

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования**

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

**Факультет педагогики, психологии
и социальных наук**

**Кафедра «Прикладная
психология»**

**Направление подготовки 44.03.02 Психолого-педагогическое образование
Профиль «Психология образования»**

**Бакалаврская работа
на тему:**

**«Исследование депрессивных состояний у лиц творческих профессий
и предпринимателей»**

Студент



подпись

Леффимеро Валерия Вячеславовна

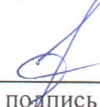
Руководитель



подпись

Разуваева Л.Н.

Нормоконтролер

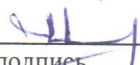


подпись

Тигунова М.С.

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 01.07.2022 № 19)

Заведующий кафедрой



подпись

Медведева И.А.

Работа защищена с отметкой отлично (протокол заседания ГЭК от 14.07.2022 № 20)

Секретарь ГЭК



подпись

Тигунова М.С.

Пенза 2022

Содержание

Введение.....	3
Глава 1. Теоретический анализ исследования депрессии у лиц творческих профессий и предпринимателей	
1.1. Общая характеристика депрессивных расстройств.....	6
1.2. Депрессивные состояния у предпринимателей.....	19
1.3 Депрессивные состояния у лиц творческих профессий.....	25
Глава 2. Эмпирическое исследование депрессивных состояний у лиц творческих профессий и предпринимателей	
2.1 Описание схемы эмпирического исследования.....	32
2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования.....	35
Выводы.....	48
Заключение.....	50
Список используемых источников.....	52
Приложения.....	56

Введение

В настоящее время депрессия является распространенным психическим расстройством и занимает одно из первых мест по исследованию и решению данной проблемы. Исследователи, ученые и психологи ищут ответы и продолжают давать людям рекомендации по избавлению от этого недуга.

Общая распространенность депрессивных заболеваний у взрослых в начале 1990-х гг. в развитых странах — около 6%. Депрессии уже давно вышли за границы психиатрических учреждений и стали одной из главных трудностей общей медицины: около 15% пациентов, пришедших на прием врача общего профиля находят у себя признаки тяжелой депрессии. Определено, что разными типами депрессий в протяжении своей жизни имеют все шансы заболеть 10% представителей сильного пола, а также 20% девушек и женщин. Каждый год депрессивные расстройства фиксируются у около 200 млн. людей. Необходимо учитывать, что, в отличие от иных разновидностей психопатологических патологий, депрессивные состояния в 40% никак не могут быть продиагностированы. [3]

Данная проблема особенно актуальна сейчас для нашей страны в связи с нестабильным экономическим и политическим положением, неуверенностью людей в завтрашнем дне, а так же увеличением количества стрессовых ситуаций.

Депрессия представляет собой одну из возможных форм реакции людей на воздействие стрессовых факторов. В некоторых случаях депрессия может быть вызвана внешними негативными воздействиями. К примеру, психической травмой или чрезмерной нагрузкой, учебной или рабочей. [12] Наиболее актуальными факторами развития депрессивных состояний для организма всего организма и человека в целом являются инфекции или другие тяжелые соматические заболевания, черепно-мозговая травма, изменения гормонального фона. Это особенно актуально для женщин при регулярном приеме некоторых лекарств и средств, которые направлены на

снижение артериального давления, а также при злоупотреблении алкоголем или наркотическими веществами.

Обычно депрессия развивается как симптом таких психических заболеваний, при которых главным признаком является влияние наследственности или особенностей нервной системы (циклотимия и дистимия), а также других факторов (маниакально-депрессивный психоз с шизофренией).

В данной работе рассматриваются проявления депрессивных состояний у предпринимателей и людей творческих профессий. По исследованию психиатров Калифорнийского университета, генеральные директора и основатели компаний в два раза чаще страдают от ментальных проблем. Депрессия, биполярные расстройства, мании в легкой форме — это главные причины 75% самоубийств. [18]

Целью данной работы является изучение депрессивных состояний у лиц творческих профессий и предпринимателей для использования результатов в консультативной практике психолога.

Объект исследования: депрессивное состояние личности.

Предмет исследования: депрессивные состояния у лиц творческих профессий и предпринимателей.

Гипотеза: предприниматели имеют большую подверженность депрессивным состояниям, чем лица творческих профессий.

Задачи исследования:

1. Проанализировать теоретические данные по проблеме развития депрессивных состояний у людей творческих профессий и предпринимателей.

2. Провести диагностическое исследование по выявлению депрессивных состояний у людей творческих профессий и предпринимателей.

3. Проанализировать результаты диагностики и интерпретировать выявленные связи показателей депрессивных состояний у людей творческих профессий и предпринимателей.

4. Сформулировать выводы и сделать заключение.

Методы исследования:

1. Теоретический анализ

2. Диагностический эксперимент с использованием следующих методик:

- Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова;

- Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунге;

- методика экспресс-диагностики личностной склонности к сниженному настроению (дистимии) Бойко;

3. В качестве метода математической статистики был использован Q-критерий Розенбаума.

Глава 1. Теоретический анализ исследования депрессии у лиц творческих профессий и предпринимателей

1.1 Общая характеристика депрессивных расстройств

Депрессия — это психическое расстройство, характеризующееся патологическим снижением настроения, негативной, пессимистичной оценкой себя, положения окружающей реальности и своего будущего. Кроме того, наблюдается феномен ангедонии — потеря чувства удовлетворения от того, что раньше было удовлетворено и приносило удовольствие. В большинстве случаев пациенты отмечают и такие состояния, как нехватка сил, возбуждения, прежняя активность и энергия. [8]

Основной критерий диагностики «депрессии», по данным МКБ-10 — наличие 5 и более следующих признаков за последние два дня и более: снижение веса тела; бессонница или сонливость, иногда ночью или днем бессонница; психомоторная подавляющая или подавляющая усталость; утомление; чувство собственного ничтожества или вины, снижение концентрации своих мыслей, повторяющиеся мысль о смерти, суицидальные идеи (или попытки). При 1-2 первых симптомах и до 4-х следующих симптомах будет диагностирована "малая депрессия". Если проявляются 2 первый симптома и 4 дополнительных — диагностируют «большую» депрессию. [20].

В данное время существует несколько научно-популярных теорий о депрессии, которые раскрывают причину и механизм формирования депрессий. Например, генетическая теория предполагает, что предрасположенность к этому психическому расстройству имеет

генетический характер. Моноаминовая теория связана с развитием депрессии и с нарушением баланса церебральной нервной системы, это прежде всего серотониновая и норадреналиновая, на основе которой применяются серотониновые и норадреналиновые препараты в лечении эмоциональных стрессов. [21] Также психологи объясняют развитие депрессии по различным психологическим школам как реакцию отдельной личности на основе индивидуального жизненного опыта и представлением окружающего мира на это или иное стрессовое воздействие.

Психоаналитическая теория являет собой представление о том, что депрессия возникает при утрате значимого «другого» человека, который при этом для него становится объектом любви и ненависти одновременно. Ненависть и гнев на утерянный объект в результате отрицаются, что порождает чувство вины, обращенное к себе. Кроме того, разные проблемы между людьми способствуют ухудшению самооценки и приводят к депрессии. [22,35].

В психоаналитической концепции авторами выделяются в качестве основных факторов – межличностные и личностные, которые имеют влияние на возникновение депрессии. К личностной относят подавленную агрессию, конфликт любви и неуважения, амбивалентности в отношениях с значимыми людьми, зависимость от других людей, низкий уровень самооценки, недостаток самостоятельности, нереалистичные или невыполнимые желаний. [4] Как межличностные факторы выступают: травмирующий детский опыт и опыт младенчества, пережитые ощущения или реальный опыт бесполезности и беспомощности, выбор объекта с нарциссическими наклонностями уже в сознательном возрасте, который оживляет травмирующий опыт детства, а так же мнимая или реальная утрата объекта либидо, и неудовлетворенные сексуальные желания. [31].

Когнитивное учение о депрессии (А.Бек 1967, 1976; А.Бандур 1977, 1983) основано на том, что видение человека о себе, о мире и о будущем является основной причиной депрессии (А.Бандур 1977, 1983). А. Бек

считает, что познание - первичная детерминанта эмоций, настроений и поведения. Депрессивный человек имеет негативную оценку себя и склонен оценивать себя как "неадекватного" и "недостойного" и тем самым объясняет собственные несчастья своими же дефектами. [4] У него присутствует негативный взгляд на будущее, что заставляет видеть свою жизнь как ряд бесконечных мучений. [10] По А.Беку - большинство типичных депрессивных симптомов, таких как паралич воли, попытки самоубийства и самообесценивание — как результат специфических когнитивных детерминант.

А. Бек считает, что депрессивные симптомы — это следствие своего рода ложного «бессознательного умозаключения», а все симптомы депрессии — это результат активации негативного когнитивного паттерна. Наблюдаемые при депрессии симптомы поведения являются отражением нарушения мотивации: паралича воли, игнорирования поведения и так далее. При депрессии человеку свойственно оценивать себя как слабого и беспомощного, ищущего помощи от окружающих и постепенно становящегося все более и более зависимым от других. [12] Физиологические симптомы А. Бек объясняется общим психомоторным заторможенным состоянием, вызванным отказом от активности из-за полной уверенности, что любые действия будут бесполезны. [9]

Когнитивное учение о возникновении депрессии говорит о том, что человек, страдающий депрессией, развивает негативные мысли на трех уровнях: негативного образа Я, мира и его будущего. Согласно данной теории человек видит, что он словно не имеет ничего хорошего в себе и ощущает себя ненужным. Для такого человека окружающий мир становится жестоким и вызывающим отвращение для него. Он также чувствует безнадежность к будущему [23,30].

По словам Ш.Радо, формирование депрессии играет важную роль в самооценке человека. Например, для поддержания нарциссической самооценки депрессивным больным нужна внешняя поддержка. Если объект

потеряет свой источник поддержки, он впадает в тревогу. Эта ярость интрапсихически выглядит как попытка отсечь часть предмета, входящего в Супер-Эго, от другой части того же предмета, входящего в Эго. Таким образом, Ш. Радо выдвинул уникальную конструкцию двойной интроекции. Депрессию стали рассматривать как просьбу и мольбу о помощи и интрапсихический процесс. [16]

Часто в состоянии депрессии возникают идеи суицида - мысль о том, чтобы умышленно лишить себя жизни из-за подавления иммунитета. Суицидальные мысли могут обладать различной степенью оформленности, стойкостью и интенсивностью, своей глубиной и течением, и особенностями ее развития в соответствии с характером депрессии. При разной степени развития депрессии могут возникать суицидальные попытки, однако, чаще импульсивная суицидальная попытка появляется при сравнительно неглубокой депрессии, без моторного торможения, со значительной выраженностью переживаний малоценности самого себя и с появлением идей самообвинения, депрессивной деперсонализации. Нередко их развитие сопровождается неблагоприятной ситуацией, потерей психотерапевтической связи с пациентом или близким человеком. [14,34]

Основные мотивы суицидального поведения: невыносимые душевные боли, идеи безысходности и самоотверженности, самонаказания, самооскорбления, экзистенциальные тупики безысходности и кажущейся безвыходности, неизлечимые заболевания, потеря экологической ниши, различные ситуации, которые прежде не были патогенными (семейные, служебные, межличностные) и др. [6]

По данным Всемирной Организации Здравоохранения по всему миру страдает около 300 миллионов человек. При схожей симптоматике выделяет три отдельных вида депрессии, требующие особого подхода к лечению. [15]

Депрессия проявляется в разной форме. «Дефицитные состояния отличаются по глубине и степени выражения. Если вы на фоне каких-либо симптомов, подавляющего настроения находите силу заставлять себя вести

ежедневные дела, то это легкая депрессия. Если появляются несколько симптомов депрессии и, хотя и пытаюсь, вы все равно не можете делать нужное — депрессия в умеренном состоянии. [1] И тяжелое депрессивное состояние, когда проявляются почти все признаки расстройства, и с этим человеку очень сложно справиться. В таком состоянии ему трудно справиться с обычными повседневными задачами в быту. [19]

Рассмотрим то, как депрессия может проявляться:

Тоска — может быть ощущена физически в виде сжатия в некоторых частях организма. Люди чаще всего говорят об этом ощущении, будто что-то сдавливает грудь. У человека есть понятие такое как витальные точки, когда он чувствует, что что-то плохо, но не осознает, что именно. Он не страдает утратой, не переживает разлуки со своим близким, но испытывает состояние жизненной тоски. Больные с подобным симптомом нередко говорят о том, что им плохо, жалуются о подавленном настроении. [23]

Тревога — чувство внутреннего напряжения, ожидания чего-то негативного. Тревога нередко сопровождается депрессией, но она может проявиться и отдельно. Если депрессия возникает, то и тревога, и тоска, и подавленное настроение нередко могут возникать при депрессии.

Чувство вины особо свойственно людям со склонностью к самообвинению и людям с невысокой самооценкой. Здесь просматривается связь низкой самооценки с депрессией. Как правило, чувство вины связано с личностью, т.е. с ошибкой в мышлении, когда человек часто принимает вину за плохое событие на свой счет, а хорошие события считает следствием внешних причин. [28]

Ангедония — состояние, когда человек не сможет насладиться тем, что его раньше радовало. Например, пациент с депрессией говорит, что ранее полжизни отдал бы за рыбалку, но теперь даже не хочет об этом думать. Это происходит из-за ангедонии, отстранения от того, что было раньше.

Апатию люди чаще всего переживают через собственную пассивность. Апатия — самый тяжелый симптом депрессии, ведь это состояние трудно

лечить методами психологической помощи. В апатии человека ничего эмоционально не трогает, ни плохое, ни хорошее. В состоянии апатии человек хочет лежать на кровати, эмоций у него нет, ничего не побуждает к действиям, мотивов нет. [29] При этом человек обладает обязанностями и ощущает их как долженствование, словно он должен что-то делать. К примеру, он сказал себе, что должен вставать, завтракать, кормить детей, однако это ощущается как «должностное» положение, но не как его цель или желание. Человек чаще всего понимает, что он апатичен, когда ничего не хочет, кроме того, чтобы остаться в спальне. [33]

Сон и аппетит. Эмоции — это психические явления с большим физиологическим и соматическим компонентом. Они обладают когнитивным компонентом на уровне осознания: перед тем, как что-то ощутить, мы трактуем происходящее. Когда эмоциональное состояние неустойчиво, нарушается функция вегетативной системы, которая управляет внутренними органами. Человек страдает самыми разными физиологическими симптомами: нарушением аппетита, нарушением сна. Внутреннее напряжение делает сон более поверхностным. [35]

Поведение. Депрессия проявляется на эмоциональном уровне в пассивности, избегании контактов, отсутствии развлечений и постепенном алкоголизме или употреблении психоактивных веществ.

По причине возникновения депрессии делятся на:

- соматогенные;
- психогенные;
- эндогенные.

Соматогенная депрессия

Соматогенная форма депрессий (от лат. soma, somatos — «тело») депрессии также называется симптоматической, поскольку она лежит в основе другого заболевания. Это или патология мозга, опухоли, инфаркты, черепная травма или тяжелые сердечно-соматические заболевания – диабет, ИБС, бронхиальная астма. [37]

В данном случае депрессии терапия направлена на основную болезнь, которая стала пусковым механизмом психических расстройств. Пациенты с соматогенной депрессией наблюдаются у неврологов, психотерапевтов, онкологов. Психотерапия играет в качестве вспомогательной роли.

Чаще всего внимание врачей психиатров и психотерапевтов приковывают психогенные и эндогенные виды депрессии.

Психогенная депрессия

Самый распространенный вид - психогенная депрессия. Ее называют также экзогенной (от греч. *ехо* — «внешний, снаружи» и *genes* — «порождаемый») или реактивный. Психогенная депрессия — реакция психики на сильные негативные внешние воздействия, события или факторы. Это могут быть сложные жизненные ситуации, хронический стресс, тяжелые болезни или уход из жизни близких людей, внезапные нарушения привычной жизни, резкий ущерб материальному благополучию. [37]

Эндогенная депрессия

Эндогенная депрессия является видом депрессии, который появляется в 5-7% случаях развития депрессий. Причины его возникновения пока не описаны точно. Большинство исследователей сходятся в основной роли генетического предрасположения, которая состоит в наследовании генов патологического происхождения. Эти гены отвечают за повышение эмоциональной восприимчивости человека к любому, даже малому стрессу. Поэтому если рассмотреть два основных типа депрессии, то отличия психогенных депрессий от эндогенных это причина их возникновения. [37]

Типичными проявлениями любого вида депрессии является так называемая депрессивная триада:

1. Депрессия — пониженное настроение, угнетенность, подавленность;
2. Умственное заторможенное состояние - вялость, пассивность, немногословность, отсутствующее эмоциональное состояние, утрата аппетита и безответственность. Все мысли разворачиваются вокруг

одной и той же заботы, поэтому пациентам трудно концентрироваться на новом;

3. Моторная заторможенность — медлительность, пациенты долго находятся в одних позах, чаще всего лежат, отвечают на вопросы после паузы и говорят неспешно.

В психогенных депрессиях умственные и моторные заторможенности выражены меньше, чем в эндогенных депрессиях. Поэтому при этом сложно увидеть классическую депрессивную триаду.

Основными признаками, которые позволяют обнаружить реактивную (психогенную) форму депрессии, служат:

- Четкие временные и причинные связи с тяжелой психотравмой. Первый симптом может появиться непосредственно после стресса, а через какое-то время через неделю или месяц следующий;
- Обострение возникает из-за повторения ситуаций, связанных с психотравмой: ухудшение состояния в конкретной ситуации, в соответствии с определенной датой или человеком;
- Ухудшение самочувствия в вечернее время;
- Когда заканчивается действие психотравмирующего фактора — человек выходит из ситуации стресса или изменяет отношение к нему с психотерапевтом, симптомы депрессии регрессируют или вовсе прекращаются.

Выделяют следующие основные формы депрессии:

- Униполярная депрессия, при которой настроение остается в одном сниженном "полюсе";
- Биполярная депрессия, которая является составной частью биполярной аффективной депрессии, имеющая под собой маниакальные, гипоманиакальные, или смешанные аффективные эпизоды. [5]

При циклотимии могут также возникать депрессивные эпизоды малой тяжести. В соответствии с DSM-IV выделяются следующие типы униполярной депрессии:

- Большое депрессивное расстройство, часто называемое клинической депрессией.

- Разновидность большой депрессии - резистентная депрессия, при которой за два последовательных курса 3-4 недели антидепрессантов отсутствует или недостаточно проявлен клинический результат.

- Малая депрессия, не соответствующая критериям стандартной клинической депрессии, но при которой хотя бы два основных диагностических симптома присутствуют на протяжении не менее двух недель.

- Атипичная депрессия является формой депрессии, в которой помимо типичных симптомов депрессии отмечается особые симптомы, как повышение аппетита, увеличение веса, повышение сонливости, так называемая «эмоциональная реактивность».

- Постнатальная депрессия - депрессивное расстройство, развивающееся непосредственно после родов.

- Дистимия — это расстройство, которое характеризуется хроническим умеренным снижением настроения, которое длится два года и больше, с периодами «благополучия», редко которые длятся более 2 недель. В дополнение к сниженному настроению у пациента должно наблюдаться, по крайней мере, 3 других симптома. [3]

- Витальная депрессия. В медицине применяется выражение витальной депрессии, означающее «жизненный» тип депрессии, ярко выраженный тревогой и тоской. Такой тип депрессии возникает у больных на физическом уровне. Считается, что такие депрессии могут быть вызваны нарушением «жизненного процесса», они развиваются циклически, недоступны внешним воздействиям, и могут возникать беспричинно, непонятно для самих пациентов. [17] «Жизненный» характер часто свойственен «биполярной» депрессии при биполярных аффективных расстройствах и эндогенных депрессиях. Витальные депрессии классифицируется как тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов. Зачастую данный вид

депрессии имеет благоприятный прогноз и хорошо лечится антидепрессантами, не смотря на тяжесть состояния. [19]

Также существуют биполярные депрессивные расстройства, они делятся на:

- Биполярная депрессия, тип I

Тип депрессии биполярного расстройства, который ранее назывался маниакально-депрессивный психоз. Встречается реже, чем униполярная депрессии. Она включает смену фаз депрессии, фазы нормального настроения и так называемые маниакальные фазы.

Маниакальная фаза характеризуется слишком высокой степенью настроения, связанной с гиперактивным состоянием, тревогой и снижением потребности в соне. [4]

Мания оказывает влияние на мысли, рассудительность и социальное поведение, вызывая серьезные трудности и проблемы. Человек, находящийся в маниакальной фазе, может вступать в небезопасные половые отношения и принимать неразумные финансовые траты. После маниакального эпизода такие люди зачастую спускаются в фазу депрессии.

Лучший способ описать эти эмоции — фраза «быть на высоте мира и оказаться в глубине отчаяния». [20]

Симптомы фаз депрессии при биполярном расстройстве иногда трудно отличить от однополярной депрессии.

- Биполярная депрессия, тип II

Больше похоже на рекуррентную депрессию, чем биполярную депрессию. При таком расстройстве множественные фазы депрессии сочетаются с фазами мании, но менее выраженной эйфорией. В этих фазах семья, близкие даже могут ошибочно предположить, что человек в порядке.

Приступы депрессии биполярного происхождения могут возникать и развиваться совершенно по-разному. [22] Человек, в зависимости от фазы переживает разные болезненные ощущения. Для депрессивной фазы характерны симптомы, которые уже описаны выше. Может мучать чувство

отчаяния, одиночества и никчемности, возникают сложности в концентрации. В противоположной фазе расстройства, маниакальной фазе, проявляется хорошее самочувствие, укрепление умственных возможностей, ненормально приподнятое настроение, наблюдается небывалый прилив сил. [28] С возрастанием мании возбуждение становится все более необузданным, и поступки становятся непредсказуемыми. Ощущение крайней радости превращается в гнев, любая неудача — ощущается как нестерпимая, появляются приступы ненависти, когда человек пытается смириться и осадить слишком высокие требования относительно других людей. Отличительной чертой мании является отсутствие критического отношения к своему состоянию и ситуации. [30] Необычная радость может быть признаком мании при условии сопровождения ещё не менее трех симптомов, а чрезмерный гнев, если сопровождается не менее, чем четырьмя симптомами из следующего списка:

- сильно раздутая самооценка или ощущение величия;
- падает потребность во сне;
- чрезмерная навязчивость с разговорами с другими или повышенная говорливость;
- непоследовательный и быстрый переход с одной мысли на другую,
- неспособность долго концентрироваться на одной детали или деле, как следствие склонность легко отвлекаться на мелкие и не относящиеся к делу детали;
- быстрота движений и явно усиленная активность во всех сферах жизни: в работе, учебе, в общении с людьми, в половой жизни;
- Чрезмерное пристрастие к занятиям, которые сулят серьезные проблемы в будущем.

Диагностика мании устанавливается только в том случае, если эти симптомы выражены так, что мешают нормальной работе, жизни в общественных условиях, нарушают отношения между людьми. [31] В таком состоянии люди уверены, что все возможно, что им все разрешается.

Необузданная уверенность маниакального пациента может превратиться в бред величия, когда он считает, что может поддерживать связь со сверхъестественными существами, что делает его поведение крайне опасным. При сильно выраженном состоянии мании больные в отсутствие говорящих слышат голоса — это слуховые галлюцинации. При мании мышление ускоряется, характерно двигательное возбуждение, усиление половой активности — гиперсексуальность, вместе с необдуманными действиями, пренебрежение какой-либо опасности. Все это может приводить к неразборчивым половым отношениям. [32]

В наше время депрессии встречаются довольно часто, без явной тоскливости. Здесь ухудшение душевного состояния обнаруживается под масками других болезненных расстройств, масками за которыми, как будто, прячутся душевные страдания, и за таким состоянием не специалисту сложно разглядеть депрессию. Под этими масками могут скрываться различного рода навязчивости, страхи, тревоги и опасения, сомнения, стеснительность. [7] Это вялость, апатия, тягостное желание начать хоть что-то желать, напряженное и тягостное состояние в душе, пронзительная злость, переживание собственного эмоционального изменения (деперсонализация), истеричность, неврастенические расстройства, и неприятные, в том числе сложные, телесные ощущения («разрывает изнутри сердце», «будто что-то неприятное насыпано под кожей и мешает» и т. п.), даже физические боли и вегетативные нарушения. [18]

Такие депрессии называют маскированными (скрытыми, вегетативными и т. д.), из-за их масок. И все эти маски проникнуты заметной тоскливостью. Обычно здесь есть явное преобладание: либо физическое — тягостное чувство, навязчивость, тоска, либо боль душевная, либо паническое и истерическое состояние. Таким образом, тоска может показывать себя как физической, так и душевной болью (без какого-то соматического заболевания). [14]

Также одним из видов выделяют сезонное аффективное расстройство.

Сезонные аффективные расстройства являются формой депрессии, наступающей строго в определенный период года. Большинство людей, страдающих от этого заболевания, зимой чувствуют подавленность и замедленность, а летом их настроение нормальное, даже радостное. Как правило, депрессия возникает в октябре-ноябре, а заканчивается в марте-апреле. Некоторая часть людей впадает в сезонное аффективное расстройство в другие месяцы года. Сопровождается потерей сил, усталости, потребностью спать больше, повышенным аппетитом, невозможностью сосредоточиться на работе, что-то делать после работы, появляется подавленность, тревожность, избегаемость общения, повышение раздражительности. [5] С приходом весны депрессия исчезает — наступает прилив сил, человеку кажется, что к нему «вернулась жизнь». Причины сезонных аффективных расстройств до сих пор остаются неясными. Но указания присутствуют на сниженный уровень серотонина и колебания содержания мелатонина, а так же нарушения суточного биоритма организма, в некоторых случаях склонность к этой болезни передается по наследству.

При депрессии физическое состояние человека изменяется: обычно моторика человека резко ослабляется, плечи упущены, походка становится медленной, речь замедленная, бедна на разнообразие слов, такое состояние называют психомоторной заторможенностью. Ускоренные движения называются психомоторным возбуждением. Существует два механизма влияния депрессии на физическое здоровье. Прежде всего, происходит соматизация, здесь идет речь не о физическом здоровье, а о симптомах, которые люди переживают как нарушения в физическом состоянии. Часто в депрессии человек страдает так называемыми психическими заболеваниями, т.е. болезненными ощущениями в различных частях организма. При этом исследования медицины не приносят каких-либо результатов. Но человек постоянно страдает физически: голова может сильно болеть или, к примеру, колено, а также бывают боли в желудке и сердце. [21]

Другим механизмом является влияние стресса на здоровье и изменения тканей организма, связанные с стрессом. Депрессия сама по себе не вызывает повреждения внутренних органов. Человек, который находится в депрессии, часто ведет нездоровый образ жизни. Обладая мрачным взглядом на ситуацию в своей жизни, может не обращаться к врачам, или наоборот, слишком много обращаться. До сих пор не изучены физико-биохимические элементы депрессии. Физиологические, биохимические компоненты депрессии до конца так же не изучены. [16]

Депрессия сказывается на мыслях и чувствах человека. В депрессии мысли ориентированы лишь на негативную сторону жизни. Также наблюдаются затруднения в мышлении, мысли путаются, текут немедленно, сложно концентрироваться на конкретной проблеме, отсутствует внимание, присутствует забывчивость и рассеянность.

В таком состоянии мысли и ощущения искажены, не отражают реального положения вещей, человек тревожится, обладает страхами, страдает заниженной самооценкой, страдает чувством собственной ничтожности и вины. [11] Неудовлетворенность самим собой может быть усилена различными болезненными проявлениями, с периодически возникающими суицидальными мыслями без специального плана, так же могут присутствовать попытки суицида или же специальный план для совершения суицида.

1.2. Депрессивные состояния у предпринимателей

Впервые в Калифорнийском университете Майклом Фриманом была обнаружена связь гипомании (нарушением настроения), депрессии и самоубийствами собственников бизнеса и предпринимателей.

Это нарушение связано с легкой степенью мании.

Характеристики:

- Постоянно приподнятое настроение, иногда сопровождающееся раздражительностью;
- Энергичность, высокая физическая и умственная активность, которая длится несколько недель;
- Впоследствии человек ощущает себя истощённым, возникает апатия, нежелание вести контакты.

Больных гипоманией предпринимателей объединяет высокая мотивация, самоуверенность и импульсивность. Такие люди — экстраверты, они любят рисковать, и их оптимизм всегда на высоте. У них присутствует множество идей по реализации, которые они хотят воплотить немедленно, иначе ему начинает казаться, что он может опоздать. Он не может сконцентрироваться на чем-то одном, ощущает чувство собственного превосходства и у него отсутствует критическое мышление, что снижают эффективность работы. [34]

«При гипомании человек думает, что подарен сфере бизнеса самим Богом. И именно его идеи могут изменить мир», - говорит Джон Гартнер, автор книги «Гипоманиакальная грань».

По данным Майкла Фрэнмана, стресс помогает предпринимателям создавать идеи, однако разрушительно влияет на ментальное здоровье организма. К примеру, Тед Тернер получил диагноз маниакальной депрессии, которую он отрицал. [29] Настроение его резко менялось: от умиротворения и высокого работоспособности до апатия и суицида.

Для преуспевающих предпринимателей характерно стремление получить новые положительные эмоции с помощью рискованных авантур, они становятся одержимы идеями.

Дофамин — это гормон, который вырабатывается в головном мозге и надпочечниках. Его также именуют «гормоном удовольствия». Он отвечает за интерес к жизни, инициативу, мотивацию и способность к концентрации на внимания на одном деле или предмете. Тем самым человек получает удовольствие в процессе работы. Именно поэтому многие владельцы бизнеса

постоянно ищут новые источники «гормона счастья», и часто они являются пагубными. [4]

В ходе исследования основных заболеваний клиентов специалисты крупнейшей частной медицинской организации «Корпорация семьи» пришли к следующим выводам. Для бизнесменов, доход которых в семье превышает 3 тыс. долларов в месяц, кроме мигрени, остеохондроза, имеют особые, профессиональные заболевания, которые не характерны так называемым среднему классу.

В большинстве случаев заболевания богатых людей связаны с нервными или психическими расстройствами. Так, у каждого второго бизнесмена есть синдром “неожиданного богатства”. Он проявляется в страхе потерять свое имущество. В результате этого у человека формируется так называемая стратегия отложенной жизни: он все откладывает на завтра, которое может и не наступить никогда. Человек замыкается в себе, что приводит к появлению «ангедонии». [11] Такое расстройство нервной системы снижает возможность наслаждаться жизнью и возникает постоянная депрессия.

По мнению специалистов клиники, главной болезнью богатого человека в настоящее время является работа, а более серьезные физические проблемами бизнесмены страдают редко. А если они страдают, они все равно не успевают лечиться и ходить к врачам. «Синдром хронической усталости» так же очень близко по симптомам к депрессии, который чаще всего встречается у бизнесменов, именуемых «трудоликами».

В результате дисинхронизма возникает синдром хронической усталости. Он связан со стремительной сменой часового пояса, перемещением из традиционной зоны проживания на другие континенты и наоборот. Журнал Британской медицинской ассоциации опубликовал результаты исследования, которые говорят о том что дальние и частые перелеты бизнесменов в разные страны могут быть опасными не только для их собственного здоровья, но также и для супругов и в целом, для семьи. Для

деловых людей, которые часто находятся вне семьи, обычно наблюдается повышенное кровяное давление, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, депрессия и другие эмоциональные расстройства. [17] Такой образ жизни приводит к тому, что страдает вся семья и у них так же возникает повышенный риск психологических и эмоциональных расстройств, и даже риск тяжелой депрессии.

По другим источникам описывается «синдром менеджера», сопровождающийся бессонницей, раздражительностью, снижением потенции. Если человек придерживается только одной цели – добывать деньги, ему ли самому, государству и партнерам, а всё, что не относится к деловым интересам, выходит из сферы своей коммуникации, то эту деэмоциональность уже можно назвать началом психического расстройства. [1] Ситуация усугубляется тем, что у людей действий, руководителей, особое отношение к болезням — игнорировать пока не выйдет наружу, терпеть до последнего.

Зачастую причиной срыва является отсутствие отдыха у бизнесменов, они не научились правильно отдыхать. Многие из них освоили такие методы релакса, как баня и алкоголь, но они дают лишь кратковременный эффект. Поэтому для предпринимателей характерны психосоматические заболевания, когда душевные проблемы начинают проявляться на физическом уровне. Деловые люди всегда пытаются держать марку, скрывая свое истинное психологическое состояние. Они всегда говорят, что у них все хорошо. Сегодня обеспеченные люди в основном пренебрегают здоровьем и не считают его ценностью. Для них в первую очередь важно как ты выглядишь, а не как себя чувствуешь. У психотерапевта они появляются уже в состоянии серьезной зависимости, как правило, «элитарной» — от наркотиков (в частности, кокаина), алкоголя и азартных игр. [13]

К тому же владельцы и руководители предприятий постоянно страдают от невроза и депрессии, что сразу же сказывается на семье.

Еще одно «болевое место» элиты бизнеса: когда начиналось общее дело, всё горело в руках, а потом начались первые серьёзные деньги, начались споры. Друзья стали врагами. Помимо этого, в этом процессе проигрывается потеря школьных и институтских друзей и знакомых, не сумевших выбиться в люди — они автоматически отсеились, на замену этого появились иные заботы, и доходы, и круг интересов, и проблемы стали другими. Вокруг бизнесмена постепенно возникают вакуумы, хотя присутствует человеческое желание доверять. [21] Постепенно вокруг бизнесменов образуется вакуум, но надо всегда быть осторожным, нельзя никому доверять. В результате у бизнесменов сильно ослабляется вера о доверительных отношениях и представление об отношениях человеческих и дружеских.

Еще одной проблемой современного предпринимателя является бессонница — она являет собой благодатную почву для развития разных видов невроза. Они, собственно и порождают и депрессию.

В результате проведенных исследований, Фаррелл и Розенберг высказались о том, что у мужчины есть четыре основных пути его развития в среднем возрасте.

1. Первый из них — это путь к трансцендентно-генеративному мужчине. Это тот мужчина, который нашел решения для большинства своих жизненных проблем, и не испытывает кризиса середины жизни, а наоборот, середина жизни для него — это время реализации своих возможностей и достижения целей.

2. Вторая дорога — путь псевдоразвитого мужчины. Этот человек справляется со своими проблемами, показывая, что все, что происходит, удовлетворяет его или под контролем; в действительности, он обычно чувствует потерю своего направления, чувствует, что или все, что он делал раньше ему осточертело.

3. Мужчина, который переживает кризис середины жизни, — третий способ жизни мужчины — он находится в тяжёлом состоянии, и он

чувствует, что все его созданные миры рушатся. Он не может удовлетворить требования, предъявленные к нему, и решить стоящие перед ним задачи. Для некоторых мужчин этот кризис может стать временным этапом развития, у других - началом постоянного спада.

4. Четвертая ступень развития — это путь обездоленного судьбой мужчины. Такой человек был несчастен или отвергается другими большую часть своей жизни, в его жизни проявляются признаки кризиса. Он обычно не справляется с проблемой. В среднем возрасте только немногие мужчины могут избежать чувства неудачи, чувства внутренней усталости или потерю самоуважения, — так считают Фаррелл, Розенберг. [15]

Кроме переоценки всей жизни среднего возраста происходит переоценка профессиональной деятельности. Одной из причин, которые могут привести к резкому изменению отношения к работе является пережитый им период в середине жизни. Левинсон говорит, что после 40 лет у взрослых людей заметно могут изменяться ценности и цели, что заставляет их задумываться об изменении направления своей профессиональной деятельности. [20] Некоторые из исследователей считают, что в этом периоде переоценки своей жизни взрослым лучше справиться, если они систематически оценивают свои возможности, плюсы и минусы своего нынешнего профессионального положения. Впрочем, лишь немногие люди резко меняют профессиональную карьеру в середине своей жизни. Как правило, это делают люди, которые чувствуют, что свои способности они не используют полностью в своей работе. Причиной может стать изменение характера работы, снижение сложности задач, достигнутого человеком профессионализмом. [1]

Поэтому, для депрессий делового человека характерны:

- Снижение производительности труда
- Высокая тревожность, различные фобии
- Сниженная сексуальная активность
- Бессонница

- Алкоголь и агрессия — как способ расслабления и сброса негативной энергии
- Искажение представлений о дружбе, тотальное недоверие
- Невозможность наслаждаться жизнью

Депрессия, нарциссизм и СДВГ — являются основными спутниками успешных людей и предпринимателей.

По данным университета Калифорнии, основной пятеркой ментальных проблем бизнесменов являются:

1. Депрессия — 30% человек в выборке бизнесменов. В группе людей, которые не имели отношения к должностям руководства, этот показатель составлял 15%;
2. Синдром недостаточного внимания и гиперактивности (СДВГ) — 29% против 5%
3. Тревожные расстройства — 27% против 6%.
4. Биполярное расстройство — 11% против 1%.
5. Нарциссизм — 20% против 5%.

1.3. Депрессивные состояния у лиц творческих профессий

Творчество является деятельностью человека, которая создает новую материальную и духовную ценность, обладающую новыми и общественными значениями, т.е. в результате творческой деятельности создается нечто новое, ещё не существующее до этого. На самом деле творчество — это «способность создать любой принципиально новый шанс». Подавление творческих энергий может вызвать общий моральный упадок, апатию и депрессию. Поэтому всегда важно иметь шанс на свое творческое самовыражение. [25]

Для начала рассмотрим понятие “способности”. В отечественной науке остается определение Б. М. Теплова: индивидуально-психологические особенности, отличающие одного человека от другого, которые имеют

отношение к успешности выполнения деятельности или нескольких деятельностей и не сводятся к наличным знаниям, умениям, навыкам, но могут объяснять легкость и быстроту приобретения знаний и навыков.

Способности являются сложным, синтетическим образованием, включающим в себя многочисленные данные, без которых человек не мог бы осуществлять какую-либо конкретную деятельность, а также включает в себя свойства, которые вырабатываются только в процессе определенным организованным способом. (по С. Л. Рубинштейну) [24]

Как и всякие другие способности, творческие способности связаны с психическими и физиологическими задатками, т.е. особенностями человеческой нервной системы: активностью правой половины мозга, высоким скоростью нервной деятельности, стабильностью и устойчивостью и силой процессов возбуждения и тормоза. Но они не относятся только к врожденным качествам или к особому дару, который мы можем получить от природы. Основа креативности состоит в развитии активной, упорной деятельности человека. [4]

Творческие люди обладают следующими личностными характеристиками:

- Независимость — это стандарты личности, которые важнее групповых стандартов;
- Неконформность оценок и суждений;
- Открытый ум — это готовность верить в свою и чужую фантазию;
- Любовь ко всему новому и необычному;
- Сильная устойчивость к непрогнозируемым ситуациям без видимого решения;
- Конструктивная активность в этих ситуациях;
- Развитое эстетическое чувство;
- Стремление к красоте.

Часто в этом ряду можно заметить особенности Я-концепции, характеризующие уверенность в своих силах и силу характера, смешанные одновременно с женственностью и мужественностью характера. [25]

Основная область проявления творческих способностей — интеллектуальная. Для творческой личности свойственно особое мышление, которое отличается от стандартного, включая логику. Разные психологи называют это мышление нешаблонным или латеральным (Э. де Боно), дивергентным (Дж. Гилфорд), радиантным (Т. Бьюзен), критическим (Д. Халперн) или просто творческим. [15]

Если взять обычных людей — они быстро отреагируют на новую ситуацию, в соответствии с тем, что говорили им родители, учителя, политики, пасторы, раввины или священники, то есть ориентируются на кого-то извне, в оппозицию творческий человек живёт в более переменчивом мире и более расплывчатым.

Творческий человек воспринимает мир по-другому: он всегда сомневается, взвешивает, анализирует. Это приводит его и людей вокруг него к ощущению изолированности и отчужденности, в некоторых случаях к депрессиям — писатели, музыканты и композиторы, артисты — они всегда отличаются от общей массы людей, поэтому ощущают себя чужими и странными. Обыденные для рядового человека условия могут вызвать стресс у творческого человека. [27]

Внутренний мир креативщиков — это многогранный, непредсказуемый и сложный мир. Специалисты часто делают ошибочные психиатрические заключения и диагностируют ряд патологий. По сути, такая личность должна творить и получать признание. В их жизни присутствуют сплошные вопросы, желание доказать обществу свою истинность, чистоту мысли, и главное, изменить мир к лучшему, и порой понять творческого человека бывает очень трудно человеку, который всегда занят, устает и так далее.

Чтобы избежать психологических патологий, такие люди не должны принимать лекарства, находить утешение в алкоголе и принимать наркотики.

Просто посмотрите на их работы и оцените, они становятся счастливее, когда в их окружении есть похожие люди. [1] Именно поэтому они имеют мало друзей и зачастую нестабильные личные отношения. В отдельных их жизнях можно наблюдать случаи наркотических и алкогольных опьянений или зависимостей.

«Люди, имеющие менее выраженные творческие способности, быстрее адаптируются к новым условиям, смене мест и окружений благодаря информации авторитетных личностей» – считает нейробиолог Ненси Андреасен. В жизни им проще, ведь они могут доверять мнениям авторитета и редко испытывают сомнения в том, что они узнали от них. [18]

Другое дело — люди с творческим мышлением. Они по-разному переживают такие же ситуации по сравнению с обычными людьми. Гибкое мышление является фундаментом креативности и творчества.

Она дает возможность воспринимать события и вещи незамысленным и свежим взглядом. Все это находит отражение на внутреннем мире творческого человека: в нем все сложное, непонятное и неоднозначное. В их мире много вопросов, и мало простых ответов, они словно находятся в постоянном поиске. [27]

Ненси Андреасен признает, что творческие люди, действительно, больше других, страдают психическими расстройствами, потому что испытывают «трудность фильтрации и восприятия информации, поступающей в мозг». Кто-то избегает социального контакта из-за высокой чувствительности своей натуры. Однако понимание этой особенности и ее признание, а также признание своей уникальности помогает продвинуться вперед в борьбе с депрессией.

По мнению Нэнси Андреасен, все творческие люди должны помнить о нескольких вещах: «Вы должны признавать свои способности, ни при каких обстоятельствах не давать им пропасть зря. Нужно ценить свои таланты и развивать их, словно вы ухаживаете за любимым садом. Если мы душим таланты, мы подавляем свою подлинную сущность, что приводит к глубокой

депрессии. [30] Также мы должны принять наши странности. Мы всегда будем казаться странными для менее оригинальных людей. Быть странным гораздо интереснее, нежели нормальным. Окружайте себя похожими людьми. Тогда творческие способности будут расцветать. Кроме того, вас будут любить и поддерживать такими, какие вы есть». [22]

Многие известные люди в своей биографии имели депрессивные эпизоды различной степени выраженности. Занятия творчеством помогали им выйти из депрессий и кризиса, что превращало ее проявления в произведения искусства и науки. [26] И все же, негативные аспекты болезни отражались в страданиях огромного количества людей, являлись причиной творческого застоя, являлись причиной алкоголизма и наркомании, и даже приводили к самоубийствам.

Кей Рэдфилд Джемсон, основываясь на биографиях британских ученых и художников, выяснила, что у успешных представителей творческой профессии в 8 раз существует риск депрессии, чем в среднем по статистике.

Следует сделать вывод о том, что не творчество вызывает депрессию, а скорее заболевание вызывает особую тягу к творчеству. Такие люди более остро чувствуют окружающий мир, давление из внешнего мира, поэтому и возникает тяга к высказыванию самого себя и своих чувств. Мнение о том, что эта «связь» — ничто иное, чем тяга больного к творчеству в качестве обезболивающего — имеет право на существование. [28]

Многие врачи, например, советуют пациентам рисовать, заниматься живописью или играть на разных музыкальных инструментах, использовать музыку как терапию. Но, впрочем, на сегодняшний день не существует полномасштабного исследования о связи депрессии с творческими способностями. Мы можем только выводы сделать.

Научно доказано, что люди, обладающие творческими способностями, чаще других страдают от такого серьезного заболевания, как биполярное расстройство. Также прослеживается взаимосвязь креативности и психических заболеваний из-за того, что испытуемые не могут фильтровать

«мусорную» информации. [27] Доказано, что шизотимия и креативность одинаково проявляют себя на уровне мозговой деятельности.

Люди творческие очень восприимчивы к происходящему в окружающем мире, практически все они пропускают через сердце, травмируют душу, насилуют разум, демонстрируя в своих трудах то, что они не могут держать в своей душе. В отличие от различных форм адаптивного поведения творчество происходит не на принципах «потому» или «для того», а на принципах «несмотря на что», т.е. творческий процесс — это та реальность, которая спонтанно возникает и завершается. [4]

Психологи считают, что творческие личности имеют более выраженные психические заболевания, которые возникают из-за проблемы фильтрации многих сигналов, попадающих в мозг человека.

Некоторые люди могут уклоняться от контакта с другими, потому что являются очень чувствительными личностями. Но если эти люди понимают свою индивидуальность, они смогут обрести под ногами почву в борьбе с депрессией. [4]

Творчество представляет собой выход за пределы рамок, за пределы видимого и заданного. Это всегда выход за пределы барьеров. Первое что бросается в глаза — сходство творческого человека и человека в поведении которого есть психические нарушения. Поведение и первого и второго отступает от стереотипов и общепринятых норм.

Гениальные и творческие люди всегда болезненно чувствительны. В их поведении наблюдается резкий спад и повышение активности. Они гиперчувствительные к социальным поощрениям и наказанием.

Вывод, который можно сделать, заключается в том, что безумие и гениальность могут совмещаться в одном человеке. [34,35]

В списке гениев, которые страдают от душевных заболеваний можно найти: Петрака, Мольеру, Достоевского, а также Александра Македонского, Наполеона и Юлиана Цезаря, которые болели эпилепсией. Меланхолией болели Руссо и Шатобриана. Жорж Сэнд, Миккельсон, Байрон и Гете по

Кречмеры были психопатами. Количество убийц, наркоманов и самоубийц в творческой элите не поддается подсчёту. [4]

Гипотеза «о гении и безумстве» возрождается и в наше время. Д.Карлсон считает гениев носителем рецессивных генов шизофрении.

Если говорить о том, что творчество — это процесс, то гений — это человек, который творит бессознательно и способен переживать самые широкие и глубинные состояния, поскольку бессознательный творческий субъект выходит из под контроля рациональных начал и самоконтроля. [34]

Таким образом, гений преимущественно творит бессознательно, а точнее, посредством активности бессознательного творческого субъекта. Талант же творит исходя из продуманного плана, творит рационально.

Креативный и творческий человек склонен к психофизиологическим истощениям в процессе творческой деятельности, поскольку творческий импульс и мотивация работают на механизме положительной обратной связи, где рациональный контроль со своим эмоциональным состоянием сильно ослаблен. Таким образом, единственным ограничителем творческой деятельности является истощение психофизических ресурсов человека, то есть ресурсов бессознательного, которые неизбежно вызывают крайние эмоциональные состояния. [7,11]

К таким же выводам относительно высокой тревожности и плохой адаптации творческих личностей к социальному окружению приходят психологи и философы во многих других исследованиях. Ф.Баррон считает, что для творчества нужно быть чуть невротиком. По его мнению эмоциональные нарушения, искажающие нормальную картину мира, могут создавать предпосылки к новым подходам в реальности. [11]

Глава 2. Эмпирическое исследование депрессивных состояний у лиц творческих профессий и предпринимателей

2.1. Описание схемы эмпирического исследования

Исследование проводилось с людьми из разных компаний по двум профессиям: предприниматели и лица творческих профессий. В нем приняли участие 40 человек в возрасте от 20 до 45. Среди них 20 предпринимателей и 20 лиц творческих профессий.

Исследование проводилось с февраля 2022 г. по апрель 2022 г. и состояло из нескольких этапов.

Эмпирическое исследование включало в себя три этапа.

Первый этап — выявление показателей депрессивных состояний лиц творческих профессий и предпринимателей. На данном этапе была использована следующая методика:

1. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова с использованием Q-критерия Розенбаума.

На втором этапе также было проведено исследование на наличие депрессивных состояний у предпринимателей и лиц творческих профессий. На этом этапе была использована следующая методика:

2. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунге, с помощью Q-критерия Розенбаума.

Третий этап — выявлялись показатели к снижению настроению лиц творческих профессий и предпринимателей на основании методики экспресс-

диагностики личностной склонности к сниженному настроению (дистимии) Бойко. Для расчетов также использовался Q-критерий Розенбаума.

Она была использована в завершение, для получения более полного представления о личности и составления более полной картины личности и ее состояния на этапах проведения мной методик. Данные методики проводились с разрывом в 1 месяц на одних и тех же группах лиц.

Опишем комплекс методик, используемых нами на этапе диагностического исследования.

1) Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова. Методика выявляет депрессивное состояние (главным образом тоскливой или меланхолической депрессии). Она дает возможность установить тяжесть депрессивного состояния на данный момент.

Опрашиваемые проходят тест, состоящий из 44 вопросов и выбирают один из вариантов ответа: 1,2,3 или 4.

Обработка и интерпретация результатов теста

Определяется сумма баллов в соответствии с ключом:

- 1-9 – депрессия отсутствует либо незначительна;
- 10-24 – депрессия минимальна;
- 25-44 – легкая депрессия;
- 45-67 – умеренная депрессия;
- 68-87 – выраженная депрессия;
- 88 и более – глубокая депрессия.

2) Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунге. Опросник разработан для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии (или другими словами измерение степени выраженности сниженного настроения — субдепрессии), для скрининг-диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной, доврачебной диагностики.

Испытуемым предлагается тест с ответами. Их задача заключается в том, чтобы прочесть внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркнуть соответствующую цифру справа в зависимости от того, как они себя чувствуют в последнее время.

Уровень депрессии (УД) рассчитывается по формуле:

$УД = \Sigma пр. + \Sigma обр.$; где

$\Sigma пр.$ – сумма зачеркнутых цифр к "прямым" высказываниям № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;

$\Sigma обр.$ – сумма цифр, "обратных" зачеркнутым, к высказываниям № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

В результате получаем УД, который колеблется от 20 до 80 баллов.

- Если УД не более 50 баллов, то диагностируется состояние без депрессии.
- Если УД от 50 до 59 баллов, то делается вывод о легкой депрессии ситуативного или невротического генеза.
- Показатель УД от 60 до 69 баллов – субдепрессивное состояние или маскированная депрессия.
- Истинное депрессивное состояние диагностируется при УД более 70 баллов.

2) Методика экспресс-диагностики личностной склонности к сниженному настроению (дистимии) В.В. Бойко.

Инструкция. Предлагается 12 вопросов, ориентированных на самопознание личности. Ответы необходимо выразить в форме «да» или «нет».

Оценка результатов

Подсчитать количество утвердительных ответов: если получилось 10—12 баллов — дистимия, постоянно пониженное настроение, определяющее стиль всей жизни; 5—9 баллов — заметна тенденция к пониженному настроению; 4 балла и меньше — такой тенденции в эмоциональном стереотипе нет.

2.2. Анализ и интерпретация диагностических данных

На первом этапе в феврале 2022 года была проведена диагностика депрессивных состояний лиц творческих профессий и предпринимателей. Результат диагностики и применение коэффициента Розенбаума показал, что коэффициент подверженности депрессивным состояниям, полученный по методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова, отображает большую подверженность депрессивным состояниям у предпринимателей, чем у лиц творческих профессий.

В Приложении 1 табл. 1 представлены сырые баллы по итогам прохождения методики депрессивных состояний В.А. Жмурова 2-групп.

Также мы рассчитали процентное соотношение в двух группах по шкалам депрессивных состояний и занесли их в таблицу. Оно рассчитывалось по формуле $\% = \frac{\text{число людей с опред.результатами} \times 100\%}{\text{Общее кол-во людей в группе (20)}}$

Были получены следующие результаты: 35% предпринимателей имеют легкую депрессию, 40% находятся в умеренной депрессии и 25% имеют выраженную депрессию, по сравнению с лицами творческих профессий, где выраженной депрессии не наблюдается, лишь по 20% находятся в легкой и умеренной депрессии и 15% вообще не имеют признаков депрессии. Глубокой депрессии не выявлено ни в одной из групп. Данные представлены в табл. 1-2, на рисунках 1-2.

Таблица 1

**Результаты диагностики депрессивных состояний лиц
предпринимателей (в %)**

Уровни депрессивных состояний у предпринимателей	Процентное соотношение по степени депрессивных состояний (% от общей численности)
<i>1-9</i> – депрессия отсутствует либо незначительна	0
<i>10-24</i> – депрессия минимальна	0
<i>25-44</i> – легкая депрессия	35
<i>45-67</i> – умеренная депрессия	40
<i>68-87</i> – выраженная депрессия	25
88 и более – глубокая депрессия	0

Таблица 2

**Результаты диагностики депрессивных состояний лиц творческих
профессий (в %)**

Уровни депрессивных состояний лиц творческих профессий	Процентное соотношение по степени депрессивных состояний (% от общей численности)
<i>1-9</i> – депрессия отсутствует либо незначительна	15
<i>10-24</i> – депрессия минимальна	45
<i>25-44</i> – легкая депрессия	20
<i>45-67</i> – умеренная депрессия	20
<i>68-87</i> – выраженная депрессия	0
88 и более – глубокая депрессия	0

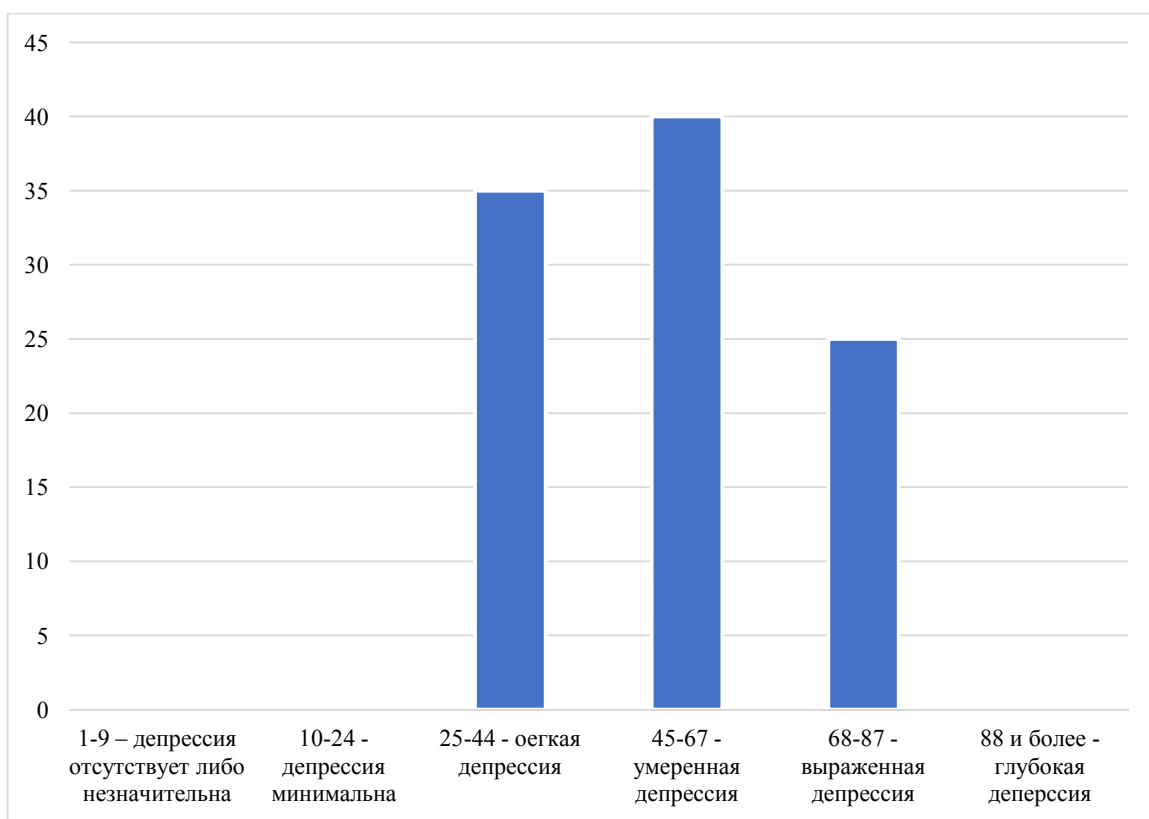


Рис. 1. Результаты диагностики депрессивных состояний у предпринимателей по методике В.А. Жмурова (в %)

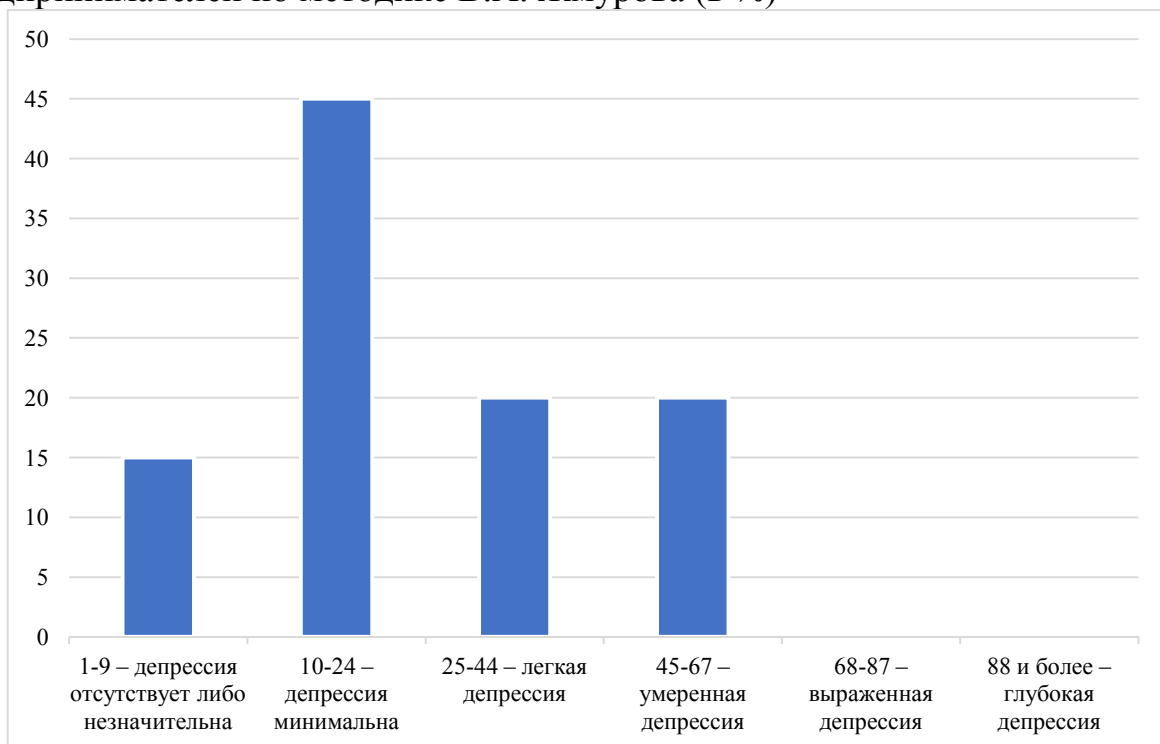


Рис. 2. Результаты диагностики депрессивных состояний лиц творческих профессий по методике В.А. Жмурова (в %)

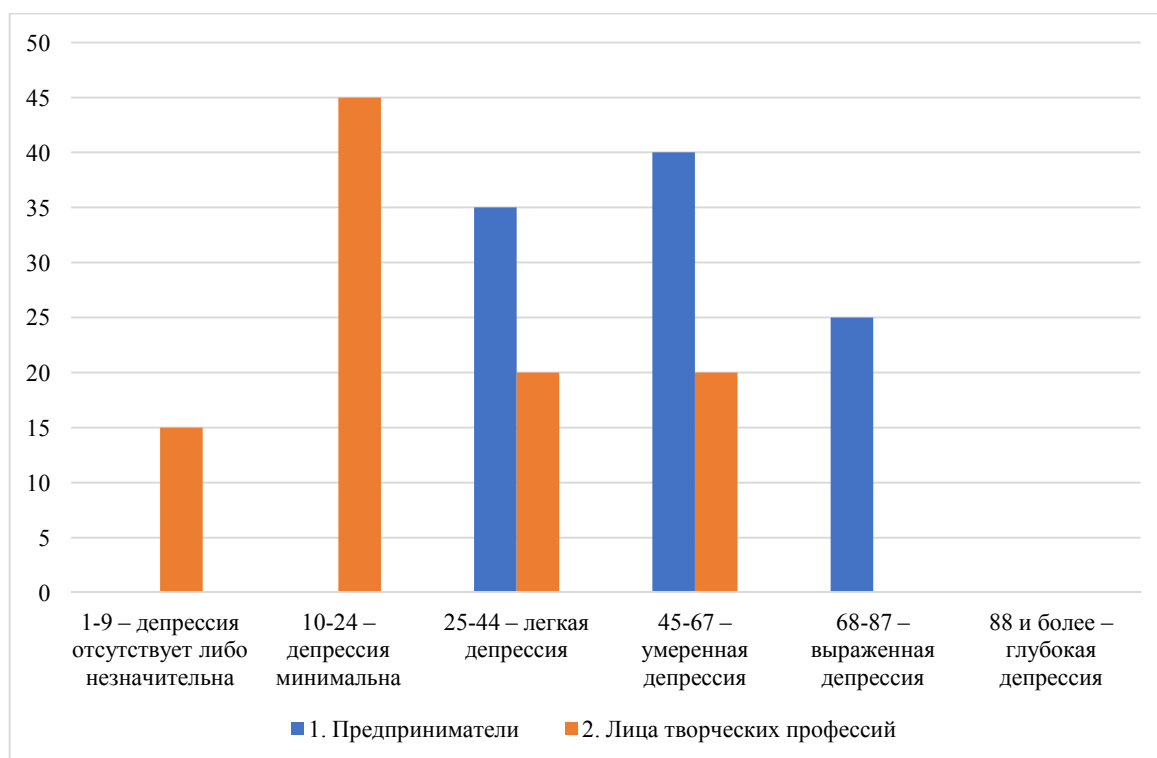


Рис. 3. Результаты диагностики депрессивных состояний лиц по 2-м группам по методике В.А. Жмурова (в %)

Для обнаружения подверженности депрессивным состояниям лиц творческих профессий и предпринимателей в исследовании был использован критерий Розенбаума.

Для начала были упорядочены по возрастанию индивидуальные значения депрессивных состояний в выборках лиц творческих профессий ($n_1=20$) и предпринимателей ($n_2=20$). Табл. 3.

Таблица 3

Упорядоченная таблица по возрастанию с индивидуальными значениями депрессивных состояний в выборках лиц творческих профессий ($n_1=20$) и предпринимателей ($n_2=20$)

Предприниматели	Уровень депрессивного состояния	Лица творческих профессий	Уровень депрессивного состояния
1	26	1	5
2	28	2	6
3	35	3	9
4	35	4	11
5	38	5	12
6	41	6	17
7	44	7	18

8	45	8	18
9	47	9	20
10	49	10	21
11	50	11	23
12	52	12	24
13	54	13	25
14	55	14	34
15	67	15	36
16	71	16	42
17	75	17	45
18	78	18	46
19	80	19	51
20	87	20	55

Применение Q-критерия Розенбаума по данной методике в 2-х группах: определяем количество значений первого ряда, которые больше максимального значения второго ряда: $S_1=6$, и определяем количество значений второго ряда, которые меньше минимального значения первого ряда: $S_2=13$.

$Q_{\text{эмп}}$ определяем по формуле:

$$Q_{\text{эмп}} = S_1 + S_2 = 6 + 13 = 19$$

Критические значения Q для $n_1=20$, $n_2=20$. (Приложение 1, табл. 4). По данным значениям выявлено, что $Q_{\text{эмп}} > Q_{\text{кр}} (p \leq 0,01)$.

Таким образом можно сказать, что депрессия больше выражена у предпринимателей, чем у людей творческих профессий.

Упорядоченные по убыванию депрессивных состояний ряды индивидуальных значений со значениями S_1 и S_2 представлены в двух выборках и расчет по Q-критерию Розенбаума представлен представлены в Приложении 1, табл. 2.

Обратимся к результатам по методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунге. Она была проведена на втором этапе, через месяц после проведения первой методики, чтобы оценить актуальное состояние.

По данной методике результат диагностики и применение коэффициента Розенбаума показал, что коэффициент подверженности

депрессивным состояниям, как и на первом этапе, показывает большую подверженность депрессивным состояниям у предпринимателей, чем у лиц творческих профессий.

В Приложении 1 табл. 5 представлены сырые баллы по итогам прохождения методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунге 2-групп.

По процентному соотношению в двух группах по шкалам депрессивных состояний были получены следующие результаты: в группе лиц творческих профессий оказалось целых 75%, которые не находятся в депрессии и находятся в нормальном состоянии, в группе предпринимателей показатель также достаточно высок – 50%. 30% предпринимателей по сравнению с 20% людьми творческих профессий находятся в фазе легкой депрессии. Также разнится показатель умеренной депрессии, где только 5% людей от общего количества людей в группе лиц творческих профессий имеют склонной к умеренной депрессии, а в группе предпринимателей – 15%. Показатель тяжелой депрессии выявлен только в группе предпринимателей и составляет 5% от общего числа. Данные представлены в табл. 4-5, на рисунках 4-5.

$$\text{Рассчитывалось по формуле } \% = \frac{\text{число людей с опред.результатами} \times 100\%}{\text{Общее кол-во людей в группе (20)}}$$

Таблица 4

Результаты диагностики депрессивных состояний лиц предпринимателей (в %)

Уровни депрессивных состояний у предпринимателей	Процентное соотношение по степени депрессивных состояний (% от общей численности)
20-49 – нормальное состояние	50
50-59 – лёгкая депрессия	30
60-69 – умеренная депрессия	15
70 и выше – тяжелая депрессия	5

Таблица 5

Результаты диагностики депрессивных состояний лиц творческих профессий (в %)

Уровни депрессивных состояний у лиц творческих профессий	Процентное соотношение по степени депрессивных состояний (% от общей численности)
20-49 – нормальное состояние	75
50-59 – лёгкая депрессия	20
60-69 – умеренная депрессия	5
70 и выше – тяжелая депрессия	0

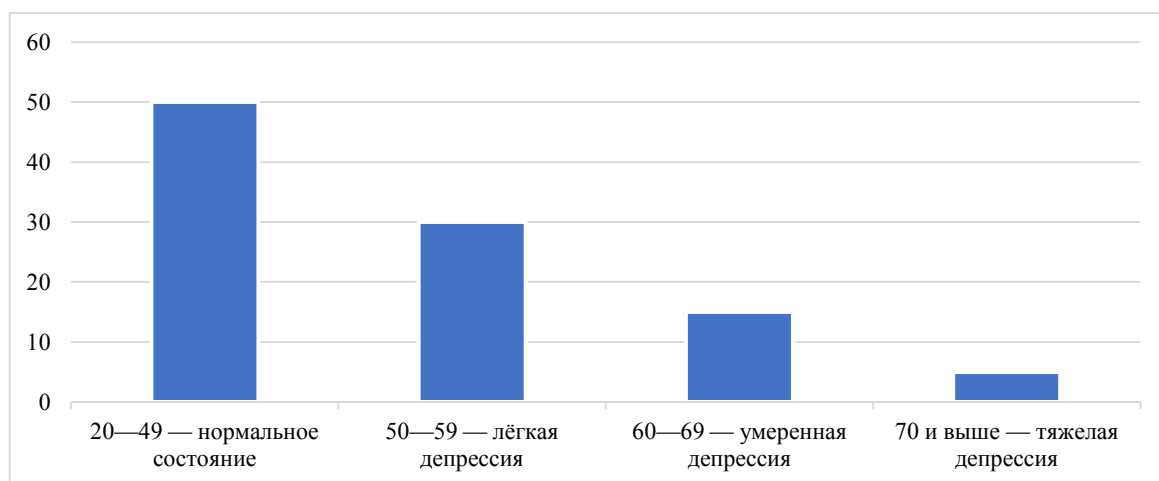


Рис. 4. Результаты диагностики депрессивных состояний у предпринимателей по методике В. Зунге (в %)

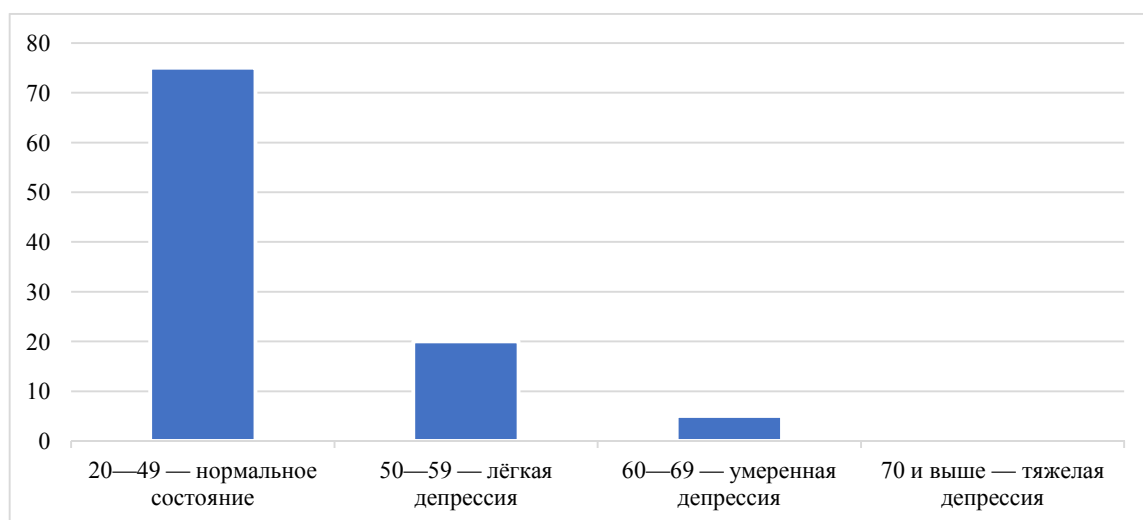


Рис. 5. Результаты диагностики депрессивных состояний у лиц творческих профессий по методике В. Зунге (в %)

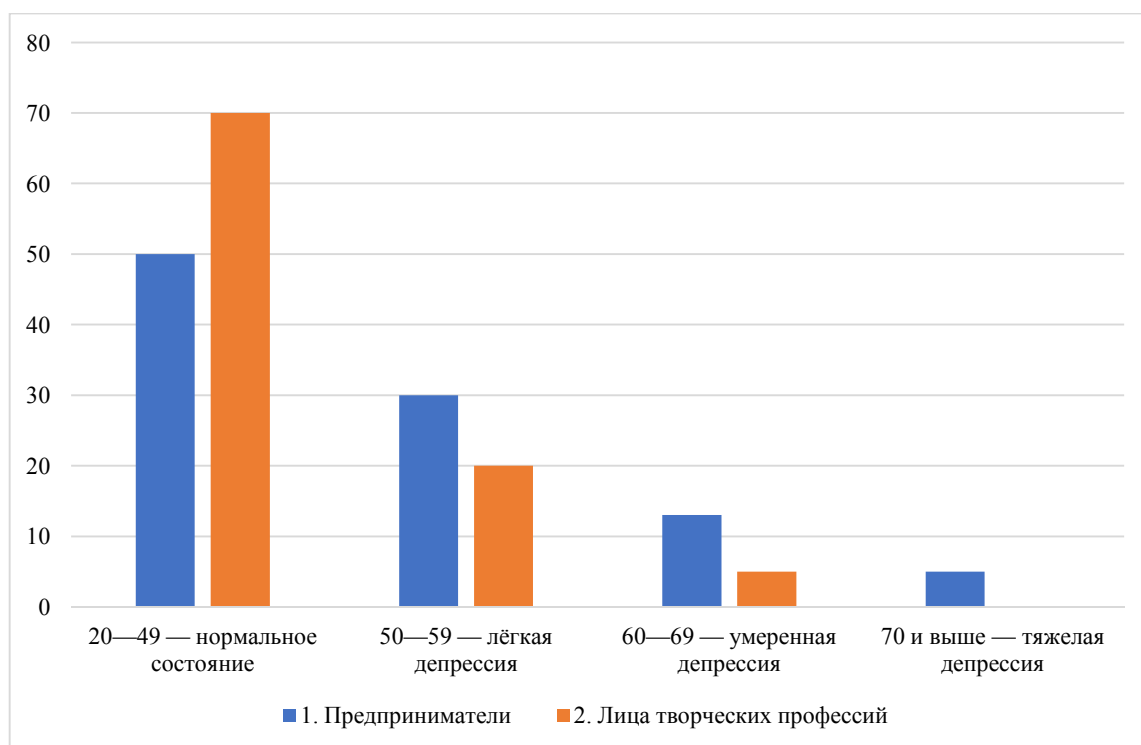


Рис. 6. Результаты диагностики депрессивных состояний лиц по 2-м группам по методике В. Зунге (в %)

Для обнаружения подверженности депрессивным состояниям лиц творческих профессий и предпринимателей в исследовании был использован также как на первом этапе критерий Розенбаума.

Таблица 6

Упорядоченная таблица по возрастанию с индивидуальными значениями депрессивных состояний в выборках лиц творческих профессий ($n_1=20$) и предпринимателей ($n_2=20$)

Предприниматели	Уровень депрессивного состояния	Лица творческих профессий	Уровень депрессивного состояния
1	23	1	20
2	25	2	20
3	25	3	21
4	28	4	21
5	29	5	23
6	36	6	24
7	38	7	26
8	44	8	30
9	45	9	32
10	47	10	36
11	51	11	38
12	52	12	42

Предприниматели	Уровень депрессивного состояния	Лица творческих профессий	Уровень депрессивного состояния
13	54	13	43
14	55	14	44
15	55	15	45
16	58	16	50
17	61	17	51
18	63	18	51
19	63	19	57
20	70	20	60

Применение Q-критерия Розенбаума по данной методике в 2-х группах были выявлены следующие показатели: определяем количество значений первого ряда, которые больше максимального значения второго ряда: $S_1=4$, и определяем количество значений второго ряда, которые меньше минимального значения первого ряда: $S_2=4$.

$Q_{эмп}$ определяем по формуле:

$$Q_{эмп} = S_1 + S_2 = 4 + 4 = 8$$

$Q_{эмп} = 8$. Критические значения Q для $n_1=20$, $n_2=20$. (Приложение, табл. 4).

По данным значениям выявлено, что $Q_{эмп} > Q_{0,05}$

Таким образом можно сказать, что с вероятностью более 95% при выявлении уровня депрессивных состояний у предпринимателей и лиц творческих профессий по методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунге, так же, как и на первом этапе, у предпринимателей выявлена большая степень подверженности депрессивным состояниям.

Упорядоченные по убыванию депрессивных состояний ряды индивидуальных значений со значениями S_1 и S_2 представлены в двух выборках и расчет по Q-критерию Розенбаума представлен представлены в Приложении 1, табл. 6.

Перейдем к анализу результатов, полученных по методике экспресс-диагностики личностной склонности к сниженному настроению (дистимии) Бойко. Для расчетов также использовался Q-критерий Розенбаума. Она

проведена на последнем этапе и проведена для того, чтобы заключительно оценить состояние по двум группам спустя два месяца после проведения первой методики, и сделать вывод об изменении их состояния. По данной методике результат диагностики и применение коэффициента Розенбаума также показал, что коэффициент подверженности депрессивным состояниям, показывает большую подверженность депрессивным состояниям у предпринимателей, чем у лиц творческих профессий.

В Приложении 1 табл. 8 представлены сырые баллы по итогам прохождения методики экспресс-диагностики личностной склонности к сниженному настроению (дистимии) Бойко 2-х групп.

В таблицах ниже представлено процентное соотношение по 2-м группам. Оно так же рассчитывалось по формуле $\% = \frac{\text{число людей с опред.результатами} \times 100\%}{\text{Общее кол-во людей в группе (20)}}$

По процентному соотношению в двух группах по шкале дистимии были получены следующие результаты: преобладающее большинство в группе лиц творческих профессий не подвержены плохому настроению, в то время как в группе предпринимателей данный процент – 35%. Практически обратное значение наблюдается в тенденции к пониженному настроению: 40% у лиц творческих профессий, против 60% у предпринимателей. И в последнем показателе – дистимии (постоянно сниженное настроение) у предпринимателей 5%, у лиц творческих профессий 0%. Данные представлены в табл. 7-8, на рисунках 7-8.

Таблица 7

Результаты диагностики депрессивных состояний лиц предпринимателей (в %)

Уровни депрессивных состояний у предпринимателей	Процентное соотношение по степени депрессивных состояний (% от общей численности)
4 балла и меньше – тенденция к пониженному настроению отсутствует	30
5-9 баллов – заметна тенденция к пониженному настроению	60
10—12 баллов — дистимия	10

Таблица 8

**Результаты диагностики депрессивных состояний лиц
творческих профессий (в %)**

Уровни депрессивных состояний у лиц творческих профессий	Процентное соотношение по степени депрессивных состояний (% от общей численности)
4 балла и меньше – тенденция к пониженному настроению отсутствует	60
5-9 баллов – заметна тенденция к пониженному настроению	40
10—12 баллов — дистимия	0

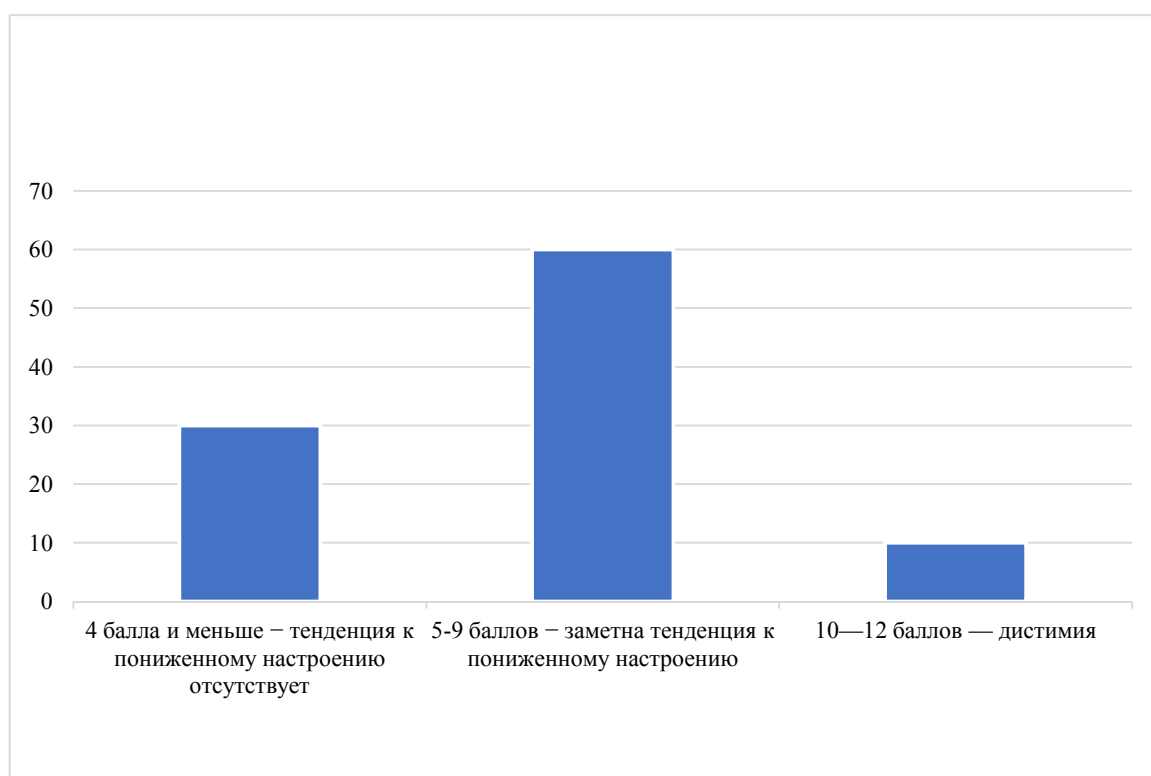


Рис. 7. Результаты экспресс-диагностики дистимии у предпринимателей по методике Бойко (в %)

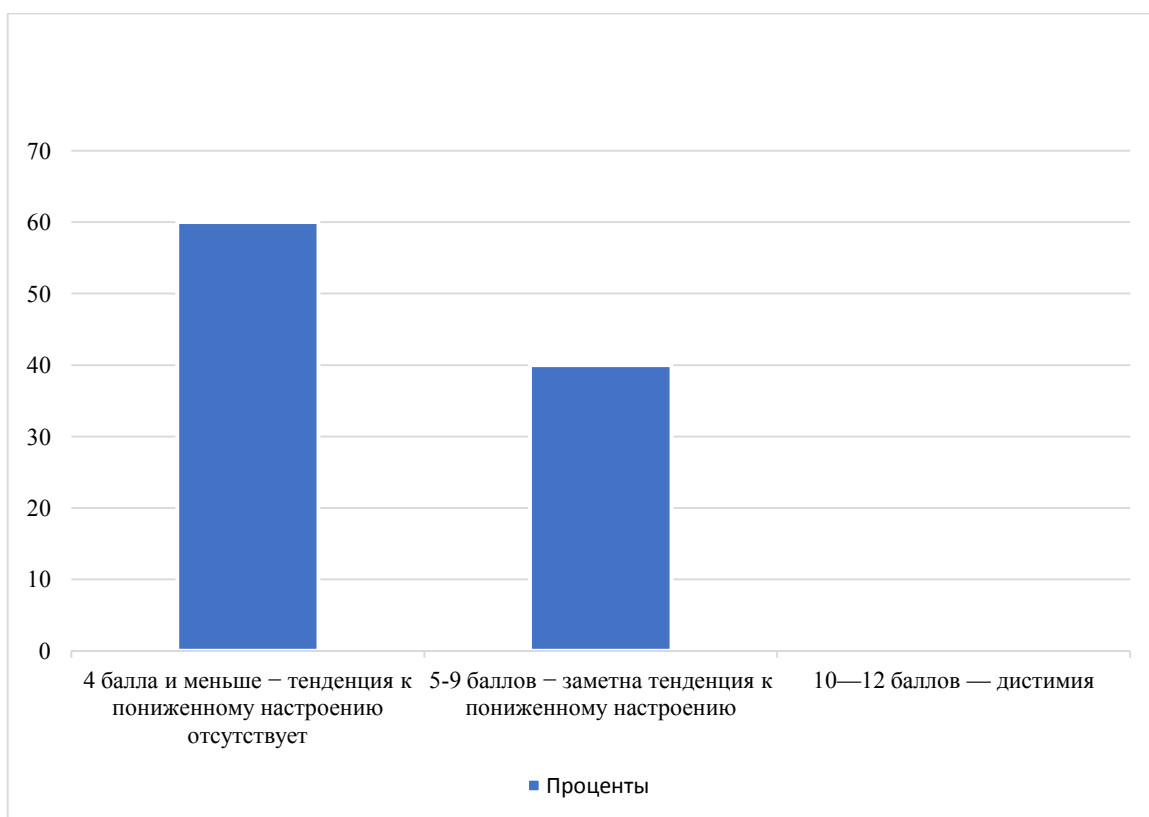


Рис. 8. Результаты экспресс-диагностики дистимии лиц творческих профессий по методике Бойко (в %)

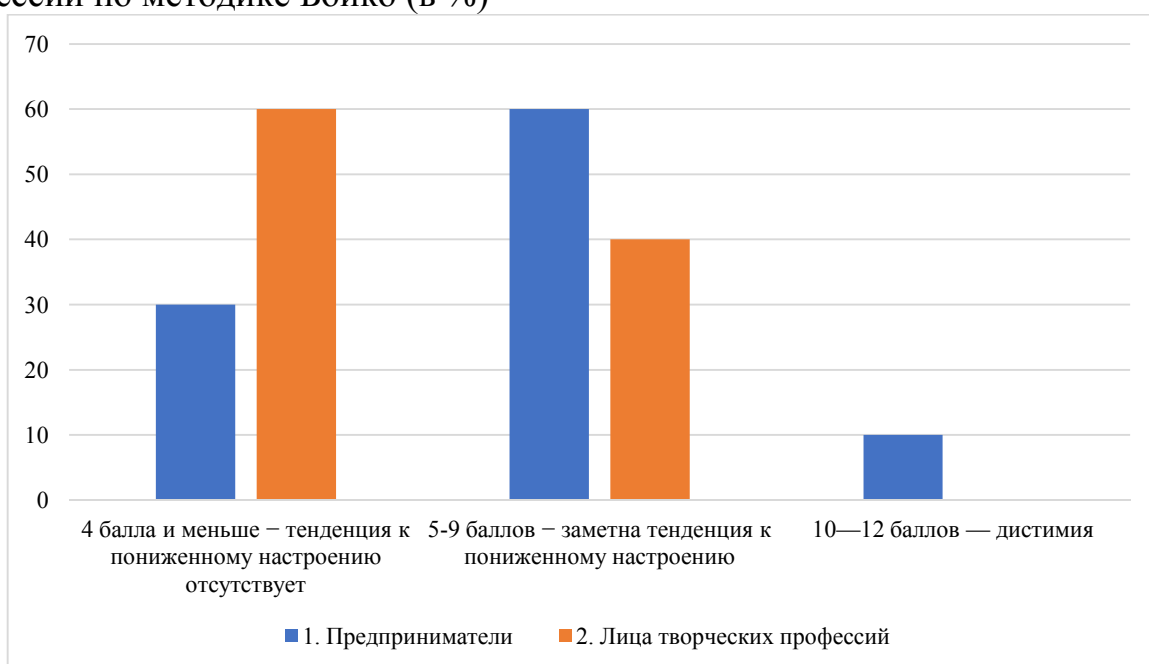


Рис. 9. Результаты экспресс-диагностики дистимии лиц по 2-м группам по методике Бойко (в %)

Таблица 9

Упорядоченная таблица по возрастанию с индивидуальными значениями дистимии в выборках лиц творческих профессий ($n_1=20$)

и предпринимателей ($n_2=20$)

Предприниматели	Уровень дистимии	Лица творческих профессий	Уровень дистимии
1	3	1	1
2	3	2	2
3	4	3	2
4	4	4	2
5	4	5	2
6	4	6	3
7	5	7	3
8	5	8	3
9	5	9	4
10	5	10	4
11	5	11	4
12	6	12	4
13	6	13	5
14	6	14	5
15	7	15	5
16	7	16	5
17	7	17	6
18	8	18	7
19	10	19	7
20	10	20	7

Применение Q-критерия Розенбаума по данной методике в 2-х группах были выявлены следующие показатели: определяем количество значений первого ряда, которые больше максимального значения второго ряда: $S_1=3$, и определяем количество значений второго ряда, которые меньше минимального значения первого ряда: $S_2=3$.

$Q_{эмп}$ определяем по формуле: $Q_{эмп} = S_1 + S_2 = 3 + 6 = 9$

Критические значения Q для $n_1=20$, $n_2=20$. (Приложение 1, табл. 4). По данным значениям выявлено, что $Q_{эмп} \geq Q_{0,01}$

Таким образом можно сказать, что с вероятностью около 99% на третьем этапе при выявлении уровня дистимии у предпринимателей и лиц творческих профессий по методике экспресс-диагностики личностной склонности к сниженному настроению (дистимии) Бойко, так же у предпринимателей выявлена большая степень подверженности сниженному настроению, чем у лиц творческих профессий, как на первом и втором этапах.

Упорядоченные по убыванию состояния дистимии ряды индивидуальных значений со значениями S1 и S2 представлены в двух выборках и расчет по Q-критерию Розенбаума представлен представлен в Приложении 1, табл. 9.

Таким образом, в процессе проведения диагностических исследований и обработки эмпирических данных с помощью Q-критерия Розенбаума, гипотеза нашего исследования о том, предприниматели имеют большую подверженность депрессивным состояниям, чем лица творческих профессий, подтвердилась по всем используемым методикам.

Выводы

Проведенное исследование было направлено на изучение профессиональных характеристик, причин, проявлений и способов преодоления депрессии у лиц творческих профессий и предпринимателей.

В исследовании приняли участие 40 человек в возрасте 20-25 лет, 20 человек занимающиеся творческими профессиями, и 20 предпринимателей.

В ходе исследования были использованы такие психодиагностические методики, как:

- Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова;
- Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунге;

- Методика экспресс-диагностики личностной склонности к снижению настроению (дистимии) Бойко.

В качестве метода математической статистики был использован Q-критерий Розенбаума.

В ходе исследования были получены следующие основные результаты:

- По методике В.А. Жмурова процентное соотношение по величинам депрессивных состояний по 2-м группам: 35% предпринимателей имеют легкую депрессию, 40% находятся в умеренной депрессии и 25% имеют выраженную депрессию, по сравнению с лица творческих профессий, где выраженной депрессии не наблюдается, лишь по 20% находятся в легкой и умеренной депрессии и 15% вообще не имеют признаки депрессии. Глубокой депрессии не выявлено ни в одной из групп.

При расчете, используя коэффициент Розенбаума, была выявлено, что большая подверженность депрессивным состояниям у предпринимателей.

- По методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунге в группе лиц творческих профессий оказалось 75%, которые не находятся в депрессии, в группе предпринимателей – 50%. 30% предпринимателей по сравнению с 20% людьми творческих профессий находятся в фазе легкой депрессии. Также разнится показатель умеренной депрессии, где только 5% людей от общего количества людей в группе лиц творческих профессий имеют склонной к умеренной депрессии, а в группе предпринимателей – 15%. Показатель тяжелой депрессии выявлен только в группе предпринимателей и составляет 5% от общего числа.

Применение коэффициента Розенбаума показало более частое проявление депрессивных состояний у предпринимателей, чем у лиц творческих профессий.

- По методике экспресс-диагностики личностной склонности к снижению настроению (дистимии) В.В. Бойко выявлено, что преобладающее большинство в группе лиц творческих профессий не подвержены плохому настроению, в то время как в группе предпринимателей

данный процент – 35%. Практически обратные значения наблюдаются в тенденции к пониженному настроению: 40% у лиц творческих профессий, против 60% у предпринимателей. И в последнем показателе – дистимии (постоянно сниженное настроение) у предпринимателей 5%, у лиц творческих профессий 0%. Применение коэффициента Розенбаума доказало большую подверженность дистимии предпринимателей, по сравнению с людьми творческих профессий.

Таким образом, гипотеза о том, что предприниматели имеют большую подверженность депрессивным состояниям, чем лица творческих профессий, нашла свое подтверждение.

Заключение

Депрессивные состояния всегда окружали человечество, они являлись естественной эмоцией человека. Никто из нас не застрахован от болезней, горестей, неудач, от потерь финансового плана или разрыва отношений. Каждый из нас может столкнуться с чем-то, что может привести его к неотвратимым последствиям, когда человек сталкивается с чем-то неизбежным. В норме, естественная тоска и грусть имеют свойство ослабевать, но в случае депрессии, являющейся психическим расстройством, которое отличается от естественно-физиологических реакций большей интенсивностью, особой тяжестью переживаний и стойкостью проявлений, редко проходит само по себе, и требует лечения.

По результатам проведенного экспериментального исследования депрессивных состояний и уровня дистимии у предпринимателей можно сделать следующие выводы:

Несмотря на внешние благополучие, среди успешных предпринимателей, встречаются депрессивные состояния. По результатам эксперимента обнаружился ряд лиц у которых «Уровень Депрессии» по результатам всех методик превышает норму. По двум группам есть различия в уровнях депрессивных состояний. В то же время у лиц творческих профессий был замечен наибольший показатель людей, подверженных либо легким депрессиям, либо находящихся в нормальном состоянии, нежели в группе предпринимателей. Выяснилось, что многие бизнесмены характеризуются достаточно выраженным уровнем внутреннего дискомфорта, которые у отдельных лиц выражаются в более явной форме (средняя или тяжелая депрессия), что подтвердилось в результате анализа данных, полученных по всему комплексу методик.

Также у творческих людей, по нашему наблюдению, выявилась тенденция чувствовать себя лучше, когда появляются возможности создания предметов творчества, созидания и работы над творческими проектами, несмотря на нестабильную экономическую ситуацию. То есть творческим людям свойственно из каждой проблемной ситуации искать креативный выход, преодолевая трудности. Из-за удовлетворения и удовольствия, которое получает человек, совершающий творческое деяние, труд, основанный превращается в наслаждение.

Противоположная ситуация сложилась с предпринимателями: в условиях нестабильной экономики они чувствуют себя намного хуже, ощущают тревогу, чувство наступающего краха, чувство сдавленности, потерянности из-за большей ответственности.

При использовании Q-критерия Розенбаума по трем методикам мы имели результаты:

1 методика (февраль) – значительно выше уровень депрессии у предпринимателей;

2 методика (март) – уровень депрессии у предпринимателей выше, чем у лиц творческих профессий;

3 методика (апрель) – уровень дистимии у предпринимателей выше, чем у лиц творческих профессий.

Таким образом, гипотеза о том, что предприниматели имеют большую подверженность депрессивным состояниям, чем лица творческих профессий, нашла свое подтверждение.

Цель исследования достигнута, все исследовательские задачи решены.

Список используемых источников

1. Авдеев Д.А. Депрессия - как страсть и как болезнь. //М.: Мир - 2002. - с. 195.

2. Байкова И. А. Депрессии в практике врача-терапевта: возможности диагностики и лечения // Медицина.- 2005. - N2. - С. 37-39.

3. Барденштейн, Л.М. Клинические критерии, динамика дистимии / Барденштейн Л.М. // Российский медицинский журнал. –2019. – No 4. – С. 38- 40

4. Вейн А.М. Депрессия в неврологической практике. //М.: Медицинское информационное агентство. - 2002. - с.160.

5. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. Депрессия в неврологической практике // М.: МИА. - 2017. – 208 с.
6. Вертоградова О.П. Депрессия: психопатология, патогенез// М.: МГУ -1980. – с. 29
7. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – No 4. – С. 18–48.
8. Евсегнеев Р.А. Распознавание и лечение депрессий в общемедицинской практике // Учеб.-метод. пособие. Минск: БелМАПО.- 2002. - 17 с.
9. Евсегнеев Р.А. Психиатрия для всех. //Мн.: Беларусь.- 2006.- 478 С.
10. Ершов А. П. Информатизация: от компьютерной грамотности учащихся к информационной культуре общества. //М.: ИНФРА-М. - 2000. – с 189
11. Кемпинский А. Меланхолия. // СПб, Наука. - 2002.- с. 405.
12. Кернберг О. Агрессия при расстройствах личности. //М.: Независимая фирма «Класс». – 2018. - 365 с.
13. Ковалев, Ю.В. Тревога и депрессия: клинико-феноменологические сходства и различия (аналитический обзор) // Рос. психиатр. журн. - 2004. - №: 1. - С.45-49.
14. Когнитивная терапия депрессии // А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. – СПб.: Питер, 2003. – 250 с.
15. Кооб О. Темная ночь души. Пути выхода из депрессии. //М.: Энидентис. - 2002. - с.208.
16. Корнетов Н. А. Некоторые подходы к превенции депрессий и суицидов В кн.: Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее: материалы VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии. //Уфа: «Феникс». - 2016. – с.14.

17. Крепелин, Э. Введение в психиатрическую клинику // Э. Крепелин. – М.: Бином Лаборатория знаний, - 2004. – 492 с.
18. Ллойд-Джонс М. Духовная депрессия. //СПб, Мирт. - 2000. - с.176.
19. Михайловский В. Н. Формирование научной картины мира и информатизация. // СПб.: Питер. - 2004. – с 157
20. Медведева Е. А. Основы информационной культуры // Социс. - 2002. – с 143
21. Нэнси М.В. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. //М.: Класс. - 2017. – 96с.
22. Овчинникова К.Р. Информационно-компьютерная культура в контексте готовности личности к самообразованию. Материалы научной конференции. // М.: МГУ. - 2004. – с 154
23. О'Кен В. Новая модель депрессии как проявление взаимодействия нескольких факторов риска // Русский медицинский журнал. - 2006. - Т.14. - С. 812-813.
24. Павлова М. С., Головизнина О.Л., Низова А.В. Место психогенных непсихотических депрессий в Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) // Рос. психiatr. журн. - 2003. - №: 4. - С.7-11.Романов И.А. Новое в терапии депрессии. //М.: ЧеРо. - 2001. - с.40.
25. Полмайер Г. Психоаналитическая теория депрессии // Энциклопедия глубинной психологии. //М.: MGM-Interna, 2020. Т. 1. С. 681– 740.
26. Пуговкина, О.Д. Нарушения социального познания при депрессии: теоретические подходы, методы изучения и выделенные дефициты /О.Д. Пуговкина О.Д. // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – No 4. – С. 80-97
27. Ромасенко Л. В. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике // Терапевтический архив. - 2006. – Том 78. - С. 5-8.

28. Ромасенко Л. В., Хлебникова Л.Ю. Типология депрессии у пациентов терапевтического стационара // Рос. психиатр. журн. - 2003. - №: 3. - С.30-33.
29. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. //М.: МИА. 2003. - 432 - с. 390-425.
30. Смулевич, А. Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей / А. Б. Смулевич. – Медицинское информационное агентство, 2013. – 782 с.
31. Социальная психология: Хрестоматия: Учебное пособие для студентов вузов/Сост. Е. П. Белинская, О. А. Тихомандрицкая. // М.: Аспект Пресс. - 2003. - 471 с.
32. Степанов И. Л.. Ангедония как диагностический, прогностический и дезадаптирующий фактор при различных типах депрессий (феноменология, динамика, принципы терапии) // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.18; Моск. НИИ психиатрии МЗ РФ. - М. - 2004. - с. 35
33. Тиганов В. А. Ларвированные соматизированные депрессии // Врач. - 2004. - №: 6. - С.9-10.
34. Фенихел,, О. Психоаналитическая теория неврозов / О. Фенихел. // М.: Академический проект. 2017. – 845 с.
35. Хвостова И. И. Расстройства личности у больных, страдающих депрессией. Обзор литературы //Вестник Белорусской психиатрической ассоциации. - 2006. - №: 12. - С.82-90.
36. Эйдемиллер, Э.Г. Детская психиатрия. Учебник для вузов / Эйдемиллер Э.Г. // СПб.: Питер. - 2004. – 1120 с.
37. Ясная В.А., Ениколопов С.Н. Перфекционизм: история изучения и современное состояние проблемы // Вопросы психологии. 2017. No 4. -С. 157– 168.

Приложение 1

№ испытуемого	Группа предпринимателей	Группа лиц творческих профессий
1	52	45
2	67	55
3	55	25
4	49	23
5	78	34
6	71	18
7	41	20
8	45	42
9	50	51

10	35	46
11	26	21
12	35	11
13	80	5
14	44	17
15	87	6
16	54	12
17	28	24
18	75	36
19	47	9
20	38	18

Таблица 1

Индивидуальные данные испытуемых по методикам исследования депрессивных состояний по методике В.А. Жмурова (сырые баллы)

Таблица 2

Упорядоченные по убыванию депрессивных состояний ряды индивидуальных значений в двух выборках по методике В.А. Жмурова

Предприниматели	Лица творческих профессий
87	
80	
78	S1 = 6
75	
71	
67	
55	55

54	
52	
	51
50	
49	
47	
	46
45	45
44	
	42
41	
38	
	36
35	
35	
	34
28	
26	
	25
	24
	23
	21
	20
	18
S2 = 13	18
	17
	12
	11
	9
	6
	5

Результат: $Q_{\text{эмп}} = 19$.

Критические значения Q для $n_1=20$, $n_2=20$. (Приложение, табл. 4).

Таблица 3

Значения Q

$Q_{\text{кр}}$	Q0.05	Q0.01	
	7	9	
$Q_{\text{эмп}}$			19

Ответ: H_0 отвергается. Принимается H_1 . Предприниматели больше подвержены депрессивным состояниям.

Таблица 4

Таблица критических значений, критерий Розембаума

n	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
P = 0,05																
11	6															
12	6	6														
13	6	6	6													
14	7	7	6	6												
15	7	7	6	6	6											
16	8	7	7	7	6	6										
17	7	7	7	7	7	7	7									
18	7	7	7	7	7	7	7	7								
19	7	7	7	7	7	7	7	7	7							
20	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7						
21	8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7					
22	8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7				
23	8	8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7			
24	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	7	7	7	7		
25	8	8	8	8	8	8	8	8	8	7	7	7	7	7	7	
26	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	7	7	7	7	7	7
P = 0,01																
11	9															
12	9	9														
13	9	9	9													
14	9	9	9	9												
15	9	9	9	9	9											
16	9	9	9	9	9	9										
17	10	9	9	9	9	9	9									
18	10	10	9	9	9	9	9	9								
19	10	10	10	9	9	9	9	9	9							
20	10	10	10	10	9	9	9	9	9	9						
21	11	10	10	10	9	9	9	9	9	9	9					
22	11	11	10	10	10	9	9	9	9	9	9	9				
23	11	11	10	10	10	10	9	9	9	9	9	9	9			
24	12	11	11	10	10	10	10	9	9	9	9	9	9	9		
25	12	11	11	10	10	10	10	10	9	9	9	9	9	9	9	
26	12	12	11	11	10	10	10	10	10	9	9	9	9	9	9	9

Таблица 5

Индивидуальные данные испытуемых по методикам исследования депрессивных состояний по методике В. Зунге (сырые баллы)

№ испытуемого	Группа предпринимателей	Группа лиц творческих профессий
1	47	50
2	55	36
3	29	21
4	61	45
5	36	43
6	23	21

№ испытуемого	Группа предпринимателей	Группа лиц творческих профессий
7	52	30
8	55	51
9	38	20
10	70	60
11	51	57
12	25	24
13	58	42
14	45	51
15	54	32
16	25	20
17	63	44
18	44	23
19	28	26
20	63	38

Таблица 6

Упорядоченные по убыванию депрессивных состояний ряды индивидуальных значений в двух выборках по методике В. Зунге

Предприниматели	Лица творческих профессий
70	
63	S1 = 4
63	
61	
	60
58	
	57
55	
55	
54	
52	
51	51
	51
	50
47	
45	45
44	44
	43
	42
38	38
36	36
	32
	30
29	
28	
	26
25	
25	
	24

Предприниматели	Лица творческих профессий
23	23
	21
	21
$S_2 = 4$	20
	20

Результат: $Q_{\text{эмп}} = 8$.

Критические значения Q для $n_1=20$, $n_2=20$. (Приложение, табл. 4).

Таблица 7

Значения Q

$Q_{\text{кр}}$	$Q_{0.05}$		$Q_{0.01}$
	7		9
$Q_{\text{эмп}}$		8	

Ответ: $Q_{\text{эмп}} > Q_{0.05}$, поэтому H_0 отвергается. Принимается H_1 .
С вероятностью более 95% у предпринимателей выявлена большая подверженность депрессивным состояниям.

Таблица 8

Индивидуальные данные испытуемых по методики экспресс-диагностики личностной склонности к сниженному настроению (дистимии) Бойко (сырые баллы)

№ испытуемого	Группа предпринимателей	Группа лиц творческих профессий
1	4	5
2	3	2
3	5	3
4	4	6
5	2	5
6	6	2
7	5	4
8	7	5
9	3	1
10	5	7
11	10	4
12	4	7
13	6	2
14	4	3
15	8	4

№ испытуемого	Группа предпринимателей	Группа лиц творческих профессий
16	5	7
17	7	2
18	7	4
19	5	5
20	6	3

Таблица 9

Упорядоченные по убыванию депрессивных состояний ряды индивидуальных значений в двух выборках по методике экспресс-диагностики Бойко

Предприниматели	Лица творческих профессий
10	S1 = 3
10	
8	
7	7
7	7
7	7
6	6
6	
6	
5	5
5	5
5	5
5	5
5	
4	4
4	4
4	4
4	4
3	3
3	3
	3
	2
	2
S2 = 6	2
	2
	1

Результат: $Q_{\text{эмп}} = 9$.

Критические значения Q для $n_1=20$, $n_2=20$ (Приложение, табл. 4).

Таблица 10

Значения Q

$Q_{\text{кр}}$	Q0.05		Q0.01
-----------------	-------	--	-------

	7		9
$Q_{\text{эмп}}$			9

Ответ: $Q_{\text{эмп}} \geq Q_{0,01}$, поэтому H_0 отвергается. Принимается H_1 .
 С вероятностью около 99% на третьем этапе при выявлении уровня дистимии у предпринимателей выявлена большая степень подверженности сниженному настроению, чем у лиц творческих профессий, как на первом и втором этапах.