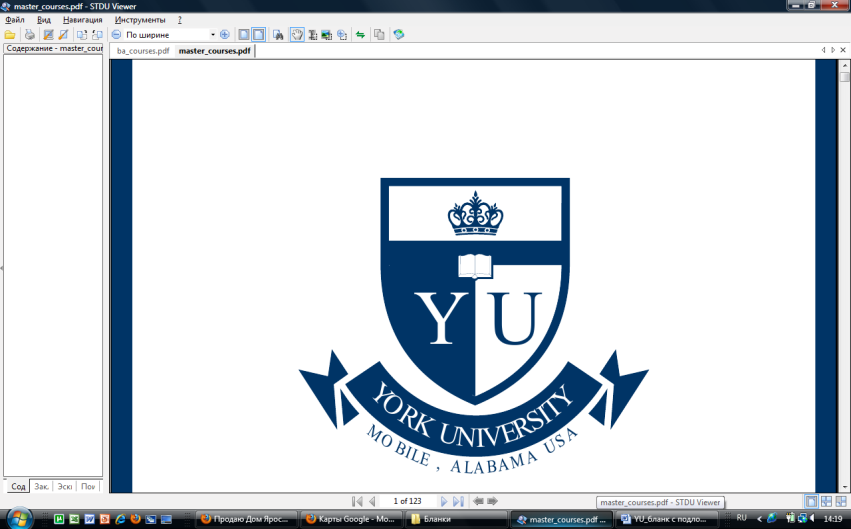
**YORK UNIVERSITY**

United States of America



**“ Affective disorders connected with studying abroad ”**

diploma work

Tokhiniso Azimova

Submitted to the Departmental Graduate Committee

in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fulfillment of the requirements for the degree of

Bachelor of Arts

in Psychology

at the

York University

July 2013

© 2013 Azimova Tokhiniso. All Rights Reserved.

The author hereby grants York University permission to reproduce and to distribute publicly paper and electronic copies of this thesis document in whole or in part

Signature of Author \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

July. 0, 2013

Certified by \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Thesis Supervisor

York University

Accepted by \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departmental Graduate Committee

**СОДЕРЖАНИЕ**

**Введение** .......................................................................4

**1. Проявление депрессивных заболеваний у населения** ...............................................................................5

1.1. Что такое депрессия? .....................................................5

1.2. Эпидемиология ..............................................................7

1.3 Кто чаще других подвержен депрессивным

расстройствам? .....................................................................9

**2. Этиопатогенез и симптоматика депрессии**................10

2.1 Биологические аспекты ...................................................10

2.1.1. Нейроанатомические открытия ............................11

2.1.2. Нейрофизиологические нарушения ......................11

2.1.3 Генетика .............................................................12

2.2. Психосоциальные факторы ............................................13

2.2.1. Психодинамическая теория .................................14

2.2.2 Когнитивно-поведенческие теории .......................14

2.3 Клинические проявления депрессивных расстройств (симптоматология)...............................................................15

2.4. Протекание депрессивного расстройства. Рецидивы ........18

2.5. Диагностика депрессии.................................................19

**3. Классификация депрессивных расстройств** ...........21

3.1. Классификация в соответствии с Международной Классификацией Болезней (МКБ) .........................................21

3.1.1. Диагностические критерии депрессивного эпизода по МКБ – 10 ............................................................................22

3.2. Разновидности депрессий ............................................. 24

3.3. Другие формы депрессии .............................................. 25

**4. Миграция, аккультурация и адаптация** ...................26

4.1. Миграция в современном мире ...................................... 26

4.1.1. Миграция в Чешскую Республику ....................... 27

4.2. Аккультурация и «культурный шок» .............................. 27

4.2.1. Различные определения аккультурации .............. 28

4.2.2. Одномерная и двумерная модели аккультурации.. 29

4.3. Адаптация мигрантов ................................................... 29

4.3.1. Теории миграции и адаптации ........................... 31

4.4. Исследования депрессивных состояний у студентов, обучающихся за рубежом (на примере разных стран) ...........33

**5. Исследовательская часть** ............................................35

5.1. Обоснование исследования ..........................................35

5.2. Методология исследования .......................................... 35

5.3. Характеристика исследования ......................................36

5.4. Цель исследования ..................................................... 37

5.5. Гипотезы ....................................................................37

5.6. Описание сбора данных ...............................................37

5.7. Результаты опроса и интерпретация .............................39

5.8. Краткое изложение результатов гипотез .......................54

5.9. Обсуждение результатов ..............................................55

Заключение .......................................................................57

Приложения .......................................................................60

Список использованной литературы .....................................64

**Введение.**

Современное общество характеризуется этапом серьезных перемен и требований по отношению к будущим молодым специалистам. В связи с высокой конкуренцией и, порой, жесткими условиями найма, всё больше родителей задаются вопросом в какой стране лучше и безопаснее всего давать высшее образование своим детям и тем самым обеспечить им достойное трудоустройство. Сегодня у человечества есть возможность получать высшее образование в любой точке земного шара и выбрать из этого множества наиболее подходящий университет стало по-настоящему трудным и ответственным шагом, так как в большинстве случаев от этого выбора зависит то, как легко студент справится с новыми и незнакомыми жизненными сложностями и заботами. Процесс адаптации студентов к новой социальной среде практически всегда проходит с некоторыми сложностями и оставляет человека лицом к лицу со своей проблемой, предоставляя ему возможость самому выбирать пути её разрешения – от действия к бездействию. Помимо экономических проблем и бюрократических тонкостей, в процессе достаточно болезненной адаптации на новом месте жительства, студенты мигранты испытывают множество трудноразрешимых социальных и психологических проблем. Эти трудности так же в значительной мере касаются и местного населения, перед которым встает необходимость принятия в свою страну постоянный поток эмигрантов, который отражается на многих аспектах жизни резидентов, например, трудовой занятости: многие резиденты негативно реагируют на приезд новых лиц, опасаясь увеличения уровня безработицы и потери рабочих мест, что в сущности усложняет процесс адаптации студентов в новой стране. Будущий молодой специалист сталкивается с пугающей неизвестностью новой жизни, где ему ко всему прочему приходится учиться подстраиваться под местный менталитет и культуру. Поэтому отправляясь за границу, мигрант должен в достаточной мере быть подготовленным к сложностям, возникающим на пути достижения задуманного.

Целью моего исследования является проведение исследования психического состояния студентов, учащихся в Высших учебных заведениях и выявление различного рода корреляций и закономерностей, которые отражают взаимосвязь между различными аспектами, такими как проживание и переезд за рубеж и аффекивными расстройствами личности, в точности депрессией.

Моя дипломная работа делится на теоретическую и практическую части и состоит из пяти блоков. В первом блоке рассказывается о том, что такое депрессия, её эпидемиология и какие люди наиболее подержены депрессивным состояниям. Во втором блоке описывается этиопатогенез и симптоматика депрессии. В этот раздел вошли биологические и психосоциальные факторы, способы диагностики депрессии, протекание депрессивных расстройств и их клинические проявления. Третий блок посвящен Международной Классификации Болезней Десятого пересмотра, в котором рассматриваются виды депрессивных расстройств. В четвертом блоке рассматриваются проблемы аккультурации, миграции и адаптации иностранца в новой культурной среде, так же рассказывается о миграции в Чешскую Республику и различных теориях миграции и адаптации. В этой части приведены различные исследования депрессивных состояний у студентов, обучающихся за рубежом. Пятый блок является исследованием, включающим восемь гипотез.

**1. Проявление депрессивных заболеваний у населения.**

**1.1. Что такое депрессия?**

Депрессия – это серьезное, но излечимое заболевание, которое в последнее время имет огромную тенденцию к росту. Основоположник психоанализа Зигмунд в свое статье «Скорбь и меланхолия» полагал, что одним из основных источников склонности человека к депрессивным состояниям является переживание ранней утраты. Ранняя потеря – это не только те случаи, которые можно наблюдать, ранней потерей могут быть внутренние и психологичекие переживания. Сюда можно отнести обстоятельства, которые поощряют депрессивные тенденции – расставания, ссоры, негативная атмосфера в семье, на работе, школе – в общем ситуации, где нередко человек не может проявлять и выражать своих реальных чувств, в результате чего накопленная внутри инивида негативная энергия способствует тому, что люди депрессивного типа считают себя недостойными, плохими, неполноценными, отдаляются от социума и начинают вести себя агрессивно по отношению к окружающим. (9)

«Меланхолия в психическом отношении отличается глубокой страдальческой удрученностью, исчезновением интереса к внешнему миру, потерей способности любить, задержкой всякой деятельности и понижением самочувствия, выражающимся в упреках и оскорблениях по собственному адресу и нарастающим до бреда ожидания наказания.» (S. Freud, 1916)

"По просьбе Всемирной организации здравоохранения, Всемирный банк сделал прогноз, согласно которому тяжесть депрессивных расстройств превосходит ряд физических заболеваний. В развитых странах, пять из десяти ведущих причин, приводящих к инвалидности («инвалидность» по данным Всемирной Организации Здравоохранения – это любые ограничения или потеря способности заниматься обычной деятельностью) являются психическими расстройствами. По оценкам, к 2020 году депрессия станет второй ведущей причиной инвалидности, заболеваемости и смертности во всем мире сразу после ишемической болезни сердца.» (M. Svoboda, 2006)

По данным, представленным во многих научных изданиях, которые занимаются вопросом депрессии, каждый человек в течение своей жизни сталкивается с определенными формами депрессивных симптомов. Каждый человек в своей жизни когда-либо чувствовал грусть или нервозность. Многие люди называют эти чувства «депрессией», но на деле подобные ощущения не всегда ей являются. С профессиональной точки зрения, термин «депрессия» намного уже, так как депрессия отличается от печали тем, что протекает дольше и интенсивнее, а так же сильно влияет на работоспособность человека.

Симптомы депрессии могут затянуться на целые годы, а иногда бездействие может привести к летальному исходу. Это происходит в тех случаях, когда депрессию не подвергали лечению и не предпринимали попыток от неё избавиться. Депрессивные состояния приводят к изоляции человеческого индивида от социума, человек уходит в себя и становится замкнутым и одиноким, считая, что его никто не понимает. Всё это приводит к снижению производительности и сильному ослаблению иммунитета. Человек, страдающий депрессией, постоянно чувствует усталость, грусть, неспособность радоваться привычным вещам; уже ничто не может удивить его или восхитить — чувство несчастности полностью поглощает его существование. Так же симптомами серьезного депрессивного расстройства явяются чувство беспомощности, упавшая или вовсе отсутствующая самооценка, непреодолимые чувства вины и безнадежности, пессимизм. Эти чувства не оставляют больного депрессией в течение целого дня, не исключая ночи, и продолжаются ежедневно. Человек теряет интерес к работе, учебе, испытывает проблемы в получении удовольствие от общения с людьми и от обыденных занятий. (Křivohlavý, 2003)

Привожу список симптомов, обычно связанных с депрессией, описанных в книге Д. Эймана «Измени мозг – изменится и тело»: 1. Грусть, уныние, угрюмое настроение. 2. Недостаток энергии, постоянная усталость. 3. Невозможность получать удовольствие от действий, которые обычно радуют. 4. Раздражительность. 5. Плохая концентрация, отвлекаемость, ослабление памяти. 6. Суицидальные мысли, ощущение бессмысленности жизни. 7. Чувство собственной безнадежности, беспомощности, вины и негодности. 8. Изменения сна: плохой сон с частыми просыпаниями либо увеличение продолжительности сна. 9. Изменения аппетита: снижение или возрастание. 10. Дистанцирование от окружающих людей. 11. Снижение самооценки.

В крайних случаях это заболевание может привести человека к суицидальным мыслям и толкнуть на самоубийство. (Нуллер, 1981)

«Для больного депрессией но только крайне трудно принять решение, но еще тяжелее привести его в исполнение и вообще принудить себя к какой-либо деятельности. По словам того же больного, возникает ощущение «непреодолимой инерции». Несколько легче осуществляется деятельность в привычной, четко регламентированной колее. Так, люди, работа которых протекает в строго ограниченных, стереотипных рамках, продолжают относительно долго справляться с ней, несмотря на то, что а остальных сферах болезнь уже привела к декомпенсации. Ощущение своей беспомощности, бессилия, слабости становится почвой для возникновения идей малоценности, а иногда и суицидных намерений», - (Нуллер, 1981)

**1.2. Эпидемиология.**

«Депрессия является одним из самых распространенных нервно-психических расстройств. Различными видами депрессий в течение жизни могут заболеть 10% мужчин и 20% женщин. Ежегодно депрессивные расстройства диагностируются не менее, чем у 200 миллионов человек.» (Kaplan&Sedok, 1990)

По данным более новых исследований, в любой момент времени тяжелой депрессией страдают 3-6% людей, но только 20-25% из них в конечном итоге попытаться обратиться за помощью. (Amen, 2011)

«Большая часть больных (от 60% до 80%) никогда не попадают в поле зрения психиатра и наблюдаются в общесоматической сети, а около половины депрессивных больных вообще не обращаются за помощью, так как не считают себя больными. В первичной медицинской сети – до 20% больных обнаруживают клинически выраженную депрессию» (Zung, 1965)

"В общей популяции частота депрессий обнаружена у 5,3%, хронические больные подвергнуты ей в 9,4% случае, госпитализированные - 33%, у госпитализированных больных раком обнаружена в 42% случаев, инфарктом миокарда в 45% и инсульта в 47% случаев . Процентная доля невозможности определить все психические расстройства приходится на 17,3%. Подсчитано, что 50% пациентов с большим депрессивным расстройством в течение жизни проживают один эпизод, в 20% случаев случаются рецидивы, а в 30 процентах случаев депрессии выявляется значительная тенденция к хроническому течению. Данные цифры ясно указывают на необходимость обратить внимание на эти нарушения». (Sikora, 2003)

Депрессивные расстройства чаще всего встречаются у людей в возрасте от 25 до 35 лет. В среднем, человек сталкивается с депрессивным расстройством в возрасте 27 лет. Но это не означает, что депрессивные расстройства ограничены данным возрастным периодом – депрессия может случиться как в детстве, так и в пожилом возрасте. Симптомы депрессии, как правило, развиваются в течение нескольких дней или недель и подсчитано, что только 25% пациентов с большим депрессивным расстройством способны адекватно диагностировать свое заболевание. Это обусловлено тем, что пациент часто не может распознать реальное заболевание, так как депрессия часто скрывается за жалобами пациента на физическое недомогание. Диагностика депрессии в большинстве таких случаев осложняется из-за соматических или психиатрических болезней. (Praško, 2009)

В случае обращения в общемедицинскую сеть до 69% пациентов с депрессией предъявляют лишь соматические жалобы. (Gureje&Simon, 1999)

"В последнее время в мире зафиксирована тенденция роста депрессии и её переход на более младшие вековые категории. В течение всей жизни признаки депрессии проявляются у 9-26% женщин и 5-12% мужчин. Процент распространения этого заболевания среди женщин составляет от 4,5 до 9,3% и от 2,3 до 3,2% у мужчин. По грубому подсчету, соотношение мужчин и женщин, страдающих большим депрессивным расстройством, определено как 1:2.

От биполярного расстройства личности страдает примерно 1% населения, независимо от пола. Проведенные эпидемиологические исследования показывают, что в мире каждый год около 100 миллионов человек страдают от различной тяжести депрессивных расстройств."(Anders&Roth, 2000)

В своей книге «Эмоциональный интеллект» (1995) D. Goleman привел следующие данные: «В ходе нескольких эпидемиологических исследований с использованием строгих критериев —принятых в медицине диагностических симптомов депрессии —выяснилось, что для мальчиков и девочек в возрасте от десяти до тринадцати лет коэффициент заболеваемости тяжелой депрессией на протяжении одного года составляет 8—9 процентов, хотя другие исследования дают примерно вдвое меньшую оценку (а кое-кто оценивает этот показатель еще ниже, где-то на уровне 2 процентов). В период полового созревания, по некоторым данным, для девочек этот коэффициент повышается примерно в два раза; до 16 процентов девушек от тринадцати до шестнадцати лет испытывают приступ депрессии, тогда как для мальчиков этот показатель практически не изменяется».

По данным Всемирной Организации Здравоохранения к 2020 году смертность от депрессий (самоубийств, летальных исходов и др.) превысит смертность от рака. (1) «По оценкам ВОЗ, депрессия распространена во всех регионах мира. Недавнее исследование, проведенное при поддержке ВОЗ, показало, что в 2011 году депрессией страдали около 5 процентов населения Земли» (2).

«Масштабы психических расстройств, как правило, недооцениваются. Нарушения психического здоровья, включающие в порядке возрастания такие проблемы, как стресс, депрессия, невроз, выраженный психоз, – это наиболее распространенные проблемы со здоровьем в любой популяции. Удельный вес населения с выраженными психическими расстройствами, зарегистрированными и сообщенными странами, колеблется от менее 1% до 6%, при этом в большинстве стран этот диапазон составляет 1–3%. Однако менее серьезные нарушения, которые часто остаются незарегистрированными, являются гораздо более распространенными» (3).

Уровень депрессивных расстройств в достаточной мере зависит от культурных традиций. Наименьшее число людей, подверженных депрессии живут в Японии и Китае (1-2%), самый высокий показатель в Чили (27,3%). В Великобритании, Нидерландах и Франции случаи депрессии у людей наблюдаются в пределах от 12 до 15% (M. Svoboda, 2006). В Чешской Республике от 20% до 25% людей ощущают на себе депрессивные симптомы. По статистике, женщины на 100% чаще подвергаются депрессивным расстройствам чем мужчины (Křivohlavý, 2003).

**1.3 Кто чаще других подвержен депрессивным расстройствам?**

Ранее депрессивные расстройства связывались исключительно со взрослыми лицами. В наше время возрастная категория людей, подверженных депрессивным расстройствам значительно снижается, в связи с чем процент депрессии среди населения постоянно увеличивается. Но в процентном соотношении депрессия чаще возникает среди людей трудоспособного возраста. (Herman, 2008)

На возникновение депрессивного расстройства влияет ряд биологических и социальных факторов, которые создают благоприятную основу для возникновения депрессивных состояний. Например, некоторые семьи в большей степени подвержены депрессии в следствие присущим им врожденным восприимчивости и уязвимости (см. главу 2, часть 2.1).

Чаще всего депрессивные расстройства встречается у людей с неправильным образом жизни, которые испытывают недостаток сна и неосознанно страдают от отсутствия регулярных физических нагрузкок, которые жизненно важны для каждого человека. Такие индивиды чуствуют себя одиноко и считают, что находятся в экзистенциальном вакууме. Эти переживания зафиксированы в неблагополучных семьях (50% людей, находящихся в депрессии, имеют напряженные отношения со своими близкими) и в семьях после развода. (Beck, 1979)

Депрессию также могут вызвать социально-культурные факторы, такие как проживание в политически нестабильной стране, нищета, дискриминация меньшинств и так далее. Люди из более низких социально-культурных слоев страдают от депрессии гораздно чаще, нежели люди среднего класса. (Comer, 2005)

Личность, склонная к депрессиям (личностная характеристика высшей эмоциональной уязвимости по Фредерику Флаху) является чрезвычайно чувствительной (гиперчувствительность), более уязвимой чем остальные, а так же амбициозна, имеет весьма высокую степень моральной ответственности и большую жизненную энергию, в следствие чего становиться все более конкурентоспособной и слишком зависит от мнения и поступков людей, которых она ценит и уважает. (Flach, 1974)

Фредерик Флах так же как и Карл Густав Юнг считал, что депрессия – это не только отрицательное воздействие на психику, несущее в себе разрушение и беды, депрессия помогает личности в самоопределении и переоценке ценностей: “Если ты пытаешься изменить свою жизнь, депрессии неизбежны. Если ты уже в депрессии, у тебя есть возможность развития в трех важных сферах: в оценке самого себя, в отношении к другим и в способности справляться со сложными жизненными обстоятельствами” (Flach, 1974).

Стресс играет важную роль в формировании различных расстройств настроения. Организм устроен так, что отвечает стрессом на любую угрозу своему равновесию и никакие критические ситуации не могут произойти без его болезненного вмешательства. Если напряжение и воздействие, оказываемые на человека, долгосрочны, измененяется соотношение нейромодуляторов (норадреналина, допамина и серотонина) в мозге, что ведет к расстройствам настроения. (Anders,2000)

**2. Этиопатогенез и симптоматика депрессии.**

Этиопатогенез – совокупность знаний о факторах, влияющих на возникновение депрессивных состояний и механизмов их развития. Термин этиопатогенез до сих пор является спорным, так как подразумевает смешение понятий причины и следствия в патологии, в следствие чего, до их пор не имеет четкого обоснования. Поэтому мы можем лишь утврждать, что он многофакторен. (15)

Депрессия возникает по многим причинам. Депрессивные расстройства вызывает недостаток (изменения, нарушения обмена) нейротрансмиттеров в головном мозге (особенно норадреналина, дофамина и серотонина и некоторых других нейромедиаторов). В следствие такого дефицита возникает патологическое преобразование чувствительности рецепторов головного мозга. Страдающий депрессией подобные перемены и состояние ощущает и проживает в виде общей усталости, потери энергии, замедленности движений и мышления, беспокойства, преследующих его негативных эмоций и мыслей. Этиопатогенез устанавливает связь между изменением обмена биогенных аминов и психической депрессией. Потому все факторы, которые влияют на обмен нейромедиаторов и их функции, могут быть или побудителем или причиной депрессии.(4)

Развитие депрессивных расстройств различной степени тяжести связано с биологическими, психологическими и социальными аспектами, которые составляют биопсихосоциальную модель здоровья.

**2.1 Биологические аспекты.**

Самые современные знания об этиологии депрессии происходят из биологической (генетические факторы, влияние стресса, биологические ритмы), нейрохимической и иммуно-нейроэндокринной областей. Данные области тесно взаимосвязаны и влияют друг на друга.

**2.1.1. Нейроанатомические открытия.**

На эмоции и настроение главным образом влияют деятельность таламуса (участок переднего мозга), лимбической системы, префронтальной коры (часть головного мозга, которая отслеживает, контролирует, направляет, управляет и фокусирует действия человека) и связи между ними. (Vymětal, 2003)

Одна из самых популярных моделей происхождения депрессивных состояний полагает изменение естественных биологических ритмов - «сон - бодрствование», ритм изменения температура тела, артериальное давление, секреция гормонов и др. Эти данные свидетельствуют о том, что в патологический процесс вовлекаются ядра, находящиеся в ретикулярной формации ствола мозга, которые формируют с гиппокампом лимбико - ретикулярный комплекс. (5)

Rosental (1985) писал: «Определённую роль в патогенезе депрессии играют нарушения деятельности эпифиза, которые приводят к так называемому синдрому пониженного мелатонина. Дефицит мелатонина, вырабатываемого эпифизом, нарушает циркадный ритм секреции кортизола, что в какой-то мере объясняет циркадную динамику психического состояния при эндогенных депрессивных расстройствах (ухудшение психического состояния по утрам и его улучшение к вечеру), а также наличие диссомнических нарушений.» (Пилягин, 2003)

Так же в формировании эмоциональности участвует вегетативная нервная система, в основном через гипоталамус, который обеспечивает реакции на соматические симптомы и является центральным регулятором гомеостаза организма. Лимбическая система или центр настроения и межличностных отношений играют важную роль в интерпретации повседневных событий в жизни человека. Неправильная работа лимбической системы отражается на навыке индивида ладить с окружающими, вызывает депрессию, снижает мотивацию, энергию и либидо (5).

**2.1.2. Нейрофизиологические нарушения**

Графики электрической активности головного (ЭЭГ - способ записи электрической активности разных отделов головного мозга и их трансформации) отмечают, что при наиболее тяжелых формах депрессивных расстройств, у пациентов наступают изменения в так называемой REM-фазе (Rapid Eye Movement - быстрое движение глаз), в которой наступают снижение продолжительности общего времени сна, увеличение его латентной фазы, уменьшение длительности латентной фазы быстрых движений глаз, повышение частоты быстрых движений глаз, и, как следствие, раннее пробуждение. (6)

Я. И. Левин, руководитель Сомнологического Центра Минздравсоцразвития РФ (1983) в своей статье «Депрессия и сон» писал: «Изменения сна при эндогенной депрессии характеризуются сокращением дельта-сна, укорочением латентного периода ФБС (фаза быстрого сна), увеличением плотности быстрых движений глаз - БДГ (один из основных феноменов, характеризующих ФБС), частыми пробуждениями.

При психогенных депрессиях указывается на преобладание в структуре инсомнии нарушений засыпания с компенсаторным удлинением утреннего сна, в то время как при эндогенных депрессиях превалируют частые ночные и окончательные ранние пробуждения». (Левин, 1983).

Исследования в лаборатории Речшаффена в 60-е годы показали, что REM-фаза жизненно необходима для для нормальной жизнедеятельности человека. Крыса, лишённая REM-фазы сна, погибала через 40 дней такого режима (крысу помещали на вращающуюся площадку посреди бассейна и когда она достигала фазы быстрого сна, центростремительные силы сбрасывали её в воду из-за полного расслабления мышц). В то же самое время крыса, лишённая фазы медленного сна, выживала. (Наймарк Е., 2005)

«У больных депрессией показаны уменьшение глубины сна, возрастание двигательной активности и частые пробуждения, выраженная редукция 4-й стадии сна, на фоне которой часто отмечается увеличение поверхностных (1-й и 2-й) стадий фазы медленного сна (ФМС). Возрастает число переходов от стадии к стадии, что свидетельствует о нестабильности в работе церебральных механизмов поддержания стадий сна. Кроме того, характерным признаком оказалось увеличение числа пробуждений в последнюю треть ночи.» Я. И. Левин (1983).

Считается, что в целом среди населения REM-фаза сна наступает через 9 минут после засыпания и составляет 20—25 % ночного сна, то есть продолжается в среднем 90 минут. У больных, которые страдают депрессивным расстройством, фаза быстрого движения глаз наступает намного раньше и частота её проявлений значительно превышает частоту БДГ-фаз у здоровых людей. (7)

**2.1.3 Генетика.**

Человек, в виду генетической предрасположенности, может унаследовать склонность к депрессивным состояниям, но сами по себе генетические факторы недостаточны для возникновения депрессивных расстройств. Кроме физической наследственности, такой как способность человека передавать свои признаки и особенности развития потомству, психологи выделяют такой вид наследования как социально-психологическое. Данный вид наследования определяет поведение и способ построения социальных контактов человеком, страдающим или склонным к депрессивным расстройствам. (Morgan, 1876)

**2.2. Психосоциальные факторы.**

Психосоциальные факторы играют важную роль в возникновении депрессивных расстройств – они могут как сдерживать, так и «углублять» депрессивное состояние.

Депрессивные расстройства, вызванные серьезными и необратимыми событиями в жизни людей, существенно влияют на последующее развитие их личности.

С социальной точки зрения самыми распространенными мотивами возникновения депрессивных расстройств являются семейные проблемы, финансовые затруднения, сложности на работе, неблагополучие в семье. Огромное влияние оказывают травмирующие случаи из детства (например, сексуальное насилие, избиения, потеря одного или обоих родителей), которые с течением времени могут трансформироваться в душевное расстройство. (Barnett&Gotlib, 1988)

«Ряд исследований неоднократно демонстрировал взаимосвязь между сексуальным или физическим насилием в детстве и развитием депрессивного расстройства у взрослых женщин» (Webster-Stratton, 1989).

Другие, менее специфические типы стресса в детстве, делают женщин склонными к депрессивным расстройствам в более зрелом возрасте. (Hammen, 1997)

Более того, подобные расстройства в полной мере отражаются на детях, воспитываемых в семье, в которой один из родителей (чаще мать) страдает депрессией: «Доподлинно известно, что у детей, матери которых страдали депрессивными расстройствами, отмечаются различные нарушения» (Gotlib & Goodman, 1999).

«Дети первого года жизни, матери которых в этот период перенесли эпизод депрессии, часто отличаются от сверстников большей замкнутостью, у них более трудный характер; привязанность к матери не обеспечивает им достаточного ощущения безопасности» (Field, 1992).

В ряде других исследований влияния негативных жизненных событий в детстве, таких как «потеря», было установлено, что развод родителей в детстве предсказывает развитие депрессии в зрелом возрасте, но смерть в детстве родители лиц нет. (Parkinson, 2011)

По мнению большинства зарубежных и отечественных психологов, формирование эмоционально здорового ребенка зависит от взаимного общения ребенка с обоими родителями. 90% детей разводящихся родителей, узнав о разводе, испытывали кратковременный шок с ощущением боли и безотчетным страхом. По данным американских исследователей Добсона Д. и Николи А. (1995), 50% отцов прекращают навещать своих детей спустя три года после развода. Около половины детей чувствуют себя отринутыми и заброшенными. На вопрос, когда они себя чувствовали более несчастными — 5 лет спустя после развода или через 1,5 года 37% детей отвечали: спустя 5 лет. (Андреева, 2004)

Из приведенных выше результатов, можно сделать вывод, что переживание значительных негативных жизненных событий в детстве может привести к развитию депрессии в зрелом возрасте. (Herman&Doubek, 2008)

**2.2.1. Психодинамическая теория.**

Первые психодинамические теории (например, З. Фрейд, 1923) рассматривали депрессию как трансформацию агрессии в такие депрессивные аффекты, как печаль, горе, сожаление, разочарование. Психологи, изучавшие это явяление, предполагали, что депрессия появляется в результате потери объекта любви, к которому больной испытывает амбивалентные чувства. Сюда можно отнести как реальные потери, такие как смерть родителя, так и символические - отверженность или недостаток родительского внимания.

В своей книге (2000) M. Anders и J. Roth писали: «Основной концепцией депрессии стала интерпретация Зигмунда Фрейда, который рассматривает депрессию как проявление потери объекта любви. Когнитивные процессы пострадавшего лица сводятся к отвлечению внимания от утраченного объекта (такие защитные механизмыы как вытеснение и отрицание), но депрессивный больной испытывает так называемый нарциссическое отождествление своего «Я» с утраченным объеком любви. К собственному же «Я» возникает отношение как к опустевшему (оставленному) объекту, и следует отметить, что речь идет в первую очередь об агрессивных проявлениях (депрессия=аутоагрессия). Современные психоаналитические направления на сегодняшний день занимаются изучением влияния ранней материнской депривации и склонности к депрессии."

**2.2.2 Когнитивно-поведенческие теории.**

Данные теории основаны на так называемом состоянии выученной беспомощности. Данный феномен был открыт в 1967 году американским психологом Мартином Селигманом, который участвовал в нескольких экспериментах над собаками (8). Эксперименты ставились по схеме классического обусловливания Павлова, но в ходе исследования были получены несколько иные результаты, Павловым ранее не описанные.

«У людей, согласно ряду исследований, данное переживание сопровождается потерей чувства свободы и контроля, неверием в возможность изменений и в собственные силы, подавленностью, депрессией и даже ускорением наступления смерти». (Seligman, 1975)

Человек, который находится в напряжении и не может избежать болезненной ситуации, предприняв несколько тщетных попыток, в последствии перестает пытаться справиться с ней, поддается ей и закрывается в себе. Когнитивная модель депрессии Бека основана на том, что человек, основываясь на событиях в своей жизни, создает определенные, порой ошибочные представления о себе и о мире.

В своей книге «Когнитивная терапия депрессии» (1979), A. Beck писал: «То, как люди перерабатывают данные о себе и других, зависит от их убеждений и других компонентов когнитивной организации. Когда имеется расстройство некоторого типа — симптом или синдром, либо расстройство личности, упорядоченное использование этих данных становится систематически искаженным и дисфункциональным. Эти искажения в интерпретации и последующем поведении формируются под воздействием дисфункциональных убеждений».

Aaron Beck (1979) считал, что такие люди не способны отказывать и делают все для того, чтобы стать востребованными окружающими, вопреки собственным желаниям. Такой человек считает, что его жизнь в основном зависит от его успешности и для того, чтобы быть счастливым, он должен быть любим. Проблема возникает тогда, когда этот человек попадает в стрессовую ситуацию, в которой испытает неудачу или получит отказ. Подобные ситуации могут привести к депрессии и негативным мыслям.

M. Anders и соавторы (2000) писали: «Подобные мысли как следствие ведут к следующим признакам депрессии: бихевиоральным (сниженная активность, замкнутость), мотивационным (потеря интереса, апатия), эмоциональным (страх, беспокойство, самобичевание), когнитивным (нарушение концентрации внимания, нерешительность) и телесным (потеря аппетита, бессонница). По мере развития депрессивного состояния, негативные бессознательные мысли становятся более частыми и интенсивными, и постепенно вытесняют способность рационально мыслить. Этот процесс подкрепляется углублением депрессивного настроения. Тем самым создается порочный круг».

Депрессивные эмоции способствуют физическому проявлению депрессивных симптомов, что приводит к депрессивному способу поведения, которые больной человек интерпретирует другими новыми угнетающими мыслями. Чем сильнее подавленное состояние человека, тем больше депрессивных мыслей появляется в его голове. Подобная интенсивность депрессивных мыслей ведет к тому, что больной человек искренне веря в их истинность, загоняет себя в это состояние ещё сильнее. (Anders, 2000)

**2.3 Клинические проявления депрессивных расстройств (симптоматология).**

Депрессия или патологически подавленное настроение сопровождается снижением активности и сильным спадом энергии. Это влияет на настроение, мышление, психомоторные функции и мимику. Человек испытывает постоянную грусть, которая разится от привычной печали, которую время от времени испытывает каждый здоровый человек. Постоянно плохое настроение является самым главным и первым индикатором для диагностики депрессивного расстройства. По интенсивности можно выделить следующую градацию депрессивных состояний: легкая, средней тяжести или умеренная и глубокая, тяжёлая или психотическая депрессия. Определить степень депрессивного расстройства весьма трудно. Для этого нужно принимать во внимание целый ряд симптомов, а так же степень тяжести. (9)

Типичный вариант простой депресии – утренняя. Утренняя депрессия – это явление, при котором человек сразу после пробуждения чувствует тревогу и усталость, а так же страх перед предстоящим днем – он кажется ему пустым и бессмысленным. Для такого человека день представляется трудным и непосильным, и встать с кровати для того, чтобы начать нормальную и привычную детельность (такую, как чистка зубов или приготовление завтрака) является для него непостижимой задачей (14)

Нуллер (1981) писал: «Утреннее обострение тоски может проявляться двояко: чаще тоска возникает сразу же в момент пробуждения. В других случаях больной просыпается без ощущения тоски, которая появляется через несколько (реже через 30-40) минут после пробуждения. Сами больные связывают возникновение тоски с необходимостью вставать и что-то делать, с появлением какой-либо неприятной мысли или воспоминания, с незначительной физической нагрузкой».

«В современном понимании депрессия — это угнетенное, пессимистическое, печальное настроение, которое может углубляться до степени выраженного уныния, тоски неопределенным чувством безысходности и какого-то грозящего несчастья, а также физически тягостными ощущениями «душевной боли»» (Руководство по психиатрии) (9).

Депрессивные больные страдают от отсутствия концентрации, не могут сосредотачиваться на деятельности продолжительное время и очень быстро устают. В организме происходят сбои, препятствующие выполнению повседневных и рутинных дел. В следствие нарушения концентрации может возникнуть потеря памяти. Мышление становится в значительной мере пессимистичным и сопровождается раскаяниями и самообвинением. Появляется склонность к пессимистической оценке своих возможностей, утрачивается свойственное этому лицу чувство перспективы, уверенности в себе. Это приводит к тому, что больной перестает проживать радостные эмоции (ангедония), теряет всякий интрес к окружающим его событиям (апатия), а увлечения и деятельность, которые прежде делали его счастливым, теряют для него всякую привлекательность. Больной испытывает чувство беспомощности, безнадежности и потери энергии. Человек с тревожно-депрессивным расстройством реагирует на раздражители с гневом или сожалением, но несмотря на большую печаль, не в состоянии плакать. (10)

Депрессия часто проявляется соматическими симптомами. Нарушается сон (трудности засыпания, ранние пробуждения, прерывистость снов), появляется особая сентиментальность, слезливость. Отмечаются усталость, нарушения сна, утомляемость, потеря аппетита, потеря либидо, потеря веса, запоры, боли в голове или в других частях тела. (Praško, 2003)

Депрессивные расстройства могут повышать риск возникновения других заболеваний, приводить к усилению болевого синдрома и тем самым ограничивать способность пациента к обращению за медицинской помощью. При наличии депрессии увеличивается срок стационарного лечения при различных заболеваниях, а также ухудшается их прогноз. (Verbosky, 1993)

У лиц с умеренным депрессивным расстройством меняется скорость психомоторных функций. Она проявляется беспокойством, тревогой, непоседливостью или торможением. Так же вероятно замедление речи, мыслей и жестов. Появляются трудности в завязыванием социальных контактов. Депрессия может сопровождаться плачем (слезливостью), раздражительностью, страхом, пессимистической оценкой прошлого и настоящего, утратой критического отношения к собственному болезненному состоянию. (Beck, 1979)

«Многообразные субъективно ощущаемые проявления депрессии сводятся к тягостному самочувствию (телесный дискомфорт), ослаблению яркости эмоциональных реакций, более очевидному снижению побуждений, скованности движений. Голос больных становится менее звучным, приглушенным, теряет полную гамму обертонов, больные говорят тише, чем обычно, они не сразу подбирают нужное выражение в разговоре («заржавленность» мышления, по Ю. В. Каннабиху, 1914), что в известной мере затрудняет легкость и естественность общения. Субъективно многие из них отмечают «обеднение речи», людям творческого труда труднее становится писать, музыканты испытывают затруднения при игре на скрипке, фортепиано («руки не слушаются, как прежде», «подводит техника» и т.д.).» (9)

Тяжёлая или психотическая депрессия характеризуется потерей уверенности в себе, что ведет к чувствам бесполезности, вины и неполноценности, усилению возникших ранее симптомов. Нередко возникают мысли о самоубийстве. Вероятность суицида среди больных этой формой депрессии в тридцать раз выше, чем у населения в целом. В тяжелых депрессивных фазах можно встретиться с так называемыми психотическими признаками, которые характеризуются галлюцинациями, бредом и/или ступором. (Beck, 1979)

Нуллер Ю. Л. (1970) выделил три фактора, повышающих риск суицида – одиночество; нарушение жизненного стереотипа и лишение любимого или привычного вида деятельности; суицидная попытка в прошлом или завершенный суицид среди родственников, когда как бы снимается «запретность» самоубийства.

Для разных форм депрессивных состояний характерны определенные различия в способах суицида. Так, при тяжелой меланхолической депрессии суицид обычно совершается в утренние часы, часто путем отравления или самоповешения. При тяжелых тревожных депрессиях время суицида менее определенное, хотя тоже нередки попытки в утренние часы. Такие больные пытаются выброситься из окна, бросаются под транспорт, наносят себе ножевые ранения. При тревожных депрессиях, протекающих с идеями самообвинения, обвинения и особого значения, возможны расширенные суициды, чаще у женщин. (Нуллер Ю.Л., 1970)

Самым трагическим последствием при отсутствии лечения депрессии или недостаточной его эффективности является суицид. Вероятно, официальные подсчеты показателей суицидов лишь частично отражают общее количество самоубийств, происходящих вследствие депрессии (Roy, 1986).

**2.4. Протекание депрессивного расстройства. Рецидивы.**

Продолжительность депрессивного эпизода в среднем составляет 4-6 месяцев, нелеченная депрессия длится 6-12 месяцев. В то же время около 15% депрессий, независимо от интенсивности и адекватности проводимой терапии, приобретают хроническое течение, т. е. продолжаются более 2 лет. (11)

Так же проводились исследования продолжительности детской депрессии. В своей книге «Эмоциональный интеллект» Д. Гоулман приводил следущие данные: «У детей, страдавших серьезной депрессией, случались приступы продолжительностью в среднем около одиннадцати месяцев, хотя у одного из шести она не проходила по восемнадцать месяцев. Депрессия в легкой форме, которая у некоторых детей начиналась уже в пять лет, меньше изводила, но тянулась гораздо дольше, в среднем около четырех лет». (Goleman, 1995)

Так же существует вероятность рецидивов во время лечения депрессиии. Данное явление называется реккурентным депрессивным расстройством. «Рекуррентное депрессивное расстройство – хроническое рецидивирующее заболевание с высоким риском повторных депрессивных эпизодов. Рецидив возникает у 50–85% пациентов, перенесших приступ депрессии (J.Angst, 1986). По его мнению, большая частота неудач обусловлена не терапевтической резистентнос­тью депрессивных состояний, а неправильным лечением.

Течение рекуррентного депрессивного расстройства характеризуется сокращением интервалов между депрессивными эпизодами. Вероятность рецидива у болных с остаточными явлениями депрессии в четыре раза превышает риск рецидива у пациентов, которыми была достигнута полная ремиссия. (Paykel, 1995)

В журнале психиатрии и медицинской психологии (1998) сказано, что «...Помимо пред­располагающих к развитию резистентности фак­торов (неблагоприятное социальное и семейное положение, интеркуррентные соматические и неврологические заболевания, женский пол и поздний возраст и т. д.), одной из причин фор­мирования резистентности считается не­адекватность дозировок, когда начало лечения с малых доз и медленное их наращивание могут способствовать возникновению резистентности к данной группе антидепрессантов, так как при такой тактике активация систем, элиминирую­щих антидепрессанты, увеличивается парал­лельно с наращиванием доз». (11)

D. Kupfer и соавт. (1991) приводили данные: «Вероятность рецидива или обострения повышается с увеличением количества перенесенных эпизодов: у 50% больных, перенесших один депрессивный эпизод, развивается повторный эпизод; у 70% больных, перенесших два депрессивных эпизода, возникает третий; у 90 % пациентов, перенесших три депрессивные фазы (прим.: легкую, умеренную, тяжелую), наступает четвертая». «У 50% пациентов наступает ремиссия или рецидив в течение 2-х лет, а у 90% пациентов – до 6 лет».

Angst (1999) утверждал, что рецидивы при депрессивных расстройствах наиболее вероятны в первые шестнадцать недель после перенесенного эпизода, а риск рецидива возрастает с каждым последующим приступом на 16%.

«Существует огромная вероятность скоростного прогрессирования депрессии в хроническую форму и учащения рецидивов. Кроме того, данное заболевание связано с выраженными психосоциальными и физическими нарушениями, что влечет за собой высокий уровень самоубийств». (Angst, 1999).

«Рецидив означает возвращение к недолеченной фазе депрессии. Если во время рецидива развиваются новые депрессивные эпизоды – это называется рецидивом.

Первый эпизод униполярной депрессии может проявиться в любом возрасте. Биполярным аффективным расстройством страдают чаще всего люди в возрасте около 20 лет. (Anders, 2000)

**2.5. Диагностика депрессии.**

Несмотря на значительную глобальную осведомленность о данной проблематике, депрессия всё ещё остается главной проблемой, которая нуждается в быстром распознавании, поставлении правильного диагноза и последующей обработке. Если признаки депрессии являются классическими, депрессию можно распознать вовремя. Необходимо уметь различать примарную депрессию (собственно, аффективное расстройство) от симптоматической депрессии, которая может быть связана с другим конкретным органическим заболеванием.

Диагноз ставится на основе истории болезни пациента и может сопровождаться психологическими тестами, иногда лабораторными методами. Врачи проводят с пациентами формализованное интервью, после которого становится возможным сопоставить основные симптомы депрессии. Как альтернативу, для определения депрессивного состояния, используют специальные тесты, как, например, шкалу Бека для оценки депрессии (BDI).

Основными признаками депрессии являются (Anders, 2000):

* Подавленное настроение;
* Мысли о членовредительстве и самоубийстве;
* Бессонница или наоборот, чрезмерная сонливость;
* Снижение аппетита;
* Грустный и пессимистический взгляд на будущее;
* Чувства вины и никчемности;
* Страх, тревога;
* Усталость, беспокойство, ипохондрия;
* Снижение способности концентрироваться на чем-либо;
* Снижение самооценки и потеря уверенности в себе;
* Утрата жизненной энергии.

Для того, чтобы правильно диагностировать депрессию, необходимо чтобы вышеприведенные признаки продолжались и сохранялись в течение двух недель.

Депрессивное расстройство может сопровождать и соматический синдром (наличие нескольких признаков одновременно). К этим признакам относится (Anders, 2000):

* Потеря интереса или удовольствия от деятельности, которая прежде была приятной.
* Раннее утреннее пробуждение (на два или более часов раньше, чем обычно);
* Нарушенный сон с частыми пробуждениями в течение ночи/увеличенная продолжительность сна;
* Подавленное настроение по утрам;
* Психомоторная заторможенность, обеднение лицевой мимики, скудность речи;
* Сильная потеря аппетита;
* Значительная потеря веса (5% от веса тела в прошлом месяце);
* Запоры; изменения менструационного цикла у женщин;
* Снижение либидо;
* Увеличение веса.
* Алгические (болевые) симптомы
* Головокружения, сердцебиение, затруднение дыхания.

Для того, чтобы классифицировать соматический синдром, необходимо одновременное присутствие у больного не менее четырех из вышеперечисленных симптомов.

Ниже приводится определение, согласно DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association - Руководство по диагностике и статистике психических расстройств - четвертый пересмотр). Это многоосевая нозологическая система, цель которой заключается в стандартизации психиатрических диагнозов. В перечне DSM-IV-TR содержится приблизительно 400 психических расстройств. Данный справочник показывает классификацию и статистические аспекты ментальных расстройств, содержит описание критериев диагностирования, основные клинические признаки каждого вида заболевания и их распространенность. От Международной Классификации Болезней(МКБ) данный справочник отличается более подробным и конкретным толкованием болезней.

Křivohlavý (2003) писал: «Чтобы в каждом конкретном случае диагностировать состояние человека как депрессивное расстройство, должны выявляться одновременно по крайней мере пять из следующих девяти симптомов:

* Подавленное настроение,
* Пониженный интерес к привычной деятельности,
* Потеря аппетита,
* Бессонница,
* Замедленность движений и мышления,
* Утрата энергии,
* Пониженная самооценка и чувство вины,
* Сниженная способность думать и нарушение концентрации,
* Суицидальные мысли или действия.»

Каждый пациент, страдающий от депрессии, требует индивидуального подхода и нацеленную терапию. Задачей врачей прежде всего является не избавление от симптомов, а нахождение главной проблемы, которая является основной причиной болезненного состояния. (5)

**3. Классификация депрессивных расстройств**

**3.1. Классификация в соответствии с Международной Классификацией Болезней (МКБ).**

Международная классификация болезней (МКБ) является изданием, публикуемым Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ). Оно представлено в виде нумерованного списка, в котором каждой болезни присвоен конкретный числовой код. В настоящее время действует Международная классификация болезней Десятого пересмотра (МКБ-10).

Чаще всего в данной издании дополняется и обновляется раздел психических и поведенческих расстройств. Данный раздел напрямую зависит от Руководства по диагностике и статистике психических расстройств (DSM), которое издается Американской Психиатрической Ассоциации (АПА).

Международная классификация болезней для диагностирования обязательна, а в медицине крайне необходима. В виду постоянного расширения знаний в области науки, изменились восприятие и взгляд на деление аффективных расстройств, поэтому действующая сегодня Междунароная классификация Десятого пересмотра не разделяет такие понятия как эндогенные и экзогенные нарушения. В следствие чего была выработана самостоятельная группа «Расстройства настроения» (аффективные расстройства), с присужденным ей кодом F30 - F39, которая классифицирует депрессию как один из видов аффективных расстройств. (12)

К этой группе относятся (Vymětal, J., 2003):

* F30 Маниакальный эпизод
* F31 Биполярное аффективное расстройство (присутствуют маниакальные и депрессивные состояния, иногда смешанные)
* F32 Депрессивный эпизод (в соответствии с количеством симптомов и их интенсивностью их разделяют на легкие, умеренные и тяжелые)
* F33 Рекуррентное депрессивное расстройство (периодические депрессивные эпизоды)
* F34 Устойчивые (хронические) расстройства настроения (например, дистимии)
* F38 Другие расстройства настроения (например, периодические краткие депрессивные расстройства)
* F39 Расстройство настроения неуточненное.

**3.1.1. Диагностические критерии депрессивного эпизода по МКБ - 10**

«Основные симптомы (Anders, 2000):

* снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой, преобладающее почти ежедневно и большую часть дня и продолжающееся не менее 2 нед. вне зависимости от ситуации;
* отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями;
* снижение энергии и повышенная утомляемость;

Дополнительные симптомы:

* снижение способности к сосредоточению и концентрации внимания;
* снижение самооценки, самоуважения и чувство неуверенности в себе;
* идеи самоуничижения и/или виновности (даже при легких депрессиях);
* мрачное и пессимистическое видение будущего;
* мысли или действия, связанные с самоубийством, смертью;
* нарушенный сон (инсомния, гиперсомния);
* сниженный аппетит (или повышенный) со сбросом (или набором) веса.

Для диагностирования легкой депрессии требуется присутствие по меньшей мере двух из трех основных симптомов, а так же некоторых дополнительных, чтобы в целом набралось 4 из 11 депрессивных признаков, продолжающихся минимально в течение 14 дней.

Для диагностики депрессивного эпизода средней тяжести, так же необходимо присутствие по меньшей мере двух из трех основных симптомов, в совокупности с некоторыми дополнительными, чтобы в сумме набралось минимально 6 из 10 симптомов, продолжающихся в течение 14 дней.

Для того, чтобы диагностировать тяжелую депрессию, необходимо присутствие всех трех основных симптомов, а так же дополнительных, чтобы в общей сложности сумма симптомов состояла из 8 (8 из 10) пунктов, которыми больной страдает не менее двух недель. (Anders, 2000)

«Распознавание депрессии у таких больных бывает затрудненным. Они производят впечатление растерянных, от них не удается получить описания их болезненных переживаний, в том числе и жалоб на сниженное настроение» Нуллер Ю. Л. (1981)

Диагностицировать тяжелое депрессивне расстройство так же можно в случае, если важные признаки депрессии четко выражены (например, возбуждение или заторможенность), но пациент не имеет желания либо возможности эти признаки самостоятельно и подробно описать.

Нуллер Ю. Л. (1981) отмечал: «Больные не сразу осмысливают вопросы, отвечают на них с большой задержкой, с трудом подбирают нужные слова и формулировки. Они отмечают, что мысли делаются медленными, неповоротливыми, «мысли трудно собрать, они как бы не зацепляются друг за друга». Особенно быстро замечают даже легкое замедление темпа мышления люди интеллектуального труда.

Другим критерием оценки психического состояния в данном случае является наличие психотических симптомов. Сюда отностся галлюцинации, в большинстве случаев насмешливого или оценочного (осуждающего) характера, бред вины, неполноценности, надвигающейся катастрофы, нигилистический бред, ипохондрический бред, обидчивость (восприимчивость), бред преследования».

**3.2. Разновидности депрессий.**

Согласно МКБ-10 можно выделить следующие формы депрессивного эпизода, где главное значение имеют психологические симптомы. (12)

**Депрессивный эпизод легкой степени.**

Обычно депрессивный эпизод легкой степени начинается со стрессовой ситуации. В этот период человек ощущает беспокойство, начинает себя плохо чувствовать и закрывается в себе. Но, при всём при этом, он ещё способен посещать работу и выполнять свои должностные задачи и обязанности, правда, с пониженной производительностью. Лечение пациента происходит в амбулаторном режиме и в некоторых случаях достаточно лишь изменить существующий образ жизни.

**Депрессивный эпизод средней степени.**

Страдающий депрессивным эпизодом средней степени человек чувствует недостаток энергии, теряют интерес к сексу и изолируется от внешнего мира. Из-за этого он чувствует себя несчастастным, обвиняет себя во всех неприятностях и не способен сосредоточиться на простой деятельности. В виду своей пониженной результативности, больной испытывает значительные трудности в выполнении социальных обязанностей, домашних дел, в продолжении работы. У больного с данной формой депрессии начинают провляться соматические симптомы (психосоматика). Лечение в данном случае можно проводить амбулаторно, но, в случае суицидальных мыслей и действий, необходимо прибегнуть к госпитализации.

**Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов.**

Больной с этой формой депрессии страдает от мрачных мыслей и угрызений совести, не способен осуществлять какую-либо деятельность, так как не видит в ней особой значимости и осмысленности. Ощущает отсутствие жизненной энергии. Такой больной сильно ослаблен и потому не в состоянии о себе позаботиться. Так же возможно проявление тревожной формы тяжелой депрессии, которая характеризуется беспокойством и неорганизованным поведением, или же наоборот, у пациента затормаживаются движения, мысли и слова. Нормальное социальное функционирование больного почти невозможно. Госпитализация в данном случае обязательна.

**Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами.**

Данный тип обуславливается меланхолией и является наиболее серьезной формой тяжелой депрессии, сопровождающейся галлюцинациями и бредом. Бред может быть микроманическим («Я худший человек в мире"), ипохондрическим («У меня нет печени"), бредом воздействия ("врачи дают мне яд вместо лекарства»), голотимным (идеи самоуничтожения). Известны и другие разновидности бреда: бред отношения, виновности, греховности, обнищания, грозящих несчастий и т.п Галлюцинации в данной форме депрессии чаще всего связаны с обонятельными и осязательнми функциями организма (больной слышит обвиняющие и угрожающие «голоса» или чувствует запахи гнили). Жертва считает, что единственным выходом из сложной ситуации является смерть.

Существует множество профессиональных публикаций по видам депрессивных расстройств, которые под вышеприведенную классификацию не попадают, а дают наглядную интерпретацию проявлениям различных форм депрессии. В данных специализированных изданиях приведены конкретные различия в типах депрессий, поэтому в следующем разделе я привожу перечень других возможных форм, описанных J. Praško в книге «Как справиться с депрессией».

**3.3. Другие формы депрессии.**

**Дистимия.**

Дистимия является менее серьезным типом депрессии. «От дистимии страдают около 3% населения земли. Мы интерпретируем её как клиническое расширение адаптивных признаков, которые развились в человеке в процессе эволюции, чтобы справиться со стрессами и неудачами» (Niculescu&Akiskal, 2001).

Данное нарушение возникает по причине чрезмерного напряжения и обычно характеризуется недостаточной способностью получать удовольствие (ангедония), сниженной самооценкой, унынием, подавленностью, чувством безнадежности и сложностями с решением проблем из повседневной жизни. Другими признаками дистимии являются нарушение сна, усталость, сниженная концентрация внимания. Данное нарушение в большинстве случаев начинается в юношеском возрасте, а его симптомы сохраняются в течение длительного времени, иногда даже всю жизнь. Лечение дистимии аналогично лечению депрессивных расстройств. (Praško, 2003)

**Сезонная депрессия.**

Сезонная депрессия является одним из видов депрессии, которая возникает по причине снижения интенсивности дневного света в осенние и зимние месяцы. Сезонная депрессия характеризуется меланхолическим настроением, усталостью и спадом трудоспособности. В этот период больные испытывают повышенную потребность в углеводосодержащих продуктах (хлеб, картофель, крупы, сахар), страдают от чрезмерной сонливости и набирают вес. (Praško, 2003)

Данное явление имеет термин Seasonal affective disorder (SAD), которое переводится как «Сезонное аффективное расстройство». Это явление так же называют зимней/летней депрессией, летним/зимним блюзом, или сезонной депрессией. Подобные смены сезонов и последующие погодные условия вызывают трудности и влияют на 5-6% населения земли. (13)

Сезонная депрессия хорошо поддается лечению фототерапией (лампы белого света с интенсивностью более 2000 лк., которые способны изменять циркадные ритмы мелатонина, воздействовать на их фазы и амплитуды) (J. Praško, 2003)

К другим типам депрессии относятся : краткое рекуррентное депрессивное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство, послеродовая депрессия, климактерическая депрессия, послеоперационная депрессия и т.д. (J. Praško, 2003)

**4. Миграция, аккультурация и адаптация.**

**4.1. Миграция в современном мире.**

В сегодняшнем сложном мире практически в любом обществе сохраняет огромное значение вопрос миграции и связанные с ним процессы адаптации иммигрантов. Миграции способствуют как глобализация, которая «захватила» мир, как научно-техническая и информационная революции, так и относительная дешивизна билетов на дальние расстояния (в частности, самолетом) и процесс демократизации. Как пример можно привести успешное распространение западной либеральной доктрины, где незападные цивилизации часто перенимали западные ценности и жизненный стиль, такой, которого невозможно найти в своей кульутре (в частности такое происходит в бедных развивающихся странах, в которых для самореализации необходим переезд в развитую страну). Результатом такого распространения является то, что сегодня в мире живет намного больше людей, знающих тонкости миграции, которая сегодня осуществляется намного легче, даже не смотря на ограничения и избирательную (по мнению иммигрантов) политику развитых стран. (Hoffman&Nowotny, 2000)

В настоящее время, однако, важным является тот факт, что в связи со старением и вымиранием популяции (и всеми соответствующими негативными последствиями, отражающимися на экономике и общетве) в западноевропейских странах, а так же в западной и центральной Европе , ранее отвергаемые миграционные потоки наоборот стали высоко востребованными. Так называемые миграция «по запросу» и борьба за качественную иностранную рабочую силу из страны третьего мира постепенно приобретают все большее значение в современном мире. (Pflegerl, 2002)

**4.1.1. Миграция в Чешскую Республику.**

Чешская Республика, наряду с другими развивающимися странами Центральной и Восточной Eвроппы, в начале 90-х прошлого века включилась до нормального течения истории. Закончилась её эпоха коммунистической идеологии со специфической плановой экономикой и общей изоляцией от так называемых нормальных стран I и III мира. мира. Наконец, закончилась мигационно стерильная эра, при которой Чехия кроме мигрантов из дружественных стран социалистического блока, не знала других феноменов международных миграции, иммиграции и адаптации иностранцев в их обществе. Демократизации и либерализация политических и экономических отношений между странами, принесли относительную свободну в передвижении лиц.

В течение относительно короткого периода времени, особенно в середине-90-х, когда миграционное законодательство и практика были чрезвычайно либеральны, в Чешкую Республику, в основном для работы, иммигрировало огромное число иностранцев. Общее число официально зарегистрированных в Чешской Ресублике иностранцев в настоящее время составляет 238 000 человек (по состоянию на 30 июня 2003 г.), где около трети составляют иностранцы, живушие на территории Чехии на основании объединения или создания семьи, а почти две трети из них - типичные экономические мигранты (Horáková Macounová-2003).

**4.2. Аккультурация и «культурный шок».**

Переезд в новую социальную и культурную среду приносит с собой много новых проблемных ситуаций. Человек, который оказывается в новых и незнакомых жизненных условиях, обычно сталкивается с культурными различиями в культуре поведения, привычках или правилах общения страны, в которую он мигрировал. Отличия могут заключаться в мелочах, о которых в повседневной жизни мало кто задумывается (продукты питания, способ проведения отдыха и т.д.), но столкнувшись с фактом имеющихся существенных различий между культурами родной и культурой принимающей стран, многие люди отстраняются и закрываются в себе. Это состояние называется "культурным шоком" или "стрессом аккультурации». (Pedersen, 1995)

"Культура, в самом широком смысле слова, это то, из-за чего ты становишься чужаком, когда покидаешь свой дом. Культура включает в себя все убеждения и все ожидания, которые высказывают и демонстрируют люди. Когда ты в своей группе, среди людей, с которыми разделяешь общую культуру, тебе не приходится обдумывать и проектировать свои слова и поступки, потому что все вы - и ты, и они - видите мир в принципе одинаково, знаете, чего ожидать друг от друга. Но пребывая в чужом обществе, ты будешь испытывать трудности, ощущение беспомощности и дезориентированности, что можно назвать культурным шоком." (Bock, 1970)

Это явление - естественная психологическая реакция на незнакомую или чужую среду, с которой нельзя справиться привычным способом. Переживание культурного шока часто связывают с отрицательным последствиями, такими как снижение качества жизни, рискованное поведение (наркотики, алкоголь), внутрисемейные конфликты и повышенная вероятность возникновения соматических заболеваний, что сильно отражается на личностном развитии человека. Часто подобная реакция обуславливается недостатком информации о новой среде. «Этот информационный вакуум обычно приводит к увеличению количества стресса в жизни индивида. Так же предполагается, что уровень стресса может увеличиваться из-за разницы между культурами родной страны и принимающей» (Yang & Clum, 1994).

**4.2.1. Различные определения аккультурации.**

Различные литературные источники показывают, что исследования аккультурации первоначально были направлены на изменения в социальной структуре, экономическом положении и политической организации групп (Berry, 1990). Аккультурация разными авторами определялась по-разному. Redfield и коллеги (1936) предположили, что аккультурация - это явление, которое происходит "когда группы лиц, имеющих разную культуру, вступают между собой в непрерывный непосредственный контакт, с последующими изменениями в первоначальных культурных моделях (любой или обеих групп)".

Международная Организация по Миграции (International Organization for Migration, 2004) (16) определяет аккультурацию как "прогрессивное принятие элементов иностранной культуры (в точности, идей, слов, ценностей, норм поведения) лицами, группами или классами. " Однако, Berry и соавторы (2006) утверждали, что определение, данное Международной Организацией по Миграции игнорирует тот факт, что аккультурации может также включать "отказ" или"сопротивление" культурным аспектам, и что она не может быть просто определена как "принятие иностранных культурных элементов ".

Тем не менее, в связи с большим вниманием психологии к индивидуальным различиям, объем исследований аккультурации расширен за счет включения изменений на индивидуальном уровне, пересмотров ценностей, отношения и поведения (Berry & Phinney & Sam, 2006). Johnson и Sandhu (2007), определили аккультурацию как "изменение ценностей и поведения, которые являются результатом

устойчивого контакта со второй культурой ". Graves (1967) определял данные изменения как "психологическую аккультурацию».

**4.2.2. Одномерная и двумерная модели аккультурации.**

Одномерная модель предполагает, что аккультурация является постепенным и неизбежным процессом ассимиляции в культуре принимающей страны. Культурная адаптация происходит со временем, последовательно, то есть, как только люди перенимают культурные аспекты принимающей стороны, они теряют некоторые аспекты их собственной культуры (Gordon, 1964). Так например, ожидается, что умение иммигрантов разговаривать на своем родном языке будут снижаться по мере научения и свободного использования языка принимающей культуры (Arends-Toth & van de Vijver, 2006). Другими словами, эта модель предсказывает, что психологическая адаптация физических лиц в принимающей культуре стабилизируется по причине полной ассимиляции с новой культурой (Grossman & Wirt, & Davis, 1985).

Двумерная модел аккультурации, в отличие от одномерной модели, утверждает, что поддержание своей культуры и принятие массовой (мейнстримовой) культуры - это две независимые величины. К примеру, умение иммигрантов пользоваться иностранным языком принимающей страны, не влияет на их способность говорить на родном языке. (LaFromboise & Coleman & Gerton, 1993)

На уровне личности (и этнических групп), Berry (1992) предлагает пояснение процесса стратегию аккультурации. На основании того, если личность или группа а) поддерживают контакты с другими группами или не поддерживает, и б). пытается сохранить свою культурную иденичность или нет (четыре возможные альтернативы поведения), различаются ключевые процессы: интеграция, ассимиляция, сепарация и маргинализация, причем процесс интеграции (при условии, что на пункты «а» и «б» были даны утвердительные ответы) оценивается как менее стрессовый, нежели маргинализация, которая наоборот кажется наиболее проблематичной.

**4.3. Адаптация мигрантов.**

Адаптация является процессом приспособления к существующим условиям в среде (Castro, 2003). В рамках исследований аккультурации, адаптация обычно упоминается как "подгонка" между аккультурацией индивида и основной культурной средой (Berry & Sam, 1997), что является непрерывным процессом. Таким образом, адаптация может быть понята как континуальные психологические результаты процесса аккультурации.

Адаптация подразумевает формирование культурных и социальных навыков, развитие чувствительности к убеждениям, ценностям и нормам новой культуры и приобретение адекватных навыков коммуникации для эффективного взаимодействия с гостевой культурой (Castro, 2003). На этих основаниях предполагается, что культурно и социально компетентные люди могут поддерживать активные социальные отношения и успешно взаимодествовать с новым обществом (LaFromboise & Coleman, & Gerton, 1993). Следовательно, развитие эффективных культурных и социальных навыков положительно отражается на личной и этнической идентификации, личном удовлетворении, и хорошем психическом здоровье (Castro, 2003).

Адаптация иностранных студентов зависит от многих стоящих перед ними задач, таких как падение их социального и экономического статусов, разлука с семьей и друзьями, отсутствие знания английского языка, и изоляция от своих культурных традиций (Sandhu, 1995).

Включение иммигрантов в новую культуру заключается в двух различных подходах: включение (inclusion) и исключение (exclusion). Исключение может являться результатом изоляции самого мигранта, цель которого, как правило, сводится к тому, чтобы заработать как можно больше денег, не уделяя времени взаимодействию и налаживанию контактов с принимающим обществом. (Demuth, 2003)

Мигрант, однако, может изначально предпочесть оставаться в контакте только со своей этнической группой, а затем расширять взаимодействие с принимающей стороной (примером могут послужить ирландская и немецкая миграции в Соединенные Штаты в 19 веке). Общение с соотечествениками может играть важную роль в смягчении последствий культурного шока. В этих случаях, этнические функции сообщества выступают посредником в обучении «что, как и с кем делать». С другой стороны существует риск остаться в нежелательной изоляции (например, в этнических гетто). (Demuth, 2003)

Процесс интеграции характеризуется двумя направлениями: отражением отношения мигрантов к принимающему обществу (и их выбор стратегии включения) и отношением самого принимающего общества (например, его законодательство, медийный образ иностранца и т.д.). Стандартный процесс интеграции в общество включает в себя ​​адаптацию, аккультурацию, интеграцию и ассимиляцию.

В случае адаптации, наиболее жизненно активным иммигрантом становится тот, что признает и перенимает нормы принимающей страны. Больше всего при аккультурации мигрантами присваиваются обычаи и ценности общества. Присвоение данных особенностей культуры принимающей страны является односторонней задачей мигранта (а не принимающего общества) и может быть более или менее нейтрально или позитивно воспринята иностранцем. Противоположностью являются односторонние действия в процессе ассимиляции, которые (в функциональном плане) означают, что общество диктует условия, при которых мигрант может жить в данной стране. Наиболее позитивной формой является процесс интеграции, который сам по себе характеризуется взаимным сближением, где принимающее общество активно помогает мигрантам обосноваться и почувствовать себя как дома. Идеальным является «ответ» мигрантов на происходящее добровольной и постепенной адаптацией к новым социальным нормам, традициям и условиям, в то время как его личные культурные особенности остаются неизменными или трансформируются в нечто цельное. (Berry, 1992)

«Эти обычаи составляют социальное наследие, которое передается детям, родившимся и растущим в группе. Посторонний человек, который хочет быть принятым группой, должен получить в процессе аккультурации (так же, как и ребенок) знание не только о структуре и значении подлежащих интерпретации элементов, но и о схеме интерпретации, преобладающей в мы-группе и принятой ею как данность.» Schutz, (1962).

Согласно Барту (Barth, 1984), ясно, что границы между этническими различиями остаются несмотря на прохождение через них людей. Категоричность этнических различий не зависит от отсутствия мобильности, контактов или информации, но затрагивает социальные процессы расширения и принятия новых членов в свое общество. Этнические различия всегда остаются неизменными.

Культурная составляющая(Barth, 1984) этнической дихотомии «мы – они» включает в себя:

1) Очевидные сигналы или признаки - диакритические черты, такие как форма одежды, язык, образ жизни.

2) Основные ценностные ориентации, нормы, мораль и т.д.

Принадлежность к определенной этнической группе определяет то, что человек будет оценивать другие группы по собственным стандартам, которые имеют отношение к его собственной идентичности. При всём этом невозможно предсказать, какие из вышеперечисленных культурных компонентов являются определяющими и актуальными. Иными словами, этнические группы управляют организационной системой, к которой могут быть отнесены разные формы и содержания компонентов в различных социально-культурных средах. (Barth, 1984)

**4.3.1. Теории миграции и адаптации.**

Значительный вклад в социологические исследования иностранцев внес Schutz, определив иностранца как «человека на пределе(границе)».

Иностранец как культурный гибрид существует на стыке двух культур, потому не знает к какому культурному образцу он принадлежит – привитому с детства или приобретенному в новой стране. Такая позиция между двумя культурами делает имигрантов более чувствительными и любопытными по отношению к местной (гостевой) культуре и ее особенностям. (Schutz, 1962)

Иностранцы, участвовавшие в исследовании Shutz’а, при «вступлении» в новую культуру проживали следующие этапы:

- Знакомство с новой неизвестной культурой

- Начало процесса обучения

- Получение новых знаний,

- Постоянные попытки соединить эти новые знания с системами знаний той культуры, в которой они родились и которой владеют.

Аналогичным образом процесс интеграции рассматривал Schnapper (1991) в своей теории культурного ядра. Его теория основана на предположении, что культурная идентичность является процессом непрерывного переговора с внешним миром, в котором мигрант что-то новое получает, что-то старое пересматривает или забывает. Тем не менее, существует определенная граница, представляющая ядро культуры принимающей стороны, которое является неизменным. Этим ядром являются основные ценности (вера, язык, кухня, традиционная одежда, деление гендерных ролей), которые мигрант не всегда готов адаптировать к своему пониманию окружающего мира.

Язык и культура тесно связаны между собой. Цель культурного обучения заключается в расширении понимания учащимися изучаемого языка и снижения межкультурных конфликтов в жизни иностранцев. Ключевым фактором достижения межкультурной адаптации является изучение языка и культуры (Furnham & Erdmann, 1995).

Portes и Zhou (2000) предлагают модель «сегментированный ассимиляции", которая предусматривает три способа адаптации в обществе. Первый способ, по существу, идентичен основной концепции ассимиляции и предполагает индивидуальную постепенную успешную ассимиляцию, связанную с пошаговой процедурой вступления в высокие социальные слои общества. Второй способ предполагает успешную, коллективные интеграцию в общество, где выбранная этническая группа обособлена и постоянно придерживается своих интересов, например, сохраняет свои культурные особенности. Примером могут послужить китайцы или евреи, проживающие в США.

«Переселение отдельных этнических групп в более богатые районы города и последующее переселение на их места других этнических групп, являющихся представителями более бедных районов представляет концепцию «экологической преемственности» (Zang, 2000).

Третий способ адаптации - наоборот, путь «вниз», который предполагает ассимиляцию в маргинальные, социально слабые группы данного общества. (Portes и Zhou, 2000)

Основной вопрос формы вступления иммигрантов в общество рассматривали Zelinski и Lee (1998), которые подчеркнули, что сегодняшяя практика (на примере США) показывает, что адаптация иммигрантов в обществе не обязательно должна начинаться в концентрированной этнической группе принимающей страны. Напротив, исследования показывают, что благодаря функционированию теории социальных сетей (теория, согласно которой любых двух людей на планете разделяют в среднем пять уровней общих знакомых; была разработана С. Милгрэмом и Д. Трэверсом), многие успешно присоединяются к своим соотечественникам, которые уже ассимилировались в районах за пределами столицы в небольшие этнические группы.

**4.4. Исследования депрессивных состояний у студентов, обучающихся за рубежом (на примере разных стран)**

В 1960-х и 70-х, исследования адаптации иностранных студентов в США по большей части были сосредоточены на их успеваемости (Halamandaris & Power, 1999). В течение этого периода, целью данных исследований являлось более совершенное понимание факторов, влияющих на академические успехи иностранных студентов, с ожиданием, что академические успехи тесно связаны с положительными результатами адаптации. В последующие годы исследования адаптации свидетельствовали о необходимости более полного определения этого явления. Таким образом, на сегодняшний день во многих литературных источниках адаптация включает в себя психосоциальные аспекты, такие, как удовлетворенность социально-академической жизнью, отсутствие одиночества, психологическое благополучие, и депрессивные состояния (Halamandaris & Power, 1999).

В своем исследовании влияния обучения в Новозеландии на иностранных студентов, M. Lewthwaite (1996) писал: «Во многих литературных источниках предполагается, что иностранные студенты испытывают больше физических и психических расстройств, чем студенты-резиденты страны. В своем обзоре «Sojourner adjustment» Church A.T. (1982) подсчитал, что трудоспособность 15-25% всех иностранных студентов может каким-либо образом быть нарушена. В межкультурном исследовании в Гонконге, проведенном между китайскими студентами, обучающимися в Китае и китайскими студентами в Канаде, Dyal Chan (1985) выявил, что имигранты, особенно женского пола, подвержены большему риску заболевания симптомами, связанными с депрессией, чем граждане Канады или китайские студенты в своей стране. Обратные исследования(Klineberg & Hull, 1979) показывают, что иностранные студенты, добившиеся удовлетворительных социальных контактов и наладившие отношения с местными жителями во время пребывания в чужой стране, были значительно удовлетворены своими успехами и полученным опытом».

Bochner S. (2006) предполагал, что иностранные студенты составляют важную группу имигрантов, а культурные контакты являются неотъемлемой частью их пребывания. Таким образом, важно признать, что "быть иностранным студентом» есть представлять собой меньшинство (Schmitt, Spears, & Branscombe, 2003).

Still R. (1961) проводил эмпирическое исследование психологических проблем иностранных и британских студентов. Исследование показало, что среди британских студентов у 14% присутствовали те или иные психологические проблемы. У иностранных студентов процент был всегда выше: Египет (22,5%), Нигерия (28,1%), Турция (21,0%), Ирак (28,2%), Иран (29,7%), Индия (17,6%) и Пакистан (18,7%). Почти в половине всех случаев была выявлена ипохондрия.

Характерно, что иностранные студенты, страдающие ипохондрией, постоянно находят источник дискомфорта в той или иной части своего тела. Обычно физические признаки болезни, которые могут быть обнаружены при осмотре, тривиальны или не существуют. Совсем другое дело с симптомами, на которые жалуется студент. Он чувствует слабость, он нервозен, не может спать, у него кашель и другие признаки простуды, нет аппетита, несварение желудка, у него сначала запор, а потом понос, тяжесть в желудке, постоянная тошнота, головная боль, боль в груди и конечностях, аритмия сердца, анемия, депрессивное состояние, озабочен своим сексуальным здоровьем, не может сосредоточиться на работе, его разум не ясен, он боится, что это может быть серьезное заболевание легких, сердца, желудка, кишечника, головы, половых органов, боится, что у него инфекция, которая постоянно распространяется из одной части тела в другую. Каждую неделю в течение всего своего пребывания в Лидсе он посещает врача по той или иной причине, очень редко с реальными признаками заболевания, но всегда озабоченный и настороженный состоянием своего здоровья. (Ward L., 1967).

Службы охраны психического здоровья, в частности, профессиональные организации, такие как, например, в США - Американская Ассоциация Консультирования (American Counseling Association, 2005) и Американской Психологической Ассоциация (American Psychological Association, 2002) принимают активные усилия в поощрении и применении мультикультурных практик компетентными консультантами, такими как стажеры, консультанты и психологи (Pope-Davis & Coleman, 1996).

Однако, Fouad (1991) утверждает, что учебные программы для консультантов и психологов не расширяют имеющихся знаний для предоставления качественных услуг в области психического здоровья иностранцев. «Это особенно тяжело, поскольку иностранные студенты считают, чтобы испытывают больший психологический стресс, нежели американские студенты, а коррекция психического состояния этих студентов, как правило, упускается из виду» (Mori, 2000).

Furnham A., Bochner S. (1986) в своей книге приводили примеры исследований, посвященных пребыванию за рубежом: «Rust R. (1960) изучал в Ельском университете эпидемиологию психического здоровья. Более трети студентов жаловались на нервозность, четверть — на одиночество и беcсонницу, все это сказывалось на их успеваемости, отношениях с друзьями, сексуальной жизни и т.д. Хотя Р. Раст разработал простую дискриминационную шкалу для оценки психического состояния студентов, но его исследование не выявило и не могло выявить причины студенческих проблем в зави, которые зависят от того, является ли студент местным или приехал из-за границы. Исследование, проведенное Cole J., Allen F., Green J. (1980) в Австралии, также не выявило никаких доказательств того, что иностранные студенты чаще, чем местные, обращаются за помощью в университетские центры здоровья».

Исследования показывают, что иностранные студенты сталкиваются с различными трудностями, которые превышают трудности, возникающие на пути у этнических меньшинств или лиц, мигрирующих или ищущих убежище в США. Это объясняется тем, что иностранные студенты имеют дело с вопросами, связанными с временным характером их пребывания в США, а также необходимостью для достижения успеха в системе (Mori, 2000). Из этого следует вывод, что иностранные студенты подвергаются различным степеням психологического стресса. (Berry, 1997).

**5. Исследовательская часть.**

**5.1. Обоснование исследования.**

Депрессивные расстройства постоянно проявляют тенденцию к росту и в скором времени будут включены в список наиболее распространенных заболеваний населения. Научные дисциплины, исследующие депрессию, ставят перед собой цели повысить уровень осведомленности в данном заболевании и сформировать профилактические методы предотвращения психических заболеваний. Студенты, проходящие обучение в чужой и неизвестной стране, находятся в группе риска и потому я считаю необходимым выявить некоторые факторы, способствующие возникновению депрессивных расстройств.

**5.2. Методология исследования.**

Для исследования проблематики депрессии в студенческой среде, я выбрала два метода сбора данных – анкетирование и Шкалу оценки депрессии А. Бека. Метод анкетирования был выбран мной в первую очередь потому, что он является наиболее распространенным и недорогим методом сбора данных. Информация из анкет поддается простой обработке и оценке и обеспечивает удобную навигацию для подсчета данных. Так же Шкала оценки депрессии А. Бека обеспечивает быструю и эффективную диагностику психического состояния испытуемого и позволяет провести корреляцию с анкетными данными.

Испытуемые, изъявившие согласие участвовать в исследовании, были проинформированы о причинах исследования, его конфиденциальности и основной цели – использование полученных результатов в данной бакалаврской работе.

Анкета включила в себя 24 вопроса, три из которых являются закрытыми (возраст, пол, продолжительность пребывания в Чехии), остальные вопросы (21) – открытые. (см. Приложения). Анкета исследует разные аспекты, которые помогли произвести корреляцию между некоторыми из них и сформировать общую картину о человеке. Шкала оценки депрессии А. Бека (далее, опросник) состоит из 21 пункта, каждый из которых содержит несколько утверждений, из которых респондент должен был выбрать только одно, которое наиболее характеризовало его в день заполнения опросника.

**Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory - BDI).**

Данная шкала является самой распространенной и повсеместно используемой формой опроса. Эта шкала помогает определить, страдает ли физическое лицо в каждом конкретном случае депрессией, и определяет интенсивность депрессивного расстройства. В совокупности с интервью, шкала Бека позволяет адекватно оценить проблемы пациента.

Инструкция по заполнению опросника: респондент отмечает в каждой группе утверждений тот вариант, который лучше всего описывает его чувства в день заполнения. Инструкция в опроснике, который получили от меня студенты, звучала следующим образом: «Инструкция: внимательно прочитайте каждую группу утверждений опросника. Определите в каждой группе утверждение, отражающее ваше состояние на данный момент времени. Выделите ответ, наиболее соответствующий выбранному вами утверждению. При выборе прочитайте все утверждения данной группы».

Общий балл, полученный в результате подсчета, указывает на степень депрессии. В различных публикациях шкалы Бека, существует несущественная разница между количеством баллов, определяющих то или иное психическое состояние. В своем исследовании я использовала интерпретацию, данную J. Praško в книге «Depresivní porucha a jak ji překonat». Шкала оценки депрессии А. Бека включена в Приложения.

**5.3. Характеристика исследования.**

Опросник и анкета были разосланы студентам в электронном виде посредством электронной почты. В исследование были включены студенты из разных университетов с разными специализациями. Возрастная категория включала в себя студентов от 18 лет и старше, точнее, от 18 до 25 лет и одного студента 29 лет. Всего в исследовании приняли участие 50 человек – 27 студентов женского пола и 23 студента мужского пола.

**5.4. Цель исследования.**

На основании Шкалы депрессии Бека и подробной анкеты, была поставлена цель определить частоту и интенсивность депрессивных расстройств у русскоязычных студентов, а так же выявить некоторые факторы, способствующие их развитию и влияющие на психическое состояние индивидов.

**5.5. Гипотезы.**

Для исследовательской части я составила следующих 8 гипотез.

**Гипотеза № 1**: Студенты женского пола, проживающие на территории Чешской Республики более подвержены возникновению депрессивных состояний, чем студенты мужского пола.

**Гипотеза № 2**.Одиночное проживание способствует развитию депрессивных расстройств.

**Гипотеза № 3**. У студентов, находящихся в романтических отношениях, депрессивная симптоматика проявляется реже.

**Гипотеза № 4**. По мере вросления у студентов растет количество случаев проявлениия депрессивной симптоматики.

**Гипотеза № 5**. Хороший уровень знания местного языка благотворно влияет на отношение местных жителей к студенту.

**Гипотеза № 6**. Работающие студенты испытывают депрессивные эпизоды реже неработающих студентов

**Гипотеза № 7**. Студенты, не употребляющие алкоголь, реже страдают депрессивным расстройством.

**Гипотеза № 8** У студентов, склонных к депрессивным эпизодом, чаще выявлены случаи употребления наркотических веществ.

**5.6. Описание сбора данных.**

Исследование происходило во временном промежутке с 14 мая до 10 июня 2013 года. За этот период, посредством социальных сетей, в случайном порядке всего было выслано 86 анкет.

Сразу после согласия, студенту отправлялись анкета и опрос в двух файлах формата Word, а так же адрес электронной почты, куда бы они могли высылать свои результаты при желании сохранить конфиденцильность. Реакция на согласие студентов поучаствовать в исследовании с моей стороны происходила в течение максимально 15 минут, так как я сочла, что чем раньше студент получит анкеты, тем больше будет вероятность того, что он их заполнит. Поэтому я установила оповещание на мобильном телефоне, чтобы в любой момент у меня была возможность отправить потенциальным испытуемым анкеты и опросники.

Всего на почтовый адрес пришла 31 анкета, остальные 19 заполненных анкет студенты выслали обратно в личные сообщения социальной сети, аргументировав это тем, что им скрывать нечего. Среди студентов, приславших анкеты лично, были студенты как страдющие депрессивным расстройством, так и те, у которых отсутствали депрессивные симптомы. Респондентам не была предоставлена возможность самостоятельно посчитать свои результаты и определить своё психологическое состояние для избежания попыток фальсификации. Только 7 студентов проявили интерес к своим результатам и поинтересовались о своем психическом здоровье. О своем психическом состоянии были моментально проинформированы.

Студентам, у которых были зафиксирваны серьезные стадии депрессии, были высланы письма с рекомендацией обратиться к специалисту. Единственная студентка, страдающая тяжелой депрессией, отреагировала на данное письмо с агрессией и в последствии отказалась общаться. Остальные сообщили, что знают о своем состоянии.

Начальная фаза сбора данных происходила легко – студенты охотно соглашались поучаствовать в исследовании. В первые три недели было разослано 60 анкет, а получено 36 анкет. Студенты с удовольствием присылали свои анкеты и интересовались о ходе написания дипломной работы. 11 студентов проигнорировали обращение, 12 студентов согласились, но не прислали результатов, а 1 студент написал, что не желает принимать участие в исседовании. Несколько студентов, заполнивших анкету и опрос, сами предлагали свою помощь в поиске испытуемых. Так, из 12 предложивших свою помощь, 9 студентов привлекли 10 студентов, о чем они тут же проинформировали. В последующую неделю анкета и опрос были высланы ещё 26 студентам. 8 студентов проигнорировали письмо, 4 студента согласились, но результаты не выслали, остальные 14 студентов прислали заполненные анкеты, где 9 человек прислали анкеты на электронную почту, 5 человек выслали свои результаты обратно личным сообщением в социальной сети.

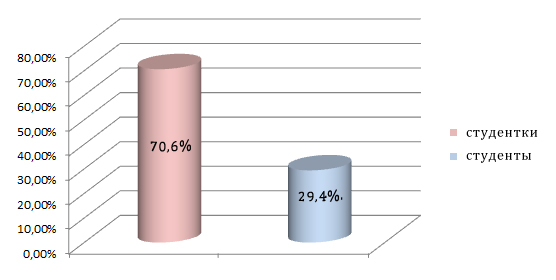
Так же необходимо отметить, что 12 студентов жаловались на Шкалу оценки депрессии Бека, так как сочли её довольно пессимистичной и выбор варианта был для них очень сложным. Двое студентов совершали попытки спорить о том, что данный опрос не рассчитан на точное определение депрессивного состояния. Оба студента (студент и студентка) анкеты выслали. У обоих была выявлена депрессия той или иной степени.

**5.7. Результаты опроса и интерпретация.**

**Гипотеза № 1: Студенты женского пола, проживающие на территории Чешской Республики более подвержены возникновению депрессивных состояний, чем студенты мужского пола.**

Всего в исследовании приняло участие 27 студенток (54%) и 23 студента (46%). В ходе рассчетов было выявлено, что общее число студентов, страдающих одной из форм депрессии составляет 17 человек, что составляет 34% от всех 50 опрошенных. Среди них лица женского пола составляют 70,6% (12 человек), мужского – 29,4% (5 человек).

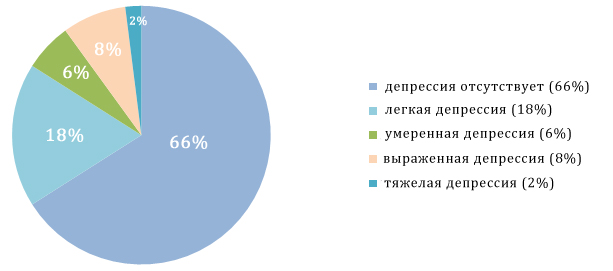
Диаграмма № 1.



Более детальный анализ типов депрессивных расстройств среди обоих полов показывает, что в общей сумме **легкая депрессия** (субдепрессия) наблюдается у 9 человек – у двух студентов (4%) и семерых студенток (14%). **Умеренная депрессия** зафиксирована только у лиц мужского пола в количестве 3 человек (6%). От **выраженной депрессии** (средней тяжести) страдают только испытуемые женского пола в количестве 4 человек (8%). И только 1 студентка (2%) страдает от **тяжелой депрессии**. У оставшихся 66% (33 студента) опрошенных отсутствовали депрессивные симптомы, где 36% лица мужского пола (18 человек), 30% - женского (15 человек).

Общая диаграмма среди всех опрошенных обоих полов выглядит следующим образом:

Диаграмма № 2.

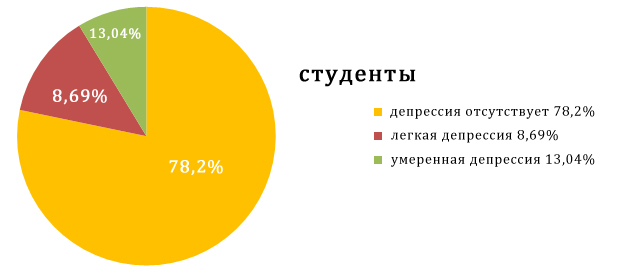


В следующих двух диаграммах привожу статистику по каждому полу отдельно.

Диаграмма № 3.



Диаграмма № 4.



Из данного предположения можно сделать вывод о том, что студентки, переехавшие за рубеж с целью получения образования, более подвержены возникновению депрессивных расстройств, чем студенты мужского пола. Можно предположить, что лицам женского пола труднее дается адаптация в чужой стране и разлука с семьей сильнее отражается на их психическом состоянии.

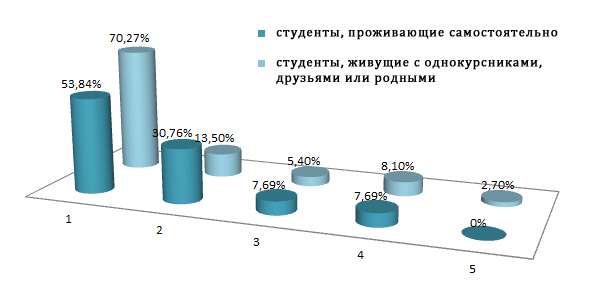
**Гипотеза № 2.** **Одиночное проживание способствует развитию депрессивных расстройств.**

По результатам вычислений, 37 студентов (74%) проживают вместе со однокурсниками или друзьями. Остальные 13 студентов (26%) проживают самостоятельно. В число студентов, проживающих с соседями так же входят 4 человека, проживающих с родителями. Более подробное исследование показало следующие данные (см. Диаграмму № 5):

1. Среди студентов, проживающих вместе с однокурсниками (и т.д.), депрессивные признаки отсутствуют у 26 (70,27%) студентов. У 5 студентов (13,5%) обнаружена легкая степень депрессии; у 2 (5,4%) студентов выявлена умеренная депрессия; от выраженной депрессии страдают 3 (8,1%) студента и у одной студентки выявлена тяжелая депрессия (3%). Ни у одного из студентов, проживающих с родителями не присутствовали депрессивные признаки.
2. Среди студентов, проживающих самосоятельно, выявлены следующие данные: у 7 (53,84%) студентов отсутствуют депрессивные симптомы; 4 студента (30,76%) страдают от легко депрессии; умеренная депрессия обнаружена у 1 (7,69%) студента, выраженная депрессия выявлена так же у 1 (7,69%) студента.

На диаграмме данные показатели выглядят следующим образом:

Диаграмма № 5.



1 – отсутствие депресивных симптомов; 2 – легкая депрессия (субдепрессия) ; 3 – умеренная депрессия; 4 – выраженная депрессия (средней тяжести) ; 5 – тяжелая депрессия.

Вышеприведенное исследование нельзя считать объективным, потому что в процентном соотношении, лиц проживающих самостоятельно примерно в три раза меньше, а результаты в процентах не сильно разнятся. Тем не менее, можно предположить, что количество студентов, не имеющих депрессивные симптомы, среди лиц, проживающих самостоятельно, меньше, чем среди студентов, разделяющих место жительства с друзьями или однокурсниками. Так же, несмотря на незначительное количество испытуемых, проживающих с родителями, можно предположить, что проживание с семьей препятствует формированию депрессивных эпизодов.

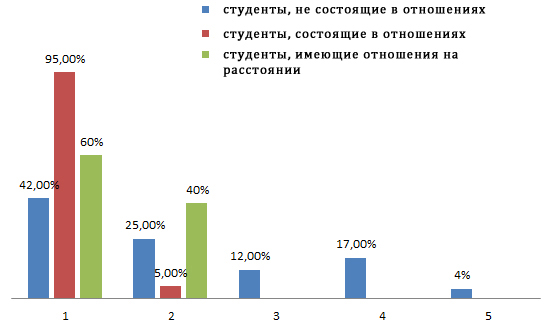
**Гипотеза № 3. У студентов, находящихся в романтических отношениях, депрессивная симптоматика проявляется реже.**

Данная гипотеза вытекает из предыдущей и является её своебразным, но необходимым дополением. По результатам вычислений выявлено, что

1. 21 студент (42%) состоит в романтических отношениях, из которых у 20 человек (95%) не наблюдаются депрессивные симптомы и только 1 студентка (5%) страдает от легкой формы депрессии.
2. Отдельно были выделены 5 студентов, имеющих отношения на расстоянии. У двоих студенток (40%) присутствует легкая форма депрессии, у оставшихся трех студентов (60%) депрессивных симптомов не выявлено.
3. 24 исследованных студента (48%) не состоят в романтических отношениях. Подсчет выявил следующие показатели: у 10 студентов (42%) не были выявлены депрессивные симптомы; 6 студентов (25%) страдают от легкой формы депрессии; у 3 студентов (12%) выявлена умеренная депрессия; у 4 студентов (17%) зафиксирована выраженная депрессия (средней тяжести) и 1 студентка (4%) страдает тяжелой формой депрессии.

Наглядно исследованные данные показаны на диаграмме ниже.

Диаграмма № 6.



1 – отсутствие депресивных симптомов; 2 – легкая депрессия (субдепрессия) ; 3 – умеренная депрессия; 4 – выраженная депрессия (средней тяжести) ; 5 – тяжелая депрессия.

Исходя из полученных данных, лишь 5% студентов, находящихся в отношениях, страдают от легкой депрессии. Так же следует предположить, что отношения на расстоянии влияют на психическое состояние студента. Можно так же предположить, что нахождение рядом близкого человека, способного оказать незамедлительную поддержку, благотворно сказывается на душевном состоянии студента. Подавляющее число студентов, страдающих от той или иной формы депрессии – это те студенты, которые в романтических отношениях не состоят.

**Гипотеза № 4. По мере вросления у студентов растет количество случаев проявлениия депрессивной симптоматики.**

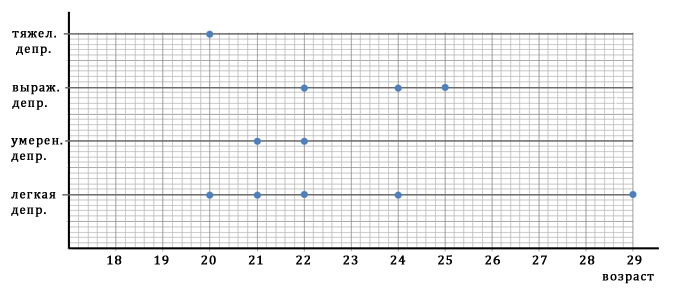
В исследовании приняли участие студенты от 18 до 25 лет и один студент 29 лет.

* У трёх студентов 18 лет и семи студентов 19 лет не было выявлено ни одного депрессивного расстройства (0%).
* Среди одинадцати студентов 20 лет, были выявлены три случая (27%) депрессивного расстройства – двое студентов страдают от легкой депрессии, один – от тяжелой.
* Среди одинадцати 21-летних студентов у двух выявлена умеренная, у одного – легкая форма депрессии (27%).
* Одним из самых кризисных возрастов в исследовании, по результатам подсчетов, оказался возраст 22 года. Из десяти студентов, у шестерых (60%) оказалась та или иная форма депрессии – у троих выявлена легкая форма депрессии, у двоих выраженная форма и у одного студента умеренная форма депрессии.
* Cреди 3 студентов 25 лет, у одного выявлена выраженная форма депрессии, у двух депрессивные симптомы отсутствуют.
* В исследовании приняли так же участие один 23-летний студент, не страдающий никакой из форм депрессии и один 29-летний студент, страдающий от легкой формы депрессии.
* Среди трёх 24-летних летних студентов, у всех троих (100%) была выявлена депрессия: у двоих студентов легкая, ещё и одной студентки выраженная форма депрессии.

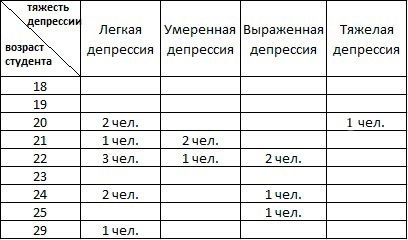
Примечание: Для доказательства этой гипотезы я использовала данные лишь тех студентов, которые страдают от той или иной формы депрессии. Это объясняется тем, что в каждой возрастной категории присутствовали люди, не имеющие депрессивных симптомов, поэтому эти показатели не представляют никакого значения для данной гипотезы.

Точечная диаграмма корреляции возраста и степени депрессивного расстройства выглядит следующим образом: (см. след. страницу)

Диаграмма № 7.



Более подробные данные, полученные в результате исследования, отображены в следующей таблице:



Из полученных данных можно предположить, что наиболее критическим моментом в жизни студентов, является возрастной промежуток 20-22 лет. Среди испытуемых студентов, чей возраст был младше 20 лет, депрессивных расстройств зафиксировано не было. Можно предположить, что с каждым годом количество факторов, влияющих на состояние студентов возрастает, задачи, поставленные перед собой усложняются, требования к ним, как ко взрослым личностям, так же растут. На графике видна эскалация депрессивного эпизода начиная от возраста 20 лет. Можно предположить, что чем раньше студент переезжает в другую страну для получения образования, тем меньше будет риск заболевания депрессивным расстройством.

**Гипотеза № 5. Хороший уровень знания местного языка благотворно влияет на отношение местных жителей к студенту.**

На вопрос об уровне владения языком испытуемые студенты отвечали по своим личным субъективным ощущениям, практически никто не назвал свой точный официальный уровень. Руководствуясь признанными уровнями, все точные немногочисленные ответы (такие, как B1(1 уточнение), B2 (3 уточнения), C1(2 уточнения)) были классифицированы и адаптированы следующим образом: уровень B1 – средний, B2 – хороший, C1 – свободный. В подтвержению этому служит тот факт, что некоторые студенты сами подобным образом классифицировали свои знания – например: B2 (хорошо), B1 (средне). Это было сделано для упрощения подсчета статистики. Уровни A1, A2 и C2 никто из студентов не указывал.

Таким образом, 13 студентов (26%) охарактеризовали свой уровень чешского языка как «свободный»; 18 студентов (36%) охарактеризовали свой уровень языка как «хороший», 12 человек (24%) определяют свой уровень как «средний» и 7 студентов (14%) как «плохой» или «очень плохой».

На вопрос «Сталкивались ли Вы с негативным отношением со стороны местного населения?» были получены следующие ответы:

* Среди 13 студентов, охарактеризовавших свой уровень как «свободный» 7 человек (54%) ответили отрицательно, 6 человек (46%) утвердительно;
* Среди 18 студентов, оценивших свой уровень языка как «хороший», 13 человек (72%) ответили отрицательно, 5 человек (28%) сталкивались;
* Среди 12 студентов, охарактеризовавших свой уровень как «средний», 4 человека (33%) с негативным отношением не сталкивались, 8 человек (67%) ответили утвердительно;
* Среди 7 студентов, охарактеризовавших свой чешский язык как «плохой» или «очень плохой», 3 человека (43%) ответили отрицательно, 4 человека (57%) с негативным отношением сталкивались. (см. Диаграмму № 8)

Всего с негативным отношением со стороны местного населения сталкивались 23 студента (46%), не сталкивались с негативным отношением 27 студентов (54%).

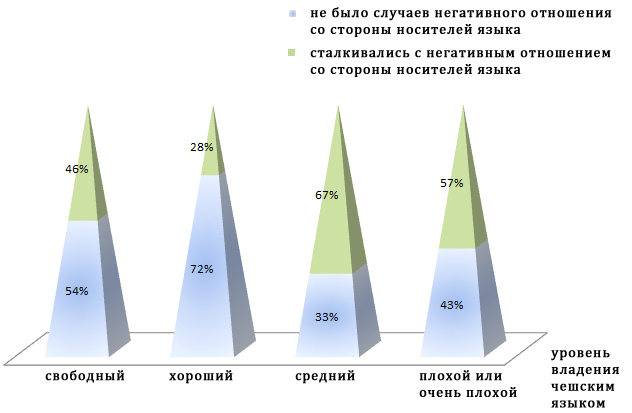
В дополнение к корреляции между уровнем владения языком и случаями негативного отношения со стороны местных жителей, привожу взаимосвязь между психологическим состоянием студентов и случаями негативного отношения (см. Диаграмму № 9).

* Среди студентов (33), у которых отсутствуют депрессивные признаки, 14 человек (42%) сталкивались с негативным отношением, 19 человек (58%) – нет;
* Среди студентов (9), страдающих легкой формой депрессии, с негативным отношением сталкивались 6 человек (67%), не сталкивались 3 человека (33%);
* Среди студентов (3), имеющих умеренную депрессию, 1 человек (33%) сталкивался с негативным отношением, 2 студента (67%) – нет;
* Среди студентов (4) выраженной формой дерессии, 2 сталкивались с негативным отношением, 2 не сталкивались (50%/50%);
* Студент с тяжелой формой депрессии с негативным отношением не сталкивался.

Диаграмма корреляции между уровнем знания языка и негативными инцидентами с местным населением приводится ниже.

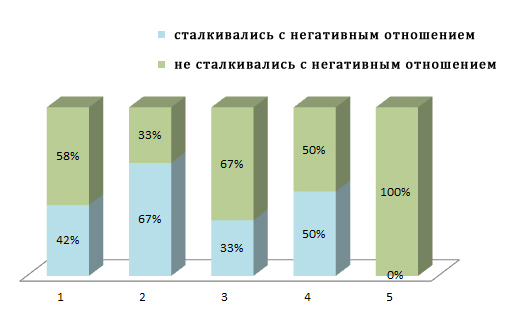
Диаграмма № 8.

(см. след. страницу)



Следующая диаграмма показывает корреляцию между различными формами депрессии и случаями негативного отношения со стороны местных жителей.

Диаграмма № 9. (см. след. страницу)



1 – отсутствие депресивных симптомов; 2 – легкая депрессия (субдепрессия) ; 3 – умеренная депрессия; 4 – выраженная депрессия (средней тяжести) ; 5 – тяжелая депрессия.

По результатам полученных данных можно предположить, что студенты, хорошо владеющие местным (чешским) языком, меньше сталкиваются с агрессией местных жителей. Данные, зафиксированные по результатам опроса студентов, отлично владеющих чешским языком, однако, показывают, что отличное знание местного языка не является гарантом положительного отношения среди резидентов принимающей страны – выявлено примерно равное количество студентов, пострадавших от негативного отношения и с негативным отношением не встречавшихся.

Тем не менее, большее число студентов (как в процентном, так и в количественном отношении среди всех студентов), владеющих языком на «среднем» уровне, сталкивалось с агрессией со стороны местных жителей. То, что студенты, плохо владеющие языком никогда не сталкивались с агрессией можно объяснить тем, что они максимально сократили своё общение с местным населением. Поэтому я предполагаю, что бережное и внимательное отношение к такой культурной составляющей, как язык, помогает студенту избежать недопонимание.

На диаграмме № 9 видно, что студенты, страдающие легкой депрессией чаще остальных сталкивались с негативным отношением со стороны местного населения. Можно предположить, что студенты с умеренной, выраженной и тяжелой депрессией сталкиваются с негативным отношением реже ввиду того, что предпочитают уединение выходам из дома.

**Гипотеза № 6. Работающие студенты испытывают депрессивные эпизоды реже неработающих студентов.**

Для доказательства данной гипотезы, я провела корреляцию между тремя показателями (см. Таблицу № 1). Этими показателями являются: 1. Наличие/отсутствие подработки; 2. Наличие/отсутствие материальных затруднений; 3. Психическое состояние.

В ходе исследования было выяснено, что подработку в свободное от учебы времени практикуют 14 студентов (28%), постоянную работу имеют 6 студентов (12%), остальные 30 студентов (60%) не работают и не имеют подработки. Этих студентов я разделила на три группы.

Далее привожу данные по трём группам, распределяя их по признакам наличия либо отсутствия материальных сложностей и психологическому состоянию студентов внутри каждой из групп. Всего вышло 3 группы, по две подгруппы в каждой.

1. Из 14 студентов, имеющих подработку (28%), 6 человек (12%) испытывают материальные затруднения, 8 человек (16%) не испытывают.

* Среди 6 подрабатывающих студентов, которые испытывают материальные проблемы (12%), у 1 человека (17%) отсутствуют депрессивные симптомы, у 2 студентов наблюдается легкая форма депрессии (33%), от умеренной депрессии страдает 1 студент (17%), от выраженной – 2 студента (33%).
* Среди 8 подрабатывающих студентов, которые не испытывают материальные сложности (16%), у 6 студентов (75%) отстуствуют депрессивные симптомы, у 1 студента (12,5%) наблюдается легкая форма депрессии, ещё один студент (12,5%) страдает от умеренной формы депрессии.

1. Из 6 студентов, имеющих постоянную работу(12%), 1 студент (2%) испытывает материальные проблемы, 5 студентов (10%) материальных проблем не имеют.

* В исследовании зафиксирован только 1 студент (2%), имеющий постоянную работу и испытывающий материальные затруднения. У данного студента не было обнаружено депрессивных признаков.
* Среди 5 студентов, имеющих постоянную работу и не испытывающих материальных сложностей (10%), у 2 человек (40%) отстутствуют депрессивные симптомы, у 1 человека (20%) зафиксирована легкая депрессия, 1 студент (20%) страдает от выраженной формы депрессии и 1 студент (20%) – от тяжелой депрессии.

1. Из 30 студентов не имеющих постоянную работу и не практикующих подработку (60%), 10 человек (20%) испытывают материальные сложности, 20 человек (40%) – не испытывают.

* Среди 10 неработающих студентов, испытывающих материальные сложности (20%), у 6 студентов (60%) отсутствуют депрессивные признаки, у 3 студентов (30%) выявлена легкая форма депрессии, у 1 студента (10%) – выраженная.
* Среди 20 неработающих студентов, не испытывающих материальные проблемы (40%), у 17 человек (85%) отсутствовали депрессивные симптомы, у 2 студентов (10%) выявлена легкая депрессия, 1 студент (5%) страдает от выраженной формы депрессии.

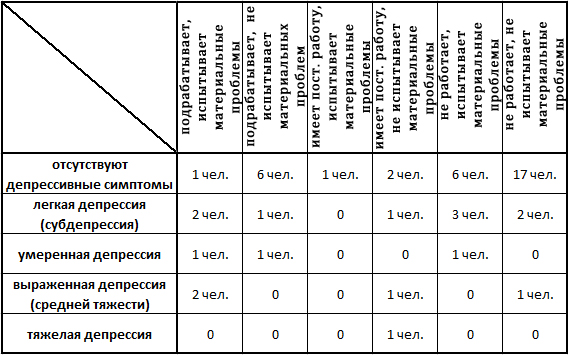
Данные, полученные в результате исследования, дают основания предположить, что студенты, имеющие подработку и, притом, не испытывающие материальных затруднений, реже страдают от депрессии, чем студенты, которые подрабатывают ввиду нехватки материальных средств. Предполагаю, что это происходит потому, что к проблемам, связанным с обучением прибавляются проблемы, связанные с работой и неудовлетворенными потребностями. Те студенты, что рподрабатывают «добровольно», менее склонны к депрессии, нежели те, что подрабатывают из-за нужды.

Единственный студент, имеющий постоянную работу не имеет депрессивных признаков, хотя испытывает материальные затруднения. Можно предположить, что это происходит по причине того, что у студента нет времени на исследование собственных чувств, так как он занят повышением своего материального благополучия. Остальные 5 студентов, имеющих постоянную работу не испытывают материальных сложностей. Это объясняется тем, что их доход полностью покрывает их потребности, однако подобная загруженность отражается на их депрессивном состоянии.

Большой процент страдающих депрессией, хоть и не превалирующий, среди неработающих студентов, испытывающих материальные трудности. Можно предположить, что эти студенты из-за нехватки времени не могут выделить время на желанный дополнительный заработок и загружены учебными заданиями. Однако, испытывая материальную и имея неудовлетворенные потребности, материально они в состоянии жить без дополнительного дохода.

И, наконец, данные полученные из исследования неработающих студентов, не практикующих подработку показывают, что неработающий студент, находящийся на полном попечении родителей, в подавляющем большинстве случаев депрессивных признаков не имеет.

Таблица № 1.



**Гипотеза № 7. Студенты, не употребляющие алкоголь, реже страдают депрессивным расстройством.**

На вопрос о частоте приема алкоголя, были полученны следующие данные: 13 студентов (26%) алкоголь либо вообще не употребляют, либо почти не употребляют; 10 студентов (20%) употребляют алкоголь 1-2 раза в месяц; 20 студентов (40%) употребляют алкоголь 1-2 раза в неделю; 7 студентов (14%) употребляют алкоголь от 3 и более раз в неделю.

Среди студентов, у которых отсутствуют депрессивные признаки, 11 человек (34%) алкоголь не употребляют вообще, либо в редких случаях; 6 человек (18%) употребляют алкоголь 1-2 раза в месяц; 13 студентов (39%) употребляют алкоголь 1-2 раза в неделю, 3 студента (9%) употребляют алкоголь 3 и более раз в неделю.

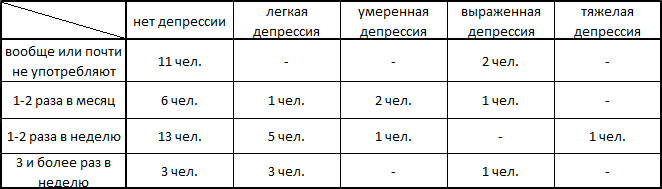
Среди студентов, у которых выявлена легкая форма депрессии, 1 человек (11%) употребляет алкоголь 1-2 раза в месяц; 5 человек (56%) употребляют алкоголь 1-2 раза в неделю; 3 человека – 3 и более раз в неделю.

Среди студентов с умеренной формой депрессии, 2 студента (67%) употребляют алкоголь 1-2 раза в месяц и 1 студент (33%) употребляет алкоголь 1-2 раза в неделю.

Среди студентов с выраженной формой депрессии, 2 студентки (50%) алкоголь либо не употребляют вообще, либо в редких случаях; 1 студентка (25%) употребляет алкоголь 1-2 раза в месяц; 1 студентка (25%) употребляет алкоголь 3-4 раза в неделю).

Единственная студентка, страдающая тяжелой депрессией, употребляет алкоголь 1-2 раза в неделю. Данные этой студентки в диаграмме использованы не будут. (см. пояснительную таблицу №2).

Таблица № 2.



Наглядно данные отображены на диаграмме.

Диаграмма № 10.



1 – отсутствие депресивных симптомов; 2 – легкая депрессия (субдепрессия) ; 3 – умеренная депрессия; 4 – выраженная депрессия (средней тяжести).

Исследование показало, что студенты, страдающие депрессией легкого типа, употребляют алкоголь чаще, чем остальные студенты, страдающие либо не страдающие депрессией. Так же среди студентов, страдающих от умеренной депресси, не вявлены случаи воздержания от приема алкоголя. Однако, исследование не показало значительной разницы в приеме алкоголя между группами. Можно предположить, что студенты с выраженной депрессией (средней тяжести) не употребляют алкоголь, потому что стараются не выходить из дома и сократили круг общения.

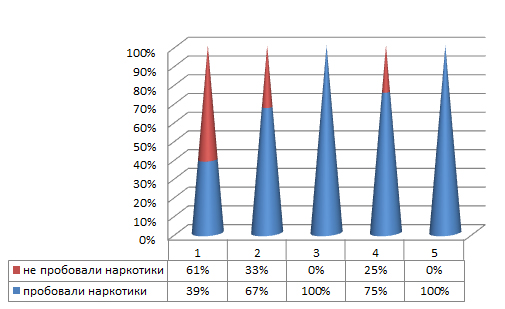
**Гипотеза № 8. У студентов, склонных к депрессивным эпизодом, чаще выявлены случаи употребления наркотических веществ.**

Студентам был задан вопрос «Пробовали ли Вы наркотики?». По результатам опроса было выявлено, что 26 студентов (52%) когда-либо пробовали или употребляют наркотики – некоторые студенты отметили, что употребляют их, в том числе, для борьбы с плохим настроением. Остальные 24 студента (48%) никогда наркотики не употребляли.

Разберем взаимосвязь между психологическим состоянием студентов и потреблением наркотических веществ (см. Диаграмму № 11).

* Среди студентов, у которых отсутствуют депрессивные симптомы, 13 человек (39%) ответили утвердительно, 20 человек (61%) наркотические вещества не пробовали.
* Среди студентов, у которых была зафиксирована депрессия легкой формы, 6 человек (67%) ответили, что пробовали наркотики, 3 студента (33%) наркотики не употребляли.
* Все три студента (100%) с умеренной формой депрессии когда-либо пробовали или употребляют наркотики.
* Среди студентов с выраженной формой депрессии, 3 студента (75%) пробовали или употребляют наркотики, 1 студент (25%) не пробовал.
* Единственная студентка с тяжелой формой депрессии употребляет наркотики.

Диаграмма № 11. (см. след. страницу)



где,

1 – отсутствие депресивных симптомов; 2 – легкая депрессия (субдепрессия) ; 3 – умеренная депрессия; 4 – выраженная депрессия (средней тяжести) ; 5 – тяжелая депрессия.

Можно считать, что данное исследование подтвердило гипотезу – практически все студенты, страдающие депрессивным расстройством, употребляют либо пробовали наркотики. Предполагаю, что это происходит по той причине, что студенты считают, что подобным образом можно уйти от проблем. Так же подобному большому количеству студентов, употребляющих наркотики, может способствовать принятый в Чешской Республике закон, о легализации наркотических веществ.

**5.8. Краткое изложение результатов гипотез.**

**Гипотеза № 1**: Студенты женского пола, проживающие на территории Чешской Республики более подвержены возникновению депрессивных состояний, чем студенты мужского пола.

Гипотеза подтверждена.

**Гипотеза № 2**.Одиночное проживание способствует развитию депрессивных расстройств.

Исследование не выявило зависимости.

**Гипотеза № 3**. У студентов, находящихся в романтических отношениях, депрессивная симптоматика проявляется реже.

Гипотеза подтверждена.

**Гипотеза № 4**. По мере вросления у студентов растет количество случаев проявлениия депрессивной симптоматики.

Гипотеза подтерждена.

**Гипотеза № 5**. Хороший уровень знания местного языка благотворно влияет на отношение местных жителей к студенту.

Исследовние не выявило зависимости.

**Гипотеза № 6**. Работающие студенты испытывают депрессивные эпизоды реже неработающих студентов

Гипотеза опровергнута.

**Гипотеза № 7**. Студенты, не употребляющие алкоголь, реже страдают депрессивным расстройством.

Гипотеза подтверждена.

**Гипотеза № 8** У студентов, склонных к депрессивным эпизодом, чаще выявлены случаи употребления наркотических веществ.

Гипотеза подтверждена.

**5.9. Обсуждение результатов.**

Проведенное мной пилотное исследование, основная цель которого заключалась в выявлении депрессивных симптомов у русскоязычных студентов, проживающих в Чешской республике, дало важную информацию о психическом состоянии учащихся.

По моему мнению, даже несмотря на то, что не все мои гипотезы были подтверждены, цель исследования – выявить депрессивные расстройства среди русскоязычных студентов и некоторые возможные причины заболевания депрессией, была достигнута.

Исследование показало, что лица женского пола в 2,04 раза чаще подвергаются депрессивным состояниям, нежели студенты мужского пола. Скорее всего, студенткам тяжелее удается привыкнуть к новым условиям жизни, к новой социально-культурной среде. Студентки, ввиду своей эмоциональной чувствительности, имеют большую предрасположенность к возникновению депрессивных состояний, чем студенты. Согласно множеству научных публикаций, женщины страдают от депрессии в два раза чаще, чем мужчины.

Другая гипотеза хоть и не выявила зависимостей между проживанием в одиночестве и проживанием с соседями, но всё-таки дала относительно заметные результаты касательно легкой депрессии – студентов с легкой депрессией почти в 2 раза больше среди тех, кто проживает самостоятельно, чем среди тех, у кого в наличии имеются соседи.

Результаты доказательства третьей гипотезы говорят о том, что у испытуемых студентов, состоящих в романтических отношениях, практически отсутствует депрессия – депрессивное расстройство было выявлено только у одной студентки, которая составляла 5% от всех испытуемых находящихся в романтических отношениях. Однако стоит отметить, что подобная картина не распространяется на тех студентов, которые состоят в отношениях на расстоянии. Это ещё раз подтверждает то, что наличие рядом близкого человека или друга или заботливого соседа, благотворно отражается на психическом состоянии студентов.

Четвертая гипотеза показала, что среди студентов 18 и 19 лет, принявших участие моем исследовании, не было зарегистрировано ни одного случая депрессивного расстройства, что нельзя сказать о тех студентах возраст которых «перешагнул» за 20 лет. Самое большое количество депрессивных расстройств было выявлено у студентов 22 лет.

Так же исследование не выявило зависимостей между уровнем владения местным языком и частотой негативных инцидентов с местными жителями, однако показало, что те студенты, которые владеют чешским языком хорошо, в 2,5 раза реже сталкиваются с негативным отношением чешского населения чем те студенты, которые оценили свои знания чешского языка на средний балл. Так же было выявлено, что студенты с легкой депрессией сталкивались с негативным отношением в 67% случаев.

Шестая гипотеза была опровергнута и исследование показало, что наибольшее число студентов, не страдающих депрессией – это те студенты, которые не работают и не испытывают материальных сложностей. Так же подавляющее большинство работающих студентов, испытывающих материальные проблемы, страдают той или иной формой депрессии, тогда как работающие студенты, не испытывающие материальные проблемы, страдают депрессивным эпизодом в три раза реже.

Седьмая гипотеза был подтверждена и результат исследования показал, что студенты, не употребляющие алкоголь, лишь в 15% случаев страдают от депрессивного расстройства. Студенты, употребляющие алкоголь 1-2 раза в месяц, страдают от той или иной формы депрессии в 40% случаев. Те, что употребляют алкоголь 1-2 раза в неделю, страдают от депрессии в 35% случаев, те, что употребляют алкоголь 3 и более раз в неделю, страдают депрессивным расстройством в 57% случаев.

Восьмая гипотеза так же была подтверждена – студенты, страдающие той или иной формой депрессии, пробовали наркотики в 94% случаев, те же студенты, у которых отсутствуют депрессивные симптомы, пробовали наркотики в 39% случаев.

**Заключение.**

Цель моей бакалаврской работы заключалась в определении факторов, влияющих на психическое состояние русскоязычного студента.

Депрессия является серьезным, а иногда угрожающим жизни заболеванием, которое относится к аффективным расстройствам. Депрессия возникает не только по биологическим причинам, но так же из-за нарушенного образа жизни, экзистенциальной пустоты (утраты смысла жизни), плохих межличностныех отношений и многих других негативных воздействий внешней среды. Заболеть депрессиией означает нарушить равновесие организма, а последствия подобного вмешательства оборачиваются беспокойством, безнадежностью, экзистенциальным вакуумом и чувством вины. Лица, страдающие депрессией, неопределенно воспринимают свое будущее. Снижаются их качество жизни, производительность, уверенность в себе и эффективность мышления. Депрессивное расстроство ограничивает человека в личной, профессиональной и общественной жизни.

В наибольшей степени риску заболевания депрессивным расстройством подвержены лица от двадцати пяти до тридцати пяти лет (молодой и зрелый возраст). Но это не значит, что депрессивный эпизод не может озникнуть в жизни ребенка и пожилого человека. Депрессии подержены все. Никто не может с абсолютной уверенностью определить человека, который в будущем может заболеть депрессивным расстройством. Условия жизни постоянно меняются и часто очень трудно под них психологически подстроиться.

Сегодня мы можем наблюдать устойчивую тенденцию к появлению различных депрессивных расстройств среди студентов. Последнее обуславливается тем, что перед студентами стоят огромные задачи и цели, которые они должны выполнить, чтобы занять хорошее положение в обществе и обеспечить себе достойную жизнь. На студентов возлагают большие надежды как родители, так и государство. Ещё более сильное давление оказывается на студентов, обучающихся за рубежом.

Очень часто причиной миграции студентов является неудовлетворяющий уровень образования в своей стране, но бывает и так, что родители отправляют своих детей за границу в надежде исправить материальное положение и питают надежды, что у ребенка получится изменить жизнь к лучшему. Всё это оказывает колоссальное давление на студента, вызывая у него панические состояния и, в случае неудач, неугасаемое чувство вины. Студенты, помимо болезненной адаптации, часто сами того не осознавая, живут под гнетом родительских надежд и мечтаний и часто подобное психическое состояние не способствует, а наоборот, тормозит выполнение задуманного. Мысли о неизвестном будущем вытесняют мысли о настоящем. В то же время мысли о прошлом, будь то позитивные или негативные, так же препятствуют нормальной жизни. «Общим для многих случаев депрессии является нереальность, которая пронизывает поведение человека, а также его восприятие. Мужчина или женщина, находящиеся в состоянии депрессии, живут прошлым, с соответствующим отрицанием настоящего. Конечно, человек в депрессии не осознает, что он живет в прошлом, так как он одновременно живет в будущем, которое так же нереально по отношению к настоящему, как и само прошлое.» (Lowen, 1973).

Последствия этой проблемы глобально влияют на общественное состояние в целом. Сюда входят высокая предрасположенность к депрессивным заболеваниям и другим видам аффекивных расстройств личности, часто выражающихся психосоматически; когнитивные нарушения, зависимости, суицидальные настроения и нарушения социалиации вплоть до потери трудоспособности. Это означает, что заблаговременная дифференциальная психологическая диагностика депрессивных расстройств на сегодняшний день принимает социальное значение.

Проведенное мное исследование является пилотным. Это исследование предназначено для получения предварительных данных, важных для планирования дальнейших этапов исследования у большего числа испытуемых. Сбор данных проводился с использованием шкалы оценки депрессии А. Бэка и анкетирования. В исследовании приняли участие русскоязычные студенты разных возрастов и обучающиеся в разных университетах.

Несмотря на то, что не все гипотезы были подтверждены, исследование принесло важную информацию о психическом состоянии русскозычных студентов. У 34% всех испытуемых была выявлена та или иная форма депрессивного расстройства. Только 7 студентов поинтересовались о своем психическом состоянии. Среди них было несколько студентов страдающих одной из форм депрессии. Студенты с многочисленными депрессивными симптомами были оповещены о своем психическом состоянии, но ни одного студента результаты не удивили. Многие студенты не воспринимают это заболевание всерьез и считают, что оно временно.

На сегодняшний день проблема депрессии широко и открыто обсуждается в газетах, книгах, журналах, интернете. Любой человек может прочитать о ней, рассказать о своем заболевании на специализированных форумах или попробовать помочь близкому человеку. Многие психотерапевты практикуют лечение депрессии в интернете посредством видеосвязи, что для некоторых может показаться удобной формой терапии. Лечение депрессии в настоящее время направлено как на облегчение симптомов, так и на предотвращение возникновения рецидивов. Но в первую очередь лечение направлено на выздоровление пациента. Кроме того, достигнут значительный прогресс в лечении антидепрессантами – первое поколение антидепрессантов имело множество побочных эффектов, но сегодняшние антидепрессанты имеют очень мало побочных эффектов и абсолютно не влияют на качество и темпы жизни больного.

Люди страдают от депрессии с незапамятных времен и неизвестно, если человечество когда-нибудь победит этот недуг. В сегодняшнем беспокойном мире, люди ценой своего здоровья стремяться добиться успеха и реализовать себя в обществе. Человечество перестает уделять внимание своим чувствам и ощущениям и в скором времени, вероятно, большая часть населения нашей планеты будет страдать от депрессивного расстройства.

Ввиду того, что моё исследование выявило большой процент русскоязычных студентов, страдающих той или иной формой депрессии, я хотела бы предложить решение этой проблемы. Я бы порекомендовала расширить учебные программы добавлением факультативных предметов, касающиеся психического здоровья, профилактики психических расстройств и психосоматических заболеваний. Возможно было бы не лишним организовать психологические центры для русскоязычных студентов на русском языке, потому что русскоязычным студентам тяжело полноценно говорить и описывать свои проблемы на чешском, что так же явлется причиной, почему многие больные депрессивным расстройством не обращаются за профессиональной помощью.

Депрессия очень тяжелое заболевание, но излечимое.

**Приложения.**

**Приложение № 1. Анкета.**

1. Ваш возраст?
2. Ваш пол?
3. В каком возрасте Вы приехали в Чехию?/Сколько лет Вы проживаете в ЧР?
4. Как хорошо Вы владеете чешским языком? (Ваш уровень)
5. Как Вы оцениваете свои успехи в учебе?
6. Удовлетворены ли Вы своим учебным заведением?
7. Много ли у Вас друзей на территории Чешской Республики?
8. Есть ли среди них местные жители?
9. Подрабатываете ли Вы в свободное от учебы время/имеете постоянную работу/не работаете?
10. Сталкивались ли Вы когда-нибудь с ситуацией, в которой Вас и Ваши права каким-либо образом ограничивали либо ущемляли?
11. Сталкивались ли Вы с негативным отношением со стороны местного населения?
12. Остались ли у Вас близкие друзья на родине и поддерживаете ли вы с ними связь?
13. Живете ли Вы самостоятельно либо снимаете квартиру с друзьями/однокурсниками/родителями?
14. Состоите ли Вы в романтических отношениях?
15. Имели ли Вы опыт самостоятельного проживания до переезда в ЧР?
16. Испытываете ли Вы материальные сложности и умеете ли Вы грамотно распределять денежные средства?
17. Как часто Вы бываете дома? (в стране, гражданином которой Вы являетесь)
18. Как часто Вы общаетесь со своими родителями посредством Skype или телефона? (нед./мес.)
19. Каким способом Вы боретесь с депрессией?
20. Как часто Вы употребляте алкоголь (в неделю/месяц/не употребляете)?
21. Пробовали ли вы наркотики?
22. Прибегате ли вы к помощи антидепрессантов?
23. Возникает ли у Вас чувство тревоги за своё будущее?
24. Вы: останетесь в ЧР после окончания учебы/ вернетесь обратно/ переедете в другую страну?

**Приложение № 2. Шкала оценки депрессии А. Бека.**

Инструкция: внимательно прочитайте каждую группу утверждений опросника. Определите в каждой группе утверждение, отражающее ваше состояние на данный момент времени. Выделите ответ, наиболее соответствующий выбранному вами утверждению. При выборе прочитайте все утверждения данной группы.

**ГРУППА «А»**

1 Мне не грустно

2 Мне грустно или тоскливо

3 Мне всё время тоскливо или грустно и я не могу избавиться от этого чувства

4 Мне так грустно или печально, что это просто невыносимо

**ГРУППА «Б»**

1 Мысли о будущем не вызывают у меня уныния и удрученности

2 Мне становится грустно, когда я думаю о будущем

3 Я чувствую, что от будущего мне ничего хорошего ожидать не стоит

4 Я чувствую, что будущее безнадёжно и ничто в лучшую сторону измениться

не может

**ГРУППА «В»**

1 Я не считаю себя неудачником.

2 Я чувствую, что неудачи случались у меня чаще, чем у других людей.

3 Когда оглядываюсь на свою жизнь, я вижу лишь цепь неудач.

4 Я чувствую, что потерпел неудачу как личность (родитель, муж, жена).

**ГРУППА «Г»**

1 Я не испытываю никакой особой неудовлетворённости, недовольства.

2 Ничто не радует меня так, как раньше.

3 Ничто больше не даёт мне удовлетворения.

4 Я недоволен и неудовлетворен всем.

**ГРУППА «Д»**

1 Я не чувствую себя в чем-либо виноватым.

2 Большую часть времени я чувствую себя плохим и никчемным.

3 У меня довольно сильное чувство вины.

4 Я чувствую себя очень скверным и ни к чему не годным.

**ГРУППА «Е»**

1 Я не считаю, что я наказан

2 У меня такое чувство, что что-то нехорошее может случиться со мной

3 Я считаю, что наказан или буду наказан

4 Я считаю, что заслуживаю наказания

**ГРУППА «Ж»**

1 Я не испытываю разочарования в себе.

2 Я разочарован в себе.

л У меня отвращение к себе.

4 Я ненавижу себя.

**ГРУППА «3»**

1 Я не считаю, что я хуже других

2 Я осуждаю себя за свои слабости и ошибки

3 Я виноват во всем, что происходит не так, как этого бы хотелось

4 Я считаю, что у меня много серьезных недостатков

**ГРУППА «И»**

1 У меня нет мыслей о том, чтобы причинить себе вред.

2 Я чувствую, что мне было бы лучше умереть.

3 У меня есть определённые планы совершения самоубийства.

4 Я покончу с собой при первой возможности.

**ГРУППА «К»**

1 Я плачу не чаще, чем обычно

2 Я плачу чаще, чем обычно

3 Я плачу все время и не могу остановиться

4 Раньше я плакал, но сейчас не могу плакать, даже если этого хочу

**ГРУППА «Л»**

1 Я сейчас не более раздражителен, чем обычно

2 У меня в настоящее время легче, чем обычно, возникает раздражительность инедовольство

3 Сейчас я постоянно чувствую раздражительность

4 Меня совсем не раздражает то, что обычно всегда раздражало

**ГРУППА «М»**

1 У меня не потерян интерес к другим людям

2 Я меньше, чем бывало, интересуюсь другими людьми

3 У меня потерян почти весь интерес к другим людям и почти нет никаких

чувств к ним.

4 У меня потерян всякий интерес к другим людям и они меня совершенно не

заботят

**ГРУППА «Н»**

1 Я принимаю решения примерно также легко, как всегда.

2 Я пытаюсь отсрочить принятие решений.

3 Принятие решений представляет для меня огромную трудность, не могу

принимать решения без чьей-либо помощи.

4 Я больше совсем не могу принимать решения.

**ГРУППА «О»**

1 Я не чувствую, что выгляжу сколько-нибудь хуже, чем обычно.

2 Меня беспокоит то, что выгляжу старым и непривлекательным.

3 Я чувствую, что внешне со мной происходят постоянные изменения,

делающие меня непривлекательным.

4 Я чувствую, что выгляжу гадко или отталкивающе.

**ГРУППА «П»**

1 Я могу работать почти также хорошо, как и раньше.

2 Мне нужно делать дополнительные усилия, чтобы что-то сделать.

3 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.

4 Я не могу выполнять никакую работу.

**ГРУППА «Р»**

1 Я сплю также хорошо, как обычно

2 Я просыпаюсь утром менее отдохнувшим, чем обычно

3 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, чем обычно и мне трудно снова уснуть

4 Я просыпаюсь рано каждый день и не могу спать более 5 часов

**ГРУППА «С»**

1 Я устаю ничуть не больше, чем обычно.

2 Я устаю быстрее, чем раньше.

3 Я устаю от любого занятия.

4 Я очень устал, чтобы чем-либо заниматься.

**ГРУППА «Т»**

1 Мой аппетит не хуже, чем обычно.

2 Мой аппетит не такой хороший, как обычно.

3 Мой аппетит гораздо хуже, чем обычно.

4 У меня совсем нет аппетита.

**ГРУППА «У»**

1 За последнее время я заметно не похудел, если похудел вообще

2 Я похудел более, чем на 3 кг

3 Я похудел более, чем на 5 кг

4 Я похудел более, чем на 8 кг

Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше (Да или Нет)

**ГРУППА «Ф»**

1 Я озабочен своим здоровьем не более, чем обычно

2 Я озабочен ноющими или другими болями, или расстройством желудка, или

запорами, или другими неприятными ощущениями в моем теле

3 Я настолько обеспокоен тем, как я себя чувствую, что мне трудно думать о

чем-нибудь другом

4 Я полностью поглощен тем, как я себя чувствую

**ГРУППА «X»**

1 Я не заметил, что в последнее время изменился мой интерес к

противоположному полу

2 Секс интересует меня менее, чем обычно

3 Сейчас меня значительно меньше интересует секс

4 Я утратил всякий интерес к сексу.

**Список использованной литературы:**

Amen G. Daniel (2011) «Change Your Brain, Change Your Body» Mood Disorder.

Anders M. & Roth J. & Uhrová T. (2000) «Deprese v neurologické praxi».

Angst J. (1986). The course of affective disorders. Psychopathology

Angst J. (1999) Major depression in 1998: are we providing optimal therapy? Journal of Clinical Psychiatry

Arends-Tуth J.& J.R. Van de Vijver (2006) Family Relationships among Immigrants

and Majority Members in the Netherlands: The Role of Acculturation.

Barnett P. A. & Gotlib, I. H. (1988). Psychosocial functioning and depression: distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences.

Barth F. (1984) Ethnic group and bounderies.

Beck T. A., (1979). Cognitive Therapy of Depression.

Berry J. W. (1990). Psychology of acculturation: Understanding individuals moving

between cultures.

Berry J.W. (1992). Acculturation and adaptation in a new society. *Inrernarional Migrarion.*

Berry J. W. (1997). Immigration, Acculturation, and Adaptation

Berry J.W. & Phinney J.S. & Sam, D.L. & Vedder, P. (2006). Immigrant youth

in cultural transition: Acculturation, identity and adaptation across national contexts.

Bochner, S. (2006). Sojourners.

Bock Ph. K. (1970) Culture Shock.

Castro V. S. (2003). Acculturation and psychological adaptation. Westport, CT: Greenwood Press.

Church, A. (1982) Sojourner adjustment *Psychological Bulletin*

Comer J. Ronald (2005) Fundamentals of Abnormal Psychology 4 Edition

Demuth A. (2003) Some Conceptual Thoughts of Migrant Research.

Dyal J. A., & Chan, C. (1985). Stress and distress: A study of Hong Kong Chinese and Euro-Canadian students. Journal of Cross-Cultural Psychology.

Field 1992. Infants of depressed mothers. Development and Psychopathology

Flach F. (1974) «The Secret Strength of Depression»

Fouad N. A. (1991) Training counselors to counsel international students: Are we ready? The Counseling Psychologist.

Freud (1923) The Ego and The Id.

Furnham A., Bochner S. (1986) Culture Shock. Psychological reactions to unfamiliar environments. London and N.Y., 1986 (Психология длительного пребывания за рубежом: студенты (Перевод с англ. Ивана Шолохова)

Goleman D. (1995) «Эмоциональный интеллект». Перевод. А.П. Исаева, 2008

Gotlib I.H. & Goodman, S.H. (1999) Children of parents with depression. In Developmental Issues in the Clinical Treatment of Children and Adolescents.

Gordon M. (1964). Assimilation in American life. London: Oxford University Press.

Graves T. D. (1967). Psychological acculturation in a tri-ethnic community. Southwestern Journal of Anthropology.

Grossman B. & Wirt T., & Davis A. (1985). Self-esteem, ethnic identity, and behavioral adjustment among Anglo and Chicano adolescents in West Texas. Journal of Adolescence.

Gureje O. & Simon G.E. (1999) The natural history of somatization in primary care / Psychological Medicine.

Halamandaris K. F. & Power K. G. (1999). Individual differences, social support, and coping with the examination stress: A study of the psychosocial and academic adjustment of first year home students. Personality and Individual Differences.

Hammen L.C. (1997) Depression.

Hoffmann-Nowotny, H. J. (2000) Determinants and Consequences of Worldwide Migrations: A Sociological Analysis. Bulletin of the Royal Institute for Inter-Faith Studies/

Herman. E. & Doubek. P. (2008) Deprese a stres.

Horáková. M. & Macounová. I. (2003) Mezinárodní pracovní migrace v ČR. Bulletin č. 11. Praha, Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.

Johnson L. R. & Sandhu D. S. (2007). Isolation, adjustment, and acculturation issues of

international students: Intervention strategies for counselors.

Freud S. (1916) Mourning and Melancholia

Furnham, A. & Erdmann, S. (1995) Psychological and sociocultural variables as predictors of adjustment in

cross-cultural transitions

Kaplan G.I. & Sedok B.J.(1990) Clinical Psychiatry.

Klineberg O. *&* Hull W. (1979) *At a foreign university; an international study of adaptation and coping*

Křivohlavý J. (2003) «Jak zvládat depresi», Co je deprese.

Kupfer (1991) D.J. Long-term treatment of depression. J. Clinic. Psychiatry.

LaFromboise T. & Coleman H. L., & Gerton J. (1993). Psychological impact of biculturalism: Evidence and theory. Psychological Bulletin.

Lewthwaite M. (1996) International Journal for the Advancement of Counselling.

Lowen А. (1973) Depression and the Body. Депрессия и тело / Пер. с англ. Г. Пимочкиной, С. Римского.

Mori S. (2000). Adressing the mental health concerns of international students. Journal of Counseling and Development.

Morgan L. H. (1876) Systems of Consanguinity and Affinity of the Human Family.

Niculescu, A.B. & Akiskal, H.S. (2001). «Proposed Endophenotypes of Dysthymia: Evolutionary, Clinical, and Pharmacogenomic Considerations» Molecular Psychiatry 6 Статья: http://www.nature.com/mp/journal/v6/n4/full/4000906a.html

Parkinson P. (2011) Family Law and the Indissolubility of Parenthood. Cambridge University Press.

Paykel E. (1995) S. Clinical efficacy of reversible and selective inhibitors of MAO-A in major depression.

Pedersen P. (1995) The Five Stages of Culture Shock: Critical Incidents Around the Worldd.

Pflegerl Johannes, Sylvia Trnka (eds.) 2002 Migration and the family in the European Union.

Pope-Davis D. B. & Coleman H. L. K. (Eds.). (1996). Multicultural counseling competencies: Assessment, education, and training, and supervision. Thousand Oaks.

Portes A. & Zhou M. (2000) Should Immigrants Assimilate? Multiculturalism in the United States.

Praško J. & Buliková B. & Sigmundová Z. (2003) Depresivní porucha a jak ji překonat». Deprese a jak ji zvládat

Praško J. (2009) Praktické uplatnění kognitivně behaviorální terapie

Redfield R. & Linton R. & Herskovits M.J. (1936) Memorandum for the Study of Acculturation.

Roy A.E. (1986) Suicide. Baltimore, Md: Williams &Wilkins.

Sam J.S. & J. W. Berry (Eds.), (1997) The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology.

Sandhu, D. S. (1995). An examination of the psychological needs of the international students: Implications for counseling and psychotherapy. International Journal for the Advancement of Counseling.

Schutz A. (1962) Collected Papers. Vol. I. The Problem of Social Reality / Ed. by M. Natanson.

Seligman M. (1975) Helplessness: On Depression, Development, and Death.

Sikora, J. (2003) Depresivní poruchy. Статья доступна на: <http://www.ereska.cz/clanky/deprese.html>

Schmitt, M. T., Spears, R., & Branscombe, N. R. (2003). Constructing a minority group identity out of shaded rejection: The case of international students. European Journal of Social Psychology

Schnapper F. (1991) La France de l’intégration, sociologie de la nation en 1990

Still R. (1961) Mental health in averseas students // Proceedings of the British Health Association

Svoboda M. & Češková E. & Kučerová H. (2006) *Psychopatologie a psychiatrie.* Speciální psychiatrie.

Verbosky L.A. (1993) Franco KN, Zrull JP. The relationship between depression and length of stay in the general hospital patient.

Vymětal, J. (2003) Lékařská psychologie.

Ward L. (1967) Some observations of the underlying dynamics of conflict in a foreign student // Journal of the American College Health Association.

Webster-Stratton Carolyn (1989). The Incredible Years. A Trouble-Shooting Guide for Parents of Children Aged 2-8

Yang, B., & Clum, G. A. (1994). Life stress, social support, and problem-solving skills

predictive of depressive symptoms, hopelessness, and suicide ideation in an Asian

student population: A test of a model. Suicide & Life – Threatening Behavior.

Zang X. (2000) Ecological Succession and Asian Immigrants in Australia. International Migration.

Zelinski W. & Lee B. A. (1998) Heterolocalism: An Alternative Model of The Sociospatial Behaviour of Immigrant Ethnic Communities. International Journal of Population Geography.

Zung W.W. (1965) A self-rating depression scale. Archives of General Psychiatry (адаптация Т.И. Балашовой)

Андреева Т. В. (2004) Семейная психология: Учеб. пособие.

Левин Я. И. (1983) руководитель Сомнологического Центра Минздравсоцразвития РФ «Депрессия и сон»

Наймарк Е. (2005) Статья «Что нового в науке и технике» № 7—8. Доступно по ссылке: http://elementy.ru/lib/164545/164548

Нуллер Ю. Л. (1970) Фармакологические основы антидепрессивного эффекта

Нуллер Ю. Л. (1981) Депрессия и деперсонализация.

Пилягин Г.Я. (2003) «Депрессивные нарушения». Статья доступна по адресу: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper258.htm>

(1) Статья на официальном сайте Всемирной Организации Здравоохранения <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/ru/>

(2) Статья на официальном сайте Всемирной Организации Здравоохранения.

<http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/ru/>

(3) Доклад о состоянии здравоохранения в Европе (ВОЗ)

http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0007/117448/rdoc7.pdf

(4) Нейротрансмиттеры, депрессия и неврозы. Child Neurology <http://www.childneurologyinfo.com/health-text-biochem1.php>

(5) Всемирная психиатрическая ассоциация. Образовательная программа

по депрессивным расстройствам (редакция 2008 г.)

http://rop.mniip.org/lib/depressive\_disorders/part1.pdf

(6). Why do we dream? http://www.why-we-dream.com/remstate.htm

(7). Medical dictionary definitions http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=8681

(8). Helplessness Theory. Интернет источник: <http://www.flyfishingdevon.co.uk/salmon/year2/psy221depression/psy221depression.htm>

(9). Цыганков Б. Д., Овсянников С. А. Частная психиатрия. Психиатрия. Руководство для врачей. Доступно по ссылке: http://www.plam.ru/medic/psihiatrija\_rukovodstvo\_dlja\_vrachei/p7.php#metkadoc10

(10). Клинические проявления психосоматических расстройств: психопатологические проявления соматизированной депрессии, псевдоневрологические расстройства. Статья в интернете: http://medicedu.ru/hirurgia/317-2013-02-03-07-35-56.html?showall=1

(11).Журнал психиатрии и медицинской психологии № I (4), (1998) Ассоциация психиатров Украины. Досупно: <http://gendocs.ru/v15646/?download2=1>

(12). Классификация психических расстройств по МКБ-10 http://www.psychiatry.ru/lib/55/book/14/chapter/5

(13). SADA - The Seasonal Affective Disorder Association <http://www.sada.org.uk/>

(14). <http://www.morningdepression.com/>

(15). Медицинская библиотека. Термины. [http://www.nedug.ru/library/э/Этиопатогенез#.UcxkSmy665w](http://www.nedug.ru/library/э/Этиопатогенез" \l ".UcxkSmy665w)

(16). International Organization for Migration. (2004). International migration law: Glossary

on migration. Retrieved on May 16, 2007

http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/publishe

d\_docs/serial\_publications/Glossary\_eng.pdf