МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

**Шебицька Ю.Г.**

**Випускна кваліфікаційна робота бакалавра**

**Особистісна диференціація при депресивних розладах у підлітків та методи допомоги**

Сєвєродонецьк

2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітрних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

## ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**до випускної кваліфікаційної роботи бакалавра**

**освітньо-кваліфікаційного рівня** \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_227 – Фізична терапія, ерготерапія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

на тему: «Особистісна диференціація при депресивних розладах у підлітків та методи допомоги»

Виконала: студентка групи ЗЛ-16з Шебицька Ю.Г.

Керівник: д. психол. н., проф. Тоба М.В.

Завідувач кафедри здоров´я людини

та фізичного виховання:

к. психол. н., доц. Завацький Ю.А.

Рецензент: д. мед. н., проф. Зєльоний І.І.

Сєвєродонецьк – 2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

освітньо-кваліфікаційного рівня \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки 227 – Фізична терапія, ерготерапія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

# ЗАТВЕРДЖУЮ

**Завідувач кафедри**

**здоров´я людини**

**та фізичного виховання**

**доц. Завацький Ю.А.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“26” березня 2020\_року

## З А В Д А Н Н Я

### НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ БАКАЛАВРА

**Шебицької Юлії Геннадіївни**

## Тема роботи: «Особистісна диференціація при депресивних розладах у підлітків та методи допомоги»

## Керівник роботи Тоба Маріанна Василіна, д. психол. н., проф.

( прізвище, ім’я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від “26” березня 2020 р. № 51/15.22

2. Строк подання студентом роботи\_\_\_05.06.2020 р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи* *– 72 сторінок (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури – 88 дж.*

*4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати наукові джерела з особистісної диференціації при депресивних розладах у підлітків та методи допомоги; підібрати діагностичний інструментарій згідно вивчення особистісної диференціації при депресивних розладах у підлітків та методи допомоги; на основі проведеного констатувального експерименту розробити практичні рекомендації щодо особистісної диференціації при депресивних розладах у підлітків та методи допомоги.*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслеників): *таблиці – 9.*

**6. Консультанти розділів роботи:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада  консультанта | Підпис, дата | |
| Завдання  видав | Завдання  прийняв |
| 1. | Тоба М.В. – д.психол.н., проф. | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |
| 2. | Тоба М.В. – д.психол.н., проф. | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |

7. Дата видачі завдання 26.03.2020 р**.**

#### **КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  **з/п** | **Назва етапів** | **Строк виконання етапів** | Примітка |
| 1 | Визначення проблеми дослідження та розроблення плану випускної кваліфікаційної роботи бакалавра | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 2 | Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження. | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 3 | Розробка діагностичного інструментарію та проведення констатувального експерименту | 04.2020 р. | 04.2020 р. |
| 4 | Узагальнення результатів констатувального експерименту | 04.2020 р. | 04.2020 р. |
| 5 | Розробка рекомендацій щодо особистісної диференціації при депресивних розладах у підлітків та методи допомоги. | 05.2020 р. | 05.2020 р. |
| 6 | Підготовка випускної кваліфікаційної роботи бакалавра до захисту та її захист | 06.2020 р. | 06.2020 р. |

**Студентка Шебицька Ю.Г.**

**Керівник роботи проф. Тоба М.В.**

**РЕФЕРАТ**

Текст – 72 с., табл. – 9, джерел – 88

В роботі розкрито теоретико-методологічні засади дослідження особливостей особистісної диференціації при депресивних розладах у підлітків та методи допомоги, розглянуті особливостей особистісної диференціації при депресивних розладах у підлітків та методи допомоги та сучасні підходи особистісної диференціації при депресивних розладах у підлітків та методи допомоги

Проведено констатувальний експеримент з метою дослідження особистісної диференціації при депресивних розладах у підлітків та методи допомоги.

Розроблено практичні рекомендації щодо корекції особистісної диференціації при депресивних розладах у підлітків та методи допомоги.

**Ключові слова:** корекціЯ, ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, депресивні розлади, підлітки, особистіснА диференціаціЯ, методи допомоги.

**ЗМІСТ**

ВСТУП …………………………………………………………………………….7

РОЗДІЛ 1. Теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми депресивних розладів у підлітків ТА МЕТОДІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ………………………………………………...**.**........10

* 1. Аналіз підходів до проблеми депресивних розладів у підлітків та методи реабілітації…………………………………………..…..…..…....10

1.2. Класифікація методів реабілітації депресивних станів у підлітковому віці ……………………………………………………………………..………....13

1.3. Особливості структури депресивних станів у підлітків ………...……..16

Висновки до розділу 1…………………………………………………………...21

РОЗДІЛ 2. Експериментальне дослідження особливостей особистісної диференціації при депресивних розладах у підлітків ТА МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ......….………...................................23

* 1. Процедура констатувального експерименту, обстежуваний контингент та методичний інструментарій…………………………………..…………..23
  2. Аналіз результатів констатувального експерименту …………….…….27

2.3. Особливості фізичної реабілітації при депресивних розладах у підлітковому віці…………………………………………………………….......47

Висновки до розділу 2…………………………………………………………..60

ВИСНОВКИ ……………………………………………………………………..63

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ ………………………….………65

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** Проблема депресивних розладів та методів реабілітації у підлітковому віці залишається однією з актуальних проблем сучасності. Поліморфізм патопсихологічних регістр-синдромів, тісний зв'язок із соматичними розладами і поведінковими порушеннями створюють значні труднощі для виявлення і правильної діагностики депресивних розладів у дітей цього віку. Підліткова депресія може привести до повторювань протягом життя емоційних, соціальних і міжособистісних труднощів і навіть до спроб суїциду.

Дослідження, присвячені методам реабілітації депресивних розладів, їх феноменологічним особливостям, динаміці симптоматики, співвідношенню афективних компонентів, відбиті у вітчизняній і зарубіжній науковій літературі недостатньо. У той же час проблема фізичної реабілітації афективних розладів у дитячому і підлітковому віці є однією з найбільш актуальних, у зв'язку з частішанням і неухильним омолодженням депресивних порушень. За даними досліджень, поширеність депресій у підлітковому віці досягає 10-15%, а середній вік їх виникнення наближається до десяти років. Інтерес до дослідження методів фізичної реабілітації у підлітків з депресивними розладами представляється цілком закономірним у зв'язку зі значною частотою їх маніфестації у пубертатному віці. Дослідниками підкреслюється патогенетична роль пубертатної фази в розвитку психічних захворювань, що виявляється в різкому зростанні афективних, особливо депресивних епізодів у цьому віці.

Проте, дотепер  не розроблені підходи до особистістної диференціації при депресивних розладах та методи фізичної реабілітації підлітків з такими розладами. При діагностиці перших депресивних епізодів у ряді випадків виникають визначені утруднення в зв'язку зі значним збільшенням за останні роки атипових, соматизованих, маскованих форм депресивних розладів. Недостатньо розроблені критерії диференціації перших депресивних епізодів. Залишається актуальної проблема своєчасності реабілітації депресивних станів.

Особливу актуальність має визначення критеріїв диференціальної діагностики і прогнозу перших депресивних епізодів, оскільки нерідко різні захворювання в підлітковому віці маніфестують подібними депресивними розладами. Структура вперше виникаючих депресивних розладів у рамках різних ендогенних захворювань у дитячому і підлітковому віці залишається недостатньо вивченою, вимагають уточнення диференційно-діагностичні критерії цих станів, не простежені вікова динаміка і прогностичне значення феноменологічних особливостей депресії у дітей підліткового віку, потрібна адаптація методів фізичної реабілітації підлітків при наявності депресивних розладів.

**Об'єкт дослідження** – депресивні розлади у підлітків.

**Предмет дослідження** – особливості особистісної диференціації при депресивних розладах у підлітків та методи допомоги.

**Мета дослідження –** теоретично обгрунтувати та експериментально дослідити особливості особистісної диференціації при депресивних розладах у підлітків та методи допомоги засобами фізичної реабілітації.

З**авдання дослідження:**

1.Провести теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми депресивних розладів у підлітків та методі допомоги.

2.Розкрити основні типи депресивних розладів у підлітковому віці.

3.Дослідити особливості особистісної диференціації при депресивних розладах у підлітковому віці.

4.Запропонувати методи фізичної реабілітації при депресивних розладах у підлітків.

**Методи дослідження.** Для розв’язання поставлених завдань використано систему загальнонаукових методів теоретичного та емпіричного дослідження, спостереження, бесіда, констатуючий експеримент, тестування (шкала оцінки депресії Гамільтона, шкали суб'єктивної оцінки депресії А. Бека, ПДО, методика визначення самооцінки “Хто Я?”, методики «Класифікація предметів”, “Прості аналогії”, “Складні аналогії”, “Співвідношення прислів'їв, метафор та фраз”, “Суттєві ознаки предметів” “Піктограма”, “Опосередковане запам'ятовування”, тест 10 слів); методи фізичної реабілітації.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає у тому, що розкрито особливості особистісної диференціації при депресивних розладах у підлітків та запропоновані методи фізичної реабілітації та допомоги підліткам з депресивними розладами.

Використаний у роботі діагностичний інструментарій може становити методичну основу подальших досліджень підлітків з депресивними розладами.

**Розділ 1**

**Теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми депресивних розладів у підлітків ТА МЕТОДІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

**1.1.** **Аналіз підходів до проблеми депресивних розладів у підлітків та методи реабілітації**

Проблема депресивних розладів у підлітковому віці та методів іі фізичної реабілітації є однією з найбільш актуальних у сучасних умовах в зв'язку з неухильним «омолодженням», значними діагностичними труднощями і високою поширеністю в популяції. Багато дослідників відзначали актуальність раннього розпізнавання дитячих і підліткових депресій. Проте, відсутні чіткі, безперечні представлення про депресивні розлади. За даними різних вітчизняних і закордонних дослідників, поширеність депресій у підлітковому віці в даний час коливається від 2 % до 28% у залежності від точки зору дослідника [3; 12; 43].

В даний час існування афективних розладів у дітей уже не викликає сумніву, хоча полярні думки по цій проблемі зберігалися донедавна. Ще на початку другої половини XX століття відкидалася сама можливість виникнення депресії в дитячому віці. Із середини 70-х років з'явилися роботи які показують, що афективні розлади виникають значно частіше, ніж їх діагностують [53].

Не було єдності і в питаннях про вік маніфестації депресивних порушень. Деякі дослідники розглядали депресивні порушення лише в рамках МДП і стверджували, що виникнення ендогенної депресії неможливо раніше 12 років [10; 55].

В.М. Башина, В.В. Ковальов, Т.П. Сімпсон, А.М. Чехова описують досить типові прояви депресивної симптоматики у дітей, починаючи з раннього віку. Більшість дослідників, що займаються депресіями, насамперед, указують на значну частоту їх маніфестації в пубертатному віці [10; 12; 37; 47; 81].

Патогенетичну роль пубертатної фази в розвитку психічних захворювань, що проявляється у різкому зростанні афективних, особливо депресивних епізодів у цьому віці підкреслювали багато авторів [2; 6; 11; 22; 84].

Висновки про взаємозв'язок розвитку депресії у підлітків і приналежністю до статі також не однозначні. Наприклад, у ряді досліджень показано, що стать не є чинником ризику для виникнення афективного розладу. Однак більшість дослідників вважає, що дівчинки занедужують частіше і мають більш високий ризик рецидиву. Аналізуючи осіб з розладами настрою, вони вказують на те, що несвоєчасна діагностика депресій і, відповідно, відсутність адекватної допомоги у великому числі випадків від 42 % до 74 % приводила до розвитку почуття глибокої безнадійності, що супроводжується суіцидальними спробами. Дослідники відзначають, що депресія, не діагностована на ранніх стадіях свого розвитку в дитячому чи підлітковому віці, не завжди зникає при дорослішанні, а скоріше приймає більш важку форму. Подібні дослідження одиничні, а висновки досліджень, у яких катамнестично простежені групи підлітків з початком депресії у віці 13-15 років і тривалістю до 15 років суперечливі. Одні стверджують, що більшість дітей і підлітків з діагнозом «депресивний епізод» цілком видужують. Інші вважають, що імовірність повторення депресивного епізоду істотна і досягає 70% [7; 48; 56; 80].

Суперечливі дані щодо частоти виникнення депресивних розладів у підлітковому віці, виникнення перших депресивних епізодів, коморбідності, статевих розходженнях і прогнозу зв'язані з істотним розходженням у підходах дослідників до депресивних розладів взагалі й у дитячому віці зокрема [10; 12].

Більшість вчених вважає, що депресивні розлади є частим компонентом багатьох психічних захворювань, що впливають на їх суть і структуру, при цьому раннє встановлення нозологической приналежності розладу необхідно для визначення прогнозу і терапевтичних підходів [2; 6; 22; 37; 35; 55; 64]. Автори, що розділяють цю думку, при вивченні депресії в дорослому, юнацькому, підлітковому і дитячому віці використовують найбільш традиційну класифікацію P. Kielholz, в основу якої покладений нозологічний принцип. У ній виділяються органічні, симптоматичні, шизофренічні, циклічні, невротичні і реактивні депресії.

Психогенні розлади у дітей і підлітків, нажаль, - розповсюджені патологічні стани. В останні роки відмічають зростання даної патології, особливо депресій, диференціальна діагностика яких представляє труднощі, пов'язані як з віковим фактором, так і з особливостями психопатології, етіопатогенезу, непсихотичного рівня розладів.

Відзначено, що психогенії в дітей складають 80% від усіх психічних захворювань, різноманіття клінічних початкових форм захворювання розглядаються як препсихопатичні стани [53].

На думку А. М. Чехової, психогенні розлади у виді невротичних реакцій спостерігаються в старшому дошкільному віці, що відповідає другому віковому кризу (5–7 років), а психогенні розвитку особистості в період пубертатного кризу (12–18 років). Вона ж відзначає, що в дитячому й особливо в підлітковому віці часто спостерігаються порушення поводження, що характерно для тривалої травматизації [81].

А.Є.Лічко докладно описує афективні і патохарактерологічні реакції, неврози і психопатії в підлітковому віці, розглядаючи неврози як психогенні захворювання, а в етіології психопатій виділяє несприятливий вплив середовища і резідуально-органічний фактор [45].

В.В.Ковальов виділяє психогенні захворювання: реактивні психози і загальні неврози, системні неврози, психогенні характерологічні і патохарактерологічні реакції і патологічне формування особистості. Ю.Ф.Антропов виділяє в дитячому віці наступні види депресій: субдепресивні стани, помірковано виражені депресії, тривожний варіант, тривожно-тужливий і астенічний варіанти [6 та ін.].

За даними американських авторів, депресії у підлітків можуть виявлятися також у синдромі дезадаптації, розладах поводження, порушенні уваги, затримці інтелектуального розвитку, тривозі. Причиною депресії в дітей вони вважають ранню депривацію, стресові ситуації в родині. У дослідженнях, присвячених сімейній терапії, приділяється велика увага терапії батьків із включенням дітей і відновленням порушених зв'язків між дітьми і батьками. Автори стосуються соціальних аспектів терапії, неблагополучних і дезорганізованих родин. Дослідники наголошують на можливості реабілітації підлітків у родині, школі та суспільстві методами фізичної терапії.

**1.2.** **Класифікація методів реабілітації депресивних станів у підлітковому віці**

У вітчизняній науці підходи до вивчення афективної патології дорослого і дитячого віку збігаються. У дорослих і юнаків депресивні стани описуються в рамках невротичних розладів, реактивних станів, а також у структурі психопатичного розвитку особистості [1; 11; 37; 47; 55; 84].

Багато дослідників починали спроби описати ознаки депресій у підлітковому віці з метою їх нозологічної верифікації. при цьому вони відзначали, що найбільші труднощі виникали при диференціації перших приступів МДП і шизофренії, що маніфестують депресивними розладами.

Про схожість клінічних проявів цих захворювань на ранніх етапах хвороби говориться ще в першій монографії, присвяченій депресивним розладам дитячого віку, Гомбургера в 1926 році. У ній відзначалося, що до ранніх симптомів шизофренії відносяться депресивні розлади з явищами апатії, дисфорії, плаксивості, ослабленням афективного резонансу. Дослідники, що займалися динамікою психопатій, указували на особливо часте виникнення депресивних фаз у рамках декомпенсації психопатій у пацієнтів молодого віку Вони описували атипові депресивні стани в підлітків шизоїдного складу, що відрізняються з дитинства замкнутістю, чудакуватістю, ексцентричністю, які проходять безвісти і надалі не приводять до розвитку шизофренії [22; 48].

Всі автори відзначають труднощі діагностики депресивних станів у підлітків у силу вікової схильності підлітків до інтроспекції, самоаналізу, мудрування, легко виникаючого тривожно-боязкого чи апатичного настрою, що часто приймає шизофренічне фарбування, і утруднює правильну діагностику.

Дослідники відзначають, що в дитячому віці рідко зустрічаються стани, що вичерпуються обов'язковими для депресії симптомами. Частіше спостерігаються поліморфні картини. Однак утруднення в діагностиці обумовлено не тільки поліморфізмом, але й ізоморфізмом клінічних проявів, тобто зовнішньою подібністю при різній сутності, що особливо виражено в підлітковому віці. Таким чином, перші депресивні епізоди, при зовнішній синдромологічній подібності можуть бути відображенням різних психічних захворювань чи психопатологічних станів [3; 7; 11; 37].

На думку багатьох авторів, у підлітковому віці значні складності представляє диференціація депресії ендогенної і психогенної природи, психотичного і невротичного рівнів [1; 6; 48; 53; 56].

Більшість авторів основне значення у виникненні ендогенних депресивних розладів додають внутрішнім умовам, до яких відносять:

1) визначені риси особистості і характерологічн відхилення;

2) уроджену чи придбану внаслідок соматичних захворювань слабкість нервової діяльності;

3) генетичну схильність.

При цьому вважається, що стресова подія відіграє пускову роль у виникненні чи повторенні депресивних станів [2; 6; 11; 56].

Переважна більшість вітчизняних дослідників, вивчаючи депресивні стани на першому етапі, аналізують структуру депресивної тріади. У поняття депресивної тріади включається власне знижений настрій (гипотімія) і супутні йому ідеаторні (уповільнення чи прискорення асоціацій) і моторні (рухова загальмованість чи занепокоєння) компонента депресивного синдрому.

Аналіз літературних даних показує, що до особливостей депресивних розладів у підлітковому віці відносяться нестійкість і незавершеність власне афективного компонента, високий рівень тривоги, виразність ідеаторних порушень, частоту психопатологічного поводження. Ці розлади виступають на тлі малої приступності і відсутності усвідомлення підлітком свого хворобливого стану, як у період депресії, так і по її минованні. Пубертатні депресії протікають, як правило, з кількаразовою зміною афекту протягом одного епізоду. У того самого підлітка в залежності від зовнішніх обставин і часу доби можуть переважати то тривога і занепокоєння, то апатія і байдужість, то похмуре невдоволення чи дратівливість. У практиці дитячої і підліткової патопсихології успішно використовується диференціальна і динамічна патопсихологічна діагностика [2; 53].

У дослідженнях визначені прояви депресії, що виявляються при психологічному обстеженні. До них відносяться: знижене тло настрою в ході дослідження, зміни в мнестичній діяльності, зниження продуктивності, змінена оцінка майбутнього (минулого), знижена самооцінка, прояви депресії в малюнках (зменшений розмір, тонкий натиск), коливання розумової працездатності і деякі інші [2; 10; 53].

Психологічні дослідження, проведені на підлітках, що страждають шизофренією, знайшли своєрідну специфіку цієї вікової групи в порівнянні зі здоровими однолітками [12].

У деяких роботах була показана успішність диференційно-діагностичного психологічного дослідження циклотимоподібних розладів у пубертатному віці [2; 63].

Таким чином, дані літератури свідчать про надзвичайну складність нозологічної діагностики депресивних розладів на ранніх стадіях. При цьому ряд авторів вважає, що критерії синдромальної кваліфікації у дорослих не можуть бути механічно перенесені на дитину, оскільки феноменологію дитячої депресії визначає «фактор часу», що грає ключову роль у розвитку депресивних синдромів протягом життя.

**1.3.Особливості структури депресивних станів у підлітків**

Існують різні синдромологічні систематики депресивних розладів у дітей які не мають єдиних критеріїв угруповання і по-окремості не відбивають різноманіття феноменологічних варіантів депресії. Найбільше часто депресивні стани розділяли по переважному в клінічній картині афекту. Kielholz H., Adams поділяли депресію на чотири основні форми: з тугою і пригніченістю, із тривогою й ажитацією, апатичні форми. У деяких систематиках використовували як синдромологічні, так і нозологічні категорії. Так, Schachter виділяв «меланхолійні стани», «депресивні прешизофренічні стани», «невротичні» і «змішані стани». Існує поділ депресій по попередній стресовій події - Toolan розділяє дитячі депресії на анаклітичні депресії, депресії в дітей депресивних матерів, депресії при розлученні батьків, депресії з інтелектуальною неспроможністю, масковані депресії й анорексію з депресією. Kovacs виділяє в школярів «велику депресію», дистимію і порушення адаптації з депресією. Remschmidt класифікував циркулярні депресії з обліком феноменологічних особливостей з виділенням загальмованого, схвильованого, іпохондричного, фобічного варіанту.

Н. М. Іовчук відповідно до досить розповсюдженої систематики афективних розладів у дитинстві на основі синдромального підходу, виділяє 10 типів депресивних станів: тужливий, тривожний, боязкий, дисфоричний, unlust, адинамічний, ступидний, субступорозний, слізливу, соматизований [84].

В. М. Башина розглядає депресивні епізоди в рамках восьми, які найбільш часто зустрічаються в дітей, типів депресій: адинамічної, астенічної, тривожної, тужливої, меланхолійної, психопатоподібної, дисфоричної, соматизованої, із приєднанням одного з ведучих симптомів - анорексичного поводження [10].

Багатьма патопсихологами, що вивчають депресивні розлади відзначалося, що власне афективна симптоматика в дітей і підлітків найчастіше «замаскована» масою неврологічних, загальносоматичних і поведінкових проявів. Вони відзначали, що тільки в 14%-30% дітей причиною звернення до спеціаліста є розлад настрою, в інших випадках приводом для звертання стають порушення поводження, труднощі в навчанні чи психосоматичні розлади. Іншим широко розповсюдженим варіантом пубертатних депресій були астенічні депресії. Багато авторів відзначали, що для підліткового віку характерними є непояснене падіння успішності, періоди «ліні», нудьги, епізоди «астенії» [1; 3; 22; 80].

А.Є. Лічко, С. Д. Озерецьковський відносили астено–апатичні розлади і падіння успішності до специфічного для пубетатного віку еквівалентам депресивного синдрому. У роботах І.В. Олейчика, М. Я. Цуцульковської ці стани розглядаються в рамках юнацької астенічної неспроможності і є гіпертрофованим психастенічним компонентом депресивної тріади. Вивчення сполучення тревожно-фобічних, обсесивно-компульсивних, поведінкових, соматоформних розладів і депресії визначило розвиток теорії коморбидності цих розладів [45; 53; 80].

З часів Е. Крепеліна депресивний стан характеризувався так називаною депресивною тріадою: знижений настрій, моторна і психічна загальмованість. Депресивній тріаді з цілісним і гармонічним гальмуванням у всіх ланках і дотепер придається велике значення як діагностичній ознаці ендогенної депресії.

О. П. Вертоградова виділяє три компоненти афективної ланки депресивної тріади: тужливий, тривожний і апатичний. Аналіз ідеаторного і моторного компонентів показав, що порушення в кожній із сфер характеризується двома варіантами розладів - гальмуванням і розгальмуванням. Критерії відповідності характеру і ступеня виразності ідеаторних і моторних порушень домінуючому афекту дозволили виділити гармонічні, дисгармонійні і дисоційовані варіанти тріади в рамках тужливого, тривожного й апатичного типів. При цьому подальші дослідження депресій показали, що велика їх частина не вичерпується схожою клінічною картиною. H. Kielholz підкреслює діагностичне значення трьох найбільш істотних компонентів депресивного синдрому: втрату інтересів, втрату енергії і здатності знаходити задоволення в чому-небудь. Перші два, на думку Ю.Л. Нуллера дозволяють диференціювати депресію з тривогою від первинної тривоги (при останній не має скарги на втрату інтересів і енергії) [22 та ін.].

Вивчаючи афективні порушення в дитячому віці, багато дослідників характеризують підлітковий вік як перехідний, маючи у виді зміни депресивної симптоматики від «дитячої» до «дорослої» [12; 43; 58].

На думку деяких авторів, особливо в підлітковому віці, найчастіше відбувається «перехлест» між «дорослими» депресивними феноменами і розладами, специфічними для дитячого віку, такими як масивність сомато-вегетативних проявів, виразність тривожного компонента і порушень поведінки.

Багато авторів виділяють типові ознаки дитячої ендогенної депресії: масивність соматичних і поведінкових розладів, фрагментарність, мінливість характеру і ступеня виразності афективного компонента, багатоплановість відтінків патологічного афекту з перевагою чи тривоги дисфорії, частота епізодів психомоторного порушення з насиченим атиповим афектом.

Аналізуючи розходження у феноменології депресій у дитячому і дорослому віці, деякі автори дійдуть висновку, що в їх основі лежить недостатня зрілість і здатність до вербалізації депресивних переживань у дітей [6; 80].

Так, D. Shaffer вважає, що багато проблем при порівнянні депресій різного віку зв'язані з недообліком ступеня когнітивного розвитку. Він думає, що здатність генерувати і відкидати альтернативу майбутніх подій не виникає до віку сформованого оперативного мислення, тобто до 12-14 років, але саме цей процес веде за собою почуття розпачу і безнадійності. Г. К. Ушаков так само відзначав, що тільки після 12 років дитина здобуває здатність передбачення майбутнього (антиципація) і стає здатним реагувати не тільки на безпосередню психогенну ситуацію, але і на очікувану, можливу в майбутньому з виникненням типових депресивних станів. Автори висловлюють припущення, що діти по-іншому сприймають питання і досліднику досить важко інтерпретувати дитячі висловлення. Так ідеї самозвинувачення є одним з основних ознак депресії в дорослих, а в дитини - результатом проблем у родині, коли він почуває себе винуватим за розставання родичів.

Таким чином, огляд літератури показує, що перші афективні епізоди в дитячому і підлітковому віці мають складну, динамічну, полісиндромальну структуру. Це пов'язано з тим, що розлад виникає в несформованої особистості, часто з перекрученим розвитком. Нерідко відповідь дитини на стрес, викликаний, у тому числі і захворюванням відбиває способи реагування властиві більш ранньому віку. Депресивні ознаки виявляються на тлі незрілої здатності дитини до адекватної вербалізації переживань, спрямованості фабули депресивних ідей зовні, високій частоті реактивної провокації і чутливості симптоматики до зовнішніх впливів, при несформованій особистісній захисній реакції. У підлітковому віці поряд, з цим, клінічну картину видозмінюють прояви пубертатного періоду, коли починається збільшення соціальних і інтелектуальних навантажень.

Складність чіткої діагностики депресивних станів у підлітків обумовлює необхідність поглибленого вивчення їх феноменології і тенденцій течії. Приблизно в половини цих дітей виникають труднощі соціалізації, які, при відсутності належної уваги з боку педагогів, психологів, батьків, найчастіше розвиваються у важкі форми розладів соціального поводження - криміналізацію, суіцидальність, наркоманії.

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1**

В останні роки відзначається зростання психогенних розладів у підлітків, особливо депресій, диференціальна діагностика яких становить труднощі, зв'язані як з віковим фактором, так і з особливостями рівня розладів. Близькість клінічних особливостей перших депресивних епізодів до вікових проявів пубертатного віку, клінічний поліморфізм патопсихологічних симптомів у сполученні з нозологічним ізоморфізмом, рудиментарністю і незавершеністю патопсихологічних розладів, великий зв'язок з вегетативними дисфункціями, соматичними розладами і поведінковими порушеннями створюють великі труднощі для раннього виявлення депресивних розладів.

В огляді літератури переважно відбита думка, що у підлітків вектор афективних переживань, у переважній більшості випадків, спрямований зовні, тобто на навколишніх, а перші афективні епізоди мають складну, динамічну, полісиндромальну структуру. Це пов'язано з тим, що розлад виникає в несформованої особистості, часто із спотвореним розвитком. Нерідко відповідь дитини на стрес, викликаний, у тому числі і захворюванням, відбиває способи реагування, властиві більш ранньому віку. Депресивні ознаки виявляються на тлі незрілої здатності дитини до адекватної вербалізації переживань, спрямованості фабули депресивних ідей зовні, високій частоті реактивної провокації і чутливості симптоматики до зовнішніх впливів, при несформованій особистісній захисній реакції. У підлітковому віці, поряд з цим, клінічну картину видозмінюють прояви пубертатного періоду, коли починається збільшення соціальних і інтелектуальних навантажень.

Складність чіткої діагностики депресивних станів у підлітків обумовлює необхідність поглибленого вивчення їх феноменології і тенденцій течії. Приблизно у половини цих дітей виникають труднощі соціалізації, які, при відсутності належної уваги з боку педагогів, психологів, батьків, найчастіше розвиваються у важкі форми розладів соціального поводження - криміналізацію, суіцидальність, наркоманії. Все це виводить на перший план необхідність подальшої роботи над адаптацією методів фізичної реабілітації підлітків при наявності депресивних розладів.

**Розділ 2**

**Експериментальне дослідження особливостей особистісної диференціації при депресивних розладах у підлітків ТА МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

**2.1. Процедура констатувального експерименту, обстежуваний контингент та методичний інструментарій**

Експериментальну вибірку склали 43 підлітка у віці від 11 до 16 років, (середній вік-14,2), що знаходилися на обстеженні і лікуванні в клініці.

З метою виявлення вікової динаміки депресивних станів досліджувана вибірка була розділена на дві вікові групи. Першу групу склали підлітки у віці від 11 до 13 років включно, у другу групу - у віці про 14 до 16 років включно. Таким чином, досліджувані вікові періоди охоплювали однакова кількість років (3 роки), і відповідали, за даними літератури, різним періодам дорослішання: препубертатному і ранньому пубертатному віку. Серед обстежуваних діти у віці 11-13 років склали 14 осіб, 14-16 років – 29 особа. По статевій ознаці обстежувані розділилися з перевагою дівчаток (28) над хлопчиками (15), що погодиться з даним досліджень про перевагу дівчинок серед дітей з депресивними розладами.

Відповідно до поставлених завдань дослідження, добір матеріалу здійснювався з урахуванням наступних основних критеріїв:

1.Наявність депресивних розладів у рамках уперше виниклого депресивного стану.

2.Початок депресії в препубертатний і ранній пубертатний період, тобто від 11 до 16 років.

3.У дослідження включалися підлітки з депресивними станами, картина яких вичерпувалася афективними, невротичними і психопатоподібними розладами.

Умовою добору було особисте обстеження підлітків під час депресивних приступів, а також можливість динамічного спостереження дітей.

Критерії виключення:

1.Наявність поточного органічного захворювання ЦНС.

2.Наявність розладів галюцинаторно-бредового регістру у статусі на момент обстеження.

3.Розумова відсталість.

Відповідно до завдань дослідження, спрямованих на вивчення широкого патопсихологічного спектру афективних розладів і виділення стійких типів з характерними структурними рисами, закономірностями динаміки і внутрішньою взаємодією, у якості основного використовувався патопсихологічний експеримент. При цьому оцінка психічних порушень в обстеженій групі проводилася поетапно.

Перший етап діагностичної процедури здійснювався на основі безпосереднього обстеження і клінічного інтерв'ювання підлітків. Як оцінні інструменти використовувалися шкали для оцінки депресії Гамільтона і Бека.

Розподіл депресій за ступенем важкості ґрунтувався на оцінці кількості присутніх у клінічній картині психопатологічних симптомів і ступіні їх виразності. Депресивному епізоду легкого ступеня відповідав стан 16 чоловік (22%), середнього ступеня - 50 (68,4%) і важкого - 7 (9,6%).

Ступінь ваги депресивного стану уточнювалася за результатами психометрических шкал: шкала оцінки депресії Гамільтона (HDRS) і шкали суб'єктивної оцінки депресії Бека.

Тривалість захворювання з моменту появи клінічних ознак першого депресивного епізоду складала від 3-х тижнів до 2,4 років (див. таб. 2.1).

Таблиця 2.1

**Тривалість депресії у підлітків до моменту дослідження**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **1 група** | **2 група** |
| до 3 місяців | 3 (6,8%) | - |
| до 6 місяців | 7 (12,3%) | 10 (27,4%) |
| до 1 року | 3 (9,6%) | 11 (28,8) |
| до 2 років | 1 (1,4%) | 5 (9,6%) |
| Понад 2 років | - | 3 (4,1%) |
| Середня тривалість | 8,4 міс | 13,7 міс |

Для оцінки преморбідної структури особистості були використані критерії для особистісних розладів. При оцінці особистісного складу підлітків, насамперед акцент робився на визначенні ведучих особистісних рис. Особистісні особливості обстежених підлітків не досягали ступеня психопатії (особистісного розладу), однак у всіх випадках можна було відзначити акцентуації тих чи інших рис характеру. Аналіз преморбідних особливостей досліджуваних підлітків по ПДО показав значну перевагу особистісних особливостей з кола шизоїдів у 32 осіб, при цьому експансивних шизоїдів - 7 осіб, сензитивних шизоїдів - 17 осіб, мозаїчних – 8 осіб. Істеричні риси переважали в 10 осіб, при чому в 8 випадках у сполученні з тривожними особистісними особливостями. Ознаки формування емоційно-хитливого особистісного розладу відзначалися в 6 осіб. Риси ізольованого тривожного і залежного формування особистості спостерігалися в 10 і 6 випадках відповідно. Акцентуація ананкастних рис відзначалася у 9 підлітків.

Розподіл типів акцентуацій характеру у вибірці за патохарактерологічним діагностичним опитувальником відображено у таб. 2.2.

Таблиця 2.2

**Розподіл типів акцентуацій характеру у вибірці за даними ПДО**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **1 група (14)** | **2 група (29)** | **Усього** |
| Шизоїдний | 4 (9,6%) | 12 (34,2%) | 18 (43,8%) |
| Істеричний | 2 (4,1%) | 4 (9,6%) | 6 (13,7%) |
| Тривожний | 4 (8,2%) | 4 (5,5%) | 8 (17,7%) |
| Залежний | 3 (4,1%) | 3 (4,1%) | 6 (13,7%) |
| Ананкастний | 2 (2,7%) | 3(9,6%) | 5 (12,3%) |
| Емоційно-нестійкий | 1 (1,4%) | 3 (6,8%) | 4 (7,2%) |

При аналізі співвідношення типів депресії з особистісними особливостями були виявлені кореляції, описані в цьому розділі.

З огляду на те, що в задачу дійсного дослідження входило виявлення умов виникнення, а також питання диференціальної діагностики і прогнозу перших депресивних станів, виявилося необхідним проаналізувати частоту і характер різних психопатологічних епізодів у дитинстві.

В експериментальну вибірку увійшло 43 підлітка з першим депресивним епізодом у віці від 11 до 16 років, середній вік 13,2 років. З огляду на особливості депресивного синдрому, усі підлітки обстежилися по подібних психологічних діагностичних комплексах, побудованих відповідно до патопсихологічної традиції. Якісна оцінка психологічних особливостей підлітків проводилася на підставі психологічного висновку і протоколу обстеження. При кваліфікації отриманих даних використаний якісний і кількісний аналіз, опора на «сиру» і узагальнену інформацію (бали, відповідність нормативам, виразність розладів і особливостей, відставання й ін.). Діагностичний комплекс, побудований відповідно до принципів патопсихологічного дослідження, мав широку спрямованість, і не був спеціалізований щодо досліджуваного виду патології. Основна увага була зосереджена на оцінці особливостей розумової діяльності (рівень розвитку розумових операцій, вибірковість і критичність мислення) (використовувалися методики “Класифікація предметів”, “Прості аналогії”, “Складні аналогії”, “Співвідношення прислів'їв, метафор та фраз”, “Суттєві ознаки предметів”); пам'яті (довільна слухомовна безпосередня, асоціативна й опосередкована пам'ять) (використовувалися методики “Піктограма”, “Опосередковане запам'ятовування”, тест 10 слів) методика досліджування самооцінки. Велике значення у всіх випадках надавалося наявності чи відсутності позитивної динаміки за матеріалами дослідження за час перебування в клініці. Більшість випробуваних було обстежено через 1,5 місяця після надходження (62%).

Клініко-динамічне спостереження з щотижневою оцінкою ваги депресії по шкалі Гамільтона (HDRS) дозволяло простежити особливості феноменологічних видозмін афективних розладів, обумовлених закономірностями плину захворювання і психофармакотерапією. Аналіз доманіфестного періоду проводився за допомогою клініко-психопатологічної карти обстеження підлітка, що включає 48 кваліфікованих симптомів і ознак, що відбиває наявність екзогенних вреднощів, преморбідних особливостей, факторів спадкоємної обтяженості й особливостей розвитку депресії.

**2.2.** **Аналіз результатів констатувального експерименту**

Аналіз співвідношення компонентів депресивної тріади в рамках 1-го депресивного епізоду в обох вікових групах показав велику виразність ідеаторного компонента в порівнянні з афективним і моторним. Відзначалася наявність диспропорції між виразністю домінуючого афекту і ступенем виразності відповідних йому ідеаторних і моторних компонентів (див. таб. 2.3).

Таблиця 2.3

**Співвідношення компонентів депресивної тріади у вибірці**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **1 група (n-14)** | **2 група (n-29)** | **Усього** |
| Зниження настрою | 4 (31,8%) | 9 (29,4%) | 13 |
| Ідеаторні  порушення | 7 (50%) | 15 (53%) | 22 |
| Моторна загальмованість | 3 (18,2%) | 5 (17,6%) | 8 |
| Усього | 14 (100%) | 29(100%) | 43 (100%) |

Обмеження досліджуваного контингенту віковим діапазоном і феноменологічна подібність деяких типів, дозволили систематизувати 1-ий депресивний епізод по 6 основних типах депресивних станів: I - апатичний тип, II - анергічний тип, що включив адинамічну й астенічну депресії, III - тривожний, включаючи боязку й ажитовану депресії, IV - меланхолійний, включив тужливу, V – дисфорчний тип - психопатоподібну депресію, VI - соматизований тип був об'єднаний з іпохондричною депресією. Виділення цих типологічних варіантів депресій у підлітковому віці носило багато в чому дискретний характер при наявності між ними перехідних варіантів і сочетаних форм. При віднесенні депресії до якого-небудь типу враховувався характер домінуючих у їх картині психопатологічних розладів, у той час, як основні депресивні компоненти могли бути не враховані. Такі систематики зручні при описовому підході, але не дають чіткого представлення про структуру самого афективного розладу, а також важкі для побудови прогностичних моделей і статистичної обробки даних. Тому досліджувані стани розділені по єдиному принципу на 3 депресивних типи відповідно до ведучого афекту: I-тривожний, II-меланхолійний, III-дисфоричний. Цей поділ ґрунтувався на оцінці переважного афекту протягом всього епізоду при незначній чи виразності відсутності інших. У значній кількості випадків виділення ведучого афекту не відбивало реальної клінічної картини в силу тісного сполучення декількох афектів одночасно. Ці стани склали IV тип - змішаний.

Оцінка переважного афекту протягом депресивного епізоду відображена у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Оцінка переважного афекту протягом депресивного епізоду

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **1 група**  **(n-14)** | **2 група**  **(n-29)** | **Усього** |
| Меланхолійний | 1 (4,5%) | 3(15,7%) | 4 (12,3%) |
| Дисфоричний | 2 (9%) | 6 (19,6%) | 8 (16,4%) |
| Тривожний | 3 (27,3%) | 2 (3,9%) | 5 (11%) |
| Змішаний | 8 (59,1%) | 18 (60,8%) | 36 (60,3%) |
| Усього | 14 (100%) | 29(100%) | 43 (100%) |

До 1-го, меланхолійного типу (9 осіб), відносилися стани, у яких при наявності зниженого настрою домінували скарги на сум, смуток, нерідко з відчуттям ваги в груди, «каменю на шиї», бажанням плакати. Виявлялися особливості суб'єктивних відчуттів меланхолійного афекту. Підлітки з першої вікової групи (від 11 до 13 років) переважно скаржилися на смуток, сум чи не могли описати свій стан інакше, чим «не так весело, як раніш». На питання, де знаходиться в них сум, вони часто вказували на груди. Підлітки з другої вікової групи (від 14 до 16 років), описуючи свій стан крім цих скарг, повідомляли про епізоди особливої пригніченості з незрозумілими тілесними відчуттями, що самі чи по запропонованих порівняннях асоціювали з «каменем на груди», «гирею прив'язаної до шиї». На наш погляд ці відчуття еквівалентні скаргам на «тугу» у дорослих, хоча в досліджуваній вибірці рідко відзначалися скарги безпосередньо на «тугу». У більшості випадків зниження настрою підтверджувалося в процесі спостереження за дитиною: понурий, смутний вид, безрадісність, готовність до плачу, відсутність дитячої жвавості. Звертало на себе увага те, що у випадках переваги в афективному компоненті депресії меланхолійного афекту, прояву апатії й анергії також були значними. У цих спостереженнях клінічна картина ставала схожої на описувану типову депресію в дорослих. Установлені розходження по частоті зустрічальності окремих типів депресії відбивають «типізацію» депресій з віком. Так у дітей 1-ої вікової групи меланхолійна депресія спостерігалася лише в 1-го пацієнта, у 2-ій групі їхня кількість досягла 8 чоловік. Другий, дисфоричний тип (12 осіб), був представлений дратівливістю, запальністю, що часом приводить до агресії і прагнення до руйнування, з невдоволенням навколишніми, із причепливістю, недоброзичливістю, ворожістю, нерідко ненавистю переважно до родичів, з постійним бурчанням. Ці явища відзначалися на тлі безрадісного, похмурого настрою з відчуттям незначної пригніченості. Улюблені ігри, заняття не викликали задоволення. У віковій групі дітей від 11 до 13 років переважними були не стільки переживання неспроможності, скільки почуття непотрібності, недооцінки навколишніми, несправедливо нанесеної образи, тобто вектор дисфорії був спрямований зовні. Це супроводжувалося опозиційною, зухвалою поведінкою, антидисциплінарними вчинками, брутальністю, бійками, пропусками уроків, чи погрозами короткочасними відходами з будинку. У групі підлітків від 14 до 16 років ідеї неспроможності вже займали значне місце і супроводжувалися на початкових етапах депресії прагненням до самоствердження, визнанню навколишніми, у тому числі злими, цинічними витівками, а в міру наростання депресії - прагненням до ізоляції від навколишніх і концентрації дисфорії на членах родини. 3-ій тип із превалюванням тривоги спостерігався в 9 осіб. У його основі лежало відчуття внутрішнього занепокоєння чи безпричинної, беззмістовної тривоги, при яких часом відзначалися тривожні побоювання, частіше конкретного характеру. Характерними були скарги: «неспокійно», «якось не по собі», «немає спокою», «внутрішнє тремтіння». Тривожні побоювання мали різну фабулу, охоплюючи переважно лише звичну життєву сферу дитини з повсякденними турботами, в основному стосовно школи, здоров'я, безпеки, або спрямовуючи в майбутнє, що обіцяло негоди, небезпека (страх життя), діти турбувалися за батьків, боялися, що з ними щось станеться. Були виявлені вікові особливості прояву тривоги. У підлітків 1-ої вікової групи відзначалося посилення на тлі тривоги колишніх страхів і легкість виникнення нових. Найбільш розповсюдженими були страхи темряви з ілюзорними представленнями, страх лікарів, з побоюваннями заразитися смертельною хворобою через шприц, острах залишитися у відділенні назавжди, страх смерті матері. Також відзначалася поява соматичного компонента тривоги на стресові шкільні ситуації (контрольні, відповіді в дошки, іспити) у виді відчуття ваги чи тремтіння в епігастральній області, нудоти, слабості, ознобу і пітливості. Тривога не мала виразного добового ритму. Глибина й інтенсивність тривожних переживань була більше сполучена із ситуаційними моментами, чим згодом доби. Для підлітків 2-ий вікової групи були більш характерні добовий ритм із посиленням тривоги у вечірній час, раннє безсоння, страх школи і батьківського покарання. Соціофобія також здобувала виразний характер: підлітки 1-ї групи уникали великого скупчення людей, розмов з малознайомими людьми. Ставав більш вираженим соматичний компонент тривоги з тремтінням у грудях, тахікардією і страхом за власне здоров'я. Рухове занепокоєння не було постійним і чергувалося з руховою загальмованістю, особливо помітної в ранкові години. Ступінь ідеаторної загальмованості, як правило, була незначної, іноді відзначалося ідеаторне порушення з виразною фіксацією на визначеній тематиці. Найбільш частим у першому депресивному епізоді був IV тип, зі сполученням декількох афектів, що спостерігався в 1-ій і 2-ій вікових групах у 59% і 60 % відповідно. Аналіз структури сочетаного афекту у вікових групах, показав, що в 1-ої віковій групі сполучення 3-х компонентів спостерігалося в 4 випадках (18%), у 2 випадках меланхолія сполучалася з дисфорією і в 3-х випадках тривога з меланхолією. В другій групі тільки в 3-х підлітків (6%) відзначалося сполучення 3-х афектів, а переважним було сполучення дисфорії з меланхолією в 10 осіб (19%) і тривоги з дисфорією у 13 випадках (23,5%). Сполучення меланхолії з тривогою спостерігалося лише в 6 підлітків (12%).

Аналіз отриманих результатів показав, що вікові групи розрізнялися по перевазі в клінічній картині ізольованого меланхолійного, а тривожного і дисфоричного афекту, як ізольовано, так і в структурі змішаного афекту. У молодшій групі найбільш характерної була тривога як основний чи сполучений афект і спостерігалася в 17 осіб (77%), у той час як старшій групі в 23 осіб (45%). Дисфорія частіше спостерігалася в підлітків у віці від 13 до 15 років - 35 осіб (68,6%), а в групі підлітків від 11 до 13 років дисфоричний афект відзначався тільки в 10 осіб (45 %).

Таким чином, з огляду як на ізольовані типи, так і компоненти змішаного, була виявлена очевидна перевага тривожного афекту в 1-ій віковій групі, а дисфоричного й ізольованого меланхолійного в 2-ій групі.

Структуру депресивного епізоду поряд з афективними порушеннями складали, зниження спонукань, утрата вікових інтересів, здатність одержувати задоволення (апатія), а так само виражена фізична й інтелектуальна стомлюваність навіть при незначному зусиллі (анергія). У синдром анергії крім моторної загальмованості, включаються і розладуи розумової діяльності, зв'язані з уповільненням темпу мислення. Аналіз цих розладів у рамках першого депресивного епізоду в підлітків зажадав поділу адінамії і психастенії в силу їх різної значимості і частоти. Особливістю шкільного віку є необхідність щоденного засвоєння і застосування нових знань. Тому зміна розумової діяльності відразу знаходить своє відображення в збільшенні, а потім недостатності часу на підготовку домашніх завдань і відповідно зниженні успішності, що приводить до прогулів занять, появі шкільної фобії, наростанню шкільної дезадаптації. Труднощі концентрації уваги, порушення зосередження, висока стомлюваність при інтелектуальних навантаженнях, погіршення пам'яті спостерігалися в 68 % випадків, з перевагою в старшій групі. Прояву моторної загальмованості відзначалися в обох групах приблизно з однаковою частотою. Частота апатичних, психастенічних і адинамічних порушень (з урахуванням випадків їх сполучення) відбита у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

**Частота апатичних, психастенічних і адинамічних порушень у вибірці**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **1 група**  **(11-13 років)** | 1. **група**   **(14-16 років)** | **Усього** |
| Апатія | 2 (18,1%) | 6 (27,4%) | 8 (19,2%) |
| Психастенія | 5 (41%) | 16 (68,6%) | 20 (60,2%) |
| Адинамія | 7 (50 %) | 15 (50,9%) | 22 (50,7%) |

Апатичні розлади в досліджуваних групах виявлялися скаргами на нудьгу, відсутністю чи зниженням бажання займатися раніше цікавлячими справами, «байдужність до всьому». Підлітки «остигали» до колишніх захоплень, друзям, у спортивних секціях і кружках вони займалися без колишнього задоволення, «по інерції» чи під контролем батьків, а згодом зовсім припиняли заняття. Апатія в жодному випадку не була ведучим розладом, але незмінно була присутня в структурі депресивного епізоду і часто вказувалася в ряді основних скарг, причому з більшою частотою в старшій групі. Її прояви тісно перепліталися в структурі депресії з іншими компонентами. У багатьох підлітків зберігалося бажання повернути втрачене почуття радості і задоволення. Тому вони нерідко наполягали на покупці різного роду ігор, що незабаром «закидали», змінювали захоплення, заводили нові знайомства, пробували курити, вживали алкоголь. Хоча в ряді випадків в основі цих бажань лежав меланхолійний афект із властивим смутком, відсутністю почуття радості і спробами перебороти пригніченість. Аналіз матеріалу виявив певні закономірності взаємини тривожних і депресивних порушень, з виділенням двох груп. У першій групі (11 осіб - 5 хлопчиків, 6 дівчат; середній вік 13,1) виявлялася асинхронність коливань тривожних і депресивних розладів, незначний взаємний вплив і розбіжність переживань, тобто наявність первинної тривоги й ендогенної депресії при відсутності їх когнітивного компонента. Тільки в 2-х випадках відзначалася психогенно спровокована маніфестація розладів. У цій групі переважними були особистісні особливості із шизоїдного кола (8 з 9 осіб), причому сензитивних шизоїдів було 6 чоловік і 2 минулого мозаїчними шизоідами. Цей тип сполучення розладів одержав умовну назву незалежного. В другій групі сполучення тривожно-фобічних і депресивних розладів (17 осіб - 5 хлоп., 12 дів.; середній вік 12,4) характеризувалося виразністю взаємного впливу, синхронністю коливань порушень, тобто просліджувалася чітка конгруентність цих розладів у динаміку симптоматики. Когнітивні компоненти афектів тривоги і депресії залежали від віку підлітка. У 2-ій групі переважно відзначалися зв'язок із психотравмуючою ситуацією, синхронний плин і рівнобіжна редукція тривожних і депресивних розладів. Преморбідні особливості були представлені в основному особистостями тривожного кола - 16 осіб, з них у сполученні з істеричним радикалом 5 осіб. Шизоїдний склад особистості був виявлений лише в 1 підлітка. Механізм виникнення сполучених депресивних і тривожних розладів у цих підлітків був багато в чому зв'язаний з посиленням тривожності, властивої преморбідної особистості, при приєднанні депресивної симптоматики. При редукції депресії тривога також зменшувалася, але зберігалася на рівні особистісних особливостей індивідуума. Цей тип сполучення розладів був названий залежним. Найбільше часто депресивні розлади супроводжувалися порушеннями поводження (30,1%). У групу зі сполученням у клінічній картині депресивних і поведінкових розладів увійшли 22 підлітка (13 хлопчиків і 9 дівчинок), 5 підлітків у віці від 10 до 12 років і 17 – у віці від 13 до 15 років. Середній вік склав 13,4 років. Загальним для цієї групи була наявність дисфоричного афекту. В основному дисфоричний афект спостерігався постійно клінічній картині, у більшості випадків (73,6%) визначаючи структуру депресії. Для них була характерна перевага постійного невдоволення, з бурчанням, причепливістю, негативною оцінкою навколишніх, неприязню, що часом переростає в ненависть. Тільки в 6 випадках (27,2%) дисфоричний афект виникав короткочасно, чи приєднувався переміняв основні депресивні компоненти. Для цих підлітків було властиве нагромадження афекту з подальшою його реалізацією при незначному приводі, у виді спалахів з агресією.

Порушення поведінки наростали переважно поступово з поглибленням депресії. У більшості випадків просліджувався чіткий зв'язок між типом преморбідної особистості і проявами порушень поведінки, у той час як структура самої депресії і переважний компонент відігравали другорядну роль. Проте, поява в афективній ланці крім дисфоричного афекту, меланхолійного чи тривожного вносили визначені корективи.

У 12 випадках, коли дисфоричний афект був ведучим, порушення поведінки були найбільш вираженими. У цих підлітків на тлі постійного невдоволення найбільше легко виникали дисфоричні «спалахи», що супроводжувалися вербальної, а нерідко і фізичною агресією. У причинах свого поведінки і невдач вони переважно обвинувачували навколишніх.

При меланхолійно-дисфоричному афекті (8 підлітків) агресія носила переважно вербальний характер у відношенні родичів. Особливо болісно ці підлітки переживали відчуття неспроможності, тому дисфоричні спалахи виникали при контролі за виконанням шкільних завдань чи спробах активізувати їх. Вони відзначали, що приймали запропоновані наркотики, алкоголь, курили, щоб поліпшити настрій, залишалися в компанії однолітків, навіть не схвалюючи їх спосіб життя з метою забутися, не бути наодинці зі своїми думками, у прагненні полегшити свій стан. У цій групі порушення соціальних норм, невідповідність вимогам батьків і вчителів супроводжувалися в підлітків ідеями провини, суіцидальними думками і діями.

Тривожно-дисфоричний афект відзначався при сполученні депресії і поведінкових порушень лише в 4 випадках. Патологічне поводження в цих підлітків було менш виражене в порівнянні з першими двома групами й в основному визначалося особистістю хворого. При посиленні тривоги відзначалися епізоди ажитації з дисфоричним відтінком. Підлітки металися не знаходячи собі місця, при цьому обвинувачували батьків, висловлювали старі образи, рвали і валили, що було під рукою, грозилися вдарити, убити батьків, але наносили ушкодження собі.

Риси емоційної нестійкості у преморбіді відзначалися в 6 чоловік. Виникнення депресивних розладів у цих дітей супроводжувалося посиленням конституціональних рис. Цим підліткам були властиві елементи асоціального поводження: бійки, уходи з дому, посилення патологічних потягів і зв'язаних з ними злодійством і прогулами шкільних занять, відзначалися ранні сексуальні зв'язки. При посиленні контролю виникало яскраво виражене опозиційне поводження, спрямоване на об'єкти контролю. У всіх 6-х підлітків у міру стихання афективних порушень редукувалися поведінкові розлади.

При превалюванні істеричного радикала (6 дівчат) у структурі особистості відзначалися схожі порушення поводження, але вони диктувалися метою залучення чи утримання уваги навколишніх, при цьому зниження інтелектуальних можливостей і недостатність емоційного реагування, унаслідок, депресії змушували цих дітей реалізовувати свої бажання через доступні способи. З порушень поводження найбільш частими були бійки з однолітками, активне прагнення до компанії старших підлітків, звичайно з більш низьких соціальних прошарків і примітивних інтересів, знущання над більш слабкими, вживання алкоголю, відходи з будинку, пов'язані з конфліктами з батьками.

Треба відзначити, що у всіх випадках, при опитуванні підлітків, незважаючи на виражені поведінкові розлади, визначалися депресивні симптоми, залишені без уваги вчителями і батьками. Поряд з дисфорією, виявлялися тривога, епізоди тужливого настрою, млявість, утрата колишніх інтересів, зниження спонукань. У ряді випадків тільки несподівана суіцидальна спроба з'явилися приводом для першого звертання до психолога чи психіатра.

Таким чином, основними факторами в появі і формуванні особливостей порушень поводження коморбідних з депресивним розладом були: тип преморбідної особистості і виразність акцентуації характеру, вік виникнення депресії, що веде депресивний афект.

У силу значної зустрічальності суіцидальних думок і тенденцій при симптомах депресії в підлітковому віці і їх безумовній небезпеці був проведений аналіз суіцидального поводження в досліджуваній вибірці.

У більшості випадків переважало демонстративна суіцидпльна поведінка, що несе в собі елементи шантажу, але не втрачає при цьому своїй небезпеці. Поряд з цим зустрічалися імпульсивні суіцидальні дії. Обмірковані і сплановані суіцидальні спроби зустрічалися рідше, але були найбільше травматичними і небезпечними і завжди несподіваними для навколишніх. У 1-ії віковій групі суіцидальну спробу зробили 3 хворих (13,6%), з них 1 повторив спробу при рецидиві депрессії. Суіцидальні думки і тенденції відзначалися в 6 чоловік (27,2%). При опитуванні підлітків виявлялося, що в основі суіцидального поводження лежали ідеї покарання своєю смертю батьків, а також страх власного покарання за реально зроблені дії.

У старшій групі 12 чоловік (23,5%) зробили суіцидальну спробу, причому 9 з них повторили її. Суіцидальні думки і тенденції виявлені ще в 14 підлітків (27,5%). Суіцидальні дії улаштовувалися в 5 випадках ідеями власної неспроможності і «свідомою відразою, що формується, до життя», лише в 1 випадку почуттям провини. У структурі депресії в цих підлітків переважав меланхолійний афект, іноді в сполученні з дисфоричним. В усіх з них відзначалися особистісні особливості з кола шизоїдних. В інших 6 випадках спостерігалися демонстративні спроби. У цій групі превалювали дисфоричні депресії в емоційно-хитливих осіб з домінуючим істеричним радикалом. Суіцидальне поводження при депресії тривожного типу обмежувалося рідкими думками про небажання жити чи погрозами, під час епізодів ажитації.

Обстежувані підлітки при суіцидальних спробах звичайно використовували великі дози лікарських препаратів (11 підлітків), чи розкриття вен (4 підлітка). Суіцидальні думки не завжди виявлялися при опитуванні підлітків. У ряді випадків про їх ставало відомо при заповненні підлітками суб'єктивної шкали оцінки депресії Бека. При цілеспрямованому опитуванні цих підлітків і їх батьків з'ясовувалося, що за якийсь час до здійснення суіцидальної спроби були відзначені міркування на теми сенсу життя, іноді переживання підлітка відбивали малюнки в шкільних зошитах, що мали суіцидальний зміст.

З метою виявлення диференційно-діагностичних критеріїв депресивних епізодів ми скористалися патопсихологічними методами. Першу клінічну групу склали 18 підлітків, у яких перший депресивний епізод був маніфестацією біполярного афективного розладу. У цій групі відзначалися приблизно рівне статеве співвідношення (10 дівчинок, 8 хлопчиків), середній вік 13,6 років (5 підлітків від 10 до 12 років і 13 підлітків від 13 до 15 років). В другу клінічну групу увійшли 12 підлітків (8 дівчат, 4 хлоп., середній вік 13,9 років ) з діагнозом шизофренія. Третя диференційно-діагностична група була виділена в силу труднощів у нозологічної верифікації першого депресивного епізоду, до неї ввійшли 7 підлітків (4 дів., 3 хлоп., середній вік 13 6 років). У цій групі диференціальна діагностика проводилася між шизофренією й афективним розладом в акцентуйованої особистості.

Аналіз різних параметрів порушень мислення по виділених клінічних групах виявив їх особливості, які відбивають вплив зміненого афекту, нозологічної сутності, а також вікової специфіки.

Максимальна розмаїтість показників стану розумової сфери виявлено в першій групі, у якій рівень розвитку розумових операцій відповідав віковій нормі в 61% випадків, мав випередження в розвитку в 17% підлітків і відставання в 22%. Порушення вибірковості мислення були представлені проявами нестандартності, опорою на латентні ознаки, загальні поняття і функціональний - зовнішньо-функціональні властивості і були присутні в 56% підлітків, 27% підлітків демонструвала виражену конкретність мислення, що не зустрічалася в першій групі, а в 17% - не відзначалося виражених особливостей у цій сфері. У значної частини випробуваних було виявлене ослаблення критичності мислення – 47%; грубе її зниження зустрічалося в 24%, при цьому повна схоронність критичності відзначена в 29%. У цій групі дисоціація в розвитку розумової діяльності зустрічався в 38% підлітків, що може укладатися в рамки вікової підліткової специфіки**.**

За час перебування в стаціонарі позитивна динаміка в сфері розумової діяльності за даними психологічного дослідження відзначалася приблизно в половини (53%) підлітків. Ці поліпшення торкалися в більшому ступені такі характеристики, як продуктивність і темп роботи, а так само довільна регуляція і критичність. Таким чином, у цій групі порушення мислення виявилися досить різноманітними і відбивали як вікову специфіку, так і усі варіанти дизонтогенезу; від випереджального розвитку до перекрученого і затриманого.

Психологічне дослідження другої групи (хворі шизофренією) виявило її однорідність по цьому показнику, так відповідність розвитку розумових операцій віковій нормі відзначалося в 80% випадків, у 20% підлітків спостерігався недостатній розвиток операціонального рівня мислення. По комплексній оцінці стану розумової діяльності приблизно в третини підлітків були виявлені прояви дефекту. Порушення вибірковості розумової діяльності по описаному вище типу були виявлені в 80% підлітків цієї групи. Можливо, такий великий показник зв'язаний не тільки із шизофренічним чи процесом шизоїдним складом психіки підлітків, але і є відображенням вікової специфіки. Порушення критичності мислення були сильно виражені в 25% підлітків, слабко виражені в 63% і були відсутні в 12% підлітків. У цій групі була найбільш виражена дисоціація різного ступеня виразності (80%) у розвитку різних сторін розумової діяльності. Позитивна динаміка під час перебування в стаціонарі відзначалася приблизно в третини підлітків і стосувалася в першу чергу довільної регуляція і критичності мислення, продуктивності і темпу роботи, у меншому ступені торкаючись інші параметри, що, як правило, залишалися незмінними.

Більшості дітей із другої групи довелося пройти багатоступінчасте психологічне обстеження, що дозволило уточнити не тільки питання диференціальної діагностики, але і динаміки стану. Позитивна динаміка під час перебування в стаціонарі зустрічалася приблизно в третини підлітків і стосувалася вона в першу чергу довільної регуляція і критичності, продуктивності і темпу роботи, у меншому ступені торкаючись інших параметрів, що, як правило, залишалися незмінними. Таким чином, для цієї групи порушення мислення виявилися частими і дуже специфічними, що відбивають як нозологічну, так і вікову специфіку.

Дослідження мислення в третій диференційно-діагностичній групі показало її проміжне положення, тому що вона характеризувалася особливостями розумової діяльності, властивими як для першої, так і другий груп. Рівень розвитку розумових операцій переважно відповідав віковій нормі (75%), однак у чверті підлітків відзначена тенденція до відставання і прямої затримки в розвитку операційної сторони мислення. Порушення вибірковості мислення в 67% випадків носили скоріше віковий характер, тому що не були зв'язані з дисоціацією в розвитку різних його сторін, що відзначалася в 38%. У цій групі підлітків критичність мислення у великій частині випадків була збереженою (34%), грубі її порушення виявлялися тільки в 11% підлітків, самою численною виявилася та частина підлітків, де виявлялися слабковиражені порушення критичності (55%). Через нечисленність динамічних обстежень у цій групі важко визначити позитивну динаміку, але принципово вона не відрізнялася від другої групи. Таким чином, у цій групі при розмаїтості проявів порушень мислення слід зазначити параметр критичності мислення, як найбільш збережений по всіх групах, вікова специфіка виявлялася в досить виражених порушеннях вибірковості розумової діяльності.

У ході дослідження було встановлено, що порушення мислення є у всіх групах, але тільки в другий вони досягають дефекту (30%). Рівень узагальнення (по всіх підлітках) був розвитий за віком у 70% випадків, у 8% відзначалося випередження, у 22% - тенденція до відставання. В другій групі виявлена максимальна відповідність розвитку віковій нормі – 80%, зниженню - у 20%, у підлітків першої групи виявлено як відповідність, так і випередження і відставання, третя група близька до першої. Порушення вибірковості у виді нестандартності, опори на латентні ознаки були виявлені в 66% випробуваних, конкретність мислення – у 17%, без особливостей – у 17%. Максимально порушення мислення були виражені в другій групі–80%, мінімально в першій – 56%, третя група займає проміжне положення –67%. Нестандартність відповідей зустрічалася в значної частини випробуваних, що відповідає представленням про особливості розвитку розумової діяльності в підлітковому віці, коли при становленні формально-логічних операцій, теоретичного мислення, занадто великий відсоток випадків змін і девіацій у цій сфері, що часом граничать з патологією. Дисоціація була виявлена в 50% підлітків (у цілому по всіх групах). Максимально вона була виражена в підлітків із другої групи– 80%, а в підлітків першої і другої груп – у 38% випадків. Критичність мислення була грубо знижена в 20% підлітків, ослаблена - 53% і не порушена в 27% випадків, при цьому максимальні порушення спостерігалися в другій групі, а максимальна збереженість у підлітків третьої групи.

Резюмуючи, слід зазначити, що показники порушення мислення при аналізі протоколів і психологічних висновків не є єдиними для патопсихологічної диференціальної діагностики, однак саме вони володіють найбільшою силою, що розрізняє, особливо в оцінці дефекту, що формується, і дисоціації розвитку розумової діяльності. Традиційні порушення вибірковості скоріше відбивають вікову специфіку даного контингенту підлітків у цілому. Істотним є також наявність позитивної динаміки в стані деяких характеристик мислення, насамперед його критичності, а також можливостей довільної регуляції і контролю.

Результати порівняльного дослідження параметрів довільної слухомовної пам'яті при безпосереднім незв'язаному і значеннєвому пред'явленні матеріалу показали, що труднощі заучування виступають на перший план, максимально в першій групі, найбільший відсоток зниження відстроченого утримання виявляється в другій групі. У цій же групі знижений обсяг відтворення в слабких зв'язках, що можливо зв'язано зі зниженням мотивації чи активності. У третій групі виявився найбільш низький обсяг першого відтворення. Результати порівняльного дослідження параметрів довільної слухомовної пам'яті при безпосередньому незв'язаному і значеннєвому пред'явленні матеріалу відображено у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

**Результати порівняльного дослідження параметрів довільної слухомовної пам'яті при безпосередньому незв'язаному і значеннєвому пред'явленні матеріалу (у % по групах)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Довільна слухо-мовна пам'ять**  **(10 слів)** | | | | | | | | | **Значеннєва пам'ять** | | | | | |
|  | Обсяг першого відтворення  ( %) | | | Характер  заучування  ( %) | | | Відстрочене утримання  ( %) | | | Сильні зв'язки (обсяг) (%) | | | Слабкі зв'язки (обсяг) (%) | | |
|  | **=** | **+** | **-** | **=** | **+** | **-** | **=** | **+** | **-** | **=** | **+** | **-** | **=** | **+** | **-** |
| 1 гр. | 47 | 32 | 21 | 22 | 17 | 61 | 19 | 56 | 25 | 13 | 87 | 0 | 33 | 47 | 20 |
| 2 гр. | 25 | 50 | 25 | 8 | 42 | 50 | 10 | 50 | 40 | 0 | 100 | 0 | 20 | 40 | 40 |
| 3 гр. | 28 | 29 | 43 | 14 | 43 | 43 | 14 | 43 | 43 | 0 | 100 | 0 | 33 | 50 | 17 |

У таблиці 2.6: 1 група - розлад настрою, 2 група хворі шизофренією, 3група - диференціально - діагностична група.

Дослідження довільної слухомовної пам'яті в першій групі показало максимальну відповідність обсягу безпосереднього відтворення нормі (47%) при виражених труднощях заучування (61%), і найбільш успішного відстроченого утримання (56%). Введення сильних значеннєвих зв'язків у 87% випадків поліпшувало обсяг асоціативної пам'яті. Менш зміцнені слабкі зв'язки поліпшували цей показник у 47%. Така картина особливостей довільного запам'ятовування може відбивати труднощі включення в роботу, зниження продуктивності діяльності й інших характеристик, обумовлені в першу чергу депресивним станом, тому що власне мнестична діяльність у ланці безпосереднього відтворення і відстроченого утримання практично не була порушена в порівнянні з нормою.

При дослідженні довільної слухомовної пам'яті в другій групі в 50% підлітків був виявлений відповідний нормі обсяг безпосереднього відтворення. Показники завчання й обсягу відстроченого утримання минулого подібні і виявили неоднорідність групи по кількості успішного (50%) і неуспішного (40%) виконання. Обсяг асоціативної пам'яті при введенні сильних зв'язків поліпшувався в 100%. Збільшення обсягу у випадку слабких зв'язків відзначалося в 40% підлітків і в скількох же - погіршення результату. Таким чином, картина змін у слухомовної пам'яті не настільки однорідна, як при вивченні мислення.

Дослідження довільної слухомовної пам'яті в третій групі показало найбільш знижений первісний обсяг (43%). Неоднорідність цієї групи проявилася в неоднозначному характері завчання, так відзначалося як поліпшення (43%), так і погіршення (43%) у порівнянні з нормою. Аналогічна картини була виявлена і для відстроченого утримання. Введення сильних значеннєвих зв'язків у 100% збільшувало обсяг запам'ятовування, при цьому слабкі зв'язки також давали більше збільшення обсягу, у порівнянні з іншими групами (50%).

Таким чином, при дослідженні довільної слухомовної безпосередньої пам'яті виявляються феномени, що вказують як на виразність депресивного стану, більше це виражено в першій і третій групах, так і на зміни мотиваційної сторони і психічної активності переважно в другій і третій групах. Позитивна динаміка у відношенні параметрів запам'ятовування виявлялася найбільше в поліпшенні кількісних показників.

Опосередковане запам'ятовування, досліджуване за допомогою піктограми в хворих першої групи мало ряд особливостей. Було виявлене зниження обсягу точного відтворення в 58% підлітків, кількість невірних відтворень – у 25%. Переважно мали місце адекватні асоціації (80%), при цьому в більшості підлітків відзначалися проблеми з відтворенням емоційних слів (80%). Виявлені графічні особливості (зменшення розміру (52%), слабкий натиск (33%), наявність стереотипій у малюнках (80%)) значною мірою відбивали прояву депресивного стану.

При дослідженні опосередкованої пам'яті методом піктограм у підлітків другої групи точне відтворення відзначалося в 83%, відсутність відтворення – у 4%. Переважала збереженість опосередкування і запам'ятовування. Нозологічно специфічні особливості і дисоціація проявів депресивного стану з'являлася в тім, що опосередкування і відтворення стимулів не мали значних відхилень від норми (50%), у той час як дисоціація розміру малюнка і настрою, а також наявність символічних асоціацій виявлялося у всіх випробуваних (100%).

У третій групі на перший план також як у першій виступають прояву депресивного стану – зменшення розміру малюнка (100%), слабкий натиск (50%), проблема з відтворенням емоційно-значущих слів – у 79% випробуваних. В іншому вони характеризувалися наявністю конкретних асоціацій (65%), порівняно невеликою кількістю (60%) символічних асоціацій при відсутності абстрактних. У цілому для цієї групи можна вважати характерним, як прояву вікових особливостей, так і прояву депресивного стану в той час, як диспропорціоальністю порушень у цій сфері виражена на відміну від другої групи незначно.

Таким чином, при дослідженні довільної слухомовної безпосередньої пам'яті виявляються феномени, що вказують як на вагу депресивного стану (більше це виражено в першій і третьої групах), так і на зміни мотиваційної сторони і психічної активності (переважно для другої і, меншою мірою, для третьої групи). Розподіл параметрів виконання піктограми по групах відображено у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

**Розподіл параметрів виконання піктограми по групах**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Групи-параметри** | **1 група** | **2 група** | **3 група** |
| Відтворення в піктограмі |  |  |  |
| Точно | 58% | 83 | 75 |
| Приблизно | 17 | 13 | 14 |
| Відсутні | 25 | 4 | 11 |
| Проблема з відтворенням емоц.знач.слів | 80 | 50 | 79 |
| **Характер асоціацій** |  |  |  |
| Адекватний | 80 | 75 | 30 |
| Конкретний | 20 | 25 | 65 |
| Абстрактний | 20 | 25 | 0 |
| Символічний | 80 | 100 | 60 |
| **Проблеми з простором (хаос)** | **25** | **25** |  |
| Норма простір | 75 | 75 | 100 |
| Розмір норма | 35 | 33 |  |
| Розмір збільшений | 17 | 33 |  |
| Розмір зменшений | 52 | 34 | **100** |
| Натиск норма | 34 | 60 | 50 |
| Натиск посилений | 33 | 40 | 0 |
| Натиск слабкий | 33 | 0 | 50 |
| Стереотипії є | 80 | 60 | - |

У таблиці 2.7: 1 група - розлад настрою, 2 група хворі шизофренією, 3група - диференціально - діагностична група.

Узагальнюючи отримані при аналізі піктограми дані, можна відзначити, що у виділених групах по-різному виявляються вікові особливості і депресивна симптоматика. В другій і третій групах більше виявляються психологічні еквіваленти власне депресивних проявів, тоді як у першій групі переважає дисгармонійність, у тому числі у виді невідповідності ознак депресивного стану їх психологічним еквівалентам.

Матеріали самоопису (по методиках: хто я?; який я?) підлітків першої групи, що відбивають самооцінку, характеризувалися значною розмаїтістю. Зустрічалися як невеликі набори, до 2-3 приписуваних собі властивостей (37% і 25%) так і дуже докладні описи - більш 5-6 характеристик (19% і 12%). Наявність негативних характеристик зустрічалося в 57% дітей, при цьому ці оцінки не були одиничними і склали самий великий відсоток негативних характеристик від загального числа відповідей серед груп, що зіставляються, (44%), що вказує на велику виразність депресивних переживань (див. додаток)

Для підлітків другої групи були характерні відносно невеликі набори приписуваних собі властивостей – до 3-4 (63 і 50% відповідно по різних методиках), при цьому негативні характеристики зустрічаються в значного числа випробуваних – 75%, але вони як правило були одиничними. Середня кількість відповідей виявилася істотно нижче вікових нормативних показників – 3 і 4,5.

Дослідження самооцінки в третій групі показало, що більш за все зустрічалися одиничні відповіді (60% і 20%) і невеликі блоки відповідей (40% і 60%), відповіді з негативними характеристиками склали в цілому 35% від усіх відповідей. Даний варіант можна розглядати як виражені прояви депресивного стану в експериментально-психологічному дослідженні. Аналіз результатів дослідження самооцінки наведено у таблиці 2.8 (

Таблиця 2.8

**Аналіз результатів дослідження самооцінки**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Групи параметри | 1 група | | 2 група | | 3 група | |
| Кількість відповідей | Хто я | Який я | Хто я | Який я | Хто я | Який я |
| 1 –2 | 37 | 25 | 37 | 25 | 60 | 20 |
| Від 3 до 5 | 44 | 63 | 63 | 50 | 40 | 60 |
| Понад 5 | 19 | 12 | 0 | 25 | 0 | 20 |
| Середнє | 3 | 3.9 | 3 | 4.5 | 2.6 | 4 |
| %-х-ки зустрічаються по групі |  | 57% |  | 75% |  | 60% |
| % - хар-к від відповідей |  | 44% |  | 27% |  | 35% |

У таблиці 2.8: 1 група - розлад настрою, 2 група хворі шизофренією, 3група - диференціально - діагностична група.

Резюмуючи, слід зазначити, що виділені групи розрізнялися при виконанні завдання на самооцінку. В другій групі відзначалася виражена дисоційованість, а в інших більше представлені прояви депресивного стану у виді зниження кількості відповідей, наявності депресивних, негативних характеристик самоопису.

**2.3.** **Особливості фізичної реабілітації при депресивних розладах у підлітковому віці**

Відповідно до природи депресивних розладів у фізичній реабілітації депресії враховуються як біологічні, так і психологічні взаємодії. Способи фізичної реабілітації депресії, явне підвищення інтересу до яких відзначається починаючи приблизно з 1970 року, відбивають насамперед два напрямки розвитку: розробка концепції депресивних розладів і використання засобів фізичної реабілітації при депресивних розладах у підлітків. Поряд з цим на сформувалася ще одна форма інтервенції, що в останні роки знайшла швидке поширення. У змістовному плані їх поєднує те, що вони, у принципі, не прагнуть до глибокої зміни особистості, розкриваючи і переробляючи конфлікти раннього дитинства; скоріше ці підходи орієнтовані на оволодіння адекватними стратегіями совладання, що дозволяють конструктивно справлятися з актуальними і постійними життєвими проблемами [15; 47].

У таблиці 2.9 наочно представлені найважливіші сучасні підходи психологічного характеру, а також конкретні терапевтичні цілі, за допомогою яких повинна бути досягнута загальна мета усунення депресивного розладу; там же приведені приклади найважливіших елементів терапії. Сьогодні ці підходи зблизилися через їх тенденцію до мультимодальних способів дій, розходження між поведінковими, когнітивними і інтерперсональними підходами варто шукати, швидше за все, у теоретичному і практичному розміщенні акцентів. Методи, об'єднані в групу підходів самоконтролю і совладання зі стресом, - методи «другого покоління» – розвивалися на комбінованій когнітивно-поведінковій основі (див. таблицю 2.9).

Таблиця 2.9

**Психологічні підходи до терапії депресивних розладів**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Терапевтичний підхід** | **Конкретна терапевтична мета** | **Елементи терапії** |
| Поведінкові підходи  Підхід Левінсона  Підхід Вольпе | Зміна неадекватних співвідношень поводження і підкріплення  Зміна негативних емоційних патернів реакції | Подружня і сімейна терапія; тренінг соціальних навичок; планування активної діяльності  Систематична десенсибілізація |
| Когнітивні підходи  Підхід Бека  Підхід Селигмана | Зміна негативних когнітивних схем  Зміна негативних представлень про контроль і атрибутивних тенденцій | Ідентифікація «автоматичних думок» і генералізованих перекручених установок, гнучкі питання; домашні завдання; протоколи думок і дій |
| Підходи самоконтролю і совладання зі стресом  Підхід Рема  Підхід Макліна | Зміна неадекватних процесів самоконтролю  Зміна неадекватних стратегій совладання з проблемами, особливо в соціальній сфері | Тренінг самоспостереження, самооцінювання і самопідкріплення  Комунікативний тренінг, тренінг вирішення проблем |
| Інтерперсональні підходи  Підхід Клермана і Вейсман | Зміна неадекватних стратегій совладання з проблемами в соціальній сфері | Ідентифікація релевантних для проблеми емоцій і когніцій, чи редукція усунення неадекватних патернів комунікації |

Відповідно до вихідного положення поведінкових концепцій в основі розглянутих у цьому розділі підходів лежить спроба зв'язати концепції і дані з експериментального дослідження научення з генезом і усуненням депресії. Особливо впливовим у цьому зв'язку представляється підхід P. Lewinsohn, заснований на теорії підкріплення; поряд з ним, у принципі, велику роль і концепція J. Wolpe. Концепції, засновані на теорії підкріплення, враховують явно виражену при депресії редукцію поводження, що при описі картини депресивного стану знаходить вираження в таких ознаках, як пасивність, втрата інтересу і недолік спонукань. Гіпотетично це зв'язується з відсутністю чи зменшенням позитивного зворотного зв'язку з боку зовнішнього світу – з відсутністю чи зменшенням позитивного підкріплення, найчастіше соціальної природи; тобто передбачається, що повна відсутність підкріплення на основі процесів вгасання в змісті оперантних навчальних принципів веде до редукції поводження і разом з тим респондентно сприяє виникненню емоційних, когнітивних і соматичних симптомів депресії [17; 23; 49; 54].

При використанні методів фізичної терапии мова йде про вплив на патерни депресивного поводження шляхом зміни неадекватних умов підкріплення, а саме шляхом модифікації несприятливих умов навколишнього середовища і модифікації визначених способів поводження підлітків, що перешкоджають використанню потенційно наявного підкріплення. Передумовою для цього був детальний аналіз поводження, у який поряд з методами безпосереднього спостереження за поводженням уключалися також і інші діагностичні методи, такі як питальники для встановлення підкріплювальних подій і видів діяльності. До основних стратегій інтервенції були виділені: зміна несприятливих умов підкріплення у взаємодіях з підлітком чи родиною, за допомогою методу, що модифікує взаємозв'язок поводження і його підкріплень; тренінги основних соціальних навичок, що повинні дозволити підлітку ефективно використовувати потенційні підкріплювальні стимули; підвищення частоти позитивного підкріплення не тільки в соціальній сфері, але і під час дозвілля. При цьому важливими допоміжними засобами були планування майбутньої діяльності, упорядкування завдань і ведення денних протоколів. У терапевтичних програмах, орієнтованих на підкріплення, застосовувалася і техніка релаксації для редукції тривоги, і різні когнітивні методи інтервенції, спрямовані на зміну інтернальної переробки зовнішніх подразників.

На відміну від підходу P. Lewinsohn, поведінкова концепція J. Wolpe, при терапії депресії, ставить на перший план роль процесів емоційного кондиціонування. При цьому висувається етіологічна гіпотеза, відповідно до якої визначені (невротичні) форми депресивних розладів розвиваються на основі вираженої і довгострокової тривоги, насамперед у соціальній сфері. Для теоретичного обґрунтування послідовності (тривога-депресія) J. Wolpe розробив теорію «захисного гальмування». Психотерапевтичні дії спрямовані на те, щоб соціальна базисна тривога клієнтів з депресією переборювалася за допомогою різних методів декондиціонування. Як такі методи, ми використовували метод систематичної десенсибілізації і тренінг впевненості в собі. Нагадаємо, що нагромадження тривожних розладів перед початком депресії (тобто наявність тривожного розладу є, очевидно, фактор ризику для виникнення депресії) є емпірично добре перевіреним фактом [20; 38; 70; 79].

Базова гіпотеза когнітивного підходу до проблем, зв'язаних з виникненням депресії, затверджує, що розлади процесів сприйняття, мислення й установок відіграють фундаментальну роль при розвитку депресивних станів, тому при плануванні психотерапевтичних заходів у центрі уваги виявляється зміна таких дисфункціональних процесів переробки інформації. Серед численних когнітивних моделей депресії особливе значення одержала концепція, що зробила великий вплив як у теоретичному, так і в практичному плані.

У концепції A. Beck закладена та думка, що як основу депресивного розладу потрібно розглядати базові патерни когнітивної дисфункції – негативні когнітивні схеми, що виявляються споконвічно в трьох сферах: у негативній установці обличчя, що страждає депресією чи схильна до неї, стосовно самого себе, стосовно навколишнього світу і стосовно майбутнього (так звана «когнітивна тріада»). Ці негативні когнітивні схеми походять з колишнього несприятливого досвіду відносин з навколишнім світом і пізніше можуть бути заново активовані в результаті незначних несприятливих подій аналогічної природи, вони визначають структурування індивідом зовнішніх подразників і приводять згодом до утворення інших ознак розладу, характерних для депресивного синдрому. У сучасних трактуваннях цієї концепції хоча і зберігається базова гіпотеза, тобто припущення про істотну значимість дисфункціональних когніцій у розвитку депресивних розладів, але більше підкреслюється різноманіття потенційних факторів впливу в генезі депресії.

Щодо цієї концепції, ціль наших методів фізичної реабілітації, полягала в тім, щоб ідентифікувати і змінити негативні когнітивні схеми підлітка, причому для досягнення цієї мети залучалися як когнітивні, так і поведінкові методи. Як правило, починали з поведінкової стратегії, що «керує» за допомогою домашніх завдань (поетапно ускладнюються) і письмової фіксації поводження конкретними позитивними видами діяльності. Потім під час клінічного інтерв'ювання при аналізі всього що сталося між сеансами виявлялися дисфункціональні процеси мислення й установки, проводилося тестування на предмет їх відповідності реальної дійсності і на основі придбаного підлітками досвіду шукалася можливість їх заміни більш раціональними альтернативними поясненнями й установками. Ідентифікація і зміна негативних «автоматичних думок» – безпосередніх негативних самовербалізацій – являла собою на шляху до ідентифікації і зміни фундаментальних негативних схем дуже істотний проміжний етап. З найважливіших когнітивних методик переструктурування використовувалися методи гнучких питань, за допомогою яких виявлялися помилки в мисленні і судженнях підлітків, методи зміни дисфункціональних атрибутивних тенденцій, інструкції з ведення протоколу думок і т.п. У число найважливіших поведінкових методик, поряд із уже згаданими методами стимулювання позитивної активності, входили ще і такі методи, як рольові ігри, тренінги соціально-комунікативних навичок, застосовувані для терапії депресії, відповідно до підходів, заснованими на теорії підкріплення [24; 40; 46].

Концепція «виученої безпорадності» M. Seligman більше цікава з теоретичної точки зору, хоча і його моделі дала коштовний імпульс для психологічного підходу до терапії депресивних розладів. У первісному трактуванні моделі «виученої безпорадності» M. Seligman виходив з того, що в джерел реактивно-депресивних процесів коштує повторюваний досвід утрати контролю - у змісті нездатності покласти кінець аверсивної ситуації. На основі такого досвіду розвивається установка, що між власними діями і важливими зовнішніми подіями немає ніякого зв'язку, тобто розвивається генералізоване чекання неконтролюємості, що складає основу мотиваційних, емоційних і поведінкових депресивних симптомів. Потім гіпотеза втрати була розширена за рахунок залучення теорії атрибуції, розвиток генералізованих установок на безпорадність, а разом з цим і базису для патернів депресивних реакцій залежить, відповідно до цієї гіпотези, від того, якими причинами підліток пояснює пережиту втрату контролю. Зокрема, схильність пояснювати негативні події інтернальними, глобальними і стабільними причинами – наявність «песимістичного стилю атрибуції», чи, як сьогодні звичайно говорять, «песимістичного стилю інтерпретації», - розглядається як фактор ризику для генеза депресії [27; 49; 71].

Як самостійний психотерапевтичний напрямок у вузькому змісті цього слова ця концепція не стала, але проте були розвиті конкретні терапевтичні стратегії, що ґрунтуються на основній гіпотезі «виученої безпорадності». Відповідно до переглянутого трактування моделі прагнуть насамперед до того, щоб змінити тенденцію до дисфункціональної атрибуції щодо ситуацій утрати контролю, зокрема дисфункціональну тенденцію до інтернальної каузальної атрибуції при невдачах. Стратегії реатрибуції знайшли застосування як додаткові методи в когнітивно-поведінкових психотерапевтичних програмах допомоги при депресивних розладах.

На закінчення необхідно відзначити, що особливої уваги заслуговує адаптація когнітивно-поведінкових і інтерперсональних психотерапевтичних методів до терапії депресії в дитячому і підлітковому віці, участилися також і спроби використовувати психотерапевтичний потенціал цих методів для допомоги хронічним і терапевтично резистентним пацієнтам, що страждають депресією. Останнім часом значно зросла увага до профілактики рецидивів у пацієнтів з депресією, тому на перший план зараз виходять спроби подальшого проведення психологічної інтервенції протягом деякого часу після усунення депресивної симптоматики. Деякі дослідники вважають, що когнітивно-поведінкові стратегії варто використовувати для первинної профілактики – для попередження розвитку депресивного розладу в людей з підвищеним ризиком до них.

Як відзначалося вище, у ході розвитку сучасних форм депресії на основі комбінованих когнітивно-поведінкових уявлень зародився ряд підходів, названих гіпотезами «другого покоління». З них ми використовували концепцію самоконтролю L. Rehm і концепцію совладання зі стресом P. McLean.

Rehm виходить у своїй моделі з особливостей депресивних переживань і поведінки, що виражаються у встановленні неадекватних стандартів власної продуктивності й у низькій частоті самовинагород; з посиланням на теоретичні розробки F. Kanfer ця тенденція була інтерпретована як індикатор дефіциту самоконтролю. Відповідно до цієї гіпотези особи з базальним дефіцитом самоконтролю не можуть скористатися достатніми інтернальними механізмами регуляції у випадку втрати екстернальних підкріплювальних стимулів, як це було б необхідно для подолання екстернальної утрати; тому вони особливо схильні до депресивних розладів [42; 50; 67].

Відповідно до цієї вихідної гіпотези психотерапевтичні дії були націлені на таку зміну процесів самоконтролю підлітків, щоб був досягнутий більш високий ступінь незалежності від екстернальних підкріплювальних стимулів чи більш високий ступінь саморегулювання. У психотерапевтичному процесі ми прагнули до відповідного систематичним змінам у різних фазах самоконтролю (фаза самоспостереження: зміна тенденцій до виборчого сприйняття і виборчих спогадів, фаза самооцінювання: постановка адекватних поведінкових цілей і зміна дисфункціональних атрибуцій, фаза самопідкріплення: планування і реалізація самовинагород як на матеріальному і на вербально-інтернальному рівні). Слід зазначити, що різні поведінкові і когнітивні стратегії, представлені вище, використовувалися в постійному узгодженні один з одним.

Когнітивно-поведінкова концепція P. McLean теж виявляє численні зв'язки з підходами, заснованими на теорії підкріплення, однак ще яскравіше, чим P. Lewinsohn і L. Rehm, він підкреслює інтерперсональні аспекти депресивних розладів і одночасно спирається на концепції й емпіричні дані досліджень стресу. На цій основі розвивається та точка зору, що виникнення депресії повинне розглядатися як результат неефективних стратегій совладання зі стресовими життєвими ситуаціями і подіями, особливо соціальної природи.

Для зміни неадекватних стратегій совладання зі стресом нами використовувалася мультимодальна психотерапевтична програма, у ході якої за допомогою різних когнітивних і поведінкових методів прагнули усунути дефіцити в наступних сферах: комунікація, поведінкова продуктивність (також у змісті постановки адекватних поведінкових цілей), соціальна взаємодія, самоствердження, уміння приймати рішення і розв'язувати проблеми, когнітивний самоконтроль. Психотерапевтичні процедури варіювалися в залежності від конкретного випадку депресії [25; 38; 51].

Як уже відзначалося вище, у поведінковій і когнітивно-поведінковій терапії депресії із самого початку велике значення надавалося соціальним відносинам підлітків. Однак ще більший інтерес представляють психотерапевтичні концепції, що особливо концентрують своя увага на ролі інтерперсональних проблем і дефіцитів. Попередницею таких підходів була концепція совладання зі стресом P. McLean. Більшість цих концепцій у теоретичному і практичному плані більш-менш безпосередньо пов'язана з вищеописаними підходами. Навпроти, інтерперсональна психотерапія депресивних розладів G. Klerman і M. Weissman спирається на інші концептуальні вихідні позиції, хоча і демонструє значну подібність з когнітивно-поведінковими терапевтичними програмами інтервенції, особливо в частині мети і практичних дій.

G. Klerman і M. Weissman у своїх гіпотезах генези депресії спиралися не на моделі психології научіння чи когнітивної психології, а на концепції більш старих і новітніх соціально-психологічних досліджень із залученням підходів, що базуються на психології розвитку і соціальної психології, при цьому не в останню чергу автори посилаються на дослідження прихильності і дослідження підтримки. На цій теоретичній базі сформувалися наступні положення: інтерперсональні відносини виконують найважливішу функцію в попередженні депресивних розладів, втрати і проблеми інтерперсонального рівня мають істотне значення для розвитку і (чи) підтримки депресії.

Ядро психотерапевтичних заходів, як і в концепції P. McLean, складала розробка разом з підлітком більш ефективних стратегій совладання з актуальними життєвими проблемами і труднощями, при цьому особливо підкреслювалося, що насамперед підлітків варто звільнити від тиску симптомів, надаючи їм адекватну інформацію щодо виду і прогнозу плину розладів. Уже власне у фазі психотерапії разом з підлітком з'ясовують, яка з чотирьох інтерперсональних тим, розглянутих як базальні, - сум, інтерперсональні конфлікти, зміна соціальної ролі і інтерперсональні дефіцити – зв'язаний з початком депресивного розладу. Наступна допомога концентрується в першу чергу на відповідному колі проблем, причому в центрі психотерапевтичної бесіди коштує ідентифікація і зміна емоцій і когніцій, релевантних для проблеми, важливими приватними цілями можуть бути корекція неадекватних паттернов комунікації і розвиток позитивних контактів і видів діяльності. На відміну від когнітивно-поведінкової психотерапії цих цілей намагалися досягти за рахунок навчання основним ведучим принципам, у той час як конкретні тренінгові методи були додатковими [49; 79].

Виходячи з результатів проведеного дослідження можна зробити висновок, що першою умовою грамотної підтримки страждаючих депресією підлітків є рання кваліфікація і діагностика розладу. Перешкодою цьому часто служать перекручені батьківсько-дитячі відносини, крайніми проявами яких є нечутливість до переживань підлітка, тверді примусові заходи і покарання чи, навпроти, прагнення захистити чи ізолювати від однолітків, дати відпочити від занять.

Якщо депресія виражена несильно, вона цілком може пройти мимовільно, без утручання фахівців. Головне, необхідна увага до щиросердечного стану підлітка. Сам підліток, як правило, не звертається до дорослого зі скаргами на щиросердечну недугу. Він при уважному розпиті, у кращому випадку, спробує пояснити свій стан зовнішніми причинами.

У будь-якому випадку, якщо неблагополучний, подавлений стан затягується більше, ніж на двох тижнів, навіть якщо його причина здається зовсім зрозумілою і "природньою", варто звернутися до фахівця. За видимою зрозумілістю може ховатися хворобливий стан, для виходу з який необхідна кваліфікована допомога.

Варто пам'ятати, що чим раніш підлітку буде зроблена ця допомога, тим легше він вийде з хворобливого стану, тим менше можливості несприятливих наслідків.

Прямим м'яким переконанням варто прищеплювати думку про те, що поточне стан є хворобливим і, отже, може бути вилікувано. Як показує досвід, саме питання лікування є хворобливим і для підлітків, і для батьків, оскільки підлітку здається, що потрібно припинити на тривалий час навчання, знайти в себе соматичне захворювання, а дорослі не довіряють фахівцям. Переконання депресивного підлітка вимагає часу, наполегливості, граничній коректності, а головне, активного емоційного співпереживання [17; 27; 48].

Якщо не розглядати випадки складних драматичних відносин у навчальному закладі, то найбільш кращим для підлітка залишається навчання у власному класі (групі). При багаторічному спільному навчанні однолітки, як правило, не тільки не кривдять і не принижують однокласника, але звичайно опікують і захищають його. Припинення навчання і виховання неприпустимо навіть при важких формах психічних захворювань. При завзятості і терпінні батьків, уважному і гнучкому відношенні педагогів, психологів, такі підлітки поступово звикають до колективу, роблять успіхи у визначених областях знання, добре і навіть відмінно учаться.

Бажана також активна участь самих підлітків у процесі видужання. І тут, задача психологів і батьків полягає в тім, щоб допомогти реалізуватися природним здібностям і інтересам дітей. При цьому найважливішим буде саме відношення близьких дорослих: співчуття, розуміння страждання дитини, уміння в процесі спілкування відвернути його від тяжких думок і переключити на цікаві йому проблеми. Таке спілкування стане необхідним фундаментом видужання [79].

Гарний ефект дають методи фізичної реабілітації – ігрова, групова і сімейна гра. Що стосується сімейної фізичної терапії, її проведення часте зустрічає труднощі, обумовлені небажанням батьків контактувати з фахівцями, що зв'язано з зневажливим, байдужним відношенням до підлітка, ранньою депривацією і соціально-педагогічною занедбаністю. У цих випадках психогенний розвиток і повторні депресивні стани зустрічаються частіше, у підлітковому віці повторюються з більш вираженою психопатологічною симптоматикою і сутужніше піддаються лікуванню і реабілітації. При виборі методу психотерапії варто обов'язково враховувати нозологічну і синдромологічну приналежність, рівень психічного розвитку, тип особистості і її особливості, наявність педагогічної занедбаності, наявність дезадаптації, рівень соціалізації особистості, а також сімейні умови, особливо конфліктні родини, депривацію, що є однією з причин виникнення психогенних розладів. Важливою умовою успішного проведення психотерапії є психологічна установка, що має значення для корекції характерологічних порушень, відносини до ситуації, що викликала психогенний розлад, подолання неправильного відношення до себе і навколишніх. У підлітковому віці при депресивних розладах ефективною виявляються поведінкова терапія, спрямована на вироблення нових форм реагування на труднощі, подолання соціальної дезадаптації [57; 54; 64; 70; 71].

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2**

З метою вивчення структури перших депресивних епізодів, були проаналізовані вперше виниклі депресивні стани у 43 підлітків у віці від 11 до 16 років.

Для визначення клініко-вікових особливостей перших депресивних епізодів досліджувана вибірка була розділена на дві груп, що включають однакову кількість років. Першу групу склали підлітки у віці від 11 до 13 років, другу – підлітки у віці від 14 до 16 років. З урахуванням того, що в дослідження включалися всі підлітки зазначеного вікового періоду з депресивними розладами, встановлене зростання досліджуваної патології з віком. Розподіл по статевій ознаці в загальній групі виявило перевагу дівчинок 58%, однак не досягаючого ступеня значущості.

Встановлені порівняльно-вікові відмінності відбивають поглиблення депресивної симптоматики з віком. Так у першій віковій групі легкий ступінь виразності депресії відзначався в 27,2%, проти 1,96% у другий, у тойже час важкий ступінь відзначався в зворотній пропорції 4,5% і 21,5% відповідно. Також виявлено більший вплив стресової ситуації на розвиток депресивного епізоду в молодшій групі. Психогенна провокація в першій групі відзначалася в 50% випадків, а в другій - у 37,2 %. Особливої уваги заслуговує наявність суіцидальної поведінки. Суіцидальні спроби зробили 13,6% підлітків з першої вікової групи, а підлітки зі старшої групи в 21,5% випадків (при чому в 83% випадків повторні). Схожа динаміка відзначається й у відношенні виявлених суіцидальних думок і тенденцій.

У ході аналізу отриманих даних була встановлена достатня чутливість шкали депресії Гамільтона (HRDS) до виявлення і визначення ступеня ваги депресивної симптоматики у підлітків. Інтерпретація її показників також допомогли у виявленні ведучого афекту, що супроводжує симптоматики і визначенні ефективності психотерапії. Використання суб'єктивної шкали депресії Бека (BIDS) для цих цілей виявилося неінформативним, відбиваючи нерозвиненість самозвіту і залежність зміни стану від стресових факторів. Проте, аналіз її результатів дозволяв визначити напрямок переживань дитини, а головна наявність суіцидальних думок, що рідко висловлювалися при бесіді.

Аналіз перших депресивних епізодів виявив наявність характерних ознак депресивної тріади з перевагою її ідеаторної складової над афективним і з найменшою виразністю моторним компонентом. Було виділено 3 основних афекти: меланхолійний, тривожний і дисфоричний. Перевага тривожного афекту, як ізольованого, так і сполученого відзначалася в першій віковій групі, а дисфоричного і меланхолійного в другій, що можна пояснити тим, що тривога відноситься до проявів первинних реакцій і в більшому ступені властива молодшому віку, у той час як такі ознаки дисфорії такі як дратівливість, опозиційність властиві пубертатному періоду. З віком зменшувалася кількісна присутність тривоги при наростанні дисфорії.

При виборі методів фізичної терапії слід враховувати нозологічну і синдромологічну приналежність, рівень психічного розвитку, тип особистості і її особливості, наявність педагогічної занедбаності, наявність дезадаптації, рівень соціалізації особистості, а також сімейні умови, особливо конфліктність родини, депривацію, що є однією з причин виникнення психогенних розладів.

Гарний ефект дають такі методи фізичної терапії, як ігрова, групова і сімейна корекція. Що стосується у сімейнії корекції, те її проведення часто зустрічає труднощі, обумовлені небажанням батьків контактувати з лікарями, психологами, логопедами, що може бути пов'язано із зневажливим, байдужним відношенням до підлітка, ранньою депривацією і соціально-педагогічною занедбаністю. У цих випадках психогенний розвиток і повторні депресивні стани зустрічаються частіше, а у підлітковому віці повторюються з більш вираженою психопатологічною симптоматикою і важче піддаються корекції та реабілітації.

Важливою умовою успішного проведення є психологічна установка, що має значення для фізичної терапії характерологічних порушень, відносини до ситуації, що викликала психогенний розлад, подолання неправильного відношення до себе і навколишніх. У підлітковому віці при депресивних розладах ефективною виявляються фізична терапія, спрямована на виробітку нових форм реагування на труднощі***.***

**ВИСНОВКИ**

1. Результати проведеного теоретико-методологічного аналізу підходів до вивчення проблеми депресивних розладів у підлітків та відповідних методів допомоги надали можливість дійти таких висновків: в огляді літератури переважно відбита думка, що у підлітків вектор афективних переживань, у переважній більшості випадків, спрямований зовні, тобто на оточуючих, а перші афективні епізоди мають складну, динамічну, полісиндромальну структуру. Це пов'язано з тим, що розлад виникає у несформованої особистості, часто із спотвореним розвитком. Нерідко відповідь дитини на стрес, викликаний, у тому числі і захворюванням, відбиває способи реагування, властиві більш ранньому віку. Депресивні ознаки виявляються на тлі незрілої здатності дитини до адекватної вербалізації переживань, спрямованості фабули депресивних ідей зовні, високої частоти реактивної провокації і чутливості симптоматики до зовнішніх впливів, при несформованій особистісній захисній реакції.

Складність чіткої діагностики депресивних станів у підлітків обумовлює необхідність поглибленого вивчення їх феноменології і тенденцій перебігу. Приблизно в половини цих дітей виникають труднощі соціалізації, які, при відсутності належної уваги з боку фахівців, найчастіше розвиваються у важкі форми розладів соціальної поведінки – криміналізацію, узалежнення від психоактивних речовин тощо.

2.Серед психічної патології підліткового віку депресивні розлади не тільки складають значну питому вагу, але і представляють одну із складних проблем через важкі соціальні наслідки.

Найбільш чітко відбиває клінічну реальність розподіл депресивних розладів у підлітковому віці на 6 основних типів: апатичний, анергичний, меланхолійний, тривожний, дисфоричний і соматизований. З огляду на необхідність визначення статистично значущих прогностичних моделей, більш обґрунтованим вважається їх розподіл за єдиною ознацою (за провідним афектом) на 4 типи: тривожний, меланхолійний, дисфоричний і сполучений.

3. Досліджено особливості особистісної диференціації при депресивних розладах у підлітковому віці. При депресіях у підлітковому віці переважає сполучений тип, що містить у собі в різних комбінаціях, в залежності від віку і нозологічної приналежності, меланхолійний, тривожний і дисфоричний афекти. У структурі першого депресивного епізоду у підлітків у віці від 11 до 13 років переважає тривожний афект, а у віці від 14 до 16 років – дисфоричний і тужливий, що відбиває властиві віку рівні реагування і моделі поведінки.

На підставі використання методів фізичної реабілітації встановлено, що показники порушення мислення у виді дисоціації розумової діяльності, а також зміна мотиваційної сфери і психічної активності мають як диференційно-діагностичне значення, так і є показниками в оцінці формування дефекту. Традиційна ознака порушення вибірковості пізнавальної діяльності, високо інформативна для популяції осіб зрілого віку, у підлітковому віці диференціально-діагностично менш значуща, і скоріше відбиває вікову специфіку даного контингенту.

4. Запропоновані методи фізичної реабілітації при депресивних розладах у підлітків. При виборі методу слід враховувати нозологічну і синдромологічну приналежність, рівень психічного розвитку, тип особистості і її особливості, наявність педагогічної занедбаності, наявність дезадаптації, рівень соціалізації особистості, а також сімейні умови. Важливою умовою успішного проведення фізичної реабілітації є установка, що має значення у підлітків та важлива для корекції характерологічних порушень, ставлення до ситуації, що викликала психогенний розлад, подолання неправильного ставлення до себе і оточуючих. Ефективною дослідники вважають фізичну реабілітацію, спрямовану на виробітку нових форм реагування на труднощі, подолання соціальної дезадаптації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамова Г. С. Практическая психология / Г. С. Абрамова. – [3-е изд., стер.]. – Екатеринбург : Деловая книга, 1998. – 368 с.
2. Авербух Е. С. Депрессивные состояния / Е. С. Авербух. – Л. : Медицина, 1982. – 272 с.
3. Аверин В. А. Психология личности / В. А. Аверин. – СПб. : Вид-во Михайлова В. А., 1999. – 89 с.
4. Анастази А. Дифференциальная психология. Индивидуальные и групповые различия в поведении / Анна Анастази ; пер. с англ. Д. Гурьев, М. Будынина, Г. Пимочкин, С. Лихацкая. – М. : Апрель Пресс ; ЭКСМО-Пресс, 2001. – 752 с. – (Серия «Кафедра психологии»).
5. Анастази А. Психологическое тестирование / А. Анастази, С. Урбина ; пер. с англ. А. А. Алексеев. – СПб. : Питер, 2001. – 688 с. : ил. – (Серия «Мастера психологии»).
6. Антропов Ю. Ф. Невротическоая депрессия у детей и подростков / Ю. Ф. Антропов. – М. : Наука, 2001. – 246 с.
7. Асмолов А. Г. Психология личности / А. Г. Асмолов. – М. : Наука, 1990. – 287 с.
8. Астапов В. М. Тревожность у детей / В. М. Астапов. – [2-е изд.] – СПб. : Питер, 2004. – 224 с. : ил. – (Серия «Детскому психологу»).
9. Батаршев А. В. Психология индивидуальных различий: От темперамента – к характеру и типологии личности / А. В. Батаршев. – М. : ВЛАДОС, 2000. – 256 с.
10. Башина В. М. Аффективные нарушения у детей / В. М. Башина. – М. : Медицина, 1999. – 642 с.
11. Блейхер В. М. Практическая патопсихология : руководство для врачей и медицинских психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – Ростов н / Д. : Феникс, 1996. – 448 с.
12. Бобров А. С. Эндогенная депрессия / А. С. Бобров. – Иркутск : Пресса, 2001. – 258 с.
13. Большой толковый психологический словарь ⁄ [пер. с англ. А. Ребер]. – Т. 1 (А-О). – М. : АСТ ; Вече, 2001. – 592 с.
14. Большой толковый психологический словарь ⁄ [пер. с англ. А. Ребер]. – Т. 2 (П-Я). – М. : АСТ ; Вече, 2001. – 560 с.
15. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь : теория и практика : учеб. пособ. [для студ. ст. курсов психол. факул. и отд-ний ун-тов] ⁄ А. Ф. Бондаренко. – К. : Укртехпрес, 1997. – 216 с.
16. Браун Д. Введение в психотерапию : Принципы и практика психодинамики / Д. Браун, Дж. Педдер ; пер. с англ. Ю. М. Яновской. – М. : Класс, 1998. – 224 с. – (Библиотека психологии и психотерапии).
17. Бурлачук Л. Ф. Основы психотерапии ⁄ Л. Ф. Бурлачук, И. А. Грабская, А. С. Кочарян. – К. : Ника-Центр ; М. : Алетейа, 1999. – 320 с.
18. Бурлачук Л. Ф. Психодиагностика ⁄ Л. Ф. Бурлачук. – СПб. : Питер, 2002. – 352 с. : ил. – (Серия «Учебник нового века»).
19. Бурлачук Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике ⁄ Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. – СПб. : Питер Ком, 1999. – 528 с. – (Серия «Мастера психологии»).
20. Венгер А. Л. Психологическое консультирование и диагностика : практ. руководство / А. Л. Венгер – Ч. 2. – М. : Генезис, 2001. – 128 с.
21. Вереіна Л. В. Практикум з психодіагностики: навч. посіб. / Л. В. Вереіна, С. В. Баранова. – Луганськ : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2002. – 184 с. : табл.
22. Вертоградова О. П. Депрессия : психопатология, патогенез / О. П. Вертоградова. – М. : Медицина, 1980. – 376 с.
23. Гарбузов В. И. Практическая психотерапия, или как вернуть ребенку и подростку уверенность в себе, истинное достоинство и здоровье / В. И. Гарбузов. – СПб. : Сфера, 1994. – 160 с.
24. Глэддинг С. Психологическое консультирование / Сэмюэль Глэддинг. – [4-е изд.] ; пер. с англ. А. Можаев. – СПб. : Питер, 2002. – 736 с. : ил. – (Серия «Мастера психологии»).
25. Годжиева Н. М. Основы самосовершенствования. Тренинг самосознания / Н. М. Годжиева. – Екатеринбург : Целевая книга, 1998. – 144 с.
26. Горбатов Д. С. Практикум по психологическому исследованию / Д. С. Горбатов. – Самара : БАХРАХ-М, 2000. – 248 с.
27. Григорьева М. Н. Использование социально-психологического тренинга в учебно-вспомогательной работе со старшеклассниками / М. Н. Григорьева // Вопросы психологии. – 1988. – № 5. – С. 23–29
28. Гримак Л. П. Общение с собой / Л. П. Гримак. – М. : Знание, 1991. – 194 с.
29. Детская патопсихология : хрестоматия / Н. Л. Белопольская. – М. : Когито-Центр, 2000. – 351 с. – (Университетское психологическое образование).
30. Дебесс М. Подросток / Морис Дебесс. – [20 е изд.] ; пер. с франц. – СПб. : Питер, 2004. – 127 с.
31. Евтихов О. В. Практика психологического тренинга / О. В. Евтихов. – СПб. : Речь, 2005. – 256 с.
32. Ежова Н. Н. Рабочая книга практического психолога / Н. Н. Ежова. – [3-е изд.]. – Ростов н / Д. : Феникс, 2005. – 315 с. : ил. – (Психологический практикум).
33. Елисеев О. П. Практикум по психологии личности / О. П. Елисеев. – СПб. : Питер, 2001. – 560 с. : ил. – (Серия «Практикум по психологии»).
34. Залунина Л. М. Подростки : ответы для родителей и профессионалов / Л. М. Залунина. – СПб. : Питер, 2004. – 144 с.
35. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер, 2001. – 464 с. : ил. – (Серия «Учебник нового века»).
36. Калинин С. И. Компьютерная обработка данных для психологов / [под ред. А. Л. Тулупьева]. – СПб. : Речь, 2002. – 134 с.
37. Колосова С. Л. Детская агрессия / С. Л. Колосова. – СПб. : Питер, 2004. – 224 с. : ил. – (Серия «Детскому психологу»).
38. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования ⁄ Р. Кочюнас ; пер. с лит. В. Матулявичене. – М. : Академический проект, 2000. – 240 с.
39. Кречмер Э. Медицинская психология / Эрнст Кречмер ; пер. с нем. В. А. Лукова. – СПб. : Союз, 1998. – 464 с. – (Психология и социология: страницы классики).
40. Кулаков С. А. Практикум по клинической психологии и психотерапии подростков / С. А. Кулаков. – СПб. : Речь, 2004. – 464 с. : ил.
41. Куликов Л. В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики : учеб. пособ. / Л. В. Куликов. – СПб. : Питер, 2004. – 464 с. : ил. – (Серия «Учебное пособие»).
42. Куртышева М. А. Как сохранить психологическое здоровье детей / М. А. Куртышева. – СПб. : Питер, 2005. – 252 с. – (Серия «Практическая психология»).
43. Лабунская В. А. Психология затрудненного общения : теория. Методы. Диагностика. Коррекция : учеб. пособ. [для студ. высш. учеб. завед.] / В. А. Лабунская, Ю. А. Менджерицкая, Е. Д. Бреус. – М. : Академия, 2001. – 288 с.
44. Леонгард К. Акцентуированные личности / Карл Леонгард ; пер. с нем. В. М. Лещинской. – Ростов н / Д. : Феникс, 1997. – 544 с.
45. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. – Л. : Медицина, 1983. – 256 с.
46. Лютова Е. К. Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми / Е. К. Лютова, Г. Б. Монина. – М. : Генезис, 2000. – 192 с. : ил.
47. Максимова Н. Ю. Курс лекций по детской патопсихологии : учеб. пособ. / Н. Ю. Максимова, Е. Л. Милютина. – Ростов н / Д. : Феникс, 2000. – 576 с. – (Учебники «Феникса»).
48. Максимова Н. Ю. Основы детской патопсихологии : учеб. пособ. / Н. Ю. Максимова, Е. Л. Милютина, В. М. Пискун. – К. : НПЦ Перспектива, 1999. – 432 с.
49. Методы эффективной психокоррекции : хрестоматия / [cост. К. В. Сельченок]. – Мн. : Харвест, 1999. – 816 с. – (Библиотека практической психологии).
50. Мэй Р. Искусство психологического консультирования / Ролло Мэй ; пер. с англ. Т. К. Кругловой. – М. : Класс, 1999. – 144 с. – (Библиотека психологии и психотерапии).
51. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования ⁄ Ричард Нельсон-Джоунс ; пер. с англ. Е. Волкова. – СПб. : Питер, 2000. – 464 с. : ил. – (Серия «Золотой фонд психотерапии»).
52. Носс И. Н. Руководство по психодиагностике ⁄ И. Н. Носс. – М. : Ин-т психотерапии, 2005. – 688 с.
53. Озерцковский С. Д. О скрытых эндогенных депрессиях у подростков / С. Д. Озерцковский  // Журн. невропатол. и психиатр. – 1989. – Т.79. – Вып. 2. – С. 212–221.
54. Осипова А. А. Введение в практическую психокоррекцию : групповые методы работы ситуациях ⁄ А. А. Осипова. – М. : Психолого-социальный ин-т ; Воронеж : МОДЭК, 2000. – 240 с. – (Серия «Библиотека школьного психолога»).
55. Подольский А. И. Диагностика подростковой депрессивности. Теория и практика ⁄ А. И. Подольский, О. А. Идобаева, П. Хейманс. – СПб. : Питер, 2004. – 202 с. : ил. – (Серия «Учебное пособие»).
56. Практикум по возрастной психологии : учеб. пособ. / Л. А. Головей, Е. Ф. Рыбалко. – СПб. : Речь, 2005. – 688 с. : ил.
57. Практикум по психологическим играм с детьми и подростками ⁄ [Т. В. Азарова, О. И. Барчук, Т. В. Беглова и др.] ; под общ. ред. М. Р. Битяновой. – СПб. : Питер, 2005. – 304 с. : ил. – (Серия «Практикум по психологии»)
58. Психологические особенности детей и подростков с проблемами в развитии. Изучение и психокоррекция ⁄ [под ред. У. В. Ульенковой]. – СПб. : Питер, 2007. – 304 с. : ил. – (Серия «Учебное пособие»).
59. Психологические программы развития личности в подростковом и старшем школьном возрасте / [под ред. И. В. Дубровиной]. – [6-е изд.]. – М. : Академ. проект, 2002. – 128 с. – (Серия «Руководство практического психолога»).
60. Психологические тесты ⁄ [под ред. А. А. Карелина] : в 2 т. – М. : ВЛАДОС, 2001. – Т. 1. – 321 с. : ил.
61. Психологічна культура особистості в умовах глобалізації світу: монографія / [Третьяченко В. В., Баранова С. В., Бохонкова Ю. О., Вереіна Л. В. та ін.] ; за заг. ред. В. В. Третьяченко. – Луганськ : Світлиця, 2006. – 352 с.
62. Психология индивидуальных различий / [под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В. Я. Романова]. – М. : ЧеРо, 2000. – 776 с. : ил. – (Серия «Хрестоматия по психологии»).
63. Психологія особистості : словник-довідник / [за ред. П. П. Горностая, Т. М. Титаренко]. – К. : Рута, 2001. – 320 с. – Бібліогр. с. 263-293.
64. Психология социальной работы / [О. Н. Александрова, О. Н. Боголюбова, Н. Л. Васильева и др.] ; под ред. М. А. Гулиной. – СПб. : Питер, 2002. – 352 с. : ил. – (Серия «Учебник нового века»).
65. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учеб. пособ. / Д. Я. Райгородский. – Самара : БАХРАХ, 1998. – 672 с.
66. Реан А. А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика / А. А. Реан, А. Р. Кудашев, А. А. Баранов. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2006. – 479, [1] с. – (Психология – лучшее).
67. Рудестам К. Групповая психотерапия / Кьел Рудестам ; пер. с англ. А. Голубева. – СПб. : Питер Ком, 1998. – 384 с. – (Серия «Мастера психологии»).
68. Рыбалко Е. Ф. Возрастная и дифференциальная психология / Е. Ф. Рыбалко. – СПб. : Питер, 2001. – 224 с. – (Серия «Учебник нового века»).
69. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии / Е. В. Сидоренко. – СПб. : Речь, 2000. – 350 с. : ил.
70. Сидоренко Е. В. Психодраматический и недирективный подходы в групповой работе с людьми: Методические описания и комментарии / Е. В. Сидоренко. – СПб. : Речь, 2001. – 90 с.
71. Синягина Н. Ю. Психолого-педагогическая коррекция детско-родительских отношений / Н. Ю. Синягина. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 96 с. – (Библиотека школьного психолога).
72. Словарь практического психолога [cост. С. Ю. Головин]. – Мн. : Харвест, 1997. – 800 с.
73. Собчик Л. Н. Введение в психологию индивидуальности / Л. Н. Собчик. – [3-е изд., исправ.]. – М. : ИПП-ИСП, 2000. – 512 с.
74. Солсо Р. Л. Экспериментальная психология : практический курс / Р. Л. Солсо, Х. Х. Джонсон, М. К. Бил ; пер. с англ. Е. Павловой, С. Харитонова, Н. Кириленко, С. Рысева, Е. Будаговой. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2001. – 528 с. – (Серия «Секреты психологии»).
75. Справочник практического психолога. Психодиагностика ⁄ [под общ. ред. С. Т. Посоховой]. – М. : АСТ ; СПб. : Сова, 2005. – 671, [1] с. : ил.
76. Степанов С. С. Законы психологии. Советы психолога-консультанта ⁄ С. С. Степанов. – СПб. : Питер, 2000. – 160 с.
77. Столяренко Л. Д. Основы психологии. Практикум / Л. Д. Столяренко. – Ростов н /Д. : – Феникс, 1999. – 576 с.
78. Суходольский Г. В. Математические методы в психологии ⁄ Г. В. Суходольский. – Х. : Гуманит. центр, 2004. – 284 с.
79. Тарасов Е. А. Психотерапия ⁄ Е. А. Тарасов. – М. : ФАИР, 1997. – 320 с. : ил.
80. Цуцульковская М. Я. Клиника и дифференциальная диагностическая оценка некоторых психопатологических синдромов пубертатного возраста / М. Я. Цуцульковская, Г. П. Пантелеева. – М. : Медицина, 1986. – 135 с.
81. Чехова А. Н. Течение шизофренического процесса, начавшегося в детском возрасте / А. Н. Чехова. – М. : Медицина, 1968. – 136 с.
82. Шапарь В. Б. Практическая психология. Проективные методики / В. Б. Шапарь, О. В. Шапарь. – Ростов н / Д. : Феникс, 2006. – 480 с. – (Психологический факультет).
83. Шевандрин Н. И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности / Н. И. Шевандрин. – М. : ВЛАДОС, 1998. – 512 с. : ил.
84. Шевченко Ю. С. Проблемы охраны психического здоровья детей и подростков / Ю. С. Шевченко, Н. М. Иовчук. – М. : Наука, 1998. – 379 с.
85. Широкова Г. А. Практикум детского психолога / Г. А. Широкова, Е. Г. Жадько. – [2-е изд.]. – Ростов н ⁄ Д. : Феникс, 2005. – 320 с. – (Серия «Психологический практикум»).
86. Эйдемиллер Э. Г. Семейная психотерапия ⁄ Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий. – Л. : Медицина, 1989. – 192 с. : ил.
87. Яньшин П. В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности ⁄ П. В. Яньшин. – СПб. : Питер, 2004. – 336 с. : ил. – (Серия «Практикум по психологии»).
88. Яценко Т. С. Психологічні основи групової психокорекції : навч. посіб. ⁄ Т. С. Яценко. – К. : Либідь, 1996. – 264 с.