

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России)
Факультет психолого-социальной работы и высшего сестринского образования
кафедра клинической психологии и педагогики

Допустить к защите:

Зав. кафедрой клинической психологии
и педагогики

д.пс.н., профессор Е.С. Набойченко

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ И СУИЦИДАЛЬНОГО
РИСКА У ПОДРОСТКОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Специальность:

37.05.01 - Клиническая психология

Квалификация: специалист

Исполнитель:

студентка группы ОКП–601

Филипой А.Н.

Научный руководитель:

д.пс.н., доцент, профессор

Жукова Н.В.

Екатеринбург
2021

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
1 Теоретический анализ депрессивных расстройств, суицидального поведения и гендерной идентичности у подростков.....	7
1.1 Сущность депрессивных расстройств в подростковом возрасте.....	7
1.2 Клинико-психологическая картина суицидального поведения у подростков.....	13
1.3 Сущность гендерной идентичности и подходы к изучению данного феномена в отечественной и зарубежной психологии.....	18
1.4 Психосексуальное развитие и гендерная идентичность в подростковом возрасте.....	21
2 Эмпирический анализ гендерной идентичности и суицидального риска у подростков с депрессивными расстройствами.....	25
2.1 Организация и методика психодиагностического обследования.....	25
2.2 Результаты диагностики и их обсуждение.....	30
2.3 Рекомендации по профилактике депрессивных расстройств и суицидального поведения у подростков.....	37
Заключение.....	42
Список использованных источников.....	43
Приложение 1.....	47
Приложение 2.....	48
Приложение 3.....	49
Приложение 4.....	50
Приложение 5.....	54
Приложение 6.....	55
Приложение 7.....	56
Приложение 8.....	58

ВВЕДЕНИЕ

Темой данной выпускной квалификационной работы является взаимосвязь гендерной идентичности и суицидального риска у подростков с депрессивными расстройствами.

Актуальность исследования. Депрессия является распространенным заболеванием во всем мире, от которого страдает более 350 миллионов человек, включая все возрастные категории. По прогнозам ВОЗ, к 2021 году депрессия выйдет на первое место в мире среди всех заболеваний, обогнав актуальных лидеров - инфекционные и сердечно-сосудистые заболевания. Распространенность депрессивных состояний среди подростков составляет около 20%, причем наиболее выражены у женского пола. Подростковые депрессии скрывают трудность своевременной и адекватной диагностики, построения терапевтической тактики и скрывают в себе риск совершения молодыми людьми попытки к самоубийству. По данным материалов ВОЗ ежегодно от 800000 до 1 миллиона человек погибают в результате самоубийства, второй по значимости причины смерти среди людей в возрасте 15-29 лет. Самоубийства у лиц в возрасте до 25 лет составляют примерно 20% от общего числа. Также стоит отметить, что Россия занимает одно из лидирующих мест по уровню подростковых суицидов. Изучение современных тенденций самоубийств, их количественной динамики, социально-демографических характеристик является актуальной задачей многих дисциплин, а практическое применение этих научных исследований находит свое отражение в организации мероприятий по превенции суицидального поведения, а также антикризисной помощи населению. Также стоит отметить, что при исследовании подростков важно учитывать вопрос гендерной идентичности. В данном случае актуальность исследования заключается в том, что социокультурное переосмысление факторов, определяющих развитие гендерной идентичности, послужило толчком для исследования данного феномена в современной психологии, который в актуальном обществе

выражается в множественности гендера и широкой вариативности гендерной идентичности, выходящих за рамки традиционных ролей женщины и мужчины. Следовательно, причиной возможных психических отклонений, приводящих к суицидальному поведению, могут являться не только стигматизация обществом гендерных установок, нестандартность в гендерной идентичности личности, но и яркая выраженность маскулинности или феминности в гендерной идентичности.

Объект исследования: депрессивные расстройства у детей подросткового возраста.

Предмет исследования: взаимосвязь гендерной идентичности и суицидального риска у подростков с депрессивными расстройствами.

Целью данной выпускной квалификационной работы является выявление взаимосвязи гендерной идентичности и суицидального риска у подростков с депрессивными расстройствами для выявления психотерапевтических мишеней в работе с данными пациентами и для формулирования рекомендаций по профилактике депрессивных расстройств и суицидального поведения у подростков.

В рамках данной цели были поставлены следующие **задачи:**

- 1) Проанализировать теоретико-методологические источники, отражающие проблемы гендерной идентичности, суицидального риска и депрессивных расстройств в подростковом возрасте.
- 2) Проведение обзора литературных источников, раскрывающих наличие возможной взаимосвязи гендерной идентичности и суицидального риска у подростков с депрессивными расстройствами.
- 3) Описание специфики диагностики гендерной идентичности, суицидального риска и депрессии у подростков.
- 4) Анализ дескриптивной статистики по данным, используемых психодиагностических опросников.
- 5) Проведение корреляционного анализа между выраженностью гендерной идентичности, суицидальным риском и уровнем депрессии у подростков.

б) Выявление психотерапевтических мишеней в работе с подростками, страдающими депрессивными расстройствами и формулирование рекомендаций по профилактике депрессивных расстройств и суицидального поведения.

Гипотезы исследования:

- 1) Выраженность черт маскулинности или феминности в гендерной идентичности имеет взаимосвязь с суицидальным риском и уровнем выраженности депрессии у подростка;
- 2) Выявленные взаимосвязи между гендерной идентичностью, суицидальным риском и выраженностью депрессии у подростков позволят определить мишени для оказания психологической помощи.

В данной выпускной квалификационной работе использовались следующие **методы исследования:** теоретический анализ научной литературы по теме работы, методы дескриптивной статистики, корреляционный анализ.

Для сбора эмпирических данных использовались следующие **психодиагностические методики:** опросник суицидального риска в модификации Разуваевой Т.Н., методика «Маскулинность - феминность» Бем С., шкала депрессии Бека А.

Теоретико-методологическая база исследования основывалась на трудах отечественных и зарубежных ученых: Кербикова О.В., Ганнушкина П.Б., Снежневского А.В., Личко А.Е., Тиганова А.С., Дмитриевой Т.Б., Амбрумовой А.Г., Войцеха В.Ф., Любовой Е.Б. и Положего Б.С. (психиатрия, суицидология). Выготский Л.С., Леонтьев А.Н., Эльконин Д.Б., Эриксон Э., Обухова Л.Ф., Божович Л.И., Зинченко В.П., Зимняя И.А. (возрастная психология). Мани Дж., Кон И.С., Бем С., Корбетт К., Клёцина И.С., Терешенкова Е., Радина Н., Гангнон Дж., Хендерсон Б. (гендерная психология).

Эмпирическая база исследования: ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» г. Екатеринбург, детско-подростковое лечебно-диагностическое отделение, психиатрическое отделение №17.

Научная новизна исследования основывается на более детальном и объективном изучении выраженности вида гендерной идентичности подростков с депрессивными расстройствами и суицидальными тенденциями, что дает возможность дальнейшим исследованиям в расширении методов диагностики гендерной идентичности и подходов к психопрофилактическим мероприятиям больных в рамках работы, в том числе и с психологическим полом.

Теоретическая значимость данной работы заключается в расширении и углублении знаний о факторах, оказывающих влияние на формирование депрессивных расстройств и суицидального поведения подростков с точки зрения гендерной идентичности и техниках работы с группой данных состояний в рамках консультативно-терапевтической практики.

Практическая значимость исследования состоит в прикладном характере проделанной работы:

- 1) Полученные количественные и качественные данные о специфических особенностях взаимосвязи гендерной идентичности и суицидального риска у подростков с депрессивными расстройствами могут быть использованы в практической работе психологами для организации психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий, способствующих оптимизации депрессивных состояний, суицидального поведения и эмоционально-поведенческой сферы подростков в целом.
- 2) Данный материал может быть использован психологами, психиатрами и социальными работниками, работающими с подростками, страдающими депрессивными расстройствами с тенденциями к суицидальному поведению, как в рамках лечебных учреждений, так и в частной практике.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У ПОДРОСТКОВ

1.1 Сущность депрессивных расстройств в подростковом возрасте

Задачей данного параграфа является описание сущности депрессивных расстройств в подростковом возрасте в рамках исследований в отечественной и зарубежной психологии.

Эмоции являются неотъемлемой частью жизни человека, целью которых является субъективная оценка значимых внешних и внутренних стимулов. При нарушении данного механизма функционирования возникают аффективные расстройства личности, в том числе и депрессия. В следствие чего нарушается целесообразное приспособительное поведение. Стоит отметить, что распространенность депрессии среди подростков занимает 20% от общего числа данного расстройства.

Депрессия (от лат. *deprimō* «давление, подавить») — это психическое расстройство, выражающееся в подавленном настроении и ангедонии. Также отмечают следующие симптомы: пониженная самооценка, неадекватное чувство вины, пессимизм, нарушение концентрации внимания, торпидность мышления, отсутствие ресурсов, нарушение сна и нестабильность аппетита, утрата интересов, суицидальные тенденции. В соответствии с МКБ-10 депрессия характеризуется и диагностируется с помощью так называемой «депрессивной триадой»: снижением настроения, заторможенностью мышления и двигательной заторможенностью, однако продолжительность данных симптомов должна составлять не менее двух недель [8].

Результаты многочисленных мультидисциплинарных исследований в области нейронаук указывают на то, что в основе эндогенных психических расстройств лежат нарушения синаптической передачи. Многообразие клинических проявлений депрессивных расстройств, множественность

молекулярных механизмов действия антидепрессантов разных групп свидетельствуют об участии в патогенезе депрессий взаимосвязанных нарушений ряда нейрхимических систем. В настоящее время считается наиболее обоснованным, что ключевые патогенетические механизмы депрессии связаны с функциональным дефицитом серотонинергической системы и со сложной дисрегуляцией норадренергической системы. Кроме того, обе эти системы тесно взаимодействуют с дофаминергической, холинергической, глутаматергической и ГАМКергической системами [24].

Депрессия охватывает обширный круг психопатологических проявлений, которые различаются по типологической структуре, выраженности и продолжительности аффективных расстройств. По МКБ-10 данное заболевание относится к блоку расстройств настроения, аффективных расстройств, код которых F30-39:

- 1) Маниакальный эпизод (F30);
- 2) Биполярное аффективное расстройство (F31);
- 3) Депрессивный эпизод (F32);
- 4) Рекуррентное депрессивное расстройство (F33);
- 5) Устойчивые расстройства настроения (аффективные расстройства) (F34);
- 6) Другие расстройства настроения (аффективные) (F38);
- 7) Расстройство настроения (аффективное) неуточнённое (F39).

Также стоит отметить, что в рубрику F40-48: «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» входят депрессивные эпизоды. Помимо прочего депрессия у подростков входит в рубрику F90-98: «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте», с акцентом на блоке F92. Характеризуется нарушением поведения, в длительном временном периоде, которое сопровождается страхом, тревогой, депрессией, навязчивыми мыслями и действиями, расстройством восприятия в виде дереализации и самовосприятия в виде деперсонализации. Описанные симптомы входят в течение таких заболеваний как: аффективные расстройства, эпилепсия,

шизофрения, дисгармонично протекающий пубертатный кризис, ранний детский аутизм, невротические реакции [8].

Для подростков старшего пубертатного возраста также можно использовать рубрику F32 МКБ-10. Включены: одиночный эпизод: депрессивной реакции, психогенной депрессии, реактивной депрессии. Исключены следующие разделы: расстройство приспособительных реакций F43.2, рекуррентное депрессивное расстройство F33, депрессивный эпизод, связанный с расстройствами поведения, классифицированными в рубриках F91, F92.0[34].

Подростковые депрессии вызывают трудность в адекватной и своевременной диагностике, потому что отличаются от течения заболевания во взрослом периоде, маскируются психосоматическими нарушениями, расстройствами адаптации и нарушением поведения. Депрессию стоит учитывать в случае, если подростки с ранее хорошими проявлениями успеваемости и поведения начинают абстрагироваться от социума, падает академическая успеваемость, есть жалобы на соматическое состояние, появляются правонарушения. Подростки с данным расстройством могут не осознавать своих эмоций, вследствие чего не могут сформулировать просьбу и обратиться за помощью. Данный аспект может приводить к тяжелым формам заболевания и суицидальному поведению. Нозологические данные и преморбидные свойства подростка определяют появление и течение депрессивного расстройства. Типология депрессивных расстройств подростков исходит из причин их возникновения, например, психогенная (реактивная) депрессия возникает при перенесении тяжелой психотравмы, соматогенная депрессия возникает в ответ перенесенного тяжелого соматического заболевания, эндогенная депрессия обусловлена наследственными психическими заболеваниями, невротическая депрессия появляется в ответ на неблагоприятную жизненную ситуацию [18].

Рассматривая причины подростковой депрессии необходимо отметить патологию раннего неонатального периода, приводящую к поражению

головного мозга, где причиной поражения является гипоксия плода или инфекции при внутриутробном развитии, наличие асфиксии или энцефалопатии у новорожденного. Далее основной причиной появления депрессии у подростка является семейная обстановка, например, отсутствие заботы со стороны родителей, либо чрезмерное опекавание, психотравмирующие ситуации приводят подростка к самоуничижающим мыслям, замкнутости в себе, снижению адаптации в обществе и даже беспомощности. Подростковый возраст характеризуется периодом экспериментов, в том числе и в сексуальном плане. При отсутствии полового воспитания, адекватной эмоциональной реакции от родителей, подросток, сталкиваясь с трудностями в новом опыте может замкнуться в себе. Данный аспект, вместе с гормональной перестройкой организма, может приводить к проблемам в эмоциональной сфере и социализации. Отчуждение подростка из общества приводит к появлению саморазрушающих мыслей об одиночестве. Также на проблемы общения с референтной группой влияет частая смена места жительства. Еще одной немаловажной причиной появления депрессивных расстройств у подростков является современный перегруженный учебный процесс, который изолирует от общения с друзьями, повышает напряжение от процесса контроля полученных знаний и мониторинга родителями академической успеваемости подростка [34].

Депрессия у подростков также может развиваться из-за острого или хронического стресса, например, смерть или тяжелая болезнь близких, разлука с семьей, ссоры с родственниками, конфликты со сверстниками. Однако может начаться и на фоне полного физического и социального благополучия, обычно связанного с нарушениями нормального протекания биохимических процессов в головном мозге. Существуют так называемые сезонные депрессии, появление которых связано с особой чувствительностью организма к климатическим условиям [8].

Депрессивное расстройство в подростковом возрасте трудно распознать, потому что оно обычно сопровождается другими более серьезными расстройствами, такими как поведенческие нарушения и соматовегетативные

проявления. Соматовегетативные симптомы проявляются общим недомоганием, аллергическими реакциями, проблемами с желудочно-кишечным трактом, нарушениями сна и аппетита, астенией. В поведенческих реакциях доминирует социальная изоляция, которая проявляется в отказе от общения и школьных занятий, потере интереса и способности получать удовольствие [26].

У подростков в младшем пубертатном возрасте встречаются следующие типы депрессии: ступидная, основной характеристикой которой является идеаторная заторможенность, затрудненность мышления, слабо выраженное торможение в сфере моторики, отсутствие проявления депрессивного аффекта, неспособность обучаться, страх школы,самоуничужение, трудности в запоминании и сосредоточении внимания, падение академической успеваемости.Вследствие длительного течения данного состояния может возникнуть депрессивная псевдодебильность, имитирующая умственную отсталость, где ведущим отграничением от истинного заболевания будут являться признаки своевременного,гармоничного интеллектуального развития ребенка в дошкольные годы и внезапная утрата способности к обучению. Следующий тип, это адинамическая депрессия, ведущим критерием которой является пониженный жизненный тонус, утрата интересов, снижение академической успеваемости, проявляется чаще всего при шизофрении с эпизодами немотивированного страха и идеями отношений. Третий тип - астеноподобная депрессия, характеризуется повышенной утомляемостью,раздражительностью, слабостью, наличием головных болей, ухудшения памяти, дисфорическая окраска настроения, идеи отношений и заброшенности [24].

Важным критерием в диагностике подростков с депрессивными расстройствами является наличие агрессивности, диссоциальности или оппозиционного, вызывающего поведение, что имитирует патологию характера. Также наличие общения с референтной группой, в которой поощряют употребление алкоголя и наркотиков, вследствие чего формируется аддитивное

поведение, маскирующее депрессивную симптоматику подростка. В рамках обучения наблюдается снижение академической успеваемости, утрата мотивации и нарушение контакта с педагогическим составом. При планировании будущего у подростка с депрессивным расстройством отмечается пессимистичность, бессмысленность существования и суицидальные идеи. Ближайшее окружение обычно не в состоянии адекватно оценить причину резких изменений поведенческих реакций подростка и своевременно оказать ему помощь и поддержку [34].

Рассматривая варианты депрессий у подростков, стоит начать с меланхолического. Данный вариант имеет основу в виде вегетативных проявлениях: головные боли, сердечно-сосудистые заболевания, что помимо прочего может сопровождаться суицидальными мыслями. Девиантный вариант является самым сложным для диагностики, потому что в первую очередь выражены отклонения в поведении, в виде конфликтности, агрессивности и лживости, что маскирует аффективную симптоматику депрессивных расстройств. Ипохондрический вариант характеризуется разнообразными соматическими жалобами на боли и чрезмерная акцентуация на лабораторных исследованиях и процедурах. В астено-апатическом варианте подросткам трудно сосредоточить внимание, отсутствие радости и жизненного тонуса, вследствие чего ухудшается академическая успеваемость [26].

Таким образом, описав сущность депрессивных расстройств в подростковом возрасте в рамках исследований в отечественной и зарубежной психологии, можно сделать вывод о высокой распространенности данного расстройства среди подростков, трудности его диагностики вследствие маскирования аффективной симптоматики в психосоматическое заболевание, девиантное или аддитивное поведение, что в конечном счете влияет на оказание своевременной помощи подростку и может приводить к увеличению тенденций суицидального поведения.

1.2 Клинико-психологическая картина суицидального поведения у подростков

Задачей данного параграфа является описание изученного теоретического материала по суицидальному поведению в различных подходах отечественной и зарубежной психологии.

В последние годы особенно актуальным является изучение проблемы суицидального поведения в подростковом возрасте, вследствие роста суицидальной активности, что подтверждено данными Всемирной организации здравоохранения [11].

Определение суицидального поведения, предложенное Амбрумовой А.Г., указывает на дезадаптацию личности в психологическом и социальном планах в рамках переживания внутренних и внешних конфликтов, начиная от суицидальных мыслей и заканчивая завершённым суицидом [3].

В своих научных трудах Личко А.Е. выделил три основных типа суицида у подростков: истинный, аффективный, демонстративный. Истинный суицид выражается в лишении себя жизни, тщательно планируя и готовясь к данному поведенческому акту, вследствие потери смысла жизни, перспектив, интереса. Окружающие, близкие люди такого человека обычно не замечают отклонений в поведении, маркеров, предшествующих лишению себя жизни, однако своеобразный тест на готовность к истинному суициду, это размышления человека о смысле жизни. Демонстративный суицид в отличие от истинного имеет цель, выражающуюся в привлечении внимания к себе. Самоубийство в данном случае может выступать в виде мести кому-либо, призыва, получение некоего аргумента или выгоды в неразрешённом конфликте с окружающими, с целью психологического давления на них. В данном случае у суицидента нет цели себя убить, он подсознательно надеется на то, что выживет и получит ожидаемое от своего действия. Третий тип, это аффективный суицид, который сопровождается сильной эмоциональной реакцией и сужённым сознанием.

Идеясуицида в данном контексте появляется внезапно и носит огромную побуждающую силу [26].

При завершеном суициде проводится посмертная судебно-психиатрическая экспертиза, которая с помощью интервью у близких суицидента выявляет все обстоятельства смерти, определяет наличие психического расстройства, чтобы выяснить уровень осознанности данного деяния. Значимую информацию также предоставляет анализ предсмертных записок, которые может оставить суицидент. Если человек не отдавал отчета своим действиям или в ходе неосторожного случая возник смертельный исход, то данный факт относят к несчастным случаям [16].

Рассматривая генетическую теорию формирования суицидального поведения, важно отметить наследственный фактор. Статистические данные указывают на то, что суицидальные наклонности являются генетически закрепленной предрасположенностью к определенным формам поведения, то есть наследственная отягощенность в совокупности с семейным опытом, где был совершен суицид одного из родственников, является одним из факторов риска возникновения психических расстройств и суицидального поведения [21].

В биохимической теории возникновения суицидального поведения отмечается изменение некоторых биохимических показателей у самоубийц: понижено содержание 5-гидрокси-индолуксусной кислоты и серотонина в стволе мозга и уменьшение связывания имиπραмина тканью мозга. У лиц, страдающих монополярной депрессией, личностными расстройствами, шизофренией, и предпринимавших суицидальные попытки, бывает снижена концентрация 5-гидроксииндолуксусной кислоты в спинномозговой жидкости, а также данные показатели указывают на склонность больных к импульсивным действиям. Помимо прочего, у суицидентов повышено выделение кортизола, высока активность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, данные показатели указывают на эмоциональную ранимость в структуре личности пациента. При целом ряде психических нарушений,

приводящих к суицидальным действиям, отмечаются изменения обмена серотонина [36].

В патофизиологической теории И.П.Павлова важным элементом является рефлекс цели, при торможении или угасании которого снижается интерес к жизни и вследствие этого могут предприниматься суицидальные попытки [14].

В теории психоанализа Фрейд З. анализировал суицид на основании представлений о существовании в человеке двух основных влечений: эроса – инстинкта жизни и танатоса – инстинкта смерти. Согласно данной концепции человек научается управлять своими влечениями в процессе жизнедеятельности, однако разрушающая энергия танатоса, выражающаяся в агрессии, может быть не адекватно адаптирована, сублимирована и тогда вектор выражения энергии направлен на себя в виде аутоагрессии, где высшая форма данного проявления – суицид [38].

В концепции Юнга К.Г. суицид анализируется в рамках интрапсихических сил и образов. Автор отмечает идею перерождения, что может являться причиной самоубийства [43].

В работах Адлера А. ведущее место занимает идея о том, что движущей силой является чувство неполноценности индивида, то есть поставленные цели в жизни и их выполнение компенсируют данное чувство, адаптируя человека в социуме, однако могут возникнуть препятствия в достижении заданных целей, вследствие чего это приводит к кризисной ситуации, с которой начинается уход в суицидальное поведение: утрачивается чувство общности, в итоге человек не может приблизиться к реальности и окружающей жизни. В ответ на данную ситуацию возникает суицидальное поведение как акт мщения, осуждения общества, поиск сочувствия к себе вследствие невозможности переносить чувство неполноценности [35].

В своих научных работах Хорни К. полагала, что при нарушении взаимоотношений между людьми возникает базисная тревога и вследствие этого невротический конфликт, в котором человек чувствует себя одиноко, беспомощно, появляется враждебность, в виде проекции собственной агрессии

на окружающих. Данные признаки могут являться основой суицидального поведения, с целью разрешения ситуации и утверждения своего «Я» [16].

Основоположник логотерапии Франкл В. в своих научных трудах отмечал, что в основе суицидальных идей находится экзистенциальный вакуум, то есть отсутствие смысла жизни, понимания кем человек является и что ему необходимо и как следствие возникает ноогенный невроз, как один из ведущих элементов совершения суицида [35].

В отечественной суицидологии известными являются работы Амбрумовой А.Г., утверждающей, что суицид является следствием дезадаптации личности в психологическом и социальном планах в рамках переживания внутренних и внешних конфликтов, начиная от суицидальных мыслей и заканчивая завершённым суицидом. Дезадаптивные состояния развиваются вследствие неспособности индивида находить выходы из кризисных ситуаций. Осознание конечности жизни в случае смерти полностью складывается у зрелых личностей, поэтому подросток не в состоянии адекватно оценить последствия своего поступка. В пубертатном периоде индивид ожидает от суицида не смерти, а перерождения, мечтает получить реакцию людей на свой поступок, их жалость и более положительную оценку своей личности. Таким образом подростковый суицид направлен на восстановление нарушенных социальных отношений [36].

Суицидальное поведение подростков в теории Попова Ю.В. и Бруга А.В. рассматривается как способ решения конфликтных ситуаций, вследствие длительного воздействия стресса. Данной точки зрения также придерживается Положий Б.С., указывая на неконструктивность данного способа решения проблемной ситуации. Анализируя проблему суицидального поведения стоит отметить, что в основе данного действия характерно наличие агрессии, повышенного уровня тревоги, депрессии [21].

Наиболее выраженным моментом в подростковом развитии является перестройка всех систем организма, однако быстрое созревание лимбической системы и биологически более высокая чувствительность серотонинергической

системы сопровождается импульсивностью и депрессивностью, вследствие чего повышается риск суицидального поведения [13].

Повышенный риск суицидального поведения может сопровождаться наличием соматических и психосоматических заболеваний. В группу риска также входят подростки с нетрадиционной сексуальной ориентацией и самоповреждающим поведением. Проблема подросткового суицида связана с пограничной личностной организацией в психиатрических терминах, то есть с личностными расстройствами и реактивными состояниями на фоне акцентуаций личности, расстройствами настроения. [2].

Так же спутником подростков, решившихся на суицид являются триггеры из интернета. Существует множество форумов, групп в социальных сетях, подталкивающих и провоцирующих подростков на совершение суицида. Например, «Синий кит», «Тихий дом», заключающиеся в ежедневном выполнении определенного задания, утвержденного «куратором». В течение 50 дней подросток выполняет 50 заданий, последним из которых является суицид. В случае отказа подростка от выполнения, начинаются угрозы реальной расправы над жертвой и членами ее семьи. При закрытии подобной группы, организаторы всем участникам пересылают информацию о новом адресе. Именно поэтому так сложно полностью прекратить их существование. На сегодняшний день ведется работа по ужесточению наказания за деятельность подобных групп [31].

Таким образом, основываясь на вышеизложенных данных можно сделать вывод, что основными предпосылками подросткового суицида является наследственность, психотравмирующие события, отсутствие конструктивных навыков преодоления стресса, наличие завершеного случая суицида в ближайшем и значимом окружении, самоповреждающее поведение, угрозы совершения суицида, легкодоступность предметов для совершения попытки суицида.

1.3 Сущность гендерной идентичности и подходы к изучению данного феномена в отечественной и зарубежной психологии

Задачей данного параграфа является описание сущности гендерной идентичности и различных подходов к изучению данного феномена в отечественной и зарубежной психологии.

Термин «гендерная идентичность» был введен американским психологом и сексологом Мани Дж., в 1955 году для описания внутреннего самоощущения личности мужчины или женщины. Гендерная идентичность это одна из сторон самоопределения личности, с помощью интеграции таких компонентов, как гендерные предпочтения, стереотипы и идеалы, сексуальная ориентация. [17].

Гендерная идентичность, по мнению Кона И.С., формируется в процессе развития личности, это весь переживаемый человеком опыт, в результате которого складывается самоотношение в рамках взаимодействия с обществом в контексте пола, в процессе осознавая себя мужчиной, женщиной, носителем обоих полов или отсутствие пола [20].

В психоаналитическом направлении гендерную идентичность рассматривают в рамках психосексуального развития индивида, через процесс идентификации с родителем того же пола, игнорируя значение социальных условий. Ребенок с помощью взрослого изучает и усваивает особенности поведения, соотносимые в культуре как типичные для определенного гендера, полученные стереотипы родитель поощряет, если они соответствуют культуре и собственным ожиданиям. Фрейд З. определял проблему гендерной идентичности одной из важных в психологической науке, вследствие чего понятие гендера подвергли культурологическому переосмыслению, после чего в науке начали отказываться от анатомо-биологических детерминант в пользу социокультурных факторов в развитии гендера [27].

Выдающаяся теория Бем С. доказала конструкционистский характер гендерной идентичности, которая формируется посредством процессов ассимиляции Я-концепции в гендерную схему ребенка, которая представляет

собой дефиниции маскулинности, феминности, андрогинности. Автор также отмечала, что наиболее социально адаптированные и менее подверженные стрессу люди имеют наиболее выраженную дефиницию андрогинности [5].

В рамках традиции аналитической психологии автор теории Юнг К.Г. рассматривал процесс индивидуации, заключающийся в «самостоянии», «самоосуществлении», становлении собственной самости. Причем этот процесс может быть описан только с помощью символов. Здесь, в отличие от Фрейда, Юнг описывает два, а не один, фаллический, альтернативных принципа становления идентичности: маскулинный (Логос) и феминный (Психея). Следуя идее архетипов, Юнг говорит о множественности персонификаций мужских и женских архетипов, свойственных определенному историческому периоду. Господствующие в данный период гендерные стереотипы интернализируются и встраиваются в самость [43].

В концепции социального научения Басси К., Бандура А. акцентируют внимание на положительных и отрицательных подкреплениях из внешней среды в процессе формирования гендерной идентичности. Важным моментом является то, что ребенок копирует модель поведения родителей и получает от них обратную связь, вследствие чего желательное поведение встраивается в компонент личности или не встраивается. К трем годам ребенок начинает выстраивать гендерную идентичность, однако данный процесс продолжается всю жизнь и связан с доминирующими в культуре гендерными нормами [6].

Формирование гендера, согласно теории Колберга Л., зависит от когнитивных способностей ребенка, в рамках чего происходит процесс отбора, категоризации полученного опыта из социума, далее соотнесения себя к доминирующей категории, адаптация и выражение своего выбора с помощью соответствующего поведения [4].

Прорывом в социологии и психологии стало появление квир-теории, теории перформативности гендера, представителями которых являются Батлер Дж. и Гросс Э. Они исходят из двух основных положений, в которых

отказываются от биологического эссенциализма и понимают сексуальность не в бинарных терминах доминирования и подчинения. В данной теории авторы отказываются от понятий идентичности, гендера, жестких паттернов отношений между полами, она иллюстрирует условность категоризации по полу, гендеру, сексуальности. Небинарный гендер – это спектр гендерных идентичностей, не вписывающихся в бинарную систему, предусматривающую только мужской и женский гендер. Многие культуры в течение своей истории имели небинарную гендерную систему, например, предусматривающую третий гендер. В современном западном обществе изменения в этом направлении начали происходить в конце XX века. У гендер-квир людей идентичность может выходить за пределы традиционной бинарной гендерной системы, быть сочетанием мужского и женского гендера (бигендерность, тригендерность), быть изменчивой (гендерфлюид) или отсутствовать (агендерность). Существует более тридцати небинарных гендерных идентичностей [22].

В современных теориях гендера причиной возможных психических отклонений, по мнению Корбетта К., является не отклонение индивида от традиционных гендерных ролей, а стигматизация обществом темы гендерной идентичности, что ограничивает свободу мышления, индивидуальность и выражение эмоций [17].

Таким образом, понятие «гендер» является общественно-историческим феноменом, включающий в себя систему соображений о человеке в рамках полоролевых взаимоотношений, с помощью соотнесения биологических, психологических и социальных аспектов в личности. Данная система стремительно развивается и приобретает новые аспекты в современном обществе, что скрывает под собой актуальность в изучении данного направления психологической науки.

1.4 Психосексуальное развитие и гендерная идентичность в подростковом возрасте

Задачей данного параграфа является описание изученного теоретического материала по психосексуальному развитию и гендерной идентичности в подростковом возрасте в различных подходах отечественной и зарубежной психологии.

Анализ развития гендерной идентичности в подростковом периоде является актуальным, подчеркивает разницу социализации между мальчиками и девочками, что, по мнению Клециной И.С., влияет на самосознание подростка и будущую картину мировоззрения. В основе полового признака подросток соотносит себя к какой-либо социальной группе, в которой осваивает нормы и правила дальнейших взаимоотношений, экспериментирует в сексуальных предпочтениях, развивая психосексуальный компонент личности, что более подробно было описано в трудах Терешенковой Е., Ворониной О.А., Радиной Н., Гангнона Дж., Хендерсона Б и других авторов [6, 19].

В теории психосоциального развития Эриксон Э. выделял восемь фаз развития, каждая из которых, как и фазы психосексуального развития по Фрейду, имеет свои задачи и может разрешиться благоприятно или же неблагоприятно для будущего развития индивида. В рамках данной теории, подростковая фаза длится в промежутке с 12 до 19 лет. Классический психоанализ связывает пятый период с пробуждением любви и ревности к родителям, что разрешается с помощью поиска нового объекта и переключения внимания на него. Эриксон Э. расширяет взгляд на данную проблему. Процесс развития и становления идентичности подростка начинается с успешного прохождения стадий детства, возникают новые потребности и конфликты, для разрешения которых требуются новые элементы в мировоззрении подростка, которое прорабатывают с помощью анализа взглядов других людей на устройство мира. При разрешении кризиса, в положительном русле, подросток обобщает свои социальные роли, переосмысливает прошлое и строит планы на

будущее. При затруднениях в разрешении кризиса пубертатного периода подросток испытывает трудность в самоидентификации, вследствие чего возникают противоречия, выражающиеся в поведенческих нарушениях [40,42].

В пубертатном периоде происходят изменения в эндокринной системе, бурное физическое развитие и половое созревание. Усиленное функционирование желез внутренней секреции приводит к повышению возбудимости нервной системы, что выражается в чрезмерной раздражительности и импульсивности поведенческих реакций. В физическом развитии пропорции тела трансформируются и со временем все больше приобретают облик тела взрослого человека. Темпы физического развития предъявляют повышенные требования к деятельности сердца, что выражается в более быстром росте, чем кровеносные сосуды, что может стать причиной функциональных нарушений в деятельности сердечно-сосудистой системы, могут быть головные боли, головокружение, быстрая утомляемость, сердцебиение. Анатомо-физиологическое развитие оказывает существенное влияние на психическое развитие подростка [28].

Важным этапом в становлении эмоционально-волевой сферы является младший подростковый возраст. Он характеризуется более глубокими переживаниями подростка, появлением стойких чувств и эмоционального отношения к окружающему. Доминирующие психологические особенности пубертатного периода характеризуются повышенными перепадами настроения, преимущественно полярных эмоций. Однако на некоторые триггеры подросток будет реагировать безразличием или скрывать истинные эмоции под сарказмом, иронией, а иногда может выдать импульсивную реакцию, которая будет выражаться в побеге из дома и даже суицидальной попытке. Ведущей деятельностью в данном возрасте будет общение со сверстниками, что сопровождается потребностью принадлежать к какой-либо группе, в рамках которой подросток изучает и формирует ценности, стратегии коммуникации, нормы поведения в обществе [25,41].

В подростковом возрасте наиболее выражена эмоциональная потребность в принадлежности к группе. Сначала общение подростков носит гомосоциальный характер, то есть в группе сверстников одного пола, позже общение перерастает в гетеросоциальное русло, то есть в группе с представителями противоположного пола. Данный процесс позволяет подросткам усвоить и отрегулировать модели взаимодействия с окружающими, принять нормы и ценности общества [30].

В подростковом периоде активно формируется самосознание, которое выражается в независимости суждений и систем оценок окружающего мира, в основе чего выстраивается личностная индивидуальность с акцентом на внутреннем, а не внешнем мире. В своих трудах Ананьев Б.Г. выдвинул данную идею формирования Я-концепции подростка [20]. Важным моментом в пубертатном периоде является повышенный интерес подростков к сексуальной сфере. Сначала они изучают свое тело, наблюдают за его трансформацией в соответствии с общепринятыми стандартами феминности и маскулинности, после чего подростки направляют интерес на изучение противоположного пола, выражающийся в сексуальных чувствах к партнеру, эротическом интересе. Однако движущей силой является удовлетворение не физиологических потребностей, а эмоциональных, что выражается в желании ощутить нежность, свою женственность или мужественность, повысить самооценку, избавиться от чувства одиночества, скуки и гнева[33].

Таким образом, анализ теоретического материала по психосексуальному развитию и гендерной идентичности в подростковом возрасте указывает на то, что существовавшие ранее традиционные образцы мужественности и женственности в современных условиях во многом изменились и продолжают меняться, что создает трудности для подростка в интеграции собственной личности, так как выстраивая собственную картину мира, свой новый образ «Я», подросток не ограничивается пассивным усвоением гендерных норм и ролей, а

стремится самостоятельно и активно осмысливать современные требования общества и сформировать свою гендерную идентичность.

Выводы по первой главе

1. Депрессивные симптомы являются довольно распространенными в подростковом возрасте и имеют трудности диагностики, вследствие маскирования аффективной симптоматики в психосоматическое заболевание, девиантное или аддитивное поведение, что в итоге имеет значительное влияние на оказание своевременной помощи подростку и может приводить к увеличению тенденций суицидального поведения.

2. Пубертатный период является сложным этапом личностного становления, в связи с чем подростки особенно уязвимыми, поэтому кризис может перерасти в суицидальную ситуацию. Причины, провоцирующие подростка на уход из жизни, скрыты в его взаимоотношениях с ближайшим окружением. Не менее важными являются и личностные характеристики индивида, его адаптация к сложным жизненным ситуациям и умение им противостоять, на что направлены психопрофилактические мероприятия по работе с подростками с депрессивными расстройствами и суицидальными тенденциями.

3. Наиболее важным моментом психофизиологического развития подростка является половое созревание и гендерная идентичность, однако традиционные образцы мужественности и женственности в современных условиях во многом изменились и продолжают меняться. Подросток, выстраивая собственную картину мира, стремится самостоятельно и активно формировать гендерную идентичность, в рамках стигматизации гендерных установок и появления новых аспектов гендера, в связи с чем возникает трудность в интеграции личности, освоении социальных ролей, эмоциональная неустойчивость, депрессивные расстройства и суицидальные тенденции.

4. В ходе проведенного теоретического анализа было установлено, что данная проблема является мало изученной, в связи с этим наше эмпирическое

исследование в данной работе является актуальным, полученные результаты представлены в следующей главе.

2 ЭМПИРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ И СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

2.1 Организация и методика психодиагностического обследования

Задачей данного параграфа является описание выборки, особенностей проведения исследования и выбранного диагностического инструментария.

Обследование подростков с депрессивными расстройствами проводилось в Государственном автономном учреждении здравоохранения Свердловской области «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», расположенной по адресу: г. Екатеринбург, Сибирский тракт, 8 км, детско-подростковое лечебно-диагностическое отделение, психиатрическое отделение №17. Обследование проводилось с 16.09.2020 по 25.12.2020.

Выборка составила 35 человек (от 14 до 17 лет; средний возраст: 15,5 года), из них 29 человек женского пола и 6 человек мужского пола. Все обследуемые являются пациентами СОКПБ. Для определения объема выборки мы ориентировались на условие, согласно которому выборка должна составлять не менее чем 30 человек.

Диагностика проходила с 9:00 до 12:00 в кабинете психолога. Исследуемым сообщалось о цели обследования. Было сказано, что им будут предложены к прохождению три теста, направленные на выявление их уровня депрессии, определение степени андрогинности, маскулинности и феминности, а также исследование суицидальных намерений.

В качестве мотивирования к прохождению обследования было сказано, что тестирование является добровольным, т.е. испытуемые не обязаны его проходить, оно не несет принудительного характера. Было сказано, что обследование является анонимным (испытуемые не обязаны подписывать бланки ответов своим настоящим именем, достаточно использовать любой псевдоним, значок, символ, цифру и т.д.), конфиденциальным (испытуемые

доверяют, проводящему тестирование свои результаты, а он несет ответственность за нераспространение результатов третьим лицам, т.е. всем кроме проводящего обследование и испытуемых). Испытуемым сообщалось о возможности обратной связи для возможности узнать свои результаты в течение недели после прохождения тестирования.

Исследование проводилось в индивидуальной и групповой форме. Ответы, исследуемые, фиксировали самостоятельно в регистрационных бланках ответов. Инструкция, непосредственно по прохождению методик, была представлена на бланке с вопросами (Приложения 6-8).

В данном исследовании использовались три методики. Первая методика: «Маскулинность -феминность», предложенная профессором Корнельского университета Бем С. в 1971 году, является стандартизированным самоотчетом и используется для диагностики психологического пола, определяя степень андрогинности, маскулинности и феминности личности, позволяет определить тип личности: маскулинный, феминный, андрогинный. Опросник содержит 60 утверждений (качеств), на каждое из которых испытуемый отвечает «да» или «нет», оценивая тем самым наличие или отсутствие у себя названных качеств. Результаты варьируются от -2.4 (ярко выраженная маскулинность) до 2.4 (ярко выраженная феминность), а диапазон полученных баллов от -0,9 до 0,9 свидетельствует о выраженности андрогинных черт у исследуемого. Контингент исследуемых: подростки и взрослые. Изучение истории поэтапной разработки опросника, его психометрических свойств позволяет сделать вывод о надежности и валидности, как внешней, так и внутренней, данного измерительного инструмента. Теоретической базой данной методики является концепция андрогинии Бем С. Андрогиния, определяемая как сочетание традиционно женских и мужских черт, является значимой психологической характеристикой человека, определяющей его способность варьировать поведение в зависимости от ситуации; она помогает формированию устойчивости к стрессам, способствует достижению успехов в различных сферах жизнедеятельности.

Традиционно к феминным чертам личности относятся: уступчивость, мягкость, чувствительность, застенчивость, нежность, сердечность, способность к сочувствию, сопереживанию. Социальные стереотипы феминности меньше касаются профессиональной стороны, но при этом уделяют значительное внимание эмоциональным аспектам. К маскулинным чертам традиционно относят: независимость, доминантность, агрессивность, склонность к риску, самостоятельность, уверенность в себе, а также более высокая самооценка в области академических достижений и собственной внешности [5].

Вторая методика: опросник суицидального риска в модификации Разуваевой Т.Н., предназначенный для диагностики суицидального риска, выявления уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения попыток самоубийства. Опросник прошел психометрическую адаптацию. На первом этапе при обследовании 24 пациентов кризисного стационара на базе больницы № 20 г. Москвы были отобраны пункты ММИЛ (Березин), выражающие специфику ответов суицидентов по сравнению с обычными людьми. На втором этапе перечень пунктов из ММИЛ был дополнен рядом авторских оригинальных вопросов, и пилотажная версия опросника из 72 пунктов предъявлялась 77 испытуемым с целью отбора пунктов по методу экстремальных групп. 20 испытуемых из 77 были пациентами указанного Кризисного отделения больницы № 20. В результате было отобрано 29 пунктов, обладавших значимым ϕ -коэффициентом четырехклеточной корреляции между ответами на пункт и показанием в группе суицидентов. В данном опроснике 9 шкал:

- 1) «Демонстративность»: привлечение внимания окружающих, желание добиться сочувствия и понимания, манипуляция другими людьми, шантаж, целью которого является разрешение конфликтов и «крик о помощи». Максимальное значение по данной шкале 6 баллов.
- 2) «Аффективность»: доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Максимальное значение по данной шкале 6.6 баллов.

3) «Уникальность»: самовосприятие возведено в русло исключительности, возвышенности над другими, не умение пользоваться своим и чужим опытом, в соответствии с чем выход из трудной ситуации подразумевает лишения себя жизни. Максимальное значение по данной шкале 6 баллов.

4) «Несостоятельность»: сниженная самооценка, отрицательная концепция собственной личности, самокритика, изолированность от общества, иррациональные мысли в контексте «я плохой человек». Максимальное значение по данной шкале 7.5 баллов.

5) «Социальный пессимизм»: окружающий мир воспринимается в негативном свете, враждебным, иррациональные мысли в контексте «все плохие и не достойны меня». Максимальное значение по данной шкале 6 баллов.

6) «Слом культурных барьеров»: оправдание суицидального поведения через поиск культурных ценностей и нормативов данного акта в кинематографе или литературе. Сопровождается инверсией ценностей жизни и смерти. Установка на самодеятельность: «Вершитель собственной судьбы сам определяет конец своего существования». Максимальное значение по данной шкале 6.9 баллов.

7) «Максимализм»: инфантильный максимализм ценностных установок. Распространение на все сферы жизни локального конфликта. Аффективная фиксация на неудачах. Максимальное значение по данной шкале 6.4 баллов.

8) «Временная перспектива»: невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем. Максимальное значение по данной шкале 6.6 баллов.

9) «Антисуицидальный фактор»: чувство ответственности и долга перед близкими, греховность и антиэстетичность самоубийства, боязнь боли и физических страданий. Данный фактор снимает риск суицидального поведения, а также указывает на предпосылки для психокоррекционной работы. Максимальное значение по данной шкале 6.4 баллов [13].

Третьим диагностическим инструментарием выступила шкала депрессии БекаА., которая является одной из первых шкал, разработанных для качественной и количественной оценки депрессии, его валидность, надежность подтверждена многочисленными испытаниями. Шкала была разработана в 1961 году на основе клинических наблюдений, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. После соотнесения этого списка параметров с клиническими описаниями депрессии, был разработан опросник, включающий в себя 21 вопрос для взрослых и 13 вопросов для подростков. Каждый вопрос соответствует категории симптомов и жалоб, относящихся к депрессивным расстройствам. Каждая категория состоит из 4 утверждений, соответствующих специфическим симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии. Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 39 и снижается в соответствии с улучшением состояния. До 9 баллов - удовлетворительное эмоциональное состояние. От 10 до 19 баллов - легкая депрессия. От 19 до 22 баллов - умеренная депрессия. Более 23 баллов тяжелая депрессия. Уровень депрессии выше 24 баллов указывает на необходимость терапии - возможно с применением антидепрессантов. Целью лечения должно быть достижение уровня депрессии ниже 10 баллов[18].

Таким образом, в данном параграфе были подробно описаны: выборка пациентов, особенности проведения данного исследования и диагностический инструментарий, который был подобран в соответствии с поставленными целями и задачам исследования.

2.2 Результаты диагностики и их обсуждение

Эмпирической задачей данного параграфа является определение мер центральной тенденции, мер рассеяния и установление вероятности взаимосвязи между уровнем выраженности депрессии, суицидальных тенденций и показателей гендерной идентичности для выборки в целом.

Результаты исследования уровня выраженности депрессии у подростков представлены на рисунках 1-2 в Приложении 2. При анализе графика средних значений было установлено, что показатель уровня депрессии по среднему арифметическому баллу в общей выборке соответствует максимальному уровню выраженности. Этот факт свидетельствует о необходимости фармакотерапии и психотерапии всем исследуемым. При детальном анализе рисунка 1 можно сделать выводы, что показатели уровня депрессии у общей группы исследуемых и групп, отличающихся по половому признаку, имеют небольшие различия ($X_{\text{ср.общ}} = 24,7$, $X_{\text{ср.муж}} = 23,3$, $X_{\text{ср.жен}} = 25$), однако входят в один интервал от 23 баллов, что свидетельствует о тяжелой депрессии.



Рисунок 1 -График средних значений показателей уровня выраженности депрессии у подростков

Общ – общая группа исследуемых, муж – группа исследуемых мужского пола, жен – группа исследуемых женского пола.

Подробный анализ значений, представленный в Приложении 2, позволяет зафиксировать следующие результаты. В общей группе встречаются исследуемые, в обоих случаях – пациенты женского пола, с уровнем депрессии около максимально возможного результата по тесту ($X_{\max} = 37$), что указывает на тяжелую депрессию, и исследуемые с наименьшим уровнем депрессии из всей выборки ($X_{\min} = 12$), что свидетельствует о состоянии легкой депрессии.

Одна из характерных особенностей общей группы исследуемых – это выраженность показателя тяжелого уровня депрессии по тестовым нормам ($X_{\text{ср}}=24.7$, $M_o = 30$, $M_e = 25$). Область значений, в которую попадает большинство исследуемых, равна ($X_{\text{ср}} \pm S$), (24.7 ± 6.9), что свидетельствует о том, что около 68% исследуемых показали результаты, находящиеся в промежутке от 17.8 до 31.6, то есть пациенты демонстрируют легкий, умеренный и тяжелый уровень выраженности депрессии.

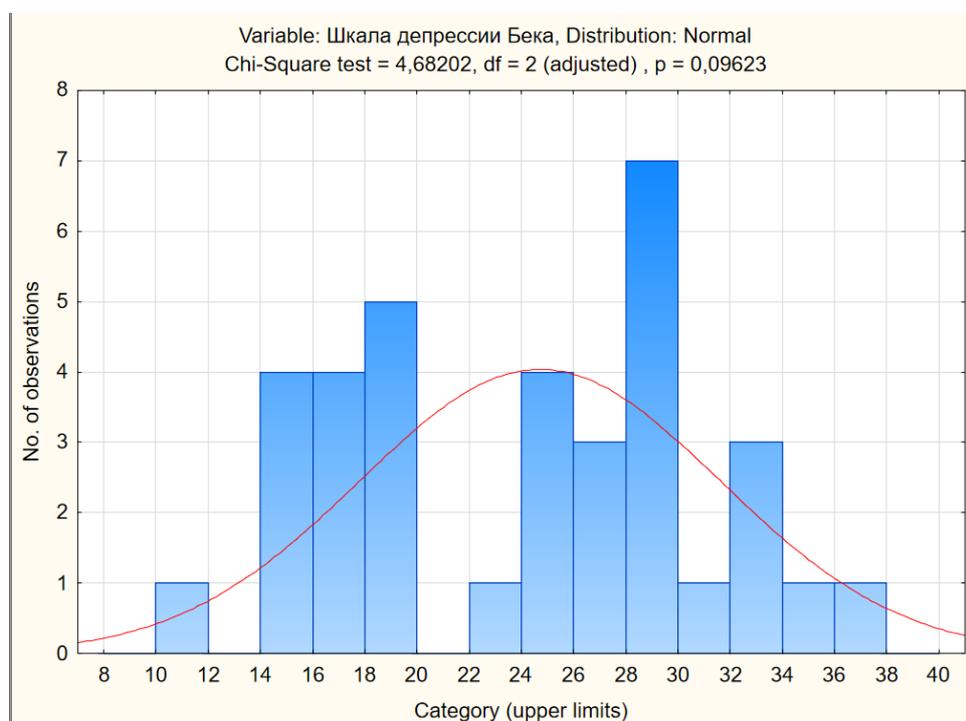


Рисунок 2 - График нормального распределения показателя уровня выраженности депрессии по общей группе исследуемых

При анализе рисунка 2 и полученных данных асимметрии и эксцесса, Приложение 2, можно сделать вывод о нормальности или ненормальности распределения показателя уровня выраженности депрессии. Показатели асимметрии и эксцесса: $A_s = -0.07$, $E_x = -1.2$, критические значения показателей асимметрии и эксцесса, при учете объема данной выборки: $A_s = 0.4$, $E_x = 0.8$. Проанализировав показатели асимметрии и эксцесса, можно сделать вывод, что распределение показателя уровня выраженности депрессии, по общей группе исследуемых, близкое к нормальному.

Результаты исследования суицидальных намерений у подростков с депрессивными расстройствами представлены на рисунке 3, в Приложениях 2-3. При анализе результатов дескриптивной статистики по показателям суицидального риска у подростков с депрессивными расстройствами было выявлено, что наиболее выражено среднее арифметическое значение, по общей группе и в группах пациентов женского и мужского пола, такого показателя как «Несостоятельность» ($X_{ср.общ} = 6.2$, $X_{ср.муж} = 7.3$, $X_{ср.жен} = 5.9$), при максимальном значении фактора в тестовых нормах 7.5 баллов. Этот факт свидетельствует о том, что подростки с депрессивными расстройствами имеют отрицательную концепцию собственной личности, то есть представление себя как ненужного, «выключенного» из мира, несостоятельного в физическом, интеллектуальном и моральном планах, выражается в иррациональной установке «я плохой». Также стоит отметить, что в группе пациентов мужского пола, на графике средних значений, выделяется показатель «Слом культурных барьеров» ($X_{ср.муж} = 4.4$), где максимальное значение фактора по тестовым нормам 6.9 баллов. Данный показатель свидетельствует о поиске культурных ценностей и нормативов в литературе и кино, оправдывающих суицидальное поведение или делающее его привлекательнее (культ самоубийства). Группа женского пола продемонстрировала выраженный показатель по шкале «Временная перспектива» ($X_{ср.жен} = 4.5$), где максимальное значение фактора по тестовым нормам 6.6 баллов. Это указывает на невозможность конструктивно планировать свое будущее, что может являться следствием

погруженности в настоящее, трансформацией чувства неразрешенности конфликтов в страх перед неудачами и поражениями в будущем.

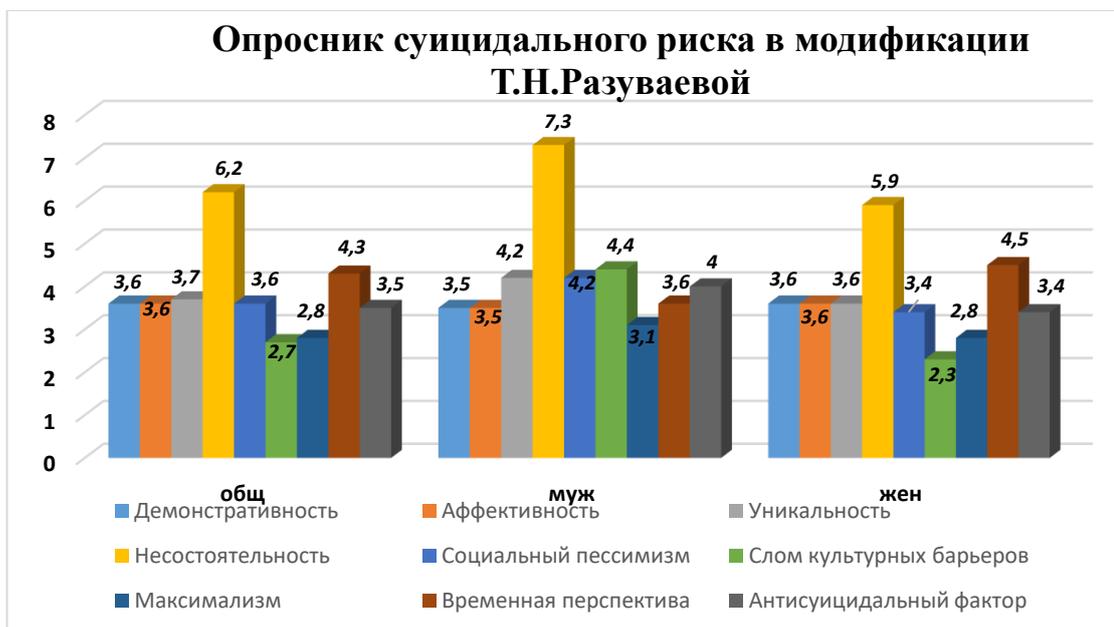


Рисунок 3 -График средних значений показателей суицидального риска у подростков с депрессивными расстройствами

Подробный анализ разброса индивидуальных значений, представленный в Приложениях 2 и 3, позволяет зафиксировать следующие результаты. Область значений, в которую попадают данные большинства исследуемых у каждого фактора равна ($X_{cp} \pm S$): «Демонстративность» (3.6 ± 1.4), «Аффективность» (3.6 ± 1.9), «Уникальность» (3.7 ± 1.7), «Социальный пессимизм» (3.6 ± 1.8), «Максимализм» (3.6 ± 2.1), «Антисуицидальный фактор» (3.5 ± 0.9). Данный факт свидетельствует о том, что около 68% исследуемых показали результаты, находящиеся в среднем промежутке от 2.6 до 5.7 баллов, то есть большинство пациентов по данным исследуемым факторам не демонстрируют выраженный риск суицидальных тенденций.

При анализе полученных данных асимметрии и эксцесса, представленных в Приложениях 2 и 3, можно сделать вывод о нормальности или ненормальности распределения показателей суицидального риска. Показатели асимметрии и эксцесса: «Демонстративность» ($A_s = -0.3$, $E_x = -0.2$), «Аффективность» ($A_s = -0.5$, $E_x = -1.2$), «Уникальность» ($A_s = -0.4$, $E_x = -0.5$), «Несостоятельность» ($A_s = -1.7$, $E_x = 2.2$), «Слом культурных барьеров» ($A_s =$

0.1, $E_x = -1.3$), «Временная перспектива» ($A_s = 0.2$, $E_x = -0.7$), «Социальный пессимизм» ($A_s = 0.1$, $E_x = -0.7$), «Максимализм» ($A_s = -0.5$, $E_x = -1.2$), «Антисуицидальный фактор» ($A_s = 2.9$, $E_x = 7.1$). Критические значения показателей асимметрии и эксцесса, при учете объема данной выборки: $A_s = 0.4$, $E_x = 0.8$. Проанализировав показатели асимметрии и эксцесса, можно сделать вывод, что распределение показателей суицидального риска по шкалам «Несостоятельность» и «Антисуицидальный фактор» отличаются от нормального распределения, а в остальных шкалах распределение близкое к нормальному.

Результаты исследования андрогинности, маскулинности и феминности личности представлены на рисунке 4 и в Приложениях 2 и 4. При анализе графика средних значений, показателей маскулинности, феминности и основного индекса, было установлено, что показатель основного индекса в мужской выборке находится в диапазоне от -1 до 0 ($X_{ср.муж} = -0.4$), что в рамках тестовых норм указывает на выраженность андрогинности данных исследуемых, однако с уклоном в сторону маскулинности. В женской выборке показатель основного индекса находится в диапазоне от 1 до 2 ($X_{ср.жен} = 1.1$), что в рамках тестовых норм указывает на выраженность феминности данных пациентов.

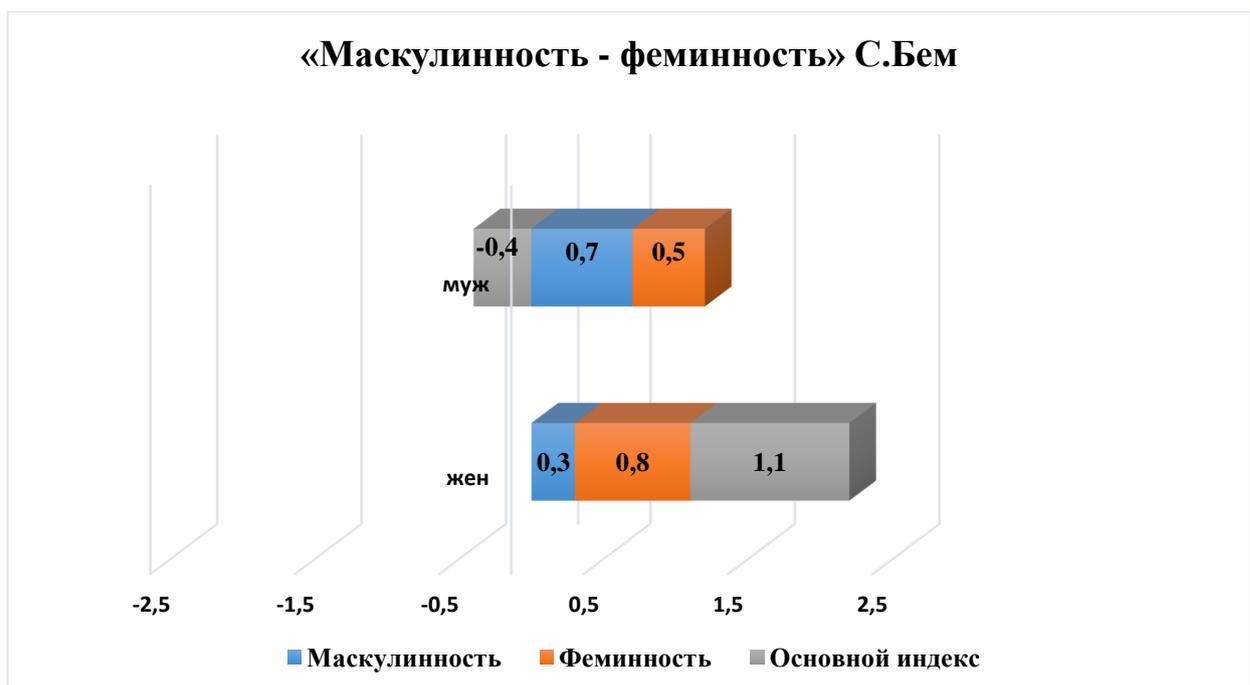


Рисунок 4 - График средних значений показателей маскулинности, феминности и основного индекса по общей выборке

Подробный анализ значений, представленный в Приложении 2, позволяет зафиксировать следующие результаты. В общей группе встречаются исследуемые, в основном пациенты женского пола, с показателем основного индекса около максимально возможного результата по тесту ($X_{\max}=2.3$), что указывает на ярко выраженную феминность, и исследуемые, в основном пациенты мужского пола, с наименьшим показателем основного индекса из всей выборки ($X_{\min} = -1.4$), что свидетельствует о выраженности маскулинности.

Область значений, в которую попадает большинство исследуемых, равна ($X_{\text{ср}} \pm S$), (0.8 ± 1), что свидетельствует о том, что около 68% исследуемых показали результаты, находящиеся в промежутке от -0.2 до 1.8 баллов, то есть пациенты в среднем демонстрируют как андрогинность, так и феминность.

При анализе полученных данных асимметрии и эксцесса, представленных в Приложениях 2 и 4, можно сделать вывод о нормальности или ненормальности распределения показателей маскулинности, феминности и основного индекса. Показатели асимметрии и эксцесса: «Маскулинность» ($A_s = 0.4$, $E_x = -0.9$), «Феминность» ($A_s = -1.2$, $E_x = 1.1$), «Основной индекс» ($A_s = -0.5$, $E_x = -0.6$). Критические значения показателей асимметрии и эксцесса, при учете объема данной выборки: $A_s = 0.4$, $E_x = 0.8$. Проанализировав показатели асимметрии и эксцесса, можно сделать вывод, что распределение показателя «Феминность» отличается от нормального распределения, а в остальных шкалах распределение близкое к нормальному.

Эмпирической задачей данной работы является установление вероятности взаимосвязи между уровнем выраженности депрессии, суицидальных тенденций и показателей гендерной идентичности для выборки в целом

Эмпирические гипотезы:

1) Связь между гендерной идентичностью, суицидальным риском и уровнем депрессии у подростков является статистически значимой и достоверной;

2) Связь между гендерной идентичностью, суицидальным риском и уровнем депрессии у подростков является статистически не значимой, не достоверной.

По результатам дескриптивной статистики, среди полученных данных есть шкалы, отличающиеся от нормального распределения, следовательно, для изучения взаимосвязи выбранных нами феноменов мы использовали непараметрический метод корреляционного анализа Спирмена, полученные результаты представлены в Приложении 5. На основании подсчетов можно сделать следующие выводы, что наиболее значимые корреляции имеют показатели уровня выраженности депрессии и шкал: «Несостоятельность» ($r=0.7$, при $p \leq 0,05$), «Маскулинность» ($r = -0.7$, при $p \leq 0,05$), «Феминность» ($r = 0.4$, при $p \leq 0,05$), «Основной индекс» ($r = 0.8$, при $p \leq 0,05$). Таким образом, в группе исследуемых, мы наблюдали данную тенденцию: повышенный уровень выраженности депрессии и суицидального риска обусловлен тем, что подростки имеют отрицательную концепцию собственной личности, то есть представление себя как ненужного человека, «выключенного» из мира, несостоятельного в физическом, интеллектуальном и моральном планах, что в целом выражается в иррациональной установке «я плохой». Также, повышение уровня выраженности депрессии связано с повышением показателя феминности и понижением показателя маскулинности. В отношении к феминным чертам личности обычно относятся такие качества, как: уступчивость, мягкость, чувствительность, застенчивость, нежность, сердечность, способность к сочувствию, сопереживанию. Социальные стереотипы феминности меньше касаются профессиональной стороны, но при этом уделяют значительное внимание эмоциональным аспектам. К маскулинным чертам традиционно относят такие, как независимость, напористость, доминантность, агрессивность, склонность к риску, самостоятельность, уверенность в себе, самоуважение в целом, а также более высокая самооценка в области достижений и собственной внешности. Данный факт указывает на то, что преобладание феминных черт в личности у

исследуемых имеет негативное воздействие на психоэмоциональное состояние и образ собственной личности.

Таким образом, поставленные эмпирические задачи в данном параграфе были успешно выполнены, а выдвинутая нами гипотеза о том, что связь между гендерной идентичностью, суицидальным риском и уровнем депрессии у подростков является статистически значимой и достоверной – подтверждена.

2.3 Рекомендации по профилактике депрессивных расстройств у подростков

Задачей данного параграфа является формулирование психотерапевтических мишеней и составление возможных стратегий работы с подростками с депрессивными расстройствами, с учетом выявленных взаимосвязей.

По итогам исследования были сформулированы следующие психотерапевтические мишени и возможные стратегии работы:

- 1) Обучение подростков, с депрессивными расстройствами, положительной концепции собственной личности, работа с самооценкой и оценочной зависимостью. При этом важно учитывать компонент изолированности от мира, чувство безнадежности и страх будущего, поэтому необходимо научить пациентов выстраивать контакт с окружающими и учиться ставить реалистичные цели и достигать их, таким образом постепенно планируя свое будущее.
- 2) Психотерапия, направленная на осознание собственного эмоционального состояния у подростков, страдающих депрессивными расстройствами и поиск конструктивных способов выражения эмоций. При этом важно обращать внимание на идеи самообвинения, аутоагрессию, суицидальные тенденции, раздражительность, тревогу, грусть, энергетическую и мотивационную опустошенность, жалобы на соматическое состояние.

3) Работа с иррациональными когнитивными установками у подростков с депрессивными расстройствами, с акцентом на установки, связанные с гендером. При этом необходимо делать акцент на обучение пациентов адекватной интерпретации жизненных ситуаций, вызывающих стресс, учитывая аспекты, оцениваемые ими как «положительно», так и «отрицательно» для создания полноценной картины сложившейся ситуации, получение опыта и адекватной эмоциональной реакции.

Ведущие современные методы психотерапии, наряду с медикаментозным лечением, в лечении депрессии у подростков включают: семейную, когнитивно-поведенческую и межличностную терапии.

Семейная терапия направлена на то, чтобы изменить факторы, которые способствуют высокому уровню стресса, вследствие чего у подростка возникает депрессивное расстройство, а также возможность научить позитивному и конструктивному взаимодействию всех членов семьи.

Факторы возникновения стресса у подростков:

- 1) Перемены в жизни: переезд, переход в новую школу, развод родителей или появление нового члена семьи, физическое взросление.
- 2) Травматические события: смерть близкого человека, несчастные случаи, болезнь или продолжительное эмоциональное/физическое насилие.
- 3) Обучение: конфликты с педагогами, повышенная нагрузка, академическая успеваемость, поступление в ВУЗ.
- 4) Социальный стресс: буллинг, романтические и дружеские отношения, ориентация на социальные нормы в своей внешности со стереотипами в гендерном аспекте.
- 5) Семейный стресс: нереалистичные цели и ожидания, супружеские проблемы, сиблинговый буллинг, болезни родственников, финансовые трудности.

Рекомендации родителям по общению с подростком с депрессивным расстройством и суицидальными тенденциями:

- 1) Предложите поддержку: подросток будет знать, что родитель безоговорочно на его стороне, готов понять и помочь в трудной ситуации, вследствие чего

разовьется чувство безопасности. Сдерживайтесь от большого количества вопросов, т.к. подростки не любят чувствовать на себе давление или контроль;

2) Постарайтесь быть мягким, но настойчивым: разговоры о чувствах трудны для подростков, но необходимы, также стоит уважать личные границы и уровень комфорта, иначе подросток закроется от вас;

3) Слушайте подростка без морализаторства, не нужно критиковать, давать непрошенных советов, ставить ультиматумы или завышенные цели и ожидания в отношении подростка, сравнивать с другими;

4) Принятие: не стоит обесценивать переживания подростка, постарайтесь принять боль и печаль, которые он чувствует, иначе он будет чувствовать, что вы не принимаете его всерьез и не научится вовремя обращаться за помощью;

5) Поощряйте подростка, в том числе и за небольшие успехи. Следите за структурированием режима и его соблюдением.

Когнитивно-поведенческая терапия направлена на развитие способности, у подростков с депрессивными расстройствами, успешно и самостоятельно справляться с различными ситуациями и негативными мыслями, иррациональными установками, улучшая свое эмоциональное состояние и взаимоотношения в социуме. Целью данного направления в психотерапии является устранение негативных, искаженных, травмирующих мыслей и представлений о собственной личности, за счет повышения самооценки и обучения ресурсной коммуникации и выстраивания конструктивных взаимоотношений с обществом. В процессе терапии пациенту представляется приемлемая информация о природе депрессии, совместно планируется и структурируется режим труда и отдыха, отмечается положительный опыт, полученный в результате терапии, изменяются когнитивные установки. При работе с иррациональными установками у подростков с депрессивными расстройствами и суицидальными тенденциями стоит учитывать стереотипы, связанные с гендером и использовать для проработки мышления следующие техники:

- 1) Декатастрофизация: суть данной техники в том, чтобы показать пациенту, что его систематическое преувеличение опасности проблемы и вероятности наихудшего будущего не соответствуют реальности. Данный прием помогает рассмотреть альтернативные сценарии развития событий, оценить реальную опасность и определить оптимальную реакцию.
- 2) Переформулирование: данная техника направлена на переформулирование автоматических мыслей.
- 3) Децентрализация: данная техника позволяет избавить пациента от идеи, что он является центром событий, происходящих вокруг.
- 4) Реатрибуция: данная техника применяется в случае, если пациент винит себя в неудачных событиях, которые происходят. Он отождествляет себя с несчастием и уверен, что именно он является «источником всех бед». Данное явление называется «Персонализацией». Также данный прием применяется, если пациент уверен, что источником всех бед становится какой-то один конкретный человек или что в основе его несчастий лежит какой-то единственный фактор (несчастливое число, день недели, время года).

Поведенческий компонент, в данном направлении психотерапии, дает возможность подросткам с депрессией участвовать в социальных занятиях, навык которых может быть приобретен и в условиях тренинга. Беседы с депрессивным подростком требуют времени, настойчивости и предельной корректности, а также активного, эмоционального сопереживания.

Стоит отметить еще один метод работы с подростками, страдающими депрессивным расстройством, это межличностная терапия, которая была основана на базе психоанализа и имеет основное утверждение, что депрессия существенно зависит от межличностных отношений, поэтому целью данной терапии является улучшение социальной адаптации и повышение коммуникабельности подростка с депрессией, укрепление его самооценки, развитие способности выражать свои чувства, рассказывать о своих переживаниях открыто, научиться адекватно справляться со своими проблемами и конструктивно воздействовать на сложившуюся ситуацию, а также выстроить

позитивное взаимодействие с окружающими. Поскольку межличностная терапия представляет собой краткосрочный подход, терапевт затрагивает лишь одну или две проблемные области.

Выводы по второй главе

1. В рамках данной работы было проведено исследование на выборке, состоящей из 35 человек (от 14 до 17 лет; средний возраст: 15,5 года), из них 29 девушек и юношей. Все обследуемые являются пациентами ГАУЗ СО СОКПБ, психиатрического отделения №17. Диагностика осуществлялась с помощью опросника суицидального риска в модификации Разуваевой Т.Н., методика «Маскулинность - феминность» Бем С., шкала депрессии Бека А.

2. Исследование основывается на более детальном и объективном изучении выраженности вида гендерной идентичности подростков с депрессивными расстройствами и суицидальными тенденциями, что дает возможность дальнейшим исследованиям в расширении методов диагностики гендерной идентичности и подходов к психопрофилактическим мероприятиям больных в рамках работы, в том числе и с психологическим полом.

3. Поставленные эмпирические задачи по определению мер центральной тенденции, мер рассеяния и установление вероятности взаимосвязи между уровнем выраженности депрессии, суицидальных тенденций и показателей гендерной идентичности для выборки в целом, были успешно выполнены. Выдвинутая нами гипотеза о том, что связь между гендерной идентичностью, суицидальным риском и уровнем депрессии у подростков является статистически значимой и достоверной – подтверждена.

4. По итогам исследования были сформулированы психотерапевтические мишени и возможные стратегии работы с подростками с депрессивными расстройствами и суицидальными тенденциями, которые включали в себя ведущие современные методы психотерапии, наряду с медикаментозным лечением. Составленные нами рекомендации могут быть использованы в практической работе психологами для организации психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий, способствующих оптимизации депрессивных состояний, суицидального поведения и эмоционально-поведенческой сферы подростков в целом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Депрессии в пубертатном периоде высоко распространены и скрывают трудности своевременной диагностики, построения терапевтической тактики и риск совершения молодыми людьми суицида. Изучение современных тенденций самоубийств является актуальным во многих дисциплинах, в том числе клинической психологии. Однако при исследовании подростков важно учитывать вопрос гендерной идентичности. Социокультурное переосмысление факторов, определяющих развитие гендерной идентичности, послужило движущей силой для исследования данного феномена в современной психологии, который в актуальном обществе выражается в широкой вариативности гендерной идентичности, выходящих за рамки традиционных ролей женщины и мужчины. Следовательно, причиной, приводящей к депрессии и суицидальному поведению, могут являться не только стигматизация обществом гендерных установок, но и яркая выраженность маскулинности или феминности в гендерной идентичности, что было подтверждено в ходе нашего исследования: преобладание феминных черт в личности у исследуемых имеет негативное воздействие на психоэмоциональное состояние и отрицательную концепцию собственной личности. Обратная корреляция была обнаружена в отношении маскулинных черт, то есть умеренное повышение маскулинности снижает выраженность депрессивных расстройств и как следствие суицидального риска.

Данное исследование дает возможность дальнейшим научным работам в расширении методов изучения гендерной идентичности и совершенствования психопрофилактических мероприятий среди подростков с депрессивными расстройствами и суицидальными тенденциями. Сформулированные, по итогам исследования, терапевтические мишени и рекомендации по профилактике данных состояний у подростков, включают в себя ведущие современные методы психотерапии, наряду с медикаментозным лечением, такие как семейная, когнитивно-поведенческая и межличностная терапия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абдурахманов, Р. А. История психологии: идеи, концепции, направления: учебное пособие / Р.А. Абдурахманов.– Москва: МПСИ, 2008. –326 с.
2. Амбрумова, А.Г., Тихоненко, В.А. Суицид, как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные проблемы суицидологии. Труды Московского НИИ психиатрии. - М., 1978, Т. 82.–28 с.
3. Амбрумова, А. Г. Диагностика и профилактика суицидального поведения детей и подростков (методические рекомендации)/ А. Г. Амбрумова. – М: ОМЕГА-Л, 2012. – 210 с.
4. Батлер, Дж. Гендерное беспокойство // Антология гендерной теории / Под ред. Е. Гаповой. Минск: Пропилеи, 2000. –346 с.
5. Бем, С. Линзы гендера: Трансформация взглядов на проблему неравенства полов. – М.: Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН), 2005. –336 с.
6. Бендас, Т.В. Гендерная психология: Учебное пособие. – СПб.: Питер, 2006.–431 с.
7. Булычев, И.И. Гендерная структура// теоретический журнал «CredoNew» №5. – 2008. – 21 с.
8. Вейн, А.М., Вознесенская, Т.Г., Голубев, В.Л., Дюкова, Г.М. Депрессия в неврологической практике. М, 2007.– 197 с.
9. Воронина, О.А. Глоссарий по гендерному образованию // Гендерные исследования. Региональная антология исследований из восьми стран СНГ / Под общ. ред. И. Н. Тартаковской. – М.: Вариант, ИСПП, 2006.–511 с.
10. Выготский, Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. / Гл. ред. А.В. Запорожец. – М.: Педагогика, 1982–1984. Т.4: Детская психология / Под. ред. Д.Б. Эльконина.– 1984. – 433 с.
11. Гилинский, Я.И. Социологические и психологические основы суицидологии / Я.И. Гилинский, Я.И. Юнацкевич. – СПб.: Академия, 2003. – 291с.

12. Жезлова, Л.Я. Сравнительно-возрастные аспекты суицидального поведения у детей и подростков «Актуальные проблемы суицидологии» / Л. Я. Жезлова. – М.: ИС РАН, 2012. – 275 с.
13. Зотов, М. Б. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция. –СПб., 2006. –144 с.
14. Иванова, Т.И. Суицидальное поведение у детей с депрессивными расстройствами // Современные проблемы охраны психического здоровья детей. Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии. 24 апреля 2007 года. – Волгоград: ВолгГМУ, 2007. –С.87–88.
15. Карабанова, О. А. Возрастная психология. Конспект лекций. М.:«Айрисс–пресс». –2015.– 238 с.
16. Каршибаева, Г. А. Особенности суицидального поведения в подростковом возрасте // Молодой ученый. – 2015. – №7. – С. 663-665.
17. Клецина, И.С. Психология гендерных отношений: Теория и Практика. – Спб.: Алетейя, 2004. – 403 с.
18. Ковпак, Д.В., Третьяк, Л.Л. Депрессия. Современные подходы к диагностике и лечению. – СПб: Наука и Техника, 2013. – 384 с.
19. Козлов, В.В., Шухова, Н.А. Гендерная психология. Учебник для вузов. – Саратов: Вузовское образование, 2014. – 177 с.
20. Кон, И.С. Психология ранней юности. – М.: Просвещение, 1989. – 259 с.
21. Кризисная психология. Справочник практического психолога / сост. С.Л. Соловьева.– М.: АСТ; СПб.: Сова, 2008.– 286 с.
22. Курочкина, И.А. Гендерная идентичность личности в контексте семейной системы / И.А. Курочкина, В.В. Пузырев // Педагогическое образование в России. – 2019. – № 9. – С. 157-162
23. Курочкина, И.А. Психологические особенности структурных компонентов гендерной идентичности подростков, воспитывающихся в разных

- социальных условиях / И.А. Курочкина // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – № 6-7. – С. 1518-1524.
24. Лапин, И. П. Стресс. Тревога. Депрессия. Алкоголизм. Эпилепсия / ДЕАН – Москва, 2004. – 224 с.
25. Леонтьев, А.Н. Актуальные проблемы развития психики ребенка // *Известия*. 2005. Пер. 14. С. 3–11.
26. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. – 2-е изд., доп. и перераб. – Л.: Медицина: Ленингр. отд-ние, 1983. – 255 с.
27. Малкина-Пых, И.Г. Гендерная терапия. – М.: Эксмо, 2010. – 928 с.
28. Мандель, Б.Р. Возрастная психология: Учебное пособие / Б.Р. Мандель. – М.: Вузовский учебник, НИЦ Инфра – М, 2013. – 352 с.
29. Махова, И.Ю. Отечественные теории периодизации психического развития // *Психология развития: теоретические основы: учеб. пособие*. – Хабаровск: ДВГУПС, 2016.– 98 с.
30. Молчанов, С. В. Психология подросткового и юношеского возраста. Учебник / С.В. Молчанов. – М.: Юрайт, 2016. – 352 с.
31. Погодин, И.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты: учебное пособие / И.А. Погодин. – 3-е изд., стереотип. – М.: Флинта, 2016. – 336с.
32. Психологический словарь / под ред.: Давыдова, В.В., Запорожец, А.В., Ломова, Б.Ф.– М.: Педагогика, 2001. – 448 с.
33. Райс, Ф., Долджин, К. Психология подросткового и юношеского возраста // пер. с английского В. Квиткевича, Ю. Мирончика. – Изд. Питер, 2011. – 816 с.
34. Соловьева, С.Л., Успенский, Ю.П., Балукова, Е.В. Депрессия в терапевтической клинике (патопсихологические, психотерапевтические и психофармакотерапевтические аспекты); ИнформМед – Москва, 2008. – 208 с.
35. Суицидология: учебное пособие / И. Л Шелехов, Т. В. Каштанова, А. Н. Корнетов, Е. С. Толстолес – Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2011. – 203 с.

36. Сучкова, М.А., Данилова, М.В. Особенности суицидального риска у подростков: анализ гендерных проявлений // Молодой ученый. – 2014. – №8. – С. 875-877.
37. Фрейд, А. Психология «Я» и защитные механизмы. Пер с англ. / Общ. ред. и предисл. Гинзбург, Р.– М.: Педагогика, 2001. – 144 с.
38. Фрейд, З. Печаль и меланхолия // Суицидология: прошлое и настоящее. – М., 2001. – 270 с.
39. Фрейд, З. Психология масс и анализ человеческого «Я» //Фрейд З. Тотем и табу. – М.: АСТ; Астрель; Полиграфиздат, 2011. – 99 с.
40. Хьелл, Л., Зиглер, Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение). – СПб.: Питер Пресс, 1997. – 480 с.
41. Эльконин, Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте //Вопросы психологии. – 1971. – № 4. – С.6–20.
42. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис. Пер. с англ. / Общ. ред. и предисл. Толстых, А. В. – М.: Прогресс, 2010.– 344 с.
43. Юнг, К.Г. Психология бессознательного. – М.: ООО «Издательство АСТ-ЛТД»; «Канон», 2010– 400 с.
44. Якобсон, П. М. Чувства, их развитие и воспитание. М., 1976. – 64 с.
45. Money, J., Hampson, J. G, HampsonJ. L. An examination of some basic sexual concepts: the evidence of human hermaphroditism //Bull Johns Hopkins Hosp. – 1998.– № 97 (4). – P.319.

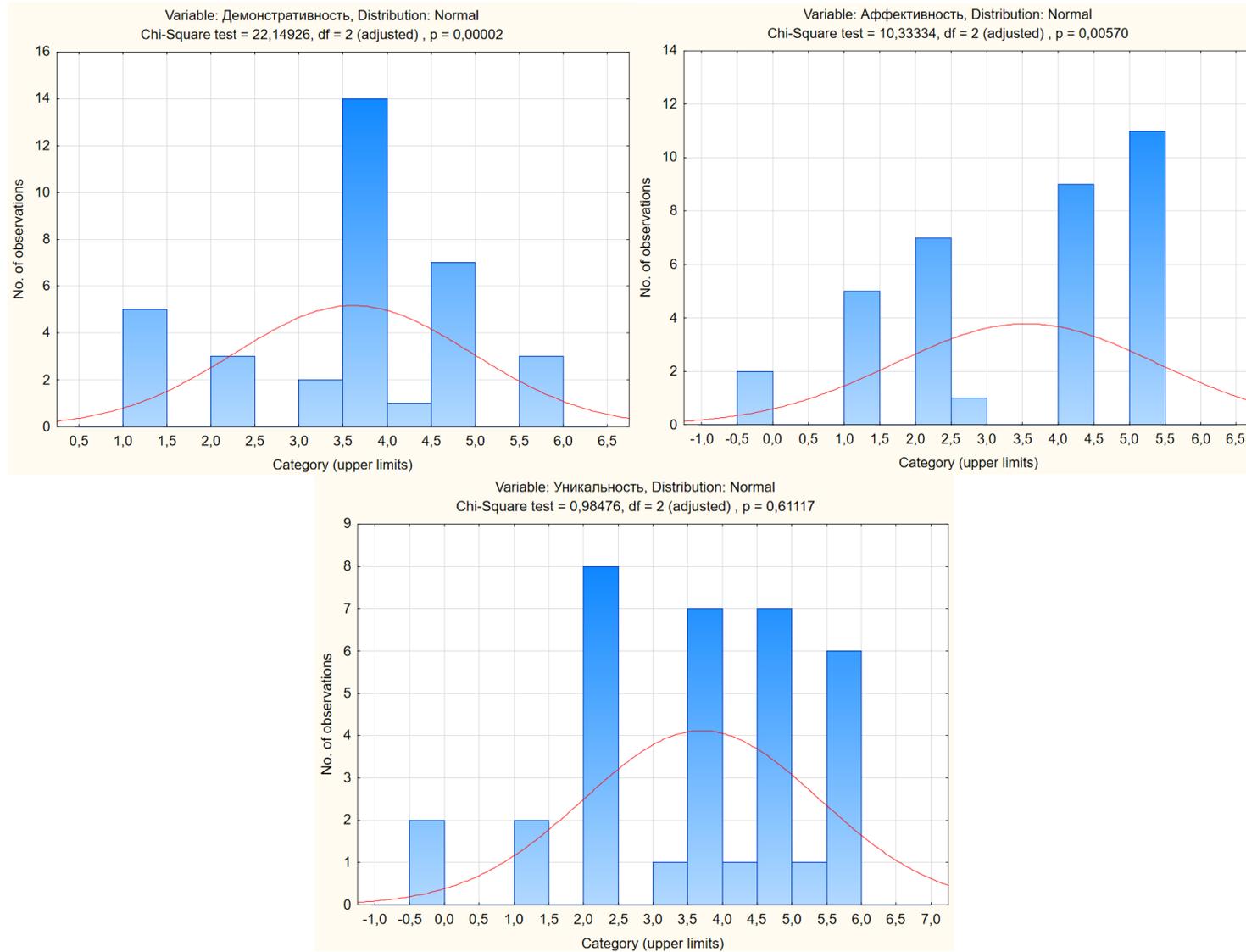
Сводная таблица

Пол	Возраст	Шкала депрессии А.Бек	ОСР Т.Н. Разуваева									М-Ф-А С.Бем		
			Демонстр.	Афф-ть	Уник-ть	Несост-ть	Соц. пессим.	Слом культ. барьеров	Макс-м	Врем. персп.	Антисуицид. ф-р	Маскул-ть	Фем-ть	Основной индекс
ж	16	20	3,6	0	3,6	4,5	2	2,3	6,4	6,6	3,2	0,4	0,3	-0,4
ж	14	24	1,2	1,1	1,2	1,5	1	4,6	3,2	1,1	3,2	0,7	0,4	-0,8
ж	17	18	3,6	2,2	2,4	0	2	0	3,2	2,2	3,2	0,7	0,8	0,4
ж	17	16	4,8	1,1	4,8	4,5	6	2,3	0	5,5	3,2	0,4	0,7	0,6
ж	15	30	3,6	5,5	4,8	7,5	1	4,6	3,2	5,5	3,2	0,4	0,9	1,2
ж	16	25	4,8	4,4	6	7,5	6	2,3	0	6,6	3,2	0,2	0,9	1,6
ж	17	12	6	4,4	6	4,5	5	4,6	3,2	6,6	3,2	0,7	0,5	-0,5
ж	15	20	3,6	4,4	2,4	4,5	3	0	0	4,4	3,2	0,2	0,7	1,2
ж	15	34	2,4	5,5	3,6	7,5	4	0	3,2	5,5	3,2	0,1	0,6	1,2
ж	16	18	3,6	5,5	2,4	4,5	3	2,3	6,4	2,2	3,2	0,6	0,7	0,4
ж	15	15	1,2	2,2	0	0	3	2,3	3,2	1,1	6,4	0,4	0,8	0,8
ж	14	17	3,6	0	3,6	4,5	2	2,3	6,4	6,6	3,2	0,6	0,7	0,2
ж	16	32	1,2	1,1	1,2	7,5	1	4,6	3,2	1,1	3,2	0,4	0,9	1,2
ж	15	34	3,6	2,2	2,4	7,5	2	0	3,2	2,2	3,2	0	0,9	2
ж	15	35	4,8	1,1	4,8	7,5	6	2,3	0	5,5	3,2	0	0,8	2,2
ж	16	25	3,6	5,5	4,8	7,5	1	4,6	3,2	5,5	3,2	0,3	0,8	1,2
ж	17	30	4,8	4,4	6	7,5	6	2,3	0	6,6	3,2	0,2	0,8	1,4
ж	17	15	6	4,4	6	4,5	5	4,6	3,2	6,6	3,2	0,6	0,7	0,2
ж	15	34	3,6	4,4	2,4	7,5	3	0	0	4,4	3,2	0,2	0,7	1,2
ж	14	27	2,4	5,5	3,6	7,5	4	0	3,2	5,5	3,2	0,1	0,9	2,3
ж	15	30	3,6	5,5	2,4	7,5	3	2,3	6,4	2,2	3,2	0,2	0,9	1,6
ж	16	37	1,2	2,2	0	7,5	3	2,3	3,2	1,1	6,4	0,1	0,7	1,4
ж	16	30	4,8	1,1	4,8	7,5	6	2,3	0	5,5	3,2	0,1	0,8	1,6
ж	17	30	3,6	5,5	4,8	7,5	1	4,6	3,2	5,5	3,2	0	0,9	2,3
ж	17	15	4,8	4,4	6	7,5	6	2,3	0	6,6	3,2	0,6	0,7	0,2
ж	15	30	6	4,4	6	7,5	5	4,6	3,2	6,6	3,2	0,2	0,9	1,6
ж	16	30	3,6	4,4	2,4	7,5	3	0	0	4,4	3,2	0,2	0,8	1,4
ж	14	25	2,4	5,5	3,6	7,5	4	0	3,2	5,5	3,2	0,1	0,9	2,1
ж	14	17	3,6	5,5	2,4	4,5	3	2,3	6,4	2,2	3,2	0,4	0,8	0,8
м	14	20	1,2	2,2	3,2	7,5	3	2,3	3,2	1,1	6,4	0,5	0,7	0,5
м	15	20	3,6	5,5	3,6	6	5	2,3	3,2	3,3	3,2	0,4	0,8	0,9
м	15	25	5	2,2	5,5	7,5	3	3,5	0	5	3	0,8	0,2	-1,4
м	15	20	3,2	2,5	3,6	7,5	2	5,5	3	4	4	0,9	0,6	-0,7
м	16	27	4,5	3	4,4	7,5	6	6	5	3,5	3,2	0,9	0,4	-1,1
м	17	28	3,5	5,5	4,8	7,5	6	7	4	4,4	4	0,8	0,5	-0,7

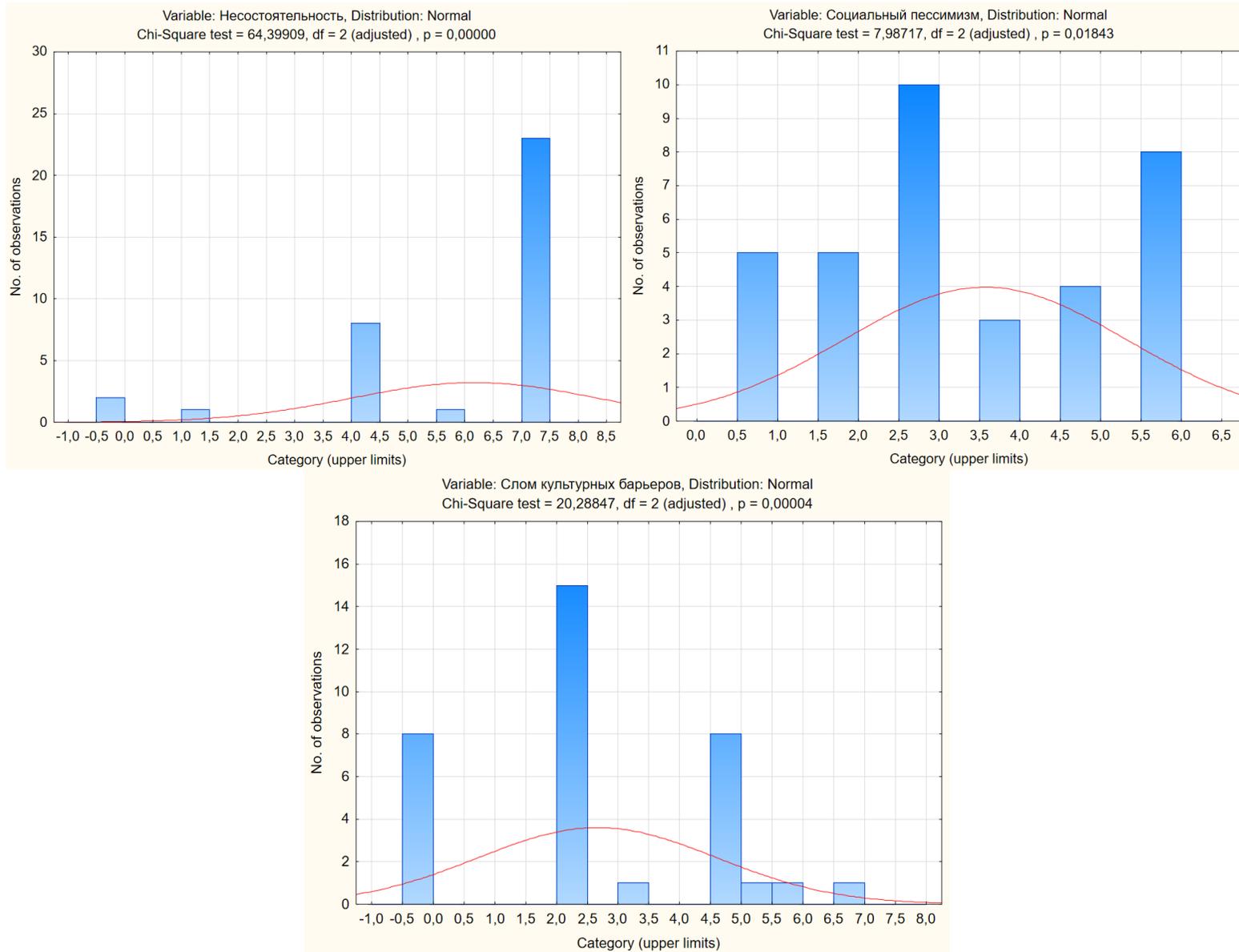
Результаты дескриптивной статистики по общей выборке

Variable	Mean	Median	Mode	Minimum	Maximum	Variance	Std.Dev.	Skewness	Std.Err. Skewness	Kurtosis	Std.Err. Kurtosis
Шкала депрессии Бека	24,71429	25,00000	30,00000	12,00000	37,00000	47,85714	6,917886	-0,06506	0,397694	-1,18544	0,777794
Демонстративность	3,61714	3,60000	3,600000	1,20000	6,00000	1,82264	1,350051	-0,28198	0,397694	-0,22031	0,777794
Аффективность	3,55143	4,40000	5,500000	0,00000	5,50000	3,40845	1,846200	-0,45855	0,397694	-1,22000	0,777794
Уникальность	3,70000	3,60000	2,400000	0,00000	6,00000	2,87235	1,694802	-0,39582	0,397694	-0,45650	0,777794
Несостоятельность	6,17143	7,50000	7,500000	0,00000	7,50000	4,73445	2,175880	-1,68199	0,397694	2,21356	0,777794
Социальный пессимизм	3,57143	3,00000	3,000000	1,00000	6,00000	3,07563	1,753747	0,11685	0,397694	-1,26142	0,777794
Слом культурных барьеров	2,66571	2,30000	2,300000	0,00000	7,00000	3,74761	1,935875	0,20408	0,397694	-0,64106	0,777794
Максимализм	2,81143	3,20000	3,200000	0,00000	6,40000	4,47751	2,116013	0,07248	0,397694	-0,69467	0,777794
Временная перспектива	4,34857	5,00000	5,500000	1,10000	6,60000	3,84434	1,960698	-0,48627	0,397694	-1,17856	0,777794
Антисуицидальный фактор	3,51429	3,20000	3,200000	3,00000	6,40000	0,84067	0,916882	2,88487	0,397694	7,06916	0,777794
Маскулинность	0,38286	0,40000	Multiple	0,00000	0,90000	0,07264	0,269516	0,37475	0,397694	-0,97371	0,777794
Феминность	0,71714	0,80000	Multiple	0,20000	0,90000	0,03323	0,182282	-1,22722	0,397694	1,08165	0,777794
Основной индекс	0,80286	1,20000	1,200000	-1,40000	2,30000	1,01087	1,005422	-0,51820	0,397694	-0,54409	0,777794

График нормального распределения показателей суицидальных намерений по общей выборке



Продолжение приложения 3



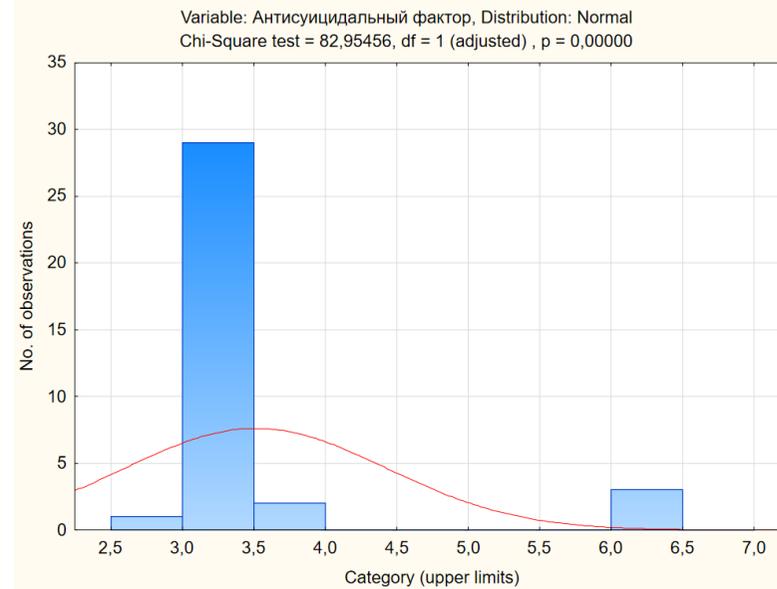
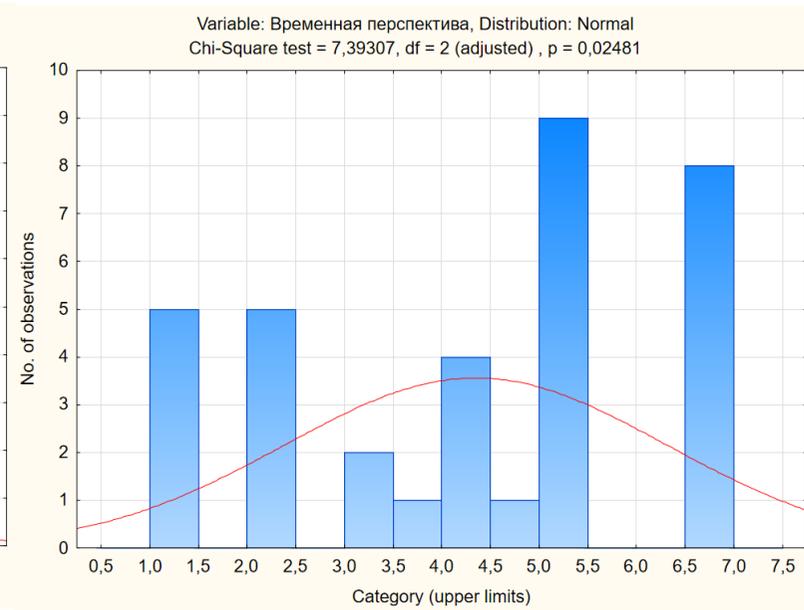
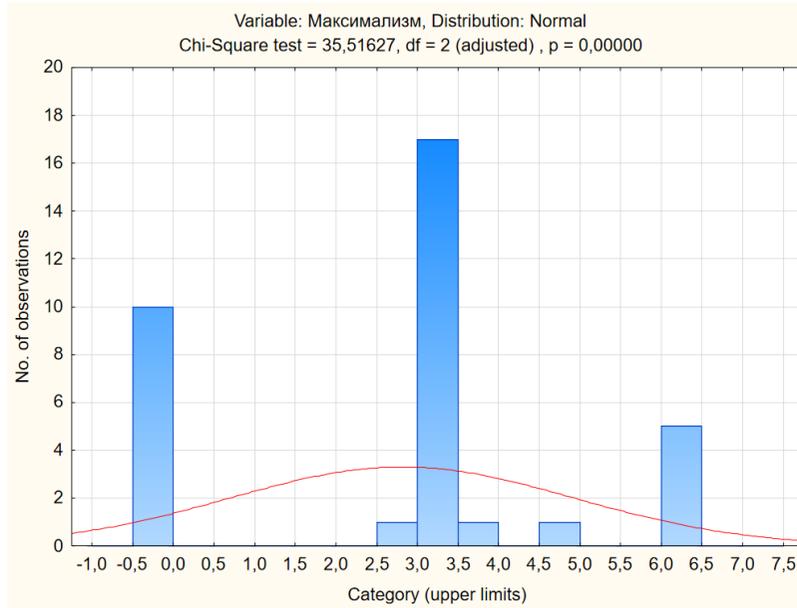
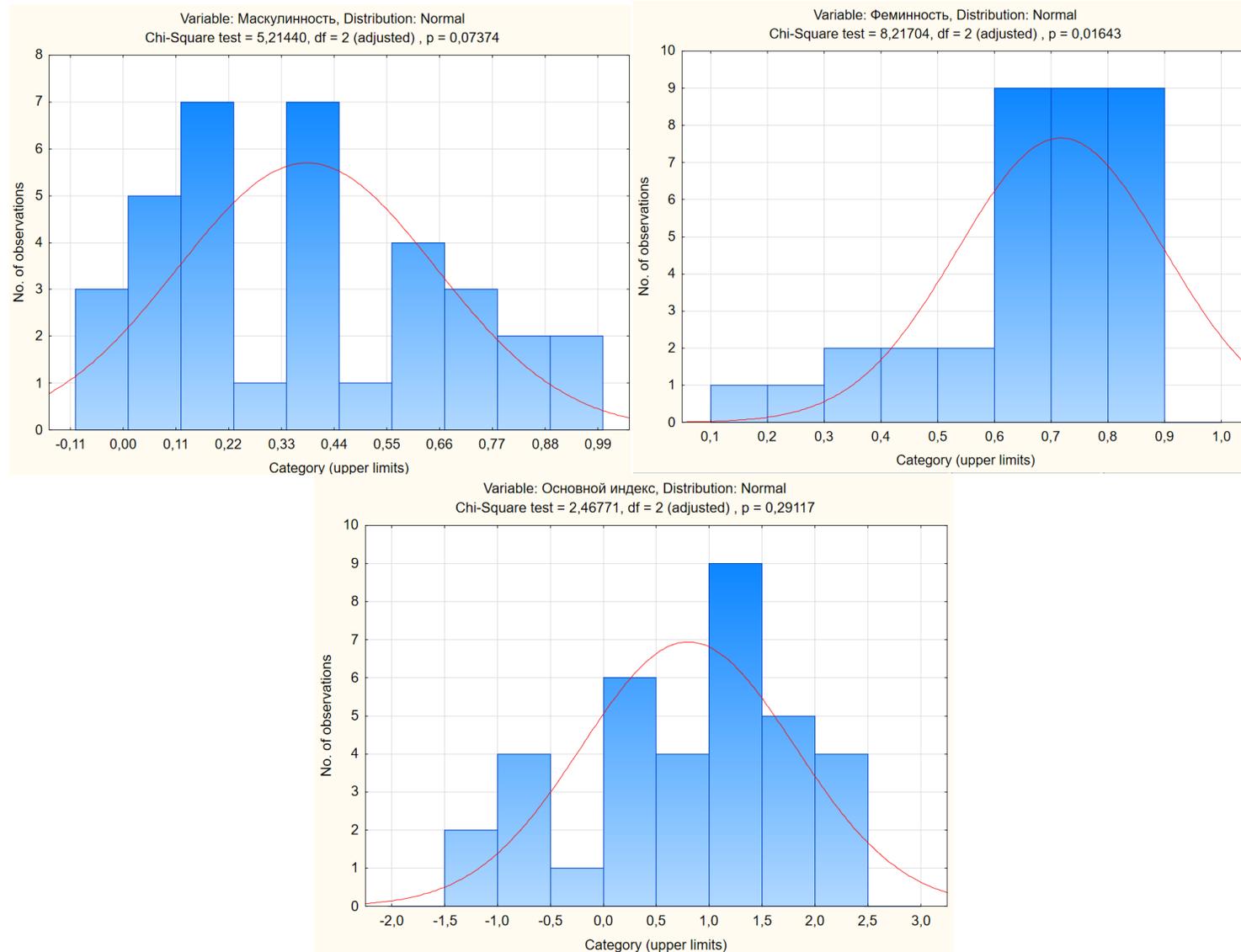


График нормального распределения показателей маскулинности, феминности и основного индекса по общей выборке



Матрица корреляций

Spearman Rank Order Correlations (сводн)

MD pairwise deleted

Marked correlations are significant at $p < ,05000$

Variable	Депр	Дем-ть	Афф-ть	Уник-ть	Несост-ть	Соц.пессим.	Слом культ.барьер	Макс-м	Вр.персп-ва	Антисуиц. ф-р	Маскул.	Фем.	Осн.инд.
Депр	1,000000	-0,165611	0,061594	-0,124020	0,726742	-0,057571	-0,118599	-0,169417	-0,124066	-0,041042	-0,635597	0,341235	0,745839
Дем-ть	-0,165611	1,000000	-0,037709	0,759500	0,003378	0,513848	0,168044	-0,328815	0,658995	-0,568864	0,068430	-0,040453	-0,007892
Афф-ть	0,061594	-0,037709	1,000000	0,158241	0,250821	0,086888	-0,019617	0,203049	0,090394	-0,074003	-0,165333	0,310185	0,218752
Уник-ть	-0,124020	0,759500	0,158241	1,000000	0,275071	0,542062	0,385430	-0,299769	0,832380	-0,328084	0,080966	-0,035518	0,032770
Несост-ть	0,726742	0,003378	0,250821	0,275071	1,000000	0,167011	0,068138	-0,287722	0,122072	0,007627	-0,408058	0,305955	0,631289
Соц.пессим.	-0,057571	0,513848	0,086888	0,542062	0,167011	1,000000	-0,050898	-0,321211	0,395543	-0,018865	-0,055700	-0,101000	0,063214
Слом культ.барьер.	-0,118599	0,168044	-0,019617	0,385430	0,068138	-0,050898	1,000000	0,230235	0,066819	0,134223	0,535495	-0,248105	-0,217215
Макс-м	-0,169417	-0,328815	0,203049	-0,299769	-0,287722	-0,321211	0,230235	1,000000	-0,237627	0,164564	0,250544	-0,050852	-0,297583
Вр.персп-ва	-0,124066	0,658995	0,090394	0,832380	0,122072	0,395543	0,066819	-0,237627	1,000000	-0,402580	-0,127292	0,011857	0,021211
Антисуиц.ф-р	-0,041042	-0,568864	-0,074003	-0,328084	0,007627	-0,018865	0,134223	0,164564	-0,402580	1,000000	0,082407	-0,091785	-0,211039
Маскул.	-0,635597	0,068430	-0,165333	0,080966	-0,408058	-0,055700	0,535495	0,250544	-0,127292	0,082407	1,000000	-0,629569	-0,781561
Фем.	0,341235	-0,040453	0,310185	-0,035518	0,305955	-0,101000	-0,248105	-0,050852	0,011857	-0,091785	-0,629569	1,000000	0,614422
Осн.инд.	0,745839	-0,007892	0,218752	0,032770	0,631289	0,063214	-0,217215	-0,297583	0,021211	-0,211039	-0,781561	0,614422	1,000000

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Опросник суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой

Инструкция:

Вам будет предложено оценить 29 утверждений. Если Вы, читая утверждение, соглашаетесь с ним, то поставьте знак «+» в соответствующей графе регистрационного бланка. Если не соглашаетесь – поставьте знак «-».

1. Вы всё чувствуете острее, чем большинство людей.
2. Вас часто одолевают мрачные мысли.
3. Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.
4. В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.
5. Вам определённно не везёт в жизни.
6. Работать (учиться) Вам стало труднее, чем раньше.
7. Большинство людей довольны жизнью больше, чем Вы.
8. Вы считаете, что смерть является искуплением грехов.
9. Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.
10. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
11. Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем вы ожидали.
12. Вы считаете себя обречённым человеком.
13. Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.
14. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.
15. Человек, который водит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.
16. В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что всё кончено.
17. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.
18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя поставить точку.
19. В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваше решение и даже изменить его.
20. Когда Вас обижают, Вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.
21. Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.
22. Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.
23. Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже очень плохое.
24. Будущее представляется Вам довольно беспросветным.
25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путём.
26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьёзные планы.
27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили недавно Вы.
28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете выкинуть мысли об этом из головы.
29. Часто Вы действуете необдуманно, повинуясь первому порыву.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Методика «Маскулинность - феминность» С. Бем

Инструкция:

Отметьте, в регистрационном бланке «+» или «-», из нижеследующего списка те качества, которые, по Вашему мнению, есть у Вас.

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. Вера в себя. | 31. Быстрота в принятии решений. |
| 2. Умение уступать. | 32. Сострадание. |
| 3. Способность помочь. | 33. Искренность. |
| 4. Склонность защищать свои взгляды. | 34. Самодостаточность (полагание только на себя). |
| 5. Жизнерадостность. | 35. Способность утешить. |
| 6. Угрюмость. | 36. Тщеславие. |
| 7. Независимость. | 37. Властность. |
| 8. Застенчивость. | 38. Тихий голос. |
| 9. Совестьливость. | 39. Привлекательность. |
| 10. Атлетичность. | 40. Мужественность. |
| 11. Нежность. | 41. Тепло, сердечность. |
| 12. Театральность. | 42. Торжественность, важность. |
| 13. Напористость. | 43. Собственная позиция. |
| 14. Падкость на лесть. | 44. Мягкость. |
| 15. Удачливость. | 45. Умение дружить. |
| 16. Сильная личность. | 46. Агрессивность. |
| 17. Преданность. | 47. Доверчивость. |
| 18. Непредсказуемость. | 48. Малорезультативность. |
| 19. Сила. | 49. Склонность вести за собой. |
| 20. Женственность. | 50. Инфантильность. |
| 21. Надежность. | 51. Адаптивность, приспособляемость. |
| 22. Аналитичность. | 52. Индивидуализм. |
| 23. Умение сочувствовать. | 53. Нелюбовь ругательств. |
| 24. Ревнивость. | 54. Несистематичность. |
| 25. Способность к лидерству. | 55. Дух соревнования. |
| 26. Забота о людях. | 56. Любовь к детям. |
| 27. Прямота, правдивость. | 57. Тактичность. |
| 28. Склонность к риску. | 58. Амбициозность, честолюбие. |
| 29. Понимание других. | 59. Спокойствие. |
| 30. Скрытность. | 60. Традиционность, подверженность условностям. |

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Шкала депрессии А. Бека

Инструкция:

Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как вы себя чувствовали НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ И СЕГОДНЯ. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что вы прочли все утверждения в каждой группе.

1.

- 1) Мне не грустно.
- 2) Мне грустно или тоскливо.
- 3) Мне все время тоскливо или грустно и я ничего не могу с собой поделать.
- 4) Мне так грустно или печально, что я не могу этого вынести.

2.

- 1) Я смотрю в будущее без особого разочарования.
- 2) Я испытываю разочарование в будущем.
- 3) Я чувствую, что мне нечего ждать впереди.
- 4) Я чувствую, что будущее безнадежно и поворота к лучшему быть не может.

3.

- 1) Я не чувствую себя неудачником.
- 2) Я чувствую, что неудачи случались у меня чаще, чем у других людей.
- 3) Когда оглядываюсь на свою жизнь, я вижу лишь цепь неудач.
- 4) Я чувствую, что потерпел неудачу как личность.

4.

- 1) У меня не потерял интерес к другим людям.
- 2) Я меньше, чем бывало, интересуюсь другими людьми.
- 3) У меня потерял почти весь интерес к другим людям и почти нет никаких чувств к ним.
- 4) У меня потерял всякий интерес к другим людям и они меня совершенно не заботят.

5.

- 1) Я принимаю решения примерно так же легко, как всегда.
- 2) Я пытаюсь отсрочить принятые решения.
- 3) Принятие решений представляет для меня огромную трудность.
- 4) Я больше совсем не могу принимать решения.

6.

- 1) Я не чувствую, что выгляжу сколько-нибудь хуже, чем обычно.
- 2) Меня беспокоит то, что я выгляжу непривлекательно.
- 3) Я чувствую, что в моем внешнем виде происходят постоянные изменения, делающие меня непривлекательным.
- 4) Я чувствую, что выгляжу гадко и отталкивающе.

Продолжение приложения 8

7.

- 1) Я не испытываю никакой особенной неудовлетворенности.
- 2) Ничто не радует меня так, как раньше.
- 3) Ничто больше не дает мне удовлетворения.
- 4) Меня не удовлетворяет всё.

8.

- 1) Я не чувствую никакой особенной вины.
- 2) Большую часть времени я чувствую себя скверным и ничтожным.
- 3) У меня довольно сильное чувство вины.
- 4) Я чувствую себя очень скверным и никчемным.

9.

- 1) Я могу работать примерно так же хорошо, как и раньше.
- 2) Мне нужно делать дополнительные усилия, чтобы что-то сделать.
- 3) Я не могу выполнять никакую работу.

10.

- 1) Я не испытываю разочарования в себе.
- 2) Я разочарован в себе.
- 3) У меня отвращение к себе.
- 4) Я ненавижу себя.

11.

- 1) У меня нет никаких мыслей о самоповреждении.
- 2) Я чувствую, что мне было бы лучше умереть.
- 3) У меня есть определенные планы совершения самоубийства.
- 4) Я покончу с собой при первой возможности.

12.

- 1) Я устаю ничуть не больше, чем обычно.
- 2) Я устаю быстрее, чем раньше.
- 3) Я устаю от любого занятия.
- 4) Я устал чем бы то ни было заниматься.

13.

- 1) Мой аппетит не хуже, чем обычно.
- 2) Мой аппетит не так хорош, как бывало.
- 3) Мой аппетит теперь гораздо хуже.
- 4) У меня совсем нет аппетита.

Выпускная квалификационная работа выполнена мной самостоятельно.

Использованные в работе материалы и концепции из опубликованной научной литературы и других источников имеют ссылки на них.

Отпечатано в _____ экземплярах.

Библиография _____ наименований.

Один экземпляр сдан на кафедру.

«__ __» _____ 20__ г.

(дата)

(подпись) (Ф.И.О.)