессивное расстройство. Они, как правило, не предпринимают никаких активных действий, чтобы справиться с

жизненными трудностями. Депрессия может развиваться и у людей с другими психическими расстройствами.

У женщин риск развития депрессии выше, но разумного объяснения этому факту пока не выявлено. Определены следующие возможные этиологические факторы: длительное либо чрезмерное кратковременное стрессорное воздействие, повышение уровня моноаминооксидазы (энзима, участвующего в распаде нейромедиаторов, определяющих настроение человека), декомпенсированная дисфункция щитовидной железы, эндокринные изменения, происходящие в организме женщины во время менструации и во время менопаузы.[3]

Во время послеродовой депрессии (Послеродовая депрессия), симптомы развиваются в течение 4 недель после родов; упоминаются эндокринные изменения, однако конкретная причина неизвестна.

При сезонном аффективном расстройстве симптомы развиваются в зависимости от времени года, обычно осенью или зимой; это расстройство чаще встречается в северных широтах.[7]

Депрессивные симптомы или расстройства могут сопутствовать различным соматическим заболеваниям, включая заболевания щитовидной и надпочечной железы, доброкачественные и злокачественные опухоли головного мозга, инсульт, СПИД, болезнь Паркинсона и рассеянный склероз (Некоторые причины развития симптомов депрессии и мании). Некоторые лекарства, такие, например, как кортикоステроиды, β-блокаторы, интерферон и резерпин, также могут приводить к развитию депрессивных расстройств. Злоупотребление вредными веществами, например, (алкоголем, амфетаминами) может приводить к или сопровождать депрессию. Токсическое действие или синдром отмены препарата могут вызывать транзиторные депрессивные симптомы.[9],

Клинические признаки

Депрессия вызывает когнитивные, психомоторные и другие типы дисфункций (например, нарушение концентрации внимания, повышенная

утомляемость, снижение либидо, потеря интереса или удовольствия от деятельности, ранее приносившей радость, нарушения сна), а также пониженное настроение. У людей с депрессивными расстройствами часто возникают суицидальные мысли, они могут совершить попытку самоубийства (Суицидальное поведение). Часто наблюдается комбинация депрессии с другими психическими симптомами (например, тревогой и паническими атаками), которые затрудняют диагностику и лечение.[5]

Больные с любой формой депрессии чаще злоупотребляют алкоголем или запрещенными препаратами в попытке самостоятельного лечения нарушений сна или тревоги. Тем не менее, депрессия далеко не частая причина алкоголизма и наркомании, как многие ошибочно считают. Замечено, что такие больные много курят, игнорируя вредное воздействие никотина на их здоровье, повышая риск развития или обострения соматических нарушений (например, ХОБЛ).

Депрессия способна снижать защитный иммунный ответ. Это заболевание повышает риск развития сердечно-сосудистых нарушений, ОИМ и инсульта, возможно, за счет того, что при депрессии происходит повышение уровня цитокинов и факторов свертывания крови, а частота сердечных сокращений снижается; эти два обстоятельства – потенциальные факторы риска развития сердечно-сосудистых нарушений.[5]

Большая депрессия (монополярное расстройство)

Пациенты могут казаться несчастными, быть с заплаканными глазами, нахмуренными бровями, опущенными вниз углами рта; для них характерны уставшая поза, отсутствие зрительного контакта, отсутствие мимики, скучная жестикуляция, изменения речи (например, мягкий голос, монотонная интонация, использование односложных слов). Внешний вид проявлений может напоминать болезнь Паркинсона. У некоторых больных депрессивное настроение настолько глубокое, что они не в состоянии испытывать обычные эмоции и чувствуют, будто мир стал бесцветным и безжизненным. Режим питания таких больных может быть серьезно нарушен, что требует

немедленного вмешательства. Некоторые больные в состоянии депрессии пренебрегают личной гигиеной, или не обращают внимания даже на своих детей, родных или домашних животных. [12]

Для диагностирования большой депрессии нужно, чтобы ≥ 5 из следующих признаков присутствовали почти каждый день в течение одного и того же 2-недельного периода, и одним из этих признаков должно быть подавленное настроение, либо потеря интереса или удовольствия(8)

- Подавленное настроение в течение большей части дня
- Заметное снижение интереса или удовольствия от всех или почти всех видов деятельности в течение большей части дня
- Значительное ($> 5\%$) увеличение или потеря веса, снижение или повышение аппетита
- Бессонница (часто бессонница, связанная с невозможностью поддержания сна) или гиперсomnia [7]
- Психомоторное возбуждение или заторможенность, замеченные другими людьми (а не сообщение самого пациента)
- Слабость или повышенная утомляемость
- Чувство собственной никчемности, или чрезмерное или необоснованное чувство вины
- Снижение способности мыслить или концентрироваться, или нерешительность
- Повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве, попытки самоубийства или конкретный план совершения самоубийства

Хроническое депрессивное расстройство

Депрессивные симптомы, которые сохраняются в течение ≥ 2 лет без ремиссии, классифицируются как хронические депрессивные расстройства.

Симптомы обычно появляются в подростковом возрасте и могут сохраняться в течение многих лет или десятилетий. Количество симптомов часто колеблется выше и ниже порога диагностирования эпизода большой депрессии. Больные в таком состоянии обычно мрачные, их отличает

пессимистическая оценка события, отсутствие чувства юмора, пассивность, вялость, замкнутость, склонность жаловаться, чрезмерная критичность в отношении себя и других. У пациентов с ХДР чаще наблюдается подверженность беспокойству, употребление психоактивных веществ или расстройства личности (например, пограничное расстройство личности).

Данное расстройство диагностируется, если пациент прибывает в подавленном настроении на протяжении большей части дня в более, чем половине дней за ≥ 2 года и ≥ 2 , на основании следующих симптомов:

- Плохой аппетит или переедание
- Бессонница или гиперсомния
- Слабость или повышенная утомляемость
- Низкая самооценка
- Нарушение концентрации внимания или затруднения в принятии решений
- Чувство безнадежности [21]

Предменструальное дисфорическое расстройство

Для предменструального дисфорического расстройства (ПДР) характерны симптомы, связанные с тревогой и изменением настроения, которые явно совпадают с менструальным циклом, начинаясь во время предменструальной фазы и исчезая после менструации. Симптомы должны присутствовать во время большинства менструальных циклов в течение последнего года. Проявления похожи на проявления предменструального синдрома (Предменструальный синдром (ПМС)), но более серьезны: отмечается клинически значительный дискомфорт и/или явное снижение способности к социальной или профессиональной деятельности. Расстройство может начаться в любое время после наступления менархе; оно может усугубиться с приближением менопаузы, но после нее прекращается. [15]

Другие депрессивные расстройства

Группы симптомов, характерных для депрессивного расстройства, классифицируются как другие депрессивные (уточненные или неуточненные)

расстройства, если они не отвечают в полной мере критериям иных депрессивных расстройств, но, тем не менее, причиняют значительный физический дискомфорт или вызывают нарушение нормальной деятельности. В эту группу также входят длиющиеся меньше 2-х недель, повторяющиеся эпизоды дисфории с ≥ 4 другими депрессивными симптомами у людей, у которых никогда не было диагностировано другое аффективное расстройство (например, рекуррентная кратковременная депрессия), и более длительные депрессивные эпизоды, в течение которых было недостаточное количество симптомов для диагностирования иного депрессивного расстройства.

Дополнительные признаки.

Большая депрессия и хроническое депрессивное расстройство могут иметь один или несколько признаков, которые характеризуют дополнительные проявления во время депрессивного эпизода:

- Тревожные переживания: Пациенты чувствуют себя напряженно и необычно беспокойны; им трудно сконцентрироваться, потому что они беспокоятся или опасаются, что может случиться что-то ужасное, или им кажется, что они могут потерять контроль над собой.
- Смешанные признаки: У пациентов также наблюдаются маниакальные или гипоманиакальные симптомы (например, приподнятое настроение, мания величия, повышенная разговорчивость, скачка идей, сокращение продолжительности сна).
- Меланхолические: Пациенты теряют удовольствие практически от любых видов деятельности или не реагируют на ранее приятные стимулы. Они могут пребывать в состоянии уныния и отчаяния, чувствовать чрезмерную или необоснованную вину, страдать от ранних утренних пробуждений, от значительного психомоторного возбуждения или заторможенности, серьезной анорексии или потери веса.
- Атипичные: Временное улучшение настроения пациентов как реакция на позитивные события (например, если их посещают дети). У пациентов также наблюдаются следующие проявления: слишком острая

реакция на критику или какой-либо отказ, свинцовый паралич (ощущение тяжести, обычно в конечностях), увеличение веса или повышение аппетита и гиперсomnia.

- Психотические: У пациентов наблюдается бред и/или галлюцинации. Бред часто включает идеи о совершении непростительных поступков или преступлений, о неизлечимых или позорных болезнях, также больные могут воображать себя жертвой преследований. Галлюцинации могут быть слуховыми (например, пациенты слышат обвиняющие или осуждающие их голоса) или визуальными. Если описываются только голоса, то следует обратить особое внимание на то, являются ли эти голоса истинными галлюцинациями.
- Кататонические: У некоторых больных отмечается серьезная психомоторная заторможенность, они могут приниматься с чрезмерным усердием за бесполезную деятельность и/или бросать ее; некоторые пациенты гримасничают и повторяют услышанную речь (эхолалия) или увиденные движения (эхопраксия).

Сезонность: Эпизоды происходят в определенное время года, чаще всего осенью или зимой.

1.2 Психологические особенности подростков

Психологические особенности детей подросткового возраста.

Основной особенностью подросткового возраста является глубокая и болезненная перестройка организма - половое созревание. Половое развитие неотделимо от общего и происходит непрерывно, начиная от рождения. Однако в подростковом возрасте оно резко ускоряется и в течение сравнительно короткого периода наступает полноценная половая зрелость. Начинается половое созревание с повышения активности центральной

нервной системы, вслед за ним развивается деятельность эндокринных желез. Возрастающее количество гормонов, вырабатываемых и выделяемых в кровь этими железами, и ведет к развитию всех признаков и проявлений полового созревания.

Подростковый возраст - остро протекающий переход от детства к взрослости. С одной стороны, для этого сложного периода показательны негативные проявления, дисгармоничность в строении личности, вызывающий характер его поведения по отношению к взрослым. С другой стороны, подростковый возраст отличается и множеством положительных факторов: возрастают самостоятельность ребенка, более разнообразными и содержательными становятся отношения с другими детьми и взрослыми, значительно расширяется сфера его деятельности и т.д.

Главное, данный период отличается выходом ребенка на качественно новую социальную позицию, в которой формируется его сознательное отношение к себе как члену общества. Важнейшей особенностью подростков является постепенный отход от копирования оценок взрослых к самооценке, все большая опора на внутренние критерии.[18]

Представления, на основании которых у подростков формируются критерии самооценки, приобретаются в ходе особой деятельности-самопознания. Основной формой самопознания подростка является сравнение себя с другими людьми – взрослыми, сверстниками. Поведение ребенка регулируется его самооценкой, а самооценка формируется в ходе общения с окружающими людьми. Но самооценка младших подростков противоречива, недостаточно целостна, поэтому и в их поведении может возникнуть множество немотивированных поступков.

Первостепенное значение в этом возрасте приобретает общение со сверстниками. Общаясь с друзьями, младшие подростки активно осваивают нормы, цели, средства социального поведения, вырабатывают критерии оценки себя и других, опираясь на заповеди «кодекса товарищества». Внешние проявления коммуникативного поведения подростка весьма

противоречивы. С одной стороны, стремление во что бы то не стало быть такими же, как все, с другой - желание отличиться любой ценой; стремление заслужить уважение и авторитет товарищей, с другой- бравирование собственными недостатками. Страстное желание иметь верного близкого друга существует у младших подростков с лихорадочной сменой приятелей, способностью моментально очаровываться и столь же быстро разочаровываться в бывших «друзьях на всю жизнь».

Главное значение получаемых в школе отметок состоит в том, что они дают возможность занять в классе более высокое положение. Но если высокое положение можно занять за счет проявления других качеств, ценность отметок падает.

Учителей ребята воспринимают через призму общественного мнения класса. Поэтому подростки идут на конфликт с учителями, нарушают дисциплину и, чувствуя молчаливое одобрение одноклассников, не испытывают при этом неприятных субъективных переживаний. Подросток во всех отношениях обуреваем жаждой «нормы» -чтобы у него было как у всех, как у других. Но для этого возраста характерна как раз диспропорция, то есть отсутствие «норм». Разница в темпах развития оказывает заметное влияние на психику и самосознание.

Резко выраженные психологические особенности подросткового возраста получили название «подросткового комплекса». Он включает перепады настроения - от безудержного веселья к унынию и обратно- без достаточных причин, а так же ряд других: полярных качеств, выступающих попеременно. Чувствительность к оценке посторонними своей внешности, способностей, умений сочетается с излишней самонадеянностью и безапелляционными суждениями в отношении окружающих. Подростки исключительно эгоистичны, считают себя центром вселенной и единственным предметом, достойным интереса.[10]

Так же, специфически - подростковой является реакция эмансипации. Она проявляется стремлением высвободиться из-под опеки, контроля,

покровительства старших-родных, учителей, вообще людей старшего поколения. Она может распространяться на установленные старшими правила, законы, стандарты их поведения и духовные ценности. Потребность высвободиться связана с борьбой за самостоятельность, за самоутверждение как личности. Эта реакция у подростков возникает при чрезмерной апеке со стороны старших, при мелочном контроле, когда его лишают минимальной самостоятельности, относятся к нему как к маленькому ребенку.

У подростков наблюдается стремление более углубленно понять себя, разобраться в своих чувствах, настроениях, мнениях, отношениях. Жизнь подростка должна быть заполнена какими-то содержательными отношениями, интересами, переживаниями. Именно в подростковом возрасте начинает устанавливаться определенный круг интересов, который постепенно приобретает устойчивость. Круг интересов является психологической базой ценностных ориентаций подростка. Развивается интерес к психологическим переживаниям других людей и к своим собственным.

1.3. Депрессивные расстройства в подростковом возрасте

Подростковый возраст является этапом жизни, который сопровождают многочисленные физические, эмоциональные. Психологические и социальные изменения. Учебные, социальные или семейные ожидания могут привести к глубокому разочарованию. Около 11% подростков страдают депрессивными расстройствами в возрасте до 18 лет. Девочки, чаще чем мальчики, склонны к такому состоянию.

Риск развития депрессивного состояния увеличивается по мере взросления ребенка. Чувство тревоги ввиду грядущего экзамена нормально. Однако чувство тревоги или упадка сил в течение нескольких месяцев может быть признаком не диагностированного депрессивного состояния. Небольшой

процент подростков страдает от сезонной депрессии, как правило, в зимние месяцы в высоких широтах.

Средняя продолжительность эпизода депрессии у подростков и детей составляет от 7 до 9 месяцев. В этот период отмечается грусть, они теряют интерес к формам деятельности, которые им нравились до этого, они начинают винить себя в своих неудачах, критиковать себя и начинают ощущать, что их критикуют другие. У них появляется чувство отверженности, безнадежности, появляются мысли о том, что не стоит жить, мысли о самоубийстве. В депрессивном состоянии подростки становятся раздражительными, что нередко может приводить к агрессии. Они теряют в себе уверенность, появляются проблемы с концентрацией внимания, они ощущают недостаток энергии, мотивации, что в конечном итоге ведет к нарушению сна. Подростки могут не уделять достаточно внимания своей внешности и собственной гигиене. [4]

Часто первыми признаками депрессивного расстройства выступают дистимии. Признаком может служить то, что ребенок или подросток находится в подавленном состоянии в течение большей части дня или много дней, и симптомы не проходят в течение нескольких лет. Средняя продолжительность периода дистимии у подростков составляет около 4 лет.

Иногда дети находятся настолько долго в депрессии, что они трактуют свое состояние как норму и, таким образом, не могут жаловаться на изменение своего настроения. Очень важно проводить дифференциальную диагностику с биполярным расстройством, так как часто первым проявление биполярного расстройства является депрессивный эпизод. А первые признаки маниакального эпизода могут наступить спустя значительный промежуток времени. Часто у детей и подростков с поведенческими расстройствами или с проблемами связанными со злоупотреблением психоактивными веществами симптомы депрессии сглаживаются или приобретают новые черты.[19]

Некоторые из основных симптомов депрессии, такие как изменения аппетита и сна, связаны с функцией гипоталамуса.

Подростки, у которых встречаются частые приступы грусти, плач или плаксивость, часто подвержены депрессивным расстройствам. Подростки могут проявлять свою печаль в черном цвете одежды, написании стихов о своих болезненных переживаниях или всецело увлекаться музыкой, которая несет в себе нигилистические темы. Они могут плакать без видимых причин.

Подростки могут чувствовать, что жизнь не имеет значения или что для этого следует прикладывать усилия, даже для того, чтобы поддерживать собственную гигиену или привычный для них внешний вид. Они могут считать, что негативная или травмирующая ситуация никогда не изменится, и видеть свое будущее в пессимистическом свете. [17]

У детей подростков часто может снижаться или пропадать интерес к деятельности или развиться неспособность получать удовольствие от ранее любимых занятий. Подростки могут стать апатичными и часто прекращают посещать клубы спортивные и развлекательные мероприятия, которыми они ранее увлекались.

Нередко отмечаются появление скуки и снижение жизненной энергии, отсутствие мотивации посещать занятия и частые пропуски школы. В средних классах депрессия может проявляться ухудшением концентрации внимания или замедлением мыслительных процессов. Ухудшение социальных взаимодействий, уменьшение общения с друзьями, семьей тоже могут быть признаками депрессивного состояния у подростков. Часто люди, которые проводили много времени с друзьями, начинают большую часть времени проводить в одиночестве. Они не могут поделиться своими чувствами с другими, считая, что никто не хочет их выслушать и заботиться о них.[23]

Дети могут испытывать чувство вины или понижать свою самооценку вследствие негативных событий и обстоятельств. Они могут иметь негативное мнение о своей компетентности и не иметь самоуважения, могут чувствовать себя неудачниками. Подросткам может казаться, что они «недостаточно хороши». Многие тинейджеры становятся чувствительными к собственным неудачам и отвержению. Дети в таком состоянии, полагая, что они

недостойны кого-либо, становятся еще более подавленными с каждым отказом или при отсутствии успеха.

Часто можно наблюдать повышенную раздражительность, гнев или враждебность со стороны подростка с депрессивным расстройством. Депрессивные особы выплескивают свою раздражительность большей частью на свою семью, могут нападать на других, если их критикуют, оскорбляют.
[20]

В состоянии депрессии часто формируется убеждение, что нужно первым отказываться от своей семьи, прежде чем семья отвергнет тебя. Возникают трудности в отношениях, подростки не могут общаться, как раньше, или перестают поддерживать дружеские отношения. Подростки в состоянии депрессии могут предъявлять частые жалобы на физические заболевания, такие как головные боли и боли в желудке. Они могут жаловаться на дурноту или головокружение, тошноту, боли в спине.[16]

Другими распространенными жалобами являются головные боли, боли в животе и нарушения менструального цикла у девушек. [6]

Также могут наблюдаться изменения в питании, режиме сна и бодрствования. Нарушения сна могут проявляться как в просмотре телевизионных программ всю ночь напролет, так и в трудностях пробуждения и частых опозданиях в школу. Ребенок может быть сонлив на протяжении целого дня. Нарушения режима питания могут проявляться в виде потери аппетита, анорексии или булемии. Усиление аппетита и возрастание количества потребляемой пищи могут приводить к увеличению веса и ожирению.

Лица, с начальными проявлениями депрессии могут совершать попытки бегства из дома или вести разговоры на тему ухода из дома. Бегство в данном контексте нужно рассматривать как крик о помощи. Это может быть первым шагом для понимания родителями, что у ребенка есть проблемы и он нуждается в помощи. Мысли или разговоры о самоубийстве, попытки

совершить суицид также свидетельствуют о депрессивном расстройстве у подростка. [22]

Дети, страдающие депрессией, могут говорить, что они хотят быть мертвыми, или говорить о суициде. Дети, находящиеся в депрессии, относятся к группе повышенного риска совершения самоубийства. Если ребенок или подросток говорит «я хочу покончить с собой», то такие заявления нужно всегда рассматривать серьезно и настаивать на консультации психолога или психиатра и оценке состояния ребенка. Очень важно, чтобы на подобные темы говорил специалист, имеющий опыт в подобных ситуациях, ибо подобными разговорами можно «вложить смысл в голову подростка» или дать возможность подростку выговориться[14]

Выводы по 1 главе.

Подростковый период - такой период в жизни человека, во время которого происходит превращение ребенка во взрослого человека. На протяжении относительно короткого периода времени происходят радикальные физические и психические изменения, которые делают возможным выполнение задач, стоящих перед взрослым человеком - выполнение его социально-профессиональной функции и функции образования семьи.

Подростковый возраст характеризуется ярким протеканием эмоций, демонстративным поведением, резкой сменой различных состояний (Прихожан А.М., Толстых Н. Н, Фельдштейн Д.И., Кондратьев М.Ю. и др.). Причиной тому могут быть акцентуации характера (Личко А.Е.), среди которых у подростков часто проявляются демонстративная, гипертимная, циклотимная, лабильная. Так, циклотимная и лабильная могут приводить к депрессии, чувству одиночества, незначимости, мыслям о смерти.

Классический депрессивный синдром характеризуется тоской, выступающей в сочетании с идеаторной и моторной заторможенностью, снижением жизненного тонуса, идеями самоуничтожения или самообвинения, а также разнообразными неприятными телесными ощущениями и

соматовегетативными расстройствами. Депрессия у детей и подростков распознаются порой с трудом. Это обусловлено, во-первых, тем, что депрессивная симптоматика насливается на психологические особенности возраста и, во-вторых, нередко имеет маскированные формы проявления.

Учитывая, что подростковый возраст характеризуется как период повышенной эмоциональности, что проявляется в легкой возбудимости, изменчивости настроения, сочетании полярных качеств, выступающих попеременно, а также не забывая о том, что некоторые особенности эмоциональных реакций переходного возраста коренятся в гормональных и физиологических процессах, можно ожидать отображения специфики социальной ситуации развития и в специфике эмоционального развития, в возникновении повышенной тревожности, агрессивности, депрессивности как реакции на невозможность реализовать себя, свое понимание отношений с людьми в динамической, сложной и быстро меняющейся ситуации.

II ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

2.1 Этапы и методы исследования

Выбор данных методик связан с тем, что выявление акцентуации характера у подростка потребуется в процессе психологического консультирования, а выявление наличия депрессивного расстройства поможет в подборе коррекционной программы.

1) Характерологический опросник Шмишека-Леонгарда.

Опросник Шмишека - личностный опросник, который предназначен для диагностики типа акцентуации личности, является реализацией типологического подхода к ее изучению. Опубликован Г. Шмишеком в 1970 г. Методика состоит из 88 вопросов, на которые требуется ответить «да» или «нет». Разработан также сокращенный вариант опросника. С помощью данной методики определяются следующие 10 типов акцентуации личности (по классификации К. Леонгарда):

Демонстративный тип. Характеризуется повышенной способностью к вытеснению.

Педантичный тип. Лица этого типа отличаются повышенной ригидностью, инертностью психических процессов, неспособностью к вытеснению травмирующих переживаний.

Застревающий тип. Характерна чрезмерная стойкость аффекта.

Возбудимый тип. Повышенная импульсивность, ослабление контроля над влечениями и побуждениями.

Гипертический тип. Повышенный фон настроения в сочетании с оптимизмом и высокой активностью.

Дистимический тип. Сниженный фон настроения, пессимизм, фиксация теневых сторон жизни, заторможенность.

Тревожно-боязливый. Склонность к страхам, робость и пугливость.

Циклотимический тип. Смена гипертических и дистимических фаз.

Аффективно-экзальтированный. Легкость перехода от состояния восторга к состоянию печали. Восторг и печаль — основные сопутствующие этому типу состояния.

Эмотивный тип. Родственен аффективно-экзальтированному, но проявления не столь бурны. Лица этого типа отличаются особой впечатлительностью и чувствительностью. Максимальный показатель по каждому типу акцентуации - 24 балла. Признаком акцентуации считается показатель выше 12 баллов. Полученные данные могут быть представлены в виде «профиля личностной акцентуации». Существует два варианта данной методики: взрослый и детский. Оба варианта состоят из одинакового количества вопросов, имеют одинаковые типы акцентуаций личности и одинаковые методы обработки результатов. Различия состоят только в формулировке вопросов, описание опросника и определение доминирующих акцентуаций характера одинаково как для взрослых, так и для детей. Теоретической основой опросника является концепция «акцентуированных личностей» К. Леонгарда. В соответствии с этой концепцией все черты личности могут быть разделены на основные и дополнительные. Основные черты - стержень личности, они определяют ее развитие, процессы адаптации, психическое здоровье. При значительной выраженности основные черты характеризуют личность в целом. В случае воздействия неблагоприятных факторов они могут приобретать патологический характер, разрушая структуру личности. Личности, у которых основные черты ярко выражены, названы К. Леонгардом акцентуированными. Акцентуированные личности не следует рассматривать в качестве патологических. Это случай «заострения» определенных, присущих каждому человеку, особенностей. По К. Леонгарду, в акцентуированных личностях потенциально заложены как возможности социально положительных достижений, так и социально отрицательный заряд. К. Леонгардом выделены 10 типов акцентуированных личностей, которые достаточно произвольно разделены на две группы: акцентуации характера (демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый) и акцентуации

темперамента (гипертинический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимический, аффективно-экзальтированный, эмотивный). Процедура проведения

Инструкция. Исследуемым предлагается ответить на 88 вопросов, касающихся различных сторон их личности. Рядом с номером вопроса требуется поставить знак «+» (да), если согласны, или «-» (нет), если не согласны. Отвечать нужно быстро, долго не задумываться.

2) Тест опросник депрессии Бека.

Созданный ещё в 1961 году, тест Бека и сегодня считается одним из наиболее профессиональных вопросников, позволяющих достоверно установить уровень депрессии. Разрабатывая этот тест, Аарон Бек основывался на клинических наблюдениях за депрессивными больными. После нескольких лет клинических наблюдений ему удалось выделить наиболее часто встречающиеся признаки разнообразных видов этого заболевания.

Шкала Бека — это тест на депрессию в форме опросника, который состоит из 21 пункта с несколькими вариантами ответа. Эти пункты включают конкретные признаки и симптомы депрессии, а варианты ответов отражают степень выраженности симптома. Исследуемым было предложено выбрать один вариант ответа, который точно характеризует их состояние на протяжении последних двух недель вместе с сегодняшним днем.

3) опросник определения уровня депрессии В.А Жмурова.

Методика выявляет депрессивное состояние (главным образом тоскливой или меланхолической депрессии). Она дает возможность установить тяжесть депрессивного состояния на данный момент. Исследуемым было предложено читать каждую группу показаний (их 44) и выбрать подходящий вариант ответа – a, b, c или d.

Апатия. Состояние с отсутствием перспективам на будущее. Это стойкое или преходящее тотальное выпадение как высших и социальных чувств, так и врожденных эмоциональных программ.

Гипотимия(сниженное настроение). Аффективная подавленность в виде опечаленности, тоскливости с переживанием потери, безысходности, разочарования, обреченности, ослабления привязанности к жизни. Положительные эмоции при этом поверхностны, истощаемы, могут полностью отсутствовать.

Дисфория («плохо переношу», «несу плохое, дурное»). Мрачность, озлобленность, враждебность, угрюмое настроение с ворчливостью, брюзжанием, недовольством, неприязненным отношением к окружающим, вспышками раздражения, гнева, ярости с агрессией и разрушительными действиями.

Растерянность. Острое чувство неумения, беспомощности, непонимания самых простых ситуаций и изменений своего психического состояния. Типичны сверхизменчивость, неустойчивость внимания, вопрошающее выражение лица, позы и жесты озадаченного и крайне неуверенного человека.

Тревога. Неясное, непонятное самому человеку чувство растущей опасности, предчувствия катастрофы, напряженное ожидание трагического исхода. Эмоциональная энергия действует столь мощно, что возникают своеобразные физические ощущения: «внутри все сжалось в комок, напряглось, натянулось как струна, вот-вот порвется, лопнет...». Тревога сопровождается двигательным возбуждением, тревожными возгласами, оттенками интонаций, утрированными выразительными актами.

Страх. Разлитое состояние, переносимое на все обстоятельства и проецирующееся на все в окружающем. Страх также может быть связан с определенными ситуациями, объектами, лицами и выражается переживанием опасности, непосредственной угрозы жизни, здоровью, благополучию, престижу.

4) Тест Кеттела.

16 факторный личностный опросник Р. Б. Кеттелла* (форма А) позволяет выяснить особенности характера, склонностей и интересов личности. Опросник Кеттелла 16 rf одна из наиболее известных

многофакторных методик, созданная в рамках объективного экспериментального подхода к исследованию личности. Согласно теории личностных черт Кеттелла, личность описывается как состоящая из стабильных, устойчивых, взаимосвязанных элементов (свойств, черт), определяющих ее внутреннюю сущность и поведение. Различия в поведении людей объясняется различиями в выраженности личностных черт. Тест Кеттелла содержит 187 вопросов, на которые предлагается ответить обследуемым (взрослым людям с образованием не ниже 8 – 9 классов). Наташе было предложено занести в регистрационный бланк один из вариантов ответа на вопрос "да", "не знаю", "нет" (или "а", "в", "с").

В исследовании принимали участие три подростка возраста 15, 16, и 17 лет. На основании проведенных клинических бесед установлены следующие данные:

В исследовании принимали участие три подростка возраста 15, 16, и 17 лет. На основании проведенных клинических бесед установлены следующие данные:

1) Испытуемая Наташа 16 лет, проживает по ул. Бебеля в Октябрьском районе города Красноярска. Окончила обучение в 10 классе школы № 80.

При проведении исследования приносила с собой либо пластилин либо теребила лямки от рюкзака. На контакт пошла не сразу, реагировала слезами на просьбу рассказать о себе, о том, что ее беспокоит, иногда подолгу молчала. Речь всегда тихая, иногда переходящая на шепот, эмоционально бедная, мимика скучная.

Даты проведения консультирований: каждое воскресенье недели с 1.02.18 по 4.06.18.

Данные записаны со слов испытуемой. До 11 лет проживала в городе Ачинске с родителями, бабушкой и двумя братьями (старшим и младшим). Через некоторое время ее семья переехала в город Красноярск и папа открыл магазин «Продукты». Наташа с родителями некоторое время жила в

общежитии, затем дела пошли хуже, отец продал магазин, начал злоупотреблять алкоголем, ругаться с мамой испытуемой, увлекся играми на компьютере.

Жалобы. На вопрос, о наличии жалоб Наташа ответила: «проблем много, они навалились одна на другую, и не дают ничего сделать, берусь за что то одно, другая проблема уже тычет в нос, и хочет чтобы ее решали первой, но из за того, что берусь за все сразу ничего не получается, теряется много времени, я сижу с братом по вечерам, но иногда приходит мама с работы по раньше и я могу идти куда глаза глядят».

Так же сообщила « меня пугает то, что меня ничего не вдохновляет, многие кричат, что они, посмотрев на птичек уже хотят что то делать, написать песню в честь этой птички, или, посмотрев на чужие работы просыпается вдохновение, у меня такого нет вообще, не помню, чтобы когда то было, как будто во мне что то сломано», «я просто хочу исчезнуть», « такое ощущение, что тело сейчас развалится, будто у меня какой- то рак на запущенной стадии, будто уже не спасти», «мерзотно себя чувствую, снится всякий бред, лучше будет, если меня не будет».

Сведения о наследственности. Об отце упоминает не охотно. Дмитрий, 45 лет, на данный момент проживает в общежитии, злоупотребляет алкоголем, играет в компьютерные игры. Испытуемая затрудняется сказать, работает ли отец в данный момент. О болезнях и предрасположенности к ним информации не имеет.

О маме рассказывала спокойно, сдержанно. Екатерина, 45 лет, работает воспитателем в детском саду, заканчивает средне специальное образование, «чтоб от нее все отстали». Испытуемая часто упоминала, что мама «все время пытается меня покормить», и «она нас родила только чтоб в старости мы с ней были».

Старший брат, Владимир, 27 лет, работает менеджером в спортивном магазине, образование высшее, неоконченное, по причине нехватки денег на оплату обучения в институте. Со слов Наташи брат стал частенько выпивать. Некоторую часть заработной платы брат тратит на аренду квартиры в которой проживает семья.

Младший брат, Миша, 8 лет, учится в первом классе, очень скромный. Испытуемая часто упоминала о нем, говорила, что не хочет «чтоб он был как я».

Бабушка испытуемой проживает в городе Ачинске, «постоянно жалуется на болезни».

В ходе бесед выяснилось, что летом семья обследуемой уезжает в Казань, на 1 месяц. Наташа сообщила, что там живут родственники бабушки, которых она никогда не видела, и какой-то мужчина из этой семьи повесился неделю назад в возрасте 54 лет. Это событие беспокоит обследуемую, т.к. она высказала мысли о желании отменить поездку, но сделать этого не может.

Социальное положение семьи.

Семья обследуемой среднего достатка, доход семьи обеспечивает только мама Наташи и старший брат, частично оплачивающий аренду квартиры. Родители в данный момент находятся в разводе, материально семье папа не помогает.

На вопрос о причине развода родителей, испытуемая ответила «что мама долго ждала, когда папа будет работать и хоть как то помогать».

Течение беременности.

Беременность 2, доношенная, состояние здоровья было удовлетворительное. Мама Наташи, перенесла ОРВИ в начале беременности, ожирение, и повышение артериального давления из за лишнего веса. В течение беременности мама так же беспокоила изжога. В течение беременности отец часто пил, «поэтому у мамы был постоянный стресс», «

отец не выражал ярких эмоций, возможно, ему было попросту все равно». Испытуемая родилась весом 3500 кг, «мама хотела дождаться папу, но не смогла уже терпеть и ее посадили на кушетку а головка уже вылезла, ее засунули обратно, поэтому при рождении на головке был синяк, через несколько дней после родов он прошел», «персонал был не приветлив», «когда мама меня увидела, подумала, что я похожа на маму папы».

Со слов исследуемой, из за низкой жирности молока, в три месяца мама перевела ее на смешанное вскармливание. В младшем возрасте испытуемая любила рассматривать картинки, слушать, как читают, сосала соску до 5 лет.

Сейчас испытуемая окончила 10 класс, не определенным остается решение о дальнейшей деятельности, но часто проговариваются фразы о желании подальше уехать от семьи. О будущей профессии говорит не охотно, «хочу работать, где нет людей».

Оценка личности.

Настроение, как правило, стабильно подавленное.

В процессе консультирования отмечена динамика в сторону нарастания доверчивости и разговорчивости. На похвалу реагировала всегда критично. Такие расстройства восприятия, как галлюцинации, отмечены не были. К происходящему в жизни семьи преобладало равнодушное отношение. От работы в ходе исследования не отказывалась, тест-опросники выполняла старательно, четко следовала рекомендациям.

К допускаемым ошибкам в исследовании была частично критична. Некоторые вопросы в тестах вызывали смех и возмущение, в них подолгу не могла определиться с выбором, но мотивации к дальнейшей деятельности не снижала.

К своему здоровью относится внимательно « ходила все утро по больницам, сначала была у эндокринолога, записали на УЗИ, потом пошла к неврологу, она сказала, будто я постоянно чем-то болею, иммунитет понижен, сказала, что явных отклонений нет. Выписала таблетки «Фенотропил, которые

нужно пить один месяц, затем нужно идти к ней снова, еще сказали, возможно, это связано с церебростеническим синдромом».

Про друзей и подруг рассказывает не охотно. На вопрос о лучших и близких подругах ответила отрицательно.

Результаты исследований Наташи.

Характерологический опросник Шмишека-Леонгарда (Приложение 1)

Опросник Бека (Приложение 2)

Опросник уровня депрессии В.А.Жмурова (Приложение 3)

Шкала Кеттела (Приложение 4)

2) Испытуемая Кристина, 17 лет. Проживает по ул. Тимошенкова, учится в 10 классе школы №78.

На контакт пошла сразу. Речь тихая, эмоционально бедная, мимика скучная, руки постоянно держит скрещенными на животе. Ногти на руках обгрызаны.

Дата проведения клинической беседы: 1.06.2018 г.

Родилась и выросла в городе Красноярске. Проживает с мамой, младшей сестрой Ариной и старшими братьями. В данный момент занимается подготовкой и сдачей итоговых экзаменов. Дальнейшее обучение не планирует ввиду тяжелого материального положения в семье.

.Жалобы. На вопрос о наличии жалоб заплакала, успокоилась сама. После этого сообщила, что «у меня нет будущего и денег», « я никому не нужна дома». Основной жалобой обозначила тоску и печаль из за неопределенного будущего, нехватку сил преодолеть трудности. Со слов испытуемой выяснилось, что ее воспитанием и контролем учебного процесса никто не занимался.

.Сведения о наследственности. Об отце говорила охотно, улыбалась, рассказывала смешные истории о нем. Из беседы удалось выяснить, что пapa Кристины по профессии был таксистом, но пять лет назад его посадили в тюрьму за торговлю наркотиками. Добавила, «мы к нему не ездим, мама запретила».

Два старших брата Кристины являются не работающими, «просто лежат и смотрят телевизор». О них испытуемая говорит равнодушно «курят наркоту, им до меня дела нет».

Социальное положение семьи.

Эта тема вызывает особое беспокойство у испытуемой «денег нет, ни на что не хватает», так охарактеризовала положение семьи Кристина. Так же много говорила о негативном отношении к ней одноклассников в школе. В этом обвиняла маму и отца.

Наличие в семье лиц, совершивших суицидальные попытки, страдавших психическими заболеваниями, отрицает.

.О течение беременности мамы ничего не знает, и знать не хочет, в виду постоянных конфликтных ситуаций внутри семьи. Спустя некоторое время добавила, что точно знает, что родилась недоношенной « мамка картошки накопалась так, что я родилась сразу».

Оценка личности обследуемой. Контакт с обследуемой установлен достаточно быстро. Исследуемая немного замкнута, иногда не реагировала на вопросы о маме, после чего просила этого не спрашивать, а говорить только о ней. Верно ориентирована в пространстве и времени, собственной личности. Внешне не опрятна (отсутствует пуговица на кофте, на джинсах масляные пятна), эмоционально старалась быть сдержанной, задумчива. Выражение лица чаще безэмоциональное. На вопросы реагирует дружелюбно, движения рук медленные.

Темп речи замедленный, на вопросы отвечала односложно, кратко. Преобладает пессимистический взгляд на свое будущее и на себя в целом. Наиболее яркие эмоциональные реакции были отмечены на вопросы об отце и младшей сестре. Методики выполняла старательно, что говорит о заинтересованности в исследовании.

Результаты исследований:

Характерологический опросник Шмишека-Леонгарда (Приложение 5)

Опросник Бека (Приложение 6)

Опросник уровня депрессии В.А.Жмурова (Приложение 7)

3) София, 17 лет. Родилась и выросла в городе Красноярске. Проживает с мамой и папой в загородном доме в Емельяновском районе. В данный момент занимается сдачей итоговых экзаменов.

Планирует поступление в Медицинский университет, на педиатрическое отделение. На вопрос о том, как давно она определилась с выбором будущей специальности, ответила « за меня еще в пятом классе решили кто я и что я», «я дома ничего не решаю и никому не интересно что мне интересно».

Жалобы. Из основных жалоб отметила отсутствие интереса к дальнейшей жизни, тревожное состояние по поводу предстоящей сдачи экзаменов. Так же призналась о странных мыслях в течение 2 месяцев. Описала их так « как будто я хочу, чтоб родители умерли в аварии», « я им все равно для их жизни не нужна, тогда зачем им жить». Своими переживаниями с родителями не делилась и этой темы никогда не касалась. Испытуемая так же рассказала, что ей снятся сны о смерти родителей. Некоторые жалобы были связаны с чрезмерной опекой родителей и невозможностью планировать свое время. Так же высказала жалобы на сильные менструальные боли и боли в сердце, но обследоваться отказалась, из -за этого поругалась с родителями.

Друзей в школе завести не удалось «они считают, что я шизуха».

Сведения о наследственности. Родители Сони переехали в город Красноярск из Норильска, в данный момент занимаются строительством загородного дома. Мама, Екатерина, 47 лет, домохозяйка, образование юридическое, неоконченное. Наличие каких либо заболеваний отрицает.

Папа, Станислав, работает в полиции Советского района, был переведен из Норильска в Красноярск, в связи с повышение по должности. Исследуемая характеризовала его как строгого и требовательно « есть приказ, надо выполнять». Так же сообщила, что папа занимается контролем ее учебы и выполнение домашних заданий лично, говорит « нужен настрой на высшее

образование и никак по-другому». Из заболеваний отца рассказала о псориазе и частых переломах ног.

Бабушку и дедушку не знала, так как они жили в Норильске и умерли до ее рождения, оба работали на горно-добывающем комбинате, болели онкологическими заболеваниями легких.

О течении беременности мамы данных не имеет, говорит, « как то ничего мне об этом не рассказывали». Давно слышала, что у папы есть два сына от первого брака, но больше эта тема в семье не обсуждалась.

Оценка личности исследуемой. Контакт установлен не сразу, было замечено чувство скованности и нежелание подробно рассказывать о семье. Часто исследуемая использовала фразу «не как у нормальных семей», сравнивала маму с другими матерями одноклассниц, отмечала, что они лучше и внимательней.

Верно ориентирована в пространстве и времени, собственной личности. Эмоционально сдержанна. Выражение лица чаще безэмоциональное. На вопросы реагирует дружелюбно, выслушивает до конца не перебивая, переспрашивает, уточняет, если что - то не понятно.

Темп речи средний, на вопросы отвечала не сразу, по долгу обдумывала и формулировала ответы. Преобладает пессимистический взгляд на будущее и обучение. Яркие эмоциональные реакции отмечены не были. Методики выполняла старательно, без исправлений, что говорит о заинтересованности в исследовании. Один из тест-опросников попросила взять домой, потому что «нет сил».

Результаты исследования.

Характерологический опросник Шмидека-Леонгарда (Приложение 8)

Опросник Бека (Приложение 9)

Опросник уровня депрессии В.А.Жмурова (Приложение 10)

2.2 Анализ результатов исследования

1) Анализ результатов тестов Наташи.

Анализ результатов теста Шмишека-Леонгарда следует начинать, исходя из общей формы графика, обращая внимание на то, как расположились полученные показатели относительно нижнего и верхнего предела нормы (7-18 баллов).

Среди многочисленных вариантов расположения показателей наибольший интерес представляют следующие:

1. Все или практически все точки на графике оказались в зоне низких значений (0-6 баллов). Такие показатели могут характеризовать личность, которая всеми силами хочется показаться социально нормативной, «хорошей», как ей это кажется. Обычно такие люди демонстрируют сниженную самокритичность, ведут себя претенциозно, неискренни, иногда оказываются демонстративными особами. Также, подобные результаты может дать пассивный человек, который старается быть неприметным и не стремится к высоким достижениям.

2. Большинство значений оказались на уровне или выше 19-ти баллов. По всей вероятности, перед нами сложный в общении человек, со многими «острыми» углами, но, безусловно – это яркая личность. Если отдельные черты достигли отметки 22 и выше баллов, то налицо явные акцентуации. Согласно концепции К. Леонгарда, наличие акцентуаций еще не является признаком патологии, а свидетельствует об определенном потенциале личности и характерной манере ее взаимодействия с людьми.

3. Графическая кривая имеет отчетливый «зубчатый» профиль – высокие и низкие показатели чередуются. Такой график встречается чаще всего и требует особого внимания при интерпретации, ибо за отдельными показателями может скрываться как вполне адекватный, «живой» человек, со своими характерологическими достоинствами и недостатками, так и человек, весьма проблемный в коммуникативном и воспитательном плане.

4. На общем «ровном» фоне средних и низких показателей выделяется одно ярко выраженное значение, либо значение, попадающее в зону выше среднего. В этом случае можно вести речь о выраженном типе акцентуации, либо о склонности вести себя в соответствии с основными характеристиками этого типа.

Значения шкал

Демонстративность: 12 (среднее)

Средняя общительность; избегает выставлять себя, но и не прячется от людей, если нужно выступить перед большой аудиторией.

Застревание: 22 (высокое)

«Застревание» на чувствах, мыслях. Служебная и бытовая несговорчивость, склонность к затяжным склокам, четко определенный круг друзей и врагов. В конфликтах чаще бывают активной стороной, не может забыть обид, «сводит счеты». Проявляет властолюбие.

Педантичность: 12 (среднее)

Аккуратен в меру: дома и на работе старается поддерживать порядок по мере надобности; не любит, но согласен выполнять работу, требующую тщательности.

Возбудимость: 15 (среднее)

Старается держаться хладнокровно, но иногда выходит из себя; способен адекватно контролировать сильные желания.

Гипертимность: 3 (низкое)

Настроение понижено. Пессимистичен. Безынициативен. Мимика не выражена, координация движений выражена слабо. Не любит быстрых физических упражнений. Низкая жажда интеллектуальной деятельности. Мало общителен. Минимальный человек, возможна склонность к зависимому поведению.

Дистимность: 9 (среднее)

В меру разговорчив, разумный пессимист, настроение ровное.

Тревожность: 9 (среднее)

Чувство страха адекватно ситуации.

Экзальтированность: 12 (среднее)

Средняя эмоциональная восприимчивость, устойчивое ровное настроение.

Эмотивность: 12 (среднее)

Плачет редко, не выражает особых чувств к людям, проявляет сострадание только в случае необходимости.

Циклотимность: 6 (низкое)

Такой человек отрицает в себе (или блокирует) проявления колебания настроения, изменения активности, описывает свое поведение как устойчивое, стабильное, независимое от внешних обстоятельств.

Одновременно низкие показатели по шкалам гипертимности и циклотимности могут указывать на внутреннее принятие своей слабости, возможно, депрессивное состояние.

Низкая гипертимность, при высоком застrevании указывает на то, что желаемая цель не имеет материального воплощения, или представляется как нечто недостижимое. Это может быть нечто из области фантазий, не воплощенное в «грубом материальном» мире, или некий объект, частью привлекательности которого является абсолютная недоступность. Подобное сочетание шкал встречается при нарушении адекватности уровня притязаний, перфекционизме.

Низкая циклотимность при высоком застrevании превращает оба показателя в экстремумы. Усиливаются негативные стороны в интерпретации каждого из показателей – сниженная адаптивность, ограниченная способность к гибкому реагированию на внешние стимулы, вероятное проявление агрессии или аутоагgressии. В коммуникативной сфере может проявиться идеализация близкого человека и одновременно – нечуткость, поглощенность своими собственным переживаниями.

Тест на депрессию в форме опросника Бека выявил у Наташи тяжелую депрессию.

В ходе анализа результатов теста Кеттела были получены следующие данные:

Фактор А: «шизотимия-аффектомия». Значение испытуемой 6.

Низкие оценки: сдержаный, обособленный, критичный, холодный, склонен к ригидности, скептицизму, отчужденности. Вещи и идеи привлекают больше, чем люди. Предпочитаем работать в одиночку. Избегает компромиссов. Тверд, несгибаем, жесток. Точность и ригидность проявляются в действиях и установках. Показатель несколько коррелирует шизоидностью.

Фактор В: «ЛОЖЬ» Значение испытуемой 1.

Фактор С: «степень эмоциональной устойчивости» Значение испытуемой 1

Низкие оценки: чувствительный, эмоционально менее устойчив. Легко расстраивается. Изменчив в поведении, в эмоциях. Избегает требований окружающей действительности. Раздражителен, эмоционально возбудимый, невротически утомленный. Активно реагирует на удовлетворение или неудовлетворение своих потребностей. Требует немедленного решения проблем, удовлетворения потребностей

Фактор D: «флегматичность-возбудимость» значение испытуемой 16.

Высокие оценки: возбудимый, нетерпеливый, требовательный, сверхактивный, несдержанный. Привлекающий внимание, позирующий, склонный к ревности. Самоуверенный, эгоцентричный. Легко отвлекается и проявляет много нервных симптомов (беспокойно спит, легко обижается, сердится в возбужденном состоянии в ситуации ограничения).

Фактор Е: «пассивность-доминантность» значение испытуемой 7.

Низкие оценки: уступчив, навязчив в поведении. Зависит от других. Стремиться исповедоваться, раскрыться другим. В поведении корректен. Низкие оценки часто встречаются у невротиков

. **Фактор F: «осторожность-легкомыслие»**

Низкие оценки: трезвый, осторожный, молчаливый, неторопливый.

Осторожность иногда выступает в комплексе с мрачностью и пессимизмом. Впечатлителен, склонен к субдепрессиям. На них можно положиться, но не эффективны как организаторы. На второстепенных ролях функционируют очень хорошо.

Фактор G: «степень принятия моральных норм»

Низкие оценки: неустойчивость в достижении цели, поверхность. Избегает правил, мало чувствует обязанности. Не прилагает усилий при решении групповых задач, выполнении социально-культурных требований. Эгоисты, работают для себя и на себя. Обычно высокое честолюбие. Свободен от влияния группы. Отказ от подчинения правилам группы может коррелировать с низким уровнем соматических заболеваний /меньше болеют/. Большая устойчивость при стрессах.

Фактор H: «робость, застенчивость - смелость, авантюризм»

Низкие оценки: застенчивы, сдержаны, боязливы, уклончивы, держатся в тени. Проявляются подсознательное чувство вины, собственной неполноценности. Речь замедленна, затрудняется в высказываниях. Избегает профессий с личными контактами. Не склонны поддерживать отношения со всеми, кто их окружает. С трудом включается в общие мероприятия. Избегает яркого своего появления на людях, самовыражения.

Фактор I: «реализм - сензитивность»

Высокие оценки: высокая эмоциональная чувствительность. Обычно не проявляют альтруизма. Выражена тенденция к избеганию ответственности в работе и личных отношениях. Свойственная беспричинная тревога. Фактор коррелирует со шкалой тревожности. Продуктивны в творческой деятельности, обладают артистическими способностями, тонкостью чувств. В жизни - нетерпеливы, непрактичны, слабы, легко поддаются влиянию других, недостаточно самостоятельны, зависимы, капризны, требовательны к

вниманию других. Требуют и ждут помощи. Плохо переносят грубость и грубые работы. Замедляют деятельность группы.

Фактор J: «неврастения, фактор Гамлета»

В общем деле не очень эффективны, так как очень привередливы. В своих оценках очень холодны. Обычно, имеют свое мнение (его не навязывают и часто не сообщают другим). Узкий круг друзей. Не забывают несправедливости. Интеллектуально развиты, думают над своими ошибками, стараясь избежать. Высокие оценки: индивидуалисты, внутренне сдержанны, интроспективны. В новых. Холодные неврастеники.

Фактор О: «самоуверенность - склонность к чувству вины»

Высокие оценки: депрессивны, преобладает плохое настроение. Свойственные мрачные предчувствия, размыщелния, беспокойство, тревожность в трудных ситуациях, субъективное чувство, что его не принимает группа.

Неэффективные ораторы.

Фактор Q2: «степень эмоциональной устойчивости»

Высокие оценки: независимы, склонны идти своим путем, принимать собственные решения, действовать самостоятельно. Не считаются с общественным мнением. Не всегда доминируют. Нельзя сказать, что у них негативное отношение к другим людям, им просто не нужно их одобрение, поддержка. Предпочитают собственное мнение и решение. Плохо работают в группе, говоря, что при работе в группе теряют много времени.

Фактор Q3: «степень самоконтроля»

Низкие оценки: низкий волевой контроль. В своем поведении не руководствуется волевым контролем. Не обращает внимания на социальные требования. Не обращает внимания на социальные требования. Нет цельной личности. Не слишком чувствительны, но импульсивны в своем поведении и, следовательно, подвержены ошибкам. Часто чувствуют себя неприспособленными к жизни.

Фактор Q4: «степень внутреннего напряжения»

Низкие оценки: склонны к удовлетворенности. Расслабленность может привести к лени, к низким достижениям. Обычно снижена мотивация деятельности. Легко адаптируются. Если работа или жизнь требуют высокого напряжения - их деятельность мало эффективна. Идеальное условие для работы - это постоянный ритм. Шкала депрессии В. А. Жмурова выявила наличие умеренной депрессии.

2) Анализ результатов тестов Кристины.

Анализ результатов следует начинать, исходя из общей формы графика, обращая внимание на то, как расположились полученные показатели относительно нижнего и верхнего предела нормы (7-18 баллов).

Среди многочисленных вариантов расположения показателей наибольший интерес представляют следующие:

1. Все или практически все точки на графике оказались в зоне низких значений (0–6 баллов). Такие показатели могут характеризовать личность, которая всеми силами хочется показаться социально нормативной, «хорошой», как ей это кажется. Обычно такие люди демонстрируют сниженную самокритичность, ведут себя претенциозно, неискренни, иногда оказываются демонстративными особами. Также, подобные результаты может дать пассивный человек, который старается быть неприметным и не стремится к высоким достижениям.

2. Большинство значений оказались на уровне или выше 19-ти баллов. По всей вероятности, перед нами сложный в общении человек, со многими «острыми» углами, но, безусловно – это яркая личность. Если отдельные черты достигли отметки 22 и выше баллов, то налицо явные акцентуации. Согласно концепции К. Леонгарда, наличие акцентуаций еще не является признаком патологии, а свидетельствует об определенном потенциале личности и характерной манере ее взаимодействия с людьми.

3. Графическая кривая имеет отчетливый «зубчатый» профиль – высокие и низкие показатели чередуются. Такой график встречается чаще всего и требует особого внимания при интерпретации, ибо за отдельными показателями может скрываться как вполне адекватный, «живой» человек, со своими характерологическими достоинствами и недостатками, так и человек, весьма проблемный в коммуникативном и воспитательном плане.

4. На общем «ровном» фоне средних и низких показателей выделяется одно ярко выраженное значение, либо значение, попадающее в зону выше среднего. В этом случае можно вести речь о выраженном типе акцентуации, либо о склонности вести себя в соответствии с основными характеристиками этого типа.

Значение шкал

Демонстративность: 6 (низкое)

Отличается стеснительностью, развитым этическим комплексом, искренностью и глубиной чувств. Тревожный, пассивный человек, предпочитает держаться «в тени», избегает большого скопления людей.

Застревание: 18 (среднее)

Обиды помнит недолго, месть быстро проходит, оскорблений быстро забываются, адекватное честолюбие, адекватно реагируют на критические замечания.

Педантичность: 10 (среднее)

Аккуратен в меру: дома и на работе старается поддерживать порядок по мере надобности; не любит, но согласен выполнять работу, требующую тщательности.

Возбудимость: 15 (среднее)

Старается держаться хладнокровно, но иногда выходит из себя; способен адекватно контролировать сильные желания.

Гипертимность: 3 (низкое)

Настроение понижено. Пессимистичен. Безынициативен. Мимика не выражена, координация движений выражена слабо. Не любит быстрых

физических упражнений. Низкая жажда интеллектуальной деятельности. Мало общителен. Мнительный человек, возможна склонность к зависимому поведению.

Дистимность: 12 (среднее)

В меру разговорчив, разумный пессимист, настроение ровное.

Тревожность: 15 (среднее)

Чувство страха адекватно ситуации.

Экзальтированность: 12 (среднее)

Средняя эмоциональная восприимчивость, устойчивое ровное настроение.

Эмотивность: 12 (среднее)

Плачет редко, не выражает особых чувств к людям, проявляет сострадание только в случае необходимости.

Циклотимность: 3 (низкое)

Такой человек отрицает в себе (или блокирует) проявления колебания настроения, изменения активности, описывает свое поведение как устойчивое, Одновременно низкие показатели по шкалам гипертимности и циклотимности могут указывать на внутреннее принятие своей слабости, возможно, депрессивное состояние.

Одновременно низкие показатели по шкалам гипертимности и демонстративности могут указывать на состояние потери контроля над собой – своим здоровьем, эмоциональным состоянием, об изможденности и упадке сил. Одновременно низкие показатели по шкалам циклотимности и демонстративности указывают на то, что по той или иной причине не способен или не желает менять свое поведение в зависимости от ожиданий окружающих. Причинами такой неспособности может явиться поглощенность каким-то делом (повышение гипертимности, застrevания, возможно, – педантичности), переутомление (повышение дистимности, снижение возбудимости), состояние острой тревоги (повышение эмотивности, тревоги)

или депрессивное состояние (повышение дистимии, экстремум по тревоге, понижение возбудимости, эмотивности). Нежелание слышать близких людей может сочетаться с проявлениями девиантного поведения, переживанием отверженности, обиды (повышение по шкалам эмотивности, застревания).

Тест опросник депрессии Бека выявил у Кристины выраженную депрессию.

Опросник определения уровня депрессии В.А.Жмурова определил среднюю степень выраженности депрессии на данный момент.

3) Анализ тестов Софии.

Анализ результатов следует начинать, исходя из общей формы графика, обращая внимание на то, как расположились полученные показатели относительно нижнего и верхнего предела нормы (7-18 баллов).

Среди многочисленных вариантов расположения показателей наибольший интерес представляют следующие:

1. Все или практически все точки на графике оказались в зоне низких значений (0–6 баллов). Такие показатели могут характеризовать личность, которая всеми силами хочется показаться социально нормативной, «хорошой», как ей это кажется. Обычно такие люди демонстрируют сниженную самокритичность, ведут себя претенциозно, неискренни, иногда оказываются демонстративными особами. Также, подобные результаты может дать пассивный человек, который старается быть неприметным и не стремится к высоким достижениям.

2. Большинство значений оказались на уровне или выше 19-ти баллов. По всей вероятности, перед нами сложный в общении человек, со многими «острыми» углами, но, безусловно – это яркая личность. Если отдельные черты достигли отметки 22 и выше баллов, то налицо явные акцентуации. Согласно концепции К. Леонгарда, наличие акцентуаций еще не является признаком патологии, а свидетельствует об определенном потенциале личности и характерной манере ее взаимодействия с людьми.

3. Графическая кривая имеет отчетливый «зубчатый» профиль – высокие и низкие показатели чередуются. Такой график встречается чаще всего и требует особого внимания при интерпретации, ибо за отдельными показателями может скрываться как вполне адекватный, «живой» человек, со своими характерологическими достоинствами и недостатками, так и человек, весьма проблемный в коммуникативном и воспитательном плане.

4. На общем «ровном» фоне средних и низких показателей выделяется одно ярко выраженное значение, либо значение, попадающее в зону выше среднего. В этом случае можно вести речь о выраженному типе акцентуации, либо о склонности вести себя в соответствии с основными характеристиками этого типа.

Значение шкал

Демонстративность: 6 (низкое)

Отличается стеснительностью, развитым этическим комплексом, искренностью и глубиной чувств. Тревожный, пассивный человек, предпочитает держаться «в тени», избегает большого скопления людей.

Застревание: 14 (среднее)

Обиды помнит недолго, месть быстро проходит, оскорблений быстро забываются, адекватное честолюбие, адекватно реагируют на критические замечания.

Педантичность: 18 (среднее)

Аккуратен в меру: дома и на работе старается поддерживать порядок по мере надобности; не любит, но согласен выполнять работу, требующую тщательности.

Возбудимость: 6 (низкое)

Проявляет исключительное хладнокровие, высокий уровень самоконтроля и саморегуляции в сфере эмоциональных реакций и отношений.

Гипертиимность: 0 (низкое)

Настроение понижено. Пессимистичен. Безынициативен. Мимика не выражена, координация движений выражена слабо. Не любит быстрых

физических упражнений. Низкая жажда интеллектуальной деятельности. Малообщителен. Минимальный человек, возможна склонность к зависимому поведению.

Дистимность: 18 (среднее)

В меру разговорчив, разумный пессимист, настроение ровное.

Тревожность: 21 (высокое)

Пониженный фон настроения, опасения за себя, близких, робость, неуверенность в себе, крайняя нерешительность. Долго переживает неудачи, сомневается в своих действиях. Редко вступает в конфликты, играет в них пассивную роль.

Экзальтированность: 12 (среднее)

Средняя эмоциональная восприимчивость, устойчивое ровное настроение.

Эмотивность: 21 (высокое)

Чрезмерная чувствительность, ранимость, глубоко переживает малейшие неприятности, излишне чувствителен к замечаниям, неудачам, поэтому у него чаще печальное настроение. Предпочитает узкий круг друзей и близких, которые понимают с полуслова. Редко вступает в конфликты, играет в них пассивную роль. Обиды не выплескивает наружу.

Циклотимность: 3 (низкое)

Такой человек отрицает в себе (или блокирует) проявления колебания настроения, изменения активности, описывает свое поведение как устойчивое, стабильное, независимое от внешних обстоятельств.

Сочетание типов

Одновременно низкие показатели по шкалам гипертимности и циклотимности могут указывать на внутреннее принятие своей слабости, возможно, депрессивное состояние.

Одновременно низкие показатели по шкалам гипертимности и возбудимости характерны для состояния пассивности, апатичности. Может проявиться потеря интереса ко всему, особенно – к событиям, происходящим

в настоящий момент. Может свидетельствовать об утомлении Нередко такое сочетание шкал может указывать на стрессовое реагирование (фазу дистресса) или травматическое состояние и даже депрессивное состояние.

Низкая гипертимность при высокой эмотивности указывает на поглощенность субъективными переживаниями, сосредоточенность на каких-то важных отношениях, нерешенной проблеме. Подобное сочетание шкал может указывать на интровертированность, богатство внутреннего мира, но одновременно – на снижение социальных притязаний, соревновательности. В случае, если человек работает на ответственной работе, это сочетание шкал может указывать на возникшую в семье проблему, например, болезнь.

Низкая гипертимность при высокой тревоге будет указывать на наличие проблемной ситуации.

Одновременно низкие показатели по шкалам гипертимности и демонстративности могут указывать на состояние потери контроля над собой – своим здоровьем, эмоциональным состоянием, об изможденности и упадке сил.

Низкая циклотимность при высокой эмотивности может свидетельствовать о сформированности внутренней системы оценок, ярком проявлении приоритетов во взаимоотношениях, этических конфликтах, профессиональных предпочтениях. Для человека существует «важное» и «неважное»; вторым можно пренебречь. Во многих случаях в оценках, которые даются человеком, проявляется крайняя пристрастность. Характерной может быть глубокая убежденность в собственной правоте, возможно – иррационального характера.

Низкая циклотимность при высокой тревожности может указывать на негибкое, неадаптивное реагирование в ситуации стресса. Возможна невротическая глобализация аффекта, или, напротив, противопоставление нынешнего неблагополучия идеализированному прошлому, своей беды – всеобщему благодушию. В последнем случае присутствует ощущение

отверженности, потеряности, брошенности. Данное сочетание может наблюдаться у людей с депрессивными или навязчивыми состояниями.

Одновременно низкие показатели по шкалам циклотимности и демонстративности указывают на то, что по той или иной причине не способен или не желает менять свое поведение в зависимости от ожиданий окружающих. Причинами такой неспособности может явиться поглощенность каким-то делом (повышение гипертимности, застrevания, возможно, – педантичности), переутомление (повышение дистимности, снижение возбудимости), состояние острой тревоги (повышение эмотивности, тревоги) или депрессивное состояние (повышение дистимии, экстремум по тревоге, понижение возбудимости, эмотивности). Нежелание слышать близких людей может сочетаться с проявлениями девиантного поведения, переживанием отверженности, обиды (повышение по шкалам эмотивности, застrevания).

Низкая возбудимость при высокой эмотивности может указывать на погруженность человека в свой внутренний мир, значительную интровертированность. Система ценностей и приоритетов отличается значительной устойчивостью, постоянством. В межличностных отношениях проявляется привязчивость, стремление к установлению доверительных отношений.

Низкая возбудимость при высокой тревожности может выступать в качестве указателя депрессивного состояния, подавленности, переживания потери, горя, – с одной стороны, и высокой мобилизованности, собранности, решимости достигнуть цели, – с другой стороны.

Одновременно низкие показатели по шкалам возбудимости и демонстративности могут указывать на снижение интереса к происходящим событиям, внешней пассивности, замкнутости.

Одновременно высокие показатели по шкалам эмотивности и тревожности присутствуют в графике в одном из следующих случаев 1. человек адекватно оценивает ситуацию как угрожающую, занимает субъективно-активную, деятельностную позицию. 2. тревога связана с

близким человеком, повод для этой тревоги чаще всего реален и конкретен (тяжелая болезнь, угроза жизни, тяжелая потеря).

Высокая эмотивность при низкой демонстративности указывает на то, что во взаимоотношениях с людьми человек в большей степени будет ориентироваться на внутренние ценности, этические или эстетические критерии, чем на формальные социальные нормы.

Высокая тревожность при низкой демонстративности может интерпретироваться двояко: с одной стороны, это сочетание может указывать на стремление «перетерпеть», решить собственные проблемы в одиночку, собственными силами, с другой стороны, при этом же сочетании может отмечаться деструкция социальных навыков – человек ощущает себя «на грани срыва», а возможно – уже срывается на своих близких, коллег.

Опросник депрессии Бека показал наличие тяжелой депрессии.

Опросник определения уровня депрессии В.А.Жмурова так же показал наличие тяжелой депрессии.

2.3.Психотерапевтическая работа и рекомендации по профилактике депрессивных расстройств в подростковом возрасте.

Наташа пришла на консультацию сама, сразу предупредила, что не хочет, чтобы мама об этом знала. Психотерапевтическая работа предворялась психологическим исследованием, направленным на определение акцентуации характера, выявление наличия депрессивного расстройства и тяжести его течения. Результаты выявили у Наташи депрессивное расстройство, тяжелой степени тяжести. Развитие этого состояния совпадает с разводом родителей.

В ходе сессий была выявлена эмоциональная травма потери значимых отношений, вызванная разводом родителей. Был обнаружен высокий уровень выраженности симптомов психотравмы, таких как активация при малейшем напоминании о психотравмирующих событиях, избегание негативных переживаний, проблемы со сном, трудности в установлении близких

эмоциональных связей, снижение психических функций, склонность к диссоциации, чувство вины за происшедшее. У пациентки отмечалось снижение смысловой, эмоциональной и соматической саморегуляции. Это проявилось в виде ограничения способности к целеполаганию, неудовлетворенности своей жизнью в прошлом и настоящем, в виде убежденности в своей неспособности управлять своей жизнью, воплощать свои желания, что сопровождалось ощущением собственной беспомощности и мыслях о самоубийстве. Было обнаружено, что пациентка испытывает недовольство прожитым периодом жизни и сожалеет о нем. На момент начала терапии у нее отсутствовали какие-либо цели в жизни, она говорила, «мне постоянно кажется, что я скоро умру».

У пациентки была снижена способность к эмоциональной регуляции: она была крайне фиксирована на негативных переживаниях, доминирующими эмоциями были раздражение, гнев, чувство беспомощности, безнадежности, которые не поддавались управлению. Отмечалась эмоциональная неустойчивость: состояние апатии сменялось возбуждением и плаксивостью. Часто случались «истерики» – состояния неконтролируемой плаксивости, когда пациентка чувствовала, что «все бесполезно, ничего не может помочь». Она была замкнута на своих переживаниях, избегала общения, не обращалась за помощью. Обнаружилось, что эмоциональные переживания сопровождались негативными телесными ощущениями боли перед менструацией, замороженности, одревесенелости, напряжения в области верхней части тела: в спине, грудной клетке, плечах, голове. Так же Наташа отметила, что «просто ходить уже тяжело».

Проведенное психологическое исследование реализовало в определенной степени и психотерапевтические цели: оно способствовало установлению контакта с пациенткой, формированию отношений поддержки, понимания и открытости.

Работа проходила в форме долгосрочной терапии и временно ограничилась отъездом Наташи на отдых к родственникам. Она продолжалась

в течение 4 месяцев и состояла из 16 сессий. Работа была направлена на освобождение от травматических симптомов, завершение психотравмирующей ситуации, возвращение устойчивости, позитивного самоощущения и направленности на будущее.

Последовательность проведенной работы.

Первые психотерапевтические сессии были посвящены проведению психотерапевтического интервью, направленного на сбор более детальной информации о характере психотравмирующей ситуации, симптомах травмы и ее переживаниях. Эти сессии были направлены также на создание безопасного, устойчивого и комфортного пространства для терапевтической работы.

Выяснилось, что Наташа считает, что причиной ее болезненного самочувствия является развод родителей. Так же добавила: «просто я какая то дефектная», в котором она обвиняет маму. « Постоянно плакала. Я много думала, как мы будем жить дальше». Развод произошел два года назад. После того как она с братьями съехала на съемную квартиру она изменилась: стала замкнутой, малообщительной, а раньше была жизнерадостной. Появилась усталость «я сажусь на постель, прилягу на 5 мин, а пролежу весь день. Наташа жаловалась, что «хорошее самочувствие бывает редко». Она часто испытывает сильные чувства грусти, апатии, тревожности, с которыми ей трудно справиться. Она сообщила также, что в настоящее время поддержки от семьи не чувствует, но она верит в помощь врачей. В течение 1 месяца Наташа прошла обследование у невролога, узи щитовидной железы, энцефалограмму, анализ крови, которые нарушений в работе организма не выявили. На этом этапе терапии пациенткой был сформирован запрос: освобождение от болезненных ощущений и, возвращение позитивного самоощущения.

Следующий этап терапии был посвящен поиску и укреплению ресурсов пациентки. При этом использовались техники воображения или воспоминания о позитивной жизненной ситуации, воспоминаниями из детства. Вот пример

высказываний пациентки во время сессии: «у бабушки в Ачинске я была такая не уставшая, мы бегали целый день и не уставали, и ели не мытую морковку».

Несколько следующих встреч работы с клиентом строилась исходя из запроса: « почему я дефектная?». В работе было использовано домашнее задание, которое Наташа выполняла в контакте с мамой, дома. Наташе было предложен перечень вопросов касающихся течения беременности ее мамы, хода родов, выявленных патологий. Так же список включал вопросы о младенчестве, развитии до года, любимых игрушках. Как оказалось, Наташа имеет мало информации об этом времени. Во время чтения получившегося рассказа Наташа, необычно много для ее сдержанности, смеялась. Когда Наташа читала о том, что мама ее любит, и в детстве часто качала ее на руках, прижимала к сердцу, она расплакалась. Так же девушке было предложена альтернатива, которая позволит ей освободиться от мыслей о дефектности, это обращение к неврологу. В ходе обследования никаких патологий обнаружено не было, что позволило нам больше не возвращаться к запросу о дефектности.

В виду того, что Наташа большое количество времени проводит рисуя, в ходе психокоррекции ей была предложена арт -терапия.

Одним из главных запросов в течение сессий, был запрос о невозможности контроля появившейся агрессии. Девушке был предложен вариант ведения дневника агрессии, и как дополнение к описанию, Наташа предложила рисовать свои чувства. Некоторое время, ушло на распознавание, отслеживание и фиксацию своих негативных мыслей. Затем мы начали анализировать и выявлять иррациональные (неправильные и нелогичные). Как в последующем призналась сама Наташа, что эти мысли были беспочвенны. Например, она считала, что « мир ужасный и грустный».

В ходе всей проделанной работы Наташа постепенно взяла ответственность за свое состояние в свои руки, начала сама объяснять, почему у нее возникают такие негативные мысли.

Так же в решении беспокоящих Наташу неловких ситуациях, ей было предложено разобраться в ситуации, определить плюсы и минусы, сделать выводы.

Однажды прия на сессию, рассказала о том, как сама сумела справиться с казалось бы, ужасной ситуацией. « Я вчера ехала в автобусе и не увидела, что мне дали именно ту сумму, которую должны были дать ,обратилась к кондуктору, он сказал, что там вся сумма, я извинилась и постаралась сесть, чтобы меня никто не видел. Раньше я бы думала об этой ситуации очень долго, но я разобрала эту ситуацию, с кем не бывает, каждый человек ошибается, и мне стало легче, и больше я об этом не думала».

Таким образом, Наташа начала играть роль психотерапевта по отношению к самой себе, самостоятельно подтверждая собственные прогнозы и выводы, умело проводила их коррекцию.

. В своей терапии для лечения депрессии применяла:

- Положительное подкрепление (похвала);
- Отрицательное подкрепление (критическое замечание);
- Снижение порога чувствительности (уменьшение страха);
- Моделирование (создание ситуаций и выработка

соответствующего поведения).

- Обнаруживать свои негативные автоматические мысли
- Находить связь между знаниями, аффектами и поведением
- Находить факты «за» и «против» этих автоматических мыслей
- Подыскивать более реалистичные интерпретации для них
- Научить выявлять и изменять дезорганизующие убеждения,

ведущие к искажению навыков и опыта.

2.3. Научно-практические рекомендации при депрессивных расстройствах в подростковом возрасте

Когнитивный подход к коррекции депрессивного расстройства у подростка.

Когнитивная модель депрессии основывается на том положении, что ведущие симптомы депрессии, такие как печаль, слабость или полная потеря мотивации, суицидальные желания, находятся в зависимости от нарушения познавательных процессов. Выделяется комплекс когнитивных нарушений, ставший классическим: негативное видение окружающего мира и жизненных событий, отрицательное представление о себе и негативная оценка будущего, так называемая когнитивная депрессивная триада. По данным А. Бек, когнитивные искажения при депрессии оказывают влияние на переработку информации. При этом отмечается, что депрессивные подростки делают необоснованные выводы, игнорируют прошлый опыт, преувеличивая свою вину и преуменьшая свои силы и достижения, что способствует созданию и закреплению негативных образов своего "Я". Основным в когнитивной теории депрессии считается положение о том, что самоотчеты пациентов представляют скорее отражение их негативных установок, чем действительное положение вещей, т.е. реалистичность самокритики депрессивных пациентов, оказывается обманчивой, а проблемы человека в значительной степени происходят из определенных искаженных представлений о реальности, базирующихся на ошибочных предпосылках [24]

Определяющая характеристика когнитивной коррекции в том, что она является прямым, структурированным, часто краткосрочным видом коррекции и делает акцент на развитии познавательных способностей, что связано с поведенческими событиями и навыками решения проблем. Основная мыслительная конструкция такова - познавательные способности человека обуславливают его чувства.

На занятиях психолог помогает подростку выявлять у себя негативные мысли и давать реальную оценку положению вещей, психолог руководит подростком в прокладывании новых путей мышления, в отработке и закреплении новых форм реагирования на факты и события. Такое обучение

своего клиента большинство когнитивных психологов и рассматривают как коррекционную программу, на которой психолог и клиент работают вместе - вместе составляют список проблем и задач, вместе стремятся достичь намеченных целей.

Курс когнитивной коррекции длится, как правило, не долго, он состоит всего из 12 - 16 занятий. Однако в случае длительно протекающих форм депрессии лечение может растянуться от 6 месяцев до 2 лет.

По исследованиям ученых, когнитивная психотерапия помогает примерно 50 процентам подростков.

Психоаналитический подход к коррекции депрессии.

Психоаналитическая коррекция основывается на концепции, что на чувства и поведение человека сильное влияние оказывают прошлый опыт и подсознательные желания и страхи. Согласно этой теории, многие психические заболевания могут быть излечены путем изменения взглядов больного на самого себя и на работу своего собственного сознания и эмоций. Этот вид работы очень привлекает пациентов, хотя и требует большего времени, чем другие. Психоаналитическая коррекция не просто снимает симптомы расстройства, она ставит своей задачей изменить личность, характер человека, помочь ему научиться доверять другим, строить близкие отношения с людьми, лучше справляться с трудностями, потерями и не лишать себя при этом широкого спектра эмоций.

Согласно психоаналитической теории, причиной депрессии может стать конфликт между подсознательными и сознательными мыслями, убеждениями и желаниями человека. Беспокоящие подростков конфликт они стараются подавить и инстинктивно перемещают их из сознания в подсознание. Задача психоаналитической коррекции - поднять из глубин подсознания эти подавленные и нерешенные конфликты и перенести их в наше сознание с тем, чтобы встретить их лицом к лицу и избавиться от них.

Чтобы извлечь на свет подавленные конфликты подростка, психоаналитик может воспользоваться одним из методов психоанализа: свободные ассоциации, перенос, анализ сновидений и т.д.

Недостатки психоаналитической коррекции заключаются в том, что она дорогостоящая и может занимать несколько лет. Процесс обследования затрагивает нередко болезненные и глубоко личные переживания клиента. Это на какое-то время делает пациента тревожным и расстроенным.

Межличностный подход к психотерапии и психокоррекции депрессивных расстройств.

Межличностная психокоррекция - это метод, который ставит своей задачей изменить человеческие взаимоотношения, вносящие свою долю в причины депрессивных переживаний подростков. Согласно теории, разработанной психиатром Джеральдом Клеманом и психологом Мирной Вейсман, такие болезненные переживания вытекают из трудностей в личных взаимоотношениях людей.

Межличностный психолог пытается улучшить представления больного о себе самом и его способностях к общению, что в свою очередь должно оздоровить его отношения с людьми. На занятиях клиент узнает свои возможности строить и поддерживать здоровые отношения с другими людьми, справляться с новыми задачами, бедой и горем, требующими длительного напряжения. С помощью специальных приемов подросток определяет вместе с психологом круг его проблем во взаимоотношениях с людьми и старается улучшить соответствующие способности.

Семейная психокоррекция депрессивных расстройств.

Задача семейной психокоррекции - ознакомить членов семьи подростка с его проблемой и показать им, как они могут помочь. Семья служит мощным источником сил для подростка с депрессивным расстройством. Разногласия членов семьи, сложности в родственных отношениях или в общении приводят к появлению определенного типа пациентов, у которых семейные проблемы

выливаются в депрессию. Таким образом, терапевт рассматривает подростковую депрессию, обращаясь к патологии в семейной системе. Семейная коррекция обычно является кратким, ориентированным на действия подходом, цель которого состоит в снятии симптомов через изменение поведения членов семьи.

Групповая психокоррекция депрессивных расстройств.

Одной из основных целей групповой психокоррекции для решения почти любой психической проблемы является создание подростком условий для установления контакта с ровесниками, у которых возникают такие же трудности и которые могут поддержать друг друга и вместе практиковаться в новых навыках в установлении межличностных отношений.

Цели групповой психокоррекции могут включать предоставление человеку возможности осознать, что его потребности похожи на потребности других людей, выработку альтернативных решений определенных конфликтов, обучение более эффективным социальным навыкам, повышение осведомленности о потребностях и чувствах других людей.

Многие группы, созданные для подростков, страдающих депрессией, представляют собой группы тренинга социальных навыков. Лечение здесь сосредоточено на установлении и практике социальных навыков, способных помочь в разрешении конфликта в отношениях с семьей и друзьями. Внутри групповых занятий присутствующие часто проигрывают по ролям различные ситуации общения, такие как прояснения проблемы, понимание точки зрения другого человека и выражения своих чувств. Другие группы могут быть менее структурированы. Подростки в этих группах могут использовать занятия для обсуждения проблем, которые они испытывают с семьей и друзьями. Другой отличительной чертой этих групп является то, что занятия во многих из них ограничены во времени, имеют четкие цели и задачи рассчитанные на определенный период времени.

Выводы.

Таким образом, рассмотрев психолого-педагогические основы проявления депрессивных состояний у подростков и их коррекцию, можно сделать выводы:

1. Депрессивные состояния в подростковом возрасте встречаются относительно редко, но эти состояния опасны по своим последствиям и часто сочетаются с другими проблемами, такими как нарушение пищевого поведения, суицидальное поведение, нервно-психическое напряжение. Депрессия и тревожные расстройства, депрессия и поведенческие нарушения, включая импульсивное поведение, часто появляются вместе.

Депрессия накладывает отпечаток на все стороны личности: познавательную, поведенческую, эмоционально-волевую и т.п.

Депрессия в подростковом возрасте не является нормальным кризисным проявлением и требует особого рассмотрения, во избежании ее дальнейшего развития и перехода в область психопатологии.

2. Причины возникновения депрессивных расстройств могут быть самыми различными: от генетической предрасположенности до проявлений возрастных кризисов, среди которых наиболее остро протекает подростковый. Проблемы в ролевом переходе приводят к депрессии, а также депрессия способствует возникновению проблем в ролевом переходе подростка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психическое неблагополучие подростков, касающееся эмоциональной сферы, имеет далеко идущие последствия. Написание данной дипломной работы было определено следующей гипотезой: депрессивные расстройства подростка имеют определенные психологические особенности, своевременная коррекция которых позволяет повысить адаптивность подростков, и способствует профилактике возможной дезадаптации.

Проведенный в первой главе данной работы анализ литературы о подростковых депрессивных расстройствах позволил прийти к заключению, что, несмотря на большое внимание психологов и представителей смежных специальностей к проблеме депрессивности, используемый понятийный аппарат еще недостаточно совершенен. Так, само понятие «депрессия» до настоящего времени остается спорным и неоднозначным. Оно используется как характеристика настроения, как название синдрома и как название отдельного заболевания. Тем самым именно взаимодействие медицинского и психологического знания становится необходимым для практического решения проблемы диагностики и коррекции эмоционального неблагополучия у подростков. При этом на первое место среди трех основных групп депрессивных явлений выступает психологическое исследование депрессивных состояний, поскольку депрессия как заболевание в преобладающей степени относится к юрисдикции медицины, а депрессивное настроение, как правило, – проявление различных психологических механизмов, связанных как со спецификой подросткового возраста, так и с индивидуально-типическими психологическими и психофизиологическими характеристиками подростков.

Именно депрессивные расстройства как тревожный сигнал эмоционального неблагополучия подростка, не всегда вызывая к себе достаточно

внимательного отношения специалистов и родителей, и стали объектом нашего исследования.

Проведенный анализ литературы показал, что депрессивные расстройства обнаруживают связь с теми характеристиками жизнедеятельности подростка, которые являются для него наиболее значимыми. Это относится к межличностным отношениям в семье и детско-родительским отношениям, комплексу отношений, в которые вступает подросток в процессе школьного обучения, к стрессогенным жизненным событиям. Рассмотрели пути и методы психологической коррекции депрессивных состояний в различных психологических подходах.

В практической части данной дипломной работы отражены результаты диагностического исследования и проведенной коррекционной работы.

Таким образом, неблагополучие эмоциональной сферы и наличие депрессивных расстройств у подростков требует со стороны психолога пристального внимания. В ходе диагностики было выяснено, что подростки, показавшие высокие баллы по опроснику, направленному на выявление депрессии, проявляют тенденцию к дезадаптации. В связи с этим наиболее эффективным является комплексный подход к проблеме коррекции депрессивных расстройств. Комплексный подход – это совокупность всех путей и методов коррекции депрессивных расстройств, разработанных в различных психологических теориях (психоанализ, когнитивная, поведенческая, групповая психокоррекция, семейная психотерапия). Этот подход был успешно использован в данной дипломной работе.

Изменения, произошедшие в ходе коррекции, показали, что процесс психологической коррекции депрессивных расстройств у подростков осуществлялся в полной мере. Таким образом, в ходе эмпирического исследования гипотеза данной дипломной работы подтвердилась.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Антропов Ю.Ф. Клинико-патогенетические особенности и терапия соматизированной депрессии у детей и подростков. Российский психиатрический журнал.- 1999. - №1.
2. Ануфриев А.К. Скрытые эндогенные депрессии. Сообщ. 1. Псевдо-органическая, невросоматическая симптоматика. Журнал невропатологии и психиатрии. - 1978.
3. Блейхер В. М., Крук И. В., Нейролептическая депрессия. Огурцов П.П., Мазурчик Н.В. Психические расстройства в общей медицине.
4. .Вертоградова О.П. К проблеме депрессии в общемедицинской практике // Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике. - М., 1984. - С. 12-17.
5. Глушков, Андреева, Алеева. Депрессии в общемедицинской практике
6. Гиндин В.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: клиника, лечение, диагностика. - М.: Триада-Х, 2000.
- 7.Мосолов С.Н. (2002). Психиатрия и психофармакотерапия.
8. Пронов Н.С., Масалова О.О. Нейрофизиологические эффекты тереоидных гормонов. 2007г.
9. Личко А. Е Особенности депрессий и депрессивные подростковые эквиваленты // Подростковая психиатрия. Медицина, 1985. — 416 с.
10. Данилова Л.Ю. Клинические типы функциональных психо-соматических расстройств в детско-подростковом возрасте // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1990. - № 8. - С. 88-91.
11. Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике. Вопросы диагностики и терапии: Сб. науч. тр. - М., 1984. - 180 с.
12. Десятников В.Ф. Маскированная депрессия (обзор литературы) Журнал невропатологии и психиатрии. - 1975. - № 5. - С. 760-771.

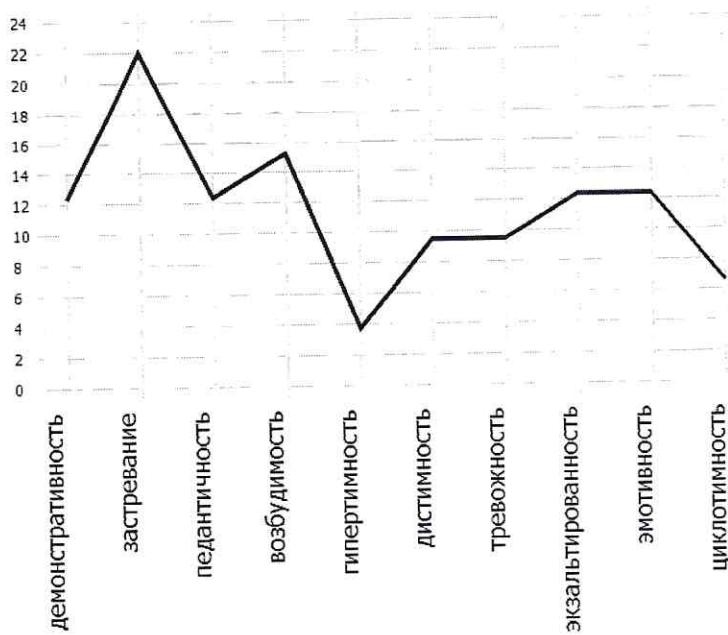
13. Десятников В.Ф. Соматовегетативные маски депрессии. Клиническая медицина. - 1991. - №9.
14. Евсегнеев Р.А. Распознавание и лечение депрессий в общемедицинской практике: Учебно-методическое пособие. - Минск, 2002.
15. Краснов В.Н. Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями. Методические рекомендации. - М.: Минздрав России, 2000. - 19
16. Ковалев В.В. Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. - М.: Медицина, 1972. - С. 102-114.
17. Мамцева В.Н., Белозерова В.В. Болевой синдром в структуре депрессии у детей. Журнал невропатологии и психиатрии. - 1990. - № 8. - С. 57-60
18. Менделевич В.Д. Климактерическая маска эндогенных депрессий. Журнал невропатологии и психиатрии. - 1984. - № 4. - С. 548-551.
19. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. - М., 1996. - 464 с.
20. Ранняя диагностика и прогноз депрессий: Сб. науч. тр. - М.: МНИИП, 1990. - 118 с.
21. Салман С. Депрессия: вопросы и ответы: Пер. с англ. - М.: Кронпресс, 1997. - 192 с.
22. Синицкий В.Н. Депрессивные состояния (Патофизиологическая характеристика, клиника, лечение, профилактика). - Киев: Наук. думка, 1986. - 272 с.
23. Холл Д. Ландшафт депрессии. - М.: Алетейя, 1999. - 280 с.

Приложение 1

№	Да	Нет	Сумма	Балл																		
1	-		12	-		23	+		34	+		45		-	56	=		67	-	78	-	
2	+		13	-		24	+		35		-	46		-	57	+		68	+	79	+	
3	+		14	+		25	-		36		-	47		-	58	-		69	-	80	+	
4	+		15	+		26	+		37	+		48		-	59	-		70	-	81	+	
5	+		16	-		27	-		38		-	49	+		60	+		71	-	82	+	
6	-		17	-+		28	-		39		-	50		-	61	-		72	-	83	+	
7	+		18			29	-		40		-	51		-	62	-		73	+	84	+	
8	-		19	-		30	--		41		-	52	+		63	+		74	-	85	+	
9	-		20	+		31	-		42	+		53	+		64	+		75	-	86	+	
10	-		21	--		32	-		43		-	54	+		65	-		76	+	87	-	
11	-		22	-		33	+		44		-	55		-	66	+		77	-	88	-	
№	Да	Нет	Сумма	Балл																		

Приложение 2

Профиль личности



демонстративность = 12 (среднее)
застравание = 22 (высокое)
педантичность = 12 (среднее)
возбудимость = 15 (среднее)
гипертиимность = 3 (низкое)
дистимность = 9 (среднее)
тревожность = 9 (среднее)
эзальтированность = 12 (среднее)
эмотивность = 12 (среднее)
циклотимность = 6 (низкое)

Приложение 3

№	1,2,3,4.
1.	1
2.	2
3.	3

4.	1
5.	1
6.	2
7.	1
8.	1
9.	1
10.	3
11.	1
12.	1
13.	1
14.	3
15.	1
16.	2
17.	2
18.	1
19.	2
20.	1
21.	1

Приложение 4

№	A	Б	C	№	A	Б	C
1.	a			70.	a		
2.		б		71.		б	
3.		б		72.	a		
4.	a			73.	a		
5.		б		74.		б	
6.	a			75.		б	
7.	a			76.		б	

8.	a			77.	a		
9.		б		78.	a		
10.	a			79.		б	
11.	a			80.		б	
12.		б		81.			b
13.		б		82.		б	
14.	a			83.		б	
15.	a			84.	a		
16.		б		85.		б	
17.		б		86.		б	
18.	a			87.	a		
19.		б		88.		б	
20.			b	89.	a		
21.	a			90.		б	
22.		б		91.		б	
23.	a			92.	a		
24.	a			93.		б	
25.		б		94.		б	
26.	a			95.	a		
27.	a			96.		б	
28.	a			97.	a		
29.		б		98.		б	
30.			b	99.			b
31.		б		100.		б	
32.		б		101.		б	
33.	a			102.	a		
34.		б		103.		б	
35.	a			104.	a		
36.	a			105.	a		

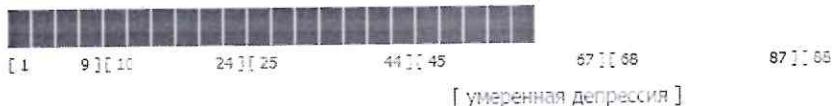
37.	a			106.	a		
38.		б		107.		б	
39.		б		108.		б	
40.		б		109.	a		
41.	a			110.	a		
42.	a			111.	a		
43.		б		112.	a		
44.		б		113.		б	
45.		б		114.	a		
46.		б		115.		б	
47.	a			116.		б	
48.	a			117.		б	
49.			b	118.		б	
50.		б		119.		б	
51.	a			120.	a		
52.		б		121.		б	
53.		б		122.		б	
54.	a			123.	a		
53.		б		124.	a		
54.		б		125.			b
55.	a			126.	a		
56.		б		127.	a		
57.	a			128.	a		
58.	a			129.			b
59.			b	130.	a		
60.	a			131.		б	
61.		б		132.	a		
62.		б		133.		б	
63.	a			134.		б	

64.		б		135.			в
65.	а			136.		б	
66.		б		137.	а		
67.	а			138.	а		
68.			в	139.		в	
69.		б		140.	а		

№	a	b	c	d	№	a	b	c	d
1.			*	*	23.		*		
2.					24.			*	
3.				*	25.			*	
4.	*				26.		*		
5.			*		27.			*	
6.				*	28.		*		
7.	*				29.				*
8.	*				30.	*			
9.			*		31.				*
10.	*				32.				*
11.				*	33.				*
12.		*			34.				*
13.		*			35.		*		
14.				*	36.	*			
15.		*			37.				*
16.		*			38.	*			
17.		*			39.		*		
18.			*		40.			*	
19.		*			41.	*			

20.		*				42.											*
21.	*					43.										*	
22.					*	44.											*

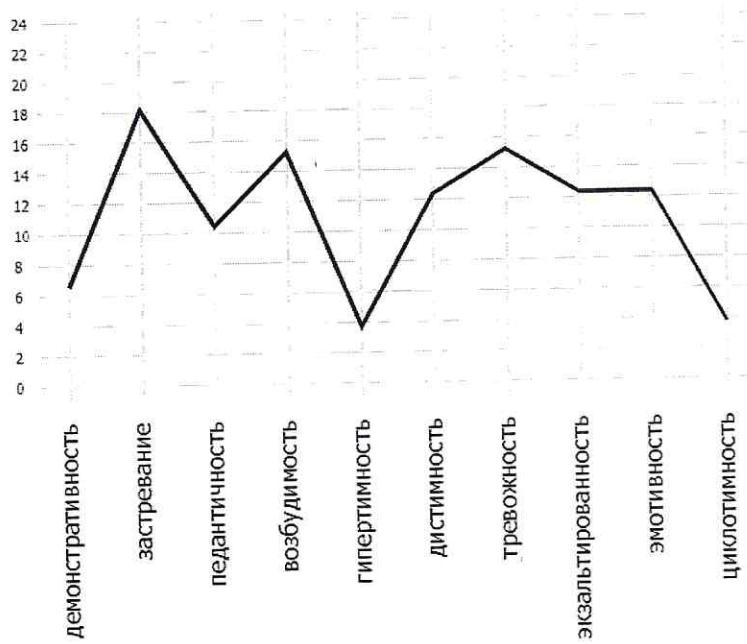
Шкала депрессии Жмуркова



Приложение 5

№	Да	Нет	Сумма	Балл																		
1	-		12		-	23	+		34	+		45		-	56	+		67		-	78	-
2	+		13		-	24	+		35		-	46		-	57		-	68		-	79	+
3	+		14	+		25		-	36		-	47	+		58		-	69		-	80	+
4	+		15	+		26	+		37	+		48		-	59		-	70		-	81	+
5	+		16		-	27		-	38		-	49	+		60	+		71		-	82	+
6	-		17		-	28		-	39		-	50		-	61		-	72		-	83	-
7	-		18	+		29		-	40		-	51		-	62		-	73	+		84	+
8	-		19		-	30		-	41		-	52	+		63	+		74		-	85	+
9	-		20	+		31		-	42	+		53	+		64	+		75		-	86	+
10	-		21		-	32		-	43	-		54	+		65		-	76	+		87	-
11	-		22		-	33	+		44		-	55		-	66	+		77		-	88	-
№	Да	Нет	Сумма	Балл																		

Профиль личности



демонстративность = 6 (низкое)
застревание = 18 (среднее)
педантичность = 10 (среднее)
возбудимость = 15 (среднее)
гипертимность = 3 (низкое)
дистимность = 12 (среднее)
тревожность = 15 (среднее)
экзальтированность = 12 (среднее)
эмотивность = 12 (среднее)
цикличимость = 3 (низкое)

Приложение 6

№	1,2,3,4.
1.	3
2.	1
3.	3
4.	4
5.	3
6.	4
7.	3
8.	4
9.	4
10.	4
11.	2
12.	1

13.	4
14.	2
15.	2
16.	2
17.	4
18.	1
19.	2
20.	2
21.	4

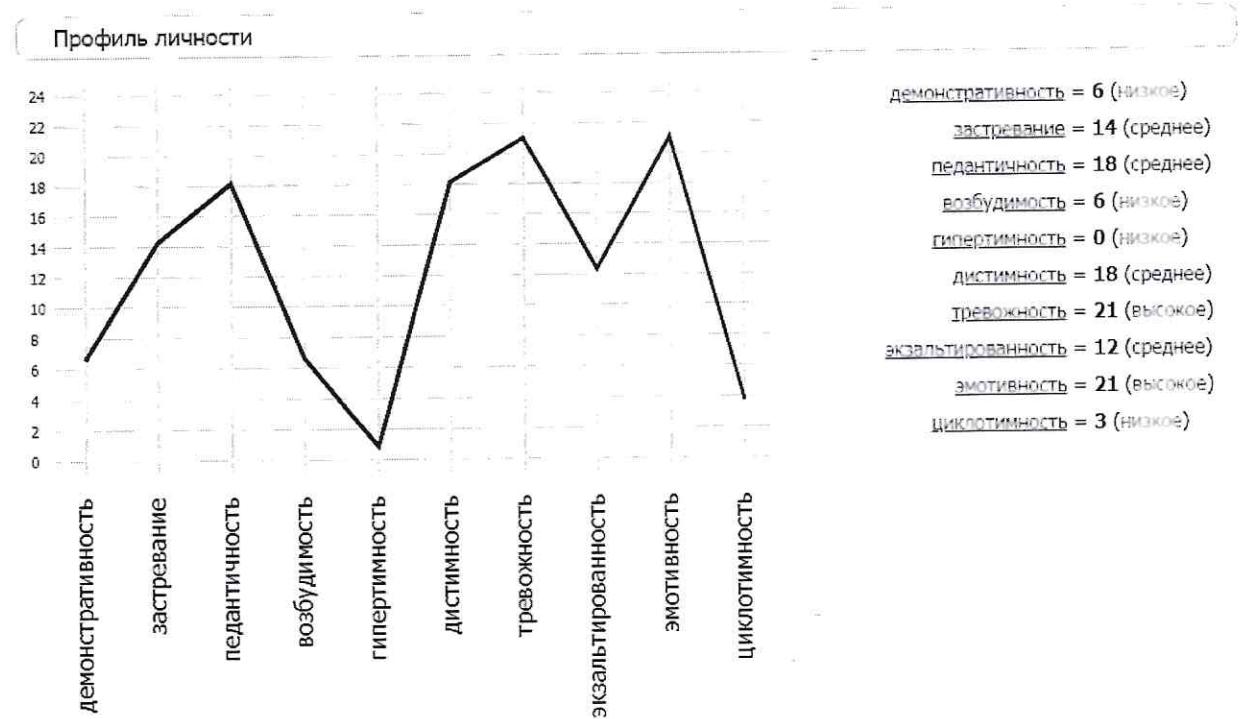
Приложение 7

Шкала депрессии Жмуррова



Приложение 8

№	Да		Нет		Да		Нет		Да		Нет		Да		Нет		Да		Нет		Сумма		Балл		
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Сумма	Балл			
1	-		12		-	23	+		34	+			45		-	56	+		67		-	78		-	
2	+		13		-	24	+		35		-	46		-	57		-	68		-	79	+			
3	+		14	+		25		-	36		-	47	+		58		-	69		-	80	+			
4	+		15	+		26	+		37	+		48		-	59		-	70		-	81	+			
5	+		16		-	27		-	38		-	49	+		60	+		71		-	82	+			
6		-	17		-	28		-	39		-	50		-	61		-	72		-	83		-		
7		-	18	+		29		-	40		-	51		-	62		-	73	+		84	+			
8		-	19		-	30		-	41		-	52	+		63	+		74		-	85	+			
9		-	20	+		31		-	42	+		53	+		64	+		75		-	86	+			
10		-	21		-	32		-	43	-		54	+		65		-	76	+		87		-		
11		-	22		-	33	+		44		-	55		-	66	+		77		-	88		-		
	№	Да	Нет	№	Да	Нет	№	Да	Нет	№	Да	Нет	№	Да	Нет	№	Да	Нет	№	Да	Нет	Сумма	Балл		



демонстративность = 6 (низкое)
застревание = 14 (среднее)
педантичность = 18 (среднее)
возбудимость = 6 (низкое)
гипертиимность = 0 (низкое)
дистимность = 18 (среднее)
тревожность = 21 (высокое)
экзальтированность = 12 (среднее)
эмотивность = 21 (высокое)
циклотимность = 3 (низкое)

Приложение 9

№	1,2,3,4.
1.	1
2.	2
3.	2
4.	3
5.	3
6.	3
7.	2
8.	2
9.	2
10.	2
11.	3

12.	3
13.	4
14.	3
15.	2
16.	3
17.	1
18.	2
19.	2
20.	1
21.	1

Приложение 10

№	a	b	c	d	№	a	b	c	d
1.		*			23.			*	
2.			*		24.			*	
3.		*			25.		*		
4.			*		26.		*		
5.				*	27.		*		
6.			*		28.		*		
7.			*		29.			*	
8.				*	30.		*		
9.			*		31.			*	
10.		*			32.		*		
11.			*		33.		*		
12.		*			34.			*	
13.		*			35.			*	
14.			*		36.	*			

15.		*			37.			*	
16.		*			38.				*
17.			*		39.			*	
18.			*		40.			*	
19.			*		41.			*	
20.		*			42.			*	
21.		*			43.			*	
22.		*			44.			*	