

- на стыке тысячелетия. Челябинск, 2002, С. 42-47.
22. Пережогин Ю.В. Эколого-биологическая характеристика видов рода Астрагал (*Astragalus* sp.) на территории Тобол-Есильского флористического округа. Вестник Костанайской социальной академии. – Костанай. – № 2. – 2002. – С. 115-116.
 23. Пережогин Ю.В. Конспект флоры семейства Норичниковые (*Scrophulariaceae* Juss.) на территории Костанайской области. Вестник Костанайской социальной академии. – Костанай. – № 3. – 2002. – С.46-57.
 24. Пережогин Ю.В. Ревизия семейства осоковые (*Cyperaceae* Juss.) на территории Костанайской области. Вестник Костанайской социальной академии. – Костанай. – № 3. – 2002. – С.58-72.
 25. Пережогин Ю.В. Ревизия семейства бобовые (*Fabaceae* Lindl. (= *Papilionaceae*) на территории Костанайской области. Вестник Костанайской социальной академии. – Костанай, – № 4. – 2003. – С.184-203.
 26. Пережогин Ю.В. Конспект флоры семейства Ивовые (*Salicaceae* Mirb.) на территории Костанайской области. Вестник Костанайской социальной академии. – Костанай, – № 4. – 2003. – С.204-209.
 27. Пережогин Ю.В. Ревизия семейства злаковые *Poaceae* Varnchart. (= *Gramineae* Juss.) на территории Костанайской области. Вестник Костанайской социальной академии. – Костанай, – № 5. – 2003. – С. 98-110.
 28. Пережогин Ю.В. Дикорастущие редкие и исчезающие растения Костанайской области. – Костанай: «Костанайполиграфия», 2004. – 106 с.
 29. Пережогин Ю.В. Ревизия семейства злаковые *Brassicaceae* Burnett.(= *Cruciferae* Juss.) на территории Костанайской области. Вестник Костанайского социально-технического университета. – Костанай, – № 6. – 2004. – С. 149-156.
 30. Пережогин Ю.В. Конспект флоры семейства Губоцветные *Lamiaceae* Lindl. (= *Labiatae* Juss.) Костанайской области. – Алматы, «Поиск». – № 1. – 2006. – С. 44-49.
 31. Пережогин Ю.В. Новые виды флоры Костанайской области. – Алматы, «Поиск». – № 1. – 2006. – С. 49-54.
 32. Пережогин Ю.В. Конспект флоры семейства Розовые *Rosaceae* Juss. Костанайской области // Материалы международной научно-практической конференции «Алдамжаровские чтения». – Костанай. – 2007. – С. 596-602.
 33. Флора СССР. – М., 1934-1964. – Т. 1-30.
 34. Флора Казахстана. – Алма-Ата, Изд. АН КазССР, 1956-1966. – Т. 1-9.
 35. Крылов П.Н. Флора Западной Сибири. – Томск, 1927-1949, – Т. 1-11.
 36. Павлов Н.В. Флора Центрального Казахстана. – Алма-Ата, 1928-1938. – Т. 1-3.

Түйіндеме

Қостанай мемлекеттік педагогикалық институтының Кеңешен материалдарын тексеріп қорытындылағанда Қостанай облысында Equisetaceae тұқымдасының 1 туыстан 6 түрі айқындалды.

Conclusion

6 species from 1 kind were identified as the revision result of Kostanay state pedagogical institute's Herbarium in the flora of Equisetaceae families of Kostanay region.

Назмутдинов Р. А., кандидат психологических наук, доцент

Калиниченко О. В., магистрант

Костанайский государственный педагогический институт

АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВОЙ ДЕПРЕССИВНОСТИ В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

Проблема изучения депрессивных состояний подростков в психологической науке на сегодняшний день является одной из самых актуальных. Ее острота

определяется, прежде всего, резко возросшим в последнее время числом подростковых самоубийств (как среди юношей, так и среди девушек), а также рас-

пространением неформальных молодежных объединений пропагандирующих открытое проявление эмоций, причем не всегда положительных. Последствиями депрессивности подростка, кроме того, могут стать: снижение школьной успеваемости, отклоняющееся поведение (бродяжничество, воровство, убийства), трудности в общении с окружающими. Чтобы уберечь подрастающее поколение от подобных проблем необходимо, в первую очередь, выяснить, как проявляется депрессия у юношей и девушек, совокупность каких факторов способна привести к ее возникновению, существует ли зависимость между половой принадлежностью и склонностью к депрессии.

Еще пятнадцать-двадцать лет назад подростковая депрессивность в литературе практически не упоминалась, несколькими годами позднее о ней стали писать, но лишь чисто в медицинском смысле. Термин «депрессия» трактовался как психопатологические состояния, характеризующиеся сочетанием подавленного настроения, снижения психической и двигательной активности с соматическими, в первую очередь вегетативными, расстройствами [1].

Сегодня в научных кругах многократно возрос интерес к рассмотрению, прежде всего, психологической стороны депрессивных состояний – учеными – психологами разрабатываются более емкие их классификации, предлагаются развернутые определения понятия «депрессия», появляются фундаментальные теоретические труды. Говоря о депрессии, многие авторы – А. И. Подольский, Д. Н. Исаев, Л. Блешль – указывают на необходимость различать депрессивный симптом, депрессивный синдром и депрессивное расстройство. Классический депрессивный синдром определяется тоской, выступающей в сочетании с общей заторможенностью, снижением жизненного тонуса, идеями самоуничтожения или самообвинения, а также разнообразными неприятными телесными ощущениями и соматовегетативными расстройствами. Депрессивный симптом выступает, ско-

рее, как его компонент – примером здесь может служить печальное настроение. В свою очередь, депрессивное расстройство включает в себя депрессивный синдром, продолжительный во времени и вызывающий значительную дезадаптацию. Российский психолог А. И. Подольский предлагает использовать термин «депрессивность», делая тем самым акцент на психологической составляющей изучаемого феномена в тех случаях, когда границы диагностических концепций оказываются недостаточно четкими и нет жесткого разделения между нормой и патологией [2].

Вместе с тем, приходится констатировать, что «белых пятен» в данной проблеме остается еще очень много. Следует признать, что в трудах российских и казах-станских авторов психологические и психолого-педагогические аспекты депрессивных состояний у подростков, особенно применительно к специфическим условиям социально-политических и экономических изменений, происходящих в нашем обществе, представлены пока недостаточно.

При этом, по мнению Ю.Л. Нуллера и И.Н. Михайленко, депрессии детского и подросткового возраста за последние годы стали все чаще диагностироваться российскими и зарубежными психиатрами [3].

О возможности возникновения депрессии в возрасте от 10 до 15 лет писал уже Э. Крепелин [4]. Из его наблюдений следовало, что аффективные расстройства вначале могут быть невыраженными, проявляясь в виде легких, малозаметных колебаний настроения, продолжающихся в течение нескольких лет до тех пор, пока не сформируется развернутый депрессивный синдром. На сегодняшний день очень много споров вызывает вопрос о возможности приложения диагностической концепции депрессивных нарушений у взрослых к изучению аффективного феномена у подростков.

Нозологическая классификация депрессий в подростковом возрасте, исходя из принятой в мире классификации бо-

лезней МКБ-10, на всех возрастных ступенях в зависимости от их этиологии представляет собой лишь попытку выделить относительно типичные и специфические для возраста и стадии развития депрессивные синдромы, чтобы дать возможность предварительной ориентировки в многообразии их проявлений. МКБ-10 в значительной степени независимо от этиологии обращается к тому, выражен ли оцениваемый депрессивный эпизод в более легкой или тяжелой форме, имеются или отсутствуют сопутствующие соматические или психотические симптомы.

Наибольший вклад в исследование проблемы подростковой депрессивности внесли Иовчук Н.М., Северный А. А., Подольский А.И., Идобаева ОА., Хейманс П.

В.Н. Синицкий указывает на две основные составляющие депрессивного состояния – субъективное переживание отрицательного аффекта и симптомы его выражения в поведении, мимике, жестах, определенных сдвигах во внутренней среде организма. Депрессия всегда реализуется в неразрывном единстве церебральных и соматических изменений, имеющем определенную динамику на разных этапах развития депрессивных состояний. Более того, в ряде случаев сдвиги в соматической сфере организма могут опережать психопатологическую симптоматику или же выступать на первом плане в клинической картине депрессии. Вот почему при установлении у индивида депрессивного состояния следует учитывать, что оно, как правило, проявляется в единстве нарушений психической активности, субъективного переживания отрицательного аффекта и соматовегетативных признаков [1].

Наиболее распространенным в подростковом возрасте является меланхолический депрессивный синдром – человек утверждает, что у него нет тоски, а он утратил чувства к близким, стал равнодушным и эти ощущения являются для него мучительными, он тяжело переживает подобное состояние. Наряду с меланхолическим А.Е. Личко выделяет делинквентный, ипохондрический и астеноапа-

тический варианты. В состоянии делинквентной депрессии подростки редко бывают откровенны, упорно отрицают угрюмое настроение, совершают ассоциальные поступки, агрессивно относятся к близким, порывают с друзьями, не испытывая при этом удовольствия от своих поступков. Делинквентный вариант в будущем может смениться типичными меланхолическими фазами.

Астенопатический вариант начинается с затруднений в учебе. Из-за ослабления внимания, снижения психического напряжения уроки занимают все больше времени, подростки засиживаются до поздней ночи и все-таки не успевают все сделать. Начинаются рассуждения о том, что их способности куда-то исчезли, или их не было. Настроение безрадостное, но без тоски. Такие депрессивные фазы могут повторяться несколько раз, прежде чем депрессия примет типичную картину; часто они бывают сезонными, развиваются в период, когда от подростка требуется мобилизация сил (например, в период сдачи экзаменов, от которых зависит социальное положение в течение нескольких лет).

Ипохондрический проявляется разнообразными жалобами на боли или неправильную функцию внутренних органов, в стремлении бесконечно обследоваться у врачей, даже если процедура этих обследований неприятна [5].

В последние годы часто описываются скрытые или маскированные подростковые депрессии, которые отличаются от делинквентного и ипохондрического вариантов депрессий тем, что при них депрессивная симптоматика отодвинута на задний план, на первом же плане – нарушения поведения или соматические жалобы [6].

Л. Блешль выделяет две главные формы депрессивных нарушений в подростковом возрасте – депрессивный эпизод и дистимию.

К основным симптомам депрессивного эпизода относятся подавленное настроение, апатия, ангедония и снижение уровня спонтанной активности, что соп-

ровождается повышенной утомляемостью. Другими часто встречающимися симптомами являются, в частности, нарушения концентрации сознания и внимания, пониженная самооценка, пессимистические взгляды на будущее, нарушения сна и аппетита. Клиническая картина депрессивного эпизода может варьироваться в значительных пределах, включая помимо перечисленных симптомов тревожность и склонность к раздражительности. Как правило, признаки нарушения должны проявляться на протяжении не менее двух недель, чтобы мог быть поставлен соответствующий диагноз. Болезненные проявления, характеризующиеся повторением депрессивных эпизодов, классифицируются как рекуррентные депрессивные расстройства. В зависимости от степени выраженности различают легкую, среднюю и тяжелую формы депрессивных эпизодов, причем за основу классификации берут количество, вид и тяжесть симптоматики.

Дистимия представляет собой депрессивное расстройство, по внешней выраженности не соответствующее критериям легкого или среднего депрессивного эпизода, но зато имеющее хронический характер, длящийся годами с краткосрочными перерывами нормального самочувствия. Синдромы подобного рода могут встречаться уже в детском или раннем и среднем подростковом возрасте. Необходимая для постановки диагноза минимальная продолжительность нарушения составляет для детей и подростков один год, а для взрослых – два года [7].

Следует обратить внимание и на то, что, начиная с пубертатного возраста, у девочек по сравнению с мальчиками отмечается преобладание депрессивных нарушений. Это – влияние полоролевой социализации, которая сопровождает половое созревание. Биологические изменения в процессе полового созревания, равно как и социальные перемены, связанные с переходом из начальной школы в средние и старшие классы, требуют особенно от девочек-подростков огромных усилий для психологического приспособления.

Как отмечает Г. Крайг, у мальчиков-подростков депрессия нередко сопровождается срывами, для девочек же наиболее характерны нарушения пищевого поведения, такие как анорексия или булимия. Многие девочки выходят из отрочества с ущербным Я-образом, сравнительно низкими ожиданиями в жизни и гораздо меньшей уверенностью в себе и своих способностях, чем мальчики [8].

Д. Н. Исаев, В. Е. Каган обращают внимание на такую особенность проявления депрессивности в подростковом возрасте как склонность к ассоциальному поведению: у мальчиков это агрессивные поступки, у девочек – сексуальная распушенность [9].

Особым и очень непростым вопросом является описание той совокупности обстоятельств, которая, в конечном счете, приводит подростка к состоянию устойчивой депрессивности. На сегодняшний день у ученых нет пока еще общепринятой «формулы», по которой можно было бы рассчитать совокупность каких факторов с фатальной неизбежностью приводит к возникновению устойчивого депрессивного состояния. Более того, очень часто затруднительным является достоверное определение, что является причиной, а что следствием: то или иное обстоятельство внешней или внутренней жизни способствует возникновению депрессивного состояния, или же, напротив, это состояние приводит, в конечном счете, к появлению жизненного обстоятельства, которое, скорее всего, не возникло бы, не находясь подросток в неблагоприятном эмоциональном состоянии.

В исследовании проведенном А. И. Подольским и О. А. Идобаевой выяснилось, что наличие депрессивности у подростков часто бывает связано с родительским стилем поведения – с директивностью родителей, непоследовательностью воспитательной тактики матери, а также с типом детско-родительских отношений, который подростки воспринимают как враждебность. Тесно связана подростковая депрессивность и с оценкой родителями собственного эмоционального

состояния – у матерей, которые чувствуют себя счастливыми и уверенными в себе, дочери эмоционально благополучны, а у матерей несчастных, оценивающих свою жизнь как несостоявшуюся, дочери в большинстве депрессивны. На юношах же болезненнее сказывается депрессивность отца. А вот школьная успеваемость и ухудшение отношений со сверстниками, хотя и выявили связь с депрессивностью подростков в рамках данного исследования, не являются в этом отношении первоочередными факторами [2].

Таким образом, теоретический анализ психолого-педагогической литературы показал, что депрессивные состояния в подростковом возрасте – отнюдь не редкое явление, требующее вместе с тем более детального изучения. Несомненно, на сегодняшний день ведется научная работа в этом направлении: есть попытки выделения форм и видов депрессии, характерных именно для подросткового возраста, поиска факторов способствующих ее возникновению. Но как показывает психологическая и медицинская практика – этого недостаточно. Те немногие авторы (А. И. Подольский, О. А. Идобаева, В. Г. Казанская), которые занимаются на сегодняшний день освещением проблемы подростковой депрессии, все чаще называют XXI век «веком молодежной меланхолии» и указывают на необходимость привлечения к ее рассмотрению не только психологов и педагогов, но также историков, социологов, генетиков и специалистов ряда других смежных областей науки. Лишь подобный комплексный анализ проблемы подростковой депрессии позволит психологам и педагогам разработать ряд эффективных мероприятий по ее профилактике и коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Синицкий В. Н. Депрессивные состояния. Патолофизиологическая характеристика, клиника, лечение, профилактика. Киев, 1986.
2. Подольский А. И., Идобаева О. А. Внимание: подростковая депрессивность. М., 2004.
3. Нуллер Ю. Л., Михайленко И.Н. Аффективные психозы. Л., 1988.
4. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. СПб., 2007.
5. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. М., 1996.
6. Казанская В. Г. Подросток: трудности взросления. СПб., 2006.
7. Лаут Г.В., Брак У.Б., Лидеркамп Ф. Коррекция поведения детей и подростков: практическое руководство. М., 2005.
8. Крайг Г. Психология развития. СПб., 2002.
9. Исаев Д. Н. Каган В. Е. Половое воспитание детей. М., 1998.
10. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. СПб., 2000.
11. Немов Р.С. Психология: словарь-справочник. В 2 ч. М., 2003.

Түйіндеме

Мақалада “депрессивті симптом”, “депрессивті синдром”, “депрессивті бұзылыс” және “депрессивтілік” тәрізді бір-біріне жақын ұғымдардың ерекшеліктері баяндалады және ол қарастырылып отырған феноменнің медициналық және психологиялық аспектілерін жіктеп, талдауға мүмкіндік береді. Кеңестік психологтардың еңбектерін талдау негізінде жеткіншектердің депрессивті күйлерінің түрлеріне сипаттама беріледі. Ресейлік психологтардың зерттеулерін талдау арқылы жеткіншектерде депрессивті күйдің пайда болуына әкеп соқтыратын психологиялық және әлеуметтік-экономикалық факторларды анықтауға тырысқаны көрінеді.

Conclusion

It was pointed out in an over view about differences in the interpretation of such related conceptions as “depression symptom”, “depression syndrome” and “depression”, which helps to differentiate medical and psychological aspects of the inspected phenomenon. On the basis of analyses works on soviet psychologists was given the characteristic of the most typical forms and types of teenagers’ depression. Through the research analyses of Russian psychologists was undertaken an attempt of revealing psychological and social-economic factors, which can cause an appearance of depression of teenagers.