Содержание

Введение

1. Психологические особенности проявления депрессии в зрелом возрасте

1.1 Ключевые понятия в определении депрессии. История изучения психологических аспектов депрессии

1.2 Психологические особенности депрессии бизнесменов. Кризис среднего возраста

1.3 Психодиагностические особенности депрессии

1.4 Психокоррекционная работа депрессии у бизнесменов

2. Диагностика депрессии бизнесменов на базе частной клиники «Здравица»

2.1 Отбор в контрольную и коррекционную группы.

2.2 Констатирующий эксперимент исследования депрессии в контрольной и коррекционной группах.

2.3 Анализ результатов констатирующего эксперимента в контрольной и коррекционной группах

3. Коррекция депрессивных состояний бизнесменов на базе частной клиники «Здравица»

3.1 Формирующий эксперимент (коррекционные мероприятия

3.2 Контрольный эксперимент

3.3 Сравнение и математическая обработка результатов эксперимента в контрольной и коррекционной группа

Заключение.

Список литературы.

# Введение

XXI век называют веком депрессии. Распространенность этого страдания на начало 1990-х гг. в развитых странах составляла 6% от взрослого населения. Депрессии, давно выйдя за пределы психиатрических учреждений, стали одной из основных проблем общей медицины: не менее 15% больных на приёме у врача общего профиля обнаруживают признаки клинически выраженной депрессии. Установлено, что различными видами депрессий в течение жизни могут заболеть 10% мужчин и 20% женщин. Ежегодно депрессивные расстройства диагностируются не менее, чем у 200 млн. человек. Следует учесть, что, в отличие от других видов психопатологических нарушений, депрессивные состояния в 40% случаев не диагностируются.

Прежде всего, это касается депрессий непсихотического уровня, поскольку у таких больных аффективная патология часто манифестирует сомато-вегетативной симптоматикой неврозоподобного характера, и большинство из них наблюдаются врачами-интернистами. По распространенности депрессии занимают третье место после артериальной гипертензии и гриппа.

Депрессия названа экономистами здравоохранения «одной из самых дорогих болезней». Расходы, связанные с депрессиями, только в США оцениваются в 47,5 млрд. долларов ежегодно (включая стоимость стационарного лечения, лекарств, затраты на дополнительные исследования, потери вследствие снижения продуктивности, смерти от суицидов и т.д.). Для сравнения приводятся расходы на сердечно-сосудистые и легочные заболевания, составляющие соответственно 43 и 18 млрд. долларов в год.

Неожиданные и шокирующие результаты дали исследования, проведенные под эгидой Всемирной Организации Здравоохранения: к 2020 году психические заболевания войдут в перечень главных причин, приводящих людей к инвалидности, а депрессия будет занимать второе место среди основных заболеваний после ишемической болезни сердца.

В России же по распространению депрессия занимает первое место. У нас наблюдается кризис физического, психического и нравственного здоровья практически всех возрастных групп: очень высока заболеваемость, смертность, сократилась продолжительность жизни, снижается доля трудоспособного населения, наблюдается рост преступности, наркомании, алкоголизма, числа самоубийств. Снизился уровень репродуктивного здоровья, что проявляется резким падением рождаемости, увеличением числа разводов, неполных и неблагополучных семей.

Причины такой ситуации в России многообразны. Отчасти она обусловлена социально-экономической депрессией, отчасти - изменением ритма и образа жизни современного человека: характера питания, низкой двигательной активностью, информационными и психоэмоциональными перегрузками. «Болезни поведения» становятся ведущей формой патологии современного человека. Проблема психологического здоровья личности, живущей в нестабильном, изменяющемся мире, сложных, экстремальных социо-экологических условиях, выступает на первый план в конце прожитого – начале нового, XXI века – века наук о человеке, среди которых консолидирующее место принадлежит психологии.

Особая тема в исследованиях принадлежит изучению психического здоровья современных деловых людей, предпринимателей и бизнесменов. Чаще всего это связано с необходимостью практической помощи им. Причем, как правило, в самый последний момент предприниматель обращается за помощью к психотерапевту, предпочитая как можно дольше «держаться», «терпеть» и т.д.

Нервные срывы у руководящих работников — явление обыденное, но тщательно скрываемое (от себя, от подчиненных, от начальства). С последствиями каждый справляется сам. И к этому процессу как нельзя лучше применима поговорка «всяк по-своему с ума сходит». Казалось бы, какое кому дело, что у кого творится в голове, если бы не реальный ущерб, наносимый компании. Работа в бешеном темпе, ежедневное решение массы вопросов, отсутствие отдыха в течение продолжительного времени — все это приводит к различного рода психическим и нервным расстройствам у бизнесменов. В результате подавляющее большинство крупных предпринимателей находятся в состоянии хронической депрессии.

Современная психология обладает целым арсеналом техник и технологий психологического консультирования, психологической терапии, психологической коррекции, психологической диагностики. Именно этот круг вопросов и относится, на мой взгляд, к сфере не медицины, а психологии, и его можно обозначить как психологическое здоровье, а не психическое (медицинский подход). Такая постановка проблемы является принципиальной, так как обозначает совершенно другой подход к оказанию помощи не «пациенту» (обозначает поиск болезни, которую надо лечить с помощью различных медикаментозных средств), а «клиенту» (которому нужно помочь сформировать мотивацию: желание измениться, решить свою проблему, помочь найти пути, наиболее отвечающие эффективному саморазвитию личности и др.).

Тема данной дипломной работы – «Исследование депрессивных состояний бизнесменов».

Актуальность рассматриваемой темы обусловлена необходимостью изучения и анализа, обобщения очень разрозненных данных, имеющихся в психологической теории и практике, необходимостью выявления особенностей депрессии именно представителей крупного бизнеса с целью поиска оптимальных путей для оказания им психологической помощи.

Цель дипломной работы: изучение депрессивных состояний бизнесменов.

Для достижения поставленной цели необходимо решение следующих задач:

1. Изучение литературных источников по вопросам депрессии, ее изучения, диагностики и коррекции.
2. Проведение исследования депрессивных состояний бизнесменов на базе частной клиники «Здравица».
3. Проведение коррекционных мероприятий по результатам первичного исследования.

Объект: депрессивные состояния у бизнесменов.

Предмет: оценка влияния коррекционных мероприятий на депрессивные состояния у бизнесменов.

Исходя из анализа литературных источников, мы выдвинули следующую гипотезу: в ходе коррекционной работы депрессивные проявления у бизнесменов снижаются.

**1. Психологические особенности проявления депрессии в зрелом возрасте**

**1.1 Ключевые понятия в определении депрессии. История изучения психологических аспектов депрессии**

В отечественной психиатрии депрессии подразделяются на эндогенные (в рамках шизофрении, маниакально-депрессивного - МДП) и социально обусловленные, психогенные - реактивные депрессии, возникающие при ситуациях или проблемах, из которых человек не видит выхода, а потому восприятие картины мира у него извращено. [1, с. 14] Поговорим подробнее о причинах возникновения последних, которые толкают нас на такой путь: стресс - тревога - депрессия - невроз, психосоматические заболевания, алкоголизм - потеря трудоспособности - инвалидности - смерть.

Стресс всегда связан с эмоциями, а последние играют в нашей жизни большую роль. Они изменяют не только внешний вид человека (при вспышке гнева сжимаются кулаки, горят глаза, поджимаются губы и т.д.), но и деятельность внутренних органов, обменные процессы, состояние нервной системы. Научное определение слова эмоция таково - это психический процесс, отражающий отношение человека к самому себе и окружающему миру. [27, с. 197] Когда нам что-то нравиться, возникают положительные эмоции, когда не нравиться - отрицательные. Положительных эмоций у нас только две - интерес и радость. Именно они держат человека в самом лучшем - настоящем времени, где происходит единение души и тела, ведь прошлого уже нет, а будущего еще нет. Отрицательные же эмоции разделяют, уводя душу или в прошлое, или в будущее от тела, которое всегда находится в настоящем времени. Одна из самых распространенных отрицательных эмоций - тревога, возникающая у человека при общей оценке ситуации как неблагоприятной. [27, с. 84] Тревога может быть ситуационной и личностной. Первая возникает перед волнующим событием (экзамен, соревнование, свидание с любимым, визит к начальнику) и осознается. Личностная - нет. Ее признаки: мышечные зажимы, суетливость, избыточная деятельность - расцениваются человеком, как особенности своего характера. Но это заблуждение. Если личностная тревожность сохраняется, то плавно переходит в депрессию. Депрессия рассматривается как психофизиологический синдром, свойственный здоровым людям при утомлении, перенесенном тяжелом эмоциональном переживании, при длительном психическом дискомфорте и др. [27, с. 89] Вместе с тем при отсутствии объективных причин депрессия может быть ведущим симптомом инволюционных расстройств. Депрессия в медицине - психическое расстройство: тоскливое, подавленное настроение с сознанием собственной никчемности, пессимизмом, однообразием представлений, снижением побуждений, заторможенностью движений, различными соматическими нарушениями. [1, с. 177] Депрессия (от лат. depressio – понижение, углубление; по-старому – «меланхолия»), в сегодняшнем понимании, есть чаще не просто тоска, а целый «букет» родственных по своему происхождению расстройств, в целом – тягостных, мучительных. [21, с. 148]

По этиологическому принципу или по происхождению депрессивные расстройства делятся на три большие группы: психогенные, соматогенные и эндогенные (таблица ). [1, с. 49] К последним относят и невротические депрессии:

|  |  |
| --- | --- |
|  Психогенные | Реактивные Депрессии истощения |
| Соматогенные (вторичные) | Органические Симптоматические |
| Эндогенные | Шизофренические Циркулярные Периодические Инволюционные |

Формирование психогенных депрессий является ответом психики на различные психотравмирующие воздействия. В частности, в основе депрессивных реакций можно обнаружить длительное или кратковременное воздействие психосоциальных стрессоров, нарушение межличностных взаимоотношений, трудовые конфликты.

Соматогенные депрессии(вторичные, симптоматические)возникают в результате органического поражения головного мозга (черепно-мозговая травма, воспалительные процессы), интоксикаций (алкогольная, нейролептическая), различных видов соматической патологии (артериальная гипертензия, атеросклероз). [21, с. 54]

Определенную роль играют нарушения деятельности эпифиза, которые приводят к так называемому синдрому пониженного мелатонина. Дефицит мелатонина, вырабатываемого эпифизом, нарушает циркадный ритм секреции кортизола, что в какой-то мере объясняет циркадную динамику психического состояния при эндогенных депрессивных расстройствах, а также наличие диссомнических нарушений. [19, с. 164]

Конечно, чаще всего встречающееся самое тяжелое депрессивное расстройство – это тоскливость: серое, черное настроение с чувством надуманной непоправимости каких-то, преувеличенных тоской, житейских трудностей, с чувством безвыходности, неизбывности душевной боли. Тоскливость может сопровождаться дурными медленными мыслями и телесной малоподвижностью. Но может она соединяться, например, и с тоскливо-тревожной беготней по комнатам, и со смехом вперемешку с рыданиями. У больного возникает стойкий упадок настроения, который сопровождается глубокой тоской и тревожностью. Пропадает желание трудиться, двигаться — «все валится из рук». Отсутствует интерес ко всему окружающему, снижена интеллектуальная деятельность. Человек погружен в свои мысли, чаще всего имеющие негативную окраску (мыслительный процесс также замедлен). Его гложет чувство вины и тревоги. Он ощущает себя никчемным, малоценным. В тяжелых случаях эти чувства могут перерасти в бред самообвинения или греховности. Психоэмоциональные расстройства нередко сопровождаются физическим ощущением тяжести и давления в области груди, болями в сердце. В течение суток глубина депрессии, как правило, меняется: утром человек более угнетен, к вечеру его состояние несколько улучшается. Сон обычно беспокойный, неглубокий, в тоже время днем мучает сонливость. Обычно снижаются аппетит, внимание к собственной внешности. У женщин может нарушиться менструальный цикл. [10, с. 214]

В некоторых случаях присоединяется ипохондрия. Человек считает, что он неизлечимо болен. Он находит у себя признаки тяжелейших недугов, чаще всего реально не связанные с какими-либо серьезными изменениями в организме. Его угнетает ожидание тяжелой смерти, возникает желание самоубийства для предотвращения мучений.

Иногда состояние депрессии может иметь истерическую окраску: чувство безысходности и отчаяния сопровождается бурными рыданиями, судорогами, потерей речи, памяти. Человека сотрясает крупная дрожь, дрожат руки и ноги, возникают истерические галлюцинации.

В связи с тем, что депрессивное состояние часто сопровождается мыслями о самоубийстве и попытками к нему, больные должны все время находиться под присмотром. Длительно затянувшееся депрессивное состояние требует постоянного врачебного наблюдения в клинических условиях. [9, с. 79]

Однако довольно часто в наше время встречаются депрессии без явной тоскливости. Здесь душевный упадок обнаруживает себя масками как бы других болезненных расстройств, масками, за которыми как бы прячется душевная боль, и тогда неспециалисту трудно разглядеть в такой депрессии депрессию. Эти маски есть различного рода навязчивости, страхи, болезненные сомнения, тревожные опасения, острая застенчивость. Это и лень, вялость-апатия с тягостным желанием хоть чего-то желать, и напряженность-струна в душе, и пронзительная злость, и переживание собственной эмоциональной измененности (деперсонализация), истерические, неврастенические расстройства, и неприятные, в том числе очень сложные, странные телесные ощущения («раздувает изнутри сердце», «будто что-то неприятное насыпано под кожей и мешает» и т. п.), даже физические боли и вегетативные нарушения.

За эти депрессивные маски такие депрессии и называют маскированными (скрытыми, вегетативными и т. д.). И все эти маски, в отдельности и в смешении, так или иначе, проникнуты, пронизаны заметной тоскливостью. Обычно что-то здесь преобладает, либо, например, физическая боль, тягостное ощущение, навязчивость, либо тоска, либо душевная боль, либо истерическая «трясучка». Так, тоскливость может давать себя знать одновременно также и физической болью, тягостным телесным ощущением в груди (без какого-то соматического заболевания).

Депрессию как патологическое состояние следует дифференцировать с временным снижением психофизического тонуса, свойственного и здоровым людям. [27, с. 157] Патологическое депрессивное состояние может развиться в отсутствие объективных причин упадка настроения. Если причина все же существует (хроническое переутомление, перенесенное горе, длительное психическое возбуждение), то патологическая депрессия продолжается и при устранении этой причины.

Развитие депрессивного синдрома обусловлено глубокими функциональными психоэмоциональными расстройствами на уровне коры головного мозга, а также подкорковых и стволовых образований. Немалая роль принадлежит снижению активирующего влияния ретикулярной формации и дисфункции лимбико-ретикулярного комплекса на фоне экзо- или эндогенной патологии. [19, с. 89]

У мужчин депрессия часто маскируется алкоголизмом, расстройством социальной адаптации. [10, с. 153] Они реже обращаются за помощью и более склонны к суициду (самоубийству). У мужчин причиной депрессии являются психосоциальные факторы: неумение ладить с людьми, выражать свои эмоции, "комплекс неполноценности", отсутствие профессиональных знаний, нежелание обучаться и развивать свое мышление, себя - свою личность, наличие психологических страхов, стрессовые воздействия окружающей среды.

Нарушение работоспособности сильно влияет на мужчин, выполняющих функцию кормильцев семьи. Они алкоголизируют. Это приводит к тому, что дети больше контактируют с женщинами (матерями).

Причиной развития депрессии могут стать и проблемы в супружеских отношениях, которые приведут к появлению чувства вины, обидчивости, уменьшению привязанности и даже снижению интереса в половых отношениях.

Чаще, чем мужчины, страдают депрессией женщины, особенно репродуктивного (способные к деторождению) возраста. Кроме вышеперечисленных психосоциальных факторов здесь добавляются еще такие, как низкий статус женщины в обществе и семье (работа, кухня, стирка, дети), экономическая зависимость от супруга и - дополнительный фактор риска - изменения гормонального статуса, которые происходят с женщиной во время беременности, послеродовом, предменструальном и предклимактерическом периодах.

Установлена связь между тяжелым хроническим течением депрессии у родителей и психопатологическими, адаптационными нарушениями у детей. [21, с. 87] Причем эта связь более ярко выражена при наличии заболевания у матери. Она проявляет агрессию к детям: их подвижные игры и требования внимания к себе становятся для нее невыносимыми. В результате мать может ни за что ударить ребенка, а затем мучиться угрызениями совести и чувством вины.

Психические расстройства (преимущественно большая депрессия) были выявлены у 80% детей, чьи матери страдали депрессией. У детей отмечались нарушения поведения в школе, выраженное снижение социальной уверенности и академической успеваемости, плохое взаимодействие с матерью. Особо неблагоприятное воздействие на отношения между матерью и ребенком оказывает послеродовая депрессия, поскольку связана с когнитивной (мыслительной, познавательной) недостаточностью у новорожденного и ребенка раннего детского возраста. У женщин, находящихся в депрессии, искажено восприятие мира. Их все раздражает, они неадекватно реагируют на некоторые ситуации, например, вместо того, чтобы взять на руки и успокоить плачущего младенца, заставляют его плакать до посинения или ругают грубыми словами.

В клинической картине реактивной депрессии, как пояснил в свое время Карл Ясперс (1913), психологически понятно, «как в зеркале», по выражению Ясперса, видится содержание психической травмы: депрессивная женщина, например, постоянно тоскливо думает об умершем муже, не может примириться с тем, что его уже нет, мучает-винит себя в том, что плохо искала, не нашла еще какого-то из многочисленных лекарств, о котором говорила ей соседка. В случае не-реактивной депрессии с выраженной тоскливостью нет строгой психологической понятности между содержанием травмирующего события и содержанием страдания. В клинической картине такой депрессии тоскливость обычно густо перемешана с депрессивными масками. В клинической картине любой депрессии может наблюдаться хронический болевой синдром. Хронической болью, по данным Международной ассоциации по изучению боли, принято считать боль, которая продолжается сверх нормального периода заживления и длится не менее 3 месяцев. Симптомы депрессии при хроническом болевом синдроме могут быть очевидными или стертыми. Достаточно часто боль является «маской» депрессии и собственно депрессивные симптомы выступают в атипичной форме и скрыты за доминирующей в клинической картине болью. Среди синдромов маскированной депрессии некоторые авторы отдельно выделяют алгическо-сенестопатический синдром. Больные с типичными проявлениями депрессии достаточно быстро оказываются в поле зрения психиатров. Напротив, больные с атипично протекающими, маскированными депрессиями долго и подчас безрезультатно лечатся у врачей общей практики, так как распознать подобную депрессию достаточно сложно. [21, с. 93]

 И в заключение приведем воедино все рассмотренные нами ключевые понятия в определении депрессии. [1, с. 78] Депрессия – сниженное, угнетенное настроение, часто сопровождающееся тревогой, бессонницей, слабостью, снижением аппетита и другими симптомами. Для того, чтобы считаться болезнью, депрессия должна быть достаточной выраженности и длительности (как минимум 2 недели).

 Депрессивный эпизод – так называется депрессия в Международной классификации болезней (МКБ). Депрессивный эпизод в зависимости от тяжести состояния может быть легким, умеренным и тяжелым.

 Рекуррентное депрессивное расстройство – расстройство, характеризующееся повторными эпизодами депрессий.

 Биполярное аффективное расстройство – расстройство, характеризующееся повторными эпизодами депрессий и подъемов настроения, то есть, когда депрессия чередуется с чрезмерным повышением настроения.

 Циклотимия – состояние хронической нестабильности настроения с многочисленными эпизодами легкой депрессии и легкой приподнятости. Относится к хроническим расстройствам настроения.

 Дистимия – хронически депрессивное настроение.

 Маниакально- депрессивный психоз – заболевание, протекающее в форме депрессивных и маниакальных фаз или в виде повторяющихся депрессий. Данный диагноз означает, что у человека периодически возникают депрессии, которые в некоторых случаях перемежаются эпизодами повышенного настроения.

 Эндогенная депрессия – депрессия, развивающаяся без видимой причины.

 Реактивная (психогенная) депрессия – депрессивная реакция на сильный стресс, например, на потерю работы или смерть близкого человека.

**1.2 Психологические особенности депрессии бизнесменов. Кризис среднего возраста**

Специалисты крупнейшей в России частной клиники, Корпорации семейной медицины, в ходе исследований основных недугов своих клиентов пришли к следующим выводам. Бизнесмены, доход в семьях которых превышает три тысячи долларов на человека в месяц, помимо мигрени и остеохондроза имеют особые, своего рода профессиональные болезни, не характерные для так называемого среднего класса. [7, с. 118]

Чаще всего заболевания богатых людей связаны с нервными и психическими расстройствами. Например, у каждого второго бизнесмена есть синдром «неожиданного богатства». Проявляется он в страхе потерять нажитое добро. Вследствие чего у человека вырабатывается так называемая стратегия отложенной жизни: он все откладывает на завтра, которое, как известно, может и не наступить никогда. Человек замыкается в себе, что вызывает появление «агедонии». При таком расстройстве нервной системы возможность получать удовольствие от жизни снижает и возникает постоянная депрессия.

По словам исследователей клиники, основная болезнь богатых людей в наше время – работа, более серьезными физическими недугами бизнесмены страдают редко. А если и страдают, то у них все равно нет времени лечиться и бегать по врачам. Очень близок по симптоматике к депрессии и «синдром хронической усталости», который все чаще встречается среди бизнесменов, банкиров, именно в той группе людей, которых именуют «трудоголиками». Синдром «хронической усталости» усугубляется дисинхронизмом - состоянием связанным с быстрым пересечением часовых поясов, перемещением из традиционной зоны проживания на другие континенты. Журнал Британской медицинской ассоциации недавно опубликовал результаты исследования, которые говорят, что дальние и частые полеты деловых людей в разные страны опасны не только для их собственного здоровья, но, как оказалось, и для их супругов. Деловые люди, бизнесмены, работа которых требует частого отсутствия в семье, как правило, страдают повышенным кровяным давлением, язвенной болезнью желудка и денадцатиперстной кишки, депрессией и другими эмоциональными расстройствами. От такого образа ненормальной жизни страдают не только сами бизнесмены, но и их близкие. Оказалось, что у супругов и других близких деловых людей возникает повышенный риск психологических и эмоциональных расстройств и даже риск глубокой депрессии.

В других источниках [29, с. 97] описывается «синдром менеджера», сопровождающийся бессонницей, раздражительностью, снижением потенции. Если у человека все подчинено одной цели - добыче денег, себе ли, государству, все равно, и отношениям с партнерами, а все, что выходит за рамки деловых интересов, выпадает из сферы его общения, эта деэмоциональность уже является начальной стадией психического расстройства. Ситуация отягощается тем, что люди действия, руководители, имеют особый тип отношения к болезни - игнорирующий (пока не свалятся, будут терпеть).

Причина срывов часто кроется в том, что наши бизнесмены так и не научились отдыхать. Точнее, не научились правильно отдыхать. Многие из них быстро освоили такие методы релакса, как баня и выпивка, но при «смешивании» они дают кратковременный эффект. Поэтому для наших предпринимателей характерны психосоматические заболевания, когда душевные проблемы начинают проявляться на физическом уровне. Деловые люди всегда пытаются держать марку, скрывают истинное психологическое состояние. У них всегда все о'кей, «нет проблем». В основном сегодня обеспеченные люди относятся к здоровью как к престижному потреблению, а не как к ценности. Важно не то, как ты себя чувствуешь, а как ты выглядишь. У психотерапевта они появляются уже в состоянии серьезной зависимости. Как правило, «элитарной» — от наркотиков (в частности, кокаина), алкоголя и азартных игр. [29, с. 46]

Кроме того, у владельцев и руководителей предприятий от постоянных неврозов и депрессий возникают проблемы в сексуальных отношениях, что тут же сказывается и на семейных.

Еще одна "болевая точка" бизнес-элиты: когда начинали общее дело — все горело в руках, спорилось, потом появились первые серьезные деньги — начались разногласия. Друзья превратились во врагов. На этот процесс наслаивалась потеря школьных, институтских друзей, которые не сумели выбиться в люди, — они отсеиваются автоматически: другие заботы, доходы, круг интересов и проблем. Постепенно вокруг бизнесмена образуется вакуум, хотя по-человечески хочется доверительных отношений. Но доверять никому нельзя, все время надо быть начеку. В результате представление о человеческих, дружеских отношениях у деловых людей сильно искажается. [15, с. 138]

Еще одна проблема современного бизнесмена — бессонница, являющаяся благодатной почвой для развития разного рода неврозов. Они, в свою очередь, порождают депрессию.

При всем этом специалисты отмечают, что мужские депрессии гораздо опаснее, чем женские. Связано это с тем, что у мужчин больше шансов найти «экстремальный» выход из депрессии, чем у женщины: для мужчин это преимущественно алкоголь, наркотики, агрессия. Основная причина депрессий мужчин – отсутствие денег. Неважно, на что их не хватает – на новую спортивную машину или на брюки. На настоящий момент в оценку мужской состоятельности деньги входят чуть ли не первой строкой. Первобытный «добытчик» живет в каждом мужчине на протяжении тысячелетий. Депрессия начинается тогда, когда человек включается в денежную гонку и не может остановиться. Причем недостаточно сказать самому себе – стоп, этот «доильный аппарат» не имеет кнопки автоматического отключения. От этого уже зависит семья бизнесмена, престарелые родители и круг общения. Практически человек вынужден продолжать начатое, погружаясь все более в пучину депрессии. [15, с. 78]

 Как правило, наибольших достижений в профессиональной сфере человек достигает именно в возрасте от 30 до 50 лет. Мы примем это как период средней взрослости, хотя мнения специалистов на периодизацию и на критерии, по которым можно выделить именной средний возраст сильно разнятся. Психологи, социологи и сами представители этой возрастной группы расходятся также во мнении о том, может ли человек рассматривать этот жизненный этап как время реализации своих возможностей, стабильности и потенциального лидерства или же для него это период неудовлетворенности, внутреннего смятения и депрессии. Взгляд человека на свой средний возраст может быть обусловлен экономическими условиями жизни, социальным положением и условиями того времени, в котором ему довелось жить.

Средний возраст может быть периодом расцвета применительно к семейной жизни человека, его карьере, но при этом люди все чаще задумываются о том, что они смертны и что их время уходит. Для некоторых девизом в этот период становятся слова: «Все свои дела мы должны успеть сделать сейчас». То, как люди относятся к этому настоятельному внутреннему зову, наряду с происходящими в их жизни событиями, определяет, станет ли средний возраст этапом плавного перехода и переоценки ценностей или же периодом кризиса середины жизни.

Существует две модели, касающиеся среднего возраста, - модель кризиса, которая привязывает нормативные возрастные изменения, имеющие место в этот период, к предсказуемым кризисам, и модель перехода, которая отвергает представление о том, что кризис середины жизни – это нормативное, связанное с возрастным развитием событие. [14, с. 178]

Согласно модели перехода, развитие человека характеризуется последовательностью ожидаемых важных событий в его жизни, которые можно предвидеть и в отношении которых можно строить планы. Хотя переход, связанный с этими событиями, и может вызвать немалые трудности как в психологическом, так и в социальном плане, большинство людей успешно к нему приспосабливаются благодаря знанию того, что эти события неуклонно приближаются. Например, занятый в малом бизнесе 40-летний предприниматель, зная, что он, вероятно, отойдет от дел где-то около 60-ти, регулярно перечисляет деньги на особый (не облагаемый до установленного срока налогом) пенсионный счет. К 50-летнему возрасту он, возможно, уже присмотрит себе идеальный дом для жизни на «заслуженном отдыхе». Благодаря антиципаторной социализации он сможет спланировать эти жизненные события и избежать кризиса середины жизни.

Модель кризиса имеет методологические недостатки, которые ограничивают ее привлекательность. Во многих исследованиях, предлагающих эту модель, использованы данные, полученные при изучении клинического контингента, а не случайных выборок, которые более точно отражают полный состав взрослого населения. Исследование Левинсона и Вайллэнта касается только мужчин. [14, с. 178] Они обнаружили в своем исследовании, что большинство мужчин 40 лет может подвергнуть сомнению, или, по крайней мере, начать осмысливать с разных сторон ценность той «управляемой обстоятельствами» жизни, которую он вел. Если ему раньше удавалось добиваться своих целей, он может задаться вопросом: «Стоили ли они потраченных усилий?». Если он сумел добиться в своей жизни того, чего хотел, он может теперь со всей ясностью осознать, что у него осталось не так уж много возможностей, чтобы что-то изменить. Он начинает подвергать сомнению все стороны своей жизни, включая работу и семейные отношения.

В одном специалисты сходятся – средина жизни – это то время, когда люди критически анализируют и оценивают свою жизнь. Одни могут быть удовлетворены собой, считая, что достигли пика своих возможностей. Для других анализ прожитых лет может стать болезненным процессом. [14, с. 179]

Мужчины реагируют на достижение середины жизни индивидуально, но все же в рамках некой общей схемы. Большинство их них ощущают обязательства как по отношению к работе, так и по отношению к семье. Качество выполнения мужчинами супружеской и родительской ролей значимо предсказывает их уровень психологического дистресса и влияет на степень дистресса, испытываемого ими на работе.

Фаррелл и Розенберг в результате исследований пришли к выводу, что существуют 4 главных пути развития в среднем возрасте для мужчины. [14, с. 197] Первый из них – это путь трансцендентно-генеративного мужчины. Он не испытывает кризиса середины жизни, так как нашел адекватные решения большинства жизненных проблем. Для такого мужчины середина жизни – время реализации своих возможностей и достижения поставленных целей. Второй путь – это путь псевдо-развитого мужчины. Этот мужчина справляется с проблемами, делая вид, что все происходящее его удовлетворяет или находится под его контролем; на самом деле он, как правило, чувствует, что потерял направление, зашел в тупик или что ему все осточертело. Мужчина в кризисе середины жизни – третий путь – находится в замешательстве и ему кажется, что весь его мир рушится. Он не в состоянии удовлетворять предъявляемые к нему требования и решать проблемы. Для одних мужчин этот кризис может быть временной фазой развития, для других он может стать началом непрерывного падения. Четвертый путь развития – это путь обездоленного судьбой мужчины. Такой мужчина был несчастлив или отвергаем другими большую часть совей жизни и проявляет признаки кризиса жизни. Обычно он не в состоянии справиться с проблемами. Лишь немногим мужчинам удается в среднем возрасте избежать ощущения неудачи, внутреннего разлада или потери самоуважения – таково заключение Фаррелла и Розенберга. [14, с. 184]

Наряду с переоценкой всей жизни в среднем возрасте происходит и переоценка профессиональной карьеры. Одним из факторов, который может вынуждать людей среднего возраста резко изменить свое отношение к работе, да и саму работу, оказывается пережитый ими переход середины жизни. Левинсон обнаружил, что после 40 лет у взрослых людей могут измениться ценности и цели, что заставляет их думать об изменении направления своей профессиональной карьеры. Некоторые исследователи полагают, что взрослые лучше всего справляются с этим периодом переоценки, если они систематически оценивают свои способности, а также плюсы и минусы их текущего профессионального положения. Однако лишь малая часть людей резко меняет свою профессиональную карьеру в середине жизни. Это делают, как правило, те, кто чувствует, что их способности не используются полностью в той работе, которая у них есть. Причиной этого могут быть изменения характера работы или снижение трудности задач за счет достигнутого человеком профессионализма.

 Таким образом, для депрессии деловых людей характерно:

* Снижение работоспособности
* Высокий уровень тревожности, различного рода фобии
* Снижение сексуальной активности
* Бессонница
* Алкоголизм, агрессивность – как способ релаксации, сброса отрицательной энергии
* Искажение представлений о дружбе, тотальное недоверие
* Невозможность получать удовольствие от жизни.

На типичные для депрессивных состояний симптомы накладываются проблемы и разногласия, касающиеся кризиса середины жизни: переоценка ценностей, поиск смысла собственной жизни, предчувствие приближающейся старости, а, следовательно, снижение физических сил и, возможно, немощь. Все это усугубляет течение депрессии у бизнесменов.

**1.3 Психодиагностические особенности депрессии**

Диагностика депрессии представляет из себя сложную задачу. Для диагностики депрессии необходимо знать ее диагностические критерии. [13, с. 154] Диагностические признаки депрессии таковы:

**основные:**

- пониженное или печальное настроение,

- утрата интересов или чувства удовольствия,

- повышенная утомляемость;

**дополнительные:**

- снижение способности к концентрации внимания,

- заниженная самооценка и неуверенность в себе,

- идеи вины и самоуничижения,

- мрачное пессимистическое видение будущего,

- суицидальные мысли или действия,

- нарушения сна,

- нарушения аппетита

Основными являются первые три клинических проявления. Остальные симптомы относятся к дополнительным. Для верификации тяжелого депрессивного эпизода в клинической симптоматике больного ведущее место должны занимать три первых основных проявления депрессии, которые сочетаются не менее чем с четырьмя дополнительными симптомами. Для установления диагноза депрессивного эпизода средней тяжести необходимо присутствие двух основных и трех дополнительных симптомов. Для легкого депрессивного эпизода достаточно присутствия двух основных и двух дополнительных симптомов. При этом во всех трех вариантах депрессии основные ее проявления должны длиться не менее 2 недель. Если депрессивные эпизоды продолжительностью не менее 2 недель повторяются с интервалом в несколько месяцев по меньшей мере дважды, то диагностируют повторные или рекуррентные депрессивные расстройства. Повторные депрессивные эпизоды могут быть спровоцированы стрессовой ситуацией.

Нарушения сна при депрессиях могут проявляться весьма различно: нарушения засыпания, частые ночные пробуждения, неудовлетворенность сном, трудности пробуждения, увеличение длительности ночного сна, дневная гиперсомния. Наиболее специфичным признаком депрессии считаются ранние утренние пробуждения, при которых больной без видимых причин постоянно просыпается в 4 - 5 ч утра и больше не может уснуть. [12, с. 45]

Весьма часто врачи общей практики и психологи сталкиваются не только с атипичными депрессиями, но и с хроническим вариантом ее течения. В связи с этим необходимо знать диагностические критерии хронического депрессивного состояния, которое может сосуществовать с хроническим болевым синдромом, которое выделяется под названием "дистимии".Следует подчеркнуть, что к дистимиям относят легкие хронические депрессии, при которых не встречаются суицидальные мысли и действия и выраженная социальная дезадаптация. Дистимия - это хроническое состояние, которое характеризуется подавленным настроением большую часть дня на протяжении более половины всех дней за последние два года. Хронически подавленное настроение должно сопровождаться не менее чем двумя из перечисленных ниже симптомов:

- сниженный или повышенный аппетит,

- нарушения сна или повышенная сонливость,

- низкая работоспособность или повышенная утомляемость,

- заниженная самооценка,

- нарушение концентрации внимания или нерешительность,

- чувство безнадежности. [13, с. 97]

Перечисленные симптомы нередко сочетаются с длительными болевыми ощущениями. Дистимии могут длиться неопределенно долгое время, начинаться практически в любом возрасте, часто дистимии предшествует выраженная психотравма.

Для человека в состоянии депрессии характерны небрежность в одежде, предпочтение серых и темных тонов, отсутствие прически, косметики и украшений у женщин, скудость мимики и движений иногда напоминающие скованность, согбенная поза, невыразительность и монотонность речи, односложные ответы и т.п. [13, с. 188]

Существуют различные сочетания хронического болевого синдрома с различными вариантами депрессии. Чаще всего встречаются атипично протекающие стертые депрессии.Следует подчеркнуть частую встречаемость при депрессии тревожных расстройств, которые нередко выходят на первый план, затмевая собственно депрессивные симптомы. Сочетание депрессии и тревоги, по данным А.Ф. Шацберга, достигает 62%. Особенно специфично сочетание тревоги в сочетании с мышечным напряжением и депрессии именно при хронических болевых синдромах. [21, с. 211]

При атипичных депрессиях жалобы на боли хронического характера часто сочетаются с жалобами на другие неприятные, плохо описываемые и нередко плохо локализуемые ощущения во всем теле, на нарушения сна, аппетита, полового влечения, повышенную утомляемость, слабость, сниженную работоспособность, запоры, диспепсии; у женщин могут быть жалобы на нарушения менструального цикла, не имеющие органической причины, предменструальный синдром. При депрессиях могут наблюдаться плохой аппетит и снижение массы тела и, напротив, повышенный аппетит, когда больные "заедают" свою депрессию, и соответственно увеличение массы тела. В этих случаях прием пищи остается единственным способом получения положительных эмоций - все остальные потребности резко редуцируются. Для типичных депрессий более характерно снижение аппетита и массы тела, при атипичных депрессиях нередко наблюдается противоположная картина.

Обилие жалоб, их необычное сочетание, не укладывающееся в клиническую картину ни одного соматического заболевания, прежде всего, позволяет предполагать маскированную депрессию**.** [27, с. 218]

Направленность диагностики на следствие без учета причины, когда вторичные соматовегетативные проявления формируются на основе аффективных психопатологических нарушений, приводит к утяжелению и хронизации психической патологии. Наиболее опасным является то, что не диагностированные и не леченные адекватно депрессивные расстройства в ряде случаев заканчиваются самоубийством больных. [9, с. 215]

Поскольку депрессивные состояния настолько сложны в диагностическом отношении, рекомендуется проводить психологическое обследование с применением специальных стандартизированных методик. Для диагностики депрессивных состояний может быть использована методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. А. Жмурова. Данный опросник состоит из 44 группы показаний, каждая из которых включает в себя 4 варианта ответа. По результатам опросника можно выявить следующие уровни депрессии: глубокая, выраженная, умеренная, легкая, минимальная, незначительная либо отсутствует.

Кроме этого, существует госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии, шкала Цунга для самооценки депрессии, дополнительные шкалы опросника MMPI для оценки депрессии, шкала Гамильтона для оценки депрессии, шкала Монтгомери-Асберга для оценки депрессии, опросник депрессии Бека, шкала тревоги и депрессии Голдберга. [5, с. 21]

**1.4 Психокоррекционная работа депрессии у бизнесменов**

Депрессия - заболевание, достаточно часто встречающееся в медицинской практике. Она прежде всего проявляется в аффективной сфере и сопровождается выраженными соматическими, мотивационными, вегетативными расстройствами. В терапии депрессий развивается два направления: фармакологическое и нефармакологическое.

Широко распространенная и вполне обоснованная фармакотерапия депрессии является все же в 25% случаев недостаточно эффективной в связи с плохой переносимостью препаратов и резистентностью самого заболевания. [23, с. 91]

В связи с этим существенную роль играют и нефармакологические методы лечения, которые имеют также свое патогенетическое обоснование.

К ним относятся:

- психотерапия;

- дыхательно-релаксационный тренинг;

- светотерапия (фототерапия);

- депривация сна (лишение сна);

- электросудорожная терапия. [24, с. 81]

Психотерапевтические методы лечения делятся на психодинамическую, недирективную, рациональную и межличностную психотерапию. [23, с. 164]

Основные принципы психодинамической терапиибыли разработаны Буллаком. Выделяется десять важнейших психических проявлений, подлежащих исследованию и коррекции (самооценка, самобичевание, гнев, разочарование, чувство утраты, нарциссизм, отрицание скрытого гнева и т.д.). Классический психоанализ при выраженной депрессии не показан.

Недирективнаяпсихотерапия основана на концепциях Роджерса, Маслоу и Перлса. Больной высказывает свои мысли и чувства, а психотерапевт, не навязывая своих интерпретаций, помогает разобраться в себе. Важным условием лечения служит эмпатия - умение психотерапевта поставить себя на место больного, посмотреть на мир его глазами. Основное внимание направлено на текущую ситуацию.

Рациональнаяпсихотерапия направлена на устранение иррациональных идей, высказываемых больными депрессией. Она более эффективна у больных депрессией по сравнению с психодинамическим методом. Имеются указания, что она сопоставима или даже более эффективна, чем медикаментозная терапия, особенно при легкой и умеренной депрессии. [26, с. 79]

Межличностнаяпсихотерапия разработана Клерманом, Вейсманом и др. Она улучшает социальную адаптацию больных и межличностные контакты, уменьшает скрытность больных, дает возможность выразить свои мысли и чувства. Показано, что межличностная терапия в отношении некоторых проявлений депрессии, например, в отношении социальной дезадаптации, способна эффективно уменьшать ее, что сопоставимо с лекарственной терапией.

Таким образом, следует отметить, что психотерапия особенно эффективна при легкой или малой депрессии, характеризующейся снижением настроения и некоторыми соматическими жалобами. В целом следует отметить, что психотерапию должен проводить опытный специалист. Однако лечение вегетативных нарушений и расстройств сна лучше корригируется сочетанием с медикаментозной терапией.

Дыхательно-релаксационный тренинг (ДРТ). Депрессивные расстройства нередко сочетаются с тревогой, по данным А.Ф. Шатцберг (1995 г.), в 31 - 62%. Поэтому в этих случаях целесообразно применять ДРТ, который сочетает в себе элементы психической и мышечной релаксации с экскурсиями грудной клетки в ритме вдох - выдох. При проведении ДРТ необходимо соблюдать несколько принципов: постепенное включение в дыхание диафрагмы, формирование определенного соотношения между длительностью вдоха и выдоха - соотношение 1:2. Переход на брюшной тип дыхания вызывает рефлекс Геринга-Брейера, который способствует уменьшению активности ретикулярной формации ствола мозга, снижению психического напряжения, уменьшению гипервентиляционного синдрома и тревоги. Уреженное и углубленное дыхание оптимизирует процессы легочной вентиляции и диффузии, улучшает микроциркуляцию. [24, с. 112]

Светотерапия (фототерапия). Среди применяемых в последнее время немедикаментозных методов лечения депрессии и связанных с нею различных соматовегетативных расстройств начали использовать терапию ярким белым светом. Интерес к этому методу возрос в последние десятилетия в связи с лечением сезонных аффективных расстройств (W.Rosental, A.Levy; 1982-1984.) С удлинением темной фазы суток в осенний период у больных с сезонными аффективными расстройствами появляются и нарастают депрессия, дневная гиперсомния, селективная гиперфагия углеводов. Увеличивается масса тела. В крови у больных с САД увеличивается уровень мелатонина. С нарастанием светлой фазы суток выраженность симптомов уменьшается. В 1980 г. А. Леви сделал сообщение о блокаде мелатонина ярким белым светом. После этого светотерапия начала использоваться при лечении различных расстройств: сезонных и несезонных аффективных расстройств, инсомнии и т.д. Лечение ярким белым светом основано на воздействии его через сетчатку глаза, гипоталамус, b-адренорецепторы мембраны пинеалоцитов шишковидной железы. Свет способствует снижению мелатонина, увеличению серотонина и дофамина. Опыт (Я.И. Левин, А.Р. Артеменко, 1996 г., А.Д. Соловьева, Е.Я. Фишман, 1997 г.) показал, что яркий белый свет уменьшает уровень депрессии, улучшает сон, а также вегетативные проявления, сопровождающие депрессию.

Фототерапия проводится по методике, которая заключается в том, что больной ежедневно (желательно в утренние часы) принимает сеансы света. Колпак лампы устанавливается под углом 45 градусов по отношению прямой, проведенной мысленно от центра глазного яблока до горизонтальной оси лампы. Пациент находится от лампы на расстоянии 60 см; сеанс длится 60 мин, за сеанс больной получает около 3500 - 4000 lux. [24, с. 91]

Депривация сна (лишение сна). В 1966 г. W. Schulte ввел в психиатрическую практику лечение депрессий депривацией сна. Им было показано, что депривация улучшает состояние больных с психогенными и органическими депрессиями. В дальнейшем и другие исследователи отмечали ее выраженный эффект при депрессивных расстройствах. Известно, что у больных с депрессией встречаются нарушения сна в 83 - 99%. Нарушения сна наряду с другими симптомами являются критерием диагностики депрессий. Исследование сна у больных с депрессией показало уменьшение его глубины и увеличение во время сна двигательной активности. В работах А.М. Вейна, Р.Г. Айрапетова, 1983, 1984 гг. показано, что при различных формах депрессий увеличиваются латентные периоды первой, второй и третьей фаз сна, имеется выраженная редукция четвертой, наиболее глубокой стадии, фазы медленного сна, выявлено сокращение латентного периода фазы быстрого сна (ФБС), что связано с прессингом быстрого сна, характерным для депрессии. Таким образом, субъективные жалобы больных на расстройство сна сочетаются с объективными изменениями в течение ночи на ЭЭГ.

Лечение проводится тотальной депривацией сна. Больные не спят с утра дня, предшествующего бессонной ночи до вечера следующего дня, т.е. лишение сна составляет 36 - 38 ч. Затем следуют две восстановительные ночи, во время которых больные спят естественным сном. После чего депривация повторяется, если состояние улучшается, то проводят третью депривацию сна. Лишение сна прекращается, если состояние больного не меняется или ухудшается после двух сеансов. При улучшении состояния рекомендуется проводить по две депривации сна в месяц. Депривация сна обеспечивает улучшение психического состояния у 90% больных. По данным Р.Г. Айрапетова (1984 г.), положительный эффект депривации сна особенно отмечен при тоскливой депрессии, где он не уступает по эффективности антидепрессантам, адинамической депрессии. Она менее эффективна при астенической и тревожной депрессии и не получено положительного эффекта при маскированной депрессии. Депривация обладает собственно тимолептическим и растормаживающим эффектом, стимулирующим деятельность, при этом улучшается настроение и повышается двигательная активность. Наблюдается активация фазы быстрого сна и синхронизация в ЭЭГ бодрствования, носящая компенсаторный характер и обеспечивающая эмоциональную стабилизацию.

Терапия депривацией сна показана при любой депрессии, не сопровождающейся психомоторным возбуждением. Она сама оказывает положительное действие путем уменьшения депрессии и значительно повышает эффект от лечения антидепрессантами, что позволяет существенно уменьшить дозу фармакологических препаратов. Наилучших результатов, как правило, удается достичь при сочетанной терапии: депривация сна в сочетании с антидепрессантами.

Электросудорожная терапия (ЭСТ). Этот вид терапии депрессивных расстройств особенно широко применялся в психиатрии 30 - 50-х годов, далее наступил период неприятия. В последние годы опять возобновился интерес к этой терапии. ЭСТ применяется преимущественно у больных, страдающих тяжелыми депрессивными расстройствами, находящихся в специализированных психиатрических стационарах, а также у больных, имеющих противопоказания к фармакотерапии и в тех случаях, когда другие методы лечения неэффективны. ЭСТ является методом выбора в случаях неординарных попыток самоубийства или упорного отказа от еды, когда неэффективная антидепрессантная терапия может привести к потере времени. Считается, что ЭСТ наиболее действительна при депрессивных приступах и является методом лечения депрессии, предупреждающим маниакальные приступы. Поэтому она эффективна при МДП, при котором антидепрессанты увеличивают частоту смены приступов, при психотической форме депрессии, при которой антидепрессанты помогают мало или совсем не помогают.

В случаях, когда мы сталкиваемся с легкими формами депрессивных расстройств, когда возможно немедикаментозное лечение, возможно купирование процесса вышеуказанными способами и достижение относительно устойчивого состояния стабилизации у клиентов. В более тяжелых случаях возможно применение различного рода антидепрессантов. Подробная программа по коррекции депрессивных состояний у бизнесменов будет рассмотрена ниже (см.гл. 3).

**2. Диагностика депрессии бизнесменов на базе частной клиники «Здравица»**

**2.1 Отбор в контрольную и коррекционную группы**

Цель исследования: изучение депрессивных состояний бизнесменов.

Объект: депрессивные состояния у бизнесменов.

Предмет: оценка влияния коррекционных мероприятий на депрессивные состояния у бизнесменов.

Исходя из анализа литературных источников, мы выдвинули следующую гипотезу: в ходе коррекционной работы депрессивные проявления у бизнесменов снижаются.

База исследования: группа бизнесменов (20 человек), обратившихся за врачебной помощью в частную клинику «Здравица», пол – мужской, возраст 35-45 лет. Все клиенты были разделены на 2 подгруппы по 10 человек в каждой: контрольную и коррекционную. Коррекционная группа – это группа, непосредственно подвергшаяся экспериментальному воздействию (см. формирующий эксперимент) в процессе исследования. Контрольная группа была помещена в те же условия, за исключением того, что испытуемые в ней не подвергались экспериментальному воздействию. Для достижения приблизительно равной выраженности у испытуемых обеих групп значимых характеристик распределение испытуемых по группам проводилось методом случайного отбора, когда испытуемые случайным образом распределяются в контрольную и коррекционную группы. Случайный отбор испытуемых позволяет с известной долей определенности утверждать, что испытуемые, набранные для всех экспериментальных воздействий, приблизительно одинаковы по своим характеристикам (субъектным переменным).

Ход эксперимента:

1. Проведение констатирующего эксперимента для контрольной и коррекционной группы – шкала Гамильтона для оценки депрессии.
2. Проведение коррекционных мероприятий (формирующий эксперимент) для испытуемых коррекционной группы.
3. Проведение контрольного эксперимента для контрольной и коррекционной группы – шкала Гамильтона для оценки депрессии.

Таким образом, в своем исследовании мы воспользовались методом тестирования испытуемых по шкале Гамильтона для оценки депрессии. Это один из наиболее широко используемых инструментов клинической оценки депрессивного состояния. Оригинальная версия шкалы впервые была опубликована в Англии, затем переведена на все европейские языки, а также на японский, корейский и т.д. Оригинальная версия содержит 23 пункта, 2 из которых состоят из двух частей. Шкала обеспечивает простой способ оценки тяжести депрессии и отражает динамику изменений состояния пациента.

Время обследования от 20 до 30 минут. Время оценки определяется как «сейчас» или «в течение последней недели». Значение баллов для 9 пунктов – от 0 до 4. Шесть пунктов, в которых переменные не могут быть выражены количественно, оцениваются качественно от 0 до 2 баллов. Сумма баллов в результате оценки лиц, не страдающих депрессией, равна 0. максимально возможный общий балл составляет 52 и отражает крайнюю степень тяжести депрессивного синдрома. Последние четыре пункта не измеряют выраженность депрессии, они отражают типы депрессии или редкие симптомы. В данном исследовании нас интересовал уровень выраженности депрессии, поэтому мы использовали для диагностики только первые 17 шкал.

**2.2 Констатирующий эксперимент исследования депрессии в контрольной и коррекционной группах**

Испытуемые контрольной и коррекционной групп были протестированы с помощью шкалы Гамильтона для выявления уровня выраженности депрессии.

По результатам данного тестирования были получены результаты, которые представлены в таблице 1.

## **Таблица 1. Результаты констатирующего эксперимента в контрольной и коррекционной группах**

|  |  |
| --- | --- |
| Контрольная группа | Коррекционная группа |
| № испытуемого | Уровень выраженности депрессии | № испытуемого | Уровень выраженности депрессии |
| 1 | 8 | 1 | 7 |
| 2 | 7 | 2 | 9 |
| 3 | 11 | 3 | 14 |
| 4 | 5 | 4 | 3 |
| 5 | 6 | 5 | 5 |
| 6 | 12 | 6 | 8 |
| 7 | 10 | 7 | 10 |
| 8 | 9 | 8 | 14 |
| 9 | 4 | 9 | 11 |
| 10 | 6 | 10 | 13 |
| Средний результат | 7,8 | Средний результат | 9,4 |

По средним результатам контрольной и коррекционной групп мы получили некоторое различие между показателями выраженности депрессии. Мы провели статистическую обработку результатов, чтобы убедиться в достоверности этих различий. Результаты приведены в п.2.3.

**2.3 Анализ результатов констатирующего эксперимента**

Результаты, полученные нами при тестировании испытуемых контрольной и коррекционной группы были обработаны с помощью U критерия Манна-Уитни. Результаты статистической обработки представлены в таблице 2.

**Таблица 2. Результаты статистической обработки данных констатирующего эксперимента**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Средний ранг контрольной группы | Средний ранг коррекционной группы | U критерий Манна-Уитни | Уровень значимости |
| 9,1 | 11,9 | 36,0 | 0,288 |

Различия между результатами контрольной и коррекционной групп не являются достоверными. Другими словами, испытуемые контрольной и коррекционной групп не различаются по уровню выраженности депрессии.

Исходя из этого, мы можем сделать следующие выводы:

* уровень выраженности депрессии испытуемых контрольной группы значительно не отличается от уровня выраженности депрессии испытуемых коррекционной группы
* в целом по обеим группам мы можем констатировать наличие легкой степени депрессии, проявляющейся:
	+ средняя бессонница – жалобы на беспокойный сон в течение всей ночи;
	+ наличие психической тревоги – субъективное напряжение и раздражительность;
	+ проявления соматической тревоги слабой степени выраженности;
	+ общие соматические симптомы, выражающиеся в мышечных болях, тяжестью в конечностях, голове, чувством упадка сил;
	+ слабо выраженные генитальные симптомы;
	+ отнесение своего болезненного состояния за счет переутомления и потребности в отдыхе.

**3. Коррекция депрессивных состояний бизнесменов на базе частной клиники «Здравица»**

**3.1 Формирующий эксперимент (коррекционные мероприятия)**

Коррекционные мероприятия проводились только с испытуемыми коррекционной группы.

Коррекционная работа включала в себя:

- психотерапию;

- дыхательно-релаксационный тренинг;

- светотерапию;

- депривацию сна.

Психотерапевтическая работа включала в себя как групповые занятия, так и индивидуальные консультации. Психотерапевтическая работа была основана на когнитивной психотерапии А. Бека.

А. Бек видит причины образования нервных расстройств в нарушениях переработки информации. Он выделяет три основных группы механизмов, в которых возможны нарушения: когнитивные элементы, когнитивные процессы и когнитивное содержание.

Когнитивные элементы делятся на базисные посылки (в которых содержатся глубинные представления личности об окружающем мире, других людях и самой себе) и автоматические мысли (которые сопровождают переработку информации в данный момент времени). Примеры базисных посылок: «Доверять людям опасно», «Я никому не нужен и поэтому никто меня не любит». Автоматические мысли получили своё название в силу своей непроизвольности, быстротечности и бессознательности. Человек не выбирает информацию для размышлений, а сосредотачивается на ней непроизвольно. Эти мысли резко отличаются от осознанных, при которых сохраняется та или иная степень контроля за предметом, но субъективно они переживаются как правдоподобные. [26, с. 163]

Когнитивные процессы – связующее звено между базисными посылками и автоматическими мыслями, обеспечивающие соответствие вновь поступающей в сознание информации с прежними представлениями. Например: «Меня никто не любит, потому что я толстая. А если кто и полюбит, я не буду иметь с ним дела – у него вкус дурной». Когнитивное содержание объединяет элементы и операции вокруг какой-либо специфической темы («Я сексуально неполноценная», «Никогда не выйду замуж» и тому подобное).

Среди основных логических нарушений, сопровождающих автоматические мысли, можно выделить произвольное умозаключение, избирательность и чрезмерное обобщение, «чёрно-белое» мышление (склонность мыслить в категориях типа «прекрасный – ужасный», персонификацию (стремление относить к себе личностно нейтральные события), преуменьшение или преувеличение важности отдельных событий или поступков.

Когнитивная психотерапия тоже исходит из того, что восприятие опосредовано мышлением, и если это среднее звено осознать, то можно понять эмоциональные и поведенческие аспекты реакции человека. На когнитивной стадии Бек выделил следующие нарушения переработки информации, которые искажают видение объекта или ситуации и являются причиной ложных представлений: обозначение, селекция, интеграция и интерпретация.

Поэтому целью когнитивного консультирования является исправление неадекватных когниций, а вместе с тем осознание правил неадекватной обработки информации и замена их правильными. Считается весьма желательным использовать тот опыт в позитивном решении жизненных задач и переноса правил их решения на проблемные сферы, который имеется у клиента. Клиент и консультант должны в самом начале достичь согласия в отношении цели консультирования – центральной проблемы, подлежащей коррекции, средств её достижения, возможной продолжительности консультирования. Установление контакта может начаться с принятия консультантом некоторых представлений клиента о проблеме с постепенным рациональным переводом его на позиции когнитивного консультирования.

На начальном этапе важным является сведение проблем – идентификация проблем, имеющих в основе одни и те же причины, и их группировка. Задача следующего этапа – осознание и вербализация неадаптивных когниций, искажающих восприятие реальности. Термин «неадекватная когниция» применяется к любой мысли, вызывающей неадекватные или болезненные эмоции и затрудняющей решение какой-либо проблемы. Консультант может предложить клиенту сосредоточиться на мыслях или образах, вызывающих дискомфорт в проблемной ситуации или сходных с ней. Неадаптивные когниции носят характер «автоматических мыслей», возникающих без предварительного рассуждения и для клиента самого имеющих характер правдоподобных, не подвергаемых сомнению. Они направляют его поступки, хотя являются непроизвольными и не привлекают его внимания. фокусировавшись, клиент может распознать их и зафиксировать. Неоднократное приближение или погружение в ситуацию позволяет сначала осознать, собрать их, а впоследствии уже представить в развёрнутом виде.

После этапа обучения клиента умению идентифицировать свои неадаптивные когниции нужно научить его рассматривать их объективно. Этот процесс называется в когнитивном консультировании отдалением. Клиент рассматривает свои неадаптивные когниции и автоматические мысли как обособленные от реальности отдельные психологические явления. Отдаление важно, т.к. во-первых, помогает клиенту повысить способность разграничить те мнения, которые надо обосновать и неопровержимые факты, а во-вторых, позволяет осуществить дифференциацию (различение) внешнего мира и своё отношение к нему.

Следующий этап условно получил названия этапа изменения правил регуляции поведения. Согласно когнитивной психотерапии, люди для регуляции своей жизни и поведения других используют правила (предписания, формулы). Эта система правил в значительной степени предопределяет обозначение, истолкование и оценку событий. Правила регуляции поведения, носящие абсолютный характер, влекут за собой регуляцию поведения, не учитывающую реальной ситуации, вызывая проблемы у человека; поэтому клиенту необходимо модифицировать эти правила, сделать их более гибкими, менее генерализованными и больше учитывающими реальность. Содержание правил регуляции поведения вращается вокруг двух осей: **опасность – безопасность** и **боль – удовольствие.** Хорошо адаптированный человек обладает достаточно гибким набором правил, позволяющим соотносить их с реальностью. В ситуациях психологической или психосоциальной угрозы оценить имеющуюся степень риска затруднительно.

Например, человек, руководствующийся правилом «Если я не окажусь на высоте, будет ужасно», испытывает затруднения в общении из-за неясного определения понятия «быть на высоте», и с этой же неопределённостью связана его оценка эффективности его взаимоотношений с партнёром. Свои предположения о неудаче клиент проецирует на восприятие его другими. Задача консультанта – изменить правила, относящиеся к оси опасности/безопасности, восстановив нарушенный контакт с избегаемой ситуацией.

Пример, относящийся к оси боли/удовольствия: человек, следующий правилу «Мне не стать счастливым, если я не буду знаменит». Здесь гипертрофированное преследование одних целей наносит ущерб другим. Клиент обрекает себя на игнорирование других сфер своих отношений в угоду правилу. Выявив такую позицию, консультант поможет ему осознать ущербность такого правила, и объяснит, что клиент был бы куда счастливее, если руководствовался более реалистичными правилами (которые клиент должен найти сам с помощью консультанта).

Перемена отношения к правилам саморегуляции, обучение клиента видеть в мыслях гипотезы вместо фактов, проверять их истинность и заменять на более гибкие – это следующая задача консультирования. Консультант использует уже имеющиеся «ресурсы» клиента (то есть навыки продуктивного решения задач в других сферах), а затем уже помогает обобщить и перенести их на проблемную сферу.

В отношении депрессивных расстройств когнитивная психотерапия исходит из предположения, что депрессия или невроз являются следствием иррационального и нереалистичного мышления. Чувства и поведение человека в высокой степени зависят от его мнений, убеждений, мыслей и представлений. А. Эллис и А. Бек называют это когнициями. Мысли и мнения можно разделить на несколько групп: описательные (дескриптивные), оценочные, причинно-следственные (каузативные) и предписывающие (прескриптивные). Всё они жёстко связаны между собой, образуя своего рода систему жизненных правил, жить по которому означает неминуемо быть несчастным. Согласно А. Беку, перечень этих невротических правил (своеобразный «моральный кодекс невротика») может быть следующим:

* Чтобы быть счастливым, я должен быть удачливым во всех своих начинаниях.
* Чтобы чувствовать себя счастливым, меня должны любить (принимать, восхищаться) все и всегда.
* Если я допускаю ошибку, значит, я глупый.
* Если я не достиг вершины, значит, я потерпел поражение.
* Как замечательно это – быть известным, богатым, популярным, и как ужасно быть обычным, посредственным человеком.
* Моя ценность как личности определяется тем, что думают обо мне другие.
* Я не могу жить без любви. Если мой начальник (жена, ребёнок, любовница) меня не любит, то значит, что я ни на что не годен.
* Если кто-то со мной не соглашается, значит, он/она меня не любит.

Отсюда выходит, что события сами по себе мало значат, подлинные чувства вызывают лишь мнения и оценки человека. Он чувствует то, что он думает по поводу воспринятого им. При этом они также могут противоречить друг другу – а человек всё равно чувствует себя несчастным.

Абсолютистское, догматичное мышление лежит в основе депрессивного восприятия мира. Невротик как бы закрывает глаза на позитивные стороны окружающего мира и собственной жизни и видит лишь негативные. Эллис проводит чёткую границу между теми эмоциями, которые он называет «адекватными негативными эмоциями» (грусть, обида, страх, печаль, досада, сожаление и гнев) и невротическими, депрессивными переживаниями. С его точки зрения, люди естественно огорчаются в тех случаях, когда их планы или намерения не сбываются, когда окружающие оценивают их ниже, чем следует, когда они болеют или теряют близких людей. «Однако когда они обращают (сознательно или бессознательно) свои желания или цели в безусловные требования и приказы, начиная убеждать самих себя в том, что они должны, просто обязаны в любых условиях и при любых обстоятельствах добиваться успеха и удовлетворять все свои желания, то именно тогда они погружаются в депрессию» – как пишет сам А. Эллис в одной из статей. [17, с. 73]

Ещё одна причина депрессии – это специфическое самоотношение, при котором человек склонен сильнее наказывать себя за просчёты, чем хвалить за успехи, или когда полученные им похвалы выглядят меньше, чем заслуженные. Само по себе самонаказующее поведение может восприниматься как волевое, мужественное или как воспитывающее характер, но для того, чтобы стремление к самонаказанию стало переходом в невротическую депрессию, необходим бессознательный (и иррациональный) переход от наблюдения, пожелания к предписанию и оценке. Например: «Я вижу, как ужасно быть (низкорослым, толстым, бедняком с высшим образованием, провинциалом)» и т.п.

Также люди впадают в депрессию, гнев или ярость в тех случаях, когда в их жизни мало неожиданных радостей, удач и случайных успехов – и особенно если, с их точки зрения, соседу или сопернику «везёт больше». Дефицит положительного подкрепления, если говорить в терминах бихевиоризма) создаёт то напряжение, которое может разрядиться в любом отрицательном эмоциональном состоянии. С точки зрения М. Селигмана и Л.Абрамсона, в основе невроза может лежать предвидение грядущих неприятностей. [26, с. 197] При этом имеется склонность приписывать негативным внешним событиям внутренние, стабильные и глобальные причины, а всё же если происходит что-то хорошее, то только случайно, и к тому же быстро проходит. Нереалистичные ожидания грядущих катастроф особенно характерны для нашего нестабильного времени.

Подытоживая, можно отметить, что в рационально-эмоциональной терапии депрессия и невроз рассматриваются как продукт следующих жизненных установок:

* У личности сложилась отрицательная самооценка наряду с убеждением, что нельзя иметь серьёзных недостатков, иначе ты будешь ни на что не годным, неуместным и неадекватным;
* Человек пессимистически смотрит на своё окружение. Он абсолютно убеждён в том, что оно должно быть значительно лучшим, а если не выходит – это совершенно ужасно;
* Будущее воспринимается в мрачном свете, неприятности неизбежны, а невозможность стать более счастливым делает жизнь бессмысленной;
* Низкий уровень самоодобрения и высокая склонность к самоосуждению сочетаются с представлением о том, что личность обязана быть совершенной и должна получать одобрение от других, а иначе она не заслуживает хорошего отношения к себе и должна быть наказана;
* Ожидание неприятностей предполагает их неизбежность и то, что человек как-то обязан справляться с ними, а если этого не происходит, значит он хуже всех.

Достижение психотерапевтической цели происходило постепенно, согласно ступенчатой модели терапии. Последовательность постановки лечебной цели при концепции ступенчатой терапии такова:

* 1. Разгрузка и симптоматические меры с целью уменьшения психической боли (при типичных депрессивных состояниях)
	2. Постепенная активизация, упорядочение дневного режима (при наступлении улучшения или при неглубоких депрессивных состояниях)
	3. Закрепление недепрессивного поведения (когда депрессия отзвучала)
	4. Выработка (с помощью психотерапии) черт в структуре личности, способных противостоять риску депрессии, а также противостоять депрессии в повседневной жизни
	5. Изменение по собственной инициативе факторов окружающей среды, способствующих развитию депрессии (при очевидном биологическом риске: медикаментозная профилактика).

Какие бы препятствия ни затрудняли подход к депрессивному клиенту и как бы разнообразны ни были трудности, окрашенные личностными подходами, все же возможно определить некоторые основы психотерапевтического сопровождения депрессивного клиента. Эти возможные правила следующие:

* Контроль за собственными чувствами в отношении пациента (пустота, раздражение, сочувствие)
* Наблюдение с участием (эмпатия и внутренняя дистанция)
* Предоставить клиенту время; не жалеть своего времени
* Поддерживать структурированное поступательное движение ("определить рамки")
* Активно ставить целенаправленные вопросы
* Успокаивающая уверенность (диагностическая ясность)
* Дать реальную надежду.

Следует строго соблюдать основное правило: дать человеку надежду. Подразумевается не фальшивое утешение и не приукрашивание страдания. Напротив, терапевтическое сопровождение требует признать, что отречение и безнадежность являются неотъемлемыми чертами депрессивного клиента, что пессимистическая оценка будущего, вопреки ожиданиям и ожиданиям других , способна защитить его от перегрузок, создаваемых болезнью. Даже мысли о смерти и представления о самоубийстве порой означают облегчение для депрессивного клиента, по крайней мере до тех пор, пока эти мысли не овладевают им и не захватывают его целиком. Что касается депрессивного отчаяния, то поверхностные, почерпнутые из повседневного словаря утешения (как, например, «все будет хорошо») не достигают цели, воспринимаются больным как требование и углубляют пропасть между ним и сопровождающим его терапевтом.

В коррекционной работе использовался такой метод работы как «сократов спор», основанный на когнитивной терапии А. Бека. «Когда при более легких депрессиях и депрессиях средней тяжести течение мыслей больного принимает плавный характер, но они все еще окрашены отрицательно, помощь ему могут оказать обоснованные возражения его депрессивным представлениям. Американский ученый Аарон Бек разработал на основе первоначально психоаналитических, а позднее - поведенческих терапевтических подходов особую форму терапевтической беседы с депрессивным больным, так называемую «когнитивную терапию». Эта терапия особым образом направлена на отрицательное мировоззрение и связанные с ним искажения реальности у депрессивных больных. Эта терапия, примененная в современных исследованиях (имеется в виду изменение самооценки и уменьшение чувства беспомощности), зарекомендовала себя как равная другим методам. Такая форма ведения беседы представляет собой выраженное противостояние депрессивному больному, так как она не предусматривает более глубокой переработки событий биографии и вследствие руководящей роли терапевта в беседе ее окончания, чему депрессивные больные, сомневающиеся и заторможенные, бывают благодарны. Кроме того, этот терапевтический метод оказывает воздействие на тенденцию многих депрессивных больных к самоконтролю. Переспрашивая в сократовской манере отрицательные суждения больного, врач стимулирует больного к размышлению о необходимости самостоятельного принятия решения по жизненно важным для него проблемам, которые врач предлагает в форме домашнего задания». [12, с. 181]

Бережный, щадящий стиль когнитивной беседы не обесценивает суждений пациента, а принимает их за основу эксперимента с целью построения недепрессивного поведения. Укрепление активной позиции важно для человека и потому, что наличие депрессивных симптомов поначалу вызывает у его близких бережное сочувствие, а в дальнейшем может увеличить риск развития затяжной депрессии. Ведь это сочувствие является единственным выигрышем, на который человек, по его мнению, может рассчитывать.

В дальнейшем, после индивидуальных консультаций с клиентами проводилась групповая психотерапевтическая работа, так называемая групповая кризисная терапия. Групповая кризисная терапия с помощью различных средств и методов решает следующие задачи:

* Стабилизация личности. У людей, переживших критические жизненные события, на какое-то время сильно нарушается психическое равновесие. Эмоциональные проблемы не дают ответить на требования жизненной ситуации сообразно реальности. Для того, чтобы создать предпосылки для преодоления дестабилизирующего события и интерпретировать его, может быть, как задачу развития, в распоряжении кризисной интервенции имеются такие элементы, как: выражение эмпатии, вселяющие уверенность мероприятия, а также формирование новых взглядов.
* Содействие развитию компетентности в зависимости от особенностей пациента и типа событий имеет конкретные цели научения. В случае утраты это может быть способность скорбеть. В нашем случае – способность к выражению эмоций и принятию поддержки со стороны других людей, способность формировать новые удовлетворительные социальные отношения. Эти цели ориентированы на индивида и заключаются в поиске внутренних ресурсов.
* Раскрытие социальных ресурсов и социальная интеграция (если необходимо – в новое окружение). При кризисной терапии на помощь пациенту призывается социальное окружение, они вносят свой вклад в оказание помощи пациенту.

Состав группы 10 человек, разнородных по возрасту, на разных этапах течения заболевания, что снимает представление об уникальности собственных проблем, способствует обмену жизненным опытом и различных способов адаптации.

Частота и продолжительность занятий: 2 раза в неделю, по 1,5-2 часа.

Роль групповой сплоченности в такой группе отличается от ее значения в межличностно-ориентированной группе, где она используется для тренинга эмпатии и возникает в процессе этого тренинга. В кризисной группе сплочение ее участников развивается в ходе взаимной поддержки и используется для разрешения их ситуации. В связи с этим поощряется общение участников группы вне занятий.

«Необходимо отметить сложность работы психотерапевта в такой группе. Выраженная потребность кризисных пациентов в психологической поддержке, суммируясь при объединении их в группу, может приводить к эмоциональной перегрузке психотерапевта. К тому же необходимо фиксировать изменение состояний членов группы, предупреждать распространение агрессивных и аутоагрессивных тенденций.

С целью уменьшения перечисленных трудностей желательно совместное ведение кризисной группы с ко-терапевтом, функции которого заключаются в следующем.

На первом этапе совместно с ведущим психотерапевтом участвует в создании атмосферы безусловного принятия личности и переживаний пациентов.

На втором этапе обеспечивает включение участников группы в дискуссию, контроль за их состоянием и оказание необходимой психологической помощи при ухудшении состояния.

На третьем этапе в процессе ролевых игр выполняет функции ассистента режиссера и комментатора, проигрывает роли пациента или лиц из его ближайшего окружения, а также проводит занятия аутогенной тренировкой, направленные на улучшение эмоционального самоконтроля.» [23, с. 145].

Таблица 3. Этапы групповой кризисной терапии

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Терапевтические факторы | 1-й этап ГКТ:поддержка | 2-й этап ГКТ:вмешательство | 3-й этап ГКТ:тренинг навыков адаптации |
| Цель  | Купирование аффективных нарушений | Поиск оптимального способа разрешения конфликта | Принятие ситуации, разрешение кризиса |
| Задачи  | Эмоциональное включение в группу, ликвидация чувства безнадежности, представления об уникальности и неперено-симости собственных переживаний, повышение самоприятия, мобилиация личностной защиты | Выявление неадаптивных установок, когнитивная перестройка в сфере актуального конфликта | Апробирование и закрепление адаптивных способов решения проблем; сплочение группы |
| Методы  | Раскрытие, отреагирование, разделение эмоций, сочувствие, ободрение, актуализация кризисных факторов, выработка мотивации к кризисному вмешательству | Проблемные дискуссии, направленные на анализ неадаптивных позиций, интерпретация форм психологической защиты, затрудняющих разрешение кризисной ситуации  | Ролевой тренинг, психодрама, поддержка пациентов, находящихся на ранних этапах заболевания, арттерапия |
| Функции ведущего | Создание атмосферы безусловного принятия личности и переживаний членов группы | Фокусирование занятия на проблеме пациента, в отношении которого осуществляется вмешательство. Включение участников в дискуссию, контроль их состояния, оказание необходимой психологической помощи | Моделирование актуальной ситуации пациента, функции сценариста и режиссера ситуационных и ролевых игр. Проигрывание ролей пациента или лиц из его ближайшего окружения |

В фазе окончания тренинга на последнем занятии суммируются терапевтические достижения пациента, подкрепляется его уверенность в возможности реализовать намеченные планы.

Занятия в психотренинговой группе в течение первых трех недель снимает депрессию у 90% слушателей. Многие люди избавляются от мешавших им некоторых форм поведения, недомоганий, приобретают навыки преодоления стрессовых ситуаций и решения жизненных проблем: одни добиваются повышения по службе, другие налаживают отношения в семье, третьи начинают чувствовать себя счастливыми. Во время занятий у людей восстанавливаются потенция, вера в себя, свои способности, силы, возникает желание учиться, заниматься своим интересным делом.

Но самое главное, у тех, кто прошел эти курсы, нарабатываются новые алгоритмы поведения, которые помогают адекватно реагировать на реальную жизнь, снять претензии к другим людям, ощущать радость. И в дальнейшем, занимаясь вновь в психотренинговой группе, они стремятся поддерживать свое оптимальное состояние духа и разума, а это полная победа над депрессией.

Депрессивные пациенты в процессе лечения учатся под руководством терапевта помогать себе и друг другу, конечно же, не только разумом, но и творческим целебным оживлением души, временным (по обстоятельствам) или с постепенным вхождением в целебно-творческий стиль жизни. «Я долго слушаю своего депрессивного товарища, а затем спрашиваю, не может ли он припомнить, что-нибудь светлое. Оказывается, не просто не может, но, по его словам, и вспомнить нечего, поскольку светлого в его жизни просто не было. То же самое я могу сказать и о себе. И если мне напомнить бесспорно светлый эпизод, я отвечу, что это был лишь мираж, а по-настоящему светлого не было». Светлого не было и нет и, тем более, уже не будет – вот характерный, повторяемый на разные лады депрессивный мотив. И дело тут не в более или менее мрачном взгляде на жизнь, а в том, что дискредитируются положительные жизненные идеи, включая идею противодействия болезни, что затрудняет, а то и вовсе останавливает положительное движение». Таковы воспоминания одного из клиентов о своем первом занятии в психотерапевтической группе. К окончанию занятий он же представил вниманию остальных участников группы стихотворение собственного произведения, проникнутое надеждой и верой в будущее.

Как уже упоминалось, помимо психотерапии использовались и другие методы коррекции депрессивного состояния клиентов.

Дыхательно-релаксационный тренинг (ДРТ) сочетает в себе элементы психической и мышечной релаксации с экскурсиями грудной клетки в ритме вдох - выдох. Переход на брюшной тип дыхания вызывает рефлекс Геринга-Брейера, который способствует уменьшению активности ретикулярной формации ствола мозга, снижению психического напряжения, уменьшению гипервентиляционного синдрома и тревоги. Уреженное и углубленное дыхание оптимизирует процессы легочной вентиляции и диффузии, улучшает микроциркуляцию. Частота проведения дыхательно-релаксационного тренинга для данной группы клиентов – 3 раза в неделю.

Также применялось лечение светом - светотерапия (фототерапия). Лечение ярким белым светом основано на воздействии его через сетчатку глаза, гипоталамус, b-адренорецепторы мембраны пинеалоцитов шишковидной железы. Свет способствует снижению мелатонина, увеличению серотонина и дофамина. Ежедневно в утренние часы клиенты принимали сеансы света. Колпак лампы устанавливался под углом 45 градусов по отношению прямой, проведенной мысленно от центра глазного яблока до горизонтальной оси лампы. Пациент находился от лампы на расстоянии 60 см; сеанс длится 60 мин.

Распространенное лечение депрессии посредством депривации сна (лишения сна) также было применено в данном коррекционном курсе. Лечение проводилось тотальной депривацией сна. Клиенты не спали с утра дня, предшествующего бессонной ночи до вечера следующего дня, т.е. лишение сна составило 36 - 38 ч. Затем шли две восстановительные ночи, во время которых клиенты спали естественным сном. Было проведено 2 депривации сном.

**3.2 Контрольный эксперимент**

После проведения коррекционных мероприятий в коррекционной и контрольной группе был проведен контрольный эксперимент – повторное тестирование с помощью шкалы Гамильтона для оценки депрессии с целью выявления уровня выраженности депрессивного состояния.

Повторные измерения проводились независимо от измерений констатирующего эксперимента. Во время проведения повторного исследования терапевт не видел результатов предыдущих измерений, заполняя только чистый бланк шкалы. Терапевт всячески избегал вопросов, связанных с изменением состояния клиента со времени последнего измерения.

По результатам контрольного эксперимента были получены данные, представленные в таблице 4.

**Таблица 4. Результаты контрольного эксперимента в контрольной и коррекционной группах.**

|  |  |
| --- | --- |
| Контрольная группа | Коррекционная группа |
| № испытуемого | Уровень выраженности депрессии | № испытуемого | Уровень выраженности депрессии |
| 1 | 9 | 1 | 6 |
| 2 | 8 | 2 | 4 |
| 3 | 11 | 3 | 6 |
| 4 | 7 | 4 | 5 |
| 5 | 7 | 5 | 4 |
| 6 | 12 | 6 | 7 |
| 7 | 10 | 7 | 9 |
| 8 | 10 | 8 | 9 |
| 9 | 7 | 9 | 8 |
| 10 | 9 | 10 | 8 |
| Средний результат | 9,0 | Средний результат | 6,6 |

По средним показателям групп мы видим, что уровень депрессии у контрольной группы выше, чем у группы коррекционной. Для того, чтобы доказать достоверность этих различий, мы обработали полученные результаты с помощью U критерия Манна-Уитни. Достоверность различий признана на уровне значимости 0,01.

**3.3 Сравнение и математическая обработка результатов эксперимента в контрольной и коррекционной группах**

Полученные данные статистической обработки результатов контрольного эксперимента в контрольной и коррекционной группах представлены в таблице 5.

**Таблица 5. Результаты статистической обработки данных контрольного эксперимента**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Средний ранг контрольной группы | Средний ранг коррекционной группы | U критерий Манна-Уитни | Уровень значимости |
| 13,65 | 7,35 | 18,5 | 0,01 |

Сводные данные по результатам контрольного и констатирующего экспериментов представлены в таблице 6.

**Таблица 6. Сводные данные статистической обработки результатов констатирующего и контрольного экспериментов в контрольной и коррекционной группах**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Контрольная группа | Коррекционная группа | U критерий Манна-Уитни | Уровень значимости |
| Среднее значение | Средний ранг | Среднее значение | Средний ранг |
| Констатирующий эксперимент | 7,8 | 9,1 | 9,4 | 11,9 | 36,0 | 0,288 |
| Контрольный эксперимент | **9,0** | **13,65** | **6,6** | **7,35** | **18,5** | **0,01** |

Различия между результатами, полученными при исследовании испытуемых контрольной и коррекционной групп, являются достоверными на уровне значимости 0,01.

Исходя из этого, мы можем сделать следующие выводы:

* В ходе констатирующего эксперимента было обнаружено, что между испытуемыми контрольной и коррекционной групп нет значимых различий по уровню выраженности депрессии, то есть они обладают приблизительно равными симптомами и степень тяжести депрессивного состояния, которое оценивается как легкое;
* В коррекционной группе после воздействия мероприятий формирующего эксперимента произошло снижение уровня выраженности депрессии по сравнению с констатирующим экспериментом;
* В контрольной группе за тот же временной промежуток уровень выраженности депрессии увеличился (без корректирующего воздействия);
* После формирующего эксперимента у испытуемых коррекционной группы было отмечено изменение в проявлении депрессивных симптомов: нормализация сна, снижение субъективного напряжения и раздражительности, снижение проявлений соматической тревоги, возрастание физической активности и снижение утомляемости, нормализация сексуальной активности.

Таким образом, мы можем констатировать, что выдвинутая нами первоначальная гипотеза о том, что в ходе коррекционной работы депрессивные проявления у бизнесменов снижаются, подтвердилась.

**Заключение**

В ходе изучения теоретических литературных источников мы выяснили, что депрессия - это психическое расстройство: тоскливое, подавленное настроение с сознанием собственной никчемности, пессимизмом, однообразием представлений, снижением побуждений, заторможенностью движений, различными соматическими нарушениями. Депрессии могут быть как явно выраженными, так и атипичными, и замаскированными. Часто встречается простое нарушением настроения с депрессивными чертами.

Депрессию как патологическое состояние следует дифференцировать с временным снижением психофизического тонуса, свойственного и здоровым людям. Патологическое депрессивное состояние может развиться в отсутствие объективных причин упадка настроения. Если причина все же существует (хроническое переутомление, перенесенное горе, длительное психическое возбуждение), то патологическая депрессия продолжается и при устранении этой причины.

Диагностические признаки депрессии таковы: основные - пониженное или печальное настроение, утрата интересов или чувства удовольствия, повышенная утомляемость; дополнительные - снижение способности к концентрации внимания, заниженная самооценка и неуверенность в себе, идеи вины и самоуничижения, мрачное пессимистическое видение будущего, суицидальные мысли или действия, нарушения сна, нарушения аппетита.

Для депрессии деловых людей характерно снижение работоспособности, высокий уровень тревожности, различного рода фобии, снижение сексуальной активности, бессонница, алкоголизм, агрессивность – как способ релаксации, сброса отрицательной энергии, искажение представлений о дружбе, тотальное недоверие, невозможность получать удовольствие от жизни. На типичные для депрессивных состояний симптомы накладываются проблемы и разногласия, касающиеся кризиса середины жизни: переоценка ценностей, поиск смысла собственной жизни, предчувствие приближающейся старости, а, следовательно, снижение физических сил и, возможно, немощь. Все это усугубляет течение депрессии у бизнесменов.

Для диагностики депрессивных состояний помимо индивидуальных бесед с врачом могут быть использованы стандартизированные опросники и шкалы: методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. А. Жмурова, госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии, шкала Цунга для самооценки депрессии, дополнительные шкалы опросника MMPI для оценки депрессии, шкала Гамильтона для оценки депрессии, шкала Монтгомери-Асберга для оценки депрессии, опросник депрессии Бека, шкала тревоги и депрессии Голдберга.

Лечение депрессивных состояний проводится комплексно и зависит от тяжести состояния и уровня выраженности депрессии. Наряду с медикаментозным лечением антидепрессантами используются нелекарственные методы лечения: психотерапия; дыхательно-релаксационный тренинг; светотерапия (фототерапия); депривация сна (лишение сна); электросудорожная терапия.

В своей практической работе мы выдвинули гипотезу о том, что в ходе коррекционной работы депрессивные проявления у бизнесменов снижаются. Для подтверждения гипотезы у коррекционной группы были проведены мероприятия, направленные на снижение уровня выраженности депрессии. По полученным результатам исследования, результатам статистической обработки мы сделали вывод, что гипотеза подтвердилась. Другими словами, в ходе коррекционной работы депрессивные проявления у бизнесменов действительно снижаются.

**Список литературы**

1. Адаме С. Деятельность международного комитета по предупреждению и лечению депрессии / Журн. невр. и психиат. им. Корсакова, вып 4 с.46-50.
2. Андреева А.К. Можно ли остановить депрессию? // Вопр.псих. - № 3. – 2000.
3. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов. – М.: Из-во Московского психолого-социального института; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2002.
4. Бурно М.Е. Депрессия. М., 2000.
5. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике. Киев, 1989.
6. Дмитриева Т. Клиническая психиатрия. М., 1998.
7. Евлогин К. С меня хватит! // Коммерсант. - № 2. – 2003.

### Замураева Е. С кем не бывает. Минск, 2003.

1. Кензин.Д.В. Суицидальное поведение при депрессии в рамках растройств настроения и личностных расстройств// Российский психиатр. Журн., 2001 г, № 2, с. 41-46.
2. Клиническая психология/Под ред. Перре М., Баумана У. – СПб.: Питер, 2002.
3. Краснова В. Психиатрия в общемедицинской практике. М., 1996.
4. Калина Н.Ф. Когнитивная терапия: рассудок, разум, рациональность ”//
 Основы психотерапии. М, 1997.
5. Карнетов Н.А. Депрессивные расстройства - диагностические ‘невидимки’ в психиатрической и обшемедицинской практике // Социал. и клиническ. психиатр. 1999, № 3, с. 85-90.
6. Крайг Г. Психология развития. СПб: Питер, 2000.
7. Льюис Д. Стресс-менеджер. Как сэкономить 00 часов в неделю и уйти от стресса. Д.Льюис;Пер.с англ.А.П.Хомик - М.: АСТ,Рефл-бук
8. Левитов Н.Д. О психических состояниях человека. М., 1964.
9. Нельсон-Джоунс Р. Рационально-эмотивное бихевиористское (поведенческое) консультирование и Когнитивное консультирование // Теория и практика консультирования. СПб, “Питер Пресс”, 2000.
10. Нуллер Ю.Л., И.Н. Михайленко. Аффективные психозы. Л.: медицина, 1988.
11. Происхождение депрессии. Современные концепции и подходы / Под ред. Д. Ангста. Шпрингер, 1983. Резензия// журн. невр. и психиат. им. Корсакова, 1986, № 11.
12. Психические состояния / Под ред. А.А. Крылова. Л., 1980.
13. Пишо П. Эпидемиология депрессии / Журн. невр. и психиат. им. Корсакова, 1990, №6, с. 82-84.
14. Психиатрия / Под редакцией Р. Шейдера. М: Практика, 1998.
15. Старшенбаум Г.В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. – М.: Изд-во Высшей школы психологии, 2003.
16. Соловьева А.Д. Нелекарственные методы лечения депрессии. Минск, 1997.
17. Солсо Р., Джонсон Х., Бил К. Экспериментальная психология. Практический курс. М.: Олма-пресс, 2002.
18. Федоров А.П. Когнитивная психотерапия. СПб, 1991.
19. Хелл Д. Ландшафт депрессии. – М.: Алетейа,1999.
20. Хьелл Л. , Д. Зиглер. Теории личности. СПб, 1999.
21. Шпак А. Все болезни от денег // Анонс. – 06.12.2002 г.
22. Шпак А. Депрессия: мифы и факты // Анонс. – 03.11.2002 г.