**Введение**

Слово «депрессия» употребляют в разных смыслах - в научном, общежитейском и литературном. В последних двух случаях депрессией чаще всего именуют то, что на самом деле депрессией не является. Депрессия - это сильная тоска, сопровождающаяся чувством отчаяния и тревоги. Помимо депрессии, бывает гипотимия (снижение настроения, знакомое едва ли не каждому человеку, но носящее кратковременный и невыраженный характер; гипотимия сопровождает почти все психические болезни и бывает также и у совершенно здоровых людей). У детей и подростков часто регистрируют дистимию - такое кратковременное нарушение настроения, которое проявляется раздражительностью, плаксивостью, капризностью, вегетососудистыми расстройствами. Если человек встал утром «с левой ноги», т. е. злобен, раздражен, всем делает замечания, всем недоволен, ищет, на ком бы сорвать злобу, то в таких случаях говорят о дисфориях, которые бывают у больных эпилепсией и у лиц с органическими повреждениями головного мозга. Как правило, в житейском и литературном смысле и дисфории, и дистимии, и гипотимии называют депрессиями и потом удив­ляются, откуда это столько депрессий развилось. Истинные же депрессии, конечно, существуют, и не так редко. Они бывают не только при маниакально-депрессивном психозе, но и практически при всех душевных расстройствах. Например, нет и не может быть ни одного выраженного невроза, который бы не протекал с пониженным настроением, в некоторых случаях депрессивным. Нередко депрессивное настроение как бы прикры­вается другими расстройствами, например соматическими.

Актуальность исследования. Депрессия у детей - это совсем другое дело, до конца еще не изученное. Давно известно, что данный возрастной период, часто сопровождается грустью и печалью, которые нередко достигают такой степени, что могут сами себе навредить. Депрессии у детей могут выступать в «чистом» виде и в какой-то маске (скрытой). Обычно во втором случае дети жалуются на общую разбитость, пониженное настроение, отсутствие аппетита, непонятные боли в разных частях тела. Если жалобы затянулись, если поведение больного вызывает опасение у окружающих, то такого ребенка лучше проконсультировать с педиатром, а тот уже решит, нужно ли обращаться к психиатру. Подобные депрессии обычно излечиваются без следа, нужно только правильно их лечить. Но если речь идет о депрессии, то всегда нужно быть начеку. Всякое неуважение к школьнику, грубое к нему отношение (учитывая тем более повышенную ранимость подростков, их чрезмерную чувствительность всякого рода замечаниям и нотациям) — это и многое другое могут вызвать пониженное настроение или резко заострить его, а от этого до непоправимой беды один шаг.

Цель данной работы: рассмотреть причины появления и выявления депрессии.

Задачи исследования:

- выявить признаки депрессии;

- проанализировать причины появления депрессивного состояния;

- изучить методы лечения и профилактики скрытой депрессии.

Предмет исследования: депрессия и способы ее появления у детей.

Объект исследования: различные депрессивные состояния у детей.

Гипотеза исследования: депрессия – это состояние организма и ее возникновение предполагает взаимодействие между организмом и средой. Депрессию невозможно преодолеть, не изменяя среду и характер взаимодействия организма со средой.

**Глава I.**

**Психологические основы детской депрессии**

**§1. Общая характеристика, признаки и причины детской депрессии**

Для многих педагогов и родителей актуальной темой становится проблема детской депрессии. Эта тема охватывает и проблемы детей, лишенных родительского попечения, и семейных детей, переживающих одиночество, неблагоприятную семейную ситуацию, развод или смерть родителей. К сожалению, квалифицированной и исчерпывающей литературы по этой теме на сегодняшний день явно недостаточно. Были рассмотрены работы :, Северный А.А. "Депрессия у детей и подростков" и Дробинская А.О. "Школьные трудности нестандартных детей".

Когда-то психиатры спорили, может ли ребенок испытывать депрессивные состояния? Ощущение печали, тоски, ослабление интересов, снижение общего тонуса, уход от контактов, заторможенность - типичные проявления "взрослой" депрессии.

У детей трудно выделить подобные признаки, во-первых, из-за их нечеткости, а, во-вторых, из-за того, что ребенок не всегда может дать подробный отчет о своих эмоциональных переживаниях. Депрессия у ребенка всегда "маскирована": это и тревожность, и школьная неуспеваемость, и нарушения отношений со сверстниками, и беспокойство за свое здоровье, и страх за близких. Именно "маскированность", атипичность является наиболее характерной чертой детской депрессии. Педагоги и родители должны знать, что депрессивные состояния почти всегда протекают с жалобами на нездоровье. Жалобы на сердцебиение, головокружение, тошноту, слабость, нарушение сна, различные боли в сочетании с вялостью (руки, ноги тяжелые", "трудно ходить, еле портфель дотащила"), изменением внешнего облика ребенка создают картину тяжелого физического недуга, и первые месяцы (и даже годы) бывают предметом внимания педиатров или хирургов. Отсутствие подтверждения в анализах какой-либо серьезной болезни не исключает настоящего страдания, которое переживает ребенок, а свидетельствует о расстройстве его эмоциональной сферы и должно служить взрослым сигналом детского неблагополучия. Эти недомогания могут быть либо крайне разнообразными, часто сменяющими друг друга, либо, напротив, монотонными, ограниченными одной постоянной жалобой. Наиболее частыми у детей дошкольного возраста бывают жалобы на боли в животе, а у детей младшего школьного возраста - на головную боль. Зачастую дети уверены в неизлечимом заболевании (так называемое ипохондрическое расстройство). Это проявляется в том, что у ребенка даже при упоминании о чьей-то болезни или смерти усиливается тревога, и совершенно незнакомые даже с элементарными симптомами болезни, они пользуются медицинскими терминами, где-то услышанными и заключающими очевидную угрозу: рак, СПИД, проказа, коллапс, менингит и т.п. У многих детей ярко выражено проявление тревоги и страха, нарастающее, как правило, в вечернее и ночное время. Неопределенная, беспредметная тревога кратковременна, но быстро переходит в конкретный страх: остаться одному, потерять маму, ребенок боится, что мама не придет за ним в детский сад, что по дороге с работы она попадет под машину или ее убьют бандиты. Наряду с этим, выступает и страх за себя, свое здоровье, жизнь, будущее: "Вырасту и вдруг стану плохим человеком, бандитом, попаду в тюрьму? Вдруг будет война, погибнет все живое, не хватит воздуха, воды, пищи? Как жить дальше, когда умрут родители?" Высшей степенью тревожности становится общий, диффузный, беспредметный страх, когда все окружающее таит угрозу и представляет опасность. Возможны и так называемые панические расстройства: приступы сердцебиения, болей в области сердца, головокружения, тошноты, озноб, частое дыхание. Такое состояние возникает остро и часто сопровождается выраженным чувством страха смерти, боязнью замкнутого пространства.

Проявления депрессии в разных возрастах могут быть разными. У маленького ребенка родители обращают внимание на снижение аппетита, остановку в прибавке веса, капризность и замедленность движений.

В дошкольном возрасте на первый план обычно выступают изменения в состоянии здоровья, а вместе с этим могут проявляться и типичные депрессивные признаки: тихий голос, печальное выражение лица, скупая мимика, старческая походка.

У младших школьников более заметны: замкнутость, безразличие, потеря интереса к играм, школьным занятиям, тоскливое настроение. Но обычно до 12-13 лет от ребенка редко можно услышать жалобу на "печаль" или "тоску". Чаще дети жалуются на то, что им "скучно", "ничего не интересно", "невыносимо", "хочется плакать", "камень на сердце", "темная стена". Кстати, жалоба на "скуку", означающая снижение интереса к окружающей жизни, - один из самых частых признаков детских депрессий. При этом, в отличие от депрессивных взрослых, у детей отмечаются повышенная слезливость или постоянная готовность к плачу, выраженные тем больше, чем моложе ребенок. Депрессивные дети плачут по малейшему поводу: при обиде, замечании или поощрении, приходе в дом постороннего.

Отмечаются также повышенная чувствительность, жалостливость (дети могут плакать над сломанным цветком, срубленной елкой, убитым жуком), жалеть неодушевленные предметы. Они не отпускают от себя мать, просят взять их на руки, покачать, в их речи появляются младенческие интонации. Между тем дети выглядят не столько печальными, сколько мрачными и угрюмыми. В отличие от взрослых, "вектор вины" при детской депрессии направлен вовне. Дети недовольны отношением к ним родителей, считают их виновными в плохом самочувствии, сниженном настроении, высказывают массу претензий и упреков. Начиная сомневаться в любви родителей, они много раз в день задают один и тот же вопрос: "Ты любишь меня?", но при положительном ответе и ласке успокаиваются ненадолго, ловят взгляды близких, наивными способами пытаются проверить их любовь. Всякое замечание, недовольство родителей провоцируют приступы двигательного беспокойства с криком, плачем, нелепыми угрозами и поступками, вплоть до демонстративных попыток самоубийства. Одним из ранних признаков детской депрессии является школьная дезадаптация. Она, как правило, нарастает постепенно, проявляясь в трудностях осмысления и запоминания учебного материала. Дети все больше времени тратят на приготовление домашних заданий, не понимают прочитанного. Много раз пересказав текст дома, на другой день не могут вспомнить его у доски, не могут решить простейших задач, путают счет. Начинают плакать, причитая, что все их усилия напрасны, что "все равно будет двойка". Становятся крайне рассеянными, забывают дома тетради, учебники, жалуются на потерю памяти: "совсем глупая стала", "не умею учиться", "силюсь понять и не понимаю". Считают, что учителя их недолюбливают за тупость, сверстники презирают, стремятся обидеть, смеются над их плохой успеваемостью, что они неинтересны, неприятны, и даже родители отдают предпочтение другим детям в семье. Появляется и несвойственная ребенку медлительность, неловкость. Дети подолгу одеваются, не могут бегать, играть со сверстниками на переменах, на уроках физкультуры выглядят вялыми и неуклюжими, постепенно прекращают посещать спортивные секции, требующие физического напряжения. В период улучшений ребенок дает слово завтра же отправиться в школу, готовит уроки, собирает портфель, а на утро либо наотрез отказывается выполнять свое обещание, либо доходит до ворот школы и возвращается домой. Связно объяснить свое состояние не может, на все вопросы отвечает "не могу", "не хочу" или каждый раз ссылается на новые несущественные причины. Он весел и спокоен, когда в связи с болезнью или каникулами родители прекращают обсуждать вопрос о школе. Такое состояние "школьной фобии" может продолжаться года 3-4. На развитие депрессии влияют как внешние, так и внутренние факторы. Наиболее травмирующим фактором для детей младшего дошкольного возраста (до 4 лет) является отделение от матери, от семьи (помещение в больницу, санаторий, круглосуточный детский сад, ясли, дом ребенка и т. п.), а для детей старше 5 лет - длительная неблагополучная семейная ситуация (скандалы, жестокость родителей, развод, смерть родителей). Начиная с 7-летнего возраста, наиболее значимыми факторами депрессии становятся проблемы, связанные со школой (смена класса, учителя, отставание от сверстников, оскорбительное отношение учителя). Короткофазность, быстротечность депрессии в детском возрасте встречается чрезвычайно редко: обычная длительность депрессии от 1-3 мес., до года и больше. При этом интенсивность депрессивной симптоматики отличается непостоянством, связана с семейной ситуацией и физическим состоянием ребенка.

**§2. Проблемы депрессии в отечественной и зарубежной литературе**

По мнению Нуллера Ю. Л. и Михаленко И.Н., депрессии детского возраста за последние годы стали чаще диагностироваться и отечественными, и зарубежными психиатрами, но проблема детских депрессий остается темой еще незавершенных научных изысканий. О возможности возникновения депрессии в 10 лет писали уже многие зарубежные психологи. По их наблюдениям, небольшой процент больных МДП заболевают в 10… 15 лет, и, как правило, первой фазой является депрессивная. В его руководстве 1904 г. приводится диаграмма распределения депрессивных дебютов МДП по возрастам. На первые 10 лет жизни приходится 1,5 % всех случаев заболевания.

О частоте депрессий у детей в наше время судить трудно, так как диагноз депрессии зависит и от контингента обследуемых детей, и от нестандартности диагностического подхода. В связи с переходом на новые классификации болезней нельзя сравнивать показатели разных стран: в научной литературе Европы (главным образом Австрия, Германия) по-прежнему используются определения "депрессивная фаза маниакально-депрессивной болезни", "невротическая депрессия", "депрессия истощения", в то время как в США с переходом на классификацию DSM-III депрессия у детей стала делиться на 3 класса: большая депрессия (major depressive disorder), дистимическое расстройство (disthymic disorder) и нарушения поведения с депрессивным настроением (adjustment disorder with depressive mood).

В нашей стране в отчетах используется международная классификация болезней IX пересмотра, но в научных исследованиях широко фигурируют синдромы, которые дробят основную нозологическую единицу на подвиды. Это позволяет провести некоторые сопоставления данных американских авторов с отечественными. Нарушения поведения с депрессивным настроением, по-видимому, соответствуют тому, что у нас выделяется как делинквентный вариант депрессивного состояния. И все-таки сопоставлять цифровые данные можно лишь тогда, когда работы проводятся в научно-исследовательских центрах со сходными диагностическими подходами, подобно исследованиям П. Кейлхольза, касающимся депрессии.

Сам Е. Крепелин не описывал какой-либо особой картины детской депрессии, и лишь значительно позже к депрессивным состояниям стали относить самые разнообразные нарушения, возникающие у детей с первых лет жизни: кишечные колики, экземы, крики во время ночного сна, анорексию, головные боли, непослушание и лень у школьников, если они возникают периодически, ограничены во времени и сопровождаются неспособностью воспринимать радость, понижением настроения, выражающимся хотя бы в печальном выражении лица или плаксивости

Некоторые авторы выделяют особую группу депрессивных детей с энурезом, подчеркивая не невротическую или органическую природу депрессии. Эти дети имеют сниженное настроение, склонность к плачу, проявляют незрелость в реакциях на окружающее, бывают злобными и с раннего детства склонны к асоциальным поступкам. Приступы этих депрессивных состояний бывают обычно затяжными. Такие картины стали называть скрытыми, маскированными депрессиями и депрессивными эквивалентами. Описание их в работах многих авторов убедительно показывает их родство с депрессиями (биохимические исследования, успешное лечение антидепрессантами). Однако нерешенным остается вопрос, являются ли эти депрессии заболеванием, присущим детскому возрасту, не имеющим продолжения в жизни взрослого, или это первые фазы рано начавшегося МДП, которые в дальнейшем постепенно утратят черты, свойственные болезням раннего возраста, и примут форму одного из синдромов, характерных для эндогенной депрессии.

Проводились катамнестические исследования с наблюдением за детьми с раннего детского возраста до раннего взрослого. С. Чез и соавт. (1983) изучили судьбу 133 больных детей с неопределенными депрессивными картинами. Шестерым из них были поставлены диагнозы (соответственно классификации DSM-III): большая депрессия, дистимия и нарушения поведения с депрессивным синдромом в 8, 12, 10, 17, 16 и 13 лет. В дальнейшем у всех этих людей возникали типичные депрессивные приступы, у остальных депрессивные состояния не повторялись.

У детей раннего возраста описаны и более типичные проявления депрессивных состояний. Дети становятся вялыми, тихо лежат в кроватке, не проявляя интереса к окружающему, временами плачут, не объясняя причину. Нарушается ритм сна и бодрствования, снижается аппетит, все больше уменьшается масса тела, иногда развивается выраженная алиментарная дистрофия. Внешний вид жалкий, страдальческий. Дети не тянутся за помощью к окружающим, погружены в себя. Характерны однообразные и ритмичные движения раскачивания - головой и всем телом. Эти дети подвержены простудным и инфекционным заболеваниям, что вместе с истощением, при отсутствии медицинской помощи может привести к летальному исходу. О том, что это депрессия, в наибольшей степени свидетельствует постоянное печально-покорное выражение лица. Можно ли такое состояние расценить как депрессивную фазу МДП? Очевидно, только длительный катамнез может дать ответ. В зарубежной литературе в происхождении депрессий у детей столь раннего возраста большое внимание уделяется психической депривации, вызванной как изоляцией от матери, помещением в государственное учреждение, так и неправильным отношением к ребенку в семье Развивающиеся болезненные состояния называют анаклитической депрессией, "синдромом ребенка из учреждения", "депривационным синдромом".

К описанию, приведенному выше, из работ этих авторов можно еще цитировать: "дети, бывшие до того улыбчивыми, милыми, спонтанно активными и находившимися в дружеском, свободном общении с окружающей средой, становятся заметно плаксивыми, грустными или боязливыми, при попытке общения они отчаянно прижимаются к взрослому, требуют внимания, перестают активно играть. В последующий период углубляется скверное настроение. Исчезает плаксивость и углубляется уход ребенка от окружающего, ребенок лежит в постели отвернувшись, лицо приобретает "замерзшее" или меланхолическое выражение; он сидит или лежит в течение долгих часов неподвижно с широко раскрытыми глазами, летаргически, как бы не замечая окружающего. Ребенок теряет в массе тела, появляется бессонница".

Подобная депрессия развивается как психогенная (разлука с матерью). Однако есть наблюдения, что уже купировавшиеся депрессивные состояния могут возникать вновь. Авторы, описывающие детей, отделенных от матери,

Депрессия дошкольного и раннего школьного (до 10 лет) возраста наиболее трудна для диагностики. Она выражается, в основном, в соматовегетативных и двигательных нарушениях. В одних случаях преобладают вялость, пассивность, апатия, в других - тревога, беспокойство. Наблюдаются расстройства сна, аппетита, энурез, энкопрез, сенестопатии, жалобы на неопределенные боли в разных органах. Депрессивность проявляется в страдальческом выражении лица, тихом голосе. О настроении эти дети говорят, что оно плохое, но не уточняют его, четких депрессивных высказываний нет; в семье они бывают грубы, агрессивны, непослушны, что уводит мысль от диагноза депрессии. Таким образом, сама депрессия маскируется детскими капризами и соматическими жалобами.

Н.М. Иовчук отмечает, что депрессиям этого возраста свойственна насыщенность клинической картины множеством расстройств, часто синдромально не завершенных и фрагментарных. В зависимости от основной симптоматики она выделяет следующие варианты депрессий этого возраста: 1) соматизированная депрессия; 2) тревожно-ажитированная; 3) депрессия со страхом; 4) дисфорическая; 5) депрессивная "псевдодебильность"; 6) вяло-адинамическая. Выделение формы "псевдодебильность" совпадает с нашими наблюдениями о том, что депрессия детей раннего школьного возраста часто выражается внешне в беспричинно наступающем снижении способности к обучению, повышенной утомляемости, несостоятельности в учебе. Осмысление школьного материала становится непосильным, требует все большей затраты сил и времени, ночных занятий. Возникающие соматические жалобы, соматоалгический синдром приводят к тому, что дети попадают к психиатру далеко не сразу. Депрессивные состояния у детей этого возраста длятся неделями, проходят сами собой и затем повторяются. Большая часть начавшихся в этом возрасте депрессий постепенно утрачивает периодичность течения, и формируется картина шизофрении. В других случаях, значительно реже, депрессивный аффект становится ведущим, и картина приступов болезни все больше приближается к наблюдаемой у взрослых.

У детей 10 лет впервые возникшие депрессивные состояния проявляются уже характерной триадой симптомов, но с некоторыми особенностями. В этом возрасте дети могут испытывать чувство тоски, но оно или сопровождается, или время от времени сменяется дисфорическим состоянием. Дети недовольны не столько собой, сколько окружающими; возникают социальная отгороженность в школьном коллективе, нарушения поведения с агрессивными проявлениями, которых не бывало прежде. Явная двигательная заторможенность обычно отсутствует. Продуктивная деятельность замедлена, общение затруднено, мимика застывшая, но в целом ребенок подвижен. Утром собирается в школу, однако плохое настроение удерживает его от входа в класс; он бродит по коридорам, выходит на улицу, чтобы куда-то деться, идет в кино и сидит там сеанс за сеансом, пока время не позволит ему вернуться домой. Это - бегство из среды, где он привык быть жизнерадостным и веселым, бегство от необходимости делать волевые усилия, напрягаться психически, но внешне это выглядит как делинквентность и затрудняет постановку диагноза. Депрессивные идеи - самообвинения, малоценности - обычно переживаются, но они элементарны, наивны, лаконичны, без философствования (в отличие от депрессивных идей больных шизофренией): это высказывания о том, что у него плохой характер, слабая воля, он подвел класс; часто звучит мотив, что из-за его плохой учебы заболеют родители: "папа-машинист, нервничает из-за меня, на железной дороге будет авария", "стал плохо учиться - у папы случится инфаркт". У мальчиков предметом идей малоценности часто становится недостаточное физическое развитие, у девочек - полнота. Если придирки к своему физическому образу приближаются к дисморфомании (прыщики на лице, плохая форма носа и т. п.), необходимо еще раз подумать о возможности шизофрении.

Специфика возраста выражается в частоте соматовегетативных проявлений. Дети часто жалуются на головную боль, обостряются или возникают такие психосоматические заболевания, как бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ожирение или резкое похудание. Отмечаются лабильность пульса, склонность к тахикардии, неопределенные болевые ощущения в области сердца при отсутствии его органического поражения. Второе отличие - поведенческие реакции; при этом они имеют отчетливые половые различия: у мальчиков проявляется стремление сорвать зло, разрядить душевное напряжение агрессивным поступком, у девочек обнаруживается сексуальная распущенность], протест против внутреннего дискомфорта выражается в асоциальных действиях.

**§3. Специфика и способы преодоления депрессий**

Проблема лечения депрессии обычно рассматривается в рамках трех подходов к воздействию на симптоматику, оказавшихся наиболее успешными по мнению специалистов: антидепрессантное медикаментозное лечение, Когнитивно-бихевиористическая терапия и интерперсональная терапия. В связи с тем, что лечение депрессии у детей является относительно молодым направлением в науке и практике, напрямую отражающим методы, применяемые у взрослых, то система воздействий на данное нарушение в детстве не отличается ни разнообразием, ни уникальностью. Приемлемость и эффективность методов лечения депрессии, используемых в детской психологии и психиатрии, еще только начинает исследоваться.

Первым условием грамотной поддержки страдающих депрессией детей является ранняя квалификация и диагностика расстройства. Преградой этому часто служат искаженные родительско - детские отношения, крайними проявлениями которых являются нечувствительность к переживаниям ребенка, жесткие меры принуждения и наказания или, напротив, стремление защитить или изолировать от сверстников, дать отдохнуть от занятий.

Если депрессия выражена несильно, она вполне может пройти самопроизвольно, без вмешательства специалистов. Главное, необходимо внимание к душевному состоянию ребенка. Сам ребенок не придет к взрослому с жалобами на душевный недуг. Он и при внимательном расспросе, как правило, не может сформулировать то, что его беспокоит, а в лучшем случае, попытается объяснить свое состояние внешними причинами.

В любом случае, если неблагополучное, подавленное состояние затягивается больше, чем на две недели, даже если его причина кажется совершенно понятной и "естественной", стоит обратиться к врачу. За видимой понятностью может скрываться болезненное состояние, для выхода из которого необходима медикаментозная помощь. И родители, и педагоги должны помнить, что чем раньше ребенку будет оказана эта помощь, тем легче он выйдет из болезненного состояния, тем меньше возможности неблагоприятных последствий. Прямым мягким убеждением следует прививать ребенку мысль о том, что его состояние является болезненным и, следовательно, может быть излечено. Как показывает опыт, сам вопрос лечения является болезненным и для детей, и для родителей, поскольку детям кажется, что нужно прекратить на длительное время учебу, найти у себя соматическое заболевание, а взрослые не доверяют врачам. Переубеждение депрессивного ребенка требует времени, настойчивости, предельной корректности, а главное, активного эмоционального сопереживания. Если не рассматривать случаи сложных драматических отношений в школе, то наиболее предпочтительным для ребенка остается обучение в собственном классе. При многолетнем совместном обучении сверстники, как правило, не только не обижают и не унижают одноклассника, но обычно опекают и защищают его. Прекращение обучения и воспитания недопустимо даже при тяжелых формах психических заболеваний. При упорстве и терпении родителей, внимательном и гибком отношении педагогов, такие дети постепенно привыкают к коллективу, делают успехи в определенных областях знания, хорошо и даже отлично учатся. Желательно также активное участие самих детей в процессе выздоровления. И здесь, задача педагогов и родителей заключается в том, чтобы помочь реализоваться природным способностям и интересам детей. При этом самым важным будет именно отношение близких взрослых: сочувствие, понимание страдания ребенка, умение в процессе общения отвлечь его от тягостных мыслей и переключить на интересные ему проблемы. Такое общение станет необходимым фундаментом детского выздоровления. В когнитивно-бихевиористической терапии основным считается подход, разработанный А. Бек; кроме того, существует ряд методик, связанных с немедленным вмешательством, которые включают теорию социального научения, базирующуюся на моделировании, самоконтроле и разрешении проблемной ситуации; обучение самоинструктированию и рациональную эмоциональную терапию, а также их различные сочетания. В данных методиках, кроме указанных выше интервью и опросников, заполняемых как детьми, так и взрослыми (родителями и учителями), в качестве критериев эффективности проводимых воздействий используются такие показатели, как соответствие положения тела (по направлению к другим), контакт глаз, четкость проговаривания и эмоциональная окраска речи. В ролевых играх внимание концентрируется на проблемах ребенка, когнитивная перестройка направлена на обучение навыкам распознавания иррациональных мыслей и на умение решать проблемы. Когнитивно-бихевиористическая терапия в целом связана с выработкой навыков самоконтроля, самоактуализации и управления ситуацией. Дети обучаются контролировать свои мысли, расслабляться, самостоятельно или в группе разрешать проблемные ситуации, влиять на свое настроение, наращивать положительный потенциал своей деятельности, повышать самооценку, отрабатывать более адаптивный стиль поведения, анализировать отсроченные последствия того или иного типа поведения. По отдельности и в целом применение данных методик воздействия на детей и подростков, страдающих депрессией, дает положительные результаты и обнадеживающий прогноз . Зачастую семейные проблемы являются прямым источником детской депрессии, поэтому привлечение членов семьи к терапевтическому воздействию оказалось и разумным, и успешным. Впервые семейная терапия в рамках детской депрессии была предложена К. Старком и его коллегами. 1987 г. был крайне урожайным на попытки соединить когнитивно-бихевиористические техники с семейной терапией. В результате на свет появились образовательные курсы, читаемые отдельно для детей и их родителей, системы терапевтических воздействий, направленных на семью и на школу. Курс "Преодоление депрессии", разработанный П. Левинсоном и его коллегами, основывается на психолого-образовательном подходе, включающем подачу информативных знаний и обучение следующим техникам: контроля за депрессивными настроениями через релаксацию, наращивания числа позитивных событий, блокировки негативных мыслей, эффективности общения, разрешения проблем, выработки социальных навыков. Системный интерперсональный подход к преодолению депрессии, предложенный И. Готлиб и К. Колби, представляет собой систему семейной терапии, учитывающую интрафизические (когнитивные) и интерперсональные факторы. Этот подход напоминает нисходящее продолжение интерперсональной психотерапии, применяемой в семейном контексте, и исходит из того, что, по крайней мере, частично депрессия обусловлена и развивается под воздействием семейных взаимоотношений. Кроме того, депрессия зачастую выполняет некоторые внутрисемейные функции, в частности, депрессивные проявления у ребенка могут снять или притушить супружеский конфликт между родителями. Системная интерперсональная терапия в целом непродолжительна, действенно ориентирована и акцентирована на настоящем. В процессе психотерапии исследуются взаимодействия членов семьи, поддерживающие депрессию, и фокус переносится с индивида, страдающего депрессией, на семью в целом. Семейная психотерапия часто дополняется индивидуальной, где страдающему депрессией разъясняется негативность собственного когнитивного стиля и воздействие его поведения на других; кроме того, у него формируется потребность в увеличении числа приятных видов деятельности, в которых он может принимать участие.

Небольшое число сравнительных исследований по оценке эффективности когнитивно-бихевиористической терапии, включающей семейную терапию, показало обнадеживающие результаты и перспективность развития данного направления в преодолении депрессии. Таким образом, за последнее десятилетие сделан серьезный шаг вперед в диагностике и лечении детской и подростковой депрессии, причем не последнюю роль здесь сыграли и продолжают играть психологи.

**Выводы по Главе I**

В первой главе были обозначены теоретико-психологические основы проблемы депрессии у детей. Также были обозначены задачи, цель исследования и т.д. Был проведен теоретический анализ литературы как отечественной, так и зарубежной. И были проставлены четкие критерии, способы проявления, причины, а также способы преодоления депрессий.

Депрессия у ребенка всегда "маскирована": это и тревожность, и школьная неуспеваемость, и нарушения отношений со сверстниками, и беспокойство за свое здоровье, и страх за близких. Именно "маскированность", атипичность является наиболее характерной чертой детской депрессии. Педагоги и родители должны знать, что депрессивные состояния почти всегда протекают с жалобами на нездоровье. В дошкольном возрасте на первый план обычно выступают изменения в состоянии здоровья, а вместе с этим могут проявляться и типичные депрессивные признаки: тихий голос, печальное выражение лица, скупая мимика, старческая походка.

У младших школьников более заметны: замкнутость, безразличие, потеря интереса к играм, школьным занятиям, тоскливое настроение. Но обычно до 12-13 лет от ребенка редко можно услышать жалобу на "печаль" или "тоску".

Депрессия дошкольного и раннего школьного (до 10 лет) возраста наиболее трудна для диагностики. Она выражается, в основном, в соматовегетативных и двигательных нарушениях. В одних случаях преобладают вялость, пассивность, апатия, в других - тревога, беспокойство. Наблюдаются расстройства сна, аппетита, энурез, энкопрез, сенестопатии, жалобы на неопределенные боли в разных органах. Депрессивность проявляется в страдальческом выражении лица, тихом голосе. О настроении эти дети говорят, что оно плохое, но не уточняют его, четких депрессивных высказываний нет; в семье они бывают грубы, агрессивны, непослушны, что уводит мысль от диагноза депрессии. Таким образом, сама депрессия маскируется детскими капризами и соматическими жалобами. Проблема лечения депрессии обычно рассматривается в рамках трех подходов к воздействию на симптоматику, оказавшихся наиболее успешными, по мнению специалистов: антидепрессантное медикаментозное лечение, Когнитивно-бихевиористическая терапия и интерперсональная терапия. В связи с тем, что лечение депрессии у детей является относительно молодым направлением в науке и практике, напрямую отражающим методы, применяемые у взрослых, то система воздействий на данное нарушение в детстве не отличается ни разнообразием, ни уникальностью. Приемлемость и эффективность методов лечения депрессии, используемых в детской психологии и психиатрии, еще только начинает исследоваться.

**Глава II Организация исследования**

**Теоретическая подготовка исследования**

С целью определения вида и характера депрессии был обследован 9 «А» класс СОШ № 1 с. В. Татышлы (база исследования) по следующим методикам: тест для определения депрессии по Maria Kovacs, шкала Гамильтона для оценки депрессии, самодиагностический контрольный перечень. В классе учатся 10 учеников. Интерпретация результатов исследования будет представлена в следующей главе.

**Описание методики №1**

**тест для определения депрессии по Maria Kovacs**

Разработанный Maria Kovacs (1992) и адаптированный сотрудниками лаборатории клинической психологии и психиатрии НИИ психологии, позволяет определить количественные показатели спектра депрессивных симптомов – сниженного настроения, гедонистической способности, вегетативных функций, самооценки, межличностного поведения. Тест представляет собой самооценочную шкалу из 27 пунктов для детей и подростков от 7 до 17 лет.

Надежно различает людей и подростков с психиатрическим диагнозом «большая депрессия» от других психопатологических состояний и здоровых учащихся школы. Чувствителен к динамике депрессивных расстройств с течением времени, дает каждый показатель глубинны депрессии. Опросник был переведен на многие языки (помимо оригинального английского), и по этому может применяться для обследования детей различных культур.

В сравнении с другими инструментами, измеряющими депрессию у детей, требует минимальных навыков в чтении. Дает количественные показатели спектра депрессивных симптомов – сниженного настроения, гедонистической способности, вегетативных функций, самооценки, межличностного поведения.

Ряд пунктов тестирует последствия депрессии, специфичные для детей (например, для школы).

Каждый пункт содержит три варианта, соответственно кодируемых как 0, 1 или 2, показатели прямо пропорциональны глубине депрессии.

Ребенок должен выбрать одно из трех значений по каждому пункты шкалы на основе последних двух недель.

Общий нормальный показатель по CDI может варьировать от 0 до 54, 50 – это критическое значение, после которого глубина симптоматики возрастает. Интерпретация должна основываться на анализе ответов на отдельные показатели, факторных показателях и значениях, а также интеграции данных теста с дополнительной информацией – клинической беседы с ребенком и прямым наблюдением за его поведением.

Опросник легко предъявлять и обсчитывать. Его заполнение требует не более 15 минут. Особенно ценен в ситуациях, где требуется быстрая и алгоритмизированная оценка проблем ребенка.

**Предъявление**

Попросите ребенка записать свое имя или запишите сами. Убедитесь в том, что ребенок полностью понял содержание опросника и инструкцию – тщательно и полно оценит, как он себя чувствовал в течении последних двух недель. Для маленьких детей и для детей с трудностями в течении проведения диагностики необходимо зачитать как инструкцию, так и каждый пункт шкал.

Шкала А (негативное настроение п. п. 1, 6, 8, 10, 11, 13) – общее снижения настроения негативная оценка собственной эффективности в целом, постоянное ожидание неприятностей, склонность к плаксивости, повышенный уровень тревожности.

Шкала В (межличностные проблемы п. п. 5, 12, 26, 27) – идентификация себя с ролью плохого, агрессивное поведение, высокий негативизм непослушание.

Шкала С (неэффективность п. п. 3, 15, 23, 24) – высокий уровень убеждения неэффективности в школе.

Шкала D (ангедония п. п. 4, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 ) – высокий уровень истощаемости, наличие чувства одиночества.

Шкала Е (негативная самооценка п. п. 2, 7, 9, 14, 25 ) – негативная оценка собственной неэффективности наличие суицидальных мыслей.

Подсчет общего показателя: эта сумма баллов выбранных ребенком вариантов ответов по всем пунктам теста. По каждой шкале теста также подсчитывается балл.

Затем с помощью специальной таблицы последующие показатели, для этого нужно знать возраст и пол ребенка (таблица)

|  |  |
| --- | --- |
| Суммарный показатель | Интерпретация |
| Свыше 70 | Очень значительно превышает средний балл |
| 66-70 | Значительно выше среднего |
| 61-65 | Выше среднего |
| 56-60 | Чуть выше среднего |
| 45-55 | Средний |
| 40-45 | Чуть ниже среднего |
| 35-39 | Ниже среднего |
| 30-34 | Много ниже среднего |
| Ниже 30 | Значительно ниже среднего |

Опросник

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Содержание вопроса | Баллы | шкала |
| 1 | Мне никогда не грустно | 0 | A |
| Я часто бываю грустный | 1 |
| Мне всегда грустно | 2 |
| 2 | У меня никогда ничего не получается | 2 | E |
| Я редко бываю уверен что у меня что ниб. пол. | 1 |
| У меня все получается хорошо | 0 |
| 3 | Я практически все делаю хорошо | 0 | C |
| Я многое делаю не так | 1 |
| Я все делаю неправильно | 2 |
| 4 | Многое приносит мне удовольствие | 0 | D |
| Кое что доставляет мне радость | 1 |
| Меня ничто не радует | 2 |
| 5 | Я всегда плохой | 2 | B |
| Я часто бываю плохим | 1 |
| Я редко бываю плохим | 0 |
| 6 | Я редко думаю что со мной случится плохое | 0 | A |
| Я беспокоюсь об этом | 1 |
| Я уверен что со мной произойдет что то ужасное | 2 |
| 7 | Я ненавижу себя | 2 | E |
| Я не люблю себя | 1 |
| Я себе нравлюсь | 0 |
| 8 | Все плохое происходит из – за моих ошибок | 2 | A |
| Много плохое происходит … | 1 |
| Плохое происходит не из – за меня | 0 |
| 9 | Я не думаю о суициде | 0 | E |
| Я думаю о суициде, но не смогу | 1 |
| Я хочу убить себя | 2 |
| 10 | Я плачу каждый день | 2 | A |
| Я часто плачу | 1 |
| Я плачу редко | 0 |
| 11 | Я все время беспокоюсь | 2 | A |
| Я часто испытываю беспокойство | 1 |
| Я редко испытываю | 0 |
| 12 | Мне нравится общаться | 0 | B |
| Мне не нравится общаться | 1 |
| Мне совсем не хочется общаться | 2 |
| 13 | Я не могу решится но многое | 2 | A |
| Мне трудно на многое решиться | 1 |
| Я легко принимаю решения | 0 |
| 14 | Я выгляжу хорошо | 2 | E |
| Кое что в моем облике меня не устраивает | 1 |
| Я выгляжу уродливо | 0 |
| 15 | Я себя заставляю все время делать шк. задания | 2 | C |
| Я часто себя заставляю делать шк. задания | 1 |
| Для меня это не проблема | 0 |
| 16 | Я плохо сплю кажд. Ночь | 2 | D |
| Я часто сплю плохо | 1 |
| Я сплю очень хорошо | 0 |
| 17 | Я редко устаю | 0 | D |
| Я часто устаю | 1 |
| Я все время чувствую себя устало | 2 |
| 18 | В большинстве случаев не хочу есть | 2 | D |
| Я часто не хочу есть | 1 |
| Я ем очень хорошо | 0 |
| 19 | Меня не беспокоят боли | 0 | D |
| Меня часто беспокоят боли | 1 |
| Меня все время беспокоят боли | 2 |
| 20 | Я не чувствую себя одиноким | 0 | D |
| Я часто чувствую себя одиноким | 1 |
| Я всегда чувствую себя одиноким | 2 |
| 21 | Школа никогда не приносит мне удовольствие | 2 | D |
| Школа иногда приносит мне удовольствие | 1 |
| Школа часто радует меня | 0 |
| 22 | У меня много друзей | 0 | D |
| У меня есть друзья, но мне хотелось бы больше | 1 |
| У меня их нет | 2 |
| 23 | С моей учебой все в порядке | 0 | B |
| Я учусь не так хорошо, как прежде | 1 |
| Сейчас у меня плохие отметки по тем предметам которые раньше хорошо шли или | 2 |
| 24 | Я никогда не стану таким хорошим как др. реб. | 2 | C |
| Если я захочу то смогу стать хорошим как др. | 1 |
| Я такой же хороший как др. реб. | 0 |
| 25 | Меня никто по настоящему не любит | 2 | E |
| Я не уверен в том что меня кто ни будь любит | 1 |
| Я уверен в том что меня любят | 0 |
| 26 | Обычно я делаю то что мне сказали | 0 | B |
| Как правило я не делаю того что мне говорят | 1 |
| Я никогда не делаю того что меня просят сделать | 2 |
| 27 | Я чувствую себя одиноким с людьми | 2 | B |
| Я часто радуюсь | 1 |
| Я все время радуюсь | 0 |

Таблица перевода суммы баллов

в Т – показатели (по шкалам и общий)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Общий бал | | | | A | | | | B | | | | C | | | | D | | | | E | | | |
| Т пок-ль | м | д | м | д | м | д | м | д | м | д | м | д | м | д | м | д | М | д | м | д | м | д | м | д |
| 7-12 | 7-12 | 13-17 | 13-17 | 7-12 | 7-12 | 13-17 | 13-17 | 7-12 | 7-12 | 13-17 | 13-17 | 7-12 | 7-12 | 13-17 | 13-17 | 7-12 | 7-12 | 13-17 | 13-17 | 7-12 | 7-12 | 13-17 | 13-17 |
| 100 | 48 |  | 53 | 41 | 12 |  | 12 |  |  | 5 |  | 6 |  |  |  |  |  | 16 |  |  |  |  |  | 10 |
| 99 | 47 | 44 | 52 |  |  | 12 |  |  | 8 |  |  |  |  |  |  |  | 16 |  |  |  |  |  |  |  |
| 98 | 46 | 43 | 51 |  |  | 12 |  |  |  |  | 8 | 5 |  |  |  | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 97 |  |  | 50 | 39 |  |  |  | 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 15 |  | 16 |  |  |  |  |
| 96 | 45 | 42 |  |  | 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 95 | 44 | 41 | 49 | 38 |  |  |  |  |  |  | 8 | 5 |  |  |  | 8 |  |  |  |  |  | 10 |  | 9 |
| 94 | 43 | 40 | 48 |  |  | 11 | 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 15 |  | 16 |  | 10 |  |  |  |
| 93 |  |  | 47 | 37 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 15 |  |  |  |  |
| 92 | 42 | 39 | 46 | 36 |  |  |  | 10 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 14 |  |  |  |  |
| 91 | 41 | 38 | 45 |  | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 10 |  |
| 90 | 40 |  |  | 35 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 14 |  | 15 |  |  | 9 |  |  |
| 89 |  | 37 | 44 | 34 |  | 10 | 11 |  | 4 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  | 14 |  |  |  |  | 8 |
| 88 | 39 | 36 | 43 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 7 |  | 13 |  |  | 9 |  |  |  |
| 87 | 38 | 35 | 42 | 33 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 8 |  |  |  |  | 14 |  |  |  |  |  |
| 86 | 37 |  | 41 | 32 |  |  |  | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  | 13 |  |  |  |  |  | 9 |  |
| 85 |  | 34 | 40 |  | 9 |  | 10 |  | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 13 |  |  |  |  |
| 84 | 36 | 33 |  | 31 |  | 9 |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  | 12 |  |  |  | 8 |  |  |
| 83 | 35 |  | 39 |  |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  | 12 |  |  |  |  | 8 |  |  |
| 82 |  | 32 | 38 | 30 |  |  |  |  |  |  | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  | 12 |  |  |  |  |
| 81 | 34 | 31 | 37 | 29 |  |  |  | 8 |  |  |  |  |  | 7 |  | 6 |  | 11 |  |  |  |  | 8 |  |
| 80 | 33 |  | 36 |  | 8 |  | 9 |  |  |  |  |  | 8 |  | 8 |  |  |  | 12 |  |  |  |  |  |
| 79 | 32 | 30 | 35 | 28 |  | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 11 |  |  |  |  | 7 |  |  |
| 78 |  | 29 |  | 27 |  |  |  |  | 5 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 11 | 7 |  |  |  |
| 77 | 31 | 28 | 34 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 10 |  |  |  |  |  |
| 76 | 30 |  | 33 | 26 |  |  | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 11 |  |  | 7 | 6 |
| 75 | 29 | 27 | 32 |  | 7 |  |  | 7 |  |  | 5 |  | 7 | 6 |  |  | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 74 |  | 26 | 31 | 25 |  | 7 |  |  |  |  |  | 3 |  |  | 7 | 5 |  |  |  | 10 |  |  |  |  |
| 73 | 27 |  | 30 | 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 9 | 10 |  |  | 6 |  |  |
| 72 | 28 | 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6 |  |  |  |
| 71 | 26 | 24 | 29 | 23 |  |  | 7 |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  | 9 |  |  | 9 |  |  | 6 |  |
| 70 |  | 23 | 28 | 22 | 6 |  |  | 6 |  |  |  |  | 6 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |
| 69 | 25 |  | 27 |  |  | 6 |  |  |  |  | 4 |  |  |  | 6 |  |  | 8 | 9 |  |  |  |  |  |
| 68 | 24 | 22 | 26 | 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |  |  |
| 67 | 23 | 21 |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 |  |  |  |  |  | 8 |  |  | 8 | 5 |  |  |  |
| 66 |  |  | 25 | 20 |  |  | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 65 | 22 | 20 | 24 | 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 7 |  |  |  |  |  | 5 |  |
| 64 | 21 | 19 | 23 |  | 5 | 5 |  | 5 | 3 |  |  | 2 | 5 | 4 | 5 |  | 7 |  |  |  |  |  |  | 4 |
| 63 | 20 | 18 | 22 | 18 |  |  |  |  |  |  |  | 3 |  |  |  |  |  |  |  | 7 |  |  |  |  |
| 62 |  |  | 21 | 17 |  |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 7 |  | 4 | 4 |  |  |
| 61 | 19 | 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6 |  |  |  |  |  |
| 60 | 18 | 16 | 20 | 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6 |  |  | 6 |  |  | 4 |  |
| 59 |  |  | 19 |  | 4 | 4 |  | 4 |  |  |  |  | 4 |  |  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 58 | 17 | 15 | 18 | 15 |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 | 4 |  |  |  | 5 | 6 |  |  |  |  | 3 |
| 57 | 16 | 14 | 17 | 14 |  |  | 4 |  | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 |  |  |
| 56 | 15 | 13 | 16 |  |  |  |  |  |  | 1 | 2 |  |  |  |  |  |  | 5 |  |  | 5 | 3 |  |  |
| 55 |  |  |  | 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |  |  |  | 3 |  |
| 54 | 14 | 12 | 15 | 12 | 3 | 3 |  | 3 |  |  |  | 1 | 3 |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 53 | 13 | 11 | 14 |  |  |  | 3 |  |  |  |  |  |  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 52 | 12 |  | 13 | 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 |  | 2 | 4 |  |  | 4 |  |  |  | 2 |
| 51 |  | 10 | 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |  | 2 | 2 |  |  |
| 50 | 11 | 9 | 11 |  | 2 |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 |  |  |  |  | 2 |  |
| 49 | 10 | 8 |  | 9 | 2 |  |  |  | 1 |  |  |  | 2 |  |  |  |  |  |  | 3 |  |  |  |  |
| 48 | 9 |  | 10 |  |  |  | 2 | 2 |  |  |  |  |  |  | 2 |  | 3 |  | 3 |  |  |  |  |  |
| 47 | 7 | 9 | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 46 | 8 | 6 | 8 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 |  |  | 1 | 1 |  |  |
| 45 | 7 |  | 7 |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 | 2 |  |  | 2 |  |  | 1 | 1 |
| 44 | 6 | 5 | 6 | 6 | 1 |  | 1 |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  | 2 |  |  |  |  |  |
| 43 |  | 4 |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 42 | 5 | 3 | 5 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 41 | 4 |  | 4 | 4 |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  | 1 |  | 1 | 1 |  |  |  |  |
| 40 |  | 2 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 | 3 | 1 | 2 | 3 |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  | 0 |  |  |  | 0 |  |  |  |
| 38 | 2 |  |  | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 | 1 |  | 1 |  |  |  |  | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 |  |  | 0 |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  | 0 |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |

Описание методики №2

Шкала Гамильтона для оценки депрессии

(адаптированный вариант)

1. Депрессивное настроение (подавленность, безнадежность, беспомощность, чувство собственной малоценности).

0 - отсутствие

1 - выражение указанного чувства только при прямом вопросе

2 - высказывается в жалобах спонтанно

3 - определяется не вербальным выражением, а посредством наблюдения: мимика, поза, голос, плаксивость

4 - выражаются только эти чувства, как в спонтанных высказываниях, так и невербально

2. Чувство вины

0 - отсутствует

1 - самоуничтожение; считает, что подвел других

2 - идеи собственной виновности или мучительные размышления о прошлых ошибках или греха

3 - настоящее заболевание расценивается как наказание; бредовые идеи виновности

4 - вербальные галлюцинации обвиняющего и осуждающего содержания и/или зрительные галлюцинации угрожающего содержания

3. Суицидальные намерения

0 - отсутствует

1 - чувство, что жить не стоит

2 - желание смерти или какие-либо мысли о возможности собственной смерти

3 - суицидальные высказывания или жесты

4 - суицидальные попытки (любая серьезная попытка оценивается как «4»

4. Ранние нарушения сна

0 - отсутствие затруднений при засыпании

1 - жалобы на эпизодические затруднения при засыпании (дольше, чем 0,5 часа)

2 - жалобы на невозможность заснуть каждую ночь

5. Средние нарушения сна

0 - отсутствует

1 - жалобы на беспокойный сон в течение всей ночи

2 - многократные пробуждения в течение ночи — любой подъем с постели оценивается как «2» (исключая физиологические потребности)

6. Поздние нарушения сна

0 - отсутствует

1 - раннее пробуждение утром с последующим повторным засыпанием

2 - окончательное раннее пробуждение

7. Работоспособность и активность

0 - отсутствие трудностей

1 - мысли и ощущение недееспособности, чувство усталости и слабости, связанное с деятельностью: работа или хобби

2 - утрата интереса к деятельности: работе или хобби — выраженная непосредственно в жалобах или опосредованно через апатичность и нерешительность (чувство потребности в дополнительном усилии приступить к работе или проявить активность)

3 - уменьшение реального времени проявления активности или снижение продуктивности. В условиях стационара оценка «3» выставляется, если активность пациента проявляется в течение не менее трех часов в день (работа в стационаре или хобби)

4 - отказ от работы вследствие настоящего заболевания; в стационаре оценка «4» выставляется, если пациент вообще не проявляет активности или даже не справляется с рутинной бытовой деятельностью без посторонней помощи

8. Заторможенность (замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности)

0 - нормальная речь и мышление

1 - легкая заторможенность в беседе

2 — заметная заторможенность в беседе

3 - выражение затруднения при проведении опроса

4 - постоянное перебирание руками, обкусывание ногтей, выдергивание волос, покусывание губ

9. Ажитация (тревожное возбуждение)

0 - отсутствие

1 - беспокойство

2 - беспокойные движения руками, теребление волос и пр.

3 - подвижность, неусидчивость

4 - постоянное перебирание руками, обкусывание ногтей, выдергивание волос, покусывание губ

10. Психические тревоги

0 - отсутствие

1 - субъективное напряжение и раздражительность

2 - беспокойство по незначительным поводам

3 - тревога, отражающаяся в выражении лица и речи

4 - страх, выражаемый и без расспроса

11. Соматическая тревога

0 - отсутствие

1 - слабая

2 - средняя

3 - сильная

4 - крайне сильная

12. Желудочно-кишечные соматические симптомы

0 - отсутствие

1 - утрата аппетита, но с приемом пищи без сильного принуждения; чувство тяжести в животе

2 - прием пищи только с упорным принуждением; потребность в слабительных средствах или препаратах для купирования гастроинтестинальных симптомов

13. Общие соматические симптомы

0 - отсутствие

1 - тяжесть в конечностях, спине или голове; боли в спине, голове, мышечные боли; чувство утраты энергии или упадка сил

2 - любые резко выраженные симптомы

14. Ипохондрия

0 - отсутствие

1 - поглощенность собой (телесно)

2 - чрезмерная озабоченность здоровьем

3 - частые жалобы, просьбы о помощи и пр.

4 - ипохондрический бред

15. Потеря в весе (оценивается либо пункт А, либо В)

А. По данным анамнеза:

0 - отсутствие потери веса

1 - вероятная потеря в весе в связи с настоящим заболеванием

2 - явная (со слов пациента) потеря в весе

3 – неподдающаяся оценке

Б. Если изменения в весе имеют место еженедельно и регистрируются в настоящее время

0 - потеря веса менее 2 кг в неделю

1 - более 2 кг в неделю

2 - более 4 кг в неделю

3 - неподдающаяся оценке

17. Критичность отношения к болезни

0 - осознание, что болен депрессией или каким-либо заболеванием

1 - осознание болезненности состояния, но отнесение этого за счет плохой пищи, климата, переутомления на работе, вирусной инфекции, потребности в отдыхе и пр.

2 - полное отсутствие сознания болезни

Критерии тяжести депрессии по шкале Гамильтона:

— легкая депрессия: 12—18 баллов

— умеренная депрессия: 19-29 баллов

— тяжелая депрессия: более 30 баллов,

Описание методики №3

Самодиагностический контрольный перечень

1.

(0) Я не испытываю чувства грусти

(1) Временами мне бывает грустно

(2) У меня бывают моменты, когда я испытываю сильное чувство грусти и отчаяния

(3) Я повседневно испытываю сильное чувство грусти и отчаяния

2.

(0) Я активен(вна), и мне хочется работать

(1) Временами мне трудно начать что-то делать

(2) Мне часто ничего не хочется делать, я в состоянии

(3) Я не могу заставить себя начать что-то делать

3.

(0) Сейчас я не более раздражителен(льна), чем обычно

(1) Я раздражаюсь значительно быстрее, чем обычно

(2) Я почти все время испытываю раздражение

(3) У меня не осталось никаких эмоций, мне все безразлично

4.

(0) Я не чувствую себя подавленным(ной), когда появляются неприятные переживания

(1) Я временами чувствую себя подавленным(ной) из-за своих внутренних переживаний

(2) Я часто чувствую себя очень подавленным(ной) из-за своих внутренних переживаний

(3) Я часто чего-то боюсь и паникую без видимых на то причин

5.

(0) Я хорошего мнения о себе и чувствую себя уверенно

(1) Иногда я сомневаюсь в себе и чувствую себя неуверенно

(2) Я часто считаю себя хуже других, чувствую себя неполноценным(ной), и мне не хватает уверенности в себе

(3) Почти все время я чувствую себя совершенно ни на что не способным человеком

6.

(0) Я не чувствую себя виноватым(той)

(1) Довольно часто я чувствую себя виноватым(той)

(2) Почти всегда я чувствую себя виноватым(той)

(3) Я всегда чувствую себя виноватым(той)

7.

(0) Я плачу не больше, чем обычно

(1) Иногда у меня бывают моменты, когда мне хочется плакать

(2) У меня очень часто бывают моменты, когда мне хочется плакать

(3) Я много плачу, и мне все время хочется плакать

8.

(0) Вообще говоря, я оптимистично думаю о своей жизни и о будущем

(1) Я иногда бываю настроен(а) пессимистично

(2) У меня часто бывает пессимистическое настроение

(3) Все в жизни мне кажется плохим, и нет надежды на будущее

9.

(0) Я сплю так же, как обычно

(1) Иногда я сплю не очень хорошо

(2) Я часто просыпаюсь среди ночи и потом сплю очень плохо

(3) Я очень часто просыпаюсь среди ночи и потом не могу уснуть

10.

(0) Я не потерял(а) интереса к жизни

(1) Я не могу наслаждаться жизнью так, как раньше

(2) Я почти совсем не могу наслаждаться жизнью. (У меня очень редко появляется желание радоваться жизни)

(3) Я совершенно не чувствую радости жизни

11.

(0) Мой аппетит не изменился

(1) У меня аппетит стал немного лучше / хуже, но вес не изменился

(2) У меня аппетит стал лучше / хуже, что привело к небольшим изменениям в весе

(3) У меня аппетит стал намного лучше / хуже, что привело к значительным изменениям в весе

12.

(0) Я энергичен(чна), как всегда

(1) Я иногда чувствую себя утомленным(ной) и обессиленным(ной) в течение дня

(2) Я часто чувствую себя утомленным(ной) и обессиленным(ной) в течение дня

(3) Я всегда чувствую себя утомленным (ной) и обессиленным(ной) в течение дня

13.

(0) Я такой(кая) же, как все. Я не считаю себя хуже Других

(1) Я жестко критикую себя за свои слабости или ошибки

(2) Я считаю, что многие неприятные события про­изошли по моей вине

(3) Я считаю, что все неприятные события произошли только по моей вине

Подсчет баллов и оценка результатов

Для подсчета баллов сложите номера выбранных вами ответов из всех 14 пунктов данного перечня. / (0), (1), (2), (3) /. Если вы получили в сумме до 18 то депрессии нет, 19 – 35 средняя тяжесть, от 36 и более - тяжелая депрессия. Необходимо учесть, что эта шкала не диагностирует клиническую депрессию — она может быть использована только как способ периодических наблюдений за изменениями вашего эмоционального состояния.

При количестве баллов менее 15, если вы чувствуете эмоциональный дистресс и наблюдаете функциональные нарушения, то вам стоит по­советоваться с врачом.

**Глава III Интерпретация результатов по методикам**

**Результаты методики №1**

В ходе проведения этой методики важно отметить, что бы дети вели себя расслаблено и отвечали без особых затруднений если ребенок затрудняется ответить на какой либо пункт методики, то следует ему задавать наводящие вопросы, или привести какую либо жизненную ситуацию: «Как бы ты поступил …?» Из 10детей затруднялось 3 ребенка, но они могли сориентироваться уже после одного двух наводящих вопросов. Также бывали случаи, когда дети просто не понимали терминологию или просто не понимали смысл вопроса.

В ходе проведения методики выяснились следующие результаты (представлены ниже в таблице)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Испытуемый | A | B | C | D | E |
| Абдулин | 96 | 95 | 88 | 86 | 86 |
| Антропов | - | 63 | 42 | 41 | - |
| Барбашева | - | - | - | - | - |
| Ведякина | 70 | 100 | 66 | 82 | 71 |
| Габдулина | 48 | - | - | 41 | - |
| Галин | 80 | 83 | 58 | 80 | 65 |
| Давлетбаева | - | - | - | - | - |
| Еникеев | 44 | - | - | - | - |
| Елизарьев | 62 | 67 | 48 | 41 | 55 |
| Кирьянов | - | - | - | 41 | - | |

Анализ результатов методики (по общим показателям что) показал что в этой группе из десяти человек с ярко выраженными симптомами фигурирует 3 человека, со средней тяжестью – 2, ниже среднего-2, без проявления признаков депрессии – 3 человека.

Если же затронуть тему анализа по шкалам, то можно говорить о четком рисунке характера депрессии.

Шкала А (общее снижения настроения негативная оценка собственной эффективности в целом, постоянное ожидание неприятностей, склонность к плаксивости, повышенный уровень тревожности) 3 – высокий уровень, 1 – выше среднего, 1 – средний, 1 – ниже среднего, у четверых без ярко выраженных признаков.

Шкала В (идентификация себя с ролью плохого, агрессивное поведение, высокий негативизм непослушание) 3 – высокий уровень, 1 – выше среднего, 1 – средний, у пятерых не выражено.

Шкала С (высокий уровень убеждения неэффективности в школе) 1 – высокий уровень, 2 – выше среднего, 1 – средний, 1 – чуть ниже среднего, у пятерых не выражено.

Шкала D (высокий уровень истощаемости, наличие чувства одиночества) 3 – высокий уровень, 4 – чуть выше среднего, 3 – без признаков.

Шкала Е (негативная оценка собственной неэффективности наличие суицидальных мыслей) 2- высокий уровень, 1- выше среднего, 1 средний, 6 – не выражено.

Примечание: Подсчет общего показателя: эта сумма баллов выбранных ребенком вариантов ответов по всем пунктам теста. По каждой шкале теста также подсчитывается балл.

Затем с помощью специальной таблицы последующие показатели, для этого нужно знать возраст и пол ребенка (таблица). Чувствителен к динамике депрессивных расстройств с течением времени, дает каждый показатель глубинны депрессии.

**Результаты методики №2**

Интерпретация результатов методики по шкале наблюдения Гамильтона. Методика основывается на визуальном контакте с испытуемым. Проводилась при непосредственном наблюдении, беседы с испытуемым. Результаты методики представлены в ниже следующей таблице.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Испытуемый | Количество баллов | Уровень |
| Абдулин | 39 | Высокий |
| Антропов | 23 | Средний |
| Барбашева | 14 | Низкий |
| Ведякина | 31 | Средний |
| Габдулина | 12 | Низкий |
| Галин | 32 | Средний |
| Давлетбаева | 19 | Низкий |
| Еникеев | - | Не выражено |
| Елизарьев | 17 | Низкий |
| Кирьянов | - | Не выражено |

При анализе видно, что 1 – высокий уровень, 3 – средний, 4 – низкий уровень, 2 – не выражено. При обследовании возникли некоторые трудности в общении с одним учеником. Вел себя вяло, не охотно отвечал на вопросы. Он и представляет один высокий уровень депрессии.

Несмотря на в целом позитивную оценку анализов этих методик, нужно продолжать собирать информацию относительно их депрессий , выяснить воздействие разных факторов, разработать специальные приемы преодоления.

**Результаты методики №3**

Таблица анализа результатов методики № 3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Испытуемый | Количество баллов | Уровень |
| Абдулин | 40 | Высокий |
| Антропов | 22 | Средний |
| Барбашева | 8 | Низкий |
| Ведякина | 31 | Средний |
| Габдулина | 12 | Низкий |
| Галин | 17 | Средний |
| Давлетбаева | 3 | Низкий |
| Еникеев | 7 | Не выражено |
| Елизарьев | 21 | Низкий |
| Кирьянов | 4 | Не выражено |

Важно отметить что, наблюдая за учащимися данной группы, можно отметить, что это очень живые, непоседливые дети. На уроках они ни минуты не сидят спокойно, меняют позу, вертят, что-либо в руках, разговаривают с соседом по парте, нетерпеливо тянут руку. У них быстрая походка, быстрый темп речи. Они очень впечатлительны, легко увлекаются, рассказывают оживленно и с увлечением. На уроках откликаются живо на каждый новый факт. Живое, подвижное, выразительное лицо; мимика богатая, подвижная выразительная. По их лицу легко можно угадать, какое у них настроение, каково отношение к данному предмету или человеку. В ходе исследования выяснилось и некоторое несоответствие реального состояния практики и теории.

Наблюдая за одной из испытуемых, можно сказать, что именно одна из выше перечисленных причин дала такой результат, т.к. явно высокая степень ригидности, что проявляется в ее поведении.

Гульсум Д. трудно приспосабливается к новым условиям, требованиям, обстановке. Всегда сидит за одной и той же партой (хотя это и не строгое требование учителя). Когда ее место занимает кто-то из одноклассников, она просит его уступить, обижается, готова расплакаться. С трудом переходит от одного вида деятельности к другому. С трудом берется за что-то новое незнакомое. Выполнение любого задания требует у нее подготовки и раздумий. В данном классе учится с 1-го класса, однако, имеет одну близкую подругу, с которой вместе сидит, ходит домой.

Например, Эльза Б. получив двойку, готова расплакаться, с трудом сдерживает себя. После урока, на перемене сидит, опустив голову, и долго не может успокоиться.

Шамиль Е. постоянно перебивает учителя, выкрикивает, нетерпеливо, тянет руку. Отвечает часто невпопад, после чего раздражается, теряет самообладание. Долго расстраивается и переживает, оказавшись в глупом положении перед классом. Все замечания и шутки принимает на личный счет, обижается.

Изменяется состояние и поведение учеников и при какой-либо "угрозе". На обычном уроке в спокойном состоянии они слушают учителя. Когда же учитель объявляет о какой-нибудь контрольной работе, они начинают беспокоиться, ухудшаете их внимание. Они теряют уверенность в своих силах, возможностях, занижают собственные способности. Например, Максим К. когда учитель дает задачу для самостоятельного решения, но не на оценку, углубляется в решение, работает спокойно и сосредоточенно над задачей. При выполнении же контрольной работы, зная об "угрозе" отметки, теряется, начинает беспокоиться, спрашивает у соседа, который учится намного хуже нее, т.е. при малейшей "угрозе" у нее возникает неуверенность в - своих силах. Элина Г., получив тетрадь с контрольной работой, открывает ее не сразу, а перелистывает по странице, затем отворачивается в сторону, спустя некоторое время, нерешительно смотрит в тетрадь. Увидев там 5, облегченно вздыхает.

Таким образом, можно заключить, что для депрессивных детей характер­но то, что они глубоко переживают неудачи и ошибки, причем относят их на свой счет. Озабочены, самоунижены, недовольны собой. Однако, любое задание учителя или поручение выполняют с особой тщательностью добросовестностью, аккуратностью, вниманием к деталям.

**Общие результаты по методикам**

В целом общие результаты совпадают между собой.

По методикам видны следующие результаты. По первой методике (по общим показателям что) показал, что в этой группе из десяти человек с ярко выраженными симптомами фигурирует 3 человека, со средней тяжестью – 2, ниже среднего-2, без проявления признаков депрессии – 3 человека.

По второй методике при анализе видно, что 1 – высокий уровень, 3 – средний, 4 – низкий уровень, 2 – не выражено. При обследовании возникли некоторые трудности в общении с одним учеником. Важно отметить что, наблюдая за учащимися данной группы, можно отметить, что это очень живые, непоседливые дети. На уроках они ни минуты не сидят спокойно, меняют позу, вертят, что-либо в руках, разговаривают с соседом по парте, нетерпеливо тянут руку. У них быстрая походка, быстрый темп речи. Они очень впечатлительны, легко увлекаются, рассказывают оживленно и с увлечением. На уроках откликаются живо на каждый новый факт. Живое, подвижное, выразительное лицо; мимика богатая, подвижная выразительная. По их лицу легко можно угадать, какое у них настроение, каково отношение к данному предмету или человеку.

Подробный анализ представлен в нижеследующей таблице

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Испытуемый | Опросник по Maria Kovac | Шкала Гамильтона | Самодиагностический опросник |
| Абдулин | 92 | 39 | 40 |
| Антропов | 46 | 23 | 22 |
| Барбашева | 30 | 14 | 8 |
| Ведякина | 90 | 31 | 31 |
| Габдулина | 39 | 12 | 12 |
| Галин | 71 | 32 | 17 |
| Давлетбаева | 30 | 19 | 3 |
| Еникеев | 37 | - | 7 |
| Елизарьев | 54 | 17 | 21 |
| Кирьянов | 30 | - | 4 |

**Выводы по Главе III**

1. Существуют возрастные особенности депрессии, то есть в каждом возрасте существует своя специфика активности и эмоциональности.
2. В школьном возрасте наблюдаются следующие особенности депрессий:

* В среднем школьном возрасте дети обладают более слабой, чем в более старшем возрасте, нервной системой;
* Слабость проявляется, прежде всего, в малой выносливости нервной системы, быстром утомлении и легком возникновении
* Показателем слабости является также сильно развитое индуктивное (внешнее) торможение.
* Пониженной работоспособности (выносливости) сопутствует пониженная раздражительность
* Многие исследования показывают, что именно к среднего школьного возраста исчезают большие различия в работоспособности нервной системы между детьми и взрослыми.

Но на фоне возрастных особенностей у ребенка обнаруживаются и такие черты, которые говорят о выраженности и характере его депрессии

Психолого-педагогические рекомендации по преодолению депрессии

Как помочь подросткам в эмоциональном плане? Прежде всего, надо постоянно помнить, что подростки — эмоционально ещё дети, находящиеся в переходном периоде своего развития. Это еще не взрослые, пусть и молодые. Их потребности, в первую очередь эмоциональные, по-прежнему такие же, как и у детей. Одна из наиболее распространённых ошибок родителей, учителей и других взрослых — рассматривать подростков как полно­правных взрослых членов общества. Многие люди, работающие с подростками по долгу своей службы, пренебрегают их детскими эмоциональными потребностями. Что же подросткам действительно необходимо? Чтобы их любили безоговорочно и принимали такими, какие они есть, чтобы за ними ухаживали, чтобы с ними были ласковы, но при этом уважали, принимали всерьёз. Очень важно, чтобы сами подростки ощущали заботу и любовь окружающих.

Взрослые, предпочитающие приказной тон в своих отношениях с детьми, уверенные, что их требования не подлежат никаким обсуждениям и должны неукоснительно исполняться, по мнению английских психологов, сильно рискуют здоровьем детей. В результате такого сурового воспитания дети становятся зажатыми и замкнутыми, часто концентрируются на отрицательных эмоциях, склонны к депрессии. Во взрослой жизни они подвержены гораздо большему риску возникновения хронических заболеваний (в первую очередь сердечнососудистых) по сравнению с теми детьми, которые росли в атмосфере нежности и доверия.

У подростков дела обстоят не лучше. Как мы знаем, подростковый период — это период полового созревания, когда потребность во всех питательных веществах значительно возрастает. Обратите внимание на следующие данные:

• Мясо способствует кальциевому дефициту, а используют в пищу его 66,3% подростков. Поэтому мясоедам нужно больше молочнокислых продуктов и биологически активных пищевых добавок, содержащих кальций.

• 77% подростков предпочитают бисквиты, сладости и шоколад.

• Только 44,2% подростков едят зелёные и корневые овощи 4-6 раз в неделю.

• 73,4% подростков питаются вне дома 4-6 раз в неделю и в основном употребляют так называемую «пищу быстрого приготовления», в которой очень мало ценных питательных веществ.

• У физически активных подростков энергетические затраты гораздо выше, чем у тех, кто ведёт сидячий образ жизни. К сожалению, следят за своим питанием только те подростки, кто заботится о своей внешности, или молодые спортсмены, стремящиеся за счёт более качественного питания улучшить свои спортивные достижения.

каковы потребности подростков в витаминах?

• Витамин С — до двух граммов в день (не чисто синтетическая аскорбиновая кислота, а натуральный источник витамина С, который содержит биофлаваноиды, без которых витамин С не усваивается как следует).

• Витамин В-6 в форме пиридоксина или пиридоксаль фосфата (дозы дробить и уве­личивать постепенно).

• Комплекс микроэлементов, содержащих цинк и марганец.

• Кальциевый комплекс, где кальций сочетается с магнием, цинком, хромом, бором и витамином Д-3,

• Кодированная соль или таблетки прессованной морской капусты или ламинарии.

• Девочки, которые в подростковом возрасте почти не едят мяса, должны принимать комплекс поливитаминов и микроэлементов, со­держащих, в частности, железо, чтобы предотвратить анемию, и важный микроэлемент молибден, который помогает сбалансировать рост костей в период полового созревания.

**Заключение**

Итак, депрессия — это аффективное состояние, которое характеризуется негативным эмоциональным фоном, изменениями в мотивационной, когнитивных представлений и общей сенсивностью поведения. Субъективно человек испытывает, прежде всего, тяжелые, мучительные эмоции и переживания — подавленность, тоску, отчаяние. Влечения, мотивы, волевая активность резко снижены. Характерны мысли о собственной ответственности за разнообразные неприятные, тяжелые события, происшедшие в жизни человека или его близких. Чувство вины за события прошлого и ощущение беспомощности перед жизненными трудностями сочетаются с чувством бесперспективности. Самооценка резко снижена. Изменяется восприятие времени, которое течет мучительно долго. В состоянии депрессии характерны замедленность, безынициативность, быстрая утомляемость; это приводит к резкому падению продуктивности. В тяжелых, длительных состояниях депрессии возможны попытки самоубийства.

Различаются:

1) функциональные состояния депрессии, возможные у здоровых людей в рамках нормального психического функционирования;

2) депрессия патологическая — один из основных психиатрических синдромов.

Нарушения в эмоциональной и соответственно физической сфере у подростка могут возникнуть из-за самых различных стрессов, характерных именно для этого возраста: экзамены, переход в другую школу, первая любовь, конфликты в школе — для подростка всё это крайне серьёзно, хотя взрослым эти проблемы зачастую кажутся «ерундой». Не забывайте, пожалуйста, что жизнь ребёнка — это «драма», как считал педагог Януш Корчак, а в нашей стране, особенно в горячих точках, — это и трагедия.

Я. Корчак писал: «Но и у взрослого много таких минут, когда ему тоскливо без матери, без отца, когда ему кажется, что только родители могли бы его выслушать, посоветовать, помочь, а если надо, то и простить и пожалеть. Значит, и взрослый может чувствовать себя сиротой.

Плохая успеваемость, задержка полового созревания или, наоборот, чрезмерно ранняя сексуальная активность, подростковая депрессия, склонность к правонарушениям, даже аллергические симптомы могут быть вызваны тем, что организм подростка физически не справляется с чрезмерными стрессами, истощающими внутренние резервы организма. Стрессовой ситуацией для подростка может быть первая любовь, потеря девственности, ощущение паники при сексуальных покушениях лиц одного пола, отъезд из дома при поступлении в колледж или институт, жизнь в общежитии. Армия — тоже невероятно сильный стрессовый фактор: не привыкшие к стрессовым ситуациям и слишком заласканные маменькины сынки способны даже на самоубийство.

Многим взрослым трудно предугадать и обнаружить стресс в своей жизни, что уж говорить о подростках. Но всё-таки, если возможно, надо обойти стрессовые ситуации или хотя бы сгладить стресс и всегда быть на стороне своих детей.

Любите подростков, смотрите на них с нежностью, уделяйте им больше внимания, спрашивайте их, разговаривайте с ними, слушайте их внимательно и сосредоточенно, заботьтесь о них, кормите их здоровой пищей и постоянно с самого детства давайте им витамины, а они, когда вырастут и заведут свою семью, понесут эту нелёгкую эстафету безоговорочной родительской любви к детям — дальше!

## Список используемой литературы:

1. Иовчук Н. М. Психология эмоций М. 1999.
2. Александровский Ю. А. Глазами психиатра. М., 1977.
3. Буянов М.И. Беседы о психиатрии.- М.: Просвещение, 1986-208с.
4. Акимова М. К. Психологическая диагностика Спб. 2005
5. Богданович Л. А. Записки психиатра. М., 1956.
6. Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н. Неврозы у детей и их лечение. Л., 1977.
7. Журавлев Д. Причины депрессии в школе // Народное образование.- 2002- №6 – С.182
8. Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. Л., 1982.
9. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М., 1979.
10. Коркина М. В. Дисморфомания в подростковом возрасте. М., 1984.
11. Психология подростка/Под ред. А.А. Реана- СПб.: прам- ЕВРОЗНАК,2003- 480с.
12. Подласый И.П.Курс лекций по коррекционной педагогике.- М.: ВЛАДОС,2002.- 352с.
13. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1978.
14. Фрейд З. Детская патология. М., - 1998 г.
15. Словарь – справочник Дефектология – ее основные понятия М 2005