МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

**Курсовая работа**

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ДЕПРЕССИИ**

2007 г.

**Содержание:**

Введение

Основная часть:

1. Феноменология депрессии

2. Психологические теории

2.1. Психоаналитический подход

2.2. Когнитивно-бихевиористский подход

2.3. Многофакторная модель аффективных расстройств А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян

Заключение

Список литературы

**Введение**

Актуальность. Актуальность темы связана со значительным ростом депрессивных расстройств. За последние 40 лет в большинстве развитых стран отмечался значительный рост численности заболеваний депрессиями, ставшими к концу XX века одной из фундаментальных проблем человечества.

Депрессия в ее различных клинических вариантах признается одной из основных причин снижения трудоспособности и занимает четвертое место среди всех заболеваний по интегративной оценке бремени, которое несет общество в связи с ними [15].

По уровню распространенности они являются безусловными лидерами среди других психических расстройств. Исследования во всех странах мира показывают: депрессия, подобно сердечнососудистым заболеваниям, становится наиболее распространенным недугом нашего времени. Это распространенное расстройство, которым страдают миллионы людей. По данным разных исследователей, им страдает до 20% населения развитых стран. Депрессивные расстройства являются важными факторами риска по возникновению разных форм химической зависимости и, в значительной степени, осложняют течение сопутствующих соматических заболеваний. Наконец, депрессивные расстройства являются основным фактором риска суицидов, по числу которых наша страна занимает одно из первых мест.

Депрессия дорого обходится обществу. Если учесть потери в производительности труда, возникающую при этом текучесть рабочей силы и затраты на медицинскую помощь, то депрессия обходится американцам ежегодно в 43,7 миллиардов долларов (Образовательная программа по депрессивным расстройствам, материалы WPA). Американские специалисты подсчитали, что ежегодно заболеваемость депрессией обходится обществу в 156 миллионов дней утраченного рабочего времени [16].

Депрессия – часто рецидивирующее расстройство (2001 г.). Около 20–30% больных дают парциальную ремиссию с резидуальной симптоматикой. Однако 30% вновь заболевают в течение года и от 70 до 80% переносят по меньшей мере один последующий эпизод болезни. Недавнее британское 10-летнее катамнестическое исследование показало, что у 67% были рецидивы со значительными резидуальными симптомами (2003, 2004 гг.). В одном из немногих исследований амбулаторных больных (1998 г.) в Нидерландах нашли 41% повторение приступа через 5 лет. Как было показано во многих исследованиях, остаточные признаки предсказывали повторение болезни (1995, 2003 гг.). Считают, что большая часть неблагоприятных исходов объясняется естественным течением болезни, а не недостатками лечения [16].

До настоящего времени среди психологических концепций депрессии сохраняют актуальность три основные теоретические модели, к которым в той или иной степени тяготеет большинство эмпирических исследований: психоаналитическая, бихевиористская и когнитивная.

Каждый из этих подходов акцентирован на определенном аспекте расстройств, игнорируя остальные. Так, аналитическая терапия фокусируется, в основном, на детских травмах; поведенческая — на устойчивых способах реагирования, возникших по механизму условнорефлекторной связи; когнитивная — на дисфункциональных паттернах мышления.

Цель исследования. Составление обзора основных психологических подходов к депрессии.

Задачи исследования. Описание основных психологических подходов к изучению теорий депрессий. Анализ основных моделей.

Объект исследования. Основные психологические подходы к изучению депрессии.

**Основная часть**

1. **Феноменология депрессии**

Депрессия (от лат. depressio — подавление, угнетение)— психическое расстройство, которое характеризуется патологически сниженным настроением (гипотимией) с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего. Депрессивное изменение настроения наряду с искажением когнитивных процессов сопровождается моторным торможением, снижением побуждений к деятельности, соматовегетативными дисфункциями. Депрессивная симптоматика негативно влияет на социальную адаптацию и качество жизни (словарь).

Депрессия - одно из наиболее распространенных расстройств, встречающихся в психологической практике (от 3 до 6% в популяции). Причем около 1% депрессий ежегодно диагностируется первично. Это значит, что риск заболевания в течение жизни составляет около 20%.

В соответствии с причинами возникновения депрессия может быть
психологически понятной ("адекватной"), вызванной определенными жизненными обстоятельствами (реактивные депрессии), и "неадекватной" (по тяжести, длительности, наличию психотических черт), не выводимой из имеющейся жизненной ситуации, т.е. не связанной с экзогенными факторами (эндогенные депрессии).

Эндогенные депрессии встречаются преимущественно в рамках маниакально-депрессивного психоза и делятся на 2 основные формы - биполярную (при чередовании с маниакальными фазами) и монополярную или униполярную (при течении только депрессивными фазами).

В англо-американской литературе принято выделять также первичные и вторичные депрессии. Последние могут быть связаны с различными соматическими заболеваниями, органическими факторами, включая медикаментозное лечение.

Некоторые авторы делят депрессии на простые, или мономорфные,
и сложные, или полиморфные, что также имеет важное для терапии
прогностическое значение.

В настоящее время существует около десятка классификации
(линейных, древообразных, структурных, феноменологических, многоосевых, патогенетических и т.д.) депрессивных состояний. Но ни одна из них в полной мере не отражает реального многообразия | клинических проявлений депрессии и сложного переплетения этиопатогенетических факторов, ее формирующих [4].

Современные официальные классификации - международная МКБ-10 и американская DSM-IV - используют операциональные диагностические критерии, которые больше ориентированы на синдромальный, чем на нозологический подход.

У нас принят 10-й пересмотр международной классификации болезней (МКБ-10, 1994). В которой существует рубрика "Аффективные расстройства настроения" (F3) для диагностики и систематики депрессивных состояний.

В современной классификации (МКБ-10) основное значение придается: вариантам течения депрессии (F 32 - F 34), выраженности депрессии (легкая, умеренная, тяжелая) и наличию дополнительных симптомов (соматических и психотических).

В каждом F выделяются подрубрики, 1) по тяжести 2) по наличию соматических симптомов 3) по наличию психотических симптомов а) конгруэнтных или б) неконгруэнтных настроению. Есть также рубрики для неуточненных расстройств.

Так называемые "соматические" симптомы (иначе определяются как витальные, или биологические), имеют здесь специальное клиническое значение и связаны с нарушениями физиологических функций. Например, пробуждение по утрам на 2 или более часов раньше обычного времени, выраженное снижение аппетита, потеря в весе тела.

Психотические симптомы включают бред, галлюцинации или депрессивный ступор. Бредовые идеи чаще всего имеют фабулу греховности обнищания, грозящих несчастий, за которые несет ответственность больной. Слуховые галлюцинации, как правило, обнаруживаются в виде обвиняющего или оскорбляющего характера голосов, а обонятельные - в виде запахов загнивающей грязи или плоти. Выраженная психомоторная заторможенность может перейти в ступор.

Центральное место в систематике аффективной патологии занимает категория «депрессивный эпизод» — большая депрессия, униполярная или монополярная депрессия, автономная депрессия.

Основные симптомы:

- снижение настроения (по сравнению с нормой);

- отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями;

- снижение энергии и повышенная утомляемость.

Дополнительные симптомы:

-сниженная способность к сосредоточению и вниманию;

-снижение самооценки и чувство неуверенности в себе;

-идеи виновности и уничижения (даже при легких депрессиях);

-мрачное и пессимистическое видение будущего;

-идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства.

1. **Психоаналитический подход**

Классический психоанализ. Психоаналитический подход в исследованиях депрессий базируется на первенстве аффективного радикала при формировании депрессивного симптомокомплекса, и ведет свое развитие от идей Фрейда об утрате объекта, потере в сфере собственного Я. В самом общем виде психоаналитический подход к депрессии сформулирован в классической работе З. Фрейда "Печаль и меланхолия". По мнению З. Фрейда, существует феноменологическое сходство нормальной реакции траура и клинически выраженной депрессии. Функция траура заключается во временном переключении либидинозного влечения с утраченного объекта на себя и символической самоидентификацией с этим объектом.
З. Фрейд связывает возникновение депрессии с утратой любимого объекта, и, в отличие от печали, когда сохраняется принцип реальности, меланхолия вызвана "бессознательной потерей" и интроекцией свойств объекта любви. Таким образом, внешне направленная на себя агрессия, при депрессии обращена на утерянный объект, превратившийся в результате идентификации в часть Эго. Неспособность продолжать выражать свой гнев непосредственно по отношению к объекту объясняется регрессией на орально-нарциссическую стадию развития, для которой характерна тенденция объединяться с очередным утрачиваемым объектом [8].

Постклассический психоанализ. Теории объектных отношений. Психоаналитическую традицию в изучении депрессии продолжают представители теории объектных отношений, где большую роль играет успешность преодоления младенцем сменяющих друг друга фаз развития и гармоничность отношений с объектом. Согласно теории М. Klein (1946), в развитии ребенка в различное время преобладают несколько позиций. M. Klein предложила дифференцировать "депрессивную позицию", являющуюся основой для формирования аффективных расстройств. Депрессивная позиция представляет собой особый тип связи с объектом, устанавливающийся в возрасте около 4 мес и последовательно усиливающийся в течение 1-го года жизни. Хотя депрессивная позиция является нормальной фазой онтогенетического развития, она может активироваться у взрослых при неблагоприятных условиях (длительный стресс, утрата, траур), приводя к депрессивным состояниям [7].

Направление, развиваемое М. Кlein, получило дальнейшую разработку в работах D. W. Winnicott.

Согласно теории D. W. Winnicott, индивид, утратив объект привязанности, "включает" его в собственное «Я» и начинает испытывать к нему ненависть. В периоде скорби возможны "светлые промежутки", когда к человеку возвращается способность испытывать положительные эмоции и даже быть счастливым. В этих эпизодах интроецированный объект как бы оживает во внутреннем плане индивида, однако ненависти к объекту всегда оказывается больше, чем любви, и депрессия возвращается. Индивид считает, что объект виноват в том, что покинул его. В норме с течением времени включенный в «Я» объект освобождается от ненависти, а к индивиду возвращается способность испытывать счастье вне зависимости от того, "ожил" интернализованный объект или нет. Любая реакция на утрату сопровождается побочными симптомами (например, нарушениями коммуникации). Могут возникать также антисоциальные тенденции (особенно у детей). В этом смысле воровство, наблюдаемое у делинквентных детей, является более благоприятным знаком, чем ощущение полной безнадежности. Воровство в данной ситуации - это поиск объекта, стремление "получить принадлежащее по праву", т.е. материнскую любовь. Речь идет не о присвоении предмета, а материнской любви. Все типы реакций на утрату можно расположить в континууме, где на противоположных полюсах находятся примитивная реакция на утрату и скорбь, а между ними - сформированная депрессивная позиция. Заболевание проистекает не из утраты самой по себе, а из того, что утрата происходит на той стадии эмоционального развития, на которой еще невозможно зрелое совладание (coping) [5].

Итак, в аналитической концепции различные авторы в качестве основных факторов, влияющих на возникновение депрессии, выделяют личностные и межличностные. В качестве личностных факторов выступают подавленная агрессия, конфликт любви и ненависти (амбивалентность в отношениях со значимыми другими), зависимость от другого человека, дефицит автономности, хрупкая самооценка, нереалистические или невыполнимые желания. К межличностным фактором относятся травматический опыт младенчества и детства, пережитое чувство или реальный опыт беспомощности, выбор объекта на нарцисстической основе во взрослом состоянии, оживляющий детскую травму, реальная или мнимая утрата объекта либидо, неудовлетворенные сексуальные желания [7].

Ещё одним из представителей психоаналитического подхода является Ш. Радо. Rado S. (1968) указывал, что большую роль в формировании депрессий играют особенности самооценки. Так, депрессивные больные для поддержания своей нарциссической самооценки нуждаются во внешней поддержке. Когда они теряют объекты - источники поддержки - впадают в ярость. Интрапсихически эта ярость выглядит, как попытка отгородить часть объекта, интроецированного в Супер-Эго, от другой части этого же объекта, интроецированного в Эго, таким образом, автор выдвинул уникальную конструкцию двойной интроекции. Депрессию стали рассматривать как интрапсихический процесс искупления и мольбу о прощении.

С. Блатт также является представителем психоаналитического подхода в изучении депрессии. С. Блатт выдвигает предположение о существовании двух форм депрессий, которые тесно связаны с определенными личностными факторами: анаклитическая (связана с межличностной зависимостью) и интроективная (связана с высоким самокритицизмом).

#### Когнитивно-бихевиористский подход

Когнитивная модель депрессии является результатом систематических клинических наблюдений и экспериментальных исследований (Beck, 1963, 1964, 1967). Именно сочетание клинического и экспериментального подходов сделало возможным построение этой теоретической модели и формулирование принципов когнитивной терапии.

Когнитивная модель содержит три специфичных понятия, объясняющих психологическую структуру депрессии: 1) когнитивная триада, 2) схемы и 3) когнитивные ошибки (неправильная обработка информации) [1].

Концепция когнитивной триады. Когнитивная триада складывается из трех основных когнитивных паттернов, детерминирующих идиосинкразическое отношение пациента к самому себе, собственному будущему и своему текущему опыту. Первый компонент триады связан с негативным отношением пациента к собственной персоне. Пациент считает себя ущербным, неадекватным, неизлечимо больным или обделенным. Свои неудачи он склонен объяснять якобы имеющимися у него психологическими, нравственными или физическими дефектами. Пациент убежден, что эти, мнимые, дефекты сделали его никчемным, никому не нужным существом, он постоянно винит и ругает себя за них. И, наконец, он считает, что лишен всего того, что, приносит человеку счастье и чувство удовлетворенности.

Вторым компонентом когнитивной триады является склонность к негативной интерпретации своего текущего опыта. Пациенту кажется, что окружающий мир предъявляет к нему непомерные требования и/или чинит ему непреодолимые препятствия на пути достижения жизненных целей. В любом опыте взаимодействия со средой ему видятся только поражения и потери. Тенденциозность и ошибочность этих трактовок особенно очевидны, когда пациент негативно истолковывает ситуацию при наличии более правдоподобных альтернативных объяснений. Если его убедить поразмышлять над этими более позитивными объяснениями, он, возможно, признает, что был необъективен в оценке ситуации. Таким образом, пациента можно подвести к осознанию того, что он извращает факты, подгоняя их под заранее сформированные негативные умозаключения.

Третий компонент триады связан с негативным отношением к собственному будущему. Обращая взгляд в будущее, депрессивный видит там лишь нескончаемую череду тяжких испытаний и страданий. Он полагает, что ему до конца дней суждено терпеть трудности, разочарования и лишения. Думая о делах, которые ему нужно сделать в ближайшее время, он ждет провала.

Все другие симптомы, входящие в депрессивный синдром, рассматриваются в когнитивной модели как последствия активации вышеназванных негативных паттернов. Так, если пациент ошибочно полагает, что он отвергнут людьми, его эмоциональная реакция будет столь же негативной (печаль, гнев), как и в случае действительного отвержения. Если он ошибочно считает себя изгоем, он будет испытывать чувство одиночества.

Нарушения мотивации (например, безволие, отсутствие желаний) можно объяснить искажением когнитивных процессов. Пессимизм и чувство безнадежности парализуют волю. Если человек всегда настроен на поражение, если он всегда ожидает отрицательного результата, зачем ему ставить перед собой какие-то цели или браться за какие-то дела? В своем крайнем выражении избегание проблем и ситуаций, представляющихся неразрешимыми и невыносимыми, принимает форму суицидальных желаний. Депрессивный пациент нередко видит в себе обузу для окружающих и на основании этого заключает, что всем, в том числе и ему самому, будет лучше, если он умрет.

Повышенную зависимость, отмечаемую у депрессивных пациентов, тоже можно объяснить в когнитивных терминах. Будучи убежден в своей бездарности и беспомощности и видя во всем только трудности и преграды, пациент считает, что не может справиться даже с самым банальным заданием. Он ищет помощи и поддержки у окружающих, которые кажутся ему гораздо более компетентными и способными, чем он сам.

И, наконец, когнитивная модель позволяет объяснить и физические симптомы депрессии. Апатия и упадок сил могут быть результатом убежденности пациента в бесплодности своих начинаний. Пессимистический взгляд на будущее (чувство тщетности) может вызывать «психомоторную заторможенность»[1].

Структура депрессивного мышления. Другой важной составляющей когнитивной модели является понятие схемы. Оно позволяет объяснить, почему депрессивный пациент держится за свои негативные, болезненные, разрушительные идеи вопреки очевидному присутствию в его жизни позитивных факторов.

Любая ситуация складывается из великого множества разнообразных стимулов. Индивид избирательно реагирует на отдельные стимулы и, комбинируя их в паттерн, определенным образом концептуализирует ситуацию. Притом что разные люди могут по-разному истолковывать одну и ту же ситуацию, отдельный человек обычно бывает, последователен в своих реакциях на однотипные события. Сравнительная устойчивость когнитивных паттернов, которые мы называем «схемами», служит причиной того, что человек одинаково истолковывает однотипные ситуации.

Когда человек сталкивается с каким-то событием, у него активируется схема, связанная с этим событием. Схема — это своего рода форма для отливки информации в когнитивное образование (вербальное или образное представление). В соответствии с активированной схемой индивид отсеивает, дифференцирует и кодирует информацию. Он категоризирует и оценивает происходящее, руководствуясь имеющейся у него матрицей схем.

Субъективная структура различных событий и ситуаций зависит от того, какие схемы использует индивид. Схема может долгое время оставаться в дезактивированном состоянии, но она легко приводится в движение специфичным средовым стимулом (например, стрессовой ситуацией). Реакция индивида на конкретную ситуация детерминируется активированной схемой. В психопатологических состояниях, подобных депрессии, у человека нарушается восприятие стимулов; он искажает факты или воспринимает только те из них, которые вписываются в доминирующие в его сознании дисфункциональные схемы. Нормальный процесс соотнесения схемы со стимулом нарушен вторжением этих чрезвычайно активных идиосинкразических схем. По мере того как идиосинкразические схемы набирают активность, расширяется диапазон актуализирующих их стимулов; теперь они могут быть приведены в движение даже абсолютно нерелевантными стимулами. Пациент почти утрачивает контроль над своими мыслительными процессами и не в состоянии задействовать более адекватные схемы.

При мягких формах депрессии пациент, как правило, способен более или менее объективно оценить свои негативные мысли. С усугублением депрессии негативные идеи приобретают все большую силу, несмотря на отсутствие каких бы то ни было объективных подтверждений их правомочности. Поскольку доминирующие идиосинкразические схемы приводят к искажению реальности и систематическим ошибкам в мышлении, депрессивный пациент все менее склонен признавать ошибочность своих интерпретаций. В самых тяжелых случаях идиосинкразическая схема безраздельно властвует в мышлении пациента. Пациент всецело захвачен персеверативными, повторяющимися негативными мыслями; ему чрезвычайно трудно сосредоточиться на внешних стимулах (например, чтении или вопросах собеседника), и он неспособен к произвольной умственной активности (вычислениям, решению задач, воспоминаниям). В этом случае мы приходим к заключению, что идиосинкразическая когнитивная структура приобрела автономный характер. Депрессивное когнитивное формирование может быть настолько независимым от внешней стимуляции, что индивид становится абсолютно нечувствительным к изменениям, происходящим в его непосредственном окружении [1].

Неправильная обработка информации. Третьей важной составляющей когнитивной модели является неправильная обработка информации. Убежденность пациента в достоверности его негативных идей сохраняется благодаря следующим систематическим ошибкам мышления (см. Beck, 1967).

1. Произвольные умозаключения: пациент делает выводы и умозаключения при отсутствии фактов, поддерживающих эти заключения, или вопреки наличию противоположных фактов.

2. Избирательное абстрагирование: пациент строит свои заключения, основываясь на каком-то одном, вырванном из контекста фрагменте ситуации, игнорируя ее более существенные аспекты.

3. Генерализация: пациент выводит общее правило или делает глобальные выводы на основании одного или нескольких изолированных инцидентов и затем оценивает все остальные ситуации, релевантные и нерелевантные, исходя из заранее сформированных выводов.

4. Переоценивание и недооценивание: ошибки, допускаемые при оценке значимости или важности события, столь велики, что приводят к извращению фактов.

5. Персонализация: пациент склонен соотносить внешние события с собственной персоной, даже если нет никаких оснований для такого соотнесения.

6. Абсолютизм, дихотомизм мышления: пациент склонен мыслить крайностями, делить события, людей, поступки и т. д. на две противоположные категории, например «совершенный—ущербный», «хороший—плохой», «святой—греховный». Говоря о себе, пациент обычно выбирает негативную категорию.

В депрессии человек структурирует опыт сравнительно примитивными способами. Его суждения о неприятных событиях носят глобальный характер. Значения и смыслы, представленные в потоке его сознания, имеют исключительно негативную окраску, они категоричны и оценочны по содержанию, что рождает крайне отрицательную эмоциональную реакцию. В противоположность этому примитивному типу мышления, зрелое мышление без труда интегрирует жизненные ситуации в многомерную структуру (а не в какую-то одну категорию) и оценивает их скорее в количественных, нежели качественных терминах, соотнося, их друг с другом, а не с абсолютными стандартами. Примитивное мышление редуцирует сложность, многообразие и изменчивость человеческого опыта, сводя его к нескольким самым общим категориям. Представленная ниже таблица 1 иллюстрирует различия между этими двумя типами мышления.

|  |  |
| --- | --- |
|  «Примитивное» мышление | «Зрелое» мышление |
| 1. Одномерное и глобальное. Я ужасно робкий | Многомерное. Я довольно робкий, но зато я щедрый и неглупый |
| 2. Абсолютистское и моралистичное. Я презренный трус |  Релятивистское и безоценочное. Я чаще испытываю страх, чем большинство моих знакомых |
| 3. Инвариантность. Я всегда был и всегда буду трусом | Вариативность. Мои страхи зависят от ситуации |
| 4.«Характерологический диагноз». У меня какой-то дефект характера | «Поведенческий диагноз». Я слишком часто бегу от неприятных ситуаций и слишком часто испытываю страх |
| 5. Необратимость. Я слишком слаб, чтобы преодолеть свои страхи | Обратимость. Я могу научиться преодолевать страх и смело встречать любые ситуации |

Таблица 1.

Депрессивный пациент склонен видеть в том, что происходит с ним, только лишения и поражения (одномерность мышления) и склонен считать, что они никогда не закончатся. Он относит себя к «неудачникам» (категоричное, оценочное суждение) и полагает, что обречен на вечные страдания [1].

Предрасположенность к депрессии. Когнитивная модель предлагает гипотезу о предрасположенности к депрессии. Согласно этой теории, негативные представления о собственной персоне, своем будущем и окружающем мире формируются у человека на основе раннего опыта. Эти представления (схемы) могут до поры до времени находиться в латентном состоянии — их активируют специфические обстоятельства, аналогичные тем, что ответственны за внедрение негативной установки.

Например, развод может активировать у человека, пережившего в детстве смерть отца или матери, концепцию необратимой утраты. Точно так же физическое увечье или болезнь могут вызывать депрессию, активируя латентное убеждение человека в том, что он обречен на муки и страдания. Однако неприятные события не обязательно имеют депрессогенный эффект; последний наблюдается только в том случае, если человек в силу своей когнитивной организации оказывается особенно чувствительным к данному типу ситуаций [1].

Теория А. Эллиса. А. Эллис (1994) предложил добавить ко всем перечисленным моментам теории Бека, особый абсолютистский тип мышления, который возлагает на человека бессмысленные обязанности, не обоснованные рационально, своего рода "must-урбации". Как он полагает, это единственно явное различие между так называемыми «адекватными негативными эмоциями» (печалью, грустью, обидой) и депрессивными переживаниями, которые носят аномальный характер. В случае депрессии внутренний диалог приобретает форму команд и "тычков", которые программируют настоящее и будущее, проявляясь в форме долженствующего Я. Присутствие в личностном стиле самокоманд как способа контроля и регуляции исключает гибкое, приспосабливающееся реагирование на ситуацию и даже в обычных условиях бывают весьма тягостны, в критические же моменты это может формировать описанные чувства беспомощности, вины, ожидания наказания и ведет к депрессивным состояниям [6].

А.Эллис полагает, что в возникновении эмоциональных расстройств, абсолютистское мышление играет большую роль, чем алогичное, нереалистическое или сверхгенерализованное.

Депрессивное мышление описывается как незрелое и примитивное, с чертами глобальности, абсолютизма и морализаторства, в то время как зрелое мышление характеризуется гибкостью и дифференцированностью [7]. Для депрессии характерны определенные нарушения мышления в виде недостаточной абстрагированности, предпочтении конкретности и дискретности. Это мышление функционирует по принципу «все или ничего».

Теория выученной беспомощности. К когнитивно-поведенческому подходу, также относится теория выученной беспомощности Селигмана (1974).

Мapтин Сeлигмaн oпpeдeляeт бecпoмoщнocть как cocтoяниe, вoзникaющee в cитуaции, кoгдa нам кaжeтcя, что внeшниe coбытия от нac не зaвиcят, и мы ничeгo не мoжeм cдeлaть, чтобы иx пpeдoтвpaтить или видoизмeнить.

Бecпoмoщнocть у чeлoвeкa вызывaeтcя нeкoнтpoлиpуeмocтью и нeпpeдcкaзуeмocтью coбытий внeшнeгo миpa. Уже в paннeм дeтcтвe - в млaдeнчecкoм вoзpacтe чeлoвeк учится кoнтpoлю над внешним миpoм. Пoмeшaть этому пpoцeccу могут три oбcтoятeльcтвa:

1. полное oтcутcтвиe пocлeдcтвий (дeпpивaция),

2. oднooбpaзиe пocлeдcтвий или же

3. oтcутcтвиe видимой связи между дeйcтвиями и иx пocлeдcтвиями.

По мнению M. Seligman, обученную беспомощность можно рассматривать как аналог клинической депрессии, при которой человек снижает контроль над усилиями по сохранению своего устойчивого положения в окружающей среде. Ожидание отрицательного результата, к которому приводит попытка контролировать происходящее (безнадежность, беспомощность, бессилие), приводит к пассивности и подавлению ответов (клинически проявляющихся как пассивность, моторная, вербальная и интеллектуальная заторможенность).

В целом хронические воздействия, вызывающие отрицательные переживания, снижение адаптивных способностей, потеря контроля над ситуацией, состояние беспомощности и безнадежности, возникающее при нарушении социальной приспособленности, являются для исследователей бихевиористского направления частично совпадающими понятиями, описывающими клиническую структуру депрессивных расстройств. Терапевтические схемы вытекают из предполагаемой структуры основного дефекта. Терапия основана на изменении ситуации, обучении в особых условиях, позволяющих путем позитивного подкрепления разрушить устойчивые стереотипы депрессивного стиля поведения, укрепляя поведенческую активность. Систематическая десенсибилизация, целью которой является снижение тревоги или тренировка настойчивости, предназначена для того, чтобы вернуть индивиду контроль над межличностными отношениями [12].

**4. Многофакторная модель аффективных расстройств**

**А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян**

В отечественной клинической психологии А.Б Холмогорова и Н.Г. Гаранян предложили гипотетическую многофакторную модель депрессивных расстройств (1998). Эта модель рассматривает психологические факторы разного уровня - макросоциального, семейного, интерперсонального, личностного, когнитивного и поведенческого. В основе этого подхода лежит представление о том, что биологическая уязвимость выливается в болезнь только при условии воздействия неблагоприятных социальных и психологических факторов [9].

С точки зрения А. Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян в современной культуре существуют достаточно специфические психологические факторы, способствующие росту общего количества переживаемых отрицательных эмоций в виде тоски, страха, агрессии и одновременно затрудняющие их психологическую переработку. Это особые ценности и установки, поощряемые в социуме и культивируемые во многих семьях, как отражение более широкого социума. Затем эти установки становятся достоянием индивидуального сознания, создавая психологическую предрасположенность или уязвимость к эмоциональным расстройствам.

Эмоциональные нарушения, тесно связаны с культом успеха и достижений, культом силы и конкурентности, культом рациональности и сдержанности, характерными для нашей культуры. В таблице 2 показано, как эти ценности преломляются затем в семейных и интерперсональных отноше­ниях, в индивидуальном сознании, определяя стиль мышления, и, наконец, в болезненных симптомах. В таблице достаточно условно связан тот или иной тип ценностей и установок с определенными синдромами — депрессивным, тревожным, соматоформным. Разведение это достаточно условно, и все выделенные установки могут присутствовать при каждом из трех анализируемых расстройств. Речь идет лишь об удельном весе тех или иных установок, о тенденциях, но не о жестких причинно-следственных связях определенной установки с определенным синдромом [9].

|  |  |
| --- | --- |
| ОбъектыИссле-ияУровниисследования | Эмоциональные расстройства |
| депрессивные | тревожные | соматоформные |
| Макросоциаль-ный | Социальные ценности и стереотипы, способствующие росту отрицательных эмоций и затрудняющие их переработку |
|  | Культ успеха и достижения | Культ силы и конкурентность | Культ рацио и сдержанность |
| Семейный | Особенности семейной системы, способствующие индуцированию, фиксации и трудностям переработки отрицательных эмоций |
| Закрытые семейные системы с симбиотическими связями |
| Высокие родительские требования и ожидания, высокий уровень критики | Недоверие к другим людям (вне семьи), изоляция, сверхконтроль | Игнорирование эмоций в семейных отношениях и запрет на их проявление |
| Межличностный | Трудности в построении близких отношений с людьми и получении эмоциональной поддержки |
|  | Высокие требования и ожидания от других людей | Негативные ожидания от других людей | Трудности самовыражения и понимания других |
| Личностный | Личностные установки, способствующие негативному восприятию жизни, себя, других и затрудняющие самопонимание |
|  Перфекционизм | Скрытая враждебность | «Жизнь во вне» (алекситимия) |
| Когнитивный | Когнитивные процессы, стимулирующие отрицательные эмоции и затрудняющие самопонимание |
|  | Депрессивная триада | Тревожная триада | «Чувствовать опасно» |
|  | Абсолютизация | Преувеличение | Отрицание |
|  | Негативное селектирование, поляризация, сверхобобщение и т. д. | Операторное мышление |
| Поведенческий и симптоматичес-кий | Тяжелые эмоциональные состояния, неприятные физические ощущения и боли, социальная дезадаптация |
|  | Пассивность, тоска и недовольство собой, чувство разочарованности в других | Поведение избегания, ощущение беспомощности, тревога, страх критического отношения к себе | Эмоции гуммируются и переживаются на физиологическом уровне без психологических жалоб |

Таблица 2. Многофакторная модель эмоциональных расстройств.

**Заключение**

Реализуя поставленные задачи, в своей работе я составила обзор основных психологических подходов (моделей) к изучению депрессии. Как можно видеть, каждая из рассмотренных моделей (психоаналитическая, бихевиористская, когнитивная) депрессии выражает оригинальный подход к объяснению причин и факторов возникновения симптомов депрессии.

Психоаналитический подход в исследованиях депрессий базируется на первенстве аффективного радикала при формировании депрессивного симптомокомплекса и ведет свое развитие от идей Фрейда об утрате объекта, потере в сфере собственного Я.

С развитием Эго-психологии и теории объектных отношений фокус внимания психоаналитиков переместился на объектные отношения при депрессии, характеристики Эго и Самости, в частности на проблемы самооценки и ее детерминант. Представители теории объектных отношений, отводят большую роль успешности преодоления младенцем сменяющих друг друга фаз развития и гармоничность отношений с объектом.

В когнитивно-бихевиористском подходе основная роль отводится когнитивным компонентам Я-концепции. Депрессия понимается как результат иррационального и нереалистического мышления.

Современная многофакторная модель аффективных расстройств, разработанная А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян представляет собой особую схему, которая объясняет связь между специфическими психологическими факторами культурального уровня и возникновением эмоциональных расстройств и показывает, как характерные для современной культуры ценности преломляются в семейных и интерперсональных взаимоотношениях, в индивидуальном сознании, определяя стиль мышления, и, наконец, в болезненных симптомах. В данном подходе, авторы уделяют внимание не отдельным факторам, а рассматривают взаимодействие различных факторов - когнитивных, поведенческих, социальных, межличностных, семейных, биомедицинских и других [9].

Сложность исследования аффективных расстройств заключается в "трудноуловимости" объекта изучения, поскольку эмоции и аффекты представляют собой специфическую окраску содержания сознания, особое переживание явлений, самих по себе эмоцией не являющихся, и возможности эмоционального "переключения", взаимодействия и "наслоения", так что одна эмоция может становиться предметом для возникновения последующей.
 В сущности, каждая из представленных моделей достаточно адекватно описывает отдельный класс депрессивных нарушений, и эти модели следует рассматривать не как взаимоисключающие, а как взаимодополняющие друг друга [7].

Говоря о перспективах в изучении депрессии, можно перечислить уже имеющиеся на данный момент направления. Например, одним из важных направлений психоаналитических изысканий является выделение различных типов депрессии (или типов депрессивной личности).

Большое внимание уделяется изучению личностных факторов, влияющих на возникновение и протекание депрессии, но также изучается и взаимодействие различных факторов - когнитивных, поведенческих, социальных, межличностных, семейных, биомедицинских и других.

Тема депрессии весьма интересна и актуальна в наше время. Поэтому, тему своей следующей курсовой работы я планирую также связать с изучением или исследованием депрессии, но уже в более конкретизированной форме.

**Список литературы**

# 1. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб, 2003.

2. Виноградов М.В. К диагностике и лечению маскированных депрессий. Советская медицина. 1979, №7.

3. Кляйн Мелани. Зависть и благодарность. СПб., 1997.

4. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб.: "Медицинское информационное агентство", 1995. - 568с.

5. Обухов Я.Л. Значение первого года жизни для последующего развития ребенка (обзор концепции Винникотта). - Рос.мед. академия последипломного образования. - М., 1997

6. Соколова Е.Т. Исследовательские и прикладные задачи в психотерапии личностных расстройств. Социальная и клиническая психиатрия, - Том 8/№2/1998.

7. Тхостов А.Ш. Психологические концепции депрессии. // РМЖ. - СПб, Том 1/№ 6/1998.

8. Фрейд 3. Печаль и меланхолия. Психология эмоций. Тексты. М., 1984.

9. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии.

10. Холмогорова А. Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра (Автореферат), - Москва, 2006.

11. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Интегративная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств на основе когнитивной модели.

12. Пcиxoлoгичecкoe кoнcультиpoвaниe: Пpoблeмы, мeтoды, тexники.- // Концепции Бека и Селигмана, - 2000, c.278-187.

13. Эллис А. Когнитивный элемент депрессии, которым несправедливо пренебрегают. МПЖ, - № 1/1994 .

14. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М., 1993.

15. Kupfer D. Depression: a major contributor to world-wide disease burden // International Medical News.- 1999.- Vol.99, №2.- P.1-2.

16. E.S.Paykel, T.Brugha, T.Fryers. Масштабы и бремя депрессивных расстройств в Европе (расширенный реферат обзора).- // Психиатрия и психоформакотерапия. - Том 08/№ 3/2006.