

Хмельницький національний університет
Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту
Кафедра психології та педагогіки

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Другий (магістерський)

Освітній рівень

ДИНАМІКА ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ СТУДЕНТІВ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ РОЗВИТКУ РЕФЛЕКСІЇ

Назва теми

Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність 053 «Психологія»

Шифр і назва спеціальності

Освітня програма «Психологія»

Номер індивідуального навчального плану студента

Виконала: студентка II курсу, група ППмз-20-1 _____ А.О.Слісаренко

Підпис

Ініціали, прізвище

Керівник доктор філософських наук,

Кандидат психологічних наук, професор _____ В.І. Афанасенко

Науковий ступінь, вчене звання

Підпис

Ініціали, прізвище

Нормоконтролер

До захисту допускаю:

Зав. кафедри психології та педагогіки

доктор психологічних наук, професор

_____ Є. М. Потанчук

Підпис

Ініціали, прізвище

_____ 2022 р.

Хмельницький 2022

АНОТАЦІЯ

Тема кваліфікаційної роботи «ДИНАМІКА ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ СТУДЕНТІВ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ РОЗВИТКУ РЕФЛЕКСІЇ

Здобувач Слісаренко Алла Петрівна

Керівник Афанасенко Валентина Іванівна

Кваліфікаційна робота включає 90 сторінок, 5 таблиць 2 рисунки, перелік джерел посилання складає 73 найменування.

Ключові слова: депресія, тривожні розлади, депресивні розлади, депресивні стани, рефлексія .

Об'єктом дослідження є особливості і динаміка депресивного стану студентів в психологічній взаємодії.

Предметом дослідження психотерапевтична спроможність рефлексії у психологічній практиці депресивних станів студентів.

За результатами дослідження надано рекомендації щодо особливостей і можливостей оптимізації психологічного стану особистості на основі розвитку рефлексії.

Одержані результати полягають у можливості використання матеріалів кваліфікаційного дослідження в системі підготовки майбутніх фахівців психологічної сфери, зокрема, в дисциплінах «Психологія особистості», «Вікова психологія», при проведенні соціально-психологічної практики студентів.

Дипломник _____ Слісаренко А.П.

Дата подання кваліфікаційної роботи до захисту _____ грудня 2022 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1 НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ В ДОСЛІДЖЕННІ ПРОБЛЕМИ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ.....	10
1.1 Концептуальні моделі та емпіричні дослідження депресивних та тривожних розладів особистості.....	10
1.2. Дослідження особистісних депресій в моделях спектру.....	18
1.3.Дослідження особистісних факторів депресії у психоаналітичному підході.....	25
1.4. Дослідження особистісних факторів депресії у когнітивному підході.....	35
Висновки до першого розділу.....	42
РОЗДІЛ 2 ДІАГНОСТИКА ДИНАМІКИ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ СТУДЕНТІВ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	44
2.1 Психологічний аналіз особливостей депресивних станів.....	44
2.2. Методичні особливості дослідження рефлексії психотерапії депресії.....	54
2.3.Емпіричне дослідження динаміки депресивного стану у студентів.....	67
Висновки до другого розділу.....	71
ВИСНОВКИ	73
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	76
ДОДАТКИ.....	80
ДОДАТОК А Самооцінка психічних станів (Г. Айзенк).....	80
ДОДАТОК Б Тест Бека.....	86
ДОДАТОК В Карта особистісного стану.....	90

ВСТУП

Актуальність теми дослідження Актуальність теми пов'язана зі зростанням захворюваності на депресивні та тривожні розлади в загальній популяції та їх важкими наслідками. У більшості країн за останні 40 років відзначається неухильне зростання депресивних розладів, які до кінця ХХ століття набули характеру "великої епідемії" і стали однією з глобальних проблем світової спільноти. Депресії та тривожні розлади відносять до найпоширеніших психічних розладів у дорослих.

Згідно з розрахунками та прогнозом Гарвардської школи охорони здоров'я, заснованих на матеріалах ВООЗ та Світового Банку, депресія у 1990р. за тяжкістю провідних причин тягаря хвороби посідала 4 місце, а за базовим сценарієм розвитку до 2020 р. вийде на 2 місце після ішемічної хвороби серця (J. L. Murray, A. D. Lopez, 1996). За даними ВООЗ у 1999р. психічними розладами страждали 23% населення країнах із високим рівнем доходу, 10% населення країнах із середнім і 5% населення із низьким рівнем доходу. Протягом найближчих 20 років ці цифри зростуть на 15%. Широке коопероване дослідження ЕСА (Epidemiological Catchments Area – статистичні дані центрів медичного обслуговування населення), показало, що ймовірність розвитку протягом життя хоча б одного депресивного нападу (за критеріями DSM – III) становить 4,4 – 18%. Подібні цифри (4,8 – 7,4%) були отримані і в результаті мультицентрового міжнародного епідеміологічного дослідження (Ustun T.B., Sartorius N., 1995).

Депресії лягають важким тягарем на психічне, фізичне та економічне життя пацієнта, його родичів та суспільство загалом. Активно дискутується питання про економічну плату суспільства за депресію, за характеристикою низки дослідників – «одну з найдорожчих хвороб». В даний час депресія стоїть на четвертому місці серед інших захворювань через витрати, які вона накладає на суспільство. У цьому більшість матеріальних витрат пов'язані з втратою

працездатності і лише 3% - з витратами антидепресанти, що застосовуються у процесі терапії (Kupfer D., 1999). Але найстрашнішим наслідком депресії є суїцид, який чинять близько 15% хворих.

За рівнем поширеності депресії вони посідають перше місце серед психічних розладів (Н. Wittchen, 2005). За різними даними, ними страждають до 30% людей, які звертаються до загальномедичних установ і 10-20% людей у загальній популяції, при цьому 4% з них страждають на хронічні форми (G. Winokur, 1993; A. Frances, L. Donovan, 1998). Сполучена з цими розладами втрата працездатності та значні витрати на лікування роблять їх економічним тягарем, достатньо відчутним навіть для бюджетів розвинутих країн (Т. Dehue, 2009). Депресивні та тривожні розлади служать важливими факторами ризику розвитку різних форм хімічної залежності (Ж. Шиньон, 1993, Н. Wittchen, 2005, А. Гофман, 2002), тяжких перебігів супутніх соматичних захворювань, особливо - серцево-судинних з підвищеною смертністю (О. Вертоградова 2005; В. Краснов, Т. Довженко, 2008; А. Смулевич, 2003). Депресивні розлади є головним фактором суїцидів (NIMH, 1998). Нарешті, депресивні та тривожні розлади є потужним стресогенним чинником для близького оточення, зокрема, сім'ї хворого. Цей комплекс обставин створює серйозну проблему як для охорони здоров'я, так і для суспільства загалом.

Висока поширеність депресивних і тривожних розладів та їх важкі наслідки диктують необхідність вивчення психологічних чинників, пов'язаних з їх виникненням і перебіги. У психіатрії та клінічній психології існує багаторічна традиція вивчення конституційно особистісних характеристик у пацієнтів з депресією та тривогою (Крепелін, Кречмер, Фрейд). Вітчизняні психіатри та психологи послідовно відстоювали необхідність особистісної діагностики при постановці клінічного діагнозу та виборі стратегії лікування (О.Вертоградова, 1988; Б. Зейгарник, 1986; Б. Братусь, 1980; Є. Т. Соколова, 1989, 1995, 2001). Однак кількість емпіричних досліджень з цієї проблеми залишається у вітчизняній науці вкрай нечисленною.

В даний час існують два методологічні підходи до вивчення взаємозв'язку емоційних розладів та особистісних дисфункцій (А. Frances, 1992). Категоріальний підхід, переважно використовуваний-клініцистами, встановлює співвідношення між депресією, тривогою і приналежністю до певного особистісного типу. Сучасні дослідження виявляють високу коморбідність депресивних і тривожних розладів з особистісними розладами (Н. Akiskal, 1992; J. Gunderson, K. Phillips, 1991; С. Головін, 1997). У поєднанні з ними депресивні розлади характеризуються ранньою маніфестацією та хроніфікацією (R. Niershfeld, 1998), більш тяжкою симптоматикою, найгіршим прогнозом лікування.

Нові підходи до розуміння та психотерапії депресії запропонував S. Stoder. У дослідженнях, проведених Вертоградовою О. психопатологічна структура затяжних ендогенних депресій проаналізована з позицій неоднорідності власне афективної ланки депресії, виділено типи депресій відповідно до характеру переважаючого елементарного афекту - туги, тривоги чи апатії.

Традиційно дослідження проблеми депресивних станів зосереджується на виявленні клінічних чинників і терапії антидепресантами. Проблема виявлення особистісних факторів депресії була предметом виключно академічної науки, стає популярною темою прикладних психологічних досліджень і передбачає розробку саме психологічного інструментарію особистісної терапії.

Об'єктом дослідження є особливості і динаміка депресивного стану студентів в психологічній взаємодії.

Предметом дослідження психотерапевтична спроможність рефлексії у психологічній практиці депресивних станів студентів.

Метою дослідження є дослідження психотерапевтичної спроможності рефлексії в психологічній практиці депресивних станів студентів

Відповідно до мети дослідження були визначені наступні його **завдання**:

1. Проаналізувати науково - теоретичні підходи до розуміння проблеми депресивних станів особистості.

2. Виявити характерні особливості депресивних станів, проаналізувати особистісні чинники депресії.

3. Провести емпіричні дослідження психотерапевтичної спроможності рефлексії в забезпеченні динаміки депресивних станів особистості.

4. Надати рекомендації щодо особливостей і можливостей оптимізації психологічного стану особистості на основі розвитку рефлексії.

Практичне значення дослідження виявляється в можливості використанні матеріалів кваліфікаційного дослідження в системі підготовки майбутніх фахівців психологічної сфери, зокрема, в дисциплінах «Психологія особистості», «Вікова психологія», при проведенні соціально-психологічної практики студентів.

Експериментальна база дослідження. Дослідно-експериментальна робота проводилась на базі Хмельницького національного університету У ній взяли участь 68 студенти.

Апробація результатів дослідження відбувалась шляхом публікації статті на тему: «Психологічні особливості депресивних станів особистості в збірнику матеріалів XII-ої «Всеукраїнської науково-практичної конференції здобувачів вищої освіти та молодих науковців (за міжнародною участю) «Формування особистості сучасного фахівця як суб'єкта самотворення в умовах освітнього простору», що відбулося 24-25 листопада 2022 року на базі кафедри психології та педагогіки Хмельницького національного університету, (24 листопада 2022 року в м. Хмельницький); обговорення доповіді «Психологічний потенціал рефлексії у психотерапії депресивних станів особистості» на круглому столі АПНУ.

Структура роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, переліку джерел посилання (73 найменувань) та трьох додатків. Загальний обсяг дипломної роботи – 90 сторінок тексту (основна частина – 72 сторінки).

РОЗДІЛ 1 НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ В ДОСЛІДЖЕННІ ПРОБЛЕМИ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ

1.1 Концептуальні моделі та емпіричні дослідження особистісних факторів депресивних та тривожних розладів.

На початку ХХ століття вважалося, що депресія є хронічним або навіть довічним захворюванням, яке потребує постійного лікування. У міру вдосконалення лікувального процесу та розробки все більш активних методів терапії (з середини 50-х років ХХ століття) та профілактики виявилася тенденція до скорочення середньої тривалості депресій. З'явилися лікарські препарати, які протягом кількох тижнів призводили до значного покращення клінічного стану у хворого на депресію. Одночасно із досягненнями позитивного ефекту медикаментозної терапії депресії відзначався значний прогрес у розробці нових підходів у психотерапії цього захворювання. Питання про характер, що повертає тугу і зневіру, став фундаментальною проблемою психіатрії та психології з часів Е. Крепеліна та З. Фрейда. Традиційно відомості про передиспозиційні особистісні характеристики залучалися клініцистами для вирішення дискусій про нозологічну самостійність тих чи інших форм афективних розладів. В даний час проблема особистісних факторів депресії перестає бути предметом виключно академічної науки і стає популярною темою прикладних досліджень, що сприяють більш точному прогнозу ефективності терапії, вибору оптимальної стратегії лікування та подолання резистентності.

За тривалий час вивчення проблеми накопичено багато емпіричних даних та розроблено велику кількість концепцій, що відображають різні, часом полярні точки зору. Систематизація та аналіз великого цього матеріалу вимагають спеціальних теоретичних засобів, як ми використовували концептуальні моделі, запропоновані американською робочою групою з дослідження взаємозв'язку особистісних дисфункцій і депресивних розладів (М. Klein, S. Wonderlich, Т.

Klein), а також уявлення про типологічний та параметричний підходи до вивчення особистості, розроблені в психіатрії та психології (G.Allport, R.Cattel, H.Eysenck, A.Frances, 1982).

У дослідженнях, проведених Вертоградовою О. [9,10,11] психопатологічна структура затяжних ендогенних депресій проаналізована з позицій неоднорідності власне афективної ланки депресії: було виділено типи депресій відповідно до характеру переважаючого елементарного афекту - туги, тривоги чи апатії. Це дало можливість вивчення ролі кожного варіанту афекту у формуванні депресивних синдромів різної структури та нозологічної приналежності. Тужлива депресія визначалася як стан, що характеризується пригніченим настроєм із відчуттям душевного болю, зниженням вітального тону та концентрацією переживань на власному «Я». Тривожна депресія характеризувалася як стан внутрішньої напруги і занепокоєння з передчуттям небезпеки, що насувається, спрямованої на хворого і його близьких. Апатична депресія розумілася як гіпотимно забарвлений стан байдужості з відсутністю внутрішньої активності, спонукань. Було зазначено, що затяжним депресіям незалежно від їхньої нозологічної приналежності властива велика структурна складність. В афективній ланці це відображено одночасним існуванням різних варіантів гіпотимних розладів за відносно більшої вираженості власне тужливого афекту, представленості тривоги.

При затяжних циркулярних депресіях тужливий афект досягає більших ступенів. Тривожний афект, що спостерігається частіше, ніж тужливий і апатичний, відрізняється відносно меншою вираженістю. Також зазначають дослідники схильність до затягування апатичних депресій. Дмитрієв А. (1989) домінування тривожних депресій у структурі депресивного стану вважав ознакою несприятливого затяжного перебігу депресій у межах маніакально-депресивного психозу.

Багатьма авторами відзначається структурна складність депресивного афекту, його неоднорідність при затяжних депресіях. Велику увагу Вертоградової О., Волошин В. (1983) приділялося дослідженню можливих

кореляцій між афективними компонентами та іншими елементами депресивного синдрому – ідеаторними та моторними порушеннями. Було введено поняття гармонійного, дисгармонічного та дисоційованого варіанту депресивної тріади з урахуванням різного співвідношення між провідним афектом, ідеаторним та моторним компонентами депресивної тріади.

Гармонійний варіант характеризувався пропорційністю афективних, ідеаторних і моторних розладів; дисгармонійний виділявся за наявності диспропорцій (невідповідності) між вираженістю домінуючого афекту та ступенем виразності відповідних йому ідеаторних та моторних порушень; дисоційований варіант трактувався як невідповідність між типом провідного афекту та відповідних йому ідеаторних та моторних порушень. Аналіз структури та динаміки депресивної тріади дозволив виділити певні предиктори затяжного перебігу депресій. Для маніакально-депресивного психозу прогностично несприятлива ознака - наявність або поява в афективній ланці апатії поряд з тугою (при тужливих дисгармонійному та гармонійному варіантах) або тривогою (при тривожному дисгармонійному), а також дисоційований варіант редукції депресивної [24].

Характерною особливістю затяжної ендогенної депресії визнано наявність у її структурі виражених соматовегетативних розладів, насамперед серцево-судинних (зокрема гіпертонічна хвороба, атеросклеротичний кардіосклероз), а також різних ендокринних захворювань, виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки. Жіслін С. (1965) визнавав, що для клініки та перебігу маніакально-депресивного психозу мають значення перенесені в минулому тривалі соматичні захворювання (рецидивуючий ревматизм, сепсис, захворювання нирок, печінки, ендокринного апарату, кровотворних органів, поліартрит, остеомієліт, поширені ураження шкіри). Клінічні картини депресій, що формуються при цьому, відрізняються своєрідністю, а самі фази мають схильність до затяжної течії або до почастишання. Особистісний психологічний «фактор бездіяльності» (Жислін С., 1962), явища госпіталізму, соціальна депривація, порушення функції внутрішніх органів, вегетативна дисфункція - всі

ці та багато інших патогенних факторів вступають у взаємодію механізму порочного кола, посилюють і пролонгують депресивні стани.

Багатьма авторами істотна роль у перебігу та структуруванні затяжних ендогенних депресій відводиться органічним ураженням головного мозку. Резидуально-органічні порушення Жіслін С. (1965) розглядав як «патологічно змінений ґрунт», на якому розгортається ендогенна депресія. Клінічні картини маніакально-депресивного психозу у хворих з органічною патологією атипові та відрізняються вираженим поліморфізмом за рахунок приєднання порівняно широкого кола додаткових, часто гетерогенних для депресії симптомів (Михаленко І., Нуллер Ю., 1970; Бовін Р., 1978), а також, як правило, виявляють тенденцію до затяжної течії (Kielholz P., 1966; Pichot P., 1967).

Багато сучасних досліджень присвячено виявленню предикторів хроніфікації депресій, тобто клінічних чинників, виходячи з яких можна припускати розвиток затяжних депресій. До предикторів такого прогнозу динаміки депресивного розладу відноситься неадекватна терапія: несвоєчасний початок лікування або його передчасне скасування. За даними E. Richelson (1993), до 70%, а за даними G.B. Simon, L.H.V. Lin, W. Katon та ін. (1995) до 50% хворих не отримують відповідного лікування, що призводить до хронізації депресивних розладів і всіх наслідків, що випливають з цього факту. Крім того, приблизно в 30-40% випадків терапія антидепресантами виявляється неефективною. (F.M. Quitkin, P.J.Nc Grath, J.W. Steward et al., 1996) Використання субтерапевтичних доз антидепресанту веде не тільки до затягування депресивних станів та погіршення соціальної адаптації пацієнта, але й значно підвищує ризик формування терапевтично-резистентних депресій. Незважаючи на традиційну практику тимоаналептичної терапії, проблема терапевтичної резистентності при хронічних депресіях і сьогодні залишається актуальною. Проблемою прикладних психологічних досліджень стає розробка саме психологічного інструментарію особистісної терапії на основі виявлення особистісних чинників депресивного стану.

У контексті особистісної діагностики параметричний підхід означає вимір окремих особистісних характеристик, властивих індивіду або групі індивідів. Існує два основні визначення особистісної межі. Згідно з першим, який використовується досить рідко, під рисою розуміються «внутрішні детермінанти поведінкових актів - бажання та потреби, які особистість реалізує в різних ситуаціях» (Traits and traits taxonomies, 2005). Таким чином, це розуміння терміна передбачає, що «особистісна риса» - це якийсь каузальний конструкт, який пояснює поведінку тих, хто нею наділений. Згідно з другим визначенням, особистісна риса - це описова характеристика особистості, що не відображає жодних припущень про внутрішню причинність і характеризує насамперед стійкий спосіб поведінки. Наступні цитати точно відображають суть такого підходу: «риса – це категорія «дії» (Traits and traits taxonomies, 2005, с. 5)»; «особистісна риса відбиває загальну схильність реагувати належним чином» (Л. Первин, Д. Джон, 2000).

До найвідоміших таксономій особистісних рис відносять системи Р. Кетгела, Г. Айзенка та Л. Голдберга. На основі даних польових спостережень, даних самозвіту (опитувальники) та об'єктивного тестування Р. Кетгелл розробив систему оцінки особистості, що включає 16 глибинних характеристик. Автор вважав, що вони лежать в основі 42 поверхових рис і можуть стати ключем до цілісного розуміння поведінки та її прогнозування. Критики системи вважають, що «глибинні риси» - це математичні чинники, зручні пояснення розкиду поверхневих особистісних характеристик, які є їх джерелом.

Грунтуючись на численних дослідженнях великих когорт піддослідних, Г. Айзенк розробив систему, що включає три незалежні параметри особистості - нейротизм, екстраверсію - інтроверсію та психотицизм. Критика цієї системи пов'язана з такими аргументами: 1) параметр нейротизму залежить від стану і може бути як мірою поточної депресії, так і існуючої емоційної нестабільності особистості; 2) всупереч припущенню Г. Айзенка про те, що всі три параметри відображають нормально розподілені риси, цілком можливо, що розподіл психотицизму не відповідає нормальному. Можливо, що ця риса представлена у

сім'ях з особливою генетичною схильністю; 3) існує також думка, за якою ці параметри дають дуже бідні, малоінформативні, зокрема, для клініцистів, оскільки надають лише описи особистості.

Нині широко визнаною моделлю базисних характеристик особистості служить «Велика п'ятірка» Л. Голдберга. Ця факторна модель синтезує велику кількість емпіричних досліджень, що спираються на факторну методологію Г.Оллпорта і Р. Кетгела, і виявляє п'ять фундаментальних, відтворюваних різними дослідниками базових параметрів особистості: нейротизм (neuroticism), екстраверсія (extroversion), відкритість досвіду (openness), доброзичливість (agreeableness), свідомість (conscientiousness).

У рамках параметричного підходу досліджується зв'язок різних особистісних рис із депресивними та тривожними розладами. Цей підхід дозволяє з великою точністю вимірювати різні риси (нейротизм, екстраверсію, залежність, obsесивність, схильність до самокритицизму, параметри Г. Айзенка або Л. Гольдберга і т.п.) і зіставляти їх з низкою параметрів — зокрема, характером перебігу розладу, ефектом терапії.

Моделі загальної причинності стверджують, що особистісні дисфункції та депресія є незалежними патологічними феноменами, зумовленими загальною глибинною причиною. Такою причиною найчастіше розглядаються біологічні процеси (наприклад, норадренергічна дисрегуляція); рідше у цій якості фігурують психологічні механізми або середовищні умови (наприклад, погана батьківська турбота), а також поняття-гібриди (темперамент).

Два психологічні чинники - безпорадність і самокритицизм (або поєднання обох факторів) - є достатніми умовами для виникнення депресії та одночасного розвитку низки особистісних розладів.

Поняття «безпорадність» у підході L. Venjamen трактується як синонімічне - «поступливість» і «залежність». Соціальне відчуження або роз'єднаність також можуть бути пов'язаними з депресією, однак вони розглядаються автором як вторинні реакції або психологічні захисти проти фундаментальної тенденції поступливості. Безпорадність/поступливість та самокритицизм, у свою чергу,

формується під впливом ранніх взаємодій з батьками та значущими іншими. На думку L. Venjamen, безпорадність/поступливість формується в контексті занедбаності чи зневаги з боку батьків; надмірна батьківська домінантність та контроль також можуть сприяти цьому. Самокритицизм розвивається в умовах запеклої критики та нападок з боку батьків та значущих інших. Таким чином, взаємозв'язки депресії та особистісних розладів детерміновані присутністю загального каузального фактору в онтогенетичному розвитку.

Деякі особистісні розлади більш «запрограмовані» на безпорадність та самокритицизм; на цьому ґрунті депресія буде найімовірніша. На думку автора моделі, «максимальну порцію» безпорадності/поступливості включають залежні, компульсивні, шизотимічні, уникаючі і пасивно-агресивні особисті розлади. Високий самокритицизм передбачає депресивні стани при прикордонних, нарцисичних, уникаючих і пасивно-агресивних розладах. Інші особистісні риси можуть визначати момент виникнення депресії. Наприклад, нарцисична особа стає депресивною, коли втрачає захоплення з боку інших людей; гістрійна – коли зусилля, спрямовані на отримання бажаної реакції з боку інших людей, зазнають невдачі.

Модель С. Cloninger також передбачає загальну причинність особистісних порушень та розладів афективного кола (1986). Вона охоплює депресивні та тривожні розлади, особистісні дисфункції (як на рівні рис, так і розладів), а також безліч опосередкованих змінних. Базисне становище полягає в тому, що депресія, тривога та особистісні розлади обумовлені набором спадково обумовлених темпераментальних рис «високого порядку» (high-order traits)- «схильністю до пошуку новизни», «уникнення шкідливостей» та «залежністю від винагород», кожна з яких пов'язана з певною нейробіологічною системою (допамінергічною, серотонінергічною та норадренергічною, відповідно). Відповідно до гіпотези З. Cloninger, «пошук новизни» відбиває розбіжності у системі поведінкової активації (behavioral activation). Високі значення цього параметра свідчать про схильність до дослідницької поведінки в середовищі, активне уникнення монотонії та імпульсивності. Параметр «уникнення

шкідливостей» відбиває індивідуальні розбіжності у системі поведінкового придушення (behavioral inhibition). Індивіди з високими значеннями цього параметра неспокійні, боязкі, сором'язливі та швидко стомлюються. Нарешті, «залежність від винагороди» гіпотетично відбиває розбіжності у системі підтримки поведінки (behavioral maintenance system). Залежні від винагороди індивіди описуються як віддані, теплі, люблячі та емоційно залежні. Взаємодії цих трьох рис зумовлюють розвиток особистості з характерними паттернами навчання, переробки інформації, настрою, реактивності на стрес та адаптації протягом життя. Дисфункціональні особистісні риси та особистісні розлади також виникають у результаті комбінацій цих характеристик при взаємодії з середовищем. Кожна з характеристик і пов'язаних з ними нейробіологічних систем лежить в основі різних видів тривоги та дисфорії. Соматична тривога пов'язана з високими значеннями параметра «пошук новизни», когнітивна - з «уникненням шкоди», а дисфорія (депресія) - з найвищим рівнем «залежності від винагород».

На психологічному рівні «залежності від винагороди» відповідає комплекс наступних характеристик: «готовність відкривати інтимні сторони життя, потреба у похвалі та схваленні разом із надмірною схильністю поступатися тиску із боку інших людей, співчувати ними піддаватися експлуатації у відповідь сентиментальні заклики» (З. Cloninger, 1987, с.582). Фрустрація «залежності від винагород» середовищними обставинами запускає ланцюжок біологічних «подій» у центрі вразливості до депресії (норадренергічної системи): норадренергічна гіперактивність - гіперкортизолемія - дисфоричний стан. Модель передбачає, що афективні розлади будуть частішими для тих особистісних типів, де немає буферів проти, «залежності від підкрплень» (циклоїдному, гістрійному, пасивно-агресивному, залежному).

Як зазначають члени американської робочої групи, «моделі «загальної причинності» логічно переконливі, цілком економічні і відповідають задачі теоретичної інтеграції; проте вони вкрай важкі для емпіричної перевірки» (М. Klein, S. Wonderlich, T. Shea, 1993, с. 4). Вона вимагає ретроспективної оцінки

гіпотетичного каузального фактора, який має бути визначений та вимірний до маніфестації кожного з розладів. Депресія та особистісні дисфункції також мають бути визначені та діагностовані як окремі конструкти; для кожного із станів повинні бути встановлені зв'язки із загальним причинним фактором.

1.2. Дослідження характеристик особистісних депресій в моделях спектру

Моделі спектру розглядають особистісні аномалії та депресію як взаємопов'язані різні прояви одного й того ж глибинного процесу хвороби із загальною етіологією та факторами ризику. Передбачається, що одне порушення передує іншому і постає як рання фаза (чи менш розвинена форма) іншого порушення.

Моделі «афективного спектру» розглядають патологічний особистісний стиль або розлад як ранню стадію або пом'якшений прояв первинної афективної хвороби (т. зв. «субафективні розлади»). Головне припущення моделі «характерологічного спектру» полягає у визнанні первинності особистісних дисфункцій та вторинності депресивних розладів; поглиблення особистісної патології може стимулювати розвиток виразних депресивних фаз. У розвитку патології особистості, своєю чергою, можуть брати участь біологічні та психосоціальні причинні чинники. Оскільки в моделях «характерологічного спектру» депресія розглядається як вторинна стосовно особистісних рис або розладів, вони можуть бути класифіковані одночасно, як моделі «уразливості». Маючи безперечну схожість з моделями загальної причинності у питанні етіології, обидві моделі спектра розглядають зміни особистості та афективну хворобу не як окремі та співіснуючі феномени, а як континуум або загальний патологічний процес.

Було запропоновано кілька концепцій «депресивної особистості», що відрізняються клінічними характеристиками та уявленнями про гіпотетичну

каузальність Е. Крепелін стверджував, що «депресивний темперамент» - це «рудимент» окреслених депресивних епізодів, «на зразок того, як пік гори виростає, з подібної за геологічною структурою рівнини» (цит. за К. Phillips, J. Gunderson, 1990, р .832). Термін позначав особистісний тип, що повертає до депресивного компонента маніакально-депресивної хвороби. Його основна характеристика полягає у різкому домінуванні негативного афекту: «Депресивний темперамент характеризується станом перманентної емоційної похмурості у всіх життєвих іпостасях» (Е. Крепелін, 2004, с. 162). Ці особи перебувають у постійній пригніченості, безрадісності, тривожності, похмурому чи відчайдушному настрої, часто висловлюють песимістичні прогнози, завжди серйозні, чимось завантажені, сповнені провини та самозневажань, переживають нестачу віри у власні сили та самоповагу. Їм властива надмірна чутливість (підвищена реактивність і вразливість) при зіткненні із зовнішнім світом, що змушує їх відчувати стійкий страх перед труднощами та вимогами життя. Цей особистісний склад успадковується і стає помітним в юності, може існувати без змін, а іноді трансформуватися в справжню меланхолію. Як джерело психогенних душевних розладів автор особливе значення надавав страху людини перед невдачею.

Надалі вчення про циклотимні темпераменти при МДП розвивав німецький психіатр Е. Кречмер. На підставі спостережень за хворими він встановив зв'язок між конституційними особливостями та психічними захворюваннями. Основні характеристики циклоїдного особистісного темпераменту описуються цим автором за допомогою поняття «діатетична пропорція», що передбачає співвідношення в різних пропорціях між полюсами «веселощі — смуток». Циклоїдний темперамент - це поєднання змінних гіпоманіакальних і меланхолійних рис. За спостереженням Е. Кречмера, циклоїди відрізняються душевністю, вони відгукуються на радість та горе, здатні сміятися (гіпоманіакальний полюс) і бути похмурими (депресивний полюс). Припустивши наявність «сполучних ниток між будовою тіла і психічним нахилом» (Е.Кречмер, 1982, с.238), цей учений виявив виражений зв'язок між

циклоїдним темпераментом (особистісним складом) та пікнічним статурою. Циклотиміки, щодо яких автор вживає епітет «тяжкокровні», недостатньо впевнені в собі, схильні до зневіри, самозвинувачення, тривалих депресивних реакцій і навіть до самогубства. У контексті нашої роботи важливо відзначити в кречмеріанських описах циклотиміків такі риси як старанність, обов'язковість, ретельна уважність до дрібниць.

Через кілька десятиліть К. Шнайдер описав групу т. зв. «депресивних психопатів», які розглядають «страждання як знак якості, і встановлюють аристократію дискомфорту», «оплакують минуле і бояться майбутнього», іпохондричні і підвладні всім видам «переляків». До описів Е. Крепеліна він додав ще кілька характеристик - гіпогедонію (нездатності радіти) або розслаблятися), скептицизм, відчуття перевантаженості обов'язками, нездатність радіти досягнутому успіху, незважаючи на прагнення багато працювати.

П. Ганнушкін не займався безпосередньо афективними розладами, але, дотримуючись концепції Е. Крепеліна, дав докладний опис депресивних та циклоїдних психопатій у їхній статиці та динаміці. П. Ганнушкін вказував можливість переходу властивих цим психопатам афективних фаз на клінічний рівень, що дозволяє розглядати ці психопатичні стани як преморбідні для афективних захворювань. Ним описані т. зв. конституційно-депресивні психопати, головна відмінність яких - хронічно знижений настрій. Це природжені песимісти, надзвичайно чутливі до різноманітних неприємностей, дійсних і передбачуваних. Почуття радості проходить у них дуже швидко, затьмарюючись думкою про майбутні труднощі та невдачі. Їм притаманне почуття провини, їх мучать докори совісті з приводу зроблених ними у минулому помилок. Увага здебільшого сфокусована на помилках, про які вони пам'ятають досить довго. Їм важко працювати, оскільки у вже здійсненій роботі зауважують переважно недоліки, а в майбутньої - проблеми, що заважають взятися до роботи. Їм часто здається, що інші люди ставляться до них зневажливо, зверхньо. Відповідаючи питання про етіологію психопатій, П. Ганнушкін крім біологічних причин виділяє і психологічні. На думку автора, депресивна психопатія може

виявитися внаслідок поєднання «дисгармонуючих якостей»: підвищених вимог до життя та недостатнього інтелекту, слабкості волі, нерішучості, боязкості.

У 50-тих р.р. ідеї спектру розвивалися у дослідженнях хворих на монополярну депресію. Притаманний їм особистісний склад японський психіатр М. Shimoda описував поняттям «статотимії», що має на увазі схильність до педантизму, патологічну стійкість, застрягання на думках і почуттях, підвищену вимогливість до себе, почуття постійної незадоволеності. Німецький психіатр G. Tellenbach на підставі інтерв'ю у 119 хворих на монополярну депресію описав «*Typus Melancholicus*» - особливий тип депресивної особистості, якому притаманні любов до порядку, скрупульозність, залежність від роботи (неможливість відпочивати у вихідні дні), сумлінність досягненням, відданість справі та сумлінність. У інтерперсональних контактах цей тип людей схильний до тісних симбіотичних відносин, залежності, страху залишитися одному. В даний час положення про «*Typus Melancholicus*» як найбільш ймовірний преморбідний варіант особистості у хворих на рекурентну монополярну депресію вважається доведеним.

Наприкінці ХХ ст. ідеї німецьких конституціоналістів набули розвитку в концепціях Н. Akiskal, який став ключовою фігурою американської психіатрії. Трансляція поглядів цього автора стикається з відомими труднощами, що породжуються стилем його професійної діяльності: оновлюючи та переглядаючи свої погляди з дуже великою частотою, він розподіляє їх у величезній кількості публікацій. На думку цього автора, особистісні аномалії афективного кола діагностично самостійні; вони мають характеристики особистісних розладів і, водночас, є частиною афективної хвороби, оскільки можуть розглядатися як її субклінічні, тривало існуючі прояви. У контексті цієї роботи цікава концепція субафективних розладів, у яких особистісні дисфункції поєднуються і взаємодіють із хронічними афективними порушеннями (Н. Akiskal, 1988). Н. Akiskal та його колегами було описано 3 варіанти субафективних станів: субафективний дистимічний розлад, субафективний циклотимічний розлад та субафективний прикордонний розлад.

У групі з субафективним дистимічним розладом вже до 25 років або раніше виявляються особистісні риси, описані К. Шнайдер як характеристики «депресивної психопатії» і деякі меланхолійні ознаки. Обидва комплекси характеристик (особистісних та афективних) атрибутовалися загальною біологічною причиною (що підтверджувалося даними сімейної історії, укороченою латентністю REM-фази сну, позитивною або гіпоманіакальною реакцією на трициклічні антидепресанти або літій). Хоча високий відсоток цих індивідів періодично переносив більш важкі депресивні епізоди (т. зв. подвійну депресію), автор вважає, що афективний розлад тут, зазвичай, має м'які прояви, аніж інші форми монополярних розладів.

Надалі на основі цих спостережень Н. Akiskal розробив критерії «депресивного особистісного розладу», призначені для дослідних цілей. Якщо з МКБ-10 ця діагностична категорія була вилучена, то DSM-IV-г вона була введена в 1994 р. із зазначенням необхідності її подальшого наукового вивчення. Десятирічне лонгітюдне дослідження продемонструвало помірну стабільність цього особистісного діагнозу, порівняно з аналогічними показниками для інших особистісних розладів (R. Lipton, D. Klein, L. Dougherty, 2006).

Субафективний циклотимічний розлад було описано на основі спостереження за пацієнтами з циклотимією, які шукають допомоги з проблем «особистісної дезадаптованості». Дезадаптивні форми їхньої поведінки (бурхливі міжособистісні взаємини, проблеми у сфері навчання та професійної зайнятості з частою зміною інтересів і цілей, емоційна нестабільність, періоди дратівливості, імпульсивне приєднання до культових практик) могли бути пояснені як особистісні патології. Афективні порушення стали очевидними лише після «ретельного» клінічного інтерв'ювання хворих та характеризувалися періодами дратівливості, агресивними спалахами з подальшим почуттям провини, нападами веселощів. Особистісні дисфункції виявлялися у формі емоційної нестабільності, яка породжувала «бурі» у міжособистісних відносинах, перешкоджала вдалому подружжю, стимулювала пацієнтів до вживання алкоголю чи наркотиків. У сімейній історії цих пацієнтів

наголошувалося на накопиченні істеричних, нарцистичних, прикордонних, соціопатичних або obsесивних рис. Розлад дебютував у ранньому або середньому підлітковому періоді у формі частих депресивних та гіпоманіакальних епізодів.

Категорія субафективних прикордонних розладів описує поєднання рис прикордонного особистісного розладу та монополярних афективних розладів з «хронічною бурхливою течією» (H. Akiskal, E. Chen, G. Davis, V. Pusantian, M. Kashgarian, J. Bolinger, 1985, с. 187) . У цих осіб депресії характеризуються почуттями порожнечі та внутрішньої «поганості», конфліктною залежністю від інших людей, деструктивністю та інтенсивним гнівом. Афективний компонент цього розладу обумовлений тим же набором біологічних факторів, що і за субафективної дистимії; «Прикордонні» особистісні риси пов'язані з нестабільними обставинами онтогенезу. Маніфестація та перебіг захворювання визначається взаємодіями між хронічними афективними розладами та «прикордонною» афективною нестабільністю. Передбачається, що епізоди емоційного неблагополуччя, що повторюються, в ранні періоди життя, порушують розвиток Его і системи взаємин з особами, що здійснюють турботу про дитину; емоційна нестійкість, властива, прикордонному особистісному типу, посилює негативні наслідки цих порушень.

Концепція субафективних розладів отримала уточнення у розробках L. Siver (L. Siever, K. Davis, 1991). Цей автор припустив, що афективний компонент у всіх трьох вище описаних розладах пов'язаний із загальним фактором темпераментальної природи - афективною гіперсензитивністю до стимулів середовищем, в основі якого лежить дисфункція холінергічної системи. Якщо індивід має лише афективну гіперсензитивність, у нього розвинеться субафективний дистимічний або циклотимічний розлад. Прикордонний субафективний розлад розвивається, коли підвищена емоційна чутливість до стимуляції поєднується з іншою характеристикою темпераменту - афективною нестабільністю, яка, своєю чергою, обумовлена дисфункцією серотонінергічної системи. При взаємодії з афективною нестабільністю підвищена афективна

гіперсензитивність посилюється, що призводить до формування стійких імпульсивних рис особистості та поведінки на кшталт «відреагування в дії».

Розкриваючи зв'язок «особистісні дисфункції-депресія», Г. Біг описує ланцюг онтогенетичних подій, в якому немовля з вродженою афективною нестабільністю створює сильний вплив на поведінку та емоційний стан батьків, які намагаються заспокоїти його. Негативний настрій немовляти діє як «афективний фільтр», через який відбувається навчання, здійснюється сприйняття та оцінка світу, а також переживання власного «Я». Підвищена чутливість до фрустрацій, досвіду сепарації або покарань у таких дітей може одночасно викликати дисфорію та призводити до розвитку стратегій, що дозволяють уникнути цього стану (наприклад, таких, як залежність). Часті коливання настрою та негативно забарвлене сприйняття себе та інших «зміцнюють відчуття власного «Я» як дефектного, а осіб, які здійснюють турботу, як покидають або фруструють».

Згодом Н. Akiskal запропонував складнішу мультикаузальну схему, де описані «афективні особистісні риси» стали розглядатися як «розлади темпераменту», що опосередковують фактори біологічного ризику за клінічними формами афективних розладів (Н. Akiskal Н. 2000; 2003). На думку автора, облік характеристик темпераменту сприяє точному прогнозу перебігу афективних розладів, визначення їх типів та вибору оптимальної терапевтичної стратегії. Так, у вибірці хворих на монополярну «велику» депресію було виділено підгрупи - із загостреними рисами депресивного або гіпертимного темпераменту і без розладів темпераменту.

Перша підгрупа, де депресивний розлад поєднувався з депресивним темпераментом («подвійна депресія»), характеризувалася більш тяжкою афективною патологією та більшою наслідковою обтяженістю по великому депресивному розладу. Друга підгрупа (депресивний розлад при гіпертимному темпераменті) відрізнялася менш тяжкою психопатологією і мала спадкову обтяженість біполярними розладами, що свідчило про належність цієї депресії до біполярного спектру. Хворі без яскравих темпераментальних характеристик

виявилися справжніми «монополярними» (без глибокої депресивності та крайнощів емоційного реагування).

Цитовані джерела свідчать про те, що на сучасному етапі моделі спектру вийшли далеко за межі свого початкового варіанту та поєднують елементи моделей загальної причинності, передиспозиційної та патопластичної моделей у складній та багатофакторній онтогенетичній картині. В історії психіатрії ідеї «спектру» суттєво випередили інші погляди на взаємодію особистісних дисфункцій та депресій. Їхні автори відкрили дискусію, що триває в науці багато десятиліть. Разом з тим, на адресу сучасних варіантів моделей спектру висловлюється відомий скепсис: залишається незрозумілим, наскільки особистісні риси, що спостерігаються під час субафективних розладів (дистимічних, циклотимічних, прикордонних), концептуально або емпірично відрізняються від м'яких симптомів афективних розладів або станів настрою. Афективні прояви входять до критеріїв певних особистісних розладів за DSM; що, згідно з деякими авторами, робить абсолютно безглуздими та тавтологічними висновки про взаємодію особистісних та афективних порушень у рамках моделей спектра.

1.3 Дослідження особистісних факторів депресії у психоаналітичному підході

На відміну від німецьких конституціоналістів, психоаналітики розвивали вчення про «депресивний характер», що виникає у певних середовищних умовах. Психоаналітики не так описували якийсь стійкий особистісний тип, скільки окремі преморбідні особистісні риси, депресивного характеру. Перші спроби аналітичного осмислення проблеми було здійснено К. Абрахамом та З.Фройдом, чії роботи досі активно обговорюються у науковій літературі.

Погляди К. Абрахама на депресію мали еволюційний характер. У ході першого етапу автор аналізує 6 історій хвороб пацієнтів з МДП і робить висновок

про те, що депресія виникає в результаті відмови, від лібідіозних потягів через амбівалентність по відношенню до інших людей. Переживання кохання у депресивного супроводжується сильним почуттям ненависті, яка пригнічується, і проектується на інших – «Не я не здатний любити, це інші мене не люблять і ненавидять через мої вроджені вади». Докази властивої депресивним ворожості проглядаються, на думку К. Абрахама, в їхніх снах, помилкових діях та символічних актах. У ході другого етапу К. Абрахам аналізував депресію в контексті історії розвитку лібідо і дійшов висновку про те, що депресія відповідає регресії на оральну стадію розвитку лібідо. Хворі на депресію описуються комплексом «оральних» рис - такими характерологічними похідними «прагнення кусати і поглинати», як підвищена вимогливість, ворожість, недобррозичливість та інтенсивна заздрість у поєднанні з пасивністю. На третьому етапі автор вказує на патогенний зв'язок між «розчаруванням у коханні» та початком депресії. Зіткнення з подібними міжособистісними обставинами у дорослому віці оживляє пережиту на преєдипальній фазі розвитку інфантильну травму (втрати або заперечення батьками) і пов'язаний з нею конфлікт кохання-ненависті.

Класична робота З.Фрейда «Сум і меланхолія», яку послідовники назвали «несучою колоною психоаналітичної теорії депресії» (Г. Полмайер, 1998, с. 684), фіксувала чотири універсальні умови, необхідні для розвитку меланхолії:

1) наявність дитячої травми - розчарування в об'єкті прихильності або ранньої втрати, що створює передумови для певного реагування надалі;

2) вибір об'єкта на нарцистичній основі (бачення в інших швидше самих себе, ніж окремої людини за наявності дуже сильної прихильності);

3) уявну чи дійсну втрату реального чи уявного об'єкта;

4) перенесення гніву і ненависті на власне «Я» (через нарцистичний вибір певні частини «Я» були злиті з об'єктом, тому почуття, адресовані людині, що розчарувала, переносяться на ту частину «Я», в якій представлений інтерналізований і тепер ненавидимий об'єкт) (З. Фрейд, 1922).

Ранні психоаналітичні спостереження послужили імпульсом до численних теоретичних та емпіричних розробок, зокрема, дослідження характеристик бажань та домагань як особистісних факторів депресії. Цей напрямок пов'язаний з розвитком ідей Фрейда про депресію як реакцію втрати. Надалі З. Фрейд виділив ще один механізм депресії - «незадовільний катексис потягу» (З. Фрейд, 2006, с. 268), який передбачає наполегливе бажання якогось об'єкта та його репрезентацію у свідомості як недоступного, що і породжує переживання втрат болю, відмінне від тривоги як попередження небезпеки. Таким чином, недосяжні бажання стають важливим фактором ризику розвитку депресії. Тематично вони можуть варіювати і виступати у формі:

1) бажань задоволення інстинктів та переживання низьких рівнів психічної та розумової напруги;

2) бажань уподобання, що варіюють від нормальних (бути у фізичному контакті з об'єктом, ділитися переживаннями тощо) до патологічного прагнення до злиття;

3) нарцистичних бажань, що варіюють від нормальних (справлятися з імпульсами, емоціями, психічним функціонуванням та навколишнім середовищем, потреби в коханні та визнанні) до патологічних - втілювати ідеальне «Я» у формі фізичної, психічної або моральної досконалості, викликати необмежене захоплення контролем над власними проявами та над іншими людьми. При різниці змісту суттю нездійснених бажань залишається абсолютистська мета, що робить їх надто важкими чи віддаленими від можливостей суб'єкта. Ці ідеї лягли в основу досліджень перфекціонізму як патологічного прагнення недосяжної досконалості.

В дослідженні самооцінки та міжособистісної залежності як особистісних факторів депресії З. Фрейд розвиває ідею про збіднення Его при депресії і передбачає вивчення характеристик Его і способів регуляції самоповаги. Вона була розпочата з розгляду кількох типових прикладів депресивних станів:

- Молода дівчина впадає в депресію на початку II Світової війни після оголошення загальної мобілізації, оскільки відчувається у владі безжальних і не персоніфікованих сил.
- У молодій людини депресія розвинулася на тлі монотонної та рутинної професійної діяльності, що не дозволяє відчути власну силу при зіткненні зі справжніми труднощами.
- У чоловіка похилого віку розвивається депресія після виявлення неоперабельної форми раку.

В усіх випадках люди відчували стан безпорадності при впливі зовнішніх сил і неминуче ставали очевидцями власної слабкості, неповноцінності, краху. В усіх випадках смуток був пов'язаний із самооцінкою особистості.

Автор підкреслював центральну роль переживань безпорадності і безсилля в генезі депресії: не настільки втрата об'єкта є визначальною характеристикою, а репрезентація індивідом- своєї нездатності досягати цілей. Депресія може бути визначена як емоційне вираження стану безпорадності та безсилля Его, незалежно від того, що могло викликати зрив механізму, що регулює самооцінку. Депресивний стан складається не тільки з нереалізованого бажання, але і також (що більш суттєво) з репрезентації себе як безсилового задовольнити бажання, вибудувувати потрібну лінію в житті. З огляду на тісний взаємозв'язок між саморепрезентацією суб'єкта і рівнем його тілесного і психічного функціонування, уявлення про власне.

Коментуючи можливі джерела депресії у дорослих дослідники звертаються до інфантильних переживань, не спричинених нарцисичною травмою, пов'язаною із незадоволеністю оральних потреб. Часті фрустрації оральних потреб дитини індукують тривогу та гнів. Якщо фрустрація продовжується, незважаючи на сигнали немовляти, почуття гніву змінюється на стан виснаження, безпорадності та депресії. Таким чином, не сама по собі «оральна фрустрація», а дитячий досвід станів безпорадності Его, коли дитина безсила отримати необхідне, залишає відбиток на психіці і є найбільш суттєвим передпозитивним фактором депресії. Щоразу, коли депресивна особистість

почувається безсилою реалізувати домагання, автоматично активується весь досвід переживання безпорадності (реальний чи уявний).

Наступні концепції розвивають тезу про безпорадність Его при депресіях та описують способи її компенсації, детермінанти самооцінки та складні інтерперсональні процеси у депресивних хворих. Цих осіб характеризує виражена залежність від іншої людини в тому, що стосується задоволення їхніх потреб і самоповаги. У відносинах з іншими вони керуються. «пасивно-рецептивними та нарцистичними бажаннями»: прагненням отримувати підтримку, турботу, прийняття, керівництво чи прагненням підтримувати самоповагу, відчуваючи захоплення інших людей і використовуючи їх для підтримки власного престижу та статусу. Рухомі цими прагненнями, депресивні люди часто розвивають у собі неабияку здатність налаштовувати людей. Однак, у міру набуття впевненості у відносинах, вони стають все більш вимогливими та агресивними, що доводить партнера до меж толерантності та змушує його прагнути розриву. Після цього вони впадають в іншу крайність і починають благати про прощення, розвиваючи почуття провини та жалості до себе. Таким чином, у відносинах депресивного з об'єктом кохання Б. Ласк простежує особливий стереотип: «ворожість – почуття провини – «падіння на коліна». Ця динаміка походить від дуже ранніх переживань «люті-голоду-смоктання». Ядро депресії складається «бажання бути годуваним матір'ю», що пояснює й описану К. Абрахамом оральну фіксацію та стійку потребу у підтримці та турботі з боку інших людей. Бажаними для депресивного стають відносини, за яких інша людина «годує її, все їй дає», а вона у відповідь може контролювати і тероризувати її, що призводить до розриву та втрати. Подальша депресія розглядається як процес, спрямований на повернення кохання необхідного об'єкта. Цьому інтерперсональному процесу відповідає складна внутрішня психічна боротьба. Після розриву роль втраченого об'єкта приймає «Над-Я», яке критикує та карає депресивного. Тепер «Я» шукає кохання та прощення не з боку зовнішнього, а інтеріоризованого в «Над-Я» об'єкта за допомогою аутоагресії - через самозвинувачення та самопокарання.

О. Феніхель також характеризує депресивну особистість як патологічно залежну. Центральним елементом депресії він вважав коливання самооцінки: «Індивіди, фіксовані на стані, в якому самоповага регулюється постачанням ззовні..., надмірно потребують зовнішніх ресурсів. Все життя вони ненаситні. Йдеться про хронічну спрагу, спрямовану на зовнішній світ. Якщо нарцисичні потреби не задовольняються, то самооцінка різко і небезпечно падає» (О. Феніхель, 2004, з. 504). О. Феніхель вважав, що депресивна особистість у дитинстві перенесла «нарцисичну травму» (зазнала розчарування в батьківській любові), внаслідок чого самооцінка та любов інших людей увійшли до «єдиного рівняння самоцінності».

Дослідження взаємозв'язку між депресією та агресією розвиває ідею З; Фрейда, що депресія викликана «інтродекцією агресії на власне «Я» внаслідок втрати лібідіозного об'єкта». Погляди послідовників варіюють від радикального визнання агресії як універсальної характеристики та фундаментальної причини всіх випадків депресії (К. Абрахам, З.Фрейд, М. Кляйн) до стриманого ставлення до неї як до приватного явища, що присутнє у низці клінічних випадків, але не має важливого значення причинної ролі (Е. Бібрінг). Разом з тим, клінічний досвід дозволяє психоаналітикам стверджувати, що агресія - це «один з важливих шляхів, що ведуть до депресії» (М. Висьтаг, 1996, с. 939). Механізми взаємозв'язку агресії та депресії можуть бути різними. Якщо агресивному знеціненню піддаються «об'єкти» власного життя (близькі індивіду люди, групи та організації, види діяльності, до яких він залучений, предмети власності, якими він володіє), виникає особливий внутрішній світ, в якому немає нічого цінного, здатного підтримувати самоповагу особистості. Коли такий знецінений світ порівнюється з фантазійним, повним ідеалізованих об'єктів, депресія стає неминучою. Якщо агресія відкрито відреагується на адресу зовнішнього об'єкта (інших людей), руйнуючи дружні, сімейні та колегіальні відносини, знижується ймовірність задоволення любовних потягів, досягнення успіху, визнання із зовнішнього світу. Нарешті, агресія, спрямована проти власної особистості, також є механізмом депресії. Постійна самокритика пошкоджує

репрезентацію «Я» і негативно впливає на його функціонування, блокуючи розвиток здібностей, задоволення бажань та підтримку самооцінки.

Інтегруючи різні психоаналітичні підходи, сучасний американський дослідник S. Blatt описав аналітичну (пов'язану з міжособистісною залежністю) та інтроєктивну (пов'язану з високим самокритицизмом) форми депресивного розладу (S. Blatt, D. Quinlan, E. Chevron, 1982). Вивчалися онтогенетичні шляхи, передиспозиційні особистісні характеристики, несвідомі конфлікти та клінічні прояви, специфічні для кожної з них.

Виникнення аналітичної депресії пов'язане з проблемами у сфері уподобань; її маніфестації часто передують стресогенні міжособистісні події - конфлікти, розриви, втрати та партнерські зради, що викликають у залежної особистості переживання «кинутості», страх і розпач. Їй відповідають такі клінічні прояви як безпорадність, сльозливість, нестійкість настрою та зловживання ПАР. Індивід відчуває хронічний страх бути покинутим, відчайдушно бажаючи. бути, коханим, відчувати турботу, опіку та захист. Інші люди цінуються, переважно за прояви турботи, комфорту та задоволення, які вони можуть дати. Сепарація від інших або втрата є джерелом похмурих передчуттів, які зазвичай переробляються за допомогою примітивних засобів у формі заперечення або відчайдушного пошуку заміни (S. Blatt, D. Zuroff, 1992).

При інтроєктивній формі депресії, особистісна вразливість локалізована у сфері самоцінності та ідентичності. Їй відповідають ангедонія, соціальна відгородженість, інтенсивні самозвинувачення, почуття провини, перманентне невдоволення собою, переживання нікчемності та невдачливості. Ці індивіди живуть у постійному «цензуруванні» власних проявів-і суворому самооціненні, відчуваючи хронічний страх несхвалення, критики та заперечення: Вони прагнуть, до високих досягнень, конкуруючи з іншими. Для особистостей цього типу характерний інтенсивний самокритицизм, що змушує їх важко і багато працювати. За допомогою такої надкомпенсації вони сподіваються набути схвалення та прийняття з боку інших людей. Здібні домагатися багато чого, ці особи відчувають дуже мало задоволення. В силу властивої їм конкурентності,

можуть бути дуже критичні до інших людей і зло нападати на них - так само, як і на самих себе (Blatt, 1995).

Онтогенетичними попередниками анаклітичної депресії служить, на думку S. Blatt, дефіцит турботи в дитячо-батьківських відносинах. Батьки цих пацієнтів не змогли забезпечити постійну турботу, догляд чи підтримку дитині у віці, коли вона життєво необхідна. Інтроєктивній депресії онтогенетично передують відносини «батьки-дитина», обтяжені проблемами силової боротьби, контролю та автономності. Батьківська практика надмірної владності, контролю, критики та несхвалення є фактором ризику для розвитку патологічного перфекціонізму та схильності до суворої самокритики.

Для верифікації типології депресій S. Blatt розробили спеціальний «Опитувальник депресивних переживань» (Depressive Experience Questionnaire - DEQ). Результати емпіричних досліджень можна узагальнити так:

1) показники залежності і самокритицизму (аналог перфекціонізму) у хворих значно вище, ніж у здорових;

2) залежність і, меншою мірою, самокритицизм впливають на стан суб'єкта; обидві риси виразніше виражені під час депресивного епізоду;

3) показники по обох підшкалах у хворих на депресію незабаром після одужання залишаються вищими, ніж у здорових осіб; проте ще через 6 місяців вони наближаються до нормативних;

4) вихідні високі показники залежності та самокритицизму служать предиктором терапевтичної резистентності;

5) емпірично підтвердити різницю між аналітичною та інтроєктивною формами депресій виявилось дуже складно, оскільки багато пацієнтів мали проблеми одночасно і у сфері прихильностей, і в галузі досягнень (D. Klein, K. Harding, E. Taylor, S. Dickstein, 1988; R. Bagby, D. Schuller, J. Parker, A. Levitt, R. Joffe, M. Shafir, 1994).

Модель «прототипів» P. Pilkonis, створена на основі теорії Дж. Боулбі, також описує два особистісні стилі, що зумовлюють депресії. «Спільним етіологічним фактором депресії в обох випадках є невдача у встановленні

безпечної прихильності ..., а також невдача у своєчасному встановленні балансу між дорослою автономністю та потребами у прихильності» (P. Pilkonis, 1988; с. 149). Дитячий стиль «тривожно - уникаючого» уподобання призводить до розвитку дорослого патерну компульсивної самодостатності та надмірної автономності. Ризик виникнення депресії підвищується, коли потреба «у майстерності та контролі» фрустрована такими подіями, як невдача у досягненні мети. Протилежний стиль «тривожно – амбівалентної» дитячої прихильності трансформується у дорослих осіб у «тривожну прихильність», для якої характерна потреба у надмірній залежності. Ризик депресії виникає при впливі інтерперсональних стресорів та втрат. Ці особистісні стилі не тільки служать як фактори вразливості чи ризику, а й визначають зміст депресивних переживань. Вони впливають на результат лікування та підвищують ризик резидуальних симптомів. Група автономних індивідів більшою мірою виграє від когнітивної терапії; залежна підгрупа – від інтерперсональної терапії. У кожній групі депресія може виявитися резистентною, поки не усунуто основні стресори та не вирішено проблемних життєвих ситуацій.

Багато авторів наполягають на існуванні нарцисичних депресій, серцевину яких становить переживання фрустрації у досягненні нарцисичних домагань «Я». Виділяються два види нарцисичних розладів: перший характеризується постійно зниженою самооцінкою чи труднощами у підтримці самоповаги та інтегрованого «Я» (Lax R., 1989; X. Кохут, 2002). Другий виявляється у особистостей, нездатних до залежності від іншої людини, які демонструють всемогутність і грандіозність, переживають заздрість та знецінюють власні об'єкти. У їхніх патологічних інтерналізованих та екстерналізованих об'єктних відносинах центральну роль грає агресія (Кернберг О., 1998).

При першому типі депресія може стати неминучим наслідком низької самооцінки та деструктивних психологічних захистів. Одним із головних переживань при цьому виді депресії стає сором перед потенційними свідками краху; фобічне уникнення міжособистісних контактів практикується як основний спосіб захисту від нього. В результаті індивід позбавляється корисного

досвіду з відповідними недоглядами у розвитку ресурсів Его та втратою життєвих можливостей. Ця послідовність (нарцисичний розлад - сором - фобічне уникнення - його дефіцити - втрата життєвих можливостей) породжує, зрештою, почуття безсилля у реалізації бажань. Певні стресогенні події також грають роль у розвитку цього виду афективної патології. Якщо самооцінка залежить від т. зв. нарцисичних розширень (знаків захоплення та визнання з боку інших людей чи особистих досягнень); Будь-яка невдача у функціонуванні цих конструкцій підриває нарцисичний баланс і призводить до депресії (Н. Bleichmar, 1996). У таких випадках депресія має хронічний характер і стає частиною особистості.

При другому типі нарцисичного розладу (грандіозність і всемогутність, що досягаються за допомогою пониження об'єкта), депресія розвивається в моменти, коли грандіозність колапсує внаслідок зіткнення з суворою реальністю або особистісними обмеженнями (О. Кернберг, 2000). Депресія є в даному випадку є результатом шкідливого впливу деструктивного нарцисизму на міжособистісні стосунки та здатність піклуватися про себе.

Таким чином, модель депресії, запропонована психоаналітиками, як варіант диспозиції, полягає у визнанні центральної ролі життєвої історії особистості та травмуючої зовнішньої реальності у виникненні депресогенних переживань безпорадності та безнадійності. Досвід тривалого перебування у владі тиранічних і садистичних особистостей, серйозної інвалідизуючої хвороби (особливо на початку життя), проживання в умовах занедбаності, відірваності від коріння, батьківських невдач та інших варіантів фізичного та психологічного болю може бути інтроєктований у формі глибинного почуття неможливості якось змінити реальність (Балінт М., 2002; D. Winnicott, 1965; X. Кохут, 2002). Онтогенетичні обставини такого роду створюють уразливість для депресивного реагування у стресогенні моменти зрілого життя, які суб'єктивно та несвідомо сприймаються як повторення дитячих травм. Психоаналітикам належить першість в описі низки депресогенних характеристик особистості, що формуються у важких обставинах дитинства (крихкої самоповаги, «оральних» рис характеру, міжособистісної залежності, перфекціонізму, деструктивної

агресивності, ворожості, незрілих захисних механізмів). Ці дисфункціональні риси перешкоджають успішній переробці стресогенних обставин і, більше, інтенсифікують життєвий стрес.

1.4 Дослідження особистісних факторів депресії у когнітивному підході

У межах концепції когнітивної вразливості А. Бека, здійснено опис двох рівнів когнітивних процесів при депресії – поверхневого та глибинного (А. Бек, 1987; А. Бек, 2008). До поверхневого відносять процеси переробки поточної інформації; їхня основна характеристика полягає в т. зв. «систематичному негативному відхиленні». Його впливові піддаються самозвіти пацієнтів, сновидіння, інтерпретації власного досвіду, особистості та поточних подій, мнемічні процеси хворих. Вибіркове фокусування уваги на негативних аспектах досвіду блокує адекватну переробку позитивних подій та спогадів, що пояснює такі клінічні прояви депресії як безнадійність, втрата мотивації, самозвинувачення та суїцидальні бажання.

У пошуках причин цього феномену творці концепції звернулися до вивчення глибинних когнітивних елементів – складно влаштованої системи афективно заряджених дисфункціональних переконань, яких дотримуються депресивні пацієнти. Її серцевину утворюють т. зв. «центральні переконання» - «система глибинних установок людини щодо самої себе, світу та людей, що задає основу для переробки поточної інформації та стратегії вирішення проблем» (С. Robins, А. Haynes, 1993, с. 205). Вони є життєвою філософією людини, у якій фіксований весь життєвий досвід; особливу роль тут відіграють дитячі враження та впливи сім'ї. А. Бек виявив дві основні теми в центральних переконаннях депресивних хворих: «тему безпорадності» (некомпететності, неспроможності) та «неможливості бути коханим» (А. Бек, А. Раш А., Б. Шо, Г. Емері, 2003; Дж. Бек, 2006). Поруч із центральними переконаннями існує широкий клас т. зв. «проміжних переконань». До них відносять вторинні переконання (що

реалізують центральні у конкретних життєвих обставинах), компенсаторні (що пом'якшують нестерпний біль центральних переконань і задають компенсаторну стратегію особистості), а також різні установки, правила, імперативи (що реалізують компенсаторну стратегію у повсякденному житті) (А. Бек, А. Бек). .Раш А., Б. Шо, Г. Емері, 2003; Дж. Бек, 2006). Клінічною ілюстрацією є випадок, описаний у базисному посібнику з когнітивної терапії Дж. Бек (2006).

Студентка коледжу Саллі захворіла на депресію на першому році навчання. Її уявлення про власні можливості були сформовані в умовах суворой критики з боку матері та постійних невтішних для неї порівнянь з щасливими сиблінгами. Когнітивна схема Саллі включала центральне переконання: «Я ні на що нездатна, нікчемна». Вторинне переконання свідчило: «Якщо я візьмуся за нову справу, я з нею не впораюся». Компенсаторне переконання вимагало від Саллі завзятої праці - «Якщо я буду наполегливо працювати, я досягну успіху» і диктувало особливу компенсаторну стратегію поведінки (багато працювати, приділяти підвищену увагу підготовці до занять, відмовлятися від звернень за допомогою»), Саллі дотримується «Звернення за допомогою - ознака слабкості», «Результат, відмінний від ідеального, нічого не вартий».

Дисфункціональні переконання відображені в індивідуальній системі значень у вигляді когнітивних схем і мають структурні властивості - стабільність і міцність (що дозволяє розглядати їх як стійкі особистісні характеристики), а також мають певні пороги та рівні активації. Депресогенні когнітивні схеми перебувають у латентному стані, доки станеться активація стресогенним подією чи серією подій (А. Бек, 1987). Тоді вони, за образним висловом А. Бека, «здійснюють наліт» на процеси переробки поточної повсякденної інформації - вона зазнає спотвореної негативної інтерпретації. У лабораторних експериментах депресивні пацієнти, що дотримуються дисфункціональних переконань, демонстрували систематичне негативне відхилення у процесах уваги та відтворення, а також когнітивні спотворення у вигляді алогізмів (селективне абстрагування, надузгаальнення, персоналізацію, дихотомічне мислення) (А. Бек, 2; .Бек, 1999).

Активация депресогенних схем призводить не тільки до глобально негативного сприйняття реальності, але запускає й інші симптоми депресії - смуток, безнадійність, втрату мотивації, соціальну відгородженість та відмову від активності. Ці симптоми, у свою чергу, також зазнають негативної оцінки («Через недієздатність я стаю вантажем для своєї сім'ї»). Таким чином, «депресивний синдром є безперервною петлею зворотного зв'язку з негативними інтерпретаціями та відхиленнями уваги, при якій когнітивні та поведінкові симптоми підкріплюють один одного» (А. Бек, 2008, с. 2).

З відкриттям структурних елементів постало питання про онтогенез депресогенних схем. При розробці ранньої версії моделі були отримані дані про те, що пацієнти з тяжкими формами депресій частіше переживали втрату батька в дитячому віці порівняно з пацієнтами, які страждають на менш тяжкі форми розладу (А. Бек, В. Sethi, R. Tuthill, 1963). Передбачалося, що це подія підвищує сензитивність індивіда до значних втрат; що запускає, депресивний епізод на пізніших життєвих етапах. Раніше подія може наділятися певним суб'єктивним змістом (наприклад, «Якщо я втрачаю важливу для мене людину, я стаю безпорадним») і трансформуватися в стабільне переконання, яке в подальшому може бути активоване подібним досвідом. Методичні засоби, сучасної клінічної психології дозволили перевірити цю тезу. Недавнє проспективне дослідження показало, що стрес раннього періоду життя підвищує сензитивність індивіда до пізніших негативних подій, створюючи когнітивну вразливість для депресій (К. Harkness, М. Lumley, 2008). Не лише важкі життєві події (смерть близького, втрата роботи), а й помірні за тяжкістю стресори можуть виступити тригерами депресії у схильних до розладу осіб; при цьому стресогенність пускових стимулів для наступних епізодів депресії поступово стає менш інтенсивною (S. Monroe, К. Harkness, 2005).

Зміст негативних когнітивних схем тісно пов'язаний з особистісним стилем індивіда. А. Бек (1987) описав два фундаментальні особистісні стилі - «соціотропний» і «автономний», кожен з яких наділений унікальною зоною вразливості. «Соціотропна» особистість високо цінує міжособистісні стосунки,

власну цінність визначає кількістю любові та прийняття з боку інших людей. Стресогенними, які провокують депресію ситуаціями можуть стати конфлікти, і розриви у значущих стосунках, втрати. При депресії, негативне: мислення буде пов'язане з темою «соціального прийняття» та «особистої привабливості для інших». Ці пацієнти знемагають від думок на кшталт «Я нікому не потрібен... Я потворний...нікому не подобаюся... безглуздо виглядаю». Особистість «автономного» типу високо цінує незалежність, свободу дій, самодостатність та успіх. Стресогенними можуть стати ситуації професійної чи фінансової невдачі, обмеження мобільності чи автономності; в автоматичних депресивних думках переважають теми «неуспіху» і «неспроможності («Я зазнав поразки.... Я некомпетентний...Я ніколи не зможу досягти того, що для мене важливо»).

Інтегративна спрямованість когнітивного підходу уможливили ретельну перевірку більшості його теоретичних положень в опорі на потужні ресурси експериментальної психології. Перевірка концепції «когнітивної вразливості» пройшла два етапи. У ході першої емпіричної перевірки зазнавала ідея про наявність стійких дисфункціональних переконань при монополярній депресії; як основний діагностичний інструмент використовувалася шкала дисфункціональних установок (Dysfunctional Attitude Scale - DAS) (A. Weissman, A. Beck, 1978). Її результати вирізнялися суперечливістю. Порівняння депресивних і здорових досліджуваних виявило, що в стані депресії показники хворих суттєво перевищують показники здорового контролю, однак у міру одужання показники DAS у хворих суттєво знижувалися. Більше того, хворі, що одужали, не відрізнялися від здорових піддослідних, а у 50% хворих депресогенні установки були відсутні взагалі. На цій підставі E. Hamilton та L. Abramson зробили провокативний висновок про те, що дисфункціональні установки не є стійкою характеристикою схильних до депресії індивідів. У низці інших досліджень було отримано аналогічні результати. У той же час J. Eves і A. Rush вдалося отримати дані про стійкість депресогенних когнітивних установок: показники за шкалою DAS у хворих на ендогенну та психогенну форми депресії були значно вищими, ніж показники здорових людей. У лонгітюдному

дослідженні М. Reda із співавторами хворі на монополярну депресію спостерігалися протягом року. Показники DAS знижувалися у хворих паралельно із зниженням показників депресії за шкалою Гамільтона; при цьому деякі з переконань виявилися стабільними та не змінювалися в ході одужання. Через рік ці ж переконання виявилися незмінними, що дозволило їх розглядати як стабільну, що приводить до депресії межу.

Дослідники 90-х розкритикували дослідження, засновані на використанні DAS. На думку J. Beck та A. Butler (1997), методологія цих робіт не збігалася з концепцією вразливості А. Бека: латентні депресивні переконання активуються (і стають доступними для вимірювання за допомогою заснованих на самозвіті інструментах) тільки після дії відповідних стресорів. Суть концепції найкраще передає оригінальний теоретичний вислів А. Бека: «... ці установки (або уявлення) можуть бути непомітними або навіть нерозпізнаними в даний момент часу, проте вони присутні в латентному вигляді як вибухонебезпечний заряд, готовий детонувати при певних умов. Будучи активованими, ці представлення починають домінувати в мисленні індивіда і призводити до типових симптомів депресії» (1967, р.277). Став очевидним висновок, що адекватна перевірка когнітивної моделі вимагає принципово інших засобів: проспективних лонгітюдів, польових експериментів, що оцінюють природні перепади настрою у відповідь на життєві події, лабораторних дослідів із включенням експериментальних аналогів стресу. Дослідження другого етапу дотримувалися цього висновку; вони, зокрема, використовували різноманітні методи «експериментальної індукції настрою».

Концепція когнітивної уразливості знайшла повноцінне підтвердження. У лабораторних умовах J. Miranda та A. Person індукували сумний настрій у осіб, які раніше перенесли депресію і ніколи її не переносили, після цього. Виявилось, що «німі» дисфункціональні установки можуть бути легко активовані такою процедурою: випробувані, які раніше переносили депресію, продемонстрували підвищення показників DAS. У тих, хто ніколи не хворів, цей феномен не спостерігався. Подібні дані були отримані щодо зв'язку між депресивними

переконаннями і природно виникають перепадами настрою. Наступні експерименти дублювали ці результати: клінічно вразливі до депресивних станів випробувані (тобто такі, що мають відповідну індивідуальну або сімейну історію) демонстрували у відповідь на «індукцію настрою» більшу кількість дисфункціональних установок, більше негативних відхилень в інтерпретаціях тестового матеріалу та «ерозію» здатності сприйняттю інформації в емоційно-позитивному ключі. Виявилось, що рівень активації дисфункціональних установок у період ремісії на фоні цієї процедури може бути предиктором майбутніх рецидивів та рекурентності. Активація дисфункціональних установок з більшою ймовірністю відбувається у пацієнтів, які проходили фармакотерапевтичне лікування, ніж у тих, хто проходив когнітивну психотерапію (Scher, R. Ingram, Z. Segal, 2005).

Проспективні дослідження показали, що наявність когнітивної вразливості в період, що передує стресогенній події, є предиктором депресивного епізоду (Scher, R. Ingram, Z. Segal, 2005). Наприклад, абітурієнти, які демонструють більш високі показники дисфункціональних установок, що частіше реагували симптомами депресії на негативний результат подання заяв до коледжу, ніж абітурієнти без ознак когнітивної вразливості. Слід зазначити, що це дослідження скоріш описують легкі депресивні епізоди, ніж депресії з повною розгорнутою клінічною картиною хвороби.

Додаткові дані, що верифікують модель, отримані в лонгітюдному дослідженні т. зв. «когнітивна реактивність» - флуктуації самооцінки у відповідь на денні події. Досліджуваних, які переносили депресію і ніколи не переносили, просили щодня протягом місяця заповнювати тест самооцінки; та реєструвати найменші негативні та позитивні події, що впливають на самооцінку. Для кожного випробуваного підраховувався показник «реактивності самооцінки» – ступінь її змін у відповідь на повсякденні події. Очікувалося, що в осіб, з депресогенними переконаннями («Якщо я не досягнув максимального успіху; (кохання; захоплення), значить, я нікчемний») буде відзначатися велика реактивність самооцінки. Результати збіглися з теорією А. Бека: у випробуванних,

які раніше переносили депресію; відзначалася більш виражена реактивність самооцінки, ніж у тих, хто ніколи, не хворів на депресію. При повторному обстеженні через кілька місяців; ті з піддослідних, хто відрізнявся високою реактивністю самооцінки і переніс суттєвий життєвий стрес, продемонстрували суттєве посилення депресивних симптомів. Випробувані із низькою реактивністю самооцінки не відреагували на життєвий стрес депресивними, симптомами. Ці результати дозволяють припустити, що схильність до депресії може спостерігатися у повсякденних когнітивних та емоційних реакціях (А. Butler, J. Hokanson, H. Flynn, 1994).

Нарешті, ще один непрямий доказ концепції когнітивної вразливості міститься в епідеміології рецидивів: повторні напади депресії-відзначаються у пацієнтів, що проходили когнітивну психотерапію, вдвічі рідше, ніж у пацієнтів, які перебували на ізольованому медикаментозному лікуванні.

Необхідно відзначити, подібність психоаналітичної та когнітивної теорій особистісних факторів депресії, що знайшло відображення в тезі S: Blatt про їх конвергенцію (P. Leyten, S. Blatt, J. Corveleyn, 2005). Обидві теорії спираються на положення про роль потужних передиспозиційних факторів: онтогенетичних обставин, що знижують стійкість до подальших життєвих випробувань, та дисфункціональних особистісних характеристик; Зміст депресогенних когнітивних схем феноменологічно збігається з психоаналітичним портретом депресивної особи - залежність від підтримки та схвалення з боку інших людей, деструктивний перфекціонізм, беспорядність тощо. Зрештою, висока ступінь подібності простежується між психоаналітичною типологією депресій (аналітична - інтродективна форма розладу по S. Blatt, прототипи P. Pilkonis) та особистісними стилями згідно А. Беку (соціотропний - гіперавтономний типи), хоча відомо, що вчені прийшли до цих ідей незалежно один від одного та майже одночасно.

Евристична цінність перед-позиційних моделей дуже висока. Вони дозволяють інтегрувати безліч різних біологічних і психосоціальних змінних, охопити різноманітні фактори вразливості і стійкості, деталізувати

альтернативні онтогенетичні шляхи клінічної експресії розладів. Однак, як зазначають автори концептуальних моделей M. Klein, S. Wonderlich, T. Shea, «Моделі вразливості справляють враження дуже ясних і правдоподібних в абстракції. Насправді вони виявляються дуже складними і важкими для емпіричної перевірки» (1993, р. 9). Їх верифікація вимагає безлічі ресурсомістких процедур: чітких визначень факторів ризику та станів-мішеней, лонгітюдної оцінки кожного з них, констатації кожного причинно-наслідкового ланцюжка між факторами ризику та станами-мішенями.

Висновки до першого розділу

Вивчення та аналіз наукової літератури із проблеми депресивних станів особистості засвідчує визнання дослідниками зв'язку різних особистісних рис із депресивними та тривожними розладами здійснюється різними напрямками. У рамках параметричного підходу з великою точністю вимірюють різні риси (нейротизм, екстраверсію, залежність, obsесивність, схильність до самокритицизму, параметри Г. Айзенка або Л. Гольдберга і т.д.) і зіставляти їх з низкою параметрів — зокрема характером перебігу розладу, ефектом лікування, який віддається перевагу типу лікування.

Моделі загальної причинності стверджують, що особистісні дисфункції та депресія є незалежними патологічними феноменами, зумовленими загальною глибинною причиною. Як таку причину найчастіше розглядаються біологічні процеси (наприклад, норадренергічна дисрегуляція); рідше у цій якості фігурують психологічні механізми або умови середовища (наприклад, погана батьківська турбота), а також поняття-гібриди (темперамент).

Два психологічні чинники - безпорадність і самокритицизм (або поєднання обох факторів) - є достатніми умовами для виникнення депресії та одночасного розвитку низки особистісних розладів.

Модель депресії, запропонована психоаналітиками, полягає у визнанні центральної ролі життєвої історії особистості та травмуючої зовнішньої реальності у виникненні депресогенних переживань безпорадності та безнадійності. Досвід тривалого перебування у владі тиранічних і садистичних особистостей, серйозної інвалідизуючої хвороби (особливо на початку життя), проживання в умовах занедбаності, відірваності від коріння, батьківських невдач та інших варіантів фізичного та психологічного болю може бути інтроектований у формі глибинного почуття неможливості якось змінити реальність. Онтогенетичні обставини такого роду створюють уразливість для депресивного реагування у стресогенні моменти зрілого життя, які суб'єктивно та несвідомо сприймаються як повторення дитячих травм.

У межах концепції когнітивної вразливості А. Бека, здійснено опис двох рівнів когнітивних процесів при депресії – поверхневого та глибинного. Дисфункціональні переконання відображені в індивідуальній системі значень у вигляді когнітивних схем мають структурні властивості - стабільність і міцність (що дозволяє розглядати їх як стійкі особистісні характеристики), а також мають певні пороги та рівні активації. Депресогенні когнітивні схеми перебувають у латентному стані, доки станеться активація стресогенним подією чи серією подій. Тоді вони «здійснюють наліт» на процеси переробки поточної повсякденної інформації - вона зазнає спотвореної негативної інтерпретації. У депресивні особи, що дотримуються дисфункціональних переконань, демонстрували систематичне негативне відхилення у процесах уваги та відтворення, а також когнітивні спотворення у вигляді алогізмів: селективне абстрагування, надузагальнення, персоналізацію, дихотомічне мислення.

РОЗДІЛ 2 ДІАГНОСТИКА ДИНАМІКИ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ СТУДЕНТІВ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

2.2. Психологічний аналіз особливостей депресивних станів

Наше дослідження було орієнтоване на виявлення характеристик та особистісних факторів депресій у студентів. У 54,1% основної та 34,6% контрольної групи (40 та 9 осіб відповідно) початок депресивного стану розвивався гостро: з вираженою тривогою у поєднанні з пригніченим настроєм. Протягом 3 тижнів – 1,5 місяців порушувався сон, пропадав апетит, виникали напади тахікардії, знижувалася працездатність. Формувалися ідеї малоцінності, безперспективності. Дещо пізніше приєднувалося почуття безвиході, що супроводжується суїцидальними думками та висловлюваннями.

Для решти спостережень - 45,9% основної групи та 65,4% контрольної групи (34 та 17 пацієнтів відповідно) більш характерний поступовий розвиток психопатологічної симптоматики. При цих варіантах протягом 2,5 - 4 місяців знижувався апетит, з'являлися дратівливість, підвищена стомлюваність, плаксивість, головний біль, розлади сну з частими і ранніми пробудженнями (що не приносить відчуття відпочинку), а потім безсонні ночі. Епізодично виникало почуття напруги та невмотивованого хвилювання. Хворі не могли зосередитись, погіршувалась пам'ять, з'являлася невпевненість у своїх силах. Зниження настрою супроводжувалося сльозливістю, дратівливістю, переважали тужливі переживання, що періодично супроводжувалися тривогою. Відзначалися також такі симптоми, як пітливість, напади тахікардії, запори, що стискають біль у ділянці серця та за грудиною, зменшення маси тіла, зниження лібідо.

При аналізі психопатологічних проявів депресивних фаз враховувалися характер провідного депресивного афекту - тривожний, тужливий, апатичний (Вертоградова О.П., 1980), гармонійність депресивної тріади (відповідність

вираженості основних елементів депресивної тріади, складність психопатологічної структури депресії.

Вивчення афективної ланки депресивної тріади проводилося на основі порівняння різних груп студентів (таблиця 1).

Таблиця 1

Діагностика афективної ланки депресивного стану

Домінуючий афект	Кількість осіб	
	Основна група (n = 74)	Контрольна група (n = 26)
Тривога	45 (60,8%)	10 (38,5%)
Туга	22 (29,7%)	12(46,1%)
Апатія	7 (9,5%)	4 (15,4%)
Усього	74 (100%)	26 (100 %)

Привертає увагу, що у основній групі переважав тривожний афект у структурі депресії (60,8%) - відмінності достовірні, а контрольної - тужливий (46,1%), тоді як представленість апатичного афекту обох групах менше (9,5% та 15,4% відповідно).

За свідченнями Вертоградової О.П. (1980), Keller M.B. et al (1983), Pies R. (1988), Akiskal H. (1989), Klein D.N. та ін. Necht H. et al (1990), Rouillon F. et al (1992), Зоріна В.Ю. (1996), туга, тривога і апатія знаходяться в динамічному зв'язку, мають різний ступінь виразності, але, як правило, на певному відрізку часу один із компонентів переважає.

Таблиця 2

Ступінь вираженості афективних компонентів в основній групі

Домінуючий афект	Варіант афекту	Вираження в балах (середній бал)	
Тривога 45 (60,8%)			2,6 ±0,1
	Тривожно-тужливий 32 (43,2%)	Тривога Туґа Апатія	2,7 ± 0,2 1,3 ±0,2 0,4 ± 0,2
	Тривожно-апатичний 13 (17,6%)	Тривога Апатія Туґа	2,5 ± 0,3 1,2 ±0,2 0,6± 0,3
Туґа 22 (29,7%)			2,5 ± 0,2
	Тужливо-тривожний 11 (14,9%)	Туґа Тривога Апатія	2,5 ± 0,3 1,3 ±0,3 0,4 ± 0,3
	Тужливо-апатичний 11 (14,9%)	Туґа Апатія Тривога	2,4 ± 0,3 1Д ±0,2 1,1 ±0,2
Апатія 7 (9,46%)			2,0
	Апатико-тужливий 5 (6,8%)	Апатія Туґа Тривога	2,0 1,8 ±0,4 0,6 ± 0,5
	Апатико-тривожний 2 (2,7%)	Апатія Тривога Туґа	2,0 1,0 0

Виразність компонентів депресивного афекту оцінювалася із застосуванням карти оцінки депресії (Додаток С).

Аналіз виразності афективних компонентів виявив, що у зтяжній фазі при переважанні тривоги структура депресивного афекту була складною. Як очевидно з таблиці 2, поруч із тривогою відзначалося присутність інших компонентів депресивного афекту. При цьому при домінуванні тривожного афекту (60,8% спостережень) середня вираженість тривожного афекту перевищувала вираженість тужливого і апатичного компонентів; що дозволило виділити тривожно-тужливий (43,2%) та тривожно-апатичний (17,6%) типи депресивного афекту. При тривожно-тужливому варіанті, одночасно з домінуючим тривожним афектом ($2,7 \pm 0,2$ бали) присутній менш виражений афект туги ($1,3 \pm 0,2$ бали), а також слабкою мірою вираженості афект апатії ($0,4 \pm 0,2$ бали). У 17,6% спостерігався тривожно-апатичний варіант афекту, що характеризується домінуванням тривожного афекту ($2,5 \pm 0,3$ бали) у поєднанні з менш вираженим афектом апатії ($1,2 \pm 0,2$ бали) та туги ($0,6 \pm 0,3$ бали).

При домінуванні тужливого афекту (29,7% спостережень) виявилось можливим виділити тужливо-тривожний варіант афекту (14,9%), у якому вираженість домінуючого афекту туги становила $2,5 \pm 0,3$ бала; афекту тривоги $1,3 \pm 0,3$ бали; апатії $0,5 \pm 0,3$ бали. При сумно-апатичному варіанті афекту (14,9%) поряд з домінуючим тужливим афектом ($2,4 \pm 0,3$ бала), представлені апатичний ($1,1 \pm 0,2$ бала) та тривожний ($1,1 \pm 0,2$ бала) компоненти в слабкому ступені вираженості.

При домінуванні апатичного афекту (9,5% спостережень) при апатико-тужливому (6,8%) варіанті, в якому вираженість апатії склала 2,0 бали, присутні як тужливий ($1,8 \pm 0,4$ бала), так і тривожний ($0,6 \pm 0,5$ бали) компоненти. При апатико-тривожному варіанті (2,7%) виразність домінуючої апатії становила 2,0 бала; тривоги 1,0 бал; туга не виявляється (таблиця 2).

Аналіз виразності афективних компонентів контрольної групи представлений у таблиці 3.

Таблиця 3

Ступінь вираженості афективних компонентів у контрольній групі

Домінуючий афект	Варіант афекту	Вираженість в балах (середній бал)	
Туга 12 (46,2%)			1,7 ±0,3
	Тужливо-тривожний 9 (34,6%)	Туга Тривога	1,6 ±0,3 1,2 ±0,3
	Тужливо-апатичний 3(11,5%)	Туга Апатія	1,7 ±0,7 1,3 ±0,7
Тривога 10(38,5%)			1,7
	Тривожно-тужливий 10 (38,5%)	Тривога Туга	1,7 ±0,3 1,5 ±0,3
Апатія 4(15,4%)			2,0
	Апатико-тужливий 4 (15,4%)	Апатія Туга	2,0 2,0

Аналіз вираженості компонентів депресивного афекту в контрольній групі виявив його простішу структуру та менший ступінь виразності, ніж в основній групі при переважанні тужливого компонента. Тривожно-апатичний та апатико-тривожний афекти в контрольній групі не реєструвалися. При домінуванні тужливого афекту (46,2% спостережень) у структурі тужливо-тривожного варіанта афекту (34,6%) поряд з тужливим афектом (1,7±0,3 бали), представлений тривожний компонент меншою мірою вираженості (1,2 ±0,3 бали). У структурі тужливо-апатичного (11,5%) варіанта афекту поряд з тужливим афектом (1,7±0,7), є менш виражений афект апатії (1,3±0,7 бали). При домінуванні тривожного афекту (38,5% спостережень) виявилось можливим виділити лише тривожно-тужливий варіант афекту. (Середній бал тривожного компонента склав 1,7±0,3; тужливого 1,5±0,3 бала). У 15,4% спостережень при домінуванні апатичного афекту було виділено апатико-тужливий варіант афекту,

у структурі якого середня вираженість апатичного та тужливого компонентів склали 2,0 бали.

Порівняльний аналіз вираженості афективних компонентів основної та контрольної груп (таблиці 2 та 3), показав, що вираженість тривожного афекту в контрольній групі, в середньому, склала $1,7 \pm 0,3$ бала, що значно менше, ніж в основній групі - $2,6 \pm 0,1$ бали. Середня вираженість домінуючого сумного афекту в контрольній групі становила $1,7 \pm 0,3$ бали, а в основній - $2,5 \pm 0,2$ бали. Виразність апатичного афекту як і контрольної, і у основній групах, загалом, становила 2,0 бала.

У 80,0% студентів основної та 90,0% контрольної групи початок депресивного стану характеризувався швидким розвитком та наростанням психопатологічної симптоматики з вираженою тривогою у поєднанні з пригніченим настроєм, непосидючістю, неможливістю зосередитися на будь-якій діяльності. Порушувався сон, пропадав апетит, виникали напади тахікардії, знижувалась працездатність.

Таблиця 4

Фактори, що супроводжують формування затяжної депресивної фази при домінуванні тривожного афекту

Фактори	Кількість осіб	
	Основна група (n=45)	Контрольна група (n=10)
Тривалі психогенно травмуючі ситуації, що передують депресивній фазі	29 (64,4%)	6 (60,0%)
Гострі психогенії, що передують депресивній фазі	14 (31,1%)	2 (20,0%)
Психогенії, що виникають протягом затяжної депресивної фази	15 (33,3%)	
Соматогенні фактори, що передують депресивній фазі	27 (60,0%)	
Гострий початок депресивної фази	36 (80,0%)	9 (90,0%)
Поступовий початок фази	9 (20,0%)	1 (10,0%)

З представленої таблиці видно, що як основній, так і контрольній групам з домінуючим тривожним афектом характерна наявність тривалих психогенно-травмуючих впливів, які передують розвитку депресивної фази. У обох досліджуваних групах найчастіше спостерігався гострий початок депресивної фази. У студентів основної групи достовірно найчастіше відзначалася наявність соматогенних факторів перед розвитком затяжної фази.

Порівняльне вивчення виразності депресивного афекту та інших компонентів депресивної тріади проводилося з позицій відповідності ідеаторних та моторних розладів домінуючому афекту. При домінуванні в афективній ланці тривожного компонента (таблиця 4) скарги супроводжувалися спрямованістю переживань у майбутнє, виявлялося характерне для цих станів тяжіння до полюса збудження. На початкових етапах тривога переживалася як почуття внутрішнього занепокоєння, прихованого хвилювання, тремтіння, напруги, а при розвитку стану - як почуття загальної «натягнутості», гнітючої напруженості, гарячкового, безпорадного розпачу, нудного очікування біди. Ідеаторні розлади виявлялися у невпевненості при прийнятті рішень, сумнівами у правильності виконання добре знайомої роботи, постійному самоконтролі. Обсяг мислення був звужений, але водночас виявлялося прискорення асоціацій зі своїми переключенням на хвилюючу тему. При наростанні тривоги мислення ставало менш продуктивним з тенденцією до напливу однопланових думок песимістичної спрямованості з втратою життєвих перспектив. Мова була плутаною, прискореною, насиченою малоістотними деталями, надмірно докладною. У разі вираженої тривоги відзначалося значне прискорення, уривчастість, нерозбірливість мови. Відлік по - Крепеліну міг бути правильним, із зацікавленістю в завданні, але з сумнівами у рішенні, перепитуванням, а на висоті тривоги спостерігалось різке прискорення відповідей з постійним повторенням вголос попередньої цифри, помилками, частою відмовою від завдання з прикрістю або роздратуванням.

Моторні розлади виявлялися в рухливому, неспокійному погляді, прискорених мимічних реакціях, поза набувала напруженого характеру, студенти

сиділи нагнувшись уперед, зчепивши пальці рук, рухи були прискореними, уривчастими, метушливими, незграбними, прагнули будь-якої діяльності. При наростанні виразності тривоги погляд був вкрай рухливим, переляканим, обличчя набувало одноманітного тривожно-загнаного виразу, з'являлася непосидючість. Часто відзначалося похитування тулуба з боку на бік. Особа не утримувалася одному місці, вставала, ходили, знову сідала, але постійний рух не приносив полегшення. Таким чином, в ідеаторній та моторній сферах виявлялися ознаки розгальмування, характерні для домінуючого тривожного афекту. При такому співвідношенні компонентів депресивна тріада розцінювалася як гармонійна тривожна (7 спостережень контрольної групи - 70%).

При дисгармонійному тривожно-тужливому варіанті депресивної тріади - 23 спостереження основної (51,1%) та 1 спостереження контрольної групи (10,0%) рівень тривоги відповідав ступеню виразності пригніченого настрою, туги та супроводжувався почуттям хвилювання та важкості у грудях. Виражена тривога (переживана як почуття болісного очікування чогось поганого, «якогось нещастя, яке має статися в найближчому майбутньому», напруженості) супроводжувалася відповідною їй за виразністю ідеаторною розгальмованістю; тоді як у моторній сфері спостерігалися лише легкі прояви розгальмованості, що поступають по глибині як домінуючому тривожному афекту, так і ідеаторним порушенням. Мова за таких умов була прискореною, малорозбірливою; моторна розгальмованість виявлялася у певній метушливості, прагненні спілкування з оточуючими з почуттям полегшення спілкування. У деякого тривожно-тужливий стан характеризувався вираженою моторною розгальмованістю і мінімально вираженою ідеаторною розгальмованістю. Мова була плавною, послідовною; відлік Крепеліна був правильний, але з сумнівами при його виконанні.

При дисоційованому тривожно-тужливому варіанті депресивної тріади (9 спостережень основної групи - 20,0% та 2 спостереження контрольної групи - 20,0%) в ідеаторній та моторній сферах відзначалися різні поєднання розгальмування та гальмування. Найчастіше гальмування спостерігалось в ідеаторній, а розгальмованість у моторній сфері та рідше навпаки, але не

охоплювало обидві сфери одночасно. Мислення ставало уповільненим, виникали труднощі в осмисленні під час читання, у розмові, причому у моторній сфері виявлялася метушливість, напруженість пози, прагнення рухової активності. Але хворі не відчували потреби в контактах, говорили про байдужість до себе, байдужість до подій зовнішнього світу. В інших спостереженнях відзначалася прискорена, уривчаста мова з надмірно деталізованими відповідями на питання, але одночасно спостерігалася уповільненість рухів, мала мінливість пози. Міміка була скорботною, погляд – малорухливий, страждальний (таблиця 4).

При тривожно-апатичному афекті (13 спостережень основної групи - 28,9%), тривога переживалася як невмотивоване почуття тривоги, напруженості, при байдужості до навколишнього світу, близьких людей. Клінічна картина характеризувалася пригніченістю, зневірою, «безсиллям», зниженням спонукань, відчуттям труднощів у концентрації уваги. Ідеаторний та моторний компоненти депресивної тріади значно поступалися за глибиною порушень тривожного афекту, що викликало дисгармонійність тріади.

Перші ознаки соціально-психічної дезадаптації відзначалися у навчальній діяльності, сфері внутрішніх інтересів, захоплень, хобі, сексуальній сфері (зниження лібідо). Обмежувалася до мінімуму сфера контактів (з друзями, родичами). Найбільший дезадаптуючий вплив надавав домінування тривожного афекту з внутрішньою напругою, хвилюванням, соматовегетативними проявами, тілесними сенсаціями, неефективністю виконання побутових обов'язків.

Таблиця 5

Психологічні прояви при домінуючому тривожному афекті

Психопатологічні прояви	Кількість осіб	
	Основна група (n=45)	Контрольна група (n=10)
Ангедонія	35 (77,8%)	7 (70,0%)
Ідеї малоцінності	33 (73,3%)	4 (40,0%)
Ідеї винності	23 (51,1%)	4 (40,0%)
Ідеї безперспективності	29 (64,4%)	5 (50,0%)
Суїцидальні думки	8 (17,8%)	2 (20,0%)
Іпохондричні ідеї	39 (86,7%)	3 (30,0%)
Вегетативні розлади	32 (71,1%)	7 (70,0%)
Тілесні сенсації	31 (68,9%)	
Психічна анестезія	11 (24,4%)	2 (20,0%)
Соматодеперсоналізація	5 (11,1%)	

Узагальнюючи результати, отримані щодо основної і контрольної групи при домінуванні тривожного афекту, можна назвати, що спільними особливостями були переважання в преморбіді тривожно-недовірливих рис особистості; наявність в анамнезі тривалих психогенно-травмуючих ситуацій; гострий початок депресивної фази. При аналізі психопатологічної картини тривожних депресивних фаз було зазначено, що у обох групах, що вивчаються, значне місце займали ангедонія, ідеї винності, малоцінності, безперспективності, вегетативні розлади.

У студентів основної групи достовірно частіше виявляли соматогенні впливи, що передували розвитку затяжної фази. У структурі затяжної депресивної фази достовірно частіше реєструвалися дисгармонійність депресивної тріади, іпохондричні ідеї, тілесні сенсації.

2.2. Психотерапевтична спроможність рефлексії у психологічній практиці подолання депресивних станів

У науковій психології існує велика різноманітність підходів не лише до вивчення рефлексії, а й до розуміння її ролі у забезпеченні поведінки та діяльності, у розвитку та становленні особистості. Вивчення у вітчизняній психології проблеми рефлексії веде свою історію з теоретичних праць вчених, які розглядали рефлексію як один із пояснювальних принципів організації психіки людини, і, найперше, її вищої форми - самосвідомості.

Основні визначення рефлексії дозволяють відчутти безліч відтінків цього поняття. Найбільш традиційне визначення: рефлексія - це «свідомість, спрямована на себе». Більш м'яке визначення, що залишає місце для несвідомого, трактує рефлексію як «даність свідомості собі» І, нарешті, найбільш гнучке визначення тлумачить рефлексію як «процес репрезентації психікою свого змісту». Перші два визначення фактично ототожнюють рефлексію з поняттям самосвідомості, що інтерпретується як «саме існування розуму в дії». Будь-яка рефлексія як своєрідний механізм ревізії власного Я відсилає до іррефлексивного, тобто до ірраціонального, несвідомого. У вмінні мобілізувати та актуалізувати сферу несвідомого – незмірна сила рефлексії. Спалахують і тьмяніють мовні ходи, несподівані сполохи образів, мальовничі метафори. Запущено розумовий процес, проте такий, у якому немає лобової інтелектуальної атаки. Мобілізація за допомогою рефлексії механізмів несвідомого свідчить про перетворення діяльності свідомості, яка переосмислює свої претензії в акті рефлексії. Результатом є художнє натхнення, яке здається ніби безумовним і не може мислитися як «виведене знання». Водночас суб'єкт оцінює нову знахідку як «велику визначеність», тобто використовує прийом інтуїтивної перевірки успіху у даній творчій ситуації.

Історико-філософський розгляд проблеми рефлексії показує, що:

1) наявність різних підходів до вирішення проблеми рефлексії, взаємна критика дослідників сприяли розвитку та уточненню уявлень про рефлексію.

Рефлексія - універсальний спосіб аналізу свідомості, джерело адекватного самопізнання, збагачення пізнавальної діяльності, її свідомого контролю; філософська рефлексія пов'язана з пошуком граничних підстав людської свідомості та поведінки;

2) у сучасній філософії все більше уваги приділяється важливості рефлексії про нерелексивне. Традиційна інтерпретація рефлексії, що виражається в конституюючій роботі свідомості, розцінюється сучасними феноменологами (Мерло-Понті, Рікер та ін) як розуміння рефлексії виключно з позицій інтелектуалізму. Нове розуміння рефлексії виходить із розуміння недостатності сфери свідомості, його залежність від нерелексивних психічних змістів. У цьому плані сама можливість рефлексії про нерелексивному розглядається як унікальна здатність людини.

3) Сучасне філософське розуміння рефлексії акцентує також таке найважливіше властивість рефлексії як здатність змінювати структуру свідомості та приводити у своїй людини у стан справжньої творчості. З цієї сучасної філософської перспективи ми можемо ясно побачити подібність психічного функціонування психоаналітичної, художньої, акторської та будь-якої іншої присутньої в різних творчих процесах рефлексії, кожна з яких має прямий зв'язок із нерелексивними психічними змістами і тому розгортається та здійснюється у змінених станах свідомості.

У зарубіжній психології С. Аткинс та К. Мерфі, розглядаючи рефлексію як найважливішу складову процесу мислення, виділяють три її компоненти - усвідомлення, критичний аналіз та нова перспектива (Atkins S. & Murphy K., 1993).

Я. Сканлон і В. Черномас (Scanlon & Chernomas, 1997), згідно з виділеними С. Аткинсом і К. Мерфі (Atkins & Murphy, 1993) трьома складовими рефлексії, описують стадії розвитку рефлексії. Перша стадія - усвідомлення - виникає в моменти здивування чимось незвичайним, що породжує бажання дізнатися більше, краще зрозуміти мотиви власної чи чужої поведінки. Ця стадія розвитку

рефлексії виникає також у ситуаціях дефіциту або нестачі знання про те, що відбувається зовні або всередині.

Рефлексія переходить у другу стадію, коли те, що відбувається не тільки усвідомлюється, а й розглядається та аналізується з різних позицій, піддається осмисленню та деякій переробці, що сприяє, згідно Я. Сканлону та В. Чорномасу, адекватному оцінюванню власних можливостей та запуску процесів синтезу нових варіантів поведінки .

Третя стадія розвитку рефлексії характеризується виникненням нового погляду ситуацію і себе у ній, усвідомленням нових можливостей, внутрішніх та зовнішніх перспектив. Автори вказують, що рефлексивний процес, що проходить усі три стадії свого розвитку, призводить не лише до змін у поведінці людини, але також сприяє виникненню змін в емоційному ставленні до себе та до проблемної чи дивовижної ситуації, породжуючи також певні особистісні зміни (Scanlon & Chernomas , 1997).

Автори особливо наголошують на необхідності спеціального навчання людини не тільки простим навичкам рефлексії, а й здійсненню всього описаного ними рефлексивного процесу загалом. У ході подібного навчання у людини має бути сформована здатність підтримувати рефлексивний процес та сприяти його розвитку від першої до третьої стадії.

Р. Рассел (Russell, 1993) за Д. Шоном (Schon, 1987) поділяє поняття «рефлексії у дії» і «рефлексії над дією». «Рефлексія над дією» означає, що рефлексивний процес запускається у разі виникнення позаштатної ситуації, несподіваної проблеми, важкої перешкоди і служить для формування нової поведінки. «Рефлексія у дії» - це процес усвідомлення своєї діяльності та свого внутрішнього стану у процесі цієї діяльності.

Цю ж лінію досліджень продовжує робота М. Мантей, у якій, на основі запропонованих раніше понять «рефлексії у дії» та «рефлексії дії», докладно описуються стратегії розвитку особистісної рефлексії, які можуть розгортатися за наявності таких необхідних складових: психологічної підтримки та самопідтримки; особистісної, інтелектуальної та емоційної включеності у

діяльність; здатності ділитися своїми переживаннями та невдачами і без страху розмірковувати про них; наявність певної самокритичності при усвідомленні власного внутрішнього досвіду; Можливості приймати зворотний зв'язок від значущих людей (Manthey, 2001).

Взаємозв'язок внутрішнього діалогу та особистісної рефлексії як найважливішої складової самосвідомості став предметом дослідження Дж. Шнайдера, у якому, зокрема, було показано, що позитивний внутрішній діалог сприяє розвитку «функціональної самосвідомості з активною роллю в ній особистісної рефлексії». Інакше формується «дисфункціональна самосвідомість із ослабленою рефлексією» (Schneider, 2002).

П. Зелазо, розглядаючи проблему розвитку свідомості через призму різних рівнів цього процесу, вважає рефлексію психічним новоутворенням, психічною здатністю раннього дитячого віку. П. Зелазо вважає, що рефлексія відноситься виключно до сфери розумових процесів і, аналізуючи з цих позицій процес її розвитку та становлення, він детально описує різні рівні формування цієї «психічної здатності, властивої свідомості суб'єкта». П. Зелазо особливо зазначає, що розвиток особистісної рефлексії призводить до виникнення самосвідомості і дозволяє дитині не лише усвідомлювати свою окремість та особливість, але й допомагає їй краще сприймати оточуючих людей (Zelazo, 2004).

Близьке за духом дослідження було проведено наративними психологами П. Снайдером і П. Маквільям (Snyder & McWilliam, 2003). Автори також розвивають ідею необхідності розвитку особистісної рефлексії з раннього віку і пропонують при цьому власні оригінальні методики.

Дослідження рефлексії у зарубіжній психології часто обмежуються дещо банальними та абстрактними висновками про особистісну рефлексію як про здатність людини до саморозвитку та самореалізації, формування свого майбутнього, пошуку себе та свого місця у світі, здатності ставити собі питання та шукати на них відповіді тощо.

Дж. Хойер та А. Кляйн стверджують, що виявили «квадратичну залежність» психічного здоров'я людини від ступеню розвитку її особистісної рефлексії (Hoey & Klein, 2000). До близьких висновків приходить і С. Пінчароєн, який досліджував вплив здатності до особистісної рефлексії на якість життя людей похилого віку. Він показує як наявність розвиненої рефлексії сприяє набуттю нових цінностей і смислів, сприяє досягненню внутрішньої гармонії та спокою, подолання страху смерті (Pinchargoen, 2002). Аналогічні результати отримують Дж. Снід і С. Вайтбурн, які додають до висновків С. Пінчароєна необхідність наявності не тільки розвиненої рефлексії, а й широти самосвідомості людини (Sneed & Whitbourne, 2003). К. Торп і Дж. Барські наводять свідчення на користь ще однієї найважливішої складової особистісної рефлексії - здатності піклуватися про себе, фізично і психічно, не чекаючи і не перекладаючи це на значущих людей (Thorpe & Barsky, 2001). Це, у свою чергу, допомагає людині не тільки приймати допомогу та турботу від інших, але й самій бути здатною надавати підтримку іншим людям. До схожих результатів приходить дослідження Д. Лавера (Laver, 2000).

Дж. Мезіров з колегами показують у своїх дослідженнях провідну роль рефлексії у процесі переосмислення важких поточних проблем, у формуванні нових смислів та цінностей, у виникненні нових перспектив та життєвих цілей (Mezirow, 1991; Mezirow, Brookfield, Candy, Deshler, Gould, 1990).

Загалом у зарубіжних психологічних роботах виділяються чотири основні умови для виникнення рефлексивного процесу. По-перше, рефлексивний процес завжди виникає у відповідь на невизначеність, що раптово виникла в поточній діяльності або в самосприйнятті, перешкода або несподіваний для людини розвиток ситуації (Brown, Bransford, Ferrara, Campione, 1983). Це може бути проблема, з якою стикається людина; критичне зауваження значущої людини, провал у спілкуванні з важливою для себе людиною, здивування чомусь новому або болоче фізичне відчуття. Поява труднощів може бути «точкою зростання та розвитку» (Seibert & Daudelin, 1999) або «приводом для підвищеної уваги та роздумів» (Loughran, 1996) і характеризуватись виникненням внутрішнього

конфлікту і, як наслідок, відчуттів невпевненості, сумніву, нестабільності (Schon, 1983; Dewey, 1933). Виникнення невизначеності - необхідна, але недостатня умова виникнення рефлексії. Вона може і не виникнути, якщо відсутні три інші умови.

Друга умова - внутрішній локус контролю або усвідомлення самою людиною власної відповідальності в ситуації невизначеності і, як наслідок, виникнення бажання та готовності до вирішення проблеми та розвитку себе за допомогою рефлексивної внутрішньої роботи (Langer, 1989; Boud, Keogh and Walker, 1985).

Третя умова - це достатня для подолання невизначеності, що виникла, сформованість рефлексивних навичок. У разі слабкого розвитку одного бажання може бути недостатньо, і в людини може виникнути відчуття безпорадності і розчарування в собі.

Четверта умова – підтримка рефлексивним процесом довкілля. У разі відсутності такого зовнішнього середовища, людина стає ще більш залежною від наявності відповідного внутрішнього середовища, що підтримує рефлексивний процес, незважаючи на можливий тиск ззовні.

Дослідження проблеми свідомості у моделі «рефлексивного управління» розробляє В. Лефевр. В. Лефевр відмовився від інтроспективних та феноменологічних методів і пішов шляхом об'єктивації рефлексії... Він експлікував філософську традицію вивчення рефлексії, але його підходи дали поштовх спробам опредметити, об'єктивувати свідомість, діяти з нею як з моделлю (Зінченко, 1994, с.168).

Вводячи поняття «рівень рефлексії» і «рефлексивна система», В. Лефевр стверджував, що людина має рефлексивною здатністю зайняти позицію дослідника як щодо самого себе, так і щодо іншого суб'єкта. У своїй теорії рефлексивних процесів він показав, що в основі рефлексивного управління лежить використання можливостей суб'єкта «свідомо конструювати образи себе та інших». Рефлексія тут постає у вигляді багаторівневої системи, яка подібна до системи дзеркал, що багаторазово відображають одне одного (Лефевр, 1973).

Весь найскладніший потік віддзеркалень дзеркал одне у одному і є Лефевра метафоричним аналогом рефлексивного процесу. Потенційно автономний суб'єкт, здатний до самогенерації віртуального світу – це суб'єкт, який має здатність до рефлексії. Багаторазове відображення себе в ситуації вільного вибору дає такому суб'єкту, за умови розуміння ним процесу усвідомлення, можливість «підкорити світ собі», детермінувати вплив зовнішньої реальності, не втративши при цьому зв'язку з нею.

Розглядаючи критичні ситуації у житті суб'єкта, що характеризуються неможливістю реалізації їм внутрішніх потреб свого життя, Ф. Василюк (1984, 1991, 2005) зазначає, що вони виражаються у порушенні смислової відповідності свідомості та буття суб'єкта. Відновити цю відповідність, на думку автора, неможливо шляхом предметно-практичної діяльності, ні шляхом пізнавальної діяльності, усвідомлення. «Справжня проблема, що стоїть перед суб'єктом, її критичний пункт полягають не в усвідомленні сенсу ситуації, не у виявленні прихованого, але існуючого сенсу, а у його створенні, в сенсопородженні, сенсопобудові» (Василюк, 1984, з. 24). Сенсобудування, згідно з концепцією Ф. Василюка, здійснюється в особливу внутрішню діяльність — діяльність переживання. Ця особлива внутрішня робота, що здійснюється особистістю, спрямована на усунення смислової неузгодженості свідомості та буття, відновлення їх відповідності, та забезпечує підвищення свідомості життя.

Розглядаючи внутрішню роботу переживання, що здійснюється під час молитви, Ф. Василюк (2005) відзначає різні спроби суб'єкта опанувати кризову ситуацію: робота розуму, яка ґрунтується на раціональних, свідомих процесах; мимовільне безпосереднє переживання, що також виявляється неспроможним, і, нарешті, переживання у формі молитви, в якому не тільки не відкидаються за непридатністю ті стани, в яких душа перебувала в ході безуспішних спроб долання, але останні зберігаються, перетворюються і з'єднуються в нову форму. У молитві, згідно з Ф. Василюком, встановлюється продуктивне підпорядкування раціонального та емоційного рівнів, молитва стає «довільною мимовільністю, активною пасивністю» (Василюк, 2005, с. 25). На наш погляд, у цьому підході

Ф.Є. Василюка до психологічного аналізу станів свідомості особистості долається, у тому числі й суто раціональний погляд на рефлексивну внутрішню роботу та рефлексія набуває несвідомого та афективного виміру.

У цілісному процесі переживання, Ф. Василюк розрізняє «три пласти, або плани протікання:

а) план безпосереднього переживання, в якому відбувається випробування душевних станів, проживання чуттєвого досвіду;

б) план вираження, в якому здійснюються різні форми експлікації внутрішніх станів і процесів;

в) план осмислення; якому розгортається внутрішня робота самосвідомості щодо осмислення душевних станів та всієї екзистенційної ситуації» (Василюк, 2005, с.30). Поняття «переживання» тут використовується Ф. Василюком і для позначення внутрішньої роботи («переживання-робота»), спрямованої на подолання ситуації неможливості, і для позначення такого рівня функціонування свідомості як безпосереднє відчуття, випробування тих чи інших змістів і станів - «переживання-випробування».

Ф. Василюк наполягає на тому, що переживання-випробування не є первинною психологічною субстанцією, через саму себе обумовлену і для себе існуючою реальністю, що реалізує, в тому числі, і функцію смислової переробки, тобто, функцію переживання-роботи. Навпаки, саме переживання-робота є субстанцією по відношенню до переживання-випробування. Тут переживання розуміється Ф. Василюком не як процес, що існує сам собою, а як діяльнісний процес, який здійснюється особистістю. Останнє, як зазначає автор, має важливе значення для психотерапевтичної практики: «від того, чи будемо ми в терапевтичному процесі робити ставку на переживання як активність особистості або на переживання як автоматичний процес, залежать і методи терапії, і її стиль, і терапевтичні відносини, та результати» (Василюк, 2005, с.38).

Аналізуючи топіку переживання, Ф. Василюк (2005) розрізняє два його виміри: «внутрішнє – зовнішнє» та «глибоке – поверхнєве». Відповідно до другого виміру, всяке відкриття переживання виявляється цінним не саме собою,

лише остільки, оскільки воно сприяє його поглибленню. Переживання, на його думку, може бути спрощеним, поверхневим, або глибоким. Перше збіднене смислом, локальне за змістом, обмежене і здійснюється ніби саме собою, без участі особистості. Особистість не відчуває в переживанні не в тому сенсі, що вона байдуже і безпристрасно спостерігає за своїм переживанням, а в тому, що вона поглинута, одержима ним, не відрізняючи його від самої себе. На відміну від поверхневого, глибоке переживання, на думку автора, відрізняється двома головними рисами: смисловою інтегральністю та особистісною включеністю. Перша полягає в тому, що в «змісті переживання різні сторони і пласти життя поліфонічно перегукуються, вступаючи в смислову взаємодію між собою. Друга риса, особистісна включеність, виявляється у тому, що особистість, з одного боку, відрізняє себе від переживання, а з іншого — бере активну участь у здійсненні переживання, приймаючи його як реальність, але не як остаточний твердий факт, а як смисловий процес, що знаходиться в становленні. Особистість формує своє ставлення до цього процесу, оцінює та переосмислює його, підтримує в ньому одну тенденцію, упокорюється з іншими, бореться з третіми, шукає форми, засоби та шляхи його здійснення» (Василюк, 2005, с. 63).

Вираз цього почуття як Я-повідомлення може призвести до зовсім інших наслідків. Я-повідомлення вимагає від людини рефлексивного та вольового контролю свого афективного стану та способу його вираження. Щоб здійснити Я-повідомлення, необхідно затримати безпосереднє реагування, усвідомити своє почуття, знайти адекватний йому словесний опис, намацати відповідну діалогічну форму висловлювання і нарешті здійснити цей діалогічний акт. Зрозуміло, що вплив цього висловлювання на партнера зі спілкування та соціальну ситуацію радикально відрізнятиметься від впливу безпосереднього відреагування того ж почуття. Але для нас у даному контексті важливіше інше — зворотний вплив способу вираження переживання на саме це вихідне переживання. Я-повідомлення «виховує» переживання, роблячи його більш прозорим для свідомості, керованим для волі, більш особистісним, робить його особистим досвідом, що говорить... Кожна психотехніка є одночасно і

антропотехніка, вона формує культуру душевного життя, торує шляхи і створює форми, якими і в яких особистість починає відчувати, думати та діяти (Василюк, 2005, с. 64).

Тематика особистісної рефлексії докладно розглядається в різних напрямках психотерапевтичної практики: психоаналізі, гуманістичної та екзистенційної психотерапії, гештальт-терапії та ін. Однак, тут проблема рефлексії розробляється з перспективи терапевтичної допомоги людині, що, звичайно, часто звужує рамки досліджень до впливу рефлексії на ефективність чи інших видів психопрактики. Теоретичне, експериментальне та емпіричне дослідження особистісної рефлексії як інтеграційного механізму особистості залишається, як і раніше, актуальним.

Будучи активним суб'єктним процесом, що перетворює внутрішню реальність людини, рефлексія важко вловима емпірично та операційно.

Проте, наш підхід до дослідження рефлексії ґрунтує розуміння рефлексії не просто як процесу усвідомлення, регуляції, самоконтролю, управління і т. п., але як процес смислопородження, смислоутворення, як унікальну здатність особистості до «рефлексії про нереклексивне» (Мерло-Понті), спроможну призводити до трансформації станів, виникнення принципово нових смислів, принципово якісних змін не лише у самому рефлексивному функціонуванні, але й у принципово якісному розвитку суб'єктності, всієї особистості загалом.

Ми розглядаємо особливим чином організований процес аналітичної рефлексії як високоспроможний засіб впливу на стан свідомості, який уможливорює характерні зміни у психічному функціонуванні суб'єкта. У психоаналітичному процесі суб'єкт, що проходить психоаналіз, поступово занурюється в особливі регресивні стани, що супроводжуються зміною емоційного забарвлення, відображеного у свідомості внутрішнього досвіду, змінами процесів самосвідомості, рефлексії, сприйняття часу і послідовності подій, що відбуваються у внутрішній реальності.

Характерною особливістю регресивних станів є поживлення минулого в сучасному, що призводить до активізації глибинних несвідомих змістів

особистості та їх взаємодії зі свідомим «Я». Цей новий інтерактивний діалог призводить до виникнення у суб'єкта специфічних трансферентних змінених станів свідомості. Активний рефлексивний процес їх переосмислення та опрацювання, що здійснюється суб'єктом за допомогою аналітика, призводить до породження нових особистісних смислів, якісно нових рефлексивних стратегій та способів внутрішнього діалогу.

Сучасний психоаналіз, згідно з Д. Леонт'євим «спрямований саме на розкриття унікальних, часто не усвідомлюваних особистісних смислів. У цьому плані психоаналіз має певну специфіку, оскільки у повсякденному спілкуванні ми оперуємо, зазвичай, загальноприйнятими денотативними і конотативними значеннями слів, то психоаналітику нерідко доводиться зіштовхуватися з дуже специфічними, глибоко індивідуальними сенсами, ігнорування яких (зокрема орієнтація виключно універсальні символи) стає досить поширеною помилкою» (Леонт'єв, 1999).

Інша ознака, за якою феноменологію, отриману в процесі психоаналізу, можна віднести до психологічної практики роботи із депресивними станами, - присутність у зовнішньому діалозі фрагментів внутрішнього діалогу. Відбувається «діалог свідомого і несвідомого», тобто. вербально виражена взаємодія між різними психічними структурами, що мають різний ступінь представленості у свідомості, усвідомленості. З'являється можливість реалізації найважливішої функції рефлексії – рефлексії раніше нерелаксивних психічних змістів.

Подібні регресивні стани свідомості та чи інша рефлексивна активність у цих станах, що виникають у суб'єкта під час психоаналізу, знаходять своє відображення у вербальному матеріалі психоаналітичних сесій. Відповідно за допомогою вивчення цього вербального емпіричного матеріалу можуть бути досліджені як самідепресивні стани, так і динаміка рефлексивної активності особистості цих станів.

У більш широкому контексті, одним із завдань нашого дослідження є аналіз та осмислення психоаналітичних феноменів із загальнопсихологічних

позицій. Психоаналіз є і терапевтичним методом, та водночас, й дослідницькою процедурою, спрямованою вивчення та розвитку особистості людини. Спеціальним чином організована аналітична рефлексія як внутрішня робота, що трансформує наявні та породжує нові смисли, являє собою саму серцевину психоаналітичного методу.

Рефлексивна робота з особистістю в депресивному стані є механізмом їх інтеграції в більш цілісний образ «Я» і призводить до переосмислення колишніх та породженню нових способів рефлексії та внутрішнього діалогу.

«Спостерігаюче рефлексивне Я» суб'єкта, що має нові рефлексивні стратегії, виникає шляхом ідентифікації з рефлексивними функціями психоаналітика. Рефлексія суб'єкта спонукається і організовується висловлюваннями його співрозмовника, що виявляється у напрямі уваги на певні змісти свідомості суб'єкта, у поглибленні процесу аналізу та формуванні узагальнень.

Рефлексія суб'єкта реалізується за допомогою внутрішнього діалогу в ході інтеріоризації зовнішнього діалогу зі співрозмовником. Поява якісно нових контекстів внутрішнього діалогу відбувається в ході рефлексії, спрямованої на перетворення особистісно та емоційно значущих змістів свідомості та самосвідомості суб'єкта.

Рефлексія як активний суб'єктний процес переосмислення і перетворення психічних змістів служить механізмом їх трансформації та інтеграції зі свідомістю і, отже, призводить до породження психічних новоутворень, які виступають у вигляді цілісного образу «Я» і нових способів і форм рефлексії, емоційного сприйняття та взаємодії як із психічною, так і із зовнішньою реальністю. За рівнем оволодіння суб'єктом психічним процесом рефлексії були виділені такі форми рефлексії:

звернення уваги на себе та на зміст власної свідомості; «називання» того, що відбувається з використанням індивідуальної системи значень;

«осмислення» окремого явища у логіці цілісної багаторівневої смислової сфери особистості. Активізація рефлексивного процесу відбувається в ході

спеціально організованої рефлексії, спрямованої на усвідомлення та перетворення суб'єктом глибинних структур індивідуального смислового досвіду та особливостей індивідуальної системи значень.

Рефлексія як активний процес смислопородження, що перетворює зміст свідомості та самосвідомості, актуалізується в ході вербалізованого внутрішнього діалогу. Рефлексивні процеси внутрішньо діалогічного висловлювання якісно та кількісно відрізняються від внутрішньо монологічної рефлексії. Вони створюють умови породження нових смислових утворень. Було виявлено чотири різні рефлексивні рівні: ціннісний, діалогічний, спостерігальний, наративний.

Діалогічний рівень рефлексії практично відсутній у текстах поза внутрішнім діалогом. Він є відмінною рисою вербалізованого внутрішнього діалогу. Виявлено статистично значущий великий ступінь активності, порівняно із звичайним текстом, ціннісного і рефлексивних рівнів внутрішнього діалогу. У ході вербалізованого внутрішнього діалогу задіяні метарефлексивні процеси спостереження, осмислення та зміни, що перетворюють зміст свідомості та самосвідомості. Ці процеси не згорнуті повною мірою, як наративний рівень рефлексії, що створює можливість трансформації самих рефлексивних процесів у ході внутрішнього діалогу. Нові методи рефлексії пізніше фіксуються в наративному рівні.

У міру посилення та розвитку рефлексії суб'єкт починає все більше рефлексивно осмислювати свої стани, що призводить до формування активного «рефлексуючого Я»; найбільш гармонійним і різноманітним емоційним проявам і збільшення можливості суб'єкта вербально описувати і позначати власні емоції; до змін у внутрішньому світі, який стає більш наповненим, живим, структурованим; у особистості виникають творчі аспекти; до кількісної зміни інтрапсихічних образів: зв'язків між образами стає більше і простір образів збільшується; до якісної зміни внутрішньопсихічних образів: вони стають яскравішими, конкретнішими, багатовимірніше; змінюються зв'язки між різними

образами; рефлексивні процеси починають концентруватися навколо певних психічних образів.

2.3 Емпіричне дослідження динаміки депресивного стану студентів на основі розвитку рефлексії

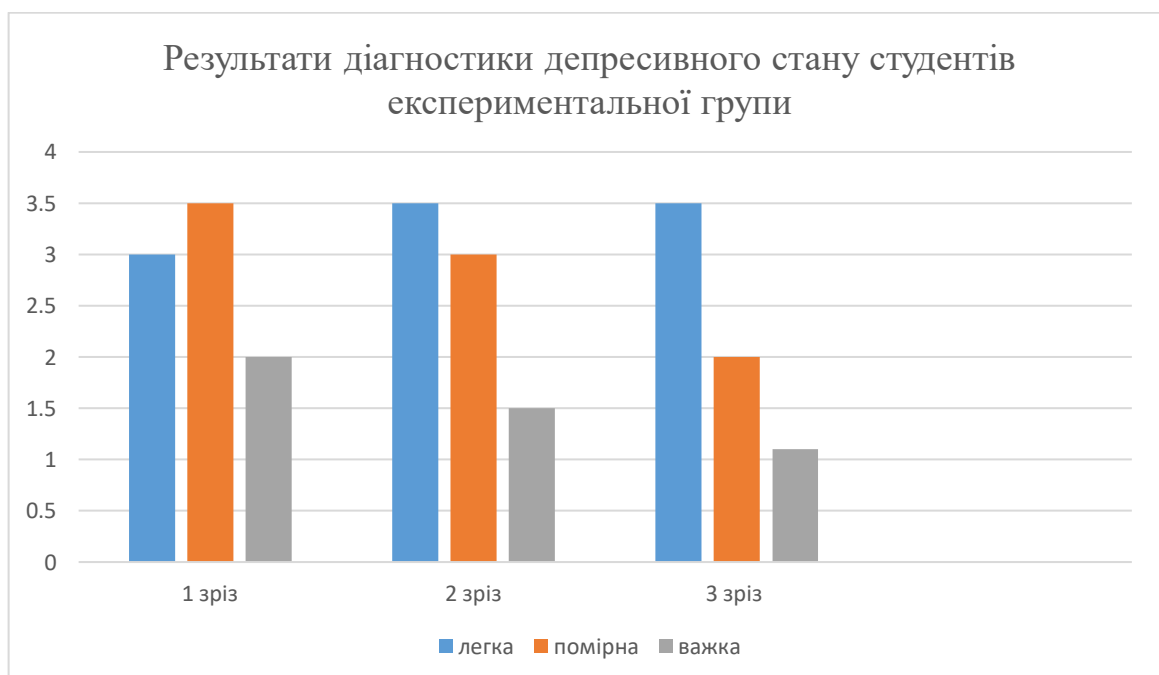
Для виявлення депресивного стану студентів ми використали шкалу депресії А.Бека. Автор шкали, американський професор психіатрії Аарон Темкін-Бек, склав А. Т. Beck, С. Н. Ward, М. Mendelson, et al. An Inventory for Measuring Depression / JAMA Psychiatry розробив шкалу з урахуванням найбільш значимих симптомів депресії. Це сталося 1961 року. З того часу шкала була переглянута двічі. На сьогодні найбільш точною вважається Aaron T. Beck, Robert A. Steer, Roberta Ball, William F. Ranieri. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in Psychiatric Outpatients / Journal of Personality Assessment остання версія, скоригована 1996-го відповідно до четвертого видання «Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів». Це загально визнаний міжнародний гайд розроблений експертами Американської психіатричної асоціації.

Для діагностики нейротизму використовуються опитувальники Моделі (Maudsley Personality Inventory, MPI), Айзенка (Eysenk Personality Inventory, EPI) та На початку XXI ст. зарубіжні фахівці зробили 8 лонгітюдних досліджень взаємозв'язку цієї риси та депресій (М. Enns, В. Cox, 1997). Їхні результати показують, що депресивні пацієнти характеризуються вищим нейротизмом, ніж здорові особи; відповідно до моделі спектра, при хронічних депресивних станах нейротизм залишається стійко підвищеним. Становлення ремісії супроводжується поступовим зниженням показників нейротизму. Дуже високі показники нейротизму під час депресивного епізоду можуть бути предикторами поганого прогнозу; пацієнти з «реактивною» депресією характеризуються вищим нейротизмом, ніж хворі на ендогенну депресію (патопластична модель).

Проспективні лонгітюдні дослідження показують велику прогностичну цінність цієї особистісної риси: хворі на депресію відрізнялися вищими показниками нейротизму при преморбідному тестуванні. Фундаментальні проспективні дослідження Р. Кендлера із співавторами оцінювали генетичні фактори нейротизму та депресії; у цьому лонгітюді брали участь 1733 пар близнюків жіночої статі (К. Kendler, E. Walter, 1994). Досліджувані заповнювали ЕРІ і протягом 14 місяців двічі проходили ретельну діагностичну оцінку. Нейротизм з високим ступенем точності передбачав маніфестацію депресії як протягом найближчого року, так і надалі (модель вразливості). Депресивний епізод між двома діагностичними процедурами суттєво підвищував показники нейротизму; поточний новий епізод депресії під час повторної діагностики також підвищував показники нейротизму. Взаємозв'язок між нейротизмом і депресією був на 70% атрибутований генетичним фактором ризику, загальним для обох розладів (що підтверджує модель спектра), і на 10% - депресією, що підвищує нейротизм (що ілюструє ефекти стану)

Рис. 2.1

Діаграма показників депресивного стану за шкалою Бека

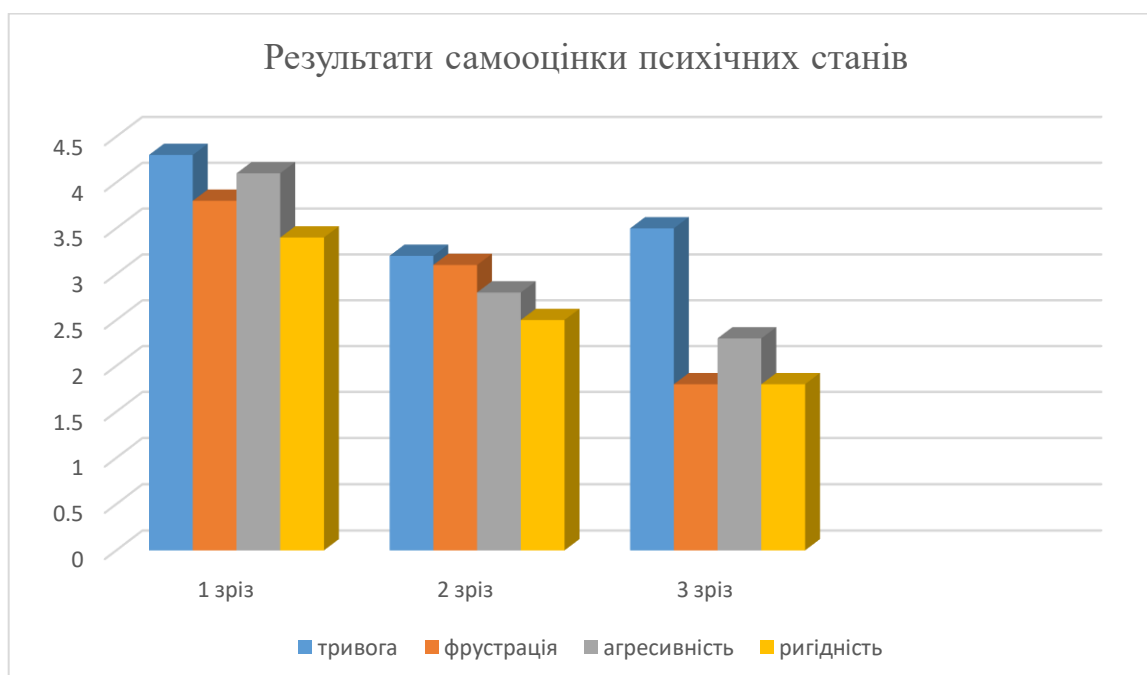


Роль психічних показників тривоги, агресивності, фрустрації та ригідності як чинників особистісної вразливості до депресії беззастережно визнавалася дослідниками як психоаналітичної, і когнітивної орієнтації. Систематичні дослідження у цьому напрямі почалися відносно недавно. У своєму дослідженні ми використали методику Г.Айзенка самооцінки психічних станів на основі запропонованого опису різних психічних станів. Якщо цей стан суб'єкт часто спостерігає, то ставиться 2 бали, якщо цей стан буває, але зрідка, то ставиться 1 бал, якщо зовсім не підходить - 0 балів

У стані депресії показники були суттєво вищі за аналогічні показники здорових піддослідних. У міру виходу із депресивного стану показники тривоги, агресивності, фрустрації та ригідності суттєво знижувалися, залишаючись, проте, вищими, ніж у нормі.

Рис. 2.2

*Діаграма показників психічних станів
(Г.Айзенк)*



У студентів експериментальної групи достовірно частіше виявляли соматогенні впливи, що передували розвитку затяжної фази. У структурі затяжної депресивної фази достовірно частіше реєструвалися дисгармонійність депресивної тріади, іпохондричні ідеї, тілесні сенсації.

Наприкінці 7 - на початку 8 тижня психологічної терапії відбувалася редукція почуття вітальної туги (67,6%), зменшувалася її інтенсивність і тривалість, спочатку в другій половині дня, а, потім, і в ранковій годині. Студенти зазначали, що з самого ранку, часто відразу після пробудження, «стає легше», вдень з'являються «світлі проміжки», або «вечірнє зменшення депресії починається раніше». Редукували добові коливання (65,38%). Збільшувалася активність (65,0%), знижувався рівень моторного гальмування, настрої покращувалися. Студенти залучалися до навчальної діяльності. Пожвавлення ідеаторної сфери наступало трохи згодом (8-10 тижень терапії): зберігалася уповільнення асоціативних процесів (78,6%). Поступово зникали ідеї малоцінності та винності (80,0% редукції); пропадало почуття безвиході, ідеї безперспективності. Пацієнти зазначали, що стали «відтавати» їхні почуття до близьких, «повернулося душевне тепло» (95,2% редукції).

Наприкінці проведеної терапії (через 12 - 14 тижнів) середнє значення сумарного бала становило $6,3 \pm 0,9$ бала; а відсоток редукції – 80,4%.

Таким чином, стало можливим характеризувати як вихід з депресії, проте, при цьому зберігалася схильність до коливань настрою з тривожним відтінком в рамках ситуаційних або особистісних реакцій. Актуальною, але менш вираженою залишалася невпевненість у своїх силах, можливості справлятися з роботою в повному обсязі, мали місце залишкові іпохондричні прояви (зберігалася стурбованість станом свого здоров'я), які були психологічно зрозумілі, співвідносилися з ситуацією та особистісними особливостями. Під впливом рефлексивної психотерапії, що включає логічну аргументацію, вдавалося досягти корекції, дезактуалізувати різні побоювання.

У 8 спостереженнях з тривожно-тужливою дисгармонійною депресивною тріадою (другий варіант терапевтичної динаміки з 32 спостережень з тривожно-

тужливим афектом), середнє значення сумарного балу - 21 на початок дослідження склало 7 балів. Середній бал тривоги становив 3,1 бала, туги – $2,6 \pm 0,4$ бала.

Внаслідок проведеної терапії спостерігалася позитивна динаміка. Слід зазначити насамперед редукцію суїцидальних думок (100%), відновлення сну (81,0%). Знижувалася актуальність ідей самозвинувачення та самознищення (54,4%), вираженість іпохондричної симптоматики (62,5%) та соматовегетативних проявів (50,0%). Зменшувалася пригніченість (66,5%), повністю відновлювався апетит (100% редукції). Ідеаторна та моторна розгальмованість зменшувалися, але зберігалися деяка напруженість пози, легка тривожність у погляді та міміці, прискорення мімічних реакцій (77,8%). Зберігається легкий внутрішній занепокоєння, виникали тривожні побоювання повернення хвороби (72,3%). Але, загалом, студенти зазначали, що їхній стан став значно кращим. Будували реальні плани на майбутнє.

Висновки до другого розділу

Дослідження було орієнтоване на виявлення характеристик та особистісних факторів депресій у студентів. У 54,1% основної та 34,6% контрольної групи (40 та 9 осіб відповідно) початок депресивного стану розвивався гостро: з вираженою тривогою у поєднанні з пригніченим настроєм. Протягом 3 тижнів – 1,5 місяців порушувався сон, пропадав апетит, виникали напади тахікардії, знижувалася працездатність. Формувалися ідеї малоцінності, безперспективності. Дещо пізніше приєднувалося почуття безвиході, що супроводжується суїцидальними думками та висловлюваннями.

Узагальнюючи результати, отримані щодо основної і контрольної групи при домінуванні тривожного афекту, можна назвати, що спільними особливостями були переважання в преморбіді тривожно-недовірливих рис особистості; наявність в анамнезі тривалих психогенно-травмуючих ситуацій;

гострий початок депресивної фази. При аналізі психопатологічної картини тривожних депресивних фаз було зазначено, що у обох групах, що вивчаються, значне місце займали ангедонія, ідеї винності, малоцінності, безперспективності, вегетативні розлади.

Особистісна рефлексія як активний суб'єктний процес переосмислення і перетворення психічних змістів, служить механізмом їх трансформації та інтеграції зі свідомістю і, отже, призводить до породження психічних новоутворень, що виступають у вигляді більш цілісного образу «Я» і нових способів і форм рефлексії, мислення, емоційного сприйняття та взаємодії як із психічною, так і із зовнішньою реальністю.

Рефлексія як активний суб'єктний процес, що перетворює зміст свідомості та самосвідомості, актуалізується в ході вербалізованого внутрішнього діалогу. Рефлексивні процеси внутрішньо діалогічного висловлювання якісно та кількісно відрізняються від внутрішньо монологічної рефлексії. Вони створюють умови породження нових смислових утворень. Було виявлено чотири різні рефлексивні рівні: наративний, спостерігаючий, діалогічний, ціннісний.

Рефлексивна робота з особистістю в депресивному стані є механізмом їх інтеграції в більш цілісний образ «Я» і призводить до переосмислення колишніх та породженню нових способів рефлексії та внутрішнього діалогу.

Внаслідок проведеної терапії спостерігалася позитивна динаміка. Слід зазначити насамперед редукцію суїцидальних думок (100%), відновлення сну (81,0%). Знижувалася актуальність ідей самозвинувачення та самознищення (54,4%), вираженість іпохондричної симптоматики (62,5%) та соматовегетативних проявів (50,0%). Зменшувалася пригніченість (66,5%), повністю відновлювався апетит (100% редукції).

ВИСНОВКИ

Вивчення та аналіз наукової літератури із проблеми депресивних станів особистості засвідчує визнання дослідниками зв'язку різних особистісних рис із депресивними та тривожними розладами. У рамках параметричного підходу з великою точністю вимірюють різні риси: нейротизм, екстраверсію, залежність, obsесивність, схильність до самокритицизму і зіставляють з низкою параметрів — зокрема характером перебігу розладу, ефектом лікування. Моделі загальної причинності стверджують, що особистісні дисфункції та депресія є незалежними патологічними феноменами, зумовленими загальною глибинною причиною. Найчастіше розглядаються біологічні процеси (наприклад, норадренергічна дисрегуляція); рідше у цій якості фігурують психологічні механізми або соціальні умови (наприклад, погана батьківська турбота). Два психологічні чинники - безпорадність і самокритицизм (або поєднання обох факторів) вважають достатніми умовами для виникнення депресії та одночасного розвитку низки особистісних розладів.

Психоаналітичні дослідження визнають центральну роль життєвої історії особистості та травмуючої зовнішньої реальності у виникненні депресогенних переживань безпорадності та безнадійності. Досвід тривалого перебування у владі тиранічних і садистичних особистостей, серйозної інвалідизуючої хвороби (особливо на початку життя), проживання в умовах занедбаності, відірваності від коріння, батьківських невдач та інших варіантів фізичного та психологічного болю може бути інтроєктований у формі глибинного почуття неможливості якось змінити реальність. Подібні онтогенетичні обставини створюють уразливість для депресивного реагування у стресогенні моменти зрілого життя, які суб'єктивно та несвідомо сприймаються як повторення дитячих травм. Психоаналітикам належить першість в описі низки депресогенних характеристик особистості, що формуються у важких обставинах дитинства (крихкої самоповаги, «оральних» рис характеру, міжособистісної залежності,

перфекціонізму, деструктивної агресивності, ворожості, незрілих захисних механізмів). Ці дисфункціональні риси перешкоджають успішній переробці стресогенних обставин і, більше, інтенсифікують життєвий стрес.

Необхідно відзначити, подібність психоаналітичної та когнітивної теорій особистісних факторів депресії. Обидві теорії спираються на положення про роль потужних передиспозиційних факторів: онтогенетичних обставин, що знижують стійкість до подальших життєвих випробувань, та дисфункціональних особистісних характеристик; Зміст депресогенних когнітивних схем феноменологічно збігається з психоаналітичним портретом депресивної особи - залежність від підтримки та схвалення з боку інших людей, деструктивний перфекціонізм, безпорадність тощо. Зрештою, висока ступінь подібності простежується між психоаналітичною типологією депресій та особистісними стилями згідно А. Беку, хоча відомо, що вчені прийшли до цих ідей незалежно один від одного та майже одночасно.

Евристична цінність перед-позиційних моделей дуже висока. Вони дозволяють інтегрувати безліч різних біологічних і психосоціальних змінних, охопити різноманітні фактори вразливості і стійкості, деталізувати альтернативні онтогенетичні шляхи клінічної експресії розладів

Емпіричне дослідження було орієнтоване на виявлення характеристик та особистісних факторів депресій у студентів. Виявлено, що у 54,1% основної та 34,6% контрольної групи (40 та 9 осіб відповідно) початок депресивного стану розвивався гостро: з вираженою тривогою у поєднанні з пригніченим настроєм. Протягом 3 тижнів – 1,5 місяців порушувався сон, пропадав апетит, виникали напади тахікардії, знижувалася працездатність. Формувалися ідеї малоцінності, безперспективності. Дещо пізніше приєднувалося почуття безвиході, що супроводжується суїцидальними думками та висловлюваннями.

Узагальнюючи результати, отримані щодо основної і контрольної групи при домінуванні тривожного афекту, можна назвати, що спільними особливостями були переважання в преморбіді тривожно-недовірливих рис особистості; наявність в анамнезі тривалих психогенно-травмуючих ситуацій;

гострий початок депресивної фази. При аналізі психопатологічної картини тривожних депресивних фаз було зазначено, що у обох групах, що вивчаються, значне місце займали ангедонія, ідеї винності, малоцінності, безперспективності, вегетативні розлади.

Особистісна рефлексія як активний суб'єктний процес переосмислення і перетворення психічних змістів, служить механізмом їх трансформації та інтеграції зі свідомістю і, отже, призводить до породження психічних новоутворень, що виступають у вигляді більш цілісного образу «Я» і нових способів і форм рефлексії, мислення, емоційного сприйняття та взаємодії як із психічною, так і із зовнішньою реальністю.

Рефлексія як активний суб'єктний процес, що перетворює зміст свідомості та самосвідомості, актуалізується в ході вербалізованого внутрішнього діалогу. Рефлексивні процеси внутрішньо діалогічного висловлювання якісно та кількісно відрізняються від внутрішньо монологічної рефлексії. Вони створюють умови породження нових смислових утворень. Було виявлено чотири різні рефлексивні рівні: наративний, спостерігаючий, діалогічний, ціннісний.

Рефлексивна робота з особистістю в депресивному стані є механізмом інтеграції цілісного образу «Я» і призводить до переосмислення старих та породження нових способів рефлексії та внутрішнього діалогу.

Внаслідок проведеної психотерапії на основі розвитку рефлексії спостерігалася позитивна динаміка. Слід зазначити насамперед редукцію суїцидальних думок (100%), відновлення сну (81,0%). Знижувалася актуальність ідей самозвинувачення та самознищення (54,4%), вираженість іпохондричної симптоматики (62,5%) та соматовегетативних проявів (50,0%). Зменшувалася пригніченість (66,5%), повністю відновлювався апетит (100% редукції).