

СВЯЗЬ ДЕПРЕССИИ И АНТИВИТАЛЬНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ. КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ

Наиболее распространенные причины, ведущие к самоповреждающему поведению

На сегодняшний день существует множество исследований, подтверждающих корреляцию между самоповреждающим поведением и личностными особенностями подростков.

Так, например, в трудах Н.А. Польской представлена взаимосвязь уровня тревожности, самооценки личности и депрессии со степенью самоповреждающего поведения личности. Установлено, среди подростков, которые совершали множественные действия самоповреждающего поведения, за последние год переживали сильные эмоциональные потрясения, психологические травмы или потери близких людей, конфликты и т.д.

Автор утверждает, что подростки склонны испытывать самоповреждающие проявления на фоне социальной и психологической личностной дезадаптации, которая, как правило, формируется в результате микросоциальных конфликтов. Проходя через подобные состояния, несовершеннолетние подвергаются отрицательным эмоциям, среди которых отчаяние, беспомощность, ощущение личностной трагедии, невыносимая тоска. Если рассматривать самые частые предикторы самоповреждающего поведения, то следует отметить следующие:

- 1) потеря близкого человека;
- 2) длительное чувство усталости и/или истощения;
- 3) заниженная самооценка;
- 4) ущемленное чувство собственной значимости;
- 5) разрушение защитных личностных механизмов в результате длительного применения алкогольных напитков, наркотических или психотропных веществ;
- 6) разного рода чувства грусти, страха, бешенства;

7) сопоставление себя с других человеком, который совершил суицидальный акт.

Клинические критерии депрессии у детей и подростков

На основании, четвертого издания диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV (DSM-4) попытки саморазрушающего поведения со стороны подростков может иметь прямую корреляцию с наличием депрессивных состояний. К обобщенным симптомам относят апатию, повышенную утомляемость, нарушение механизмов саморегуляции, что влечет за собой возникновение мыслей о саморазрушающем поведении. Разнообразные форматы проявления саморазрушающего поведения непосредственно взаимосвязаны друг с другом.

Ученые выделяют такое опасное состояние, как «эмоциональный ноль», или по-другому затяжное длительно текущее чувство глубокой скуки. Непосредственно риск возникновения данного состояния заключается в том, что заглушить проявление данного ощущения подростку легче отрицательными эмоциями, а не положительными. Соответственно негативные эмоции, в свою очередь, зачастую формируют основу для депрессивных состояний, раздражения или агрессивных проявлений. В таком случае несовершеннолетний будет стремиться найти себе увлечения, которые чаще всего не будут полезными.

Такие ученые, как А.А. Реан и Л.А. Регуш на базе собственного исследования пришли к заключению, что подростки с отклоняющимся поведением склонны совершать проступки, а также проявлять девиантное поведение на фоне чувства скуки. Таким образом, подростки стремятся разнообразить свою жизнедеятельность и почувствовать другие эмоции.

Расстройства эмоционального спектра несовершеннолетних влекут за собой ухудшение коммуникационного взаимодействия личности с социумом

на микро и макро– уровнях. Наиболее ярким среди эмоциональных расстройств является феномен депрессии.

По мнению В.Н. Сеницкого и А.М. Прихожан, девиантное поведение подростков, среди которых пристрастие к алкогольным напиткам и наркотическим веществам, воровство, прогулы, побег из дома и т.д. с нарушениями психиатрического спектра личности, в особенности с проявлением депрессии. Если рассматривать отличительные симптомы проявлений апатии и депрессии, то с одной стороны их можно связать с генетическими предрасположенностями, а с другой стороны, проявлениями социальной и культурной среды. Следует подчеркнуть, состояние апатии у подростков может быть вызвано также невозможностью удовлетворить или реализовать свои потребности и желания.

В переводе с греческого термин «депрессия» означает «depressio - подавление, угнетение». Депрессия представляет собой болезненное состояние психики, которое характеризуется глубинными переживаниями отчаяния и тоски в результате интеллектуальной, эмоциональной или двигательной заторможенности деятельности психики, наряду с чувством неадекватности и безысходности. По степени интенсивности проявления депрессивное состояние может варьироваться от переживаний печали и грусти до степени глубокой апатии, крайней угнетенности и отчаяния. Предельной степенью является депрессивный ступор, в результате которого движение и речь человека полностью отсутствуют.

Синдром депрессии может сопровождать большое количество расстройств психического спектра. Так, например у детей с инвалидностью или серьезными физическими дефектами, депрессия может развиваться на фоне стрессовых состояний из-за телесных аномалий. В некоторых случаях депрессивный синдром может сопровождаться аутоагрессией и бредом. Традиционная терапия данного синдрома состоит в комбинации психотерапевтической, медикаментозной и психолого-педагогической

помощи. Разные проявления депрессии могут в той или иной степени встречаться как у детей с здоровой психикой, так и с отклонениями в психическом состоянии. Часто можно слышать, что слово «депрессия» употребляется в контексте плохого настроения. Это является абсолютно некорректным и недопустимым. Симптомы депрессии, как правило, характеризуются тоской, плохим настроением, наряду с ощущением тяжести и давления в грудной клетке, также двигательной и умственной заторможенностью. Последнее может наблюдаться в сложности построения мыслительного процесса, снижение познавательной активности и интереса, замедленные двигательные рефлексy, а в редких случаях и полная обездвиженность.

Сущность и природа депрессивного синдрома может быть различной. Так, депрессию можно классифицировать на:

1. психогенные (невротические, реактивные);
2. симптоматические (как правило наблюдаются как сопутствующее к соматическим и другим заболеваниям);
3. эндогенные (данный вид депрессии представляет собой проявления депрессивного синдрома без влияния внешних факторов; выявляется при шизофрении и маниакально-депрессивном психозе).

Проявления депрессивного синдрома характеризуется пессимистически настроенным мироощущением и способом мышления, которое сопровождается тревогой, ярко выраженным чувством вины, бреда, ощущение малоценности и безысходности, в осложненных случаях могут возникать суицидальные наклонности. Одним из ярких признаков депрессии считается изменчивый характер на протяжении дня. Так, интенсивность симптоматики в утреннее время значительно выше, а в вечернее происходит улучшение. Более того, происходит нарушение сна, которое характеризуется неглубоким, поверхностным сном ночью и наличии дневной сонливости. Потеря аппетита,

также является одним из индикаторов депрессии, на фоне чего происходит резкая потеря массы тела.

Депрессивный синдром может протекать в скрытой или явной форме.

Если рассматривать явную депрессию, то данный вид характеризуется следующими ключевыми маркерами:

- интеллектуальная заторможенность;
- подавленное настроение;
- отсутствие желания выполнять привычную работу;
- моторная и двигательная заторможенность.

Депрессия, протекающая в скрытой форме определяется следующими индикаторами:

- настроение ровное;
- резкое погружение в учебную деятельность;
- нарушение вегетативной нервной системы;
- внезапная тяга к алкоголю и наркотическим средствам у старшеклассников;
- ухудшение физического состояния, проявляющееся болевым синдромом в области головы, живота, конечностей, сердца, ушей, зубной полости и т.д.).

Классифицируют также различные варианты депрессивного синдрома, среди которых стоит упомянуть ажитированную, адинамическую, ипохондрическую, истерическую, астеническую, витальную, депрессию с бредом и др.

Рассмотрим каждый вариант более подробно.

Таблица 1. Характеристика депрессивного синдрома в зависимости от вида

Вариант депрессии	Характеристика
Ажитированная	Преобладание тревожного расстройства и двигательной активности. Люди не могут найти себе

	места, мечутся из угла в угол, стонут и т.д.
Адинамическая	Яркими проявлениями выступает заторможенность, отсутствие мотивации и стремления к чему-либо, отсутствие двигательной активности
Ипохондрическая	Характеризуется тревожными навязчивыми мыслями или даже убеждениями о наличии тяжелого заболевания. Вместе с тем, болезненные ощущения никак не коррелируют с болезнями внутренних органов.
Астеническая	Наблюдается ярко выраженная подавленность, вялость, интеллектуальная и физическая утомляемость, неспособность сосредоточиться, отсутствие устойчивого внимания.
Истерическая	Проявляется зачастую аффективными расстройствами, с преобладанием отчаяния, рыдания и даже судорогами. Зачастую возникают демонстративные попытки совершить действие суицида (суицидальный шантаж). Этот вид является наиболее распространенной реакцией психики.
Витальная	Для данного вида депрессивного синдрома характерно утрированно подавленное состояние, с унынием, отчаянием, беспричинным пессимизмом, тревожным расстройством и заниженной самооценкой. Наиболее яркие проявления наблюдаются в утреннее время.
Апатическая	Для апатической формы депрессии свойственно снижение жизненного тонуса, отсутствие мотивации и стимулов к жизнедеятельности. Кроме этого, также характерна заторможенность двигательной функции, монотонность речи и

	мимики, отрешенность и безучастность ко всему. При осложненной, затяжной форме происходит потеря смысла жизни, ощущение чрезмерного внутреннего дискомфорта.
Анестетическая	Данному типу депрессии свойственно ощущение отчужденности, внутренней неудовлетворенности и отсутствия удовольствия в жизни. Также наблюдается проявления умственной заторможенности, неистинности эмоциональных переживаний и чувств.
Атипичная	Характеризуется стертой симптоматикой. Зачастую возникают на фоне личностной девиации истерического, избегающего и зависимого типов личности с проявлениями тревожности и аффективности. Наличие чувства вины и двигательной заторможенности – не ярко выражено. Данный вид встречается достаточно часто (40% от всего числа диагностированной депрессии). Атипичная форма наиболее часто встречается у младших школьников на фоне психологических проблем с обучением в школе.

В момент поступления ребенка в школу, происходит изменение его социального окружения и статуса. На процесс обучения значительное влияние оказывают установки и семейные ценности. Так, например в семье, где образование не является ценностью, ребенок не будет мотивирован к процессу обучения. С точки зрения социологии, наибольшее количество правонарушений, психические отклонения и проявления девиантного поведения приходится на районы с неблагоприятной социальной обстановкой.

Основой для данных тенденций является пониженный культурный и социальный статус родителей.

Некоторые специализированные исследования подтвердили важность разнообразных социально-экономических факторов для комплексного развития личности. Так, например, интеллектуальное развитие личности во многом зависит от социального статуса родителей, тем не менее это не является ключевым фактором. Существуют случаи, когда дети не использовали благоприятные условия для развития, но есть и те, кто преодолевал все неблагоприятные ситуации, благодаря врожденным способностям и природным задаткам.

Будучи ведущим социальным институтом, школа во многом влияет на личностное развитие ребенка. Для формирования личности большое влияние оказывает тип школы, класса, а также личность педагога и стиль преподавания. Обнаружено, что специфика стиля преподавания во многом сказывается на формировании межличностного общения в классе, а также на эффективности образовательного процесса в целом. В научной литературе личности педагога отводится отдельное место, поскольку именно педагог определяет и формирует ценности, нравственные нормы и ориентиры поведения в школе.

Большинство психологов, в частности А.В. Петровский, утверждают, что если процесс обучения между педагогом и учащимися строится лишь на базе нормативных предписаний без личностных проявлений, то такая модель взаимодействия порождает у детей комплекс негативных состояний, среди которых злость, лицемерие, негодование, что становится причиной для школьной дезадаптации.

Ролевая форма взаимодействия заключается в субъектно-объектной реализации. В таком взаимодействии ключевая роль педагога состоит в преобразовании когнитивной составляющей обучения (интеллект и знания

учащихся). Таким образом, определяющим критерием обучения является соответствие когнитивных аспектов учащихся заданным эталонам.

Зачастую ролевой стиль взаимодействия проявляется в доминировании подчинения, а не партнерства. В таком случае, не происходит актуализации важнейшего понятия, как «ценность доверия», то есть формирование личностного развития учащихся основывается на оценке педагога.

Одним из видов преподавания является авторитарный, или функционально-ролевой стиль, который формируется посредством угроз, обещаний, наказания и поощрений. Применяя такой стиль преподавания, учитель зачастую создает угнетающую и неблагоприятную атмосферу, вгоняя таким образом детей в депрессивное состояние. Антиподом данному стилю преподавания является формирование благоприятного психологического климата в классе, основанное на внимательном отношении к каждому ученику, поддержке и поощрении детей в процессе обучения.

Социальный психолог, В.Б. Ольшанский описал ряд утверждений, которым следует руководствоваться педагогам для формирования благоприятного психологического климата в классе:

1. Открытость и непринужденность общения. Для формирования благоприятной обстановки важно проявлять поддержку и доверие по отношению к ученикам.
2. Демонстрировать понимание, и способность встать на место другого. В противном случае безразличное отношение вызовет только отчуждение и недоверие со стороны учеников.
3. Оценивать не самого человека, а его поведение. Крайне важно не переходить на личности, и оценивать только определенный поступок или поведение ученика, без критики самой личности.
4. Ориентироваться на проблему, без использования приказной формы.

5. Предложение, а не директива. Демонстрация излишней строгости вызывает лишь недовольство.

Еще одной важной составляющей в процессе личностного развития является коммуникация между сверстниками. Особое значение данный фактор приобретает именно в подростковый период, когда ключевым стимулом поведения в школе является нахождение своего места в коллективе. Если этот процесс проходит безуспешно, то вероятно снижение успеваемости, проявление аффективного поведения и переживаний. Данный фактор является наиболее важным, поскольку именно с переживаниями по поводу общения со сверстниками связывают девиантное поведение и частоту возникновения правонарушения среди подростков.

Чаще всего большинство людей не совсем осознают значимость общения со сверстниками среди подростков. Если в 4 классе у детей преобладает желание быть частью коллектива, то есть взаимодействовать, играть, то в 5-6 классе возникает желание быть в коллективе, а в 7-8 классе – возникает потребность быть значимым, иметь признание ценности собственной уникальности. У некоторых подростков данная потребность остается неудовлетворенной, что часто является причиной глубоких переживаний у ребенка и нередко становится следствием возникновения отклоняющегося поведения.

Одной из причин психических нарушений у школьников может стать низкая успеваемость. Проблему школьной неуспеваемости своих работах исследовали такие отечественные ученые, как Н.А. Немчинская, З.И. Калмыкова, Ю.З. Гильбух и др. Стоит подчеркнуть, что ни один из автор не считает данный вопрос решенным в полном объеме, поскольку низкую успеваемость могут иметь и абсолютно здоровые дети.

Авторы описывают следующие виды отклонений в образовательной деятельности:

- общее отставание в обучении;

- специфическое отставание по какому-либо предмету;
- специфическое отставание по математике;
- отклонение от индивидуального оптимума учебной деятельности.

Выделяют несколько подходов к видению проблематики неуспеваемости как одного из ведущих факторов становления депрессивного синдрома у детей. Зарубежный ученый и исследователь М. Раттер описывает постулат обучения ниже своих возможностей. Ключевой смысл данной концепции заключается в том, что врожденный потенциал ребенка не соответствует его возможностям обучения в школе. Вместе с тем, его врожденный интеллектуальный потенциал заключается в показателе величины коэффициента его интеллектуальности, который формирует его психологический возраст. Таким образом, психологический возраст ребенка – предел его интеллектуальных возможностей. Тем не менее, данная концепция не имеет подтверждения.

Важно отметить, что любого рода нарушения в развитии ребенка формируется комплексом биохимических, психологических, социальных и педагогических факторов, каждый из которых может иметь автономный отрицательный эффект на личностное становление ребенка и приводить ребенка к депрессивному состоянию.

Депрессивность, на сегодняшний день, является одним из наиболее часто встречающихся расстройств психики. На основании статистических данных, ежегодно таким расстройством страдает более 300 млн человек, принадлежащих к разным возрастным категориям.

С гендерной точки зрения, женщины гораздо чаще страдают депрессией, чем мужчины.

Именно депрессия является ключевой причиной инвалидизации в мировой практике, и играет важную роль в глобальном развитии большинства болезней.

Более половины от всех людей, страдающих депрессией, не обращаются за помощью специалистов.

Из 50% тех, кто обращается за медицинской помощью лишь 25-30% обращаются за помощью к психиатру.

У 60% людей, страдающих депрессией, которые обратились за медицинской помощью, диагностированы депрессивные расстройства разной степени тяжести.

С учетом того, что в поликлиниках используются исключительно традиционные медицинские инструменты диагностики заболеваний, лишь у 5% от всех обратившихся больных диагностируют депрессию.

Диагноз «депрессия» ставят 22-23% от числа всех госпитализированных больных. Важно подчеркнуть, что до недавнего времени подавляющее большинство людей с депрессией приходилось на возрастную категорию 30-40 лет. Однако, сегодня данное расстройство встречается у молодых людей в возрасте до 25 лет.

Выделяют две категории депрессии – эндогенная (не зависящая от внешних факторов) и психогенная (как реакция на стрессовые ситуации). Первая категория депрессии встречается только у 2-3% всех людей, остальные 97-98% испытывают депрессивность на фоне влияния внешних стрессовых стимулов.

45-60% от всех случаев суицида в мире совершают люди, страдающие депрессией.

Находясь в депрессивном состоянии, индивид в 35 раз больше стимулирован совершить суицид, чем, не находясь в депрессии.

20% людей с психогенной депрессией и 50% людей с эндогенной предпринимают попытки к суициду. Каждому шестому человеку это удастся.

Эффективность когнитивной терапии

Около 67% получают успешный результат от когнитивной терапии, 10% всех больных не проходят терапию до конца, у 25% выявлен рецидив через год.

По сравнению с медикаментозной терапией, когнитивная – имеет меньший процент рецидива.

Фармакотерапия должна идти в паре с когнитивной терапией для достижения максимальной эффективности.

Когнитивная терапия является продуктивной для лечения депрессии любой степени тяжести проявления.

Когнитивная терапия также эффективна, как и медикаментозное лечение.

Литература:

1. Аарон Бек, А. Раш, Брайан Шо, Гэри Эмери. Когнитивная терапия депрессии. 2003г.
2. Зиновьева Н. О., Михайлова Н. Ф. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации. Речь 2003г.
3. Пасечник Л.В. Реабилитация депрессивного состояния у детей. Учебно-методическое пособие. – М.: ТЦ Сфера, 2007. – 96 с. – (Библиотека практического психолога).
4. Риггенбах, Дж. Практическая когнитивно-поведенческая терапия. 185 инструментов для управления тревогой, депрессией, гневом, поведенческими моделями и стрессом/Д—жефф Риггенбах; пер.с англ.Т.А. Исмаил.— Киев.: “Диалектика”, 2022 450 с.: ил. — Парал. тит.англ.