Оглавление

Введение

Глава 1. Психолого-педагогические основы проявления депрессивных состояний у подростков и их коррекция

1.1 Депрессия как эмоциональное состояние личности

1.2 Особенности проявления депрессивных состояний у подростков

1.3 Психологические подходы к диагностике и коррекции депрессивных состояний у подростков

1.4 Когнитивные подходы к объяснению и коррекции депрессивных состояний у подростков

1.5 Поведенческий подход к пониманию депрессии

1.6 Психоаналитическая теория депрессии

1.7 Семейная психокоррекция депрессивных состояний

Глава 2. Эмпирическое исследование депрессивных состояний у подростков

2.1 Диагностика депрессивных состояний у подростков

2.2 Использование опросника СПА ("Социально-психологическая адаптированность")

2.3 Программа по коррекционной работе с депрессивными подростками

2.4 Анализ коррекционной работы с депрессивными подростками

Заключение

Библиография

## Введение

Эмоциональная сфера личности всегда являлась предметом пристального внимания психологов. Исследованиями в этой области занимались как отечественные, так и зарубежные ученые (Адлер А., Изард К.Э., Павлов И.П., Сеченов И.М., Селье Г., Фрейд З., Юнг К., и др.). Еще античные философы отметили, что в радости человек совершенно другой, чем в горе, и это касается не только его внешности, поведения, поступков, но и характера влияния на других людей. В ситуации угрозы, опасности, обиды происходят изменения в эмоциональной сфере личности, что является предпосылкой развития стрессовых реакций, следствием которых являются тревожность, невротичность, депрессия.

Современный подросток живет в мире, сложном по своему содержанию и тенденциям развития. Эмоциональное неблагополучие подростка - один из объектов пристального внимания: школьных психологов, педагогов, родителей. Своевременная и качественная диагностика подобного неблагополучия, адекватные коррекционные меры могут уменьшить риск возникновения нежелательных тенденций в развитии личности. Одно из ярких проявлений подобного неблагополучия - депрессивные состояния.

В 60-70 г. г. ХХ столетия подростковая депрессивность упоминалась лишь зарубежными исследователями и только в клиническом смысле (Эйслер, 1958г., Оффер, 1969г., Раттер, 1976г., Ковакс, 1984г). В 90-е г. г. ХХ века и в начале ХХI века произошли серьезные изменения в исследовании депрессии у подростков. В зарубежной и отечественной науке наблюдается значительный рост интереса к этой проблеме со стороны психологии - общей, педагогической, возрастной. Появились фундаментальные теоретические труды, крупномасштабные исследования (Коул, 1991г., Ратерсон и Капалди, 1990г., Ковакс, 1992г., Хейманс, Подольский, 1996г) Депрессивные состояния в подростковом возрасте встречаются относительно редко (5-6%), но эти состояния опасны по своим последствиям; они осложняют процесс взросления и могут приводит подростков к дезадаптации.

Поскольку депрессивные состояния у подростков изучены недостаточно, это существенным образом ограничивает возможности психологов в отношении коррекционной работы. Следовательно, проблема данного исследования состоит в изучении специфики депрессивных состояний у подростков и нахождение оптимальных способов их коррекции.

Все это и обусловило актуальность темы исследования.

При изучении психолого-педагогической литературы нами было выявлено противоречие между необходимостью формирования эмоционально устойчивой личности в подростков возрасте отсутствием психологических подходов к диагностике и коррекции депрессивных состояний у подростков.

Выявленное противоречие позволило обозначить проблему исследования: изучение психологических подходов к диагностике и коррекции депрессивных состояний у подростков.

Данная проблема позволила сформулировать тему исследования: "Коррекция депрессивных состояний у подростков".

Объект исследования: депрессивные состояния у подростков.

Предмет исследования: психологические подходы к диагностике и коррекции депрессивных состояний у подростков.

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

Изучение психолого-педагогической литературы по теме исследования позволило выдвинуть следующую гипотезу: предполагается, что депрессивных состояний у подростков можно избежать, если своевременно применять психологические подходы к диагностике и коррекции депрессивных состояний у подростков.

В соответствии с целью и гипотезой исследования были определены следующие задачи:

1. Рассмотреть понятие "депрессия" в психолого-педагогической литературе.

2. Выявить особенности проявления депрессивных состояний у подростков.

3. Определить психологические подходы к диагностике и коррекции депрессивных состояний у подростков.

4. Экспериментальным путем проверить эффективность психологических подходов к диагностике и коррекции депрессивных состояний у подростков.

Теоретико-методологическая основа исследования: психолого-педагогические исследования формирования личности в трудах Ю.Ф. Антропова, В.В. Бойко, Л.С. Выготский, концептуальные положения коррекции депрессивных состояний С.П. Рубинштейна, Ю.В. Ковалева, О.Н. Золотухиной, Ю.Л. Ханина и других.

Для решения поставленных задач и проверки гипотезы были использованы следующие методы исследования: теоретической анализ психолого-педагогической литературы; изучение опыта работы образовательных учреждений в аспекте рассматриваемой проблемы; психолого-педагогическое наблюдение; методы опроса: беседа, анкетирование: тестирование; экспериментальные методы исследования; математико-статистические методы исследования, позволившие дать количественный и качественный анализ полученных результатов.

Опытно-экспериментальная база исследования: МОУ СОШ №7 города Тюмени. В эксперименте участвовали учащиеся 8 и 9 классов.

Исследование проводилось в три этапа.

Первый этап - постановочный (01.09.09 - 01.10 09) - выбор и осмысление темы. Изучение психолого-педагогической литературы, постановка проблемы, формулировка цели, предмета, объекта, задач исследования, постановка гипотезы.

Второй этап - собственно-исследовательский (02.10 09 - 02.11 09) - разработка комплекса мероприятий и их систематическое проведение, обработка полученных результатов, проверка гипотезы.

Третий этап - интерпретационно-оформительский (03.11 09 - 03.12.09) - проведение контрольного эксперимента, обработка и систематизация материала.

Научная новизна исследования: исследования состоит в том, что депрессивные состояния у подростков впервые рассматривается как самостоятельная исследовательская проблема; экспериментально обоснованы психологические подходы к диагностике и коррекции депрессивных состояний у подростков.

Практическая значимость заключается в том, что выводы и результаты курсовой работы могут быть использованы в учебно-воспитательном процессе общеобразовательных учреждений.

Структура и объем работы: работа состоит из введения, двух глав, заключения, библиографического списка, включающего 39 наименований, приложения (5). Работа включает таблицы (5), иллюстрирована рисункам (3). Общий объем работы 53 страницы компьютерного текста.

## Глава 1. Психолого-педагогические основы проявления депрессивных состояний у подростков и их коррекция

## 1.1 Депрессия как эмоциональное состояние личности

Депрессия - это аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменениями мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения. Субъективно человек испытывает, прежде всего, тяжелые, мучительные эмоции и переживания - подавленность, тоску, отчаяние. Различаются функциональные состояния депрессии возможные у здоровых людей в рамках нормального психического функционирования, и патологическая депрессия, являющаяся одним из основных психиатрических синдромов. Использование в данной работе термина "депрессивное состояние" опирается на психологическую составляющую данного понятия Термин "депрессивное состояние" относится к классу психических состояний, обладая необходимыми для этого психологическими характеристиками (психическое состояние - это понятие, используемое для условного выделения в психике индивида относительно статичного момента) [7, с.156].

Депрессивное состояние включает в себя две составляющие:

1) субъективное переживание отрицательного аффекта;

2) симптомы его выражения в поведении, мимике, жестах, определенных сдвигах во внутренней среде организма. При депрессии как заболевании учитывается и третий компонент - патогенетические механизмы, лежащие в основе заболевания, одно из проявлений которого - эмоциональные нарушения.

Депрессии всегда реализуются в неразрывном единстве психических и соматических изменений, имеющем определенную динамику на разных этапах развития депрессивных состояний. Более того, в ряде случаев сдвиги в соматической сфере организма могут опережать психопатологическую симптоматику или же выступать на первый план в клинической картине депрессии. С точки зрения психологии, соматические изменения и расстройства возникают вследствие психических нарушений, в том числе и вследствие депрессии. Депрессия как функциональное расстройство возникает в результате определенных психических изменений.

По мнению известного психотерапевта Покрасса Михаила Львовича, депрессия - это проявление и необходимый инструмент осознанной или неосознанной перестройки мотивационной системы ценностей - инструмент выбора, механизм самостроительства или саморазрушения. Депрессия возникает всякий раз, когда человек сталкивается с отсутствием условия, без которого для него невозможно удовлетворение его ценностей, сохранение целости "Я" или самой жизни, невозможно осуществление важной для него активности [2, с.86].

Депрессия, по мнению американского психотерапевта Ш. Трикетт, часто является следствием тревоги. В состоянии тревоги действия человека ускоряются, а при депрессии - наоборот, замедляются. Депрессия выступает вынужденным отдыхом организма после тревоги.

Ш. Трикетт подчеркивает, что депрессивное состояние в большей или меньшей степени действует на всего человека, перестраивает всю его структуру - начиная от мыслей, заканчивая его поведением. Хотя эти изменения могут происходить постепенно, депрессивный человек отличается от того, каким он был до начала депрессии. Возможно даже, что он становится собственной противоположностью [36, с.78].

Наиболее очевидный и типичный признак депрессии - тоскливое настроение, а также переживание подавленности, одиночества или апатии. Человек в состоянии депрессии может плакать, даже тогда, когда казалось бы нет очевидного повода или, наоборот, утрачивает способность плакать при подлинно тяжелых событиях. Гнетущее ощущение подавленности, опустошенности, полной безнадежности являются симптомами депрессивных расстройств большинства людей. Мрачное расположение духа - не просто печаль, это мучительная душевная боль. Однако печаль отмечают у себя не все страдающие депрессией. У детей и подростков состояние депрессии проявляется чаще в форме не унылого настроения, а раздражительности. Молодые люди в состоянии депрессии в основном капризны, легко раздражаются и говорят они главным образом о собственном "уродстве", "глупости", о своей "бесполезности". Иные взрослые в состоянии депрессии также бывают совсем не печальны, а брюзгливы, ворчливы и даже гневливы и враждебны. Пожилые же чаще жалуются не на подавленное настроение, а на неприятные физические ощущения и боли.

Курпатов А.В. считает, что в депрессии многие замыкаются в себе, отгораживаются от других. Характерно, что человек в состоянии депрессии имеет весьма негативный взгляд на самого себя. Он убежден в собственной беспомощности и полном одиночестве на белом свете. Обвиняет себя за самые тривиальные погрешности и недостатки. Для депрессивных людей характерен пессимистичный взгляд на себя, мир, собственное будущее. Депрессивный человек теряет интерес к тому, что происходит вокруг, и зачастую не получает удовольствия от тех занятий, которые обычно его радовали. Он часто испытывает трудности в принятии, а также в выполнении уже принятых решений [1, с.286].

По мнению Ковалева Е.В., во время депрессии преобладают устойчиво-негативные, безнадежные мысли о будущем и настоящем. Они могут быть смешаны с раздумьями о смерти и самоубийстве. Человек в депрессии чувствует себя одиноким, неполноценным, безнадежным и бесполезным: он пессимистично настроен по отношению почти ко всему. До 80% всех депрессий протекают с суицидальными тенденциями (мысли о самоубийстве и попытки свести счеты с жизнью) [31, с.104].

Кроме того, по мнению Ш. Трикетт, человек в депрессии может испытывать трудности с сосредоточением, вниманием, памятью и принятием решений. Поэтому у людей старшего возраста потеря ориентации, возникающая вследствие депрессии, может быть ошибочно принята за старческое слабоумие и помешательство. И как самое крайнее проявление, возможна непоследовательность и хаотичность мыслей.

Чрезмерная тревога и ужас перед настоящими событиями также могут сопровождать депрессию: согласно исследованиям, более 60 процентов людей, страдающих депрессией, чувствуют сильную тревогу; у них может нарушиться обычный аппетит и сон. Большинство теряет вес, но некоторые в результате своей болезни начинают есть еще больше, а бывает, то объедаются, то вообще ничего не едят. Сон и усталость также являются основными проблемами. Люди, страдающие депрессией, могут рано просыпаться, иногда не могут заснуть вообще или спят намного больше, чем обычно. Даже если они спят, то сон их, как правило, беспокойный, без сновидений, им трудно заснуть или их мучают кошмары, наполненные образами смерти, разрушения и тьмы. Следовательно, сон мало облегчает их всепоглощающее чувство усталости и у них наступает истощение.

Кроме того, депрессию может сопровождать потеря интереса к сексу. Для некоторых людей, страдающих депрессией, необходимость половой близости переходит в ненасытный голод, который приводит к постоянной тревоге, что их оставят или отвергнут. Отвращение к себе и обесценивание себя, особенно если оно касается чувства неполноценности по поводу своего тела, может стать средоточием депрессии [11, с.114].

Апатичность и неспособность закончить работу, а также трудности, возникающие при чтении и изучении, - все это симптомы депрессии. М. Голант отмечает, что при депрессии "…каждый вздох может сопровождаться глубокими стонами. Некоторые люди постоянно заливаются слезами или просто находятся на грани потери самообладания, плача по каждому малейшему поводу. Одни сутулятся и еле волочат ноги, другие, наоборот, возбуждены и нервозны. Некоторые, страдающие депрессией, способны функционировать, несмотря на свой недуг, тогда как другие не способны даже выполнять простые повседневные дела, например, одеться, приготовить еду или поесть, помыться или пойти на работу". Все эти симптомы взаимодействуют друг с другом и накладываются друг на друга, а не действуют в одиночку. Один симптом может приводить к другому, и в итоге человек начинает "скатываться вниз". Справиться с этим в одиночку сложно, помощь специалиста способна помочь человеку в этой ситуации.

Специалистов интересовали не только проявления депрессии, но и ее причины, среди которых А. Лоуэн выделяет такую как преследование нереальных целей. Основными человеческими потребностями, кроме физиологических, являются любовь, самовыражение и свобода [20, с.95].

Преследуя наши иллюзии, мы ставим перед собой нереальные цели, то есть те цеди, достижение которых, по нашему убеждению, сделает нас свободными, и восстановит наше право на самовыражение. и даст нам способность любить. Причем нереальными являются не сами цели, а вознаграждения, которые должны последовать после их достижения. Среди целей, которые многие преследуют, можно выделить следующие: богатство, успех и слава. Никакое количество денег не может обеспечить внутреннего удовлетворения, которое само по себе делает жизнь радостной и ценной. В большинстве случаев стремление приобрести богатство отклоняет энергию от деятельности более творческой, более самовыразительной и ведет к обнищанию духа.

Депрессия стала таким распространенным явлением в наши дни, потому что мы живем в нереальности, и большая часть энергии уходит на преследование нереальных целей. Человек будет до тех пор подвержен депрессии, пока будет искать источники для самореализации вне себя. Если он будет думать, что, имея все материальные преимущества, которыми обладают его соседи, станет более важным, будет в большей степени человеком, будет жить в мире с собой, то может горько разочароваться. А с разочарованием придет и депрессия.

Людей можно разделить на две категории: сосредоточенных на внешнем мире и его ценностях и живущих своим внутренним миром. В широком смысле внутренне-ориентированный человек обладает сильным и глубоким чувством самости. В отличии от человека внешнего мира его поведение и взгляды мало подвержены влиянию постоянно меняющихся условий внешнего окружения. Его личность имеет внутреннюю стабильность и порядок, находится на твердом фундаменте самоосознания и самопринятия. Он крепко держится на ногах и знает, на чем он стоит. Все эти качества отсутствуют у человека внешне-ориентированного, который в сильной зависимости от окружающих, особенно в своей эмоциональной сфере. Лишенный поддержки других он впадает в депрессию. Еще одним различием между человеком внутреннего и внешнего мира является то, во что они верят. Человек, сосредоточенный на своем внутреннем мире, верит в себя. Человек, сосредоточенный на внешнем мире, верит в других людей, поэтому он всегда рискует столкнуться с разочарованием [23, с.256].

Итак, при депрессии страдают практически все сферы - эмоциональная, интеллектуальная, волевая и обязательно мотивационная, что проявляется как субъективно в жалобах клиента, так и объективно - в изменении поведения. Стойкое снижение настроения при депрессии сочетается с утратой интереса к тому, что раньше воспринималось как привлекательное, приносящее удовлетворение или радость - различные формы досуга, общения, чтение книг, хобби и пр.

Пропадет не только чувство удовлетворения в результате такой деятельности, у страдающего депрессией нет мотивации, не возникает желание приступить к этой деятельности, а интерес к самой деятельности сменяется равнодушием и раздражением, эти нарушения составляют один из главных диагностических признаков депрессии, который обозначается как "утрата интереса и удовольствия".

Таким образом, депрессия - это психическое расстройство, характеризующееся депрессивной триадой: снижением настроения, утратой способности переживать радость (ангедония), нарушениями мышления.

В следующем параграфе мы рассмотрим особенности проявления депрессивных состояний у подростков.

## 1.2 Особенности проявления депрессивных состояний у подростков

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

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

Классический депрессивный синдром характеризуется тоской, выступающей в сочетании с идеаторной и моторной заторможенностью, снижением жизненного тонуса, идеями самоуничижения или самообвинения, а также разнообразными неприятными телесными ощущениями и соматовегетативными расстройствами. Депрессия у детей и подростков распознаются порой с трудом. Это обусловлено, во-первых, тем, что депрессивная симптоматика наслаивается на психологические особенности возраста и, во-вторых, нередко имеет маскированные формы проявления [29, с.107].

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

Ученые обращают внимание на проблему диагностики депрессии у подростков: подходит ли использование критериев, свойственных взрослым, для диагностики депрессии у подростков.

Проблема, с которой сталкиваются при изучении подростковой депрессии, состоит в следующем: подходит ли использование критериев, свойственных взрослым, для диагностики подростков.

Критика применения критериев для взрослых при оценке депрессии у подростков имеет следующее обоснование. Во-первых, мало известно о валидности и надежности применения данных критериев по отношению к подросткам. Во-вторых, эти критерии уделяют мало внимания изменениям детских симптомов в процессе развития индивида [30, с.69].

Не разрешен также вопрос о том, различаются ли специфические подгруппы симптомов депрессии и связанные с ней особенности в зависимости от возрастных групп. Результаты некоторых исследований показали, например, наличие определенных симптомов, тесно связанных с возрастом. Частота проявления ощущения безнадежности, психомоторных реакций и иллюзий с возрастом увеличивается, тогда как низкая самооценка, соматические жалобы и галлюцинации проявляются реже. По контрасту депрессивное настроение, низкая концентрация внимания и суицидальное поведение не имеют значимой связи с возрастом.

Симптомы депрессивных подростков в значительно большей степени, чем у взрослых, зависят от возраста и стадии развития, пола, семейного окружения и когнитивных возможностей. В связи с этим очень важным для диагностики является выделение симптомов, типичных для возраста и стадии развития. В подростковом периоде отчетливее проявляется дисгармоничность, замкнутость, мудрствование и резонерство. Но в то же время, депрессивные симптомы в подростковом возрасте и юности в большинстве случаев сходны с симптомами депрессии у взрослых. Отчаяние и чувство, что в создавшейся ситуации ничего не может измениться, ведут в этот период жизни к повышенному риску суицида.

Исследователи, которые сравнивали депрессию среди подростков и взрослых, пришли к выводу, что, несмотря на небольшие различия в стадиях развития, симптомы остаются теми же. К этим различиям относятся жалобы подростков на повышенную сонливость, временную бессонницу и булимию. Подростки обнаруживают более неустойчивое протекание депрессии, характеризующееся серьезными межличностными проблемами, а также совершают больше суицидальных попыток, чем взрослые в депрессии [20, с.95].

Подростковую депрессию отличает отсутствие равнодушия к радостям жизни, повышенная реакция на внешние ситуации или источники стресса, раздражительность или отсутствие наркотической реакции на трехфазные антидепрессанты.

Большинство ученых, которые занимаются исследованиями в области подростковой депрессии (Подольский А., Идобаева О., Ковач М.) сходятся во мнении, что протекание депрессии у подростков более выражено, определенно, сложно.

Подростки предъявляют жалобы нередко спонтанно на грусть, уныние, чувство скуки, нежелание ничего делать, что с их точки зрения "не совсем правильно". Снижение активности они прямо связывают с понижением настроения, при этом относят к плохому настроению и "никакое настроение". Если до возникновения депрессии подростки хорошо успевали в школе, то они нередко отмечают связь между затруднениями в осмыслении материала и понижением настроения, особенно когда имеются ограничения во времени, подчеркивает ухудшение состояния к вечеру, при подготовке домашних заданий.

Попытки развеять грусть, уныние, избавиться от скуки, заставляя себя делать что-нибудь полезное, чаще терпят неудачу. Сон, как правило, нарушен за счет засыпания и недостаточной глубины, утренние подъемы затруднены, также как и посещение занятий [16, с.86].

Тревожный компонент расстройства не редко определяет активный поиск выхода из депрессивного состояния обычно за счет усиления активности по поиску помощи со стороны и не всегда родителей и родственников. Повышенное самомнение "я сам могу" часто определяет направление деятельности с выходом на сверхценные увлечения или группирования с подростками, отличающимися отклонениями в поведении, поэтому нередки алкогольные эксцессы компании делинквентных подростков.

Усиление тревоги, особенно к вечеру, часто сопровождается появлением страха за будущее, чувства бесперспективности жизни, возникновением суицидальных мыслей с попытками их реализации. Утомляемость подростков заметна особенно во второй половине дня, они часто нуждаются в послеобеденном отдыхе, и, если пользуются им, чувствуют себя значительно лучше. Согласно данным подростковой психиатрии средняя и тяжелая формы депрессии в возрасте от 13-16 лет встречаются довольно редко, но ее симптомы могут представлять угрозу для жизни тех, кто оказался в таком состоянии. Исследование подростковой депрессивности Коннелли в 1993 г. показали, что легкая депрессия встречается в среднем в 90% случаев, а средняя и тяжелая форма депрессии встречается значительно реже, только в 10% случаев [22, с.72].

Различия в симптомах у испытывающих проблемы подростков имеют связь с полом. Среди тех, кто испытывал депрессию, девочек-подростков больше в два раза, чем представителей мужского пола. Подростки-девочки, скорее загоняют свои проблемы внутрь и развивают депрессию. Хотя причины этого полового различия не ясны, психологи полагают, что они могут быть связаны со значительным снижением самоуважения. Это влияние полоролевой социализации, которая сопровождает половое созревание. Давление со стороны сверстников и средств массовой информации побуждает девушек стремиться быть более привлекательными и ценить отношения выше достижений. У девушек депрессия часто сопровождается нарушениями пищевого поведения, такими как анорексия и булимия. Сочетание менее эффективных стилей совпадающего поведения с более сложными проблемами, вызванными этим давлением, может увеличить эту вероятность депрессий у девочек на пути от отрочества к юности и взрослости.

Подростки-мальчики, вероятнее всего, втягиваются в антиобщественные формы поведения, такие как деликвентность или употребление наркотиков. У мальчиков-подростков депрессия нередко сопровождается срывами. Депрессия в подростковом возрасте появляется одновременно с другими расстройствами в ответ на внутреннее и внешнее напряжение.

Подольский А. отмечает, что депрессия и тревожные состояния, депрессия и поведенческие нарушения, включая импульсивное поведение, часто появляются вместе. Значительная доля тех, кто покушается на самоубийство, переживают депрессию, по меньшей мере после своей попытки. Депрессия, мысли о самоубийстве, и употребление наркотиков также связаны между собой. У девушек недовольство своим телом может привести к расстройствам пищевого поведения, а затем и к депрессии. Особую опасность депрессии всегда связывали с нездоровьем, - исходя из предположения, что депрессия делает человека уязвимым к болезни. Депрессия может вызвать и другие проблемы, вследствие ее влияния на межличностные отношения. Вызываемое депрессией обеднение общения может ухудшать отношения "родитель - ребенок" в отрочестве и влиять на романтические отношения [18, с.180].

Депрессия у подростков часто совмещается с булимией и анорексией. Анорексия и истощение настолько часто сопровождают депрессию, что считаются одним из облигатных ее признаков и включаются в качестве критериев диагностики депрессии практически во все известные опросники.

Сами подростки на снижение массы тела и утомляемость внимания не обращают.

Повышение аппетита, или булимия, у подростков также могут сопровождать депрессивные состояния, хотя это наблюдается несколько реже.

Таким образом, депрессивные состояния у подростков накладывают отпечаток на все стороны личности, приводят к отчуждению и одиночеству, что еще более усиливает состояние депрессии. Депрессивные состояния приводят подростка к дезадаптации и своевременная коррекция данного эмоционального неблагополучия позволит бескризисно преодолеть трудности, сопутствующие подростковому возрасту.

О психологических подходах к диагностике и коррекции депрессивных состояний у подростков пойдет речь в следующем параграфе.

## 1.3 Психологические подходы к диагностике и коррекции депрессивных состояний у подростков

Трудности диагностики депрессивных явлений привели к осознанию специалистами необходимости учета психологических аспектов возникновения и развития данных явлений у подростков. На основании имеющихся в литературе данных можно выделить ряд направлений и подходов к исследованию психологического содержания депрессии, механизмов ее возникновения, путей ее коррекции и стабилизации. Это - психоаналитический, когнитивно-поведенческий, поведенческий, а также семейная и групповая психокоррекция. Целью видов помощи, основанных на этих подходах, является снятие психологических симптомов и улучшения состояния пациента. Методы включают психологические вмешательства, целью которых является изменение поведения, мыслей или отношения пациентов, которые, предположительно, являются основными причинами проблем. Краткосрочной целью является облегчение страданий подростка. Долгосрочной целью коррекции является ограничение функционального ухудшения, произошедшего из-за проявления симптомов (например, слабых межличностных отношений, семейного конфликта, отказа ходить в школу), и предотвращение хронического характера и возвратности депрессивных эпизодов [13, с.220].

## 1.4 Когнитивные подходы к объяснению и коррекции депрессивных состояний у подростков

Когнитивная модель депрессии основывается на том положении, что ведущие симптомы депрессии, такие как печаль, слабость или полная утрата мотивации, суицидальные желания, находятся в зависимости от нарушения познавательных процессов. Выделяется комплекс когнитивных нарушений, ставший классическим: негативное видение окружающего мира и жизненных событий, отрицательное представление о себе и негативная оценка будущего, так называемая когнитивная депрессивная триада*.* По данным А. Бек, когнитивные искажения при депрессии оказывают влияние на переработку информации. При этом отмечается, что депрессивные подростки делают необоснованные выводы, игнорируют прошлый опыт, преувеличивая свою вину и преуменьшая свои силы и достижения, что способствует созданию и закреплению негативных образов своего "Я". Основным в когнитивной теории депрессии считается положение о том, что самоотчеты пациентов представляют скорее отражение их негативных установок, чем действительное положение вещей, т.е. реалистичность самокритики депрессивных пациентов, оказывается обманчивой, а проблемы человека в значительной степени проистекают из определенных искаженных представлений о реальности, базирующихся на ошибочных предпосылках [12, с.532].

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

На занятиях психолог помогает подростку выявлять у себя негативные мысли и давать реальную оценку положению вещей, психолог руководит подростком в прокладывании новых путей мышления, в отработке и закреплении новых форм реагирования на факты и события. Такое обучение своего клиента большинство когнитивных психологов и рассматривают как коррекционную программу, на которой психолог и клиент работают вместе - вместе составляют список проблем и задач, вместе стремятся достичь намеченных целей.

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

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

## 1.5 Поведенческий подход к пониманию депрессии

Бихевиористы, обращаясь к проблеме депрессии, больше внимания уделяли терапевтическим процедурам, нежели построению теоретической модели депрессии.

Форстер, рассматривая депрессию на поведенческом уровне, считает, что она характеризуется утратой некоторых навыков адаптивного поведения и замещением их реакциями избегания, такими как жалобы, просьбы, плач и раздражительность. Депрессивный человек пытается устранить неблагоприятную ситуацию при помощи жалоб и просьб [21, с.83].

Задача поведенческой психокоррекции, которую еще называют психологическим усовершенствованием поведения, - помогать клиентам видоизменять те действия и поступки, которые обостряют тяжесть течения депрессивных переживаний. По мнению поведенческих психологов, психотерапевтов, депрессивное состояние возникает тогда, когда от клиента требуется слишком много, а вознаграждение за это - несоразмерно мало. В работе с подростками психолог для подкрепления положительных эмоций будет использовать принцип адекватного вознаграждения. Например, клиент - честолюбивый ученик, но в учебе идет позади тех, кто способнее его, и это служит основой его переживаний, приводящих к депрессии. Задача поведенческого психолога - научить его держаться уверенно и быть довольным своими результатами.

При некоторых методах психокоррекционной работы психолог на занятиях с клиентом в основном слушает, а не говорит. В отличие от этого, поведенческий психолог выполняет более активную роль. Он строит для клиента индивидуальный коррекционный план и работает по нему с учетом конкретного депрессивного состояния и того, чем оно вызвано.

## 1.6 Психоаналитическая теория депрессии

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

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

Чтобы извлечь на свет подавленные конфликты подростка, психоаналитик может воспользоваться одним из методов психоанализа: свободные ассоциации, перенос, анализ сновидений и т.д. [26, с.286].

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

Межличностный подход к психотерапии и психокоррекции депрессивных состояний.

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

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

## 1.7 Семейная психокоррекция депрессивных состояний

Задача семейной психокоррекции - ознакомить членов семьи подростка с его проблемой и показать им, как они могут помочь. Семья служит мощным источником сил для подростка с депрессивным расстройством. Разногласия членов семьи, сложности в родственных отношениях или в общении приводят к появлению определенного типа пациентов, у которых семейные проблемы выливаются в депрессию. Таким образом, терапевт рассматривает подростковую депрессию, обращаясь к патологии в семейной системе. Семейная коррекция обычно является кратким, ориентированным на действия подходом, цель которого состоит в снятии симптомов через изменение поведения членов семьи.

Групповая психокоррекция депрессивных состояний.

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

Цели групповой психокоррекции могут включать [30, с.69]:

предоставление человеку возможности осознать, что его потребности похожи на потребности других людей,

выработку альтернативных решений определенных конфликтов,

обучение более эффективным социальным навыкам,

повышение осведомленности о потребностях и чувствах других людей.

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

Таким образом, рассмотрев психолого-педагогические основы проявления депрессивных состояний у подростков и их коррекцию, мы пришли к выводам:

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

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

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

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

Депрессия обнаруживается чаще у девочек-подростков, чем у мальчиков.

3. Среди подходов к коррекции депрессии выделяют следующие: психоаналитический, когнитивно-поведенческий, поведенческий, а также семейная и групповая психокоррекция. Наиболее эффективным, с нашей точки зрения, является комплексный подход, который и будет использоваться в практической работе, описание которой будет представлено далее.

## Глава 2. Эмпирическое исследование депрессивных состояний у подростков

## 2.1 Диагностика депрессивных состояний у подростков

Исследование наличия депрессивных состояний у подростков проводилось в МОУ СОШ №7 города Тюмени. Испытуемыми были учащиеся 8-9 классов, в количестве 62 человек, в возрасте 13-15 лет.

Этапы исследования:

1. Изучение депрессивных состояний у подростков с применением опросников CDI и СПА.

2. Проведение индивидуальной стандартизированной беседы среди подростков с высокими показателями депрессии и дезадаптации.

3. Применение теста Люшера, с целью уточнения психологического диагноза.

Опросник *CDI (*"Описание детской депрессии") в изучении депрессивных состояний у подростков.

Данная методика была выбрана, поскольку позволяет выявить состояние депрессии у подростков.

Цель: выявить депрессию у подростков и детей в возрасте от 13 до 15 лет.

Данный опросник специально разработан М. Ковач для диагностики депрессии у детей и подростков. Охватывает основные характеристики депрессии и учитывает психологические особенности данной возрастной группы. Опросник CDI предназначен для самостоятельного заполнения подростками и детьми, его использование не требует медицинской квалификации, т.к выявляет функциональное состояние депрессии у здоровых людей в рамках нормального психического функционирования.

Данный опросник состоит из 27 триад высказываний. Испытуемому предлагается выбрать одно высказывание в каждой группе, в зависимости от того, как он себя чувствует себя в последнее время. Бланк опросника представлен в Приложении 1.

При обработке данных по каждому пункту в зависимости от пометки, сделанной испытуемым, выставляется балл от 0 до 2.

Ключ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | выбор | балл |
| 1,3,4,6,9,12,14,17, 19, 20,22,23,26,27 | 1 | 0 |
| 2 | 1 |
| 3 | 2 |
| 2,5,7,8,10,11,13,15,16,18,21,24,25 | 1 | 2 |
| 2 | 1 |
| 3 | 0 |

Интерпретация:

0-10 - состояние без депрессии;

11-16 - легкое снижение настроения;

17-19 - субдепрессия, или маскированная депрессия;

20 - критическое число, рассматривается в качестве показателя для углубленного изучения ребенка или подростка на предмет идентификации депрессивного заболевания.

В таблице №1 представлены результаты по методике CDI М. Ковач. Данные свидетельствуют о том, что депрессивное состояние присутствует у трех испытуемых, что соответствует пяти процентам от общей группы испытуемых. Это подтверждает данные ученых о том, что в подростковом возрасте встречаемость депрессивных состояний составляет пять-семь процентов.

На диаграмме № 1 в процентном соотношении представлены результаты данного диагностического исследования. Это свидетельствует о том, что почти половине подростков не свойственно состояние депрессии, она выражена лишь у 5% испытуемых, но при этом 15% маскируют свое истинное состояние или не желают признавать у себя его наличие. Легкое снижение настроения у трети подростков свидетельствует о начинающемся неблагополучии.

Таким образом, неблагополучие эмоциональной сферы, маскированная депрессия и наличие депрессии у некоторых подростков, что в совокупности составляет более 50% испытуемых, требует со стороны психолога пристального внимания.

Поэтому автором исследования была предпринята попытка разработки и проведения программы коррекции депрессивных состояний у подростков.

Таблица 1. Данные по опроснику CDI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ъ | № | возраст | пол | CDI | № | № | возраст | пол | CDI |
|  |  |  |  | балл |  |  |  |  | балл |
| 1 | Н.С.  | 14 | М | 18 | 32 | И.Н.  | 14 | Ж | 18 |
| 2 | Ж.Д.  | 14 | М | 14 | 33 | Х.Л.  | 13 | Ж | 14 |
| 3 | А.Д.  | 14 | М | 10 | 34 | А.С.  | 14 | М | 10 |
| 4 | А.Н.  | 14 | М | 10 | 35 | А.М.  | 14 | Ж | 16 |
| 5 | А.Я.  | 14 | Ж | 9 | 36 | В.С.  | 13 | Ж | 18 |
| 6 | Х.Д.  | 13 | М | 18 | 37 | Г.С.  | 14 | М | 11 |
| 7 | М.Н.  | 14 | Ж | 10 | 38 | П.А.  | 14 | М | 10 |
| 8 | З.С.  | 13 | М | 14 | 39 | Т.К.  | 15 | Ж | 13 |
| 9 | К.Р.  | 14 | М | 19 | 40 | Я.М.  | 13 | М | 9 |
| 10 | А.К.  | 13 | М | 15 | 41 | С.О.  | 13 | Ж | 4 |
| 11 | Б.Я.  | 13 | Ж | 19 | 42 | Т.И.  | 14 | М | 17 |
| 12 | О.М.  | 14 | Ж | 12 | 43 | К.С.  | 14 | Ж | 15 |
| 13 | А.К.  | 13 | Ж | 13 | 44 | Т.А.  | 14 | Ж | 14 |
| 14 | М.Е.  | 14 | Ж | 13 | 45 | А.Д.  | 14 | Ж | 3 |
| 15 | С.А.  | 13 | Ж | 4 | 46 | Д.А.  | 15 | М | 2 |
| 16 | Б.А.  | 14 | Ж | 4 | 47 | О.С.  | 14 | Ж | 21 |
| 17 | С.Ю.  | 13 | Ж | 10 | 48 | Р.Л.  | 14 | Ж | 10 |
| 18 | Б.А.  | 15 | Ж | 21 | 49 | Б.И.  | 13 | М | 10 |
| 19 | Р.С.  | 14 | Ж | 11 | 50 | О.К.  | 13 | Ж | 9 |
| 20 | М.Д.  | 14 | Ж | 14 | 51 | И. К | 14 | Ж | 8 |
| 21 | К.М.  | 14 | М | 15 | 52 | С.О.  | 13 | Ж | 4 |
| 22 | С.А.  | 15 | М | 17 | 53 | М.К.  | 15 | Ж | 10 |
| 23 | К.М.  | 14 | Ж | 11 | 54 | С.А.  | 14 | М | 11 |
| 24 | С.К.  | 14 | Ж | 19 | 55 | Л. А | 13 | М | 6 |
| 25 | М.С.  | 14 | М | 10 | 56 | Ю.Н.  | 13 | Ж | 7 |
| 26 | С.К.  | 13 | Ж | 12 | 57 | А. Л | 14 | М | 12 |
| 27 | Г.М.  | 14 | М | 4 | 58 | А.Р.  | 14 | Ж | 4 |
| 28 | С.И.  | 14 | М | 6 | 59 | О.Х.  | 14 | Ж | 9 |
| 29 | Г.А.  | 13 | Ж | 8 | 60 | М.Л.  | 15 | Ж | 10 |
| 30 | И.А.  | 14 | М | 10 | 61 | К.Л.  | 14 | М | 11 |
| 31 | Я.Ю.  | 14 | Ж | 21 | 62 | А.А.  | 14 | Ж | 6 |

Для наглядности представим данные опросника на рисунке 1.

Рис.1 Данные опросника CDI

## 2.2 Использование опросника СПА ("Социально-психологическая адаптированность")

В данном психологическом исследовании был использован опросник СПА (К. Роджерс и Р. Даимонд, 1954г., адаптирован Осницким А.К., 1998г), в целях подтверждения гипотезы о том, что испытуемым, показавшим высокий балл по опроснику CDI свойственен низкий уровень адаптивности Бланк опросника представлен в Приложении 2.

Цель: выявить уровень адаптированности\ дезадаптированности в системе межличностных отношений и в качестве оснований для дезадаптации предполагается ряд разнообразных обстоятельств: низкий уровень самоприятия, низкий уровень приятия других, эмоциональный дискомфорт. Опросник состоит из 101 утверждения, в которых содержатся высказывания о человеке, о его образе жизни: переживаниях, мыслях привычках, стиле поведения. Испытуемый должен соотнести каждое утверждение со своими привычками, со своим образом жизни и оценить его по 7-балльной шкале:

0 - это ко мне совершенно не относится;

1 - это на меня похоже;

2 - сомневаюсь, что это можно отнести ко мне;

3 - не решаюсь отнести это к себе;

4 - это на меня похоже, но нет уверенности;

5 - это на меня похоже;

6 - это точно про меня.

Данный опросник состоит из 8 шкал, семь из которых включают по 2 подшкалы.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №  | № | Показатели | Номера высказываний | нормы |
| 1 | а | Адаптивность  | 4,5,9,12,15, 19,22,23,26,27,29,33, |  68 - 170 |
| 35,37,41,44,47,51,53,55,61,63,67, |
| 72,74,75,78,80,88,91,94,96,97,98 |
| б | Дезадаптивность | 2,6,7,13,16,18,25,28,32,36,38,40, | 68 - 170 |
| 42,43,49,50,54,56,59,60,62,64,69, |
| 71,73,76,77,83,84,86,90,95,99,100 |
| 2 | а | Лживость | 34,45,48,81,89, | 18 - 45 |
| б |   | 8,82,92,101 |
| 3 | а | Приятие себя | 33,35,55,67,72,74,75,80,88,94,96 | 22 - 52 |
| б | Неприятие себя | 7,59,62,65.90,95,99 | 14 - 35 |
| 4 | а | Приятие других | 9,14,22,26,53,97 |   |
| б | Неприятие других | 2,10,21,28,40,60,76 | 14-35 |
| 5 | а | Эмоциональный | 23,29,30,41,44,47,78 | 14 - 35 |
| комфорт |
| б | Эмоциональный | 6,42,43,49,50,83,85 | 14 - 35 |
| дискомфорт |
| 6 | а | Внутренний  | 4,5,11,12,13, 19,27,37,51,63,68,79 | 26 - 65 |
| контроль | 91,98 |
| б | Внешний | 25,36,52,57,70,71,73,77 | 18 - 45 |
| контроль |
| 7 | а | Доминирование | 58,61,66 |   |
| б | Ведомость | 16,32,38,69,84,87 |   |
| 8 |   | Эскапизм | 17,18,54,64,86 |   |

Показатели и ключи к интерпретации*.*

Зона неопределенности в интерпретации результатов по каждой шкале для подростков приводится в графе норма. Результаты "до" зоны неопределенности интерпретируются как чрезвычайно низкие, а "после" самого высокого показателя в зоне неопределенности - как высокие.

В таблице № 2 отражены результаты опросника СПА, которые свидетельствуют о том, что испытуемые, имеющие балл по опроснику CDI от 17 до 21, имеют низкий уровень адаптивности, т.к средний балл адаптивности по данным 12 испытуемым составляет 41, а по всей группе испытуемых - 62.

В соответствии, с чем можно сделать вывод о том, что уровень депрессии обратно пропорционален уровню адаптивности.

Таблица 2. Результаты опросника СПА ("Социально-психологическая адаптивность")

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.  | В.  | Шкала I | Шкала II | Шкала III | Шкала IV | Шкала V | Шкала VI |
|   |   |   | А | Б | А | Б | А | Б | А | Б | А | Б | А | Б |
| 1 | Н.С.  | 14 | 90 | 119 | 17 | 26 | 18 | 24 | 21 | 35 | 26 | 40 | 18 | 24 |
| 2 | Ж.Д.  | 14 | 110 | 69 | 20 | 7 | 19 | 5 | 26 | 15 | 28 | 19 | 35 | 28 |
| 3 | А.Д.  | 14 | 115 | 50 | 26 | 4 | 16 | 11 | 31 | 14 | 30 | 12 | 31 | 17 |
| 4 | А.Н.  | 14 | 109 | 44 | 27 | 4 | 20 | 6 | 25 | 6 | 37 | 7 | 34 | 19 |
| 5 | А.Я.  | 14 | 120 | 52 | 30 | 7 | 25 | 5 | 24 | 9 | 31 | 17 | 34 | 16 |
| 6 | Х.Д.  | 13 | 62 | 145 | 19 | 30 | 10 | 35 | 16 | 37 | 19 | 33 | 12 | 29 |
| 7 | М.Н.  | 14 | 124 | 51 | 19 | 7 | 21 | 13 | 22 | 8 | 28 | 14 | 37 | 17 |
| 8 | З.С.  | 13 | 121 | 40 | 21 | 7 | 22 | 3 | 25 | 6 | 27 | 13 | 34 | 18 |
| 9 | К.Р.  | 14 | 96 | 125 | 19 | 1 | 10 | 10 | 26 | 4 | 24 | 12 | 33 | 12 |
| 10 | А.К.  | 13 | 110 | 90 | 19 | 21 | 21 | 12 | 29 | 13 | 27 | 23 | 29 | 24 |
| 11 | Б.Я.  | 13 | 100 | 130 | 20 | 32 | 15 | 29 | 18 | 30 | 11 | 32 | 11 | 29 |
| 12 | О.М.  | 14 | 132 | 147 | 16 | 10 | 24 | 9 | 26 | 5 | 28 | 4 | 21 | 14 |
| 13 | А.К.  | 13 | 130 | 82 | 21 | 11 | 26 | 18 | 34 | 19 | 29 | 15 | 28 | 18 |
| 14 | М.Е.  | 14 | 121 | 89 | 27 | 13 | 27 | 18 | 31 | 8 | 35 | 30 | 31 | 22 |
| 15 | С.А.  | 13 | 129 | 7 | 24 | 16 | 22 | 2 | 28 | 0 | 21 | 1 | 24 | 6 |
| 16 | Б.А.  | 14 | 119 | 30 | 30 | 1 | 16 | 8 | 24 | 0 | 29 | 10 | 31 | 11 |
| 17 | С.Ю.  | 13 | 105 | 38 | 36 | 3 | 24 | 9 | 26 | 2 | 27 | 17 | 35 | 16 |
| 18 | Б.А.  | 15 | 81 | 150 | 21 | 40 | 21 | 34 | 14 | 38 | 16 | 43 | 25 | 24 |
| 19 | Р.С.  | 14 | 100 | 50 | 41 | 6 | 27 | 10 | 25 | 11 | 27 | 9 | 26 | 13 |
| 20 | М.Д.  | 14 | 118 | 87 | 18 | 17 | 26 | 24 | 31 | 17 | 37 | 20 | 17 | 9 |
| 21 | К.М.  | 14 | 124 | 92 | 19 | 20 | 18 | 12 | 34 | 17 | 35 | 17 | 8 | 18 |
| 22 | С.А.  | 15 | 92 | 110 | 20 | 15 | 19 | 28 | 21 | 23 | 12 | 23 | 19 | 24 |
| 23 | К.М.  | 14 | 115 | 49 | 16 | 25 | 24 | 12 | 26 | 12 | 17 | 14 | 28 | 16 |
| 24 | С.К.  | 14 | 90 | 129 | 18 | 7 | 14 | 19 | 13 | 29 | 9 | 29 | 24 | 24 |
| 25 | М.С.  | 14 | 128 | 51 | 18 | 17 | 24 | 10 | 36 | 20 | 19 | 16 | 27 | 17 |
| 26 | С.К.  | 13 | 135 | 43 | 27 | 18 | 26 | 12 | 24 | 16 | 28 | 14 | 26 | 6 |
| 27 | Г.М.  | 14 | 131 | 30 | 31 | 6 | 28 | 5 | 29 | 10 | 25 | 10 | 28 | 12 |
| 28 | С.И.  | 14 | 134 | 40 | 32 | 7 | 30 | 7 | 38 | 7 | 16 | 9 | 30 | 4 |
| 29 | Г.А.  | 13 | 134 | 38 | 24 | 18 | 34 | 9 | 32 | 3 | 27 | 4 | 31 | 6 |
| 30 | И.А.  | 14 | 144 | 53 | 25 | 20 | 26 | 15 | 30 | 11 | 30 | 11 | 30 | 11 |
| 31 | Я.Ю.  | 14 | 91 | 148 | 26 | 37 | 13 | 37 | 20 | 35 | 16 | 40 | 11 | 35 |
| 32 | И.Н.  | 14 | 86 | 130 | 20 | 28 | 16 | 30 | 27 | 22 | 19 | 34 | 14 | 30 |
| 33 | Х.Л.  | 13 | 116 | 40 | 20 | 23 | 30 | 19 | 29 | 15 | 25 | 16 | 18 | 18 |
| 34 | А.С.  | 14 | 100 | 115 | 21 | 4 | 29 | 10 | 25 | 5 | 24 | 20 | 17 | 18 |
| 35 | А.М.  | 14 | 81 | 125 | 15 | 20 | 26 | 16 | 30 | 15 | 32 | 19 | 25 | 20 |
| 36 | В.С.  | 13 | 114 | 100 | 11 | 26 | 13 | 25 | 20 | 30 | 10 | 21 | 24 | 24 |
| 37 | Г.С.  | 14 | 120 | 80 | 19 | 15 | 33 | 4 | 26 | 14 | 20 | 14 | 28 | 19 |
| 38 | П.А.  | 14 | 145 | 65 | 28 | 8 | 31 | 6 | 33 | 6 | 27 | 7 | 30 | 13 |
| 39 | Т.К.  | 15 | 139 | 49 | 28 | 17 | 26 | 18 | 29 | 9 | 28 | 17 | 31 | 7 |
| 40 | Я.М.  | 13 | 119 | 65 | 31 | 7 | 27 | 9 | 27 | 3 | 28 | 14 | 32 | 16 |
| 41 | С.О.  | 13 | 139 | 49 | 15 | 1 | 28 | 14 | 28 | 15 | 31 | 16 | 31 | 18 |
| 42 | Т.И.  | 14 | 61 | 70 | 14 | 21 | 9 | 10 | 25 | 17 | 20 | 18 | 30 | 14 |
| 43 | К.С.  | 14 | 122 | 97 | 19 | 11 | 20 | 6 | 26 | 16 | 21 | 16 | 38 | 16 |
| 44 | Т.А.  | 14 | 119 | 100 | 23 | 13 | 36 | 25 | 26 | 14 | 28 | 14 | 34 | 18 |
| 45 | А.Д.  | 14 | 126 | 93 | 35 | 4 | 34 | 21 | 28 | 6 | 30 | 9 | 32 | 7 |
| 46 | Д.А.  | 15 | 131 | 69 | 34 | 4 | 16 | 1 | 29 | 4 | 19 | 10 | 32 | 10 |
| 47 | О.С.  | 14 | 101 | 130 | 8 | 42 | 18 | 35 | 17 | 29 | 10 | 12 | 20 | 26 |
| 48 | Р.Л.  | 14 | 126 | 40 | 40 | 25 | 30 | 30 | 14 | 21 | 26 | 20 | 11 | 29 |
| 49 | Б.И.  | 13 | 115 | 48 | 28 | 17 | 19 | 4 | 28 | 16 | 28 | 18 | 19 | 18 |
| 50 | О.К.  | 13 | 121 | 87 | 15 | 8 | 24 | 2 | 29 | 17 | 24 | 14 | 16 | 15 |
| 51 | И. К | 14 | 124 | 92 | 28 | 14 | 26 | 16 | 28 | 11 | 28 | 11 | 21 | 20 |
| 52 | С.О.  | 13 | 121 | 100 | 24 | 15 | 30 | 9 | 31 | 16 | 29 | 12 | 28 | 11 |
| 53 | М.К.  | 15 | 139 | 40 | 26 | 7 | 21 | 10 | 18 | 11 | 19 | 8 | 29 | 15 |
| 54 | С.А.  | 14 | 124 | 87 | 21 | 11 | 26 | 16 | 25 | 9 | 32 | 18 | 30 | 14 |
| 55 | Л. А | 13 | 128 | 80 | 35 | 4 | 27 | 17 | 26 | 3 | 33 | 20 | 31 | 16 |
| 56 | Ю.Н.  | 13 | 130 | 48 | 23 | 11 | 21 | 9 | 29 | 7 | 30 | 12 | 35 | 17 |
| 57 | А. Л | 14 | 135 | 43 | 34 | 13 | 35 | 11 | 31 | 15 | 28 | 12 | 24 | 18 |
| 58 | А.Р.  | 14 | 127 | 98 | 42 | 16 | 14 | 3 | 34 | 17 | 24 | 11 | 24 | 18 |
| 59 | О.Х.  | 14 | 119 | 65 | 32 | 18 | 28 | 6 | 31 | 11 | 25 | 15 | 27 | 11 |
| 60 | М.Л.  | 15 | 115 | 110 | 21 | 17 | 28 | 11 | 25 | 6 | 26 | 10 | 22 | 9 |
| 61 | К.Л.  | 14 | 120 | 80 | 23 | 8 | 31 | 19 | 28 | 10 | 28 | 9 | 20 | 10 |
| 62 | А.А.  | 14 | 126 | 86 | 24 | 7 | 35 | 17 | 29 | 12 | 27 | 13 | 21 | 9 |

Для подтверждения данной зависимости, была проведена ранговая корреляция, с применением коэффициента ранговой корреляции по Спирмену. В приложении 3 приведена таблица, которая была использована при данной статистической проверке данных. Гипотеза о том, что между двумя наборами данных присутствует статистически достоверная зависимость, подтвердилась, т.к коэффициент корреляции отличен от нуля, и составляет - 0,532. Минус перед коэффициентом означает, что между двумя наборами данных существует обратная зависимость: при увеличении одного, повышается, соответственно, второй.

Вычисления производились по следующей формуле:

rsэмп = 1 - 6∑ (d2) /N (N2-1),

где d - разность между рангами двух наборов данных, N - количество испытуемых.

rsэмп = 1 - 6\*60847/238266=-0,532

Так как остальные шкалы опросника СПА: самоприятие, приятие других, доминирование, эмоциональный комфорт, внутренний контроль выделены на основе факторного анализа, то проведение корреляционного анализа на выявление зависимости между CDI и данными шкалами, не столь важно.

Но из таблицы 2 видно, что у испытуемых с низким показателем адаптивности (12 чел) присутствует тенденция к низкому уровню самоприятия, приятия других; им свойственна ведомость, внешний контроль. Это свидетельствует о дезадаптации, возможно в результате депрессии.

Таким образом, это явление требует пристального внимания психолога, а также будет учтено при разработке программы коррекции депрессивных состояний у подростков.

Применение стандартизированной беседы и теста Люшера для подтверждения состояния депрессии у подростков.

Цели:

Получить дополнительные данные о психо-эмоциональном состоянии подростков.

Подтвердить результаты диагностического исследования.

Убедить подростков в необходимости групповой коррекции данного эмоционального состояния.

Она направлена на выявление у подростков депрессивного настроения, равнодушия к радостям жизни, переживанию горя, отсутствия реакции, бессонницы или гиперсомнии, деперсонализации, чувства чрезмерной вины.

На беседу были приглашены 12 подростков, показавших высокие баллы по депрессии (17-21).

Для проведения беседы была разработана анкета с бланком фиксации полученных результатов, который находится в Приложении 4.

Анализ беседы с двенадцатью подростками представлен ниже, где видно, что 50% испытуемых имеют депрессию, а остальные имеют тенденцию к ее обнаружению.

1. Часто ли ты испытываешь грусть? Часто - 6 испытуемых, редко - 6, никогда - 0.

2. Часто ли тебе хочется плакать? Часто - 5, редко - 6, никогда - 1.

3. Чувствуешь ли ты себя несчастным? Да - 12, нет - 0.

4. Как долго это длится? Недавно - 7, давно - 5.

5. Чувствуешь ли ты себя, что просто не можешь так веселиться, как обычно? Часто? Часто - 5, редко - 4, никогда - 3.

6. Возможно, недавно ушел из жизни или уехал кто-то, кто был очень близок тебе? Да - 2, нет - 10.

7. Если тебе грустно, и вдруг происходит что-то хорошее, тебе становиться лучше? Часто - 1, редко - 9, никогда - 1.

8. Трудно ли тебе засыпать? Да - 5, нет - 7.

9. Ты спишь больше, чем обычно? Да - 7, нет - 5.

10. Чувствуешь ли ты иногда, словно находишься вне самого себя, наблюдаешь за тем, как ты что-то делаешь или говоришь, но не являешься частью этого? Часто? Часто - 8, редко - 3, никогда - 1.

11. Часто ли ты чувствуешь вину? Часто - 7, редко - 4, никогда - 1.

12. Часто ли ты думаешь о том, что тебе следует быть наказанным? Часто - 4, редко - 5, никогда - 3.

Восьмицветовой тест Люшера.

Цель: выявление эмоционально-характерологического базиса личности и тонких нюансов ее актуального состояния.

Тест Люшера относится к категории проективных методов и основан на предположении о том, что предпочтения одних цветов другим связаны с устойчивыми личностными характеристиками испытуемого и особенностями его переживания актуальной ситуации. Основные преимущества данной методики: быстрота тестирования, простота поставленной перед испытуемым задачи, полная закрытость от испытуемого психологического содержания, фиксируемого методикой, возможность многократного повторного тестирования того же испытуемого, результат не зависит от точности самооценки испытуемого и его способности к вербализации своих состояний.

Цветовой набор теста состоит из четырех основных и четырех дополнительных цветов. Каждый цвет имеет свой порядковый номер.

Основные цвета и их символические значения:

№1 - синий цвет. Символизирует спокойствие, удовольствие, нежность и привязанность.

№2 - зеленый цвет. Символизирует настойчивость, самоуверенность, упрямство, самоуважение.

№3 - красный цвет. Символизирует силу воли, активность, агрессивность, наступательность, властность, сексуальность.

№4 - желтый цвет. Символизирует активность, стремление к общению, Любознательность, оригинальность, веселость, честолюбие.

Дополнительные цвета и их символические значения.

№5 - фиолетовый, №6 - коричневый, №7 - черный, №0 - серый. Эти цвета символизируют негативные тенденции: тревожность, стресс, страх, огорчение.

Процедура обследования.

Перемешайте цветные карточки и разложите окрашенной стороной вверх.

Инструкция: " Из предложенных цветов выберите тот, который Вам больше всего нравится. При этом ориентируйтесь на цвет как таковой, постарайтесь не связывать его с какими-либо вещами - цветом машины, одежды, которая вам к лицу, косметики и прочим..."

Обработка данных.

В результате тестирования выделяем следующие позиции: оба самых симпатичных цвета получают "+", вторая пара - приятные цвета - "\*", третья пара - безразличные цвета - "=", последняя пара - несимпатичные цвета - "-".

Результаты и интерпретации смотрятся по таблицам по каждой паре цветов.

Таблица 3. Интерпретация результатов:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилии | Пол | Возраст |   |
| 1 | С.Н.  | М | 14 | 70365124 |
| 2 | Р.К.  | М | 14 | 6753241 |
| 3 | Я.Б.  | Ж | 13 | 76031524 |
| 4 | А.Б.  | Ж | 15 | 73516204 |
| 5 | А.С.  | М | 15 | 67035124 |
| 6 | К.С.  | Ж | 14 | 75063142 |
| 7 | С.Я.  | Ж | 14 | 50731264 |
| 8 | Н.И.  | Ж | 13 | 57136042 |
| 9 | С.В.  | Ж | 13 | 10267543 |
| 10 | И.Т.  | М | 14 | 67051423 |
| 11 | С.О.  | Ж | 14 | 7615432 |
| 12 | Д.Х.  | М | 13 | 67104253 |

В таблице 3 представлены результаты теста Люшера, из которых видно, что все подростки находятся в негативном эмоциональном состоянии, и испытывают стремление к его ликвидации., т.к считается, что при нормальном психофизиологическом состоянии испытуемого основные цвета должны находиться на первых пяти местах, а дополнительные - на последних. Также считается, что присутствие серого, коричневого или черного в начале цветового ряда означает негативное отношение к жизни.

Большинство испытуемых стремиться либо к уединению, либо к спокойствию и разрешению всех проблем. Нуждаются в одобрении, признании и помощи со стороны окружающих. Результаты теста позволяют принять решение о целях и задачах последующей коррекционной работы.

Далее представлены результаты по первому и последнему цвету по всем испытуемым.

+7-4 (С. Н.; Я. Б.; А. Б) - разочарование и боязнь, что определять какие-либо новые цели не имеет смысла, вызвали тревогу, ощущение пустоты и презрения к самому себе.

+0-1 (Р. К) - тревога и беспокойное недовольство вызвали напряжение и стресс.

+6-4 (А. С) - разочарование и страх, что определять новые цели нет смысла, вызывают тревогу. Переживает от недостатка близких и сочувственных отношений, от недопонимания. Пытается найти спасение в стабильной обстановке.

+7-2 (К. С) - напряжение, вызванное обстоятельствами, которые выше его возможностей и сил, породило ощущение неполноценности.

+5-4 (С. Я) - упадок жизненных сил сделал непереносимым дальнейший подъем активности. Хочет спастись бегством в иллюзорный мир.

+5-2 (Н. И) - сильный стресс вызывают недовольство сложившимися обстоятельствами и эмоц. неудовлетворенность.

+1-3 (С. В); +6-3 (И. Т, Д. Х) - истощение жизненной энергии сделало невыносимым какой-либо дальнейший подъем и какие-либо требования к возможностям. Ощущение бессилия вызывает у него беспокойство и причиняет острую боль.

+0-2 (С. О) - неудачная попытка упрочить свое положение в соответствии с собственным высоким мнением о своих достоинствах в сочетании с непрерывным усилием "показать себя", не имея к тому достаточных оснований, привели к стрессу.

Итак, из выше приведенных интерпретаций результатов видно, что все испытуемые находятся в негативном эмоциональном состоянии, проявляют тенденцию к его ликвидации, при помощи уединения, спокойной обстановки. Испытывают потребность в близких, доверительных отношениях, порой углубляясь в мир фантазий. Проявляют недовольство собой, испытывают чувство собственной неполноценности.

Следовательно, по результатам беседы и теста Люшера можно сделать вывод о том, что 12 подростков, показавшим высокие баллы по CDI и СПА, действительно испытывают чувство эмоционального дискомфорта, что подтверждает результаты предыдущего диагностического исследования.

В ходе проведения диагностического исследования на предмет выявления депрессивного состояния у 62 подростков в возрасте 13-15 лет были получены следующие результаты: у 3 человек обнаружено состояние депрессии, 9 испытуемых показали маскированную депрессию. С данными подростками в количестве 12 человек было принято решение о проведение коррекции депрессивных состояний.

## 2.3 Программа по коррекционной работе с депрессивными подростками

При выборе вида коррекции учитывалось, что ведущей деятельностью в подростковом возрасте является общение, и потому при работе с подростками, обнаружившими депрессию, предпочтение было отдано ее групповому варианту.

В процессе групповой работы на основе принципа взаимодействия и совместной деятельности повышается уровень психической активности - сначала в групповой ситуации, а затем и в реальной жизни. Вырабатываются адекватные способы разрешения личных проблем, новые способы адекватного поведения и выражения чувств, т.е. расширяется диапазон средств и способов саморегуляции поведения, развивается и смысловая структура личности. Одновременно с этим изменяется и сама структура общения. С приобретением ощущения принадлежности к группе, а также идентификации себя с другими подросток получает возможность установления реальных социальных связей и определения своего места в обществе.

В связи с этим принято решение разработать коррекционную программу на основе социально-психологического тренинга и тренинга личностного роста.

Цель коррекции: коррекция депрессивных состояний у подростка.

Задачи коррекции:

Устранить симптомы депрессивного состояния.

Сформировать навыки саморегуляции.

Расширить знания участников о чувствах и эмоциях, создать условия для развития способности безоценочного их принятия, сформировать умения управлять выражением своих чувств и эмоциональных реакций.

Создать условия для личностного роста, создать условия для формирования у подростка стремления к самопознанию, погружения в свой внутренний мир и ориентация в нем.

Способствовать формированию навыков общения, умения слушать, высказывать свою точку зрения, приходить к компромиссному решению и пониманию других людей.

Способствовать осознанию своей жизненной перспективы, позитивных жизненных целей, путей и способов их адекватного достижения.

Категория участников: коррекция рассчитана для подростков, лучше, если возраст участников превышает 11-12 лет. Дети младшего возраста еще не вступили в подростковый период поиска себя, и им сложно будет заниматься неактуальными для них темами.

Требования к проведению.

Состав групп: 10-15 человек;

Группа должна комплектоваться на добровольной основе;

Предпочтительно проводить занятия с разнополой группой, но достаточно допустимы и гомогенные группы;

Желательно включать в группу участников с небольшой разницей в возрасте.

Место проведения: зал для групповой работы.

Форма проведения: групповые занятия.

Рекомендуемая частота занятий - один раз в неделю.

Каждое занятие состоит из трех частей:

1. Вводная часть (разминка).

2. Основная часть (рабочая).

3. Завершение.

Коррекционная работа рассчитана на 10 занятий по 2 академических часа (общая продолжительность 20 часов). Вводная часть и завершение обычно занимают примерно по четверти всего времени занятия. Около половины времени чаще всего уделено собственно работе. Вводная часть занятия включает в себя вопросы о состоянии участников и одно-два разминочных упражнения. В начале каждого занятия психологу важно почувствовать группу, диагностировать состояние участников, чтобы скорректировать план работы на предстоящее занятие. В этом могут помочь вопросы к участникам: "Как вы себя чувствуете?", "Что нового (хорошего, необычного) случилось за это время?", "Назовите одно хорошее и одно плохое событие, которые произошли между нашими встречами?", "Что запомнилось с предыдущего занятия?" и т.п.

План групповой коррекции депрессивных состояний у подростков приведен в приложении 5. Описание упражнений находится в Приложениях № 6,7,8.

## 2.4 Анализ коррекционной работы с депрессивными подростками

Коррекционная работа проводилась на базе МОУ СОШ №7 с двенадцатью подростками.

В ходе работы подростки проявляли активность и заинтересованность.

После всех занятия проводился диагностический замер, с использованием тех же диагностических методик, что и вначале, для того, чтобы выяснить осуществился ли процесс коррекции депрессивных состояний.

В таблице 4 представлены результаты трех срезов, осуществленных в процессе коррекционной работы по опроснику CDI, из которой видно, что произошли изменения, депрессия не обнаруживается. Для подтверждения данных результатов был использован критерий t-Стьюдента, который основывается на статистической проверке достоверности различия средних показателей по двум наборам данных. Далее приведена формула, по которой осуществлены вычисления:

t = |S2ср.1 - S2ср.2| / √ (m21 + m22)

Таблица 4. Результаты трех диагностических срезов по опроснику CDI

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилии | Пол | Возраст | 1-ый замер | 2-ой замер | 3-ий замер |
|
| 1 | С.Н.  | М | 14 | 18 | 16 | 12 |
| 2 | Р.К.  | М | 14 | 19 | 18 | 10 |
| 3 | Я.Б.  | Ж | 13 | 19 | 15 | 4 |
| 4 | А.Б.  | Ж | 15 | 21 | 18 | 9 |
| 5 | А. С | М | 15 | 17 | 15 | 11 |
| 6 | К.С.  | Ж | 14 | 19 | 16 | 6 |
| 7 | С.Я.  | Ж | 14 | 21 | 17 | 4 |
| 8 | Н.И.  | Ж | 13 | 18 | 17 | 5 |
| 9 | С.В.  | Ж | 13 | 18 | 16 | 2 |
| 10 | И.Т.  | М | 14 | 17 | 15 | 9 |
| 11 | С.О.  | Ж | 14 | 21 | 17 | 9 |
| 12 | Д.Х.  | М | 13 | 18 | 14 | 1 |
|  |  |  |  | Xср. =19 | Xср. =16 | Xср. =7 |

Выборочные средние величины, принадлежащие к двум совокупностям данных, статистически достоверно отличаются.

Выборочные средние величины, принадлежащие к двум совокупностям данных, статистически достоверно не отличаются.

Замер 1 и замер 2.

S2ср.1 = 1/12 ∑ (xк1 - xср.1) 2 = 1/12 \* 34 ≈ 2.8

S2ср.2 = 1/12 \* 18 = 1.5

m21 = S2ср.1/n1 = 2.8/12 ≈ 0.2

m22 = S2ср.2/n2 = 1.5/12 ≈ 0.125

t = |2.8 - 1.5 | / √0.2 +0.125 = 1.3/0.6 ≈ 0.7

2. Замер 1 и замер 3.

S2ср.1 = 2.8

S2ср.3 = 1/12 \* 146 ≈ 12

m21 = 0.2

m23 = 1

t = |2.8 - 12 | / √0.2 +1 = 9.2/1.09 ≈ 8.44

3. Замер 2 и замер 3.

S2ср.2 = 1.5

S2ср.3 = 1/12 \* 146 ≈ 12

m22 = 0.125

m23 = 1

t = |1.5 - 12 | / √0.125 +1 = 10.5/0.6 ≈ 9.9

Из таблицы критических значений для критерия t-Стьюдента выяснили, что tкр. (0.05) ≥ 2.07, вследствие чего, выборочные средние величины по первому и по второму замерам статистически достоверно не отличаются, а вот средние величины по второму и третьему замерам, а также по первому и третьему замерам статистически достоверно отличаются.

Следовательно, процесс коррекции был осуществлен, и поставленная цель была достигнута.

На рисунке 2 показана динамика изменения уровня депрессии по группе. На рисунке 3 показана динамика изменения уровня адаптивности по группе.

Рис.2 Рис.3

СПА шкала адаптивность

В таблице 5 представлены результаты трех срезов, осуществленных в процессе коррекционной работы по опроснику СПА, по его шкале адаптивности, из которой видно, что произошли изменения, уровень адаптивности повысился. Для подтверждения данных результатов был использован критерий t-Стьюдента, который основывается на статистической проверке достоверности различия средних показателей по двум наборам данных. Далее приведена формула, по которой осуществлены вычисления:

t = |S2ср.1 - S2ср.2| / √ (m21 + m22)

Гипотезы:

Hо: Выборочные средние величины, принадлежащие к двум совокупностям данных, статистически достоверно отличаются.

H1: Выборочные средние величины, принадлежащие к двум совокупностям данных, статистически достоверно не отличаются.

Таблица 5. Результаты трех диагностических срезов по опроснику СПА.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилии | Пол | Возраст | 1-ый замер | 2-ой замер | 3-ий замер |
| а | б | и | а | б | и | а | б | и |
| 1 | С.Н.  | М | 14 | 90 | 119 | 43 | 100 | 109 | 48 | 120 | 86 | 58 |
| 2 | Р.К.  | М | 14 | 96 | 125 | 43 | 105 | 104 | 50 | 115 | 90 | 56 |
| 3 | Я.Б.  | Ж | 13 | 100 | 130 | 43 | 110 | 119 | 48 | 124 | 100 | 55 |
| 4 | А.Б.  | Ж | 15 | 81 | 150 | 35 | 115 | 120 | 49 | 118 | 101 | 54 |
| 5 | А.С.  | М | 15 | 92 | 110 | 46 | 108 | 111 | 49 | 124 | 96 | 56 |
| 6 | К.С.  | Ж | 14 | 90 | 129 | 41 | 124 | 123 | 50 | 128 | 112 | 53 |
| 7 | С.Я.  | Ж | 14 | 91 | 148 | 38 | 112 | 122 | 48 | 118 | 98 | 55 |
| 8 | Н.И.  | Ж | 13 | 86 | 130 | 40 | 99 | 109 | 48 | 110 | 87 | 56 |
| 9 | С.В.  | Ж | 13 | 114 | 100 | 53 | 112 | 100 | 53 | 114 | 80 | 59 |
| 10 | И.Т.  | М | 14 | 61 | 70 | 47 | 98 | 72 | 58 | 116 | 72 | 62 |
| 11 | С.О.  | Ж | 14 | 101 | 130 | 44 | 116 | 123 | 49 | 116 | 109 | 52 |
| 12 | Д.Х.  | М | 15 | 62 | 145 | 30 | 100 | 118 | 46 | 120 | 100 | 60 |
|  |  |  |  | Xср. =42 | Xср. =50 | Xср. =56 |

1. Замер 1 и замер 2.

S2ср.1 = 32

S2ср.2 = 9

m21 = 2.7

m22 = 0.75

t = |32 - 9 | / √2.7 + 0.75 = 23/1.86 ≈ 12.36

2. Замер 2 и замер 3.

S2ср.2 = 9

S2ср.3 = 8

m22 = 0.75

m23 = 0.66

t = |9 - 8 | / √0.75 + 0.66 = 1/1.187 ≈ 0.84

3. Замер 1 и замер 3.

S2ср.1 = 32

S2ср.3 = 8

m21 = 2.7

m23 = 0.66

t = |32 - 8 | / √2.7 + 0.66 = 24/1.83 ≈ 13

Из таблицы критических значений для критерия t-Стьюдента выяснили, что tкр. (0.05) ≥ 2.07, вследствие чего, выборочные средние величины по третьему и по второму замерам статистически достоверно не отличаются, а вот средние величины по второму и первому замерам, а также по первому и третьему замерам статистически достоверно отличаются.

Следовательно, процесс коррекции был осуществлен, и поставленная цель была достигнута.

Таким образом, измерение на всех этапах исследования показали, что процесс психологической коррекции депрессивных состояний у подростков осуществлялся в полной мере. Показатели депрессии уменьшались. Следовательно, программа, разработанная нами для исследования, оказалась эффективной для коррекции депрессивных состояний у подростков и может быть рекомендована для использования в работе с подростками, в соответствии с ее целями и назначением.

## Заключение

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

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

Именно депрессивные состояния как тревожный сигнал эмоционального неблагополучия подростка, не всегда вызывая к себе достаточно внимательного отношения специалистов и родителей, и стали объектом нашего исследования.

На основании имеющихся в литературе данных мы выделили ряд направлений и подходов к исследованию психологического содержания депрессии, механизмов ее возникновения и коррекции, в связи с тем, что процесс коррекции депрессивных состояний явился предметом данной работы.

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

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

Диагностика показала, что почти половине подростков не свойственно состояние депрессии, она выражена лишь у 5% испытуемых, но при этом 15% маскируют свое истинное состояние или не желают признавать у себя его наличие. Легкое снижение настроения у трети подростков свидетельствует о начинающемся неблагополучии.

Таким образом, неблагополучие эмоциональной сферы, маскированная депрессия и наличие депрессии у некоторых подростков, что в совокупности составляет более 50% испытуемых, требует со стороны психолога пристального внимания. В ходе диагностики было выяснено, что подростки, показавшие высокие баллы по опроснику, направленному на выявление депрессии, проявляют тенденцию к дезадаптации, что было выяснено с помощью опросника социально-психологической адаптивности. Для подтверждения проявившейся зависимости между уровнем депрессии и уровнем адаптивности была проведена ранговая корреляция, с использованием коэффициента ранговой корреляции по Спирмену. Зависимость оказалась статистически достоверной. Для проведения более качественной диагностики была использована специально разработанная стандартизированная беседа, а также тест Люшера, результаты по которым подтвердили ранее полученные данные.

При выборе вида коррекции учитывалось, что ведущей деятельностью в подростковом возрасте является общение, и потому при работе с подростками, обнаружившими депрессию, предпочтение было отдано ее групповому варианту. В процессе групповой работы на основе принципа взаимодействия и совместной деятельности повышается уровень психической активности - сначала в групповой ситуации, а затем и в реальной жизни. Вырабатываются адекватные способы разрешения личных проблем, новые способы адекватного поведения и выражения чувств, т.е. расширяется диапазон средств и способов саморегуляции поведения, развивается и смысловая структура личности. Одновременно с этим изменяется и сама структура общения. С приобретением ощущения принадлежности к группе, а также идентификации себя с другими подросток получает возможность установления реальных социальных связей и определения своего места в обществе.

В связи с этим наиболее эффективным, с нашей точки зрения, является комплексный подход к проблеме коррекции депрессивных состояний. Комплексный подход - это совокупность всех путей и методов коррекции депрессивных состояний, разработанных в различных психологических теориях (психоанализ, когнитивная, поведенческая, групповая психокоррекции, семейная психотерапия). Этот подход был успешно использован в данной работе.

Изменения, произошедшие в ходе коррекции, показали, что процесс психологической коррекции депрессивных состояний у подростков осуществлялся в полной мере. Показатели депрессии уменьшались, что подтверждала вторичная и третичная диагностика. С помощью критерия t-Стьюдента были статистически подтверждены результаты проведенной коррекции депрессивных состояний. Гипотезы о том, что выборочные средние величины статистически достоверно отличаются, подтвердились. Повторное применение опросника СПА показало, что вместе с повышением адаптивности, повышался уровень самоприятия, приятия других. Следовательно, программа, разработанная нами, оказалась эффективной для коррекции депрессивных состояний у подростков и может быть рекомендована практическим психологам для использования в работе с подростками, в соответствии с ее целями и назначением.

Таким образом, в ходе эмпирического исследования гипотеза данной работы подтвердилась.

## Библиография

1. Антропов, Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков [Текст] / Ю.Ф. Антропов. - М.: Изд-во Медпрактика, 2000. - 224 с.
2. Баярд, Р. Волнение беспокойного подростка [Текст] / Р. Баярд, Д. Баярд. - М.: Просвещение, 1978. - 315 с.
3. Бойко, В.В. Трудные характеры подростков: развитие, выявление, помощь [Текст] /В.В. Бойко. - СПб.: Союз, 2002. - 160 с.
4. Васильев, Н.Н. Тренинг преодоления конфликтов [Текст] /Н.Н. Васильев. - СПб.: Речь, 2002. - 174 с.
5. Выготский, Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. [Текст] / Л.С. Выготский. - М.: Педагогика, 1984. - Т.4.
6. Голант, М. Что делать, когда тот, кого вы любите в депрессии. Помоги себе - помоги другому [Текст] /М. Голант, С. Голант. - М.: Изд-во института психотерапии. - 2001. - 175 с.
7. Депрессия // Под ред. Пери А., Руксталис М. и др. Пер. с англ. - М., Мир, 2000. - 215 с.
8. Дубровина, И.В. Школьная психологическая служба [Текст] /И.В. Дубровина. - М.: Просвещение, 1997. - 315 с.
9. Зиновьев, С.В. Наследство Ниобы. Лики депрессии [Текст] /С.В. Зиновьев. - СПб.: Питер, 2002. - 128 с.
10. Изард, К.Э. Психология эмоций [Текст] /К.Э. Изард. - СПб.: изд-во Питер, 1999. - 464 с.
11. Ковалев, Ю.В. Депрессия, клинический аспект [Текст] /Ю.В. Ковалев, О.Н. Золотухина. - М.: Медицинская книга, 2001. - 144 с.
12. Колодзин, Б. Как жить после психической травмы [Текст] / Б. Колодзин. - М.: Геодезия, 1992. - 186 с.
13. Кон, И.С. Психология старшеклассника [Текст] / И.С. Кон. - М.: Просвещение, 1980. - 267 с.
14. Кон, И.С. Психология ранней юности [Текст] /И.С. Кон. - М.: Просвещение, 1989. - 324 с.
15. Костина, Л.М. Методы диагностики тревожности [Текст] /Л.М. Костина. - СПб.: Питер, 2002. - 198 с.
16. Кочубей, Б. Как лечить депрессию [Текст] / Б. Кочубей, Е. Новикова // Семья и школа. - 1988. - №8. - с.18-24
17. Крайг, Г. Психология развития [Текст] /Г. Крайг. - СПб.: Питер, 2000. - 992 с.
18. Курпатов, А.В. Как избавиться от тревоги, депрессии, раздражительности [Текст] / А.В. Курпатов. - СПб.: Питер, 2002. - 256 с.
19. Левитов, Н.Д. Психическое состояние беспокойства, тревоги [Текст] / Н.Д. Левитов // Вопросы психологии. - 1969. - №1. - с.24-28.
20. Лоуэн, А. Депрессия и тело [Текст] / А. Лоуэн. - М.: Просвещение, 2002. - 384 с.
21. Мафсон, Л. Подросток и депрессия. Межличностная психотерапия [Текст] /Л. Мафсон, Д. Моро. - М.: ЭКСМО, 2003. - 320 с.
22. Мэй, Р. Смысл тревоги [Текст] / Р. Мэй. - М.: Класс, 2001. - 384 с.
23. Немов, Р.С. Психология. Кн. №2 [Текст] / Р.С. Немов. - М.: Просвещение Владос, 1995.
24. Обухова, Л.Ф. Детская психология: теории, факты проблемы [Текст] / Л.Ф. Обухова. - М.: Просвещение, 1995. - 342 с.
25. Подольский, А.И. Диагностика подростковой депрессивности [Текст] / А.И. Подольский, О.А. Идобаева, П. Хейманс. - СПб.: Питер, 2004. - 202 с.
26. Покрасс, М.Л. Активная депрессия. Добрая сила тоски [Текст] /М.Л. Покрасс. - Самара, 2001. - 320 с.
27. Практикум по психологическим играм с детьми и подростками/ Азарова Т.В., Барчик О.И. и др. - СПб.: Питер, 2002. - 304 с.
28. Психологический словарь. / Общ. ред. А.В. Петровского. М.Г. Ярошевского, - М.: Просвещение, 1990. - 890 с.
29. Психология индивидуальных различий. Тексты \ Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. М.: Изд-во МГУ, 1982. - С.288-318.
30. Рогов, Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании [Текст] /Е.И. Рогов. - М.: Просвещение, 1996. - 546 с.
31. Рубинштейн, С.П. Основы общей психологии [Текст] /С.П. Рубинштейн. - СПб.: Питер Ком, 1999. - 720 с.
32. Руководство по использованию восьмицветового теста Люшера / Сост. О.Ф. Дубровская. - М.: Когнито-центр, 2001. - 63 с.
33. Словарь практического психолога. / Под общ. Ред.С.Ю. Головин. - Минск: Харвест, 1997. - 897 с.
34. Снегирева, Т.В. Восприятие сверстников и взрослых подростками и старшеклассниками [Текст] /Т.В. Снегирева // Вопросы психологии. - 1985. - № 5. - с.13-17
35. Трикетт, Ш. Как победить депрессию и избавиться от тревоги [Текст] / Ш. Трикетт. - М.: ЭКСМО, 2002. - 160 с.
36. Ханин, Ю.Л. Исследование депрессии [Текст] / Ю.Л. Ханин // Вопросы психологии. - 1999. - №3. - с.34-36.
37. Холл, К. Теории личности [Текст] / К. Холл, Г. Линдсей. - М.: Просвещение, 1993. - 876 с.
38. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени [Текст] / К. Хорни. - СПб. Питер, 2002. - 224 с.
39. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис [Текст] / Э. Эриксон. - М.: Просвещение, 1996. - 435 с.