

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**  
**ПРЕМОРБИДНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ**  
**РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ**

Специальность:  
37.05.01 - Клиническая психология  
Квалификация: специалист

Исполнитель:  
студент группы ОКП–601  
Староверова А.А.

---

Научный руководитель:  
д.пс.н., профессор  
Жукова Н.В. \_\_\_\_\_

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
1 Теоретические аспекты развития депрессии и депрессивных расстройств личности.....	8
1.1    Природа депрессии и депрессивного расстройства личности с точки зрения медицины и психологии. Различные подходы и теории....	8
1.2    Определение, частота встречаемости, классификация по МКБ10 и DSM-IV-TR и виды депрессивных расстройств личности.....	14
1.3    Факторы, влияющие на появление депрессии и депрессивных расстройств личности.....	20
1.4    Преморбидные особенности пациентов с депрессией и депрессивным расстройством личности.....	23
2 Эмпирическое исследование преморбидных особенностей депрессивного расстройства личности у пациентов с разной формой депрессии.....	35
2.1    Описание выборки и методик исследования.....	35
2.2    Психодиагностическое заключение: преморбидные особенности депрессивного расстройства личности у пациентов с депрессией.....	37
2.3.    Обсуждение вопроса о наличии взаимосвязи между формой депрессии и преморбидными особенностями депрессивного расстройства личности.....	51
2.4.    Психотерапия пациентов с разной формой депрессии депрессивного расстройства личности.....	59
Заключение.....	66
Список использованных источников.....	68
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 Процентная выраженность депрессии по «Шкала Бэка» .....	72
ПРИЛОЖЕНИЕ 2 Процентная выраженность ситуативной и личностной тревожности.....	72

ПРИЛОЖЕНИЕ 3 Процентная выраженность механизмов психологических защит по методике «Индекс жизненного стиля – ПлутчикаКеллермана Конте».....	73
ПРИЛОЖЕНИЕ 4 Процентная выраженность стратегий поведения по методике «Способы совладающего поведения» Лазаруса».....	73
ПРИЛОЖЕНИЕ 5 Процентная выраженность индивидуально-психологических особенностей по «Методика многофакторного исследования личности Кеттелла».....	74
ПРИЛОЖЕНИЕ 6 Коэффициенты корреляции между легкой формой депрессии и преморбидными особенностями депрессивного расстройства личности.....	75
ПРИЛОЖЕНИЕ 7 Коэффициенты корреляции между умеренной формой депрессии и преморбидными особенностями депрессивного расстройства личности.....	77
ПРИЛОЖЕНИЕ 8 Коэффициенты корреляции между выраженной формой депрессии и преморбидными особенностями депрессивного расстройства личности.....	79
ПРИЛОЖЕНИЕ 9 Коэффициенты корреляции между тяжелой формой депрессии и преморбидными особенностями депрессивного расстройства личности.....	81

## ВВЕДЕНИЕ

Тема изучения преморбидных особенностей пациентов с депрессивным расстройством личности очень актуальна. На сегодняшний день депрессия присуща очень многим людям, причем данное заболевание можно обнаружить как среди совсем молодого, так и более взрослого и даже пожилого населения Земли.

Преморбидные особенности пациентов с депрессией – это особенности, которые предшествуют способствуют развитию заболевания (то есть состояние, когда пациент находится на грани между здоровьем и болезнью).

Здесь наблюдается перенапряжение защитных и приспособительных функций организма.

Ранее распознавание данных особенностей личности может помочь находить тех, кто так или иначе подвержен риску заболевания до появления первых симптомов для того, чтобы предупреждать появление признаков депрессивного расстройства.

Помимо того, что было описано выше, полученные знания о преморбидных особенностях пациентов с депрессивными расстройствами личности, могут помочь в составлении портрета пациента, страдающего данным заболеванием. Это поможет в поиске оптимального варианта психотерапии.

Исхода у данного состояния два – либо функции организма нормализуются со временем, либо преморбидное состояние переходит в клиническую форму болезни (в нашем случае в депрессию).

Статистика ВОЗ сообщает, что от клинической депрессии страдает более 260 млн жителей Земли. Ежегодно по причине заболевания депрессией происходит примерно 800 тыс. смертей, чаще всего данному заболеванию подвержена категория подростков, юношей и девушек в возрастном диапазоне от 15 до 29 лет.

Анализ отечественной и зарубежной литературы показывает, что депрессивное расстройство личности – это одновременно и крайне актуальная и очень сложная проблема на сегодняшний день.

**Объект исследования** – депрессия и депрессивные расстройства личности.

**Предмет исследования** – преморбидные особенности депрессивного расстройства личности пациентов с разной формой депрессии.

**Цель исследования:** исследование преморбидных особенностей депрессивного расстройства личности пациентов с разной формой депрессии и разработка рекомендаций для клинических психологов по психотерапии этих пациентов.

Анализ материалов в ходе исследований позволил сформулировать следующую гипотезу:

Перед развитием депрессивного расстройства личности каждому пациенту присущи некоторые личностные особенности – **способ совладания со стрессом, использование определенных психологических защит, уровень ситуативной и личной тревожности, индивидуально-психологические особенности личности**, которые обуславливают форму депрессии. Можно предположить, что у пациентов с разной формой депрессии будет характерная для этой формы картина преморбидных особенностей депрессивного расстройства личности, выявив которую можно предложить рекомендации по психотерапии для клинических психологов этих пациентов.

В соответствии с целью, предметом и гипотезой в работе ставились и решались следующие **задачи:**

1. Изучить литературу по проблеме депрессии и депрессивного расстройства личности.
2. Проанализировать факторы депрессивного расстройства личности и описать преморбидные особенности пациентов депрессивного расстройства личности.

3. Подобрать методики для эмпирического исследования перморбидных особенностей пациентов с депрессивным расстройством и провести исследование.

4. Представить результаты эмпирического исследования и рекомендации по сопровождению пациентов с депрессивным расстройством личности для клинических психологов.

**Теоретико-методологическую базу исследования** составили представители отечественной психологии, исследующие вопросы личности (И.С. Кон, А.Н. Леонтьев, Л.И. Божович, Б.Г. Ананьев и другие), представители зарубежной психологии, обучающие вопросы становления образа-Я (Р. Бернс, А. Маслоу, Ч. Кули, Дж. Мид и другие), а также авторы, занимающиеся изучением депрессивных расстройств личности (А. Бек, Э. Крепелин, Личко А.Е.).

**Комплекс методов исследования** работы: в процессе исследования производился анализ научной и методической литературы по теме исследования, ее обобщение и систематизация.

**Комплекс психодиагностических методов** – опросники, проективные методики для изучения предмета исследования, и методы статистической обработки данных – корреляционный анализ методом главных компонент в программе IBM SPSS Statistics 10.0.

Для проведения исследования был определен следующий **психодиагностический инструментарий**:

1) шкала депрессии А.Т. Бека – для подтверждения депрессивного состояния и формы депрессии;

2) шкала личностной и ситуативной тревожности Ч. Д. Спилбергера – для выявления тревожности и оценке ее уровня при наличии;

3) опросник WCQ, способы совладающего поведения Р. Лазарус – для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий.

4) опросник Р. Плутчик, Х. Келлерман и Х. Р. Конте. Методика Индекс жизненного стиля (LifeStyleIndex, LSI) – для диагностики системы механизмов психологической защиты, выявления как ведущих, основных механизмов, так и оценки степени напряженности каждого.

5) стандартный многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла 16PF – для выяснения особенностей личности и характера пациентов и построения профиля личности каждого из них.

6) клиническая беседа – сбор основных анамнестических данных, представлений о себе, актуальных жалоб.

**Эмпирическая база:** стационарное отделение № 18, 5, 3 ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница». В рамках исследования было проведено исследование, в котором приняло участие 32 пациента с депрессивным расстройством личности. В рамках исследования было обследовано 23 женщины и 9 мужчин, в возрасте от 19 до 72 лет.

В общем количестве 32 человека с формой депрессии от умеренной (субдепрессии) до тяжелой.

**Практическая значимость** данной работы состоит в том, что полученные результаты и сделанные по ним выводы, могут быть направлены в сторону разработки рекомендаций по сопровождению пациентов с депрессивным расстройством личности.

# **1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ДЕПРЕССИИ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ**

## **1.1 Природа депрессии и депрессивного расстройства личности с точки зрения медицины и психологии. Различные подходы и теории**

### **Медицинская (биологическая) теория.**

Существуют несколько видов теорий развития депрессии. Например, биологическая теория (если рассматривать теорию развития депрессии с точки зрения медицины) объясняет возникновение заболевания уменьшением в определенных участках мозга концентрации таких нейромедиаторов, как норадреналин и/или серотонин.

Помимо соотношения нейромедиаторов в головном мозге, биологическая теория гласит, что фактором развития болезни может стать, например, прием определенных лекарств (что интересно, эти лекарства не всегда направлены на лечение именно каких-либо психических расстройств, т.е. – это могут быть некоторые КОКи, системные ретиноиды и проч.); так же прием средств, которые способны вызвать некоторые виды зависимостей (т.е. прием алкоголя, стимуляторов, галлюциногенов); и даже наличие неврологических заболеваний, болезней сердечно сосудистой системы, перенесенных хирургических вмешательств, заболеваний почек, печени, органов дыхания, метаболических расстройств может привести к появлению депрессивной симптоматики, особенно если наличие данных заболеваний сильно отражается на качестве жизни пациента.

К категории биологических теорий мы можем отнести и те, в которых наследственность играет определяющую роль в развитии депрессий.

«Так, по некоторым данным, в 25-40% случаев с исследуемыми, страдающими депрессией, было выявлено, что, по крайней мере, у одного из родителей или же другого близкого родственника было аффективное расстройство. Важным фактором считается также влияние женских гормонов.

Однако исследования в данной проблемной области еще продолжаются» [28, с. 44].

### **Психологические теории.**

#### **Когнитивная теория депрессии.**

Когнитивная модель Э. Берна объясняет депрессию как продукт неверного мышления.

В данной модели описывается формирование негативной системы убеждений еще с детского возраста, а дальнейшие события интерпретируются независимо от реальных образов мыслей, такое восприятие определяет эмоциональное реагирование.

Приведем несколько примеров негативного мышления: а) «я не смогу жить без этого человека»; б) «если я ошибусь, это будет означать, что я глупый»; в) «эти люди лучше, чем я, и их положительное расположение нужно заслуживать»; г) «если человек не согласен со мной, это означает, что я ему не нравлюсь»; д) «мое чувство собственного достоинства зависит от того, что подумают обо мне окружающие»; е) «чтобы стать счастливым, надо заслужить любовь через безотказность или успехи».

Так же когнитивная модель Э. Берна указывает, что больных депрессией от основного количества здоровых людей отличает не наличие автоматических негативных мыслей (они являются эволюционно-биологической нормой для основной массы людей, и они эволюционно выгодны), а их неумение бороться и справляться с этими автоматическими негативными мыслями. Тот факт, что такие мысли полностью захватили сознание больного, начинают овладевать им и определять его поведение, все, что больной чувствует, его мысли и эмоции и влияют на его самочувствие и настроение.

Таким образом, когнитивная модель депрессии Э. Берна показывает, что и у здорового человека начальная возникающая мысль при оценке какой-либо ситуации, как правило, негативна.

Но, есть и отличия от депрессивных больных: у условно здоровых людей начальная, автоматически возникшая мысль, которая является негативной, не приведет к раскручиванию негативных мыслей на ту же самую тему, так же не будет наблюдаться преувеличение степени негативных последствий и возможных рисков, и тем более она не приведет к глобализации и обобщениям в негативном ключе, к переносу пессимистичных прогнозов на другие события.

Помимо вышеописанного мы можем рассмотреть и когнитивную теорию развития депрессии, созданную А. Беком и А. Бандурой. Основой этой теории является утверждение, что то, как человек видит себя, мир и собственное будущее – это и есть главная детерминанта депрессии.

По утверждению А. Бека главные детерминанты эмоции – это познание, настроение и поведение. Отрицательные отношение к себе вынуждает человека с депрессивной симптоматикой расценивать себя как "ненормального" и "неценного". Свои собственные несчастья такой человек будет оправдывать недостатками или дефектами.

Отрицательное отношение к собственному будущему вынуждает его находить впереди не заканчивающийся мучительный путь. А. Бек дает объяснение большинству классических депрессивных симптомов (это может быть паралич воли, склонность к суициду и сниженная самооценка). Он объясняет это как продукт индивидуальных когнитивных детерминант» [16].

### **Теория психической боли.**

Исходя из данной теории, можно считать, что депрессию принято считать патологическим состоянием, так как депрессия причиняет заболевшему довольно ощутимые моральные страдания, «душевную боль», сильное ощущение внутреннего дискомфорта и дистресс.

Очевидно, что ощущение физической боли по идее – это защитная реакция организма на травму. Эта реакция эволюционно полезная для выживания биологическая функция.

Например, эта реакция сигнализирует или сообщает организму о травме органов или тканей, о том, что с телом что-то не так, а также стимулирует мотивацию организма к максимальному ограждению себя или заставляет удалиться от источника, причиняющего боль и наносящего травмы (например, убрать руку от острого предмета). Помимо этого, боль мотивирует научение в будущем избеганию ситуаций, которые привели однажды к появлению неприятных и болезненных ощущений или травм (например, быть осторожным с острыми предметами).

Еще ощущение физической боли мотивирует человека к созданию благоприятных условий для заживления травм или восстановления органа, который был поврежден (примером является зализывание ран, то есть обработка её антисептическими средствами, обеспечение функционального покоя травмированной части тела).» [4].

Согласно вышеописанной теории, реактивная депрессия, которую человек испытывает, может быть «душевной болью», аналогичной физической боли, имеется ввиду, что она также служит для того, чтобы информировать заболевшего о том, что настоящие обстоятельства, которые вызвали у него депрессивную симптоматику — могут быть неприемлемыми для него как в биологическом, так и в социальном плане (так же, как биологически неприемлемо погружение конечности тела в горячую воду) и они могут снизить социальную и биологическую приспособленность человека.

Помимо вышеописанного, эти обстоятельства вполне могут представлять какую-либо угрозу его социальному положению, семейному статусу, они могут нарушить доступ благам, которые так необходимы для нормальной жизнедеятельности и в конечном итоге, они могут даже угрожать нормальному социальному и биологическому функционированию больного, его здоровью и самому существованию.

Так же, можно обратить внимание на психодинамическую модель (З. Фрейд 1933, 1917).

Психодинамическая модель объясняет механизм возникновения депрессии появлением чувства «утраты» объекта, от которого зависит благополучие личности пациента, и возникающей как следствие злостью, которая не может быть выражена прямо, а «направляется внутрь», преобразаясь в чувство вины и ненависти к самому себе [14].

### **Психоаналитическая теория.**

Развитие данной теории ведется в двух направлениях – теоретические разработки авторов из психоанализа и эмпирические доказательства теорий, которые уже существуют.

В данной теории авторы связывают появление депрессии с потерей объекта привязанности либидо.

### **Бихевиористическая концепция депрессии (обученная беспомощность).**

Бихевиористическую модель депрессии, так же, как и психоаналитическую, можно отнести к этиологическим.

Ориентация психоанализа – это интрапсихическая феноменология, ориентация бихевиористической модели – это система объективных, поведенческих проявлений.

Основой для депрессии в данном случае является понятие “обученная беспомощность” — то есть некий операциональный конструкт, который создан для описания устойчивых поведенческих паттернов — например, склонности к отказу от тех действий, которые направлены на попытки избежать травмирующие события [4].

Основа этого отказа – это формирование прочного убеждения клиента, что его ответ неудачный при любом раскладе, и что данный ответ в любом случае не поможет уклониться от отрицательных последствий тех событий, которые по итогу и привели к депрессии.

Исходя из трудов М. Селигмана, выученную беспомощность можно рассмотреть с точки зрения аналогии клинической депрессии, в следствие

которой у человека снижается контроль над способностью оставаться в устойчивом положении в окружающем мире.

Такой человек заранее ждет, что результаты его действий не будут положительными.

Соответственно, все, что было описано выше, приведет больного к пассивному поведению и интеллектуальной заторможенности.

Таким образом, мы можем сделать следующий вывод: в основе изучения депрессии лежит множество теорий – медицинская, биологическая, бихевиористическая, психоаналитическая, когнитивная.

Каждая из вышеописанных концепций определяет механизм появления депрессии по-своему и все эти теории не взаимоисключают друг друга.

Например, биологическая теория (если рассматривать теорию развития депрессии с точки зрения медицины) объясняет возникновение заболевания уменьшением в определенных участках мозга концентрации таких нейромедиаторов, как норадреналин и/или серотонин.

В психоанализе механизм возникновения депрессии объясняется чувством «утраты» объекта, от которого зависит личность пациента, и возникающей как следствие злостью, которую невозможно выразить напрямую, потому ее приходится «обратить внутрь себя», ощущая при этом чувство вины.

Бихевиористами депрессивный аспект рассматривается как результат неправильного научения, либо как последствия иррационального мышления.

В изучении данного феномена стоит отметить индивидуальность.

Для каждого человека будет действенен определенный подход, так как в каждом случае существуют различия в течении, причинах, которые могут идти либо из детства, либо стать результатом стресса во взрослом возрасте, так же особенностях этиологии и патогенеза заболевания.

## **1.2 Определение, частота встречаемости, классификация по МКБ10 и DSM-IV-TR и виды депрессивных расстройств личности**

Депрессивное расстройство личности — вид расстройств личности, который характеризуется стойкими паттернами депрессивных когний и моделей поведения.

«Депрессия — психическое расстройство, основными признаками которого являются сниженное, угнетённое, подавленное, тоскливое, тревожное, боязливое или безразличное настроение и снижение или утрата способности получать удовольствие (ангедония).

Обычно также присутствуют некоторые из следующих симптомов: сниженная самооценка, неадекватное чувство вины, пессимизм, нарушение концентрации внимания, усталость или отсутствие энергии, расстройства сна и аппетита, суицидальные тенденции. Тяжёлые формы депрессии характеризуются так называемой «депрессивной триадой»: снижением настроения, заторможенностью мышления и двигательной заторможенностью» [9, с.156].

### **Эпидемиология.**

«Депрессия считается одним из самых распространенных заболеваний в мире, которым страдает около 264.000.000 человек» [19, с.29].

Депрессия может отличаться от обыкновенных перемен в настроении и недолговременных эмоциональных ответов на стресс.

Депрессия может перейти в серьезные нарушения здоровья, тем более в случае затягивания и перехода в умеренную или тяжелую форму.

Так же заболевание может привести к серьезным последствиям для настроения человека и к снижению работоспособности в рабочей среде — будь то работа, школа или же семья.

«В тяжелых вариантах депрессия может стать причиной суицида.

Ежегодно около 800 000 человек погибают в результате самоубийства — второй по значимости причины смерти среди людей в возрасте 15-29 лет» [19, с.29].

На сегодняшний день что существуют эффективные методы лечения психических расстройств, но несмотря на это, страны, в которых преобладает низкий и средний уровень дохода примерно от 75% до 90% населения имеют психические нарушения, но они не могут получить лечение [28].

Данные эпидемиологического исследования, проведенного российскими учеными под руководством академика А.Б. Смулевича [17], показывают, что наиболее значимую часть депрессивных расстройств составляют относительно не тяжелые депрессии, которые возникают в связи с психотравмирующим действием соматических расстройств (нозогенные депрессии) или иными стрессовыми или травмирующими ситуациями (например, реактивные депрессии), а также дистимии.

Причинами того, что получить эффективное лечение не представляется возможным — это недостаток ресурсов, нехватка квалифицированных специалистов психологической медицинской направленности, а также и социальная стигматизация, которая связана с наличием психических расстройств.

Так же, существует и следующая проблема — это сложность дифференцирования депрессии от похожих по некоторым критериям заболеваний.

К сожалению, процентное соотношение заболевших депрессией и другими схожими психическими расстройствами, увеличивается.

«В мае 2013 года Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию, в которой призвала к принятию комплексных, скоординированных ответных мер на психические расстройства на национальном уровне» [27, с.5].

## **Классификация по МКБ10 и DSM-IV-TR и виды депрессивных расстройств личности**

Классы МКБ-10 / F00-F99 / F30-F39 / F32

- Депрессивный эпизод (F32)

В типичных случаях эпизодов легкой, умеренной или тяжелой депрессии пациент чувствует себя подавленным, у него мало энергии и он менее активен.

Так же наблюдается снижение способности быть счастливым, приятным, заинтересованным и сосредоточенным.

По мере числа и тяжести симптоматики депрессивный эпизод классифицируется на 3 вида: легкий, умеренный и тяжелый.

Включены: одиночный эпизод:

- депрессивной реакции;
- психогенной депрессии;
- реактивной депрессии;

Исключены:

- расстройство приспособительных реакций (F43.2);
- рекуррентное депрессивное расстройство (F33. -);
- депрессивный эпизод, связанный с расстройствами поведения, классифицированными в рубриках F91. -(F92.0);

- **F 32.0 Депрессивный эпизод легкой степени**

Обычно выражены два-три вышеупомянутых симптома. Пациент, конечно, страдает от этого, но, вероятно, будет в состоянии продолжать выполнять основные виды деятельности.

- **F32.1 Депрессивный эпизод средней степени**

Выражены четыре и более из вышеупомянутых симптомов. Пациент, вероятно, испытывает большие трудности при продолжении обычной деятельности.

- **F32.2 Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов**
- Эпизоды депрессии, при которых ярко выражены многие из вышеперечисленных болезненных симптомов.
- Депрессия с возбуждением, одиночный эпизод без психотических симптомов;
- Значительная депрессия, одиночный эпизод без психотических симптомов;
- Витальная депрессия, одиночный эпизод без психотических симптомов;
- **F32.3 Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами**

Как описано в F32.3, нормальная социальная активность невозможна, поскольку это эпизод депрессии с галлюцинациями, бредом, психомоторной заторможенностью или ступором.

Одиночный эпизод:

- значительной депрессии с психотическими симптомам;
- психогенного депрессивного психоза;
- психотической депрессии;
- реактивного депрессивного психоза;

#### **F32.8 Другие депрессивные эпизоды**

- Атипичная депрессия
- Одиночный эпизод "скрытой" депрессии БДУ

#### **F32.9 Депрессивный эпизод неуточненный**

- Депрессия БДУ
- Депрессивное расстройство БДУ

#### **Формальные критерии диагностики**

По МКБ-10:

К типичным (основным) симптомам депрессии относятся:

- подавленное настроение, не зависящее от обстоятельств, в течение длительного времени (от двух недель и более);
- ангедония — потеря интереса или удовольствия от ранее приятной деятельности;
- выраженная утомляемость, «упадок сил», характеризующиеся стабильностью данного состояния (например, в течение месяца).

Дополнительные симптомы:

- пессимизм;
- чувство вины, бесполезности, тревоги и (или) страха;
- заниженная самооценка;
- неспособность концентрироваться и принимать решения;
- мысли о смерти и (или) самоубийстве;
- нестабильный аппетит, отмеченное снижение или прибавление в весе;
- нарушенный сон, присутствие бессонницы или пересыпания.

Диагностическая информация по МКБ-10 Заболевание депрессивным расстройством определяется по полученному нарастанию симптома депрессивного расстройства. Но диагноз можно установить и в более краткие периоды, при наличии симптоматики необычно тяжёлой и наступающей быстро.

- По DSM-IV-TR

В соответствии с диагностическими критериями DSM-IV-TR в течение 2 недель должны появиться не менее 5 из следующих 9 симптомов. Нижеперечисленные симптомы должны включать в себя хотя бы один из двух основных симптомов: депрессивное настроение и/или утрата интересов или удовольствия [16]:

- депрессивное настроение (у детей и подростков может проявляться раздражительностью);
- значительное снижение удовольствия или интереса ко всем или почти всем видам деятельности;
- снижение веса и аппетита (возможно усиление аппетита и увеличение веса);
- инсомния (возможна гиперсомния);
- психомоторное возбуждение или торможение;
- снижение энергичности и повышенная утомляемость;
- чувство никчемности и сниженная самооценка или неадекватное чувство вины;
- заторможенное мышление или снижение способности концентрации внимания;
- суицидальные тенденции.

Таким образом, рассмотрев данный параграф, мы определили, что депрессивное расстройство личности — вид расстройств личности, который характеризуется стойкими паттернами депрессивных когниций и моделей поведения.

Нами были рассмотрены виды депрессивных расстройств личности и определено, что наиболее значимую часть депрессивных расстройств составляют относительно не тяжелые депрессии.

Такой вид депрессий как правило возникает в связи с психотравмирующим действием соматических расстройств (имеются ввиду нозогенные депрессии), либо они могут быть вызваны иными стрессовыми событиями, какими-либо психотравмирующими ситуациями (например, реактивные депрессии), а также дистимии.

### **1.3 Факторы влияющие на появление депрессии и депрессивных расстройств личности**

Депрессивное расстройство личности может развиваться по причине взаимодействия социальных, психологических и биологических факторов.

Люди, которые пережили какие-либо травмирующие ситуации (это может быть что угодно - потеря работы, тяжелая утрата, психологическая травма и так далее), с большой вероятностью могут быть склонны к депрессии.

Депрессия в свою очередь, к сожалению, может усилить уже имеющийся стресс, нарушить привычную жизнедеятельность, ухудшить травмирующую ситуацию. Так же, в сложных случаях депрессия, ухудшая качество жизни пациента, может переходить в более тяжелые формы, т.е. усугубляться.

«Иными словами, депрессия может быть результатом драматических переживаний, например потери близкого человека, работы, общественного положения. В таких случаях речь идёт о реактивной (психогенной) депрессии» [15, с.740].

Психогенная депрессия может развиваться как реакция на внешние события или ситуации, такие факторы, как потеря отца или матери в детстве, могут быть причастны к развитию депрессии и депрессивного расстройства личности.

Помимо этого, мы можем предполагать, что на развитие аффективных расстройств личности или депрессивных расстройств личности могут влиять следующие факторы:

- утрата одного из родителей в детском возрасте;
- Воспитание или влияние родителя, который уверен в собственной неполноценности;
- Воспитание или влияние родителя, который имеет излишне жёсткие, ригидные убеждения;
- недостаток социального опыта или социальных навыков;

- негативный опыт общения в детском возрасте со своими сверстниками либо братьями/сёстрами;
- наличие у ребёнка физического дефекта.

«К депрессии могут предрасполагать те или иные личностные особенности человека — например, перфекционизм» [25, с.157].

В настоящее время нет конкретного объяснения биологической причине, вызывающей появление симптомов депрессивного расстройства. Конечно, есть некоторые гипотезы, но ни одна из них на сегодняшний день не представила окончательных доказательств.

Есть связь между появлением депрессивной симптоматики и злоупотреблением седативными средствами.

Так же есть связь и с приемом снотворных препаратов не по инструкции, психостимуляторов, ПАВ.

«Также депрессии могут быть соматическими или, точнее, соматогенными, то есть проявляться как следствие соматических заболеваний (например, болезни Альцгеймера, атеросклероза артерий головного мозга, черепно-мозговой травмы или даже обычного гриппа).

Но, в случае, когда психологических, ятрогенных или соматических причин депрессии не наблюдается, либо они не очевидны, то такую депрессию мы называем эндогенной.

Эндогенная депрессия – это депрессия как бы «происходящая изнутри» (организма либо психики).

Приблизительно одна треть это около 35 % случаев манифестация депрессивных расстройств возникает аутохтонно, то есть без каких-либо внешних воздействий.

«Структура такого вида депрессий изначально является эндогенной» [25, с 168].

В настоящее время нет каких-либо конкретизированных объяснений биологическим причинам, которые способны вызывать появление симптомов депрессивных расстройств.

Безусловно, наука на сегодняшний день имеет некоторые гипотезы, но, к сожалению, ни одна из этих гипотез не добыла каких-либо убедительных доказательств.

Например, в моноаминовой теории связывается развитие депрессивной симптоматики с дефицитом биогенных аминов, а именно нейромедиаторов - серотонин, норадреналин и дофамин.

Кроме того, факторами риска развития депрессии являются беременность и роды.

До 10 % женщин испытывают депрессию во время беременности, послеродовая депрессия наблюдается у 12—16 % рожавших женщин» [22, с. 6].

Так же появление депрессии или депрессивных расстройств личности можно рассмотреть, как эволюционно закрепившийся механизм мышления. Исходя из гипотезы аналитических размышлений, депрессия стала эволюционным механизмом сосредоточения на решении сложных задач. Благодаря избегающему поведению во время депрессии человек научается переживать болезненные чувства.

В экзистенциальном анализе предлагается онтологическая интерпретация психических страданий при депрессии. В этой интерпретации найдена связь депрессии и разочарования в поиске человеческого существования.

Такой опыт эмоциональных ощущений, где преобладает страдание, рассматривается как разочарование от соприкосновения с реальным миром.

Исходя из данного параграфа, мы можем сделать вывод, что депрессивное расстройство личности может развиваться по причине взаимодействия социальных, психологических и биологических факторов, так же может являться следствием бесконтрольного употребления различных медикаментов и ПАВ.

Помимо этого, мы узнали, что депрессия может быть соматогенным заболеванием, то есть быть следствием соматической болезни.

## 1.4 Преморбидные особенности пациентов с депрессивным расстройством личности

Проявления меланхолии (или депрессии) были описаны еще в Античности.

Гиппократ ввел термины «мания» и «депрессия». Предпосылки или же преморбидные особенности людей, подверженных депрессии, были описаны гораздо позже и в меньших количествах.

Не стоит путать преморбидные особенности и причины возникновения заболевания, так как это абсолютно разные понятия.

Стоит вспомнить, что преморбидные особенности пациентов с депрессией – это особенности, которые предшествуют, способствуют развитию заболевания (то есть состояние, когда пациент находится на грани между здоровьем и болезнью). Здесь наблюдается перенапряжение защитных и приспособительных функций организма.

Исхода у данного состояния два – либо функции организма нормализуются со временем, либо преморбидное состояние переходит в клиническую форму болезни (в нашем случае в депрессию).

Преморбидные особенности личности подразумевают основные черты, которые наблюдались у больного перед возникновением расстройства. Как правило, такое состояние будет описываться из анамнеза со слов больного и его родных.

Поиск преморбидных особенностей является важным аспектом для осуществления процесса диагностики и определения направления психотерапии и способов реабилитации.

Самой известной системой, которая удобна для осуществления поиска и оценки преморбидных черт, считается методика немецкого психиатра Карла Леонгарда – это классификация «акцентуированных личностей».

Описаны следующие основные типы акцентуированных личностей и акцентуаций характера:

- а) гипертимный тип;
- б) циклоидный (или аффективно-лабильный) тип;
- в) эмоционально-лабильный (эмотивный, аффективно-экзальтированный) тип;
- г) психастенический (педантичный) тип;
- д) шизоидный (интровертированный) тип;
- е) эпилептоидный(эксплозивный) возбудимый тип;
- ж) истероидный (демонстративный) тип;
- з) неустойчивый тип;
- и) комфортный тип;
- к) смешанные типы» [30].

Мы можем предполагать, что преморбидными особенностями депрессии являются и некоторые характерные черты личности – к примеру, склонность к перфекционизму или повышенный уровень тревожности (или тревожный тип), так же чрезмерная чувствительность, апатичные черты личности, ранимость и т.д. [20].

В нашей работе мы опишем особенности, наблюдаемые у пациентов с депрессией.

Перед началом развития депрессивных расстройств личности пациентам свойственны особые личностные особенности – **способ совладания со стрессом, использование определенных психологических защит, уровень ситуативной и личной тревожности**, индивидуально-психологические особенности личности, которые обуславливают ход течения заболевания. Можно предположить, что у пациентов с разной формой депрессии будет характерная для этой формы картина преморбидных особенностей депрессивного расстройства личности.

Описание предполагаемых особенностей включает в себя *способы совладания со стрессом и копинг-стратегии пациентов с депрессией*.

Копинг, т.е. адаптация к стрессу — это те действия, которые совершает человек для того, чтобы справиться со стрессовой ситуацией.

Определение копинга объединяет когнитивные, эмоциональные и поведенческие стратегии, используемые для совладания со стрессами, трудными ситуациями в повседневной жизни.

Впервые это понятие появилось в психологической литературе в 1962 году, когда Луис Мэрфи использовал его, во время изучения способов преодоления кризисов развития у детей.

Постепенно в понятие «копинга» стали входить и реакции на стабильные стрессовые ситуации.

Внутреннее содержимое копинга по-прежнему остается неизменным: копинг – это по-прежнему способ адаптации к стрессовым событиям — то есть, это набор тех действий, которые совершаются человеком для преодоления стрессовых ситуаций.

«Таким образом, копинг — это поведенческие и когнитивные, эмоциональные усилия, которые применяет индивид, для преодоления трудностей во взаимоотношениях человек-среда» [2, с.108].

При этом стоит отметить, что реакции индивида на стрессовую ситуацию могут быть как произвольными, так и непроизвольными.

Непроизвольные реакции — это те, что основаны на индивидуальных различиях в темпераменте, а также те, что приобретены в результате повторения и больше не требуют сознательного контроля.

В нашей работе для определения копинг-стратегий у пациентов с депрессией мы взяли методику, которая была разработана Р. Лазарусом и С. Фолкманом в 1988 году, адаптирована Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк – опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса.

Данный опросник считается первой стандартной методикой в области измерения копинга.

«Совладание с жизненными трудностями, по утверждению авторов методики – это перманентно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия индивида с целью управления специфическими внешними и (или) внутренними требованиями, которые оцениваются им как подвергающие его испытанию или превышающие его ресурсы.

Задача совладания с негативными жизненными обстоятельствами состоит в том, чтобы либо преодолеть трудности, либо уменьшить их отрицательные последствия, либо избежать этих трудностей, либо вытерпеть их» [12, с.394].

Совладающее поведение является способом таким социального поведения, который дает возможность преодолеть стресс индивидуально подходящими для индивида и контекста способами.

Совладающее поведение является сознательным, у него есть определенное направление –или на изменение или решение ситуации, или на приспособление.

Эффективность стратегии зависит от уровня ресурсов, имеющихся у индивида, потому не стоит называть отдельные копинг-стратегии адаптивными или дезадаптивными.

Все довольно индивидуально для каждой ситуации. Эффективная стратегия в одной ситуации, может быть неэффективной и вредной в другой.

В нашей работе мы рассмотрим, какие стратегии поведения пациенты с диагнозом депрессия считают наиболее подходящими/неподходящими для себя.

Помимо вышеописанного, мы можем выделить еще некоторые преморбидные особенности пациентов с депрессией. Например, ситуативная и личностная тревожность.

Тревога – это смесь эмоциональных переживаний, при которых человек ощущает дискомфорт от неопределенного страха.

В норме тревога нужна для адаптации к различным ситуациям.

Зачастую, у пациентов с депрессивными симптомами уровень тревоги повышен [4].

Тревога воспринимается человеком как непонятный, неясный и смутный страх по поводу каких-либо предстоящих событий.

Такое состояние способно появляться в тех ситуациях, когда реальной опасной ситуации для жизни и здоровья человека ещё не существует (а, может быть, такой ситуации даже не может существовать). Но, несмотря на это он продолжает ожидать, что это случится, при этом, не представляя, как будет с бороться со стрессом.

Тревога – это совокупность эмоций — страха, печали, стыда и чувства вины [4].

Для страдающего тревогой чаще всего характерны следующие мысли: человек вспоминает из своего или чужого прошлого какие-либо пугающие его примеры неблагоприятных событий, а потом переносит этот опыт в своё будущее.

Например, человек, увидев вдалеке красную машину, вспоминает, что когда-то его уже сбивала красная машина, и у него появляется страх из-за возможности повторения пережитой ситуации.

Такая же ситуация может случиться, например, с собакой. В случае, если человека кусала или просто могла напугать собака, например в детстве, он, возможно, будет сторониться всех похожих животных, так как этот образ будет являться триггером.

При этом человек может испытывать страх и тревогу по поводу событий, которые случились не с ним, а с другими людьми или вообще были выдуманы.

Порой такой механизм образования страхов приводит к тому, что эти страхи становятся даже абсурдными, но они по-прежнему оказывают негативное влияние на психику человека.

Тревога состоит из следующих компонентов:

- физиологические ощущения и их осознание (биение сердца, чувство тошноты, др.);
- осознание факта тревоги.

Тревожность может усиливаться чувством стыда («Другие могут увидеть, что мне страшно»).

Помимо тревоги и копингов в нашей работе рассматриваются и механизмы психологической защиты.

Термин «Механизмы психологической защиты» ввел Зигмунд Фрейд в 1894 году в работе «Защитные нейропсихозы».

«Функциональное назначение и цель психологической защиты заключается в ослаблении внутриличностного конфликта (напряжения, беспокойства), обусловленного противоречиями между инстинктивными импульсами бессознательного и усвоенными требованиями внешней среды, возникающими в результате социального взаимодействия.

Ослабляя этот конфликт, защита регулирует поведение человека, повышая его приспособляемость и уравнивая психику» [15, с. 700].

Отметим, что и механизмы защиты не используются постоянно в единственном виде — они меняются для решения конфликтных ситуаций или же снижения уровня тревоги.

Основные защитные стратегии будут рассмотрены ниже.

Вытеснение. Эта защиты по мнению З. Фрейда является основной защитой эго по двум причинам:

А) вытеснение – это основа формирующая более зрелые защиты;

Б) благодаря вытеснению уровень тревоги снижается наиболее простым способом.

В некоторых источниках можно видеть описание вытеснения как «мотивированного забывания». Это вполне обосновано, так как вытеснение является способом исключения из сознания мыслей и чувств, которые причиняют боль.

К сожалению, у такого способа избавления от тревоги есть и последствия.

Те импульсы, которые были вытеснены в бессознательное, остаются такими же активными, соответственно для того, чтобы избежать их прорыва в сознание, человек будет вынужден постоянно расходовать свою психическую энергию.

Такое перманентное расходование ресурсов это становится причиной ограничения возможности использования энергии для более адаптивных, направленных на саморазвитие, творческих форм поведения.

Проекция. По своему теоретическому весу проекция идет следом за вышеописанным способом защиты, то есть вытеснением.

Проекция – это некий механизм или способ, благодаря которому человек имеет возможность присвоить свои неприятные мысли, чувства и поведение окружающим.

Соответственно, благодаря проекции человек переносит собственное чувство вины за свои неприемлемые чувства или поступки, на кого-то или на что-то.

Замещение. Здесь человек собственный инстинктивный импульс переносит с чего-то опасного на что-то менее опасное.

Рассмотрим пример — если наказали старшего ребенка, то он может заместить злость на родителя, злостью на младшего в семье, при этом выразив свой аффект наиболее безопасным для себя способом ( на младшем члене семьи, который не ответит тем же).

Рационализация. Здесь искажая реальный мир, человек справляется с трудными ситуациями – это может быть искажение аргументации, благодаря чему неприемлемое поведение или неприятные чувства будут казаться вполне разумными и оправданными в глазах человека и окружающего его мира.

Реактивное образование. Эта защита проявляется тем, что человек проявляет с своим поведением противоположные цели, защищая себя тем самым от запретных импульсов.

Регрессия. В данном случае мы наблюдаем возвращение человека к детским формам поведения в случае стресса.

Такой способ снижает уровень тревоги за счет возвращения к самому раннему периоду жизни, когда человек чувствовал себя наиболее безопасно и приятно.

Сублимация. Сублимация, исходя из трудов З. Фрейда – это такой защитный механизм, с помощью которого у человека появляется способ адаптировать себя и свои неадаптивные импульсы так, чтобы они могли проявляться как социально приемлемые мысли или действия.

Сублимация З. Фрейдом рассматривалась как единственная здоровая, адаптивная стратегия поведения, такой вид стратегии будет направлен на обуздание социально неприемлемых импульсов, путем преобразования их в наиболее приемлемые.

Благодаря сублимации это меняет направление импульса или без подавления его проявления.

Соответственно, это становится максимально приемлемым и продуктивным способом разрядки.

Отрицание. Здесь мы можем наблюдать картину отклонения человеком попыток признавать, что случилось что-то неприятное.

Например, мы можем наблюдать отрицание тогда, когда человек в стрессовой ситуации, которая случилась или может случиться считает что: «Это со мной точно не может случиться, с другими - да, но со мной - нет», несмотря на очевидные доказательства обратного.

Так же для поиска преморбидных черт и особенностей пациентов с депрессивными расстройствами личности нами был выбран личностный опросник Р. Кеттелла.

С его помощью мы можем найти характерологические особенности и построить профили личностей каждого испытуемого.

В данном случае мы рассматриваем факторы, в каждом из которых заключается та или иная особенность личности.

Так, например, Фактор А+ покажет нам уровень такой черты, как открытость – то есть готовность к новым знакомствам, приветливость, уживчивость, внимательность к людям.

Фактор А- напротив — уровень замкнутости скептичности, ригидности в отношениях с людьми, склонность к уединению, сконцентрированность на своих мыслях и чувствах, дистантность.

Фактор В+ — это развитость мышления и степень сообразительности, умение проанализировать ситуацию, способность к осмысленным заключениям, а фактор В- — степень ограниченности мышления, трудности в обучении.

Фактор С+ — это степень эмоциональной стабильности, уровень эмоциональной устойчивости. Фактор С- — определяет уровень эмоциональной неустойчивости.

Фактор Е+ — уровень независимости, а фактор Е- — степень податливости.

Фактор F+ — это беспечность, беззаботность, импульсивность, разговорчивость, в факторе F- — мы увидим степень озабоченности, серьёзности и рассудительности.

Фактор G+ — степень сознательности. Фактор G- — показывает наличие таких черт как беспринципность и несознательность.

Фактор H+ — смелость. Фактор H- — застенчивость.

Фактор I+ — чувственность и сентиментальность, а Фактор I- — твёрдость и реализм.

Фактор L+ — подозрительность, Фактор L- — доверчивость.

Фактор M+ — мечтательность, а Фактор M- — практичность.

Фактор N+ — утончённость, а фактор N- — простота.

В Факторе O+ мы увидим склонность к ощущению вины и боязливость.

Фактор O- — покажет наличие таких черт, как спокойность и самоуверенность. Фактор Q1+ — это радикализм, фактор Q1- — консерватизм.

Фактор Q2+ — проявление самостоятельности или то, как респондент больше склонен к предпочитанию собственного мнения и независимости во взглядах. Фактор Q2- — зависимость от группы и конформность. Фактор Q3+ — самоконтроль, сильная воля, дисциплинированность. Фактор Q3- — это недостаток самоконтроля, индифферентность. Фактор Q4+ — внутренняя напряжённость, Фактор Q4- — внутренняя расслабленность, вялость, лень, удовлетворённость.

По Фактору MD мы увидим адекватность самооценки. По факторам MD+ зафиксируем либо неадекватно высокую самооценку, либо по Фактору MD- неадекватно низкую самооценку.

Оросник личности Рэймонда Кеттелла крайне информативен и покажет нам довольно подробную картину характерологических особенностей испытуемых.

В совокупности всех методик получится довольно подробный портрет личности с депрессивным расстройством личности.

### **Выводы по первой главе**

В данной главе благодаря анализу литературы мы определили актуальность темы и важность данного исследования. Выяснили, что на сегодняшний день депрессия присуща очень многим людям, причем данное заболевание можно обнаружить как среди совсем молодого, так и более взрослого и даже пожилого населения Земли, что подтверждает актуальность нашей темы.

В параграфе 1.1 «Природа депрессии и депрессивного расстройства личности с точки зрения медицины и психологии» мы выяснили, что существуют несколько видов теорий развития депрессии.

Например, биологическая теория (если рассматривать теорию развития депрессии с точки зрения медицины) объясняет возникновение заболевания уменьшением в определенных участках мозга концентрации таких нейромедиаторов, как норадреналин и/или серотонин.

Рассмотрели когнитивную модель Эрика Берна, и узнали, что он в своих трудах объясняет депрессию как продукт неверного мышления.

Помимо этого, нами была описана теория психической боли, исходя из которой депрессию принято считать патологическим состоянием, так как депрессия причиняет заболевшему довольно ощутимые моральные страдания, «душевную боль», сильный внутренний дискомфорт и дистресс.

Была описана и психоаналитическая теория. В данной теории авторы связывают появление депрессии с утратой объекта либидинозной привязанности.

После того, как нами были рассмотрены теории, мы перешли к параграфу 1.2. Здесь нами была описана и классификация по МКБ10 и DSM-IV-TR и виды депрессивных расстройств личности. Благодаря анализу литературы мы выяснили, что депрессивное расстройство личности — это расстройство личности, характеризующееся стойким паттерном депрессивных когниций и поведения.

В главе 1.3. «Факторы влияющие на появление депрессии и депрессивных расстройств личности» были описаны и факторы, влияющие на появление депрессии и депрессивных расстройств личности, которых было найдено достаточно много – это прием медикаментозных препаратов, наследственная предрасположенность, прием различных ПАВ, психологические травмы в детстве и во взрослом возрасте. Помимо этого, мы выяснили, что причинами появления депрессивной симптоматики может явиться какие-либо физические заболевания, например, деменция, дисфункция щитовидной железы или болезнь Паркинсона и даже события и требования окружающего мира к человеку.

В параграфе 1.4 «Преморбидные особенности пациентов с депрессивным расстройством личности» мы наиболее подробно рассмотрели копинги, механизмы психологической защиты, характерологические особенности и изучили литературу, где описывается связь таких понятий как

тревога и депрессия. Было выяснено, что данная связь есть, но более подробно мы рассмотрим это в следующей главе.

В данной главе благодаря теоретическому анализу и обзору, мы смогли описать актуальность темы и раскрыть природу расстройства с разных позиций психологии и медицины, что важно для написания следующей главы и составления рекомендаций для клинических психологов.

## **2 ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕМОРБИДНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНОЙ ФОРМОЙ ДЕПРЕССИИ**

### **2.1 Описание выборки и методик исследования**

#### **Характеристика выборки исследования.**

В рамках исследования было проведено исследование, в котором приняло участие 32 пациента с депрессивным расстройством личности. В рамках исследования было обследовано 23 женщины и 9 мужчин, в возрасте от 19 до 72 лет. Исследование проводилось в 2021г.

**Процедура проведения** проходила в ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», в отделении №9 и в отделении №18, по адресу: Сибирский тракт, 8-й километр.

Для диагностики преморбидных особенностей пациентов с депрессивным расстройством личности использовались следующие методики:

1. Шкала депрессии Бека, предназначенная для диагностики уровня депрессии. Методику предложил А.Т. Бек в 1961 г.

Согласно степени выраженности симптоматики, у каждого пункта есть свое значение от 0 (симптома нет или выражение его минимально) до 3 (максимально выражен симптом). В некоторые категории включены альтернативные утверждения, которые обладают эквивалентным удельным весом.

2. Шкала тревоги Спилбергера, предназначена для самооценки уровня тревожности пациента в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека).

Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как

эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

Испытуемому предлагается оценить верность в отношении себя 20 утверждений по 4-бальной шкале.

3. Опросник Плутчика Келлермана Конте – Методика «Индекс жизненного стиля», предназначенный для диагностики механизмов психологических защит, позволяющий выявить как ведущие, основные механизмы, так и оценить степень напряженности каждого.

4. Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса предназначен для выявления копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий.

5. Методика многофакторного исследования личности Кеттелла предназначена для оценки индивидуально-психологических особенностей личности.

Является одним из наиболее распространенных анкетных методов оценки индивидуально-психологических особенностей личности как за рубежом, так и у нас в стране.

#### **Методы математической обработки данных.**

Для получения достоверных данных, материалы были обработаны с помощью статистически – математических методов. В качестве статистических методов был использован статистический пакет IBM SPSS Statistics 10.0.

Для получения корреляционных связей был выбран метод математической статистики - Критерий  $\chi^2$  Пирсона – этот метод является непараметрическим, он позволяет оценить степень значимости различий между фактическим (выявленным в результате исследования) количеством исходов или качественных характеристик выборки, которые попадают в каждую категорию, и теоретическим количеством, ожидаемым в изучаемых группах при справедливости нулевой гипотезы.

## 2.2 Психодиагностическое заключение: преморбидные особенности депрессивного расстройства личности у пациентов с депрессией

В данном параграфе остановимся на описании первичных результатов исследования и попытаемся выделить общие тенденции преморбидных особенностей у лиц с депрессивным расстройством.

Депрессивное расстройство изучалось с помощью методики «*Шкала Бэка*». Зафиксированные в процессе проведения и обработки методики результаты, позволили выявить различные формы депрессии у данных обследуемых.

Результаты процентной выраженности форм депрессии и представлены на рисунке 1 и приложении 1:

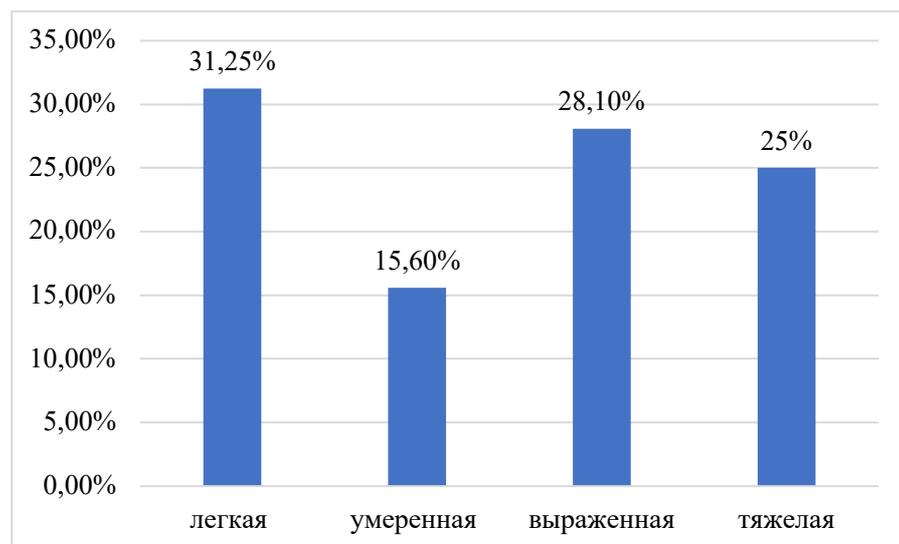


Рисунок 1 - Результаты процентной выраженности форм депрессии у пациентов с депрессивными расстройствами личности

Результаты, представленные на рисунке 1 и в приложении 1 показывают, что в обследуемой группе преобладает легкая форма депрессии, 31,25% респондентов имеют данную форму депрессии.

Выраженную форму депрессии имеют 28,1% респондентов. Тяжелую форму – 25%. Умеренную форму – 15,6%.

Таким образом, можно сделать вывод, что обследуемая группа имеет депрессивное расстройство.

Для самооценки уровня тревожности пациента в данный момент и личностной тревожности использовалась методика **«Шкала тревоги Спилбергера»**.

Результаты процентной выраженности реактивной и личностной тревожности представлены на рисунке 2,3 и Приложении 2.

Зафиксированные в процессе проведения и обработки методики результаты, позволяют сделать следующие выводы:

Низкие значения уровня тревожности имеет 3,2% респондентов, средний уровень 71,8% человек, а высокий – 25% человек, что свидетельствует о пониженном чувстве ответственности.

Данной категории респондентов можно порекомендовать обратить внимание на мотивы деятельности. В некоторых случаях сниженной тревожности в показателях теста можно наблюдать активное вытеснение личностью повышенного уровня тревоги с целью стать более «социально одобренным» в глазах окружающих.

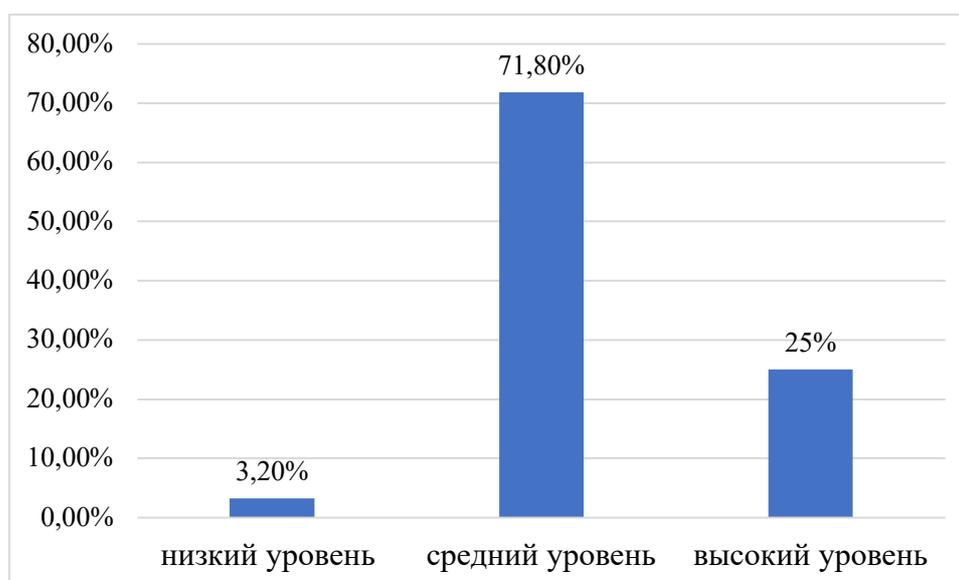


Рисунок 2 - Результаты процентной выраженности уровня ситуативной тревожности

Средние и высокие значения уровня тревожности имеет 96,8% респондентов – это свидетельствует о том, что у данных респондентов существует склонность к проявлению тревожности в ситуациях, когда окружающие оценивают его компетентность.

Это говорит о необходимости снижения субъективной значимости ситуации, с помощью переноса акцента на осмысление деятельности.



Рисунок 3 - Результаты процентной выраженности уровня ситуативной тревожности

Высокая личностная тревожность у 87,5% испытуемых определяет их как людей склонных к устойчивому восприятию обширного круга ситуаций как угрожающих. Высокая тревожность так же имеет корреляционную связь с эмоциональными и невротическими срывами.

Высокая ситуативная тревожность проявляется чувством перманентного напряжения, беспокойства, нервозности. Такое состояние влечет за собой нарушение внимания, нарушение тонкой координации.

Для диагностики механизмов психологических защит использовался *опросник Плутчика Келлермана Конте – Методика «Индекс жизненного стиля»*.

Зафиксированные в процессе проведения и обработки методики результаты, представлены в процентном соотношении на рисунке 4 и приложении 3:

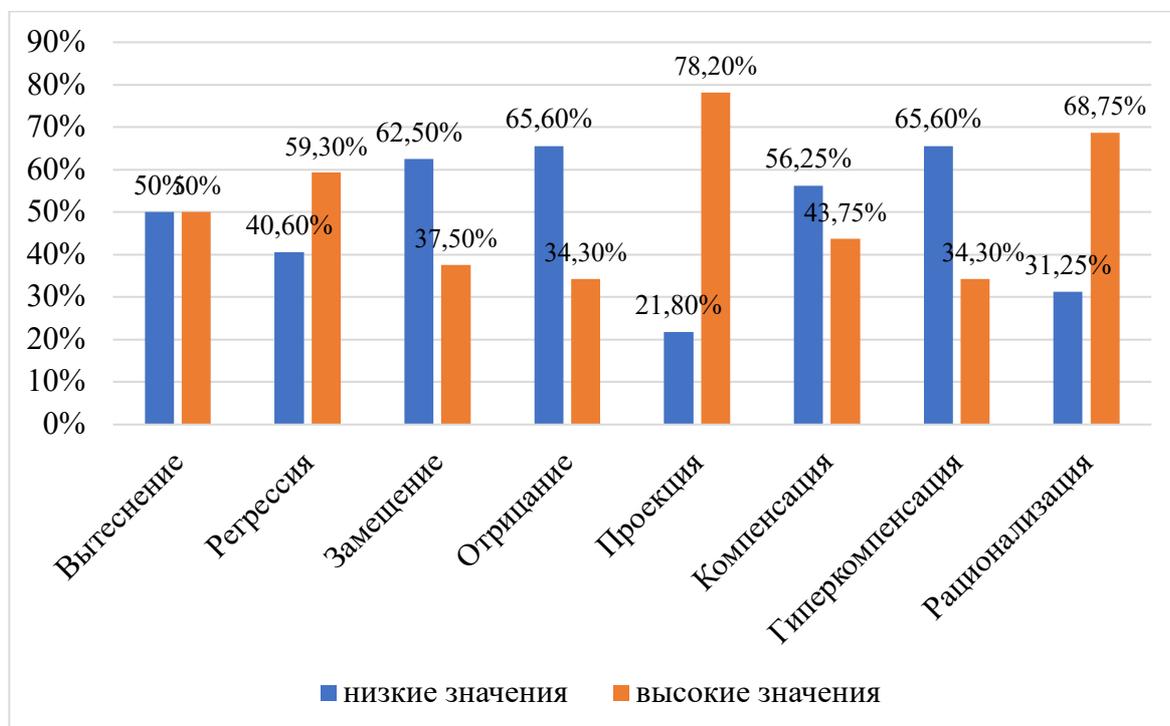


Рисунок 4 - Результаты опросника Индекс жизненного стиля

Мы можем сделать вывод, что высокие значения по выраженности механизмов психологических защит в данной группе респондентов имеются по шкалам: регрессия, проекция, рационализация.

Низкие значения были получены по следующим шкалам: замещение, отрицание, компенсация и гиперкомпенсация.

По шкале «*Проекция*» высокие значения имеют 78,2% человек.

Это свидетельствует о том, что данным людям присуще приписывание окружающим людям неприемлемых для них самих чувств и мыслей. Респонденты склонны их локализовать вовне и с помощью данного процесса эти чувства становятся как бы второстепенными.

По шкале «*Рационализация*» у 68,75% респондентов выявлены высокие значения.

Данным людям присуще примирять свои ожидания и действительность, а также оправдывать собственные чувства или поступки.

Такие люди не решают свои проблемы, а защищаются от них. В надежде «сохранить лицо», пытаются показаться лучше, чем они есть, а это только усугубляет возникшие трудности.

Жизнь становится серой, человек перестает чему-то удивляться и становится менее внимательным к реальности.

По шкале *«Регрессия»* 59,3% респондентов имеют высокую выраженность.

Это свидетельствует о том, что личность в своем привычном поведении стремится к нивелированию ощущения тревоги с помощью возврата на более ранние стадии развития либидо.

В момент влияния фрустрирующих факторов, человек подменяет решение более сложных вопросов, на субъективно более легкие и простые в исполнении, пытаясь разрешить тем самым фрустрирующий конфликт.

Применение менее сложных и наиболее понятных стереотипов в поведении является одним из самых простых способов разрядки импульса. Людям, использующим данный вид защиты присущи импульсивность и слабость эмоционально-волевой сферы.

Низкие значения были получены по следующим шкалам: замещение, отрицание, компенсация и гиперкомпенсация.

По шкале *«Отрицание»* низкие значения выявлены у 65,6% испытуемых. Исходя, из полученного результата можно сделать вывод, что данные люди не отрицают обстоятельства, которые вызывают у них чувство тревоги и фрустрацию.

Иными словами, аспекты внешнего мира, которые тревожат и могут привести к конфликту, ими принимаются и осознаются.

По шкале *«Гиперкомпенсация»* преобладают низкие значения у 65,6% респондентов, данный результат свидетельствует о том, что данным людям не

свойственно стремление тотально превзойти окружающих, отомстить, доказать своё величие, присущи иррациональные чувства собственной ущербности, когда человек обнаруживает в себе существующие или воображаемые дефекты.

Это приводит к нежеланию изменить ситуацию, психика, таким образом, не пытается сохранить целостность и адекватное восприятие реальности.

По шкале *«Замещение»* низкие значения выявлены у 62,5% респондентов.

Исходя, из полученного результата можно сделать вывод, что данным людям не свойственна разрядка подавляемых импульсов (это, например, такие эмоции как враждебность, гнев).

Эти импульсы перенаправляются на те объекты, которые собой представляют меньшую опасность или являются наиболее доступными, чем те, которые вызывают негативные эмоции и чувства.

Данным людям не свойственно поведение, направленное на разрешение эмоционального напряжения, которое возникает по причине фрустрации, соответственно, облегчения или достижения поставленной цели не происходит.

По шкале *«Компенсация»* преобладают низкие значения у 56,25% респондентов.

Данный результат свидетельствует о том, что людям не присуще находить оптимальную замену существующего или созданного воображением дефекта или неприемлемого чувства другим качеством.

Таким респондентам не свойственно избегание конфликтов и повышение чувства самодостаточности.

Для выявления стратегий поведения у людей с депрессивным расстройством использовался опросник *«Способы совладающего поведения»* Лазаруса.

Полученные результаты в процентном соотношении представлены на рисунке 5 и приложении 4:

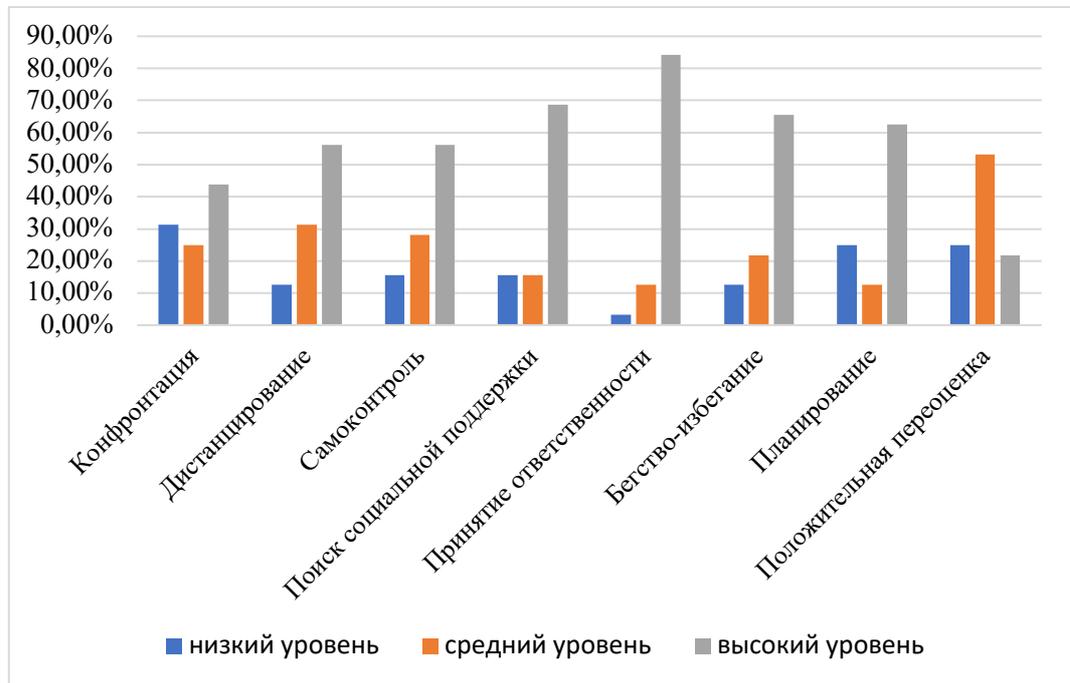


Рисунок 5 - Результаты опросника Способы совладающего поведения

Зафиксированные в процессе проведения и обработки методики результаты, позволяют сделать вывод о том, что:

По шкале *«Принятие ответственности»* выявлено 84,3% обследуемых. Данные пациенты используют такой способ преодоления трудностей.

Это свидетельствует о том, что им свойственно признавать собственное влияние на процесс возникновения проблемы и им свойственно признание ответственности за ее разрешение, часто, с проявлением компонента самокритики и самообвинения.

Это может приводить к слишком жесткой самокритике, ощущению чувства вины и недовольства собой.

Вышеописанная особенность, может стать фактором риска развития депрессивного состояния.

По шкале *«Поиск социальной поддержки»* 68,75% респондентов имеют высокие значения по уровню выраженности.

Данные обследуемые используют стратегию поиска социальной поддержки, которая предполагает использование привлечения внешнего или социального ресурса для попытки преодолеть ситуацию стресса или проблему. Таким людям свойственно испытывать потребность в эмоциональной поддержке, им хочется быть выслушанными, они стремятся к получению эмпатичного ответа и разделения с кем-либо своих переживаний.

По шкале *«Бегство-избегание»* 62,5% респондентов имеют высокие значения по уровню выраженности.

Полученный результат, свидетельствует о том, что эта стратегия используется для того, чтобы преодолеть трудности в разных сферах психической деятельности.

Эта стратегия представляет собой набор попыток преодоления стрессовых ситуаций за счет реакции уклонения.

В этот вид реакции входят такие поведенческие формы, такие как отрицание проблем, фантазии, необоснованные ожидания и отвлечение внимания. Наиболее распространенные обходные пути могут начать проявлять неконструктивные поведенческие модели в условиях стресса.

Отрицая или игнорируя ситуацию фрустрации, мы пытаемся избежать чувства ответственности за возникающие жизненные трудности и собственные действия.

Поведение для снятия неприятного эмоционального напряжения, нетерпимости, проявления вспышек гнева и разочарования, погружение в фантазии, бесконтрольный прием пищи, употребление сурфактантов и др.

По шкале *«Самоконтроль»* и *«Дистанцирование»* больше половины обследуемых 56,25% используют данные стратегии поведения. Дистанцирование предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее.

Характерно для данной категории испытуемых использование интеллектуальных приемов рационализации, переключения внимания, отстранения, юмора, обесценивания и т.п.

Для оценки индивидуально-психологических особенностей пациентов с депрессивным расстройством использовалась «Методика многофакторного исследования личности Р. Кэттелла».

Результаты, полученные в результате диагностики, представлены в процентном соотношении на рисунке 6 и приложении 5:

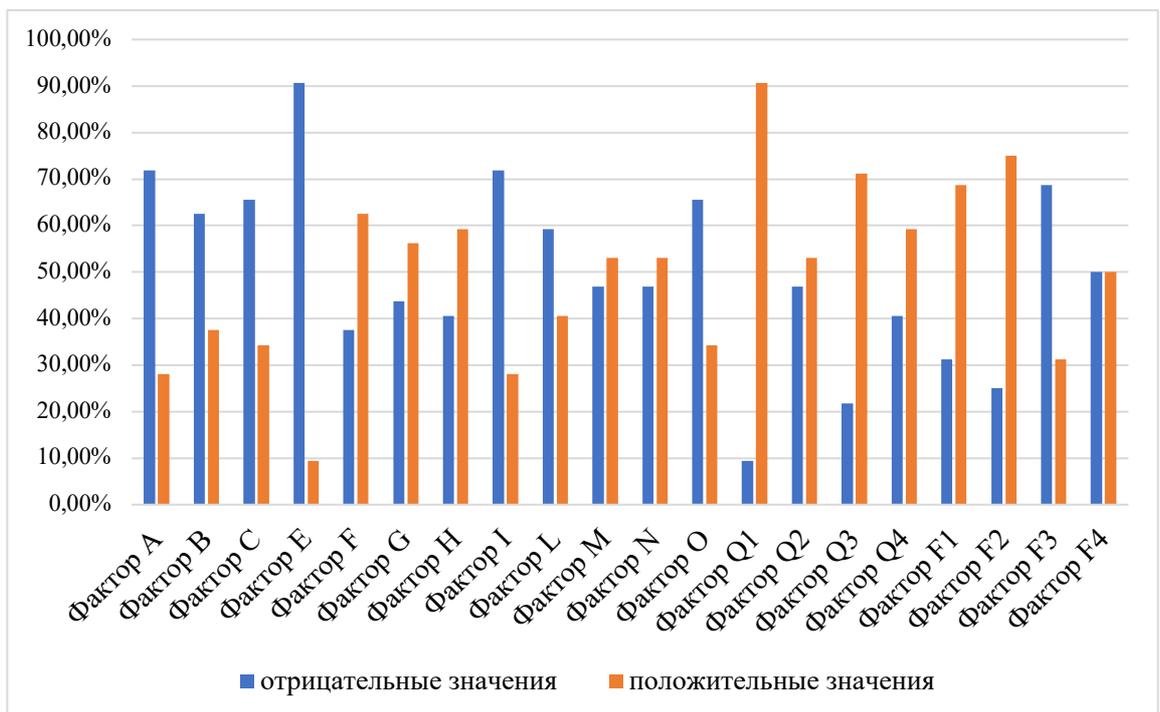


Рисунок 6 - Результаты опросника Методика многофакторного исследования личности

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что: по шкале «замкнутость – общительность» больше половины испытуемых (71,8%) имеют отрицательные значения (отрицательный полюс).

Полученный результат свидетельствует о том, что данные пациенты склонны проявлять обособленность, некоторую отчужденность в общении, недоверчивы, скрытны, в компаниях мало общительны и замкнуты, склонны проявлять объективность в суждениях, но при этом несколько ригидны, могут излишне жестко оценивать окружающих их людей.

Такие люди могут испытывать сложности в создании социальных контактов.

По шкале *«интеллект»* 62,5% испытуемых имеют отрицательный полюс в значениях, что говорит о том, что данные люди склонны к конкретности и относительной ригидности мышления. У них есть сложности с решением абстрактных заданий, оперативность мышления снижена.

Уровень вербальной культуры у данных респондентов несколько снижен.

На сниженные значения по данному фактору могут влиять уровни других личностных характеристик: тревожность, фрустрированность, низкий образовательный ценз.

По шкале *«эмоциональная нестабильность – эмоциональная стабильность»* наблюдаются отрицательные значения у 65,6% респондентов. Данные люди эмоционально неустойчивы, импульсивны, находятся под влиянием чувств, их настроение часто меняется, быстро и легко расстраиваются, неустойчивы в интересах.

Имеют низкую толерантность по отношению к фрустрации, раздражительны, быстро утомляются.

По шкале *«подчиненность – доминантность»* отмечается яркая выраженность значений отрицательного полюса - 90,6%.

Данным пациентам свойственна мягкость, уступчивость, тактичность, кроткость, любезность, зависимость, безропотность, услужливость, почтительность, застенчивость, они готовы брать вину на себя, скромны, экспрессивны, склонны легко выходить из равновесия.

По шкале *«сдержанность – экспрессивность»* отмечается у данных пациентов значения положительного полюса - 62,5%.

Им свойственны проявления импульсивности, восторженности, беспечности, безрассудности в выборе партнера, социальные контакты для них особо значимы, они экспрессивны, проявляют яркоокрашенные

эмоциональные реакции в отношениях с людьми, динамичны в общении, что предполагает предрасположенность к эмоциональному лидерству в группах.

По шкале **«низкая нормативность поведения – высокая нормативность поведения»** 56,25% имеют значения данного показателя в положительном полюсе.

Данный результат свидетельствует о том, что данные пациенты добросовестны, ответственны, стабильны, склонны к морализированию, совестливости. У них повышено чувство ответственности, так же наблюдается склонность к осознанному соблюдению моральных правил и норм. Склонны к настойчивым попыткам достижения поставленных целей.

По шкале **«робость – смелость»** у 59,3% респондентов показатели в положительном полюсе.

Данный результат свидетельствует о том, что им свойственна смелость, предприимчивость, активность; есть способность принимать самостоятельные, незаурядные решения, авантюристы и часто занимают лидерские позиции в группах.

По шкале **«жесткость – чувствительность»** 71,8% респондентов имеют значения в отрицательном полюсе.

Это свидетельствует о том, что данным респондентам свойственна самоуверенное, суровое поведение. Могут быть практичными, но иногда проявляют жесткость в отношениях с окружающими. Они рациональны, логичны.

По шкале **«доверчивость - подозрительность»** наблюдаются значения в отрицательном полюсе у 59,3% респондентов.

Полученный результат, свидетельствует о том, что данной группе респондентов свойственно быть открытыми, уживчивыми, терпимыми, покладистыми, они свободны от зависти, уступчивы. Имею чувство собственной незначительности.

По шкале **«практичность - мечтательность»** больше половины респондентов 53,1% респондентов имеют значения в положительном полюсе.

Данный результат свидетельствует о том, что у них есть богатое воображение и склонность к полному поглощению в свои идеи, внутренние иллюзии.

Такие люди могут легко отказаться от практических суждений, умело оперируют абстрактными понятиями, склонны к ориентации на собственный внутренний мир.

По шкале *«прямолинейность - дипломатичность»* больше половины респондентов 53,1% респондентов имеют значения в положительном полюсе.

Полученный результат, позволяет сделать вывод, что данные пациенты умеют достойно держать себя в обществе, в общении дипломатичны, эмоционально выдержаны, проницательны, осторожны, хитры, находчивы, расчетливы.

По шкале *«спокойствие – тревожность»* у данных респондентов наблюдаются отрицательные значения у 65,6% респондентов.

Полученный результат, позволяет сделать вывод, что данным пациентам свойственна безмятежность, умиротворенное настроение, редко выходят из себя.

Часто отсутствует чувство угрозы, порой до такой степени, что у них пропадает чувствительность к тому, какие эмоции они могут вызвать у окружающих людей. Они могут не испытывать раскаяния и чувства вины.

По шкале *«консерватизм - радикализм»* 90,6% испытуемых имеют значения в положительном полюсе. Данный результат, позволяет сделать вывод, что они склонны к свободомыслию, экспериментаторству.

Зачастую имеют интеллектуальные интересы и хорошее аналитическое мышление.

По шкале *«конформизм - нонконформизм»* больше половины пациентов (53,1%) имеют значения в положительном полюсе. Данный результат, позволяет сделать вывод, что данные испытуемые независимы, ориентируются на собственные решения, самостоятельны, находчивы, стремятся проявить свое собственное мнение.

По шкале *«низкий самоконтроль - высокий самоконтроль»* преобладают значения в положительном полюсе у большей половины респондентов (71,2%). Это свидетельствует о том, что они склонны контролю чувств и поведения.

Внимательны в социуме, то есть заботятся о собственной репутации. Могут быть склонны к излишнему упрямству.

По шкале *«расслабленность - напряженность»* имеют значения в положительном полюсе (59,3%). Полученный результат, свидетельствует о том, что данные пациенты имеют напряженность, фрустрированность, повышена мотивация, беспокойство, взвинченность, раздражительность.

Анализ вторичных фактор позволил выделить следующие особенности:

По шкале *«тревога»* 68,75% респондентов имеют показатели в положительном полюсе, что позволяет сделать вывод о том, что они имеют повышенные показатели.

Тревога не обязательно будет невротической, так как этот аспект определяется конкретной ситуацией. Но здесь может наблюдается некоторая неприспособленность.

По шкале *«экстраверсия-интроверсия»* 75% респондентов имеют высокие показатели, что свидетельствует о том, что данные пациенты социально контактны, не заторможены, успешно устанавливают и поддерживают межличностные связи.

По шкале *«чувствительность»* 68,75% имеют низкие показатели. Им свойственны сложности, обусловленные проявляющейся повышенной эмоциональностью.

Эту категорию людей можно отнести к типу неудовлетворенных и испытывающих фрустрацию.

Здесь присутствует компонент чувствительности к особенностям жизни. Возможно, у таких людей есть артистические таланты.

В случае, если возникает какая-либо проблема, на ее решение потребуется много времени на размышления прежде, чем человек начнет действовать.

Таким образом, исходя из полученных первичных результатов, можно сделать вывод, что пациенты с депрессивным расстройством личности, имеют:

Высокую ситуативную и личностную тревожность, которая проявляется в появлении нерациональных страхов и переживаний, наиболее часто используют механизмы психологических защит – проекция (то есть переносят собственные неприятные мысли и чувства на окружающий мир), регрессия (переход к незрелым формам поведения в случае конфликтов или неприятных ситуаций, стресса), рационализация (склонность к попыткам логическим путем объяснять собственные неприемлемые формы поведения или эмоции, чувства).

Для многих пациентов свойственна следующая стратегия поведения при стрессе – принятие ответственности, поиск социальной поддержки, бегство-избегание (иными словами данную стратегию можно назвать склонностью к уклонению от стрессовых ситуаций за счет ухода в фантазии, возможно отрицания проблемы или попыток отвлечься на какой-либо предмет, не связанный с фактором стресса).

Личностные особенности присущи данным пациентам следующие: замкнутость, низкий интеллектуальный уровень, эмоциональная нестабильность, склонность к подчиненному поведению, экспрессивность, высокая вариативность поведения, смелость, жесткость, доверчивость, мечтательность, дипломатичность, спокойствие, радикализм, нонкомформизм, высокий самоконтроль, напряженность, повышенная тревожность, интроверсия и чувствительность.

### 2.3 Обсуждение вопроса о наличии взаимосвязи между формой депрессии и преморбидными особенностями депрессивного расстройства личности

Систематизация теоретических и экспериментальных исследований депрессивного расстройства позволила нам предположить: что у пациентов с разной формой депрессии будет характерная для этой формы картина преморбидных особенностей депрессивного расстройства личности.

Для дальнейшего доказательства гипотезы с помощью математической статистики, было необходимо определить отличие распределения переменных от нормального. Для решения этой задачи применялся критерий  $\chi^2$  Пирсона. Для обнаружения взаимосвязей между преморбидными особенностями и формой депрессии, полученные данные были подвергнуты корреляционному анализу.

#### Преморбидные особенности пациентов с легкой формой депрессией

Результаты представлены в табл.7 и приложении 6.

Выявлена отрицательная корреляционная связь легкой формы депрессии со шкалой «принятие ответственности» ( $r=-0,975$ ), указывает на то, что пациенты с легкой формой депрессии не признают, что именно они причастны ее возникновению и не готовы нести ответственность за ее решение.

Таблица 1 - Коэффициенты корреляции между легкой формой депрессии и преморбидными особенностями депрессивного расстройства личности

	Легкая форма депрессии
Принятие ответственности	-0,975**

\*\* $r_{крит} = 0,959$  при  $p \leq 0,01$ ;

Низкий коэффициент корреляции так же говорит и об общем уровне принятия ответственности, помимо того, что описано выше.

Данной категории пациентов можно предложить работу именно с этим аспектом.

Например, мы можем рассмотреть терапию принятия и ответственности, или ТПО (АСТ), — это один из методов психотерапии.

Имеются разные формы данного вида психотерапии, например, сокращённая версия FАСТ.

В отличие от когнитивно-поведенческой терапии, которая также используется в случае проблем с принятием ответственности, АСТ учит не изменять или контролировать свои мысли, переживания, чувства, а замечать их и принимать, даже если они неприятны.

### **Преморбидные особенности пациентов с умеренной формой депрессии**

Результаты представлены в таблице 8 и приложении 7.

Выявлена отрицательная корреляционная связь умеренной формы депрессии со шкалой «ситуативная тревожность» ( $r=-0,772$ ).

Ситуативную (реактивную тревожность) можно охарактеризовать следующими субъективными эмоциями: повышенным напряжением, постоянным неоправданным (в большинстве случаев) беспокойством, либо это беспокойство может быть несоизмеримо по уровню с раздражителем, озабоченностью, нервозностью.

Таблица 8 Коэффициенты корреляции между умеренной формой депрессии и преморбидными особенностями депрессивного расстройства личности

	Умеренная форма депрессии
Ситуативная тревожность	-0,772**
Эмоциональная стабильность – нестабильность	0,634*
Низкий – высокий самоконтроль	0,668*

\* $r_{крит} = 0,669$  при  $p \leq 0,05$ , \*\* $r_{крит} = 0,798$  при  $p \leq 0,01$ ;

Такое состояние может возникнуть, как эмоциональная реакция на стресс и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени. Данная корреляционная связь указывает на то, что пациенты, имеющие данную форму депрессии, не переживают по отношению к типичным событиям, они уже привыкли к данным событиям и не пытаются их изменить. На момент исследования пациенты не склонны ощущать напряжение, беспокойство, озабоченность, нервозность.

Так же низкая тревожность говорит о том, что испытуемые нуждаются в усилении чувства ответственности. Им нужна помощь в осознании реального мотива собственной деятельности.

Но очень низкая тревожность может являться маркером вытеснения личностью высокой тревоги. Цель у такого способа защиты – это возможность показать себя в «лучше, чем есть на самом деле».

Прежде, чем подбирать методы психотерапевтического воздействия для данной шкалы, нужно выяснить природу данного явления, то есть снижения общего уровня ситуативной тревожности – вытеснение это или же

испытуемым действительно нужны методики на работу с уровнем личностной ответственности.

Выявленная положительная корреляционная связь умеренной формы депрессии со шкалами «эмоциональная стабильность – нестабильность» ( $r=0,634$ ), указывает на то, что большинству испытуемых свойственна эмоциональная стабильность. То есть в поведении присутствует эмоциональная зрелость, спокойствие, устойчивость в интересах, возможна ригидность в мышлении.

Выявленная положительная корреляционная связь умеренной формы депрессии со шкалами «низкий – высокий самоконтроль» ( $r=0,668$ ) указывает на то, что пациенты в большинстве своем проявляют высокий самоконтроль. То есть они эмоционально устойчивы, спокойны.

Самоконтроль – это целенаправленные действия, сильная воля, умение контролировать свои эмоции и поведение.

Противоположность самоконтроля – это снижение дисциплинированности, зависимость от настроений, неумение контролировать свои эмоции и поведение, что не свойственно большинству наших испытуемых, так как шкала самоконтроля имеет положительную корреляционную связь.

В данном случае, можно рекомендовать использование когнитивно-поведенческой терапии.

### **Преморбидные особенности пациентов с выраженной формой депрессией**

Результаты представлены в таблице 9 и приложении 8.

Выявленные отрицательные корреляционные связи выраженной формы депрессии со шкалой «самоконтроль» ( $r=-0,827$ ), что свидетельствует о том, что самоконтроль у данной категории пациентов снижен, в отличие от пациентов с умеренной депрессией, которые были описаны выше. Соответственно, здесь мы видим противоположную картину – снижение

дисциплинированности, зависимость от настроений, неумение контролировать свои эмоции и поведение.

В качестве психотерапии для пациентов с проблемами с самоконтролем была предложена когнитивно-бихевиоральная терапия и физические упражнения.

Таблица 9 Коэффициенты корреляции между выраженной формой депрессии и преморбидными особенностями депрессивного расстройства личности

	Выраженная форма депрессии
Личностная тревожность	-0,655*
Отрицание	-0,729*
Рационализация	-0,654*
Самоконтроль	-0,827**
доверчивость – подозрительность	-0,737*
прямолинейность - дипломатичность	0,807**

\*  $r_{крит} = 0,707$  при  $p \leq 0,05$ , \*\*  $r_{крит} = 0,834$  при  $p \leq 0,01$

Выявленные отрицательные корреляционные связи выраженной формы депрессии со шкалой «доверчивость-подозрительность» ( $r=-0,737$ ) свидетельствуют о том, что данная категория пациентов не склонна к доверчивости, они склонны к проявлению подозрительности и недоверия к другим людям.

Возможно, помочь пациентам начать проявлять доверчивость помогут групповые занятия с психологом, так как в таком формате терапии формируется сплоченность и укрепляются межличностные связи.

По шкале «отрицание» ( $r=-0,729$ ) выявлена отрицательная корреляционная связь, соответственно испытуемые с выраженной формой депрессии не склонны к использованию данной психологической защиты.

Такие пациенты в большинстве своем принимают даже не самую приятную реальность, не отрицая ее.

По шкале «личностная тревожность» ( $r=-0,655$ ) наблюдается отрицательная корреляционная связь, что свидетельствует либо о сниженном уровне тревоги, либо является свидетельством активного вытеснения личностью высокой тревоги с целью показать себя в «лучшем свете».

Шкала с отрицательной тенденцией «рационализация» ( $r=-0,654$ ), указывает на то, что пациенты с депрессивным расстройством выраженной формы не склонны к использованию данного механизма психологической защиты.

Соответственно, такие пациенты преодолевают отрицательные эмоции за счет того, что целенаправленно подавляют и сдерживают эмоции, но это не минимизирует их действие на восприятие сложившейся ситуации и это никак не влияет на выбор стратегии поведения. Они не доверяют другим людям, часто в них сомневаются, погружены в свое «Я», заинтересованы во внутренней психической жизни.

Проявляют осмотрительность в своих действиях, не склонны к заботе о других людях. Склонны воспринимать угрозу в узком диапазоне ситуаций. Принимают фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства, либо какой-либо внутренний импульс или сторону самого себя. Они не примиряют свои ожидания и действительность, а также не оправдывают собственные чувства или поступки.

Выявленная положительная корреляционная связь выраженной формы депрессии со шкалой «прямолинейность – дипломатичность» ( $r=0,807$ ),

указывает на то, что пациенты с выраженной формой депрессии в общении проявляют прямолинейность и расчетливость.

Таким образом, можно сделать вывод, что основной выбор работы с такой категорией пациентов – это групповая психотерапия и когнитивно-поведенческая терапия.

### **Преморбидные особенности пациентов с тяжелой формой депрессией**

Результаты представлены в таблице 10 и приложении 9.

Выявленная положительная корреляционная связь тяжелой формы депрессии со шкалами «дистанцирование» ( $r=0,880$ ), «вытеснение» ( $r=0,581$ ), свидетельствует о том, что пациенты преодолевают негативные переживания в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее.

Ниже, на таблице 10 представлены результаты корреляционного анализа между тяжелой формой депрессии и преморбидными особенностями депрессивного расстройства личности.

Таблица 10 Коэффициенты корреляции между тяжелой формой депрессии и преморбидными особенностями депрессивного расстройства личности

	Тяжелая форма депрессии
Вытеснение	0,581*
Дистанцирование	0,880**
доверчивость – подозрительность	-0,700*
конформность- независимость	-0,669*

\*  $r_{крит} = 0,632$  при  $p \leq 0,05$ , \*\*  $r_{крит} = 0,765$  при  $p \leq 0,01$

В данном случае, с дистанцированием и вытеснением может подойти работа в гештальт-терапии, где пациент, выполняя упражнения, сможет прожить свои внутренние конфликты, проанализировать эмоции и физические ощущения.

Выявленная отрицательная корреляционная связь тяжелой формы депрессии со шкалами «доверчивость – подозрительность» ( $r=-0,700$ ), «конформность - независимость» ( $r=-0,669$ ), свидетельствует о том, что пациенты с тяжелой формой депрессии уживчивы, покладисты, уступчивы. Имеют чувство собственной незначительности, зависят от мнения и требований группы, следуют за общественным мнением, низкая самостоятельность, ориентированы на социальное одобрение.

Для решения данных проблем мы можем рассмотреть клиент-центрированную терапию.

Самое важное в такой терапии — это эмоциональная атмосфера доверия, уважения и не оценивающего понимания. Это позволит пациенту чувствовать, что его воспринимают таким, какой он есть; он может говорить обо всем, не опасаясь осуждения или неодобрения.

Исходя из вышеописанного, мы можем сделать вывод, что для каждой формы депрессии характерны свои особенности.

Пациенты с тяжелой формой склонны к использованию такого механизма психологической защиты, как вытеснение и такого копинга, как дистанцирование.

Пациенты у выраженной формой депрессии в общении проявляют прямолинейность и расчетливость, они не склонны к доверчивости, но склонны к проявлению подозрительности и недоверия к другим людям.

Пациенты с умеренной формы депрессии в большинстве своем проявляют высокий самоконтроль. То есть они эмоционально устойчивы, спокойны.

Пациенты с легкой формой депрессии не признают, что именно они причастны ее возникновению и не готовы нести ответственность за ее решение.

## **2.4 Психотерапия пациентов с разной формой депрессии депрессивного расстройства личности**

В данном параграфе мы более подробно остановимся на различных психотерапевтических подходах для пациентов с различной формой депрессивного расстройства личности.

Большое количество случаев депрессивной симптоматики имеет тенденцию к медленному обратному развитию, но лечение медикаментозными препаратами важно для наиболее оптимального процесса избавления от симптомов, ремиссии и уменьшения времени заболевания.

На сегодняшний день лечение депрессии медикаментозным путем и помощью психотерапии является очень важной темой, так как статистика ВОЗ сообщает, что от клинической депрессии страдает более 260 млн жителей Земли.

Ежегодно по причине заболевания депрессией происходит примерно 800 тыс. смертей, чаще всего данному заболеванию подвержена категория подростков, юношей и девушек в возрастном диапазоне от 15 до 29 лет.

Соответственно, первая особенность сопровождения больного с депрессивным расстройством личности – это рекомендация психолога обратиться к врачу психиатру для назначения медикаментозного лечения или купирования симптомов антидепрессантами.

Антидепрессанты помимо описанного, могут являться эффективными в купировании неясной с медицинской точки зрения соматической симптоматики, которая встречается при депрессии.

Сюда, например, можно отнести такие симптомы, как головная боль, звон в ушах и т.д.

Хорошей стратегией ведения пациентов считается сочетание медикаментозной терапии и длительной когнитивно-поведенческой терапии или межличностной терапии. Комбинация этих методов более эффективна, чем лечение по отдельности.

Кроме того, когнитивно-поведенческая терапия снижает риск повторных эпизодов у пациентов с остаточными депрессивными симптомами, получающих поддерживающую терапию антидепрессантами (категория достоверности доказательств А) [12].

Помимо вышеперечисленных методов могут использоваться групповые тренинги, арт-терапия разного вида.

Итак, начнем с рассмотрения фармакотерапии.

Но здесь стоит отметить, что психолог не имеет полномочий для назначения лекарственных препаратов, но так как все исследуемые пациенты в данной работе находились в процессе медикаментозной терапии, следует перечислить препараты, используемые для лечения депрессивной симптоматики:

Антидепрессанты (тимоаналептики):

1. неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов: амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, мапротилин, пипофезин и др.;
2. селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: флуоксетин, флувоксамин, пароксетин, сертралин, циталопрам, эсциталопрам;
3. селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина: венлафаксин, милнаципран, дулоксетин;
4. селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина и дофамина: бупропион;
5. обратимые ингибиторы моноаминоксидазы типа А: моклобемид, пирлиндол;
6. норадренергические и специфические серотонинергические антидепрессанты: миансерин, мirtазапин;
7. специфические серотонинергические антидепрессанты: тразодон;

## 8. мелатонинергические антидепрессанты: агомелатин.

Данный раздел здесь рассмотрен очень кратко, без углубления в терминологию и ограничения.

Но для нас, как для психологов, первой линией сопровождения пациентов являются методы именно психологической работы с пациентами, поэтому тут мы остановимся более подробно.

Исходя из особенностей задач психологического сопровождения, нами были рассмотрены наиболее действенные виды терапии.

1. Индивидуальная психотерапия. Здесь стоит отметить когнитивно-бихевиоральный подход.

Цель этого вида терапии – это помощь пациентам в осознании собственного неадекватного восприятия (имеются ввиду искаженные когниции, которые являются почвой для нереалистичных представлений о себе и мире.

2. Групповая межличностная психотерапия. Основной целью данного подхода стало построение гармоничных взаимоотношений между окружающим миром и людьми вокруг.

3. Семейная психотерапия. Семейная терапия направлена на улучшение социального функционирования семьи обратившегося, его самого и его близких родственников, которые зачастую могут стать теми самыми социальными стрессорами.

В случае использования семейной психотерапии мы можем брать приемы так называемой поддерживающей терапии, которая направлена на помощь близким пациента в создании адекватного отношения к психотерапии, получаемой больным.

В данном случае, мы можем снизить влияние их травмирующего (для пациента) поведения, корректировать неадекватную оценку тяжести состояния пациента.

Клиент-центрированная психотерапия — это психотерапевтический метод, который был предложен К. Роджерсом (1902—1987), радикально

перевернувшем основное понятия психотерапии: не терапевт, а клиент является экспертом самому себе.

Основная гипотеза клиент-центрированной психотерапии была сформулирована так: «В каждом из нас есть богатый ресурс для интерпретации собственной сущности, для изменения собственной Я-концепции, установок, отношения к себе и поведения».

Но чтобы этот ресурс имел выход, нужны условия. Эти установки были обозначены К. Роджерсом как «операционная философия терапевта» и как «путь контакта с клиентом».

К. Роджерсом была точно сформулирована концепция психотерапии в форме шести «необходимых и достаточных условий для развития личности посредством психотерапии», где он подчёркивал значение базового терапевтического отношения.

Это дало стимул к исследованию в области психотерапии и значительно повлияло на понимание психотерапии в целом.

Данные условия являются основой клиент-центрированной психотерапии.

Мы можем рассмотреть терапию принятия и ответственности, или ТПО (или АСТ), — это один из методов психотерапии.

Имеются разные формы данного вида психотерапии, например, сокращённая версия FACT.

В отличие от когнитивно-поведенческой терапии, которая так же используется в случае проблем с принятием ответственности, АСТ учит не изменять или контролировать свои мысли, переживания, чувства, а замечать их и принимать, даже если они неприятны.

Экзистенциальная психотерапия — это вид психотерапевтического направления, который ставит своей целью направление пациента к переосмыслению собственной жизни, осознанию своих истинных жизненных ценностей и коррекции своего жизненного пути на базе этих ценностей, при

этом важно принятие полной ответственности человека за свой собственный выбор.

Процесс жизнь рассматривается в экзистенциальной терапии как система внутренних конфликтов, благодаря разрешению которых наступает переосмысление жизненных ценностей, начинается поиск нового жизненного пути, начинается развитие личности.

Таким образом, внутриличностные конфликты и чувство тревоги, депрессии, апатии и другие состояния, проистекающие из этих конфликтов, рассматриваются не как проблемы и психические заболевания, а как важные ступени успешного личностного роста и развития.

Депрессия здесь рассматривается как этап утраты жизненных ценностей, но этот этап позволяет начать новый жизненный путь, предназначенный для поиска следующих ценностей; тревогу и беспокойство в этой теории считают естественными признаками необходимости разрешения конфликта, как только этот выбор будет сделан, тревога и беспокойство покинут человека.

Соответственно, задача экзистенциального терапевта – это помощь клиенту в осознании своих самых глубинных экзистенциальных проблем, пробуждение философского размышления над ними и вдохновение на принятие необходимого решения на данном этапе жизни.

Если человек не решается и пытается отсрочить момент принятия этого решения, то он «застревает» в чувстве тревоги и депрессии.

Исходя из вышеописанного, можно сказать, что в психотерапевтическом сопровождении депрессивных пациентов особо важным аспектом является совмещение эмоциональной поддержки и эмпатического восприятия.

Далее, психологу рекомендуется работа, направленная на коррекцию не всегда осознаваемых психологических установок и фантазий, которые способствуют реализации депрессивного поведения, а порой и суицидальных тенденций у больного.

## Выводы по второй главе

Исходя, из вышеописанного в данной главе, мы можем сделать вывод, что содержательная характеристика взаимосвязей черт личности имеет специфические особенности при каждой форме депрессии. По мере увеличения формы депрессии взаимосвязь преморбидных особенностей пациентов депрессивного расстройства личности имеют свои особенности:

- легкая форма депрессии имеет взаимосвязь с принятием ответственности;

- пациенты с умеренной формой депрессии имеют взаимосвязь с такими показателями как ситуативная тревожность, эмоциональная стабильность, высокий самоконтроль;

- выраженная форма депрессии коррелирует с такими показателями как личностная тревожность; механизмами защиты: отрицание, рационализация; индивидуально-психологическими особенностями: самоконтроль, подозрительность, дипломатичность;

- тяжелая форма депрессии имеет взаимосвязь с механизмом психологической защиты – вытеснение, стратегией поведения – дистанцирование, имеет связь с показателями доверчивости и конформности.

Стоит отметить, что в работе описаны не все шкалы корреляции между теми или иными особенностями, а выделены лишь те, которые имеют коэффициент  $r > 0,05$ . То есть те, в которых распределение считается приближенным к нормальному.

В итоге, наша гипотеза была подтверждена – перед развитием депрессивного расстройства личности действительно каждому пациенту присущи некоторые личностные особенности – **это или способ совладания со стрессом, или использование определенных психологических защит, различный уровень ситуативной и личной тревожности, какие-либо индивидуально-психологические особенности личности, которые обуславливают ход течения заболевания.**

Можно предположить, что у пациентов с разной формой депрессии будет характерная для этой формы картина преморбидных особенностей депрессивного расстройства личности.

В работе были даны рекомендации для клинических психологов по психотерапии этих пациентов.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

«Депрессивное расстройство личности — это вид расстройств личности, который характеризуется стойкими паттернами депрессивных когний и моделей поведения».

Депрессия — это вид психического расстройства, главными симптомами которого являются пониженное, подавленное, настроение, ощущение тоски, тревоги, страха, пустоты или безразличия. Может наблюдаться неспособность получения удовольствия (ангедония).

На сегодняшний день тема расстройств настроения, или же аффективных расстройств является крайне актуальной, обсуждаемой и глобальной.

Проблема депрессивного расстройства личности находится на стыке медицины и психологии, а в рамках психологии тесно соединяет ее клиническое направление, общее и личностное.

Причин этому много — быстрый темп жизни, новые требования к каждому члену общества, появление больших технических возможностей. Растут возможности мира, соответственно растут и требования к каждому члену этого мира.

В настоящее время к специалистам с депрессивной симптоматикой обращается все больше и больше людей разных рас, разного возраста, имеющих абсолютно разное социальное и финансовое положение.

Каждый пациент может назвать свой симптом или совокупность симптомов по-разному — ангедония, нежелание жить, скука, грусть, отсутствие настроения, тоска и так далее.

Зачастую, пациент, чувствуя признаки депрессивного расстройства, не обращается к специалисту, из-за стигматизации психических расстройств, личной боязни обращения за психиатрической и психологической помощью.

Конечно, это усугубляет положение и тут стоит отметить то, насколько важно говорить об этом со всеми возрастными группами населения Земли.

Депрессивному расстройству личности подвержены как дети, подростки, взрослые, так и пожилые люди.

Для каждого из таких пациентов особо важен индивидуальный и мягкий подход, что осложняет работу квалифицированного персонала, но вместе с тем делает работу именно над пациентом с депрессивным расстройством личности такой интересной.

В ходе работы мы подтвердили нашу гипотезу – у пациентов с разной формой депрессии будет характерная для этой формы картина преморбидных особенностей депрессивного расстройства личности.

Именно изучение преморбидных особенностей уже существующих на сегодняшний день пациентов, поможет нам составить психологический портрет человека, имеющего диагноз депрессивное расстройство личности, что поможет понять нам какие психотерапевтические подходы и техники являются наиболее подходящими для данной категории пациентов.

Соответственно, на основе данных эмпирического исследования были сформулированы рекомендации по подбору психотерапевтических методов для работы с депрессивными расстройствами личности.

По итогам проведенной работы, можно сказать, что все поставленные задачи и цель были достигнуты в ходе исследования в полном объеме.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Барденштейн, Л.М. Клинические критерии, динамика дистимии / Л.М. Барденштейн // Российский медицинский журнал. –2019. – № 4. – С. 38-40.
2. Битюцкая, Е. В. Современные подходы к изучению совладения с трудными жизненными ситуациями / Е.В. Битюцкая// Вестник Московского университета. Сер. 14. – Психология. – 2017. – № 1. – С. 100—111.
3. Всемирная организация здравоохранения. F3 Расстройства настроения (аффективные расстройства) // Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Класс V: Психические расстройства и расстройства поведения (F00—F99) (адаптированный для использования в Российской Федерации). — Ростов-на-Дону: «Феникс», 1999. — С. 166. — ISBN 5-86727-005-8.
4. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 4. – С. 18–48.
5. Депрессия в неврологической практике / А. М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, В.Л. Голубев, Г.М. Дюкова. – М.: МИА, 2017. – 208 с.
6. Кернберг О. Агрессия при расстройствах личности. - М.: Независимая фирма «Класс», 2018. 365 с.
7. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. – СПб.: Питер, 2003. – 250 с.
8. Корнетов Н. А. Некоторые подходы к превенции депрессий и суицидов В кн.: Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее: материалы VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии. – Уфа: «Феникс», 2016 – с.14.

9. Краткий психологический словарь. Под общей редакцией А.В. Петровского и М.Г. Ярошевского. - Москва, Издательство политической литературы, 1998. - 156с.
10. Крепелин, Э. Введение в психиатрическую клинику / Э. Крепелин. – М.: Бином Лаборатория знаний, 2004. – 492 с.
11. *Леонгард К.* Акцентуированные личности — Берлин, 2001. — 328 с. — ISBN 3-437-10447-0. Архивированная копия.
12. Немов Р.С. Основы психологического консультирования: Учеб. для студ. педвузов. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. - 394 с.
13. Немов Р.С. Психология. Книга 1. Общие основы психологии. 4-е изд. - М., Гуманитарный изд.центр "ВЛАДОС", 2001. - 650с.
14. Нэнси М.В. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Класс; 2017. – 96с.
15. Полмайер Г. Психоаналитическая теория депрессии // Энциклопедия глубинной психологии. М.: MGM-Interna, 2020. Т. 1. С. 681–740.
16. Пуговкина, О.Д. Нарушения социального познания при депрессии: теоретические подходы, методы изучения и выделенные дефициты / О.Д. Пуговкина // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – № 4. – С. 80-97
17. Смулевич, А. Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей / А. Б. Смулевич. – Медицинское информационное агентство, 2013. – 782 с.
18. Социальная психология: Хрестоматия: Учебное пособие для студентов вузов/Сост. Е. П. Белинская, О. А. Тихомандрицкая. - М: Аспект Пресс, 2003. - 471 с.
19. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению рекуррентного депрессивного расстройства Проект - 07.11.2013. Обсуждение на сайте Российского Общества Психиатров. М.: ГЭОТАРД-Медиа, 2013 – с. 17.

20. Фенихел,, О. Психоаналитическая теория неврозов / О. Фенихел. – М.: Академический проект, 2017. – 845 с.
21. *Фрейд, Зигмунд*. Основные психологические теории в психоанализе / пер. М. В. Вульф, А. А. Спектор. — М.: АСТ, 2006 — 400 с.
22. Чеснокова, О.И. Расстройства личности в международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10). Омский психиатрический журнал. 2017; 4(14): с. 4-9
23. Шнайдер, К. Клиническая психопатология / К. Шнайдер. – Киев. Сфера, 1999. – с.99 – 236 с.
24. Эйдемиллер, Э.Г. Детская психиатрия. Учебник для вузов / Э.Г. Эйдемиллер. – СПб.: Питер. 2004. – 1120 с.
25. Ясная В.А., Ениколопов С.Н. Перфекционизм: история изучения и современное состояние проблемы // Вопросы психологии. 2017. № 4. -С. 157–168.
26. Ясперс, К. Избранные труды по общей психопатологии. Т.1-2, М., 1996. - 138с.№ 1.- С. 44–53.
27. Американская психиатрическая ассоциация. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). — Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2019. — P. 411.
28. Хасин, Д.С., Сарвет А.Л., Мейерс Дж. Л. и др. Эпидемиология большого депрессивного расстройства у взрослых DSM-5 и его особенности в США. *JAMA Psychiatry* . 2018; 75 (4): с.336. DOI : 10.1001 / jamapsychiatry.2017.4602
29. Веккер, Л.М. Психика и реальность. Единая теория психических процессов // [Электронный ресурс] [www.psylib.org.ua/books/vekk101/](http://www.psylib.org.ua/books/vekk101/)
30. Википедия: свободная энциклопедия. Темперамент // [Электронный ресурс]. URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B5%D0%BC%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82>

31. МКБ-10. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F48) // [Электронный ресурс]. URL: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4237>

32. Psylab.info - энциклопедии психодиагностики. Методика многофакторного исследования личности Кэттелла // [Электронный ресурс]. URL: <https://psylab.info/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%>

33. Psylab.info - энциклопедии психодиагностики. Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса // [Электронный ресурс]. URL: <https://psylab.info/%D0%9E%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%>

34. Psylab.info - энциклопедии психодиагностики. Шкала депрессии Бека /URL: <https://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B>

35. Psylab.info - энциклопедии психодиагностики. Шкала тревоги Спилбергера // [Электронный ресурс]. URL: [https://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0\\_%](https://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%)

36. PsyTests. Психодиагностика. Модель Кеттелла. Тест Кеттелла 16PF/C // [Электронный ресурс]. URL: <https://psytests.org/result?v=ctlC-aA87t81czSYDGAROOgc&m=full>

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Результаты процентной выраженности форм депрессии у пациентов с депрессивными расстройствами личности

Форма депрессии	%
легкая	31,25%
умеренная	15,6%
выраженная	28,1%
тяжелая	25%

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Процентная выраженность ситуативной и личностной тревожности у пациентов с депрессивными расстройствами личности

Тревожность	низкая степень	средняя степень	высокая степень
ситуативная тревожность	1 чел. (3,2%)	23 чел. (71,8%)	8 чел. (25%)
личностная тревожность	0 чел.	4 чел. (12,5%)	28 чел. (87,5%)

## ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Процентная выраженность механизмов психологических защит по методике «Индекс жизненного стиля – Плутчика Келлермана Конте» у пациентов с депрессивными расстройствами личности

Механизмы психологических защит	низкие значения	высокие значения
Вытеснение	16 чел. (50%)	16 чел. (50%)
Регрессия	13 чел. (40,6%)	<b>19 чел. (59,3%)</b>
Замещение	<b>20 чел. (62,5%)</b>	12 чел. (37,5%)
Отрицание	<b>21 чел. (65,6%)</b>	11 чел. (34,3%)
Проекция	7 чел. (21,8%)	<b>25 чел. (78,2%)</b>
Компенсация	<b>18 чел. (56,25%)</b>	14 чел. (43,75%)
Гиперкомпенсация	<b>21 чел. (65,6%)</b>	11 чел. (34,3%)
Рационализация	10 чел. (31,25%)	<b>22 чел. (68,75%)</b>

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Процентная выраженность стратегий поведения по методике «Способы совладающего поведения» Лазаруса у пациентов с депрессивными расстройствами личности

Стратегия поведения	низкий уровень	средний уровень	высокий уровень
Конфронтация	10 чел. (31,25%)	8 чел. (25%)	<b>14 чел. (43,75%)</b>
Дистанцирование	4 чел. (12,5%)	10 чел. (31,25%)	<b>18 чел. (56,25%)</b>
Самоконтроль	5 чел. (15,6%)	9 чел. (28,1%)	<b>18 чел. (56,25%)</b>
Поиск социальной поддержки	5 чел. (15,6%)	5 чел. (15,6%)	<b>22 чел. (68,75%)</b>
Принятие ответственности	1 чел. (3,2%)	4 чел. (12,5%)	<b>27 чел. (84,3%)</b>
Бегство-избегание	4 чел. (12,5%)	7 чел. (21,8%)	<b>21 чел. (65,6%)</b>
Планирование	8 чел. (25%)	4 чел. (12,5%)	<b>20 чел. (62,5%)</b>

Положительная переоценка	8 чел. (25%)	<b>17 чел. (53,1%)</b>	7 чел. (21,8%)
--------------------------	--------------	------------------------	----------------

## ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Процентная выраженность индивидуально-психологических особенностей по «Методика многофакторного исследования личности Кеттелла» у пациентов с депрессивными расстройствами личности

	отрицательные значения	положительные значения
Фактор А	<b>23 чел. (71,8%)</b>	9 чел. (28,1%)
Фактор В	<b>20 чел. (62,5%)</b>	12 чел. (37,5%)
Фактор С	<b>21 чел. (65,6%)</b>	11 чел. (34,3%)
Фактор Е	<b>29 чел. (90,6%)</b>	3 чел. (9,4%)
Фактор F	12 чел. (37,5%)	<b>20 чел. (62,5%)</b>
Фактор G	14 чел. (43,75%)	<b>18 чел. (56,25%)</b>
Фактор H	13 чел. (40,6%)	<b>19 чел. (59,3%)</b>
Фактор I	<b>23 чел. (71,8%)</b>	9 чел. (28,1%)
Фактор L	<b>19 чел. (59,3%)</b>	13 чел. (40,6%)
Фактор M	15 чел. (46,9%)	<b>17 чел. (53,1%)</b>
Фактор N	15 чел. (46,9%)	<b>17 чел. (53,1%)</b>
Фактор O	<b>21 чел. (65,6%)</b>	11 чел. (34,3%)
Фактор Q <sub>1</sub>	3 чел. (9,4%)	<b>29 чел. (90,6%)</b>
Фактор Q <sub>2</sub>	15 чел. (46,9%)	<b>17 чел. (53,1%)</b>
Фактор Q <sub>3</sub>	7 чел. (21,8%)	<b>25 чел. (71,2%)</b>
Фактор Q <sub>4</sub>	13 чел. (40,6%)	<b>19 чел. (59,3%)</b>
Фактор F1	10 чел. (31,25%)	<b>22 чел. (68,75%)</b>
Фактор F2	8 чел. (25%)	<b>24 чел. (75%)</b>
Фактор F3	<b>22 чел. (68,75%)</b>	10 чел. (31,25%)
Фактор F4	16 чел. (50%)	16 чел. (50%)

Прим: Фактор А: «замкнутость - общительность», Фактор В: интеллект, Фактор С: «эмоциональная нестабильность - эмоциональная стабильность», Фактор Е: «подчиненность - доминантность», Фактор F: «сдержанность - экспрессивность», Фактор G: «низкая нормативность поведения - высокая нормативность поведения», Фактор H: «робость - смелость», Фактор I: «жесткость - чувствительность», Фактор L: «доверчивость - подозрительность», Фактор M: «практичность - мечтательность», Фактор N: «прямолинейность - дипломатичность», Фактор O: «спокойствие - тревожность», Фактор Q<sub>1</sub>: «консерватизм - радикализм», Фактор Q<sub>2</sub>: «конформизм - нонконформизм», Фактор Q<sub>3</sub>: «низкий самоконтроль - высокий самоконтроль», Фактор Q<sub>4</sub>: «расслабленность - напряженность», Фактор F1: «тревога», Фактор F2: «экстраверсия-интроверсия», Фактор F3: «чувствительность», Фактор F4: «конформность»

## ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Коэффициенты корреляции между легкой формой депрессии и преморбидными особенностями депрессивного расстройства личности у пациентов с депрессивными расстройствами личности

	Легкая форма депрессии
Депрессия Бек	1,000
Ситуативная тревожность	0,667
Личностная тревожность	0,553
Вытеснение	-0,108
Регрессия	0,564
Замещение	0,132
Отрицание	0,205
Проекция	-0,553
Комп-я	0,526
Г комп-я	-0,205
Рационализация	0,026
Конф-й копинг	0,459
Дистан-е	-0,410
Самоконтроль	-0,718
Поиск соц. под-ки	0,410
Пр-е ответ-ти	-0,975**
Бегство-избегание	-0,410
Планир-е реш-я проблемы	-0,158
Полож-я переоценка	-0,711
Замкнутость/общительность	0,500
Интеллект	-0,135
Эмоц. стабильность	-0,516
Подчиненность/доминантность	-0,553
Сдержанность/экспрессивность	0,148
низкая нормативность поведения – высокая нормативность поведения	0,237
жесткость – чувствительность	-0,459
доверчивость – подозрительность	0,162
практичность-мечтательность	-0,289
прямолинейность – дипломатичность	0,162

спокойствие – тревожность	0,057
консерватизм – радикализм	0,103
конформизм – нонконформизм	-0,154
низкий самоконтроль – высокий самоконтроль	0,000
расслабленность – напряженность	0,132
тревога	-0,205
интроверсия – экстраверсия	0,205
чувствительность – уравновешенность	0,564
конформность-независимость	-0,667
**. Корреляция значима на уровне 0,01	
*. Корреляция значима на уровне 0,05	

Коэффициенты корреляции между умеренной формой депрессии и преморбидными особенностями депрессивного расстройства личности у пациентов с депрессивными расстройствами личности

	Умеренная форма депрессии
Депрессия Бек	1,000
Ситуативная тревожность	-0,772**
Личностная тревожность	0,459
Вытеснение	0,347
Регрессия	0,351
Замещение	0,146
Отрицание	-0,483
Проекция	0,524
Комп-я	-0,299
Гкомп-я	0,474
Рационализация	-0,030
Конф-й копинг	0,216
Дистан-е	0,376
Самоконтроль	0,145
Поиск соц. поддержки	0,009
Принятие ответственности	0,027
Бегство-избегание	0,052
Планирование решения проблемы	-0,188
Положительная переоценка	-0,026
Замкнутость/общительность	0,130
Интеллект	-0,537
Эмоц. стабильность – эмоциональная нестабильность	0,634*
Подчиненность – доминантность	-0,210
Сдержанность – экспрессивность	0,065
низкая нормативность поведения – высокая нормативность поведения	0,034
жесткость – чувствительность	-0,039
доверчивость – подозрительность	-0,247
практичность-мечтательность	0,301
прямолинейность – дипломатичность	0,563
спокойствие – тревожность	-0,308
консерватизм – радикализм	-0,284

конформизм – нонконформизм	-0,573
низкий самоконтроль – высокий самоконтроль	0,668*
расслабленность – напряженность	-0,480
тревога	0,402
интроверсия – экстраверсия	-0,350
чувствительность – уравновешенность	0,120
Конформность – независимость	-0,316
*. Корреляция значима на уровне 0,05	
**. Корреляция значима на уровне 0,01	

Коэффициенты корреляции между выраженной формой депрессии и преморбидными особенностями депрессивного расстройства личности у пациентов с депрессивными расстройствами личности

	Выраженная форма депрессии
Депрессия Бек	1,000
Ситуативная тревожность	-0,201
Личностная тревожность	-0,655*
Вытеснение	-0,586
Регрессия	-0,460
Замещение	-0,367
Отрицание	-0,729*
Проекция	-0,519
Комп-я	-0,291
Г комп-я	-0,390
Рационализация	-0,654*
Конф-й копинг	-0,482
Дистан-е	-0,403
Самоконтроль	-0,827**
Поиск соц. под-ки	-0,559
Пр-е ответ-ти	-0,277
Бегство-избегание	-0,531
Планир-е реш-я проблемы	-0,531
Полож-я переоценка	-0,482
Замкнутость/общительность	0,162
Интеллект	-0,579
Эмоц. стабильность	0,099
Подчиненность/доминантность	0,195
Сдержанность/экспрессивность	0,125
низкая нормативность поведения – высокая нормативность поведения	0,420
жесткость – чувствительность	0,273
доверчивость – подозрительность	-0,737*
практичность-мечтательность	0,335
прямолинейность – дипломатичность	0,807**
спокойствие – тревожность	0,128
консерватизм – радикализм	0,232

конформизм – нонконформизм	0,477
низкий самоконтроль – высокий самоконтроль	-0,201
расслабленность – напряженность	-0,325
тревога	-0,457
интроверсия – экстраверсия	-0,185
чувствительность – уравновешенность	0,037
конформность-независимость	-0,012
**. Корреляция значима на уровне 0,01	
*. Корреляция значима на уровне 0,05	

Коэффициенты корреляции между тяжелой формой депрессии и преморбидными особенностями депрессивного расстройства личности у пациентов с депрессивными расстройствами личности

	Тяжелая степень депрессии
Депрессия Бек	1,000
Ситуативная тревожность	-0,055
Личностная тревожность	0,137
Вытеснение	0,581*
Регрессия	-0,093
Замещение	-0,130
Отрицание	-0,197
Проекция	-0,019
Комп-я	-0,075
Гкомп-я	0,162
Рационализация	0,339
Конф-й копинг	0,506
Дистан-е	0,880**
Самоконтроль	0,163
Поиск соц. под-ки	-0,242
Пр-е ответ-ти	0,360
Бегство-избегание	0,420
Планир-е реш-я проблемы	-0,117
Полож-я переоценка	-0,098
Замкнутость/общительность	0,224
Интеллект	-0,283
Эмоц. стабильность	0,283
Подчиненность/доминантность	-0,169
Сдержанность/экспрессивность	0,282
низкая нормативность поведения – высокая нормативность поведения	-0,063
жесткость – чувствительность	0,126
доверчивость – подозрительность	-0,700*
практичность-мечтательность	-0,448
прямолинейность – дипломатичность	0,099
спокойствие – тревожность	-0,137

консерватизм – радикализм	0,113
конформизм – нонконформизм	0,000
низкий самоконтроль – высокий самоконтроль	-0,158
расслабленность – напряженность	-0,431
низкая тревожность – высокая тревожность	0,325
интроверсия – экстраверсия	-0,301
чувствительность – уравновешенность	0,227
конформность-независимость	-0,669*
*. Корреляция значима на уровне 0,05	
**. Корреляция значима на уровне 0,01	

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.)*