

Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ

СИКОВА ЕЛИЗАВЕТА АНДРЕЕВНА

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСА УПРАЖНЕНИЙ НА СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ
ДЕПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ У ОСУЖДЕННЫХ ЖЕНЩИН

Направление подготовки 37.03.01 Психология

Направленность (профиль) образовательной программы

Юридическая психология

Обучающийся


(подпись)

Е.А. Сикова
(инициалы, фамилия)

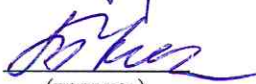
Руководитель

декан, доцент каф. психологии, канд. пед. наук
(должность, ученая степень, ученое звание)


(подпись)

Н.В. Суворова
(инициалы, фамилия)

Нормоконтролер


(подпись)

Т.В. Колпакова
(инициалы, фамилия)

Допускается к защите

Зав. кафедрой психологии

д-р психол. н., доцент
(ученая степень, ученое звание, инициалы, фамилия)
Ростовцева М.В.
(подпись)

«15» 07 2024г.

Красноярск 2024

Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

Факультет психологии

Направление подготовки 37.03.01 Психология

Направленность (профиль) образовательной программы Юридическая психология

Выпускающая кафедра психологии

ЗАДАНИЕ
на выпускную квалификационную работу

Студенту Сиковой Елизавете Андреевне группы 150-юп
(Ф.И.О. полностью)

1. Тема выпускной квалификационной работы: «Разработка комплекса упражнений на снижение уровня депрессивного состояния у осужденных женщин»

утверждена приказом по институту от «12» 02 2024 г. № 16/1-40
на основании решения заседания выпускающей кафедры психологии
Протокол от «06» 02 2024 г., № 06

2. Срок сдачи выпускной квалификационной работы «05» 04 2024 г.

3. Содержание выпускной квалификационной работы: Введение; I Теоретическое исследование психологических аспектов депрессивных состояний, 1.1. Основные положения и критерии депрессивных состояний; 1.2 Особенности формирования депрессивных состояний у осужденных; 1.3 Психологический анализ методов работы с депрессивными состояниями у осужденных ; II Опытно-экспериментальное исследование депрессивных состояний у осужденных; Заключение.

4. Консультанты по разделам выпускной квалификационной работы: нет.

5. График выполнения выпускной квалификационной работы:

09.02.24 - 15.02.24 – анализ научной литературы по теме исследования.

16.02.24 - 18.02.24 – формулирование выводов, оформление главы I.

18.04.24 - 29.04.24 – сбор первичных эмпирических данных.

30.04.24 - 07.05.24 – анализ результатов исследования.

08.06.24 - 13.06.24 – формулирование выводов, оформление работы.

Дата выдачи задания «06» 02 2024 г.

Руководитель выпускной квалификационной работы Суворова Н. В. Суворова

(подпись)

(инициалы, фамилия)

РЕФЕРАТ

Выпускная квалификационная работа 64 с., таблиц 3, источников 36, приложений 4.

ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ОСУЖДЕННЫЕ ЖЕНЩИНЫ, КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ

Цель работы – разработать комплекс упражнений на снижения уровня депрессивного состояния у осужденных женщин.

Проведено исследование на выявление уровня депрессивного состояния у осужденных женщин исправительной колонии общего режима № 22.

Проведено изучение формирования депрессивного состояния в условиях заключения у осужденных женщин. С целью работы с депрессивными состояниями и повышением эмоционального состояния осужденных женщин, был разработан комплекс упражнений, направленный на снижение самых распространенных психических состояний при депрессии, таких как – тревожность и фрустрация и повышения эмоционального фона осужденных женщин.

Достоверность полученных в исследовании данных оценена с помощью критерия t-критерия Стьюдента.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
I ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ	8
1.1 Основные положения и критерии депрессивных состояний	8
1.2 Особенности формирования депрессивных состояний у осужденных	19
1.3 Психологический анализ методов работы с депрессивными состояниями у осужденных	24
II ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ОСУЖДЕННЫХ	36
2.1 Описание процедуры и методов исследования	36
2.2 Разработка комплекса упражнений на снижение депрессивного состояния у осужденных женщин	40
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	58
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	60
Приложение	

ВВЕДЕНИЕ

Осужденные женщины, попавшие в места лишения свободы, находятся в сложной ситуации, часто ощущая себя одинокими и беспомощными. Ожидание и надежда на изменение положения могут сменяться чувством безысходности и обреченности. Такие состояния могут вызывать тоску, скуку, апатию или агрессию как способ справиться с действительностью заключения.

Социальная изоляция может иметь серьезные последствия для психического здоровья человека. Она усиливает потребность человека в общении, невозможностью заполнить эту пустоту внутри, вызывает состояние одиночества. Такое состояние связано с нарушением привычных связей с близкими и родными людьми, находящимися на свободе. Состояние одиночества чаще всего сопровождается тревогой, и может, вследствие, привести человека к депрессивным состояниям.

Депрессивное состояние является частым нарушением психического здоровья человека. Данное явление описывается длительными периодами подавленного настроения, либо потерей интереса к традиционной деятельности, или способности получать от нее привычное чувство удовлетворения [4].

В данном промежутке времени все чаще набирают обороты исследования, изучающие депрессивные состояния. Ведь риск суицидов среди осужденных женщин так же имеет весомое значение. По статистике в местах лишения свободы среди женщин за 5 лет (2012-2016 гг.) процент снижения самоубийств от их общего числа составил 17,2 %, а уровень суицидов в расчёте на 1 тыс. чел. за этот период снизился с 0,65 в 2012 г. и 0,66 – в 2013 г. до 0,55 в 2016 г. Наибольший уровень суицидов наблюдается в тюрьмах и СИЗО. Даны обобщенные характеристики суицидентов, покончивших с жизнью в 2016 г., избрав для этого два способа: механическая асфиксия (92,3%) и нанесение себе порезов на теле (7,7%). Большинство суицидентов (79,3%) были осуждены,

подозревались или обвинялись за особо тяжкие (49,2%) и тяжкие (30,1%) преступления. Отмечается, что им были свойственны: эмоциональная нестабильность, напряжённость (66%); вспыльчивость, импульсивность (40%); избирательность в контактах, замкнутость, холодность в общении, осторожность, недоверчивость, скрытность, подозрительность (26%); чувствительность к критике, тревожность, ощущение бесперспективности и собственной ненужности, пессимизм (24%); раздражительность и агрессивность, сочетающиеся с неуверенностью в себе и низкой самооценкой (22%). Названы мотивы совершения самоубийств в 2016 г.: утрата смысла жизни (35%); конфликты или разрыв отношений со значимыми людьми (23%); неадекватное состояние психического или физического здоровья (12%); длительность наказания (11%); чувство вины (8%); конфликт с другими осуждёнными (4%); потребность привлечь внимание путём демонстративно-шантажного поведения (3%) [6].

Исходя из вышеизложенного, что бы снизить уровень риска суицидов, негативных последствий, требуется разработать комплекс упражнений на снижения уровня депрессивного состояния у осужденных женщин. Данный фактор и будет являться актуальностью данного исследования.

Цель: разработать комплекс упражнений на снижения уровня депрессивного состояния у осужденных женщин.

Объект: депрессивные состояния.

Предмет: комплекс упражнений на снижение уровня депрессивного состояния у осужденных женщин.

Гипотеза: разработка комплекса упражнений будет способствовать снижению уровня депрессивного состояния у осужденных женщин.

Задачи исследования:

1. Проанализировать научную литературу по проблеме депрессивных состояний в системе исполнения наказаний.

2. Подобрать методы исследования и организовать психологическое исследование депрессивных состояний у осужденных женщин.

3. Разработать комплекс упражнений на снижение уровня депрессивных состояний у осужденных женщин.
4. Сформулировать выводы.

І ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

1.1 Основные положения и критерии депрессивных состояний

Депрессивное состояние сопровождается снижением самооценки, потерей радости жизни, интереса к ранее любимым действиям. Депрессивное состояние – это не просто плохое настроение, а психосоматическое заболевание, при котором в первую очередь требуется помощь специалистов.

Депрессивные состояния разделяются на несколько видов: большая депрессия, униполярная (монополярная) депрессия и маскированная депрессия [12].

Отечественные и зарубежные психиатры характеризуют «большое» депрессивное расстройство как состояние, которое продолжается в течение, как минимум, двух недель и описывается следующими характеристиками:

1) большую часть дня человек находится со сниженным настроением (упадок сил, волнение или «ощущение пустоты»);

2) весомым снижением интереса и (или) чувства удовольствия от всех или практически всех видов ежедневной активности, потеря радости и интереса к хобби и активностям (включая секс), которые в прошлом приносили удовольствие;

3) изменением аппетита (как анорексия, так и булимия) с изменением массы тела или без такового;

4) инсомнией или гиперсомнией. Инсомния характеризует под собой частый, а иногда основной или первый симптом психических болезней, таких как тревожное расстройство, депрессии и психозы.

Хроническая инсомния неясного зарождения всегда должна вызывать подозрение на начинающееся депрессивное состояние. При так называемой

психофизиологической инсомнии (бессонница) не удастся выявить никаких соматических или психических нарушений в качестве причины инсомнии.

Этот вид нарушений сна, наряду с инсомнией при психических заболеваниях, характеризует собой одну из самых распространённых видов инсомнии. Характерно наличие в анамнезе какого-либо события (болезнь, несчастный случай, стресс, смерть близкого человека), которое привело к инсомнии, предрасположенности личности к нарушениям сна (отягощенный семейный анамнез, «поверхностный» сон), усугубляемый негативными привычками при отходе ко сну и отсутствием гигиены сна [27].

Гиперсомния – термин, характеризующий наличие чрезмерной дневной сонливости или избыточной продолжительности сна. Следует различать психофизиологическую гиперсомнию, наблюдающуюся у здоровых лиц при недостаточном ночном сне или в условиях стресса, и различные патологические варианты гиперсомнии, например, нарколепсию, идиопатическую гиперсомнию, различные феномены сна, невротические расстройства, посттравматическую гиперсомнию, лекарственную гиперсомнию, нарушение циркадных ритмов [30].

К наиболее частым причинам гиперсомнии относятся синдром апноэ во сне, хроническая недостаточность продолжительности сна, нарколепсия, фрагментация/укорочение времени сна, связанные с СБН, и психические заболевания в том числе атипичная депрессия [36].

5) психомоторной ажитацией или заторможенностью. Психомоторная ажитация – двигательное беспокойство, часто сопровождающаяся с обширным эмоциональным возбуждением, сопровождаемым чувством тревоги и страха. Причиной может быть кататония, алкогольный делирий, взрывы отчаяния при меланхолической депрессии, тревожная депрессия, смешанная депрессия и некоторые другие психические расстройства.

Человек в таком состоянии становится более суетливым, может выполнять только простые, привычные действия. У него начинает проявляться ощущение пустоты и отсутствия мыслей, нарушается способность рассуждать,

устанавливать структурные причинно-следственные связи между явлениями. Заторможенность представляет собой замедленность психических и физиологических процессов. В научной среде для ее обозначения используются термины «брадипсихизм», «брадипсихия».

Характеризуется следующими внешними признаками – замедленность реакций, растянутость речи, неспособность включаться в общую деятельность или общение, протекающие в нормальном темпе. Заторможенные люди часто проводят время в безлюдных местах, кажутся отчужденными, закрытыми без видимой на то причины. Наиболее тяжелые варианты расстройства наблюдаются при апатии и ступоре, когда больные ни на что не реагируют [31].

Депрессивные состояния характеризуются [29]:

1) чувством опустошенности или потерей энергии. Люди, страдающие депрессивными состояниями и связанной с ней бездеятельностью, часто характеризуют такое состояние ненависть к себе; признаком лени. Это вызывает усиленные чувства вины;

2) снижением умственной активности и возможности концентрировать внимание. Расстройства внимания – это патопсихологические симптомы нарушения направленности и избирательности психической деятельности.

Снижение внимания сопровождается отсутствием способностью воспринимать информацию из разных источников, неустойчивость внимания, снижением уровня концентрации, высокой отвлекаемостью на раздражители, недостаточная переключаемость – трудностями произвольного перемещения концентрации с одного объекта (явления) на другой;

3) невозможностью принять решение. Дело в том, что при депрессивном состоянии существенно меняется мышление. Мыслительные процессы настраиваются на негатив. В результате человек намного больше фиксируется на негативных аспектах каждой ситуации, чем на положительных. В случае принятия решения, любой из вариантов имеет свои плюсы и свои минусы. В норме учитывается и то, и то, но в депрессии человек в основном концентрируется на минусах. Выбирать между хорошим и плохим всегда

легче, чем между плохим и плохим. Причем во втором случае любой выбор в итоге оказывается плохим. Человеку сложно переключиться на то хорошее, что принес ему сделанный выбор, он думает о минусах принятого решения и том, что потеряно вместе с отвергнутым вариантом;

4) суицидальными мыслями или мыслями о смерти и загробной жизни. Мысль о самоубийстве может появляться вместе с навязчивыми размышлениями о бессмысленности жизни, до полного уничтожения личности в подсознательном мироощущении. Личность ощущает себя пустым местом и считает, что становится обузой для окружающих. Человеку кажется, что родным будет лучше без него и его проблем, тем самым толкая себя на определённые действия по исполнению плана, направленного на лишения себя жизни. Переживание мыслей о самоубийстве корректируются эмоциональной сферой человека, взаимодействием как с кружающим миром, так и внутренним.

Униполярная депрессия — это термин, идентичный депрессивному расстройству; характеризуется хроническим чувством грусти, плохим настроением, чувством ненужности, отсутствием интереса к привычным делам, которая раньше нравились человеку, а также суицидальными мыслями [10].

Униполярная депрессия более распространена среди женщин, чем среди мужчин, и среди молодых людей (в возрасте 18–25 лет), чем среди пожилых людей.

Термин униполярная депрессия нужен для того, чтобы отличить серьезное депрессивное расстройство от биполярного аффективного расстройства, которое сопровождается чередованием периодов мании и депрессии. Иногда биполярное расстройство ошибочно диагностируется как униполярная депрессия. В этом случае лечение не будет являться успешным, поскольку лечение этих расстройств различается.

Униполярная депрессия имеет видные различия от биполярного расстройства, включая отсутствие маниакальных/гипоманиакальных эпизодов; однако депрессия является симптомом биполярного расстройства.

Характеристики и симптомы униполярной депрессии [15].

Проживание униполярной депрессии, или тяжелого депрессивного расстройства, отличается от периодического чувства грусти и подавленности. Униполярная депрессия сопровождается чувством подавленности, которое является постоянным, интенсивным и из-за которого человеку сложно нормально функционировать или общаться с другими людьми.

Некоторые из основных характеристик однополярной депрессии включают [34]:

- 1) подавленное настроение;
- 2) отсутствие удовольствия от действий, которые раньше нравились;
- 3) трудности с выражением и проживанием положительных эмоций;
- 4) чувство собственной никчемности, самообвинения и вины;
- 5) мысли о смерти или самоубийстве;
- 6) эмоциональное оцепенение;
- 7) низкая энергия, неспособность сосредоточиться и усталость;
- 8) проблемы с концентрацией внимание;
- 9) недостаток энергии;
- 10) заметные изменения веса и аппетита;
- 11) проблемы со сном;
- 12) чувство возбуждения;
- 13) проблемы с выполнением заданий;
- 14) ощущение ненужности и безнадежности;
- 15) чувство вины.

Иногда с униполярной депрессией путают другие заболевания, включая нарушения функции щитовидной железы (гипотиреоз или гипертиреоз) или гормональные нарушения, поэтому важно исключить их.

Маскированная депрессия (также известная как скрытая, соматизированная, ларвированная, латентная, вегетативная депрессия и «депрессия без депрессии» или депрессия истощения) – это особый вид депрессивного состояния, при котором выраженность эмоционального компонента депрессивного состояния минимальна. При таком виде

депрессивного состояния на первый план выходят соматические, вегетативные, соматовегетативные проявления (маски) депрессии. Этот вид депрессии трудно диагностируем, так как человек не осознаёт, что у него депрессия [32].

Признаки маскированного депрессивного состояния могут никак не проявляться внешне. Люди, которые страдают глубоко внутри, посторонним и близким могут казаться вполне спокойными, веселыми и довольными. Они умело прячут свои душевные терзания, чтобы не обременять никого вокруг. Часто это гиперответственные люди, привыкшие все контролировать. Тем более – свое состояние.

Маскированная депрессия. Признаки скрытой депрессии [25].

Человек с подобным психологическим расстройством склонен быстро засыпать, в надежде спрятаться от волнения, но сон его тревожен, кратковременный с частыми пробуждениями. Другой вариант – длительный сон, человек часто сонлив, слаб и может спать более 15 часов в сутки.

Признаком проявления скрытой депрессии для окружающих могут стать внезапные перепады настроения, ранее не свойственные человеку. Например, он может заплакать из-за какого-то пустяка (люди со скрытой депрессией, например, очень чувствительны к расставаниям и могут расплакаться даже из-за расставания на пару дней), или когда обычно сдержанный человек может внезапно накричать и наругать.

Люди со скрытой депрессией крайне уязвимы к расставаниям. Общение с родными и друзьями – своеобразный спасительный круг для больных. Однако им кажется, что поведай они о проблемах, скажем, друзьям, от них немедленно отвернутся. Прекратят общение. Поэтому люди с расстройством такого плана могут прятать внутренние переживания из-за боязни потерять любимых людей. Они талантливые и способные, несмотря на депрессию.

Страдающие внутренней депрессией могут быть вполне успешными в карьере и семейной жизни. Часто эти личности с проявленными талантами, имеют высшее образование, имеют статус в обществе. Неверное предположение – будто скрытая депрессия – удел тех, кто не достиг каких-либо

жизненных благ (не смог получить образование и хорошую должность, не имеет достаточно средств).

Люди со скрытой депрессией постоянно ищут смысл жизни. Отягощающие мысли относительно цели жизни, поиск своего места в мире не приносят ответа. Напротив, лицам с депрессивным состоянием становится еще невыносимей после размышлений. Чаще всего, им недостаточно радоваться каким-то мелочам (вроде хорошего дня на природе). Привычные вещи могут немного порадовать, но не могут принести удовлетворения, они постоянно испытывают незавершенность. Кроме того, у тех, кто страдает маскированной депрессией, нередки мысли о приближающейся смерти. Это не значит, что они склонны к самоубийству, но подобного рода мысли никак не способствуют улучшению ситуации.

Люди с маскированной депрессией не могут признаться родным и близким, что им нужна помощь, часто они не могут в этом признаться и сами себе.

К соматическим симптомам депрессии относятся [19]:

1) хроническая боль — частый спутник такого состояния. Локализация ее довольно часто меняется (но может иметь и длительную постоянную локализацию), иногда боль возникает одновременно в разных частях тела. Интенсивность боли может быть разной степени выраженности. Люди характеризуют свое самочувствие, как «тяжелая голова», «тупая боль», «тянет спину», «давит в груди», «жжение в руках» и, как состояние, сопровождающееся нудными, изматывающими болями;

2) нарушение аппетита — сопровождается сильной потерей или набором массы тела. Может выражаться как в анорексичном поведении, так и в переедании. Человек может совсем не ощущать чувство голода, или наоборот испытывать его постоянно. Или передать и не замечать этого — «ем по привычке»;

3) расстройства сна являются важным симптомом, который сигнализирует об истощении нервной системы. Беспокойный и/или

прерывистый сон, проблемы с засыпанием, ранние подъемы с чувством тревоги, ночные кошмары, ощущение разбитости по утрам все это соматические проявления депрессии;

4) астенический синдром — этот симптом связан с высокой утомляемостью, постоянной усталостью, снижением работоспособности. Человеку трудно сконцентрироваться на обыденных делах. При небольшой нагрузке возникает сильное утомление, которое не проходит после отдыха.

Маскированная депрессия может скрываться за [23]:

- 1) ипохондрией;
- 2) неврастенией различного проявления;
- 3) нарушением сна (бессонница, ночные кошмары, гиперсомния);
- 4) вегетососудистой дистонией, головокружением;
- 5) функциональными нарушениями внутренних органов (кардионевроз, синдром раздражённого кишечника, синдром раздражённого желудка);
- 6) кожными заболеваниями (нейродермит, кожный зуд, псориаз);
- 7) расстройствами пищевого поведения (анорексия, булимия);
- 8) расстройствами сексуального поведения;
- 9) истериями и истеричным поведением;
- 10) девиантным поведением.

Такой вид депрессивного состояния чаще проявляется у городских жителей, людей, которые в силу представленных факторов не могут открыто проявить обычную депрессию и всячески скрывают свои переживания, волнения, тревоги и всевозможные признаки усталости и эмоционального выгорания.

Также, если человек воспитан с установками, что «депрессий не бывает», что плохое настроение или апатия — это стыдно, что проявлять своё плохое настроение нельзя, то депрессия у таких людей будет проявляться масками.

Если маска депрессии проявляется в болях, то человек изматывает себя и окружающих. Он постоянно жалуется и ходит по врачам, уставая и от болей, и от отсутствия результатов, и от бесконечных посещений медучреждений.

Если же маска проявляется в девиантном поведении (наркомании, игромании, алкоголизме, агрессии), то отсутствие лечения приводит к усугублению проявления маски и развитию хронического заболевания-маски.

Любая маска опасна своими последствиями. Лечение несуществующей болезни, приём медикаментов, которые зачастую имеют побочные эффекты, злость и раздражение от врачей, которые никак не могут найти причину заболевания — всё это последствия скрытого депрессивного состояния.

Причины возникновения депрессивных состояний [28]. Современная наука рассматривает депрессивное состояние как заболевание, в происхождении которого принимают участие физиологические, психологические и социальные факторы. Развитие депрессивных может быть спровоцировано тяжелыми соматическими заболеваниями, разнообразными расстройствами психики и определенными видами лекарственной терапии. У больных с инвалидизирующими заболеваниями депрессия встречается с частотой 20–60%. Депрессивные состояния ассоциированы с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, синдромом приобретенного иммунодефицита человека и другими состояниями, влияние которых из-за многофакторности невозможно оценить в полной мере.

Пример одного из таких состояний – действие психосоциальных факторов. В кардиологической практике депрессии встречаются с частотой 15–38%.

Классификация депрессивных состояний.

Исследование психопатологической картины позволило выделить семь основных синдромальных типов депрессий [13]:

- 1) меланхолический;
- 2) тревожный;
- 3) анестетический;
- 4) адинамический;
- 5) апатический;
- 6) дисфорический;
- 7) сенесто-ипохондрический;

8) сложные депрессии с развитием в их структуре бреда, галлюцинаций, кататонических расстройств.

Данная типология простых депрессивных не исчерпывает всего многообразия депрессивных синдромов и является относительной. Это связано с тем, что наряду с классическими картинами мономорфных депрессий наблюдаются состояния, которые трудно отнести к определенному типу депрессивных состояний в связи с полиморфизмом основных проявлений депрессивного синдрома.

Сложные депрессии, к которым относятся сенесто-ипохондрические депрессии и депрессии с бредом, галлюцинациями и кататоническими расстройствами, отличаются значительным полиморфизмом и глубиной позитивных расстройств, изменчивостью, что связано с появлением в клинической картине болезни элементов, стоящих вне рамок облигатных расстройств [33].

Исследование затяжных депрессий показало, что они могут иметь мономорфную структуру, если состояние на протяжении длительного времени не меняет своей психопатологической картины, и полиморфную с развитием в картине депрессии различных видов депрессивных состояний.

В отличие от затяжных депрессий хронические депрессивные состояния характеризуются не только пролонгированностью, но и имеют ряд психопатологических особенностей, характерных для этого вида состояний, проявляющихся дисгармоничностью триады и диссоциацией между разнообразными аффективными жалобами и достаточно монотонным внешним обликом и поведением больных.

Систематика депрессивных состояний [9]:

1) меланхолические депрессии (проявляются состояниями, когда наряду с подавленностью, витальной тоской с загрудинной или эпигастральной локализацией, суточными колебаниями настроения, идеями самообвинения, самоупреками, жалобами на трудность сосредоточения, невозможность концентрации выступают двигательные нарушения, принимающие порой

характер субступорозных состояний, что соответствовало классическому меланхолическому синдрому во всей своей полноте выражения, описанной в рамках циркулярной депрессии);

2) тоскливо-анестетические (характерно чувство тоски с прекардиальной локализацией, правильными суточными колебаниями, идеями самообвинения и самоуничтожения, суицидальными мыслями и намерениями, соматическими признаками депрессий);

3) тревожно-анестетические (характерны ажитация, внешние проявления тревоги, идеаторные расстройства в виде наплывов и путаницы мыслей, инвертированный характер колебаний суточного ритма при отсутствии идеомоторного торможения, суицидальных мыслей, идей самообвинения, чувства пониженного настроения, а также соматических проявлений депрессии);

5) адинамические депрессии: состояния в которых на первый план выступают слабость, вялость, бессилие, невозможность или затруднения при выполнении физическо или умственной работы при сохранении побуждений, желаний, стремления к деятельности.

Диагностические критерии депрессивных состояний [21].

Основные симптомы:

1) снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой, преобладающее почти ежедневно и большую часть дня и продолжающееся не менее 2 недель вне зависимости от ситуации;

2) отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями;

3) снижение энергии и повышенная утомляемость.

Дополнительные симптомы:

1) снижение способности к сосредоточению и вниманию;

2) снижение самооценки и чувство неуверенности в себе;

3) мрачное и пессимистическое видение будущего;

4) идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства;

- 5) нарушенный сон;
- 6) нарушенный аппетит.

Каждый человек уникален, и важно изучить анамнез (историю жизни) человека, чтобы иметь возможность провести терапию должным образом.

1.2 Особенности формирования депрессивных состояний у осужденных

Слово «женщина», как правило, ассоциируется с образом хранительницы домашнего очага и семейного уюта. Однако женщины, преступившие закон, в жизни бывают даже более агрессивны и опасны, нежели мужчины.

На 1 сентября 2020 г. в исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы (далее – УИС), к которым относятся исправительные колонии, лечебно-профилактические и лечебные исправительные учреждения, отбывают наказание 30 863 женщин (для сравнения на 1 апреля 2019 г. их численность составляла 35 253 человек [11]).

Следует проанализировать, какие же преступления чаще всего совершаются преступниками женского пола. От общего количества преступлений, совершенными женщинами-преступницами, самую большую часть (40,7 %) занимают преступления, связанные с хранением и распространением наркотиков (ст. 228–233 УК РФ), на втором месте (20,1 %) убийства (ст. 105, 107, 108, 109, ч. 4 ст. 111 УК РФ); на третьем (12,9 %) преступления против собственности (ст. 158 УК РФ – кража); на четвертом (11,8 %) прочие преступления, на пятом (9,9 %) – умышленное причинение тяжкого вреда здоровью (ч. 1–3 ст. 111 УК РФ) [14].

Доля различных преступлений, совершенных женщинами за последние 5 лет, от общего числа аналогичных преступлений сравнительно стабильна: связанные с умышленным причинением тяжкого вреда здоровью (в 2015 г. они составляли 2,6 %, а последние четыре года – от 7,9 до 8,3 %); кража – от 6,1 до

6,8 %; грабеж (ст. 161 УК РФ) – от 3,7 до 3,9 %; разбой (ст. 162 УК РФ) от 2,2 до 2,4 %; вымогательство (ст. 163 УК РФ) от 1,4 до 1,9 %; преступления, связанные с наркотиками, – в 2015 г. составляли 12,5 %, а последние четыре года от 11,0 до 11,5 %.

В последние годы женщины совершают преступления, связанные с насильственными действиями сексуального характера, более того, отмечается рост этих преступлений (с 2015 г. по 2018 г. количество этих преступлений выросло в 1,4 раза) [35].

Тем не менее, как отмечает Н. А. Цветкова, в последнее время характер преступлений, совершенных лицами женского пола, перетерпел существенные изменения. Если ранее женская преступность была связана с мелкими хищениями, то сейчас женщины стали совершать преступления средней тяжести, а иногда и тяжкие преступления [22].

Анализ преступлений, совершенных осужденными женщинами, показал, что наиболее часто это преступления, связанные с распространением наркотических средств, кроме того, согласно исследованиям А. В. Шеслера и Т. А. Смолиной за последние годы по приговору суда уголовные наказания за данный вид преступления чаще получают женщины, чем мужчины. Причину данного явления исследователи видят в существующих проблемах социальной адаптации осужденных женщин (они занимают промежуточное положение между какими-либо социальными группами, что способствует их маргинализации).

Многие ученые отмечают, что преступления, совершенные женщинами, как правило, имеют аффективный умысел (на совершение преступлений значительное влияние оказывает эмоциональный компонент), связанный с изменой, бытовым насилием в семье (или сексуальным насилием), тяжелыми жизненными и бытовыми условиями (безработица, нищета на фоне несправедливого обогащения окружающих, нервно-психическое тяжелое или соматическое заболевание у детей, пьянство мужа или сожителя, бесплодие, финансовая или сексуальная зависимость).

Родионова О.Г. и Плотникова А.Л. указывают на то, что отсутствие ласки и заботы со стороны матери в детстве приводит к тому, что у большинства осужденных женщин (56,25 %) отмечается низкая самооценка, сниженный самоконтроль, не сформирована потребность стать матерью либо отмечается тенденция к обесцениванию себя и ребенка (недостаточный уровень принятия себя и собственного ребенка). Все данные факторы так или иначе имеют огромное влияние на психическое состояние осужденной женщины.

Психические состояния осужденных – это сложное по своей структуре психическое явление, которое сочетает настроение мыслей, чувств, стремлений, и отношение человека к самому себе и окружающему миру, вызвано условиями отбывания наказания, и отношением к совершенному преступлению.

Прежде всего, следует отметить, что большинству осужденным присущи специфические состояния - недоверчивость, подозрительность, тревожность, раздражительность, возбудимость, агрессивность, а также подавленность, чувство собственной неполноценности.

У всех осужденных наблюдается тенденция к неуверенности в своих силах, возможностях, необоснованному терзанию чувством собственной неполноценности, повышенная чувствительность к угрозе, склонность быстро реагировать на опасность. В некоторых ситуациях они могут проявлять самоуверенность, суровость и черствость по отношению к окружающим, подчиняя чувства рассудку. Для всех осужденных характерна излишняя подозрительность, недоверчивость, тревожность. Они относятся к людям с предубеждением, настороженно, никому не доверяют, неоткровенны, держатся обособленно. Им присуще приземленность стремлений. Стремятся выглядеть прямолинейными, откровенными, хотя, на самом деле, им приходится постоянно скрывать свои мысли, чувства.

Данные проявления вызываются следующими факторами:

- 1) изоляцией от общества и размещением в замкнутом среде;
- 2) ограничением в удовлетворении потребностей, в первую очередь биологических, через тотальную регламентацию поведения;

3) принудительным включением в однополых социальных групп.

Жесткая регламентация поведения правилам, которые определяются враждебным в отношении осужденного средой, и наличие широкого спектра санкций за их нарушение, формирует пассивность и стремление избежать каких-либо изменений. Поскольку заключенный живет в постоянном тесном окружении, нарушение правил может произойти и не по его вине, а из-за того, что его кто-то подтолкнул, оклеветал или неправильно истолковал его слова. Поэтому необходимо не только постоянно контролировать собственные поступки, но и просчитывать возможные варианты поведения партнеров по общению. Недовольство и враждебность усиливаются из-за того, что конфликты, которые возникают в микро среде осужденных, трудно урегулировать, а возможности изменить окружение нет. Человек в течение длительного времени находится в одной и той же социальной группе, поэтому конфликтные ситуации нередко перерастают в преступления.

От всего этого озабоченность и подозрительность приобретают хронический характер, нагнетая постоянную внутреннюю напряженность. Неожиданно может наступить момент «взрыва» («короткого замыкания»), что сопровождается бурной агрессией, которая, на первый взгляд, кажется немотивированным. Чаще всего такой поведению предшествует внешнее спокойствие, что маскирует глубокие психические переживания, делает их незаметными для постороннего глаза. Однако причина агрессивности всегда существует: оно заключается в предельно сконцентрированной внутренней напряженности, для мгновенной разрядки которой бывает достаточно совсем незначительного внешнего толчка.

Во-вторых, эмоциональным состояниям осужденных присуща некая общая динамика. Динамика личности в условиях лишения свободы - это совокупность критических изменений в психическом состоянии человека от ареста до увольнения. Можно выделить следующие ее этапы:

1) после ареста - в психическом состоянии человека доминирует страх перед будущим наказанием;

2) после вступления приговора в законную силу - психическое состояние осужденного характеризуется апатией, возможно, готовностью искупить вину;

3) после прибытия в учреждение начинается адаптация к новым условиям жизни, когда очень остро ощущается ограничения потребностей, изменение привычных стереотипов;

4) от 3-4 до 6-8 месяцев пребывания в учреждении - появление и развитие интересов в новых условиях жизни (образование неформальных групп, труд, свидания с родственниками), что способствует возникновению у осужденного положительных эмоций и повышает степень его психической активности;

5) адаптационный период;

6) период перед увольнением (3-8 месяцев) - очень сложным в связи с ожиданием свободы и трудностей, которые могут при этом возникнуть.

Таким образом, требуют особого внимания первые месяцы заключения. В настоящее время наблюдается наибольшее проявлений агрессии, что приводит к самоувечью. Затем наступает успокоенность, которая на языке ведомственных документов называется «началом исправления и перевоспитания». Психологи называют это состояние «психическим параличом», когда человек вроде влился, погрузившись в тоскливое ожидание того, что же будет с ним дальше. Так, Бекарий Ч, итальянский просветитель и гуманист, считал, что лишение свободы не уступает по своей болезненностью смертной казни. Он писал: «Несчастный видит, что его страданиям нет конца, что с заключением они только начинаются. Дух наш способен скорее выдержать и более тяжелую, но мимолетную муку, чем долгую и бесконечную». Угасание нервно-психических проявлений делает механизмы поведения неурегулированными, а вспышки агрессии еще менее предсказуемыми. Все эти факторы часто приводят к депрессивным состояниям. Учащаются случаи самоубийства, причиной которого является потеря смысла жизни.

В периоды перед увольнением озабоченность усиливается, а внутреннее напряжение растет. Казалось бы, должно быть наоборот: приближение

ожидаемой свободы должно приносить удовлетворение и умиротворенности. Сотрудники мест лишения свободы знают, что самый опасный период в жизни заключенных - последние месяцы перед освобождением. Часто осужденные в этот период даже пытаются бежать, что идет вопреки всякому здравому смыслу. Психологи называют это явление возникновения непреодолимого страха перед моментом достижения давно ожидаемой цели «эффектом избегания объекта». Осужденный понимает, что свобода может превратиться для него в тяжкое испытание: как встретят его семья и бывшие друзья, будет возможность найти работу и жилье, как отнесется к нему окружения?

Итак, руководствуясь принципами гуманистической психологии, можно утверждать, что на каждом этапе пребывания в местах лишения свободы осужденному нужна психологическая помощь, которую может предоставить только квалифицированный специалист.

1.3 Психологический анализ методов работы с депрессивными состояниями у осужденных

25 января 2023 был принят Государственной Думой закон от 6 февраля 2023 г. N 10-ФЗ «О пробации в Российской Федерации». Этот закон обязывает оказывать социально-психологическую помощь осужденным. Обязывает проводить индивидуальную помощь осужденным - потребность лиц, в отношении которых применяется пробация, в поддержке, необходимой для преодоления трудной жизненной ситуации [1].

В современной науке накоплено достаточно много способов и приемов работы с людьми, страдающими депрессивными состояниями.

Самым распространенным является когнитивно-поведенческая терапия.

Когнитивно-поведенческая терапия – это одно из направлений в психологии, которое позволяет «прочитать» схему действий и реакций человека, распознать деструктивные когниции, разобраться в том, что провоцирует их появление и как можно скорректировать паттерн поведения, чтобы перестать придумывать то, чего нет, больше не изводить себя подозрениями и направить поток мыслей в позитивное русло [24].

Главная задача психолога – научить работать со своим мышлением и изменить отношение к происходящим событиям. На пути к освобождению от назойливых когниций человеку предстоит сделать несколько важных шагов:

1) поймать себя в тот момент, когда в ответ на какой-то внешний раздражитель в голове возникает навязчивая мысль и начинает терзать, провоцирует страхи, панические атаки, фобии, депрессии;

2) проанализировать, что привело к таким автоматическим мыслям и неадекватным реакциям;

3) «оздоровить» свой образ жизни: привести в порядок режим сна и бодрствования, отказаться от вредных привычек, не пытаться объять необъятное за счет сверхнагрузок, словом, убрать факторы, которые могут спровоцировать деструктивные когниции;

4) зафиксировать новый алгоритм мышления и в дальнейшем действовать, руководствуясь новыми навыками, – не прятать голову в песок, не уходить от проблемной ситуации, а противостоять ей, не позволять тревоге и депрессивному настрою взять над собой верх.

Достоинства когнитивно-поведенческой терапии:

1) это одна из наиболее изученных методик психотерапии, высокая эффективность которой доказана многочисленными клиническими исследованиями;

2) относительная краткосрочность – на решение проблемы требуется от 10 до 20 консультаций;

3) прочный научный фундамент – КПТ основана на нейробиологии, психологии, психофизиологии и других научных дисциплинах;

4) понятный план действий – психолог обсуждает ход действий со страдающим депрессивным состоянием и строго его придерживается;

5) курс сессий нацелен на решение конкретных задач, которые проговариваются на старте;

6) человек подверженный депрессивному состоянию активно участвует в процессе – не только усваивает новые знания и навыки, но и учится их применять в конкретных ситуациях.

В распоряжении психологов множество методов, техник, упражнений, которые помогают решить конкретную задачу: распознать когнитивные искажения, проанализировать момент их появления и найти пусковой ключ, разобрать паттерны неконструктивного поведения, а затем – выстроить новый алгоритм действий и закрепить его как правильный. Это позволяет снизить уровень напряжения, тревожности, устранить негативные переживания, выровнять психоэмоциональное состояние пациента.

Методы когнитивно-поведенческой терапии [3]:

1) когнитивная терапия. Пациент уверен, что его жизнь – сплошная черная полоса, а сам он – неудачник. Психотерапевт помогает выработать позитивное отношение к своей жизни и научиться принимать себя со всеми недостатками и достоинствами;

2) реципрокная ингибция. Негативные мысли, эмоции, паттерны поведения замещаются позитивными. Подавить тревогу, страх можно, если включить противоположные раздражители – релаксацию или гнев. Важный момент: при удалении неправильного элемента нужно обязательно заполнить образовавшийся пробел;

3) рационально-эмоционально-поведенческая терапия Эллиса (РЭПТ). Человек находится во власти иррациональных установок – «должен», «нужно», «следует», воспринимает происходящие события именно с позиции этих стереотипов, а затем действует на основе своих интерпретаций. РЭПТ помогает изменить схемы мышления и учит вести себя более рационально;

4) парадоксальная интенция. Автор этого метода – австрийский психиатр Виктор Франкл – предлагает еще раз прожить проблемную ситуацию, но изменить свое поведение на 180 градусов. Например, если пациент страдает от бессонницы, психотерапевт рекомендует бодрствовать, а не пытаться заснуть всеми возможными способами;

5) «стоп-кран» (или триада самоконтроля). Этот метод используется как инструмент неотложной психотерапевтической помощи. Работа проходит в три этапа: остановить мысль, которую нужно стереть, расслабиться закрепить результат, представив что-то приятное.

Техники когнитивно-поведенческой терапии [2].

Техники, применяемые в когнитивно-поведенческой терапии, условно делят на 4 группы, каждая из которых решает определенные задачи:

1 группа – отследить деструктивные когниции и осознать их: ведение личного дневника, в котором в течение дня фиксируются мысли, поступки; рассмотреть свои мысли с позиции стороннего наблюдателя;

2 группа – оспорить иррациональные мысли: привести аргументы за и против; взвесить плюсы и минусы; провести эксперимент: испытать на собственном опыте, как реагируют окружающие на конкретную эмоцию; вернуться в прошлое, чтобы расспросить вымышленного свидетеля событий; поменяться ролями с психотерапевтом и убедить его в том, что его мысли иррациональны;

3 группа – активизировать воображение: многократное повторение позитивных установок постепенно меняет образ мышления, делая его более продуктивным; использование метафор, высказываний, притч, цитат включает образное мышление, объяснение становится более понятным; модифицировать образы, сначала сменив негативное восприятие на нейтральное, а затем – на позитивное;

4 группа – свести к минимуму сопротивление: многократное испытание на себе позитивных инструкций; обнаружение скрытых мотивов непродуктивного поведения.

Упражнения когнитивно-поведенческой терапии [26]:

1) «диалог с самим собой». Упражнение выполняется в тихом уединенном месте, где ничто и никто не отвлечет от процесса. Нужно принять удобную позу, закрыть глаза и представить свое отражение в зеркале. Внимательно посмотреть на себя и подумать, отражается ли на вашем лице, осанке дискомфорт, который вы испытываете? Внимание должно быть сконцентрировано на физических ощущениях – это позволит определить, где скрыт источник дискомфорта. Потом нужно мысленно обратиться к своему отражению и сказать ему то, что поможет успокоиться, забыть о навязчивых мыслях, поднимет настроение и вернет самоуважение. Если вы смогли убедить своего зазеркального собеседника, неприятные ощущения, эмоциональное напряжение постепенно испарятся. Если этого не произошло, стоит повторить упражнение;

2) «мозговой шторм». Есть проблема? Ищем решение. Берем лист бумаги и записываем все варианты устранения проблемы, которые приходят в голову. Это помогает отключить переживания, боязнь возможных неудач. Затем проанализируйте предложенные вами решения, оцените по пятибалльной системе насколько они жизнеспособны, можно ли их использовать. Выберите оптимальный для конкретной ситуации вариант. Если «пятерочных» вариантов несколько, попробуйте скомбинировать их. Такое упражнение помогает пробудить творческую активность и найти решение проблемы;

3) «улыбка». Упражнение элементарное: каждое утро после пробуждения и каждый вечер перед тем, как идти спать, нужно подойти к зеркалу и как следует улыбнуться, несмотря на настроение, самочувствие и прочие моменты. Держать на лице улыбку не менее двух минут;

Выбор методов, техник и упражнений когнитивно-поведенческой терапии настолько богат и разнообразен, что для каждого конкретного случая непременно найдется оптимальный вариант, который даст результат.

Важным аспектом работы психолога является тщательное исследование ощущений пациента, обычно проявляющихся в его жалобах или измеряемых с

помощью современной психофизиологической аппаратуры (частота сердечных сокращений, частота дыхания, кожно-гальваническая реакция).

Телесно-ориентированный подход при работе с депрессивными состояниями [16].

Представители телесно-ориентированной терапии видят причину депрессивных состояний в подавленных эмоциях, таких как гнев, враждебность, несогласие, которые в свою очередь блокируются в теле в виде телесных зажимов. При проработке телесных зажимов, подавляемая прежде эмоциональная энергия находит выход, что способствует избавлению от депрессивного состояния.

Первым шагом является сбор информации. Важным моментом выступают значимые воспоминания из жизни, человека.

Вторым шагом является отработка правильного глубокого дыхания. Данное упражнение позволяет с одной стороны сконцентрироваться на своих внутренних чувствах и ощущениях, а с другой стороны начать осознавать их.

Следующим шагом являются биоэнергетические упражнения по установлению связи с землей и дальнейшая работа с телом. Человеку предлагается по очереди выполнять ряд техник, которые включают в себя наклоны, способность стоять на коленях, сгибаясь при этом к земле, работа руками и ногами и т.д. Очень важно при этом удерживать правильное дыхание. В процессе выполнения упражнений происходит разблокировка мышечных блоков, что приводит к освобождению подавленной до этого энергии и способности организма к естественной саморегуляции.

НЛП (Нейролингвистическое программирование) [18].

Представители НЛП исходят из того, что депрессивное состояние кодируется в нашем мозге в виде звуков, образов и ощущений. С точки зрения НЛП, если разрушить данный код, изменив или модифицировав таким образом, чтобы он стал восприниматься нашим мозгом по иному, то депрессия уйдет. В частности, техника при работе с депрессией, состоит из нескольких шагов.

Шаг первый состоит в том, чтобы создать мотивацию на избавление от депрессивного состояния. Мотивация может быть создана за счет морковок, а именно того, что будет стимулировать человека, чтобы идти вперед, а так же за счет страшилок. Страшилки позволяют человеку увидеть то негативное, что он может получить, если он не будет меняться.

Шаг второй состоит в том, чтобы понять вторичные выгоды, которые человек получал или получает от депрессивного состояния. Вторичные выгоды представляют собой бессознательные образования и являются неким магнитом, благодаря которому человек держится за депрессивное состояние. Такими плюсами могут быть: снятие ответственности за свою жизнь, жизнь близких людей, получение внимания. Во втором шаге человеку важно не только осознать те вторичные выгоды, благодаря которым он держался за депрессивное состояние, но и найти другие, социально-приемлемые формы удовлетворения этих желаний.

Шаг третий включает в себя осознание того, как депрессивное состояние кодируется в репрезентативной системе человека. Человеку можно задать вопрос: «А так, как если бы ты ощущал присутствие депрессивного состояния это было бы внутри или во вне тебя»? После этого можно расспросить его о форме, цвете, ощущениях, звуках. Задача данного этапа в том, чтобы человек по всем органам восприятия информации смог обнаружить у себя наличие депрессивного состояния.

Шаг четвертый включает в себя непосредственную трансформацию депрессивного состояния. Это может быть сделано за счет изменения формы или размера, изменения цвета или звуков, изменения тактильных или телесных ощущений. Задача психолога на данном этапе - произвести трансформацию депрессивного состояния, за счет изменения содержания в субъективной реальности человека.

Последним этапом, который иногда стоит делать до начала работы с проблемой – является этологическая проверка или подстройка к будущему. На данном этапе человек может увидеть себя в будущем без депрессивного

состояния, и определить то, какие качественные изменения смогут произойти в его жизни.

Арт – терапия при работе с депрессивным состоянием [24].

Еще один из методов, о которых мы поговорим в данной статье, называется арт-терапия. Данная форма терапии включает в себя рисование, лепку и другие техники. Мы остановимся лишь на рисовании, чтобы показать основные принципы данного метода. Арт-терапевт просит человека нарисовать любую картину, касающуюся его текущего состояния. Пусть, к примеру, это будет депрессивное состояние. Если человек будет спрашивать о конкретике, то можно сказать о том, что важна его спонтанность, его креативность и естественность. Объясните, что никаких дополнительных указаний здесь быть не может. Помимо спонтанности попросите человека вкладывать смысл в каждый цвет, и объясните, что тогда, и только тогда картина будет иметь содержание, отражая его внутреннее состояние.

Следующим шагом, является обсуждение рисунка. Позвольте человеку дать волю своим чувствам и эмоциям. Пусть он включится в этот процесс здесь и сейчас, позволит себе быть таким, каким ему хочется быть. Задача психолога на данном этапе – поощрять самовыражение клиента. В данной части упражнения происходит восстановление естественной эмоциональной регуляции за счет выражения подавленных чувств и эмоций.

Следующим шагом можно предложить человеку изменить рисунок таким образом, чтобы он ему нравился - дорисовать или перерисовать, сделать краски ярче, рисунок больше, нарисовать то, что он любит. Иногда предлагают нарисовать рисунок с помощью только трех красок – желтой, голубой, зеленой. С помощью этих красок даже депрессивный рисунок будет выглядеть чуть-чуть минорным. Эти цвета гармонизируют внутреннее состояние.

Еще одной из техник изменения состояния в арт-терапии является техника «полярностей». Например, ночь-день, зима-лето и т.д. Первой предлагают зиму, а потом лето.

И в заключении хочется отметить, что рисование дает возможность

извлечь наружу те проблемы и комплексы, которые глубоко сокрыты в человеке. А это, в свою очередь, позволяет уменьшить депрессивное состояние, а порой полностью избавиться от него.

Самый эффективный и распространённый метод помощи борьбы с депрессивными состояниями среди осужденных является - метод рационально-эмотивной терапии [7].

Метод рационально-эмотивной терапии был впервые использован в работе с осужденным отбывающих наказание в исправительных учреждениях Приморского края в 2007 году. Его применение показало, что подобная работа эффективна в исправительном учреждении. Наличие невысокого интеллектуального уровня не мешает достичь положительных изменений в мировоззрении осужденного, для позитивных изменений проводится подготовительный этап в виде бесед, лекций, сказок, притч, арт-методик. В процессе психокоррекционной, тренинговой работы, осужденные показали положительную динамику, готовность к изменениям либо уже пользующиеся полученными навыками в повседневной жизни. Человек в условиях социальной изоляции находится в состоянии фрустрации и не может позволить себе удовлетворить все жизненные потребности, поэтому в нем копится напряжение. Психическое состояние, обусловленное невозможностью удовлетворения тех или иных потребностей. Это состояние проявляется в переживаниях разочарования, тревоги, раздражительности, наконец, отчаянии. Эффективность деятельности при этом существенно снижается.

Проявив агрессию, выразив гнев, человек, как бы освобождается от напряжения. Последующее состояние эйфории закрепляет агрессивное поведение. Однако в силу того, что выразить гнев в «местах, не столь отдаленных» наказуемо, необходимо найти способ управления гневом.

Рационально-эмотивный подход позволяет предупреждать гнев на этапе его зарождения, и существенных нарушений в организме и психическом состоянии (как в случае с подавлением) не возникает. РЭПТ помогает развить у осужденных способность к терпению, формирует эмпатию, учит прощать

ошибки себе и другим людям (признавать склонность человека совершать ошибки, его несовершенство), работать с депрессивными состояниями.

Основная задача РЭПТ — это изменение эмоции, посредством воздействия на содержание мыслей. Эмоция в той или иной этой ситуации, зависит от того, как человек интерпретирует событие. Таким образом, не внешние события и люди вызывают у человека негативные чувства, а его мысли по поводу этих событий.

Основным методом воздействия — является метод рационально-эмотивной терапии, целью которой является обучение, построение и укрепление способности к социально приемлемым действиям, повышение самоконтроля через когнитивную оценку осужденным своих действий, что позволит сформировать основные навыки управления гневом, обучить способам снятия гневного напряжения. Этот метод, дает возможность опровергнуть убеждения человека относительно того, что внешние события и другие люди являются источником чувств (как положительных, так и отрицательных). В ходе психокоррекционной работы осужденному предоставляется возможность управлять эмоциями с помощью изменения мыслей. РЭПТ помогает изменить ошибочные суждения, происходит смена установки на мир, на других, на себя, делается акцент на гуманность, принятие, стрессоустойчивость.

Главной целью терапии является не лечение или психотерапия как таковая, а обучение человека навыку выработки нового поведения. Этот вид терапии может показать человеку как перестать осуждать себя за неудачи, выходить из депрессивных состояний и не испытывать гнев в отношении других людей, совершающих ошибки, как можно принять мир таким, какой он есть и который, вероятно, никогда не будет идеальным во всех отношениях.

На начальных этапах психокоррекционного воздействия психолог обозначает цели и задачи тренинга, проводит техники по сплочению, доверию, лабилизации группового процесса (в тренинге под лабилизацией понимается осознание участниками своей «неуспешности» (в результате определенного упражнения или активности). Когда достигнут достаточный уровень доверия,

как к психологу, так и среди участников группы психолог обучает осужденных навыкам релаксации (техники дыхания), визуализации, как «первой помощи» для снятия гневного напряжения, а затем основным постулатам РЭПТ. Все техники закрепляются «домашними заданиями» с обсуждения, которых должно начинаться каждое последующее занятие. Во время занятий психолог должен помочь осужденным осознать основные пусковые механизмы гнева, его проявления как телесные, так и поведенческие. После того как данный этап успешно пройден, психолог разъясняет осужденным особенности и различия рационального и иррационального мышления (именно иррациональные суждения вызывают негативные эмоциональные и неадекватные поведенческие реакции), помогает выявить систему долженствований (одна из основных форм иррационального мышления) каждого участника группы.

По окончании работы рекомендуется каждому участнику заполнить две анкеты (одна из которых выявляет, на какой стадии работы группы находится участник (сопротивление, размышление, подготовка, действие), как он усвоил разницу между рациональным и иррациональным мышлением. Другая анкета содержит набор рациональных и иррациональных установок относительно гнева, участнику предлагается выбрать те утверждения, с которыми он согласен. В дальнейшем при анализе анкет психолог сможет выяснить, произошли ли когнитивные изменения участников группы, а также определить эффективность проведенной психокоррекционной работы.

Применение рационально-эмоционально-поведенческой терапии. В основе агрессивных тенденций у осужденных лежит так называемая «тирания долженствований». Становясь агрессивным и враждебным, индивид выдвигает три существенных требования: он неизбежно должен делать все успешно и практически все значимые в его жизни люди должны его одобрять; другие должны обращаться с ним справедливо, внимательно и с любовью; мир должен быть таким, чтобы в нем было приятно и удобно жить. На самом деле человек невероятно ошибается, в результате чего, и возникают конфликтные ситуации. Даже те немногие, которые, кажется, действительно любят его (семья, близкие

друзья) поступают бессовестно. Намного больше их занимают их собственные проблемы и желания, и они далеко не всегда внимательны к нему; изредка сосредотачиваются на поощрении его желаний и удовольствий, иногда они бывают злыми, неприятными, враждебными и жестокими. Что же касается подавляющего большинства людей в мире, то они вообще вряд ли знают о его существовании, и им нет никакого дела до всего этого.

Рационально-эмоционально-поведенческая терапия достаточно успешно себя зарекомендовала и применяется при работе с различными расстройствами: невротическими, депрессивными и тревожными; расстройствами личности.

Как психокоррекционное направление РЭПТ выделяет три сферы функционирования человека: мышление, эмоции и поведение, которые взаимосвязаны друг с другом. Изменение одной из них отражается на функционировании двух других. Однако, необходимо понимать, что как направление, требующее наличия критического мышления и дисциплины, РЭПТ подойдёт не всем. Не существует правильных или неправильных направлений психокоррекционной работы, есть подходящие и неподходящие каждому конкретному индивиду.

Хочется отметить, что среди применяющихся в настоящее время медикаментозных и немедикаментозных средств лечения депрессивных состояний, следует отдавать преимущества именно психотерапевтическим техникам. И именно правильный выбор психотерапевтической техники для определенного человека, будет определять максимальную эффективность работы с существующей проблемой.

Мы провели анализ различных техник и методик работы с депрессивными состояниями. Они эффективны, но не достаточны для категории осужденных, и особенно для категории осужденных женщин. Вследствие этого, мы выдвинули гипотезу о том что, если будет разработан специальный комплекс упражнений для осужденных женщин, то борьба с депрессивными состояниями у данной категории будет более эффективна.

II ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ОСУЖДЕННЫХ

2.1 Описание процедуры и методов исследования

Исследование проводилось на базе ФКУ ИК-22 ГУФСИН России по Красноярскому краю. Колония относится к женскому типу. При исправительном учреждении работает вечерняя общеобразовательная школа № 7, ПУ № 277, в котором осуждённые женщины обучаются специальностям, как: «швея», «закройщик», «наладчик швейного оборудования», «портной». На базе колонии функционирует реабилитационный центр «Аврора».

Нами была выбрана группа осужденных женщин в возрасте от 22-58 лет, которые отбывают наказание по статьям УК РФ 228.4 (незаконное производство, сбыт или пересылка прекурсоров наркотических средств или психотропных веществ, а также незаконные сбыт или пересылка растений, содержащих прекурсоры наркотических средств или психотропных веществ, либо их частей, содержащих прекурсоры наркотических средств или психотропных веществ). Текущий срок отбывания наказания заключенных женщин в исправительной колонии № 22 составляет от 1 года до 7 лет.

Гипотеза исследования: разработка комплекса упражнений будет способствовать снижению уровня депрессивного состояния у осужденных женщин.

Для проведения диагностики депрессивных состояний были использованы следующие методики. Методика Г. Айзенка «Самооценка психических состояний» [5]; шкала самооценки депрессивных состояний У. Занга [8]. Автоматический расчет t-критерия Стьюдента [20].

Данные методики представляют собой психометрический инструмент для измерения психических состояний у испытуемых.

Методика Г. Айзенка «Самооценка психических состояний» состоит из 40 вопросов (Приложение 1), с которыми респондент должен выбрать описание того состояния, который он испытывает в данный момент времени. Для нашего исследования необходимы только 2 шкалы, которые выявляют уровень психических состояний, таких как тревожность и фрустрация.

Цель данной методики – определить уровни таких психических состояний, таких как тревожность и фрустрация.

Мы взяли первые 2 шкалы опросника:

1. Тревожность: вопросы № 1-10.
2. Фрустрация: вопросы № 11-20.

Для проведения диагностики уровня выраженности депрессивных состояний осужденных была использована методика шкала У. Занга «для самооценки депрессии».

Цель методики – оценить уровень депрессивных состояний у испытуемых и определить степень депрессивного расстройства.

Методика состоит из 20 вопросов (Приложение 2). По каждому вопросу респонденту нужно выбрать один вариант ответа.

Пункты опросника делятся на прямые утверждения (пункты опросника: 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19) и обратные утверждения (пункты опросника: 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20).

Диагностика проводилась в один день, каждому респонденту были выданы бланки с методиками.

По результатам диагностики интуиции, у осужденных были получены данные. Результаты тестирования осужденных по методике «Самооценка психических состояний» (Автор Г. Айзенк) представлены в таблицах (Приложение 3).

Таким образом, в группе осужденных высокий уровень тревожности находится у 9 человек (45%), средний у 10 (50%) и низкий у 1 (5%) респондента. Высокий уровень фрустрации находится у 8 (40%) испытуемых, средний у 8 (40%) и низкий уровень фрустрации у 4 (20%) респондентов.

Полученные данные представлены графически на рисунке 2.1.

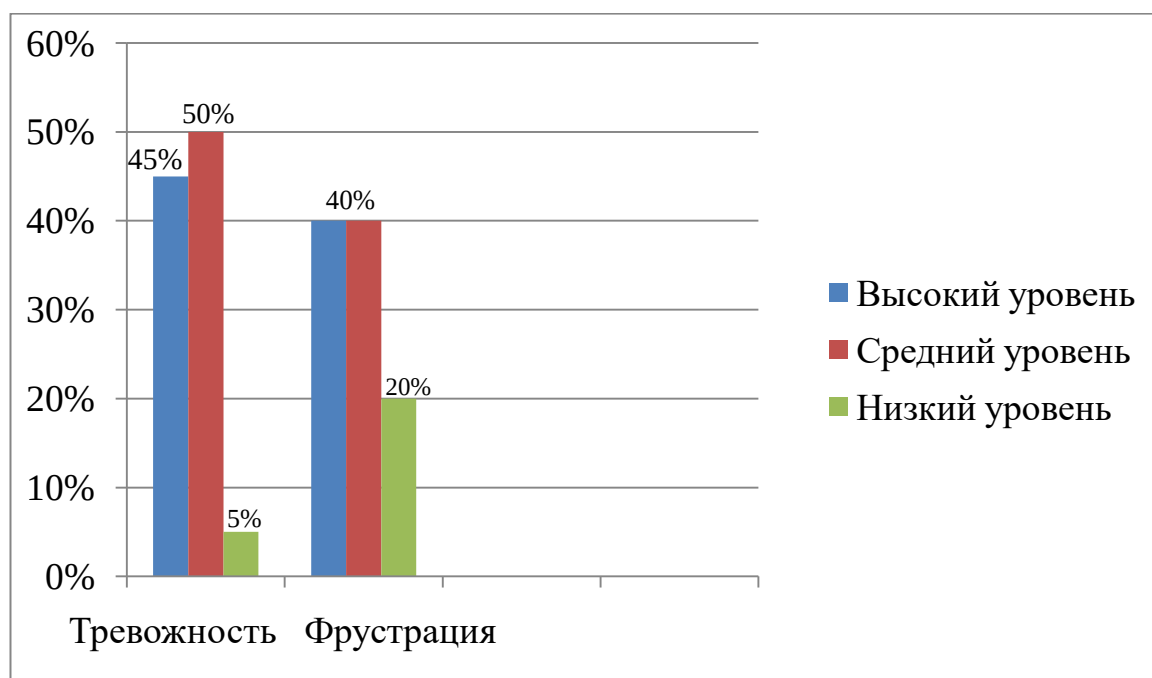


Рис. 2.1 Результаты полученных данных по методике Г. Айзенка «Самооценка психических состояний» у осужденных женщин ИК-22, (в %)

Результаты диагностики осужденных на уровень психических состояний:

У осужденных доминирует средний и высокий уровень тревожности. Следующим по значимости является высокий и средний уровни фрустрации.

Далее будут представлены результаты диагностики шкалы Занга для самооценки депрессии (автор У.Занг). Результаты полученных данных представлены в таблице 1 (Приложение 4).

Таким образом, в группе осужденных с выраженным депрессивным состоянием находятся 3 (15%) осужденных с легкой или средней тяжестью 14 (70%) и 3 (15%) респондентов находятся в нормальном эмоционально состоянии.

Полученные данные представлены графически на рисунке 2.2.

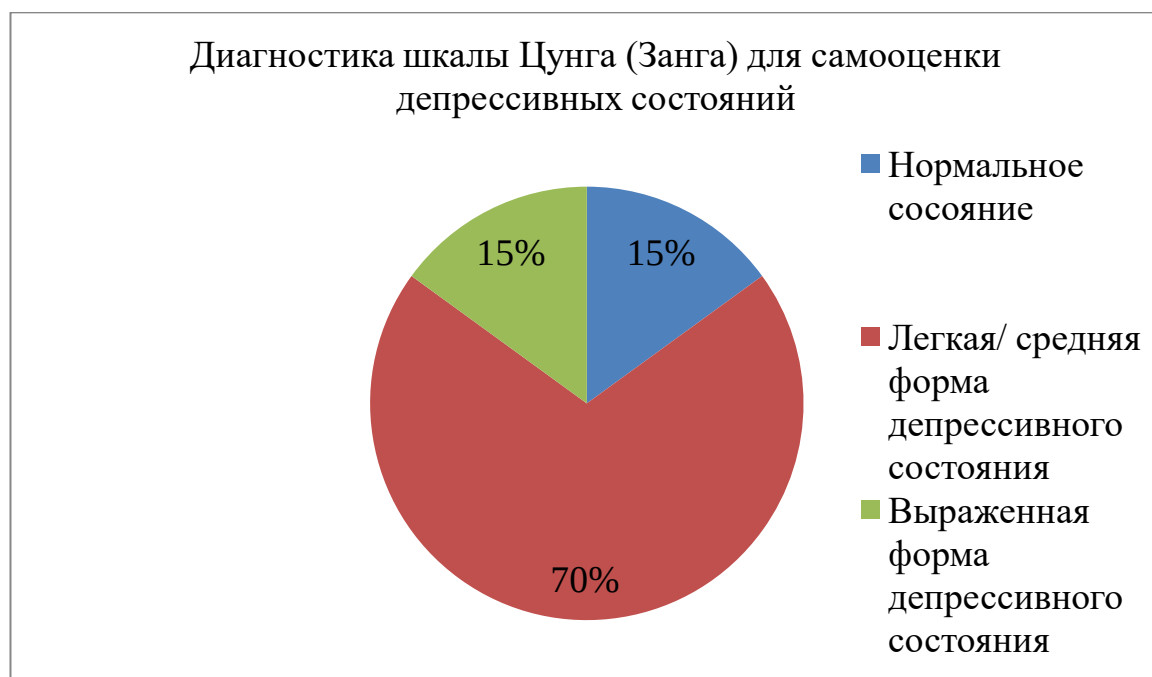


Рис. 2.2 Результаты полученных данных по шкале У. Занга «Шкала самооценки депрессии» у осужденных женщин ИК-22, (в %)

Результаты диагностики осужденных на уровень самооценки депрессивных состояний.

У осужденных преобладает легкая / средняя форма депрессивного состояния – сниженное, угнетённое, подавленное, тоскливое, тревожное, боязливое или безразличное - настроение и снижение или утрата способности получать удовольствие. Обычно также присутствуют некоторые из следующих симптомов: сниженная самооценка, потеря интереса к жизни и к привычной деятельности, неадекватное чувство вины, пессимизм, нарушение концентрации внимания, усталость или отсутствие энергии, расстройства сна и аппетита, суицидальные тенденции.

Таким образом, по результатам проведенного исследования мы пришли к первичному выводу о том, что у осужденных женщин отбывающие наказания в местах лишения свободы проявляются депрессивные состояния в форме тревожности и фрустрации. В ходе проведения исследования была выдвинута

гипотеза о том, что разработка комплекса упражнений будет способствовать снижению уровня депрессивного состояния у осужденных женщин, и был определен ряд задач для реализации данной гипотезы. Для осуществления поставленных задач был определен диагностический набор методик.

2.2 Разработка комплекса упражнений на снижение депрессивного состояния у осужденных женщин

Основываясь на результатах нашего исследования, проявлениями депрессивных состояний является тревожность и фрустрация. Мы разработали комплекс упражнений, учитывая психологические особенности, эмоциональные состояния в условиях лишения свободы, которые направлены на снижение факторов депрессивных состояний.

Комплекс разработан с учетом общих и частных психологических особенностей спецконтингента. В соответствии с результатами в нашем комплексе упражнений выделяется 4 блока по 5-7 упражнений.

Первый блок направлен на установление доверительных отношений с осужденными женщинами.

Цель: выстроить доверительные отношения между психологом и осужденными женщинами, что бы дальнейшая работа на других блоках была эффективна.

Проводится в группе.

Длительность: 1 час – 1 час 30 мин.

Начать блок стоит со знакомства с группой. Психолог должен поприветствовать заключенных, представиться. Попросить представиться участников группы. В данной части блока, основной задачей психолога является расположение к себе заключенных, создание для них комфортных

условий. Первоначальным методом для установления доверительных отношений будет метод «беседа».

Беседа. На данном этапе психологу важно как можно ближе установить контакт с заключенным, узнать больше информации о нем. К примеру, как осужденный оказался в местах лишения свободы, к какому сроку приговорен, какие у него взаимоотношения с окружающими.

Успешность индивидуальной беседы зависит от степени контакта между беседующими. При этом для психолога очень важно:

- понять позицию осужденного, его отношение к беседе;
- проявлять склонность к сотрудничеству, например, в знаках расположения к осужденному (оживление, улыбка, приветливость, внимание, снисходительность к ошибкам).

После того, как участники группы познакомились с психологом, узнали новую информацию о друг друге в ходе беседы, то можно преступить ко второй части данного блока.

Упражнения на доверие в группе.

Упражнение «Две правды и одна ложь». Попросите каждого участника в группе подумать о двух правдах и одной лжи о себе. Каждый член группы делится своими утверждениями, а другие члены угадывают, какое из них является ложью. Благодаря этому упражнению психолог может узнать еще больше информации об осужденном, так же участники группы смогут еще больше узнать друг о друге.

Упражнение «Выживание на острове». Чтобы начать выживание на острове, распределите заключенных по группам из трех или четырех человек и дайте им список из двадцати случайных предметов. У групп есть 10 - 15 минут, чтобы выбрать пять предметов, которые помогут им выжить на необитаемом острове. Каждая команда делает презентацию для остальных о том, какие пять предметов они выбрали и почему. Благодаря этому упражнению участники команд смогут войти в диалог, больше узнать об окружающих его людей, поделиться своими мыслями и идеями. Психолог должен наблюдать за

эмоциями, позами, жестами участников группы и помечать важную для себя информацию.

Упражнение «Прогноз». Заключенные делятся на две команды. Каждая получает 4 листка бумаги и фломастеры с надписями: ссора, грусть, дружба, счастье. На обратной стороне каждого из них игроки должны сделать небольшой рисунок, изображающий это слово. Члены другой команды, видя лишь слово, но не рисунки, должны предположить (сделать прогноз), что же изображено. Данное упражнение так же способствует сближению участников команды, развивает сплоченность и взаимоотношения. Психолог должен следить за участниками группы, смотреть какие цвета берут участники, как каждый ведет себя (с пониманием, терпением или наоборот с нетерпением и раздражением).

Упражнение «Монетка». Участники встают в круг. И начинают предавать монетку по кругу при помощи только одного пальца. Если монетка падает, игра начинается заново. Это упражнение поможет разрядить обстановку, настроиться на положительный лад перед последующими упражнениями.

Упражнение «Фигуры». Участники берутся за руки. Все закрывают глаза и строятся в ту фигуру, которую называет психолог. (квадрат, треугольник). Данное упражнение, так же можно использовать, когда хочется провести активное упражнение на разгрузку эмоционального состояния.

Упражнение «Магнит». Люди стоят в шеренгу у стены, им говорится, что они к ней «прилипли». Один выходит в центр. Это «магнит». Он закрывает глаза, сосредотачивается и начинает «притягивать» людей к себе. Тот, кто чувствует, что его «выдернули из клея» присоединяется к магниту и они начинают тянуть вместе. Наблюдая порядок, в котором люди будут «отлипать» от стены можно смотреть на отношение группы к человеку «магниту».

Упражнение «Талисман». Талисманом считают предмет, который приносит удачу и счастье. Поэтому его всегда стараются носить с собой. Талисманом может быть любой предмет - важно только, чтобы он попал к вам при счастливых обстоятельствах и из хороших рук. Возможно, талисман несет

какую-то положительную, добрую энергию. Пусть каждый участник группы подумает и найдет у себя какой-то предмет, который сопровождал бы его в счастливые дни. Это может быть простая вышивка, расческа, открытка и т. д. Потом выберет человека, который ему чем-то симпатичен. Заключенные должны обменяться талисманами, сопровождая это добрыми пожеланиями и напутствиями. Участники группы, если хотят, могут продумать что они будут говорить своему партнеру при вручении талисмана: от чего талисман будет хранить своего нового владельца, какую удачу приносить, что символизировать. Данное упражнение является финальным в блоке на установление доверительных отношений. Участники в группе, пройдя все вышеуказанные упражнения вместе, установят между собой контакт, у них появятся общие воспоминания, моменты, которые они могут обсудить и после посещений психолога.

Рефлексия. Подведение итогов. Заключительный этап данного блока. На рефлексии заключенные и психолог садятся в круг. Заключенным нужно дать пару минут спокойствия, что бы привести все свои мысли в порядок, дать обдумать прошедшие упражнения, успокоиться, если это нужно.

Далее психолог задает каждому члену группы следующие вопросы:

Как вы себя ощущаете после сделанных упражнений?

Что вы наблюдали или переживали во время упражнений и общении с другими участниками группы?

Что понравилось / не понравилось за время пребывания за это время?

Что для участника было полезным?

Закончить данный блок нужно с благодарностями себе и друг другу.

Психолог на каждом этапе должен оставаться опорой и поддержкой, с улыбкой и пониманием отвечать на все вопросы, если необходимо делать подсказки, направлять участников. Проявлять интерес к выбору каждого. Тем самым, установление доверительного контакта произойдет не только между участниками группы, но и с психологом.

После того, как группа прошла первую часть блока, у участников

установились доверительные отношения между психологом и остальными участниками группы, то можно преступать ко второму блоку.

Второй блок направлен на снижение тревожных состояний у осужденных женщин.

Проводится группе.

Цель: научить осужденных женщин справляться с приступами тревожности и бороться с тревожными мыслями.

Длительность: 1 час – 1 час 30 мин.

Перед началом упражнений. Психолог должен поприветствовать участников группы, спросить, как они себя чувствуют, как у них настроение и готовы ли они к дальнейшей работе. После небольшой беседы можно психолог дает небольшое понятие тревожности и ее проявлениям.

Речь психолога: «Люди испытывают тревожность в разных ситуациях. Накануне важных событий в большей или меньшей мере все люди испытывают растерянность, беспокойство, тревогу или даже страх. Вслед за ними, как правило, следует собранность, сосредоточенность, концентрация. Наши отрицательные эмоции считают «сторожами», которые не дают нам впасть в беспечность, что угрожало бы нашей жизни. Однако длительное пребывание в таком состоянии тоже опасно, так как приводит к состоянию ступора. Такое состояние можно называть тревожностью.

Тревожность сопровождается неприятными ощущениями. Находясь постоянно в тревожном состоянии, человек, его организм, испытывает стресс. Стресс обозначает давление, натяжение, усилие.

Физиологическая сторона тревожности. Вы, наверное, замечали, что достаточно просто подумать о предстоящем важном событии, о том, что вас ожидает и начинает сильно биться сердце. С физиологической точки зрения это объясняется просто. Когда мы сталкиваемся с любыми трудностями, наш мозг получает сигналы об этом. Вырабатываются гормоны, которые попадают в кровь и с ней переносятся ко всем внутренним органам, меняя их режим работы. Учащается работа сердца, повышается активность тех зон коры

головного мозга, которые отвечают за внимание и слаженную работу сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Какие ситуации вызывают у людей тревожность? Вспомните ситуации, когда вы тревожились. Участники группы могут поделиться своим мнением, и после психолог переходит к дальнейшему плану прохождения блока.

Перед выполнением упражнений, психолог предлагает завести каждому участнику «Дневник тревог». Психолог должен объяснить, с какой целью нужно вести данный дневник.

Цели могут быть разные, например:

- 1) меньше времени проводить в тревоге;
- 2) концентрироваться на позитивных сторонах жизни, а не негативных;
- 3) научиться отличать свои мысли от навязанных.

Тратить на дневник можно не более 10-15 минут, но желательно каждый день — уже через неделю заключенные заметят разницу в работе со своими мыслями. Он может выглядеть как таблица со столбцами.

Столбец № 1. Факт (мысль, событие или даже воспоминание). Нужно описать, что, где и когда вызвало у вас чувство тревожности. Если это воспоминание — то при каких обстоятельствах вы это вспомнили.

Столбец № 2. Как это ощущается на уровне эмоций. Хорошо работает определение интенсивности эмоций: можно написать, на каком уровне от 1 до 10 (или в процентах, или от 1 до 100) ощущается эта эмоция, где 0 — если совсем нет изменений, а 10 или 100 — очень интенсивная эмоция.

Столбец № 3. Как это проявляется в теле. Нужно описать, какие телесные реакции последовали за эмоциями. Перехватило дыхание, задергалась мышца, появилось ощущение жара или холода в частях тела, потливость, дрожь — описать все, даже самые мелкие проявления.

Столбец № 4. Какие появляются мысли. Записать все мысли, которые у заключенного появились, внимательно отследив каждую. Перед заполнением графы для альтернативной мысли попробовать на минуту-две посмотреть на

ситуацию с высоты или со стороны. На какие мысли можно заменить ваши автоматические, когда вы ясно видите перед собой ситуацию?

Заполненные графы могут выглядеть так: «Начальник сказал, что нужно помочь с работой другому работнику, к которому я испытываю неприязнь». Я ощущаю злость, разочарование, обиду. Появляются мысли «Я просто этого не заслужил (а)», «Начальник — ужасный человек». В теле ощущается как жар в районе груди, текут слезы.

Альтернативная мысль: «Да, я испытываю неприязнь к этому человеку, но возможно работа вместе поможет мне понять этого человека, улучшить с ним отношения, обзавестись новым приятелем».

Автоматические мысли, появляющиеся на сильных эмоциях, часто кажутся правдивыми и реальными. Но лишь посмотрев на них со стороны, можно увидеть, что они — следствие установок, допущений, чувств, и с реальностью порой связаны мало. Чтобы в этом убедиться, попробуйте задать себе вопросы:

Какие есть доказательства того, что это правда?

Каковы доказательства, что это не так?

Чем мешает мне эта мысль?

Что самое страшное случится, если это правда?

Как я это самое страшное переживу?

«Дневник тревог» стоит вести до тех пор, пока чувство тревожности не уйдет со всем. Если у человека останется привычка вести дневник на постоянной основе, то в этом тоже нет ничего плохого. Данный инструмент поможет заключенным справляться с чувством тревожности без посторонней помощи.

После того, как психолог рассказал о дневнике, ответил на интересующие вопросы заключенных, то можно преступать к упражнениям.

В данный блок входят следующие упражнения:

Упражнение «Избавление от тревоги». Проводится при помощи гештальт-терапевтической техники. Это поэтапное упражнение поспособствует

уменьшению тревожных симптомов. Осужденные должны задать себе вопросы и постараться быть максимально честными в ответах:

Не портит ли волнение за мое будущее качество моей настоящей жизни?

Я тревожусь, потому что мои проблемы большие и неразрешимые?

Или я ничего не делаю, чтобы их решить?

Я могу прямо сейчас совершить то, чего боюсь? (например, спланировать дальнейшие действия или серьезно побеседовать с человеком, с которым долгое время откладывался разговор).

Благодаря первому блоку на установление доверительных отношений, заключенным будет легче довериться психологу и окружающим его участникам группы.

После ответов, человек должен постараться мысленно представить все свои сегодняшние волнения и прожить их прямо в моменте. Сконцентрироваться на окружающей действительности. Подумать, что он сам чувствует в данную минуту, какие звуки слышит, обращает ли внимание на цвета и запахи. После человек должен написать на бумаге все, что чувствует. Такое упражнение помогает справиться с тревогой, успокоиться, переключить внимание.

Упражнение «Преодоление страха» по методике психолога Альберта Эллиса: Часто человеческие страхи возникают из-за ложных установок. То, чего мы боимся, не представляет для нас реальной угрозы. Чтобы справиться со страхами и фобиями, нужно:

1) посмеяться над своими страхами. Подумать, для чего человеку необходимо одобрение других людей;

2) откровенно поделиться своим страхом с психологом и рассказать ему, что осужденный сам чувствуете при этом. Найти ложную причину страхов и трансформировать ее в разумную. Понаблюдать за своими переживаниями, признаться, что они мелкие и незначительные. Например, если человек страшится показаться другим слабым человеком из-за того, что сильно

переживает, нужно сознаться в том, что он стесняется своих эмоций, и это необоснованный страх, ведь каждый имеет право на чувства.

Упражнение «Мозговой штурм» по методу Д. Скотта. Нужно записать свои идеи по решению проблемы, которые первыми придут на ум. Это поможет купировать боязнь возможного поражения, исключить все тормозящие факторы, которые возникают в мыслях при долгом размышлении. Критически проанализировать свой план по 5-балльной шкале (5 – верное и разумное решение, 2 – нецелесообразное и бесполезное). Отобрать решения с лучшей оценкой (одно или несколько), которые приведут к достижению цели, и пользоваться именно ими.

Упражнение «Снимаем стресс» по методу Кристана Шрайнера. Это упражнение поможет очистить мозг от лишних мыслей. При выполнении следует:

1) прислушаться к своим ощущениям, которые человек испытывает в состоянии паники или стресса (потливость, учащенное сердцебиение, напряжение мышц и другие). В момент стресса нужно специально задержать внимание на своем напряжении. Задать себе вопрос: «Для чего я так напряжен?» Спросите себя: «Что нужно сделать, чтобы чувствовать себя хорошо?». Постараться увеличить свои негативные реакции, пусть пару минут сердце бьется как сумасшедшее или напряжение станет нестерпимо сильным. Нужно следить за своим состоянием, убеждаясь в том, что это пустое занятие отнимает все силы. Спросите себя: «Что дает такое состояние? Полезно ли оно для меня? Желаю ли я от него избавиться?»;

2) приступать к релаксу. Нужно представить, что мышцы человека послушны и податливы, стараться уловить равновесие и успокоение. Очистите мозг от лишних мыслей, пусть действия будут полезными и нужными, не стоит тратить энергию вхолостую на бессмысленные переживания;

3) сознательно менять требования к самому себе на предпочтения и желания.

Упражнение «Черный список». У каждого тревожного человека существует свой набор опасений (страх лифта, боязнь не справиться с каким-либо делом и прочее). Для выполнения упражнения необходимо составить список из своих опасений, а затем напротив каждого пункта написать противоположное, позитивное высказывание. Например: «Я не справлюсь с работой, которую мне поручат — Я уже выполнял сложные поручения, поэтому мне не стоит беспокоиться из-за этого». Также будет полезным вспоминать свой собственный положительный опыт преодоления сложных ситуаций. А главное — воскресить те ощущения, которые ты при этом испытывала. Чем ярче будет «картинка», тем проще получится вести себя увереннее и бесстрашнее.

Упражнение «Мотивация». Необходимо составить список выгод избавления от тревоги. К примеру:

- 1) я смогу спокойно спать по ночам;
- 2) в течение всего дня я буду чувствовать энергичность и радость;
- 3) я смогу продуктивно работать и полноценно расслабляться;
- 4) мои отношения с окружающими улучшатся.

Рефлексия. Заключительный этап данного блока. На рефлексии заключенные и психолог садятся в круг. Заключенным нужно дать пару минут спокойствия, что бы привести все свои мысли в порядок, дать обдумать прошедшие упражнения, успокоиться, если это нужно.

Далее психолог задает каждому члену группы следующие вопросы:

Как вы себя ощущаете после проделанных упражнений?

Что вы наблюдали или переживали во время упражнений и общении с другими участниками группы?

Что понравилось / не понравилось за время пребывания за это время?

Что для участника было полезным?

Закончить данный блок нужно с благодарностями себе и друг другу.

Третий блок направлен на снижение состояния фрустрации.

Цель: снижение уровня фрустрации, у осужденных женщин.

Проводится в группе.

Длительность: 1 час – 1 час 30 мин.

Перед началом упражнений. Психолог должен поприветствовать участников группы, спросить, как они себя чувствуют, как у них настроение и готовы ли они к дальнейшей работе. После небольшой беседы можно преступать к дальнейшим действиям.

В данный блок входят следующие упражнения:

Упражнение на разогрев «Комплименты». Участники сидят в кругу. Один участник говорит другому участнику, сидящему слева, комплимент. Участник, который получил комплимент, отвечает: «Да, конечно, а еще я... (говорит о себе что-то хорошее)». Таким образом, каждый участник получает комплимент. Это упражнение поможет улучшить атмосферу в команде и настроиться на положительный лад.

Психолог должен рассказать о таком психическом состоянии, как фрустрация. Сделать это можно следующим образом.

Речь психолога: «Давайте немного поговорим о том, как часто мы получаем не то, что ожидаем. Например, женщина шла домой, предвкушая, как будет прекрасно после тяжелого рабочего дня принять горячую, расслабляющую ванну. Именно в это время доблестные работники ЖКХ отключили горячее водоснабжение в доме. Согласитесь, это неприятно. У кого-то это происходит часто, у кого-то – не очень. Человек устроен так, что ожидания являются неотъемлемой частью его жизни. Думаю, они заслуживают того, чтобы уделить им особое внимание».

Необходимо дать определение таким понятиям как фрустрация, толерантность к фрустрации. Это психологические термины, с которыми вы ещё незнакомы. Сейчас я вас с ними познакомлю.

Фрустрация – негативное состояние, которое возникает в ситуации невозможности удовлетворения потребностей. Возникает в том случае, когда сильное желание или стремление человека наталкивается на преграду, которая является непреодолимой или только кажется таковой. Если человек не

справляется с помехами, то происходит переоценка ситуации, пересматриваются предыдущие действия, делаются выводы и разрабатываются новые пути достижения цели, или ставится новая цель. Такую фрустрацию ещё называют конструктивной.

Толерантность к фрустрации - это способность человека противостоять различным жизненным трудностям без утраты психологического равновесия. Когда человек извлекает пользу из своих ошибок, не заикливается на них, он находит собственную точку равновесия. Каждый человек имеет потенциал, способность справляться с трудностями в жизни, способность адаптироваться к изменениям и находить выход из сложившейся ситуации.

Речь психолога: «А теперь давайте поработаем над тем, как найти положительные стороны в ситуации, которая не соответствует нашим ожиданиям».

После небольшой речи можно преступать к выполнению упражнений.

Упражнение «Фрукт на любой вкус». Заключенные должны обратиться к своему воображению. Они должны представить тот фрукт, который в бы хотелось сейчас получить. Постараться представить его как можно лучше: какой он на ощупь, какого цвета, каков его аромат (участники выполняют задание на визуализацию)). Каждый представил тот фрукт, который хотел бы получить. Участники по очереди называют фрукт, который себе представили. Психолог раздает участникам совершенно другие фрукты, создавая ситуацию фрустрации. Психолог: «Каждый участник получил не то, что хотел. Однако у нас всегда есть возможность как-то сформулировать свое отношение к тому, что мы сейчас имеем. Давайте попробуем это сделать, продолжив фразу: «Я не получил манго, зато у меня есть лимон, который может стать прекрасным дополнением к вечернему чаепитию».

Участники проводят упражнение на нахождение положительное в текущей ситуации.

Речь психолога: «Мне бы хотелось, чтобы каждый поделился своими впечатлениями, что ему понравилось, какие чувства вызвало занятие. Может

быть, кто-то получил для себя что-то новое». Участники делятся своими впечатлениями. Плоды в ваших руках не соответствовали вашим ожиданиям. Однако вы сумели увидеть положительное в этой ситуации. И опыт, который вы сейчас приобрели, останется с вами».

Упражнение «Принятие ситуации». Нужно перестать ругать себя, других людей, мир, обстоятельства за то, что что-то произошло. Так человек затрачивает силы и ресурсы и слабеет. Нужно начать называть эмоции. Конкретизировать каждую. И потом каждой приписать конкретное событие, которое ее вызвало. Далее сместите фокус с «кто виноват» на «что делать». Нужно задаться вопросом, как лично можно исправить ситуацию и начинать делать шаги. Путь они будут очень маленькие. Но понятные и вполне конкретные.

Упражнение «Разделение ситуации и состояния». Заключенные должны вспомнить ситуацию, когда в их жизни случилось что-то плохое и на этом примере попытаться отделить ситуацию и свое отношение к ней. Важно понимать, что в стрессовой ситуации есть негативный раздражитель и реакция человека на него. Это абсолютно разные, не тождественные друг другу вещи. Если случилось что-то плохое – это не значит, что человек обязан себя плохо чувствовать. Нужно разделять эти два понятия. Помнить, что внешние обстоятельства уже случились. Задуматься, какие из них зависят полностью от человека, какими еще факторами они обусловлены. Состояние человека и его реакция точно может отрегулировать он сам.

Упражнение «Анализ ситуации и выводы». Использовать это упражнение после того, как были задействованы первые два. Нужно попробовать проанализировать, почему ситуация произошла. Вспомнить свой анализ на первом этапе и еще раз обозначить, в какой зоне была ответственность человека. После этого нужно написать: что может осужденный предпринять, чтобы больше это не происходило. Плюс максимально конкретно, пошагово (насколько это возможно) прописать, как выйти из похожей ситуации, если она все же повторится.

Нужно представить, что к человеку обратился менее опытный друг и просит дать совет, как выйти из похожей ситуации. Помогите ему разделить проблему и эмоции, а потом как бы со стороны проанализируйте его поступки. Некоторым такую дистанционную работу по отношению к себе как к третьему лицу сделать проще, чем разбираться с собой тет-а-тет. Такой подход помогает формировать осознанность.

Рефлексия занятия. Подведение итогов. Психолог подводит итоги и говорит, что к способам преодоления фрустрации можно отнести позитивный подход; фиксировать внимание не на проблеме, а на успешных и сильных сторонах личности; составить план-схему достижения цели и возникших препятствий; поиск другого пути достижения цели; переоценка цели, возможно, временно следует заменить одну цель на другую, которая позже приведёт к достижению первоначальной цели.

Третий блок направлен на поддержание эмоционального состояния.

Проводится в больших группах по 10-15 человек.

Цель: поддержка эмоционального состояния у осужденных женщин, с целью предотвращения вхождения в депрессивное состояние.

Длительность: 45 мин - 1 час.

Инвентарь: краски, фломастеры, листок бумаги, кисти.

Данный блок будет актуален для лиц, прошедшие первые три блока и для лиц не подверженным депрессивным состояниям.

Психолог должен представиться, поприветствовать участников группы. спросить, как они себя чувствуют, как у них настроение и готовы ли они к дальнейшей работе.

Для поддержания эмоционального состояния осужденных, для данного блока мы взяли арт-терапевтические техники.

Психолог должен поделиться с осужденными, что такое арт-терапия и для чего она нужна.

Речь психолога: «Арт-терапия — это форма психотерапии, в которой использование художественных материалов и творческого процесса помогает

людям выражать свои эмоции, решать психологические и эмоциональные проблемы. Эта методика включает в себя различные виды искусства, такие как рисование, лепка, музыка, танец, театр и другие. Данный вид деятельности поможет снять внутреннее напряжение и наладит внутренний покой».

Начало арт-терапевтической работы часто вызывает у людей тревогу, которая может скрываться за ироническими и критическими высказываниями. Многим участникам трудно начать изобразительную работу, они могут говорить о том, что это «детский сад», «я со школьных лет не рисовал». Поэтому самые первые попытки включиться в арт-терапевтическую работу могут сопровождаться повышенной тревожностью, защитными реакциями, нежеланием раскрываться. В рисунках такие тревожные состояния могут проявляться в виде юмористических, иронических изображений. Предполагается, что таким образом люди «отделяют свои проблемы от своей личности и начинают смотреть на них со стороны». Тем самым снимается излишняя тревожность и напряжение и достигается состояние большего эмоционального комфорта. Поэтому психологу стоит быть готовым к разным исходам событий.

После того, как психолог поделился информацией о данной методике, то можно преступать к упражнению.

Упражнение «Розовый куст». Заключенным нужно нарисовать розовый куст таким, каким заключенный его себе представляет. Рисуя розовый куст, он фактически рисуется свой внутренний мир. Нет ничего более индивидуального чем, неожиданный рисунок. «Розовый куст» - это метафора человека, его внутреннего состояния. Например, кто-то нарисует пышный куст в шикарном саду, а кто-то изобразит чахлый, с облетевшими листьями.

Важной частью данного упражнения является обсуждение. Заключенные по желанию могут поделиться, почему они нарисовали именно такой куст. Психологу важно каждому заключенному должное внимание. Поговорить с ним, о его кусте, если заключенный расположен и вести себя тактично, если заключенный не хочет идти с психологом на контакт.

Упражнение «Мой путь». Психолог раздает участникам группы листки бумаги карандаши или краски и просит нарисовать участников их личный путь к успеху таким, каким они его видят. Участники рисуют всё то, что у них ассоциируется с успехом. Во время творческого процесса рекомендуется на время выключить внутреннего критика. Главное - это получить удовольствие от процесса рисования.

Важной частью данного упражнения является также обсуждение. Если участники готовы поделиться, то психологу важно выслушать каждую историю, задавать такие вопросы как: что ты можешь предпринять, что бы начать свой путь успеха? Что тебе мешает начать?. Разобравшись с такими вопросами, с внутренними противоречащими установками, эмоциональное состояние человека намного улучшится.

Упражнение «Краска под музыку». Иногда поднять эмоциональный фон у заключенных можно самым простым способом. Позвольте участникам группы пофантазировать под музыку-это отличный способ расслабиться и просто отдохнуть. Не ограничивая рамками, формами, цветами. Пусть участники группы полностью расслабятся под классическую музыку. Иногда забыть о происходящем, погрузиться в свои мысли именно то, что нужно заключенным.

Упражнение «Нарисовать зеркало». Эта деятельность базируется цитате Пита Мондриана: «чем чище зеркало художника, тем более истинная реальность отражается в нем.» Это включает в себя разрешение умереть тому, что не является истинным отражением человека, а становится спиной верного отражения его в зеркале. Это упражнение поможет отпустить человеку то клеймо, которое дало человеку общество, родные или близкие люди или он сам. В этом упражнении главное не спешить. Пусть участник вспомнит свое прошлое, каким он был раньше и каким он хочет быть сейчас. Пусть на листке он отразит то, что хочет видеть в настоящем зеркале.

Рефлексия занятия. Подведения итогов. Каждый участник может поделиться своими переживаниями, положительными или отрицательными отзывами о проделанной работе. Психологу важно сказать заключенным, что

занимаясь арт-терапевтическими техниками, человек трансформирует негативную энергию в позитивную посредством творческого самовыражения. Свои работы участники могут забрать с собой или оставить в кабинете психолога.

План проведения комплекса упражнений.

1) проведение первичной диагностики группы по методикам Г. Айзенка «Самооценка психических состояний» и шкала самооценки депрессии Занга;

2) после диагностики выявляется часть людей от группы со средним или высоким уровнем тревожности и фрустрации;

3) с этой группой людей начинается работа психолога: прохождение блоков. Блоки проходятся 1 месяц;

4) 1 неделя – прохождение блока на установку доверие в группе и установление контакта с психологом. Занятия проводятся два раза в неделю с интервалом 3-4 дня.

На первом занятии разбираются такие упражнения, как: знакомство-беседа; две правды, одна ложь; выживание на острове, прогноз. После каждого занятия происходит подведения итогов. Время отведение на прохождение 1 части блока 1ч-30 мин каждое занятие.

На втором занятии разбираются такие упражнения, как: монетка; фигуры; магнит; талисман. Завершаем блок;

5) 2 неделя – прохождение блока на снижение тревожных состояний. Занятия проводятся два раза в неделю с интервалом в 3-4 дня. Время отведение на прохождение 2 части блока 1ч-30 мин каждое занятие.

На первом занятии психолог раскрывает понятие – тревожность. Психолог рассказывает о «Дневнике тревог» и просит вести его до следующего занятия. Далее разбираются такие упражнения, как: избавление от тревоги; преодоление страха, мозговой штурм.

На втором занятии разбираются такие упражнения, как: снимаем стресс; черный список; мотивация. Завершаем блок;

6) 3 неделя – прохождение блока на снижение фрустрации. Занятия проводятся 2 раза в неделю с интервалом в 3-4 дня. Время отведение на прохождение 1 части блока 1ч-30 мин каждое занятие.

На первом занятии психолог раскрывает понятие – фрустрация. Далее разбираются такие упражнения, как: комплименты, фрукт на любой вкус; принятие ситуации.

На втором занятии разбираются такие упражнения, как: разделение ситуации и состояния; анализ ситуации и выводы. Завершаем блок;

7) после прохождения трех недель работы с осужденными женщинами, данной группе еще раз дается тестирование по методикам Г. Айзенка «Самооценка психических состояний» и шкала самооценки депрессии Занга. После снижения уровня тревожности и фрустрации, можно переходить к 4 блоку, направленного на поддержание эмоционального состояния у осужденных женщин;

8) 4 неделя – прохождение блока на поддержание эмоционального состояния. Занятия проводятся 2 раза в неделю с интервалом в 3-4 дня. Время отведение на прохождение 1 части блока 45м-1ч. каждое занятие. В данном блоке даны несколько видов упражнений, что бы психолог мог сам выбрать, какое упражнение больше подойдет для его группы. На каждом занятии в конце подводятся выводы. На последнем происходит завершение блока.

Таким образом, нами был разработан комплекс упражнений, который поможет в работе с депрессивными состояниями и поддержки эмоционального состояния у осужденных женщин. Особенность комплекса заключается в том, что в нем собраны упражнения для самых распространенных депрессивных состояний и поддержки эмоционального состояния.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью данного исследования было разработать и обосновать комплекс упражнений на снижения уровня депрессивного состояния у осужденных женщин.

В теоретической части работы был проведен анализ литературы по теме исследования, который позволяет сделать следующие выводы и обобщения.

Депрессивное состояние сопровождается снижением самооценки, потерей радости жизни, интереса к ранее любимым действиям. Депрессивное состояние – это не просто плохое настроение, а психосоматическое заболевание, при котором в первую очередь требуется помощь специалистов.

В современной науке накоплено достаточно много способов и приемов работы с осужденными, страдающими депрессивными состояниями.

Самым распространенным является когнитивно-поведенческая терапия. Далее по распространению идет телесно-ориентированный подход при работе с депрессивными состояниями арт-терапия и НЛП (Нейролингвистическое программирование).

В рамках эмпирического исследования были изучены психические и депрессивные состояния осужденных женщин. В результате были сделаны следующие выводы. У большинства респондентов высокий (45%) и средний (50%) уровень тревожности, высокий (40%) и средний (40%) уровень фрустрации.

В дальнейшем ходе исследования было выявлено наличие легкой или средней тяжести тревожного или депрессивного расстройства у 70% респондентов. Выраженное тревожное или депрессивное расстройство среднетяжелой и тяжелой степени у респондентов составило 30%. Респонденты с крайне тяжелой формой депрессивного состояния выявлены не были. Полученные данные путем автоматического расчет t-критерия Стьюдента еще раз доказывают нам, что у осужденных женщин Исправительной колонии №22

присутствуют депрессивные состояния.

Таким образом, подводя итог исследования и опираясь на заключения проведенных методик можно сделать вывод, что у заключенных женщин депрессивное состояния проявляется в форме таких психических состояний как фрустрация и тревожность.

Сделанные выводы позволяют заключить, что цель исследования достигнута, задачи выполнены.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Российская Федерация. Законы. О пробации в Российской Федерации : федеральный закон № 10-ФЗ : [принят Госдумой 25 января 2023 г. : одобрен Советом Федерации 01 февраля 2023г.] // СПС «КонсультантПлюс». – Режим доступа: локальная сеть.

2. Автоматический расчёт t-критерий Стьюдента // PSYCHOL-OK : Психологическая помощь: Электронный форум. – Москва, 2006-2024. – URL: https://www.psychol-ok.ru/statistics/student/student_02.html (дата обращения 20.05.2024).

3. Борозденко, Д. А. Моделирование депрессии / Д. А. Борозденко, С. С. Хованова, Н. М. Киселева, Вад. В. Негребецкий // Российский медицинский журнал. – 2019. – № 3. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/modelirovanie-depressii> (дата обращения: 02.07.2024).

4. Вахмятина, С. Причины, признаки и 7 главных способов избежать опасное заболевание / С. Вахмятина // Департамент здравоохранения: Электронный форум – Ханты-Мансийск, 2020. – URL: <https://dzhmao.ru/info/articles/depressiya/> (дата обращения 20.05.2024).

5. Гамыла, М. Е. Рационально-эмотивная терапия больных наркоманией / М. Е. Гамыла // Педагогика и психология образования. – 2009. – № 2. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ratsionalno-emotivnaya-terapiya-bolnyh-narkomaniey> (дата обращения: 12.05.2024).

6. Гиперсомния: проблемы диагностики / А. И. Локтионова, Р. И. Мухамедзянова, А. И. Шишкина, Т. А. Поротикова // Астраханский медицинский журнал. – 2011. – № 2. – URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/gipersomniya-problemy-dagnostiki> (дата обращения: 02.07.2024).

7. Головкина, М. Ю. Депрессия: характеристика, терапия и пример диагностики / М. Ю. Головкина, О. В. Бубновская // Международный

студенческий научный вестник. – 2015. – № 5-2. – URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=13284> (дата обращения: 12.05.2024).

8. Депрессия // Научный Центр Психического Здоровья : официальный сайт, 2024. – URL: <https://psychiatry.ru/stat/122> (дата обращения 20.05.2024).

9. Депрессия у женщин // Гемотест : сайт, 2020. – URL: <https://gemotest.ru/info/spravochnik/zabolevaniya/depressiya/> (дата обращения 20.05.2024).

10. Депрессия униполярная // Лето: центр психического здоровья : сайт. – URL: <https://leto.clinic/lechenie/depressiya/unipolyarnaya/> (дата обращения 26.04.2024).

11. Депрессия: симптомы, лечение, диагностика // Сова: медицинский центр : официальный сайт. – URL: <https://comfort.sovamed.ru/zabolevaniya/depressiya-simptomy-lechenie-diagnostics/> (дата обращения 05.05.2024).

12. Десять основных симптомов депрессии и 8 соматических // Сайт психологов B17.ru : официальный сайт, 2024. – URL: <https://www.b17.ru/article/347967/> (дата обращения 22.05.2024).

13. Ежова, О. Н. Особенности личности женщин, отбывающих наказание в местах лишения свободы / О. Н. Ежова // Вестник Самарского юридического института. – 2019 – № 5. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-lichnosti-zhenschin-otbyvayuschih-nakazanie-v-mestah-lisheniya-svobody> (дата обращения: 12.05.2024).

14. Коваленко, А. В. Методологический анализ теорий «депрессивных состояний» / А. В. Коваленко // Теория и практика современной науки. – 2016. – № 4(10). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/metodologicheskij-analiz-teoriy-depressivnyh-sostoyaniy> (дата обращения: 02.07.2024).

15. Когнитивная психология // Справочник24 : сайт. – URL: https://spravochnick.ru/psihologiya/kognitivnaya_psihologiya/ (дата обращения 22.05.2024).

16. Когнитивный подход в психологии // PSYO : центр открытие: электронный форум : сайт. – URL: <https://psyocentr.ru/blog/kognitivnyj-podhod-v->

psihologii/ (дата обращения 20.05.2024).

17. Косарева, С. П. Лекционный курс Маскированные депрессии / П. С. Косарева // Доктор.Ру. – 2007 – № 5. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/lektionnyy-kurs-maskirovannye-depressii> (дата обращения: 12.05.2024).

18. КПТ упражнения при тревоге и депрессии // ncrdo.ru : сайт. – URL: <https://ncrdo.ru/center/blog/kognitivno-povedencheskie-uprazhneniya/> (дата обращения 20.05.2024).

19. Краткая характеристика уголовно-исполнительной системы // Федеральная служба исполнения наказаний : официальный сайт. – URL : <http://fsin.su/structure/inspector/iao/statistika/Kratkaya%20har-ka%20UIS/> (дата обращения: 16.05.2024).

20. Магонова, Е. Г. Депрессия: признаки, симптомы / Е. Г. Магонова // Проблемы : Электронный форум. – Краснодар, 2019. – URL: <https://probolezny.ru/depressiya/> (дата обращения 10.04.2024).

21. Мартынюк, Ю. О. Когнитивная терапия депрессивных состояний / Ю. О. Мартынюк // СТПН. – 2016. – № 2. – URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/kognitivnaya-terapiya-depressivnyh-sostoyaniy> (дата обращения: 02.07.2024).

22. Методы и техники когнитивной психотерапии // Центральная академия профессиональной переподготовки и повышение квалификации кадров: официальный сайт. – Санкт-Петербург, 2020. – URL: https://appkk.ru/info/blog/kognitivno_povedencheskaya_psikhoterapiya_kpt (дата обращения 10.05.2024).

23. Молчанова, И. В. Депрессивные состояния / И.В. Молчанова // Медицинская сестра. – 2018 – № 3. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/depressivnye-sostoyaniya> (дата обращения: 10.04.2024).

24. Опросник Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности». – URL: https://garmoniya.uglich.ru/uploads/files/1563539995_oprosnik-

g.ajzenka-samoocenka-psikhicheskikh.pdf (дата обращения: 20.04.2024).

25. Пospelов, Г. Скорбь под маской: маскированная или ларвированная депрессия / Г. Пospelов // КатренСтиль : онлайн-журнал для фармацевтов и медицинских работников. – 2014. – № 131. – URL: https://www.katrenstyle.ru/diagnosis_treatment/skorb_pod_maskoy (дата обращения 05.05.2024).

26. Признаки депрессии, симптомы глубокой клинической депрессии (депрессивного состояния) у женщин // Госпитальная клиника : сайт, 2024. – URL: <https://chastnaya-psihiatricheskaya-klinika-stacionar.ru/blog/pervye-simptomy-depressii> (дата обращения 13.05.2024).

27. Смирнова, Н. А. Теоретические аспекты изучения депрессии в психологии / Н. А. Смирнова // Психология: традиции и инновации : материалы III Междунар. науч. конф. (г. Самара, март 2018 г.). – Самара : ООО «Издательство АСГАРД», 2018. – С. 3-5. – URL: <https://moluch.ru/conf/psy/archive/255/13918/> (дата обращения: 05.05.2024).

28. Смулевич, А. Б. Депрессия в медицине : руководство для врачей / А. Б. Смулевич // Научный Центр Психического Здоровья : официальный сайт, 2024. – URL: <https://psychiatry.ru/lib/54/book/22> (дата обращения 20.05.2024).

29. Солуянова, С. А. Использование арт-методов в психокоррекционной работе с осужденными женщинами, состоящими на профилактическом учете как «склонные к совершению суицида и членовредительству» / С. А Солуянова // Ведомости УИС. – 2016 – № 6. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ispolzovanie-art-metodov-v-psiokorreksionnoy-rabote-s-osuzhdennymi-zhenschinami-sostoyaschimi-na-profilakticheskom-uchete-kak> (дата обращения: 12.06.2024).

30. Стрыгин, К. Н. Инсомния / К. Н. Стрыгин, М. Г. Полуэктов // МС. – 2017. – № 0. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/insomniya> (дата обращения: 02.07.2024).

31. Характеристика лиц, содержащихся в исправительных колониях для взрослых // Федеральная служба исполнения наказаний : сайт. – URL:

<http://fsin.su / structure/ inspector/ iao/ statistika/Xar-ka%20lic% 20sodergahixsya %20v%20IK/> (дата обращения: 16.05.2024).

32. Чернышкова, М. П. Суициды среди подозреваемых, обвиняемых и осуждённых: аналитический обзор / М.П. Чернышкова // Суицидология. – 2017 – № 3. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/suitsidy-sredi-podozrevaemyh-obvinyaemyh-i-osuzhdyonnyh-analiticheskiy-obzor> (дата обращения: 12.04.2024).

33. Чимаров, С. Ю. Нейролингвистическое программирование история и инструментарий / С. Ю. Юдина // Управленческое консультирование. – 2007 – № 1. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/neyrolingvisgicheskoe-programmirovanie-istoriya-i-instrumentariy> (дата обращения: 12.05.2024).

34. Шкала, Цунга (Занга) для самооценки депрессии // Инсайт : сайт. – URL:<https://www.nmikhaylova.ru/zang/> (дата обращения: 08.05.2024).

35. Юдина, И. И. Телесно-ориентированная психотерапия как метод психотерапевтической коррекции в работе с пациентами, страдающими депрессией / И. И. Юдина // СТПН. – 2013 – № 3. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/telesno-orientirovannaya-psihoterapiya-kak-metod-psihoterapevticheskoy-korreksii-v-rabote-s-patsientami-stradayuschimi-depressiey> (дата обращения: 12.06.2024).

36. Ягубова, Л. А. Депрессия // Мировая наука. – 2017. – № 7(7). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/depressiya> (дата обращения: 02.07.2024).

Методика Г. Айзенка «Самооценка психических состояний»

1. Не чувствую в себе уверенности.
2. Часто из-за пустяков краснею.
3. Мой сон беспокоен.
4. Легко впадаю в уныние.
5. Беспокоюсь о только воображаемых еще неприятностях.
6. Меня пугают трудности.
7. Люблю копаться в своих недостатках.
8. Меня легко убедить.
9. Я мнительный.
10. Я с трудом переношу время ожидания.
11. Нередко мне кажутся безвыходными положения, из которых все-таки можно найти выход.
12. Неприятности меня сильно расстраивают, я падаю духом.
13. При больших неприятностях я склонен без достаточных оснований винить себя.
14. Несчастья и неудачи ничему меня не учат.
15. Я часто отказываюсь от борьбы, считая ее бесплодной.
16. Я нередко чувствую себя беззащитным.
17. Иногда у меня бывает состояние отчаяния.
18. Я чувствую растерянность перед трудностями.
19. В трудные минуты жизни иногда веду себя по-детски, хочу, что бы пожалели.
20. Считаю недостатки своего характера неисправимыми.

Методика «Шкала Занга для самооценки депрессии»

1. Я чувствую подавленность.

а) никогда или изредка

б) иногда

в) часто

г) почти всегда или постоянно

2. Утром я чувствую себя лучше всего.

а) никогда или изредка

б) иногда

в) часто

г) почти всегда или постоянно

3. У меня бывают периоды плача или близости к слезам.

а) никогда или изредка

б) иногда

в) часто

г) почти всегда или постоянно

4. У меня плохой ночной сон.

а) никогда или изредка

б) иногда

в) часто

г) почти всегда или постоянно

5. Аппетит у меня не хуже обычного.

а) никогда или изредка

б) иногда

в) часто

г) почти всегда или постоянно

6. Мне приятно смотреть на привлекательных женщин (мужчин), разговаривать с ними, находиться рядом.

а) никогда или изредка

б) иногда

в) часто

г) почти всегда или постоянно

7. Я замечаю, что теряю вес (не в связи со специальной диетой или другими специальными мерами для снижения веса).

а) никогда или изредка

б) иногда

в) часто

г) почти всегда или постоянно

8. Меня беспокоят запоры.

а) никогда или изредка

б) иногда

в) часто

г) почти всегда или постоянно

9. Сердце бьется быстрее, чем обычно.

а) никогда или изредка

б) иногда

в) часто

г) почти всегда или постоянно

10. Я устаю без всяких причин.

а) никогда или изредка

б) иногда

в) часто

г) почти всегда или постоянно

11. Я мыслю так же ясно, как всегда.

а) никогда или изредка

б) иногда

в) часто

г) почти всегда или постоянно

12. Мне легко делать то, что я умею.

а) никогда или изредка

б) иногда

в) часто

г) почти всегда или постоянно

13. Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте.

а) никогда или изредка

б) иногда

в) часто

г) почти всегда или постоянно

14. У меня есть надежды на будущее.

а) никогда или изредка

б) иногда

в) часто

г) почти всегда или постоянно

15. Я более раздражителен, чем обычно.

а) никогда или изредка

б) иногда

в) часто

г) почти всегда или постоянно

16. Мне легко принимать решения.

а) никогда или изредка

б) иногда

в) часто

г) почти всегда или постоянно

17. Я чувствую, что полезен и необходим.

а) никогда или изредка

б) иногда

в) часто

г) почти всегда или постоянно

18. Я живу достаточно полной жизнью.

а) никогда или изредка

б) иногда

в) часто

г) почти всегда или постоянно

19. Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру.

а) никогда или изредка

б) иногда

в) часто

г) почти всегда или постоянно

20. Меня до сих пор радует то, что радовало всегда.

а) никогда или изредка

б) иногда

в) часто

г) почти всегда или постоянно

Результаты уровня психического состояния у осужденных женщин ФКУ ИК-22 ГУФСИН России по Красноярскому краю по методике по методике Г.Айзенка.

№	Тревожность	Уровень психического состояния
1	12	Средний
2	16	Высокий
3	14	Средний
4	15	Высокий
5	13	Средний
6	17	Средний
7	14	Высокий
8	12	Средний
9	13	Средний
10	12	Средний
11	14	Средний
12	14	Средний
13	17	Высокий
14	15	Высокий
15	14	Средний
16	16	Высокий
17	8	Низкий
18	15	Высокий
19	15	Высокий
20	16	Высокий

Результаты уровня психического состояния у осужденных женщин ФКУ ИК-22
ГУФСИН России по Красноярскому краю по методике по методике Г.Айзенка.

№	Фрустрация	Уровень психического состояния
1	15	Низкий
2	17	Низкий
3	13	Средний
4	14	Средний
5	18	Низкий
6	13	Средний
7	15	Низкий
8	14	Средний
9	15	Низкий
10	14	Средний
11	15	Низкий
12	15	Низкий
13	15	Низкий
14	13	Средний
15	20	Низкий
16	17	Низкий
17	14	Средний
18	15	Низкий
19	7	Высокий
20	12	Средний

Приложение 4

Табл. 1, п. 4

Результаты уровня депрессии у осужденных женщин ФКУ ИК-22 ГУФСИН России по Красноярскому краю по методике Цунга (Занга).

№	Итоговые баллы	Эмоциональное состояние
1	59	Легкая / средняя тяжесть депрессии
2	60	Выраженное состояние депрессии
3	58	Легкая / средняя тяжесть депрессии
4	43	Нормальное состояние
5	51	Легкая / средняя тяжесть депрессии
6	52	Легкая / средняя тяжесть депрессии
7	52	Легкая / средняя тяжесть депрессии
8	48	Легкая / средняя тяжесть депрессии
9	54	Легкая / средняя тяжесть депрессии
10	56	Легкая / средняя тяжесть депрессии
11	30	Нормальное состояние
12	60	Выраженное состояние депрессии
13	56	Легкая / средняя тяжесть депрессии
14	45	Легкая / средняя тяжесть депрессии
15	45	Легкая / средняя тяжесть депрессии
16	49	Легкая / средняя тяжесть депрессии
17	65	Выраженное состояние депрессии
18	31	Нормальное состояние
19	44	Легкая / средняя тяжесть депрессии
20	45	Легкая / средняя тяжесть депрессии

Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

Факультет психологии

Направление подготовки 37.03.01 Психология

Направленность (профиль) образовательной программы Юридическая психология

Выпускающая кафедра психологии

РЕЦЕНЗИЯ

на выпускную квалификационную работу

Студента(ки) Сиковой Елизаветы Андреевны группы 150-юп

(Ф.И.О. полностью)

на тему «Разработка комплекса упражнений на снижение уровня депрессивного состояния у осужденных женщин»

(полное наименование темы согласно приказу)

Выпускная квалификационная работа бакалавра выполнена на 66 страницах, содержит приложения на 8 страницах.

1. Актуальность, новизна и практическая значимость темы: данная тема на сегодняшний день актуальна, поскольку женщины, которые оказались в местах лишения свободы подвержены развитию депрессивного состояния. Исходя из этого, появляется необходимость разработать комплекс упражнений на снижение уровня депрессивных состояний у осужденных женщин.
2. Логическая последовательность: автором на высоком теоретическом и методологическом уровне проработано достаточное количество научного материала. Логическая структура выпускной квалификационной работы тщательно продумана, а изложение соответствует научному стилю.
3. Аргументированность и конкретность выводов и предложений: выводы, представленные в работе аргументированы и логично проистекают из тезисов, изложенных в тексте выпускной квалификационной работы.
4. Полнота проработки литературных источников: автор выпускной квалификационной работы показал достаточный уровень владения теоретическими положениями по выбранной теме исследования.
5. Качество общего оформления работы, таблиц, иллюстраций, приложений, графиков: работа оформлена в соответствии с требованиями.
6. Положительные стороны работы: разработан комплекс упражнений для снижения уровня депрессивного состояния для психолога ИК-22 Гуфсин России по Красноярскому Краю по работе с осужденными женщинами.
7. Недостатки работы: в работе не достаточно чётко прописаны факторы социально-психологической адаптации осужденных женщин, находящихся в исправительном учреждении.

8. Оценка сформированности компетенций ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-6, ОК-7, ОК-8, ОК-9, ОПК-1, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, отработанных обучающимся при работе над темой выпускной квалификационной работы: все компетенции отработаны в полном объеме и сформированы на высоком уровне.

9. Какие предложения целесообразно внедрить в практику: Разработан комплекс упражнений на снижение уровня депрессивного состояния у осужденных женщин.

10. Выпускная квалификационная работа соответствует установленным требованиям к выпускным квалификационным работам и может быть рекомендована к защите на заседании Государственной экзаменационной комиссии.

Работа заслуживает оценки «отлично», а ее автор заслуживает присвоения квалификации бакалавр.

Рецензент выпускной квалификационной работы Марина Петровна Немзорова, начальник психологической лаборатории ФКУ СИЗО-1 ГУФСИН РОССИИ ПО КРАСНОЯРСКОМУ КРАЮ

(Ф.И.О (полностью), должность, ученая степень, ученое звание, место работы)

« 01 » 07 2024г.




(подпись рецензента)

С рецензией ознакомлена Сикова Е.А
01.07.2024 

Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

Факультет психологии

Направление подготовки 37.03.01 Психология

Направленность (профиль) образовательной программы Юридическая психология

Выпускающая кафедра психологии

ОТЗЫВ

на выпускную квалификационную работу

Студента(ки) Сиковой Елизаветы Андреевны группы 150-юп

(Ф.И.О. полностью)

1. Тема выпускной квалификационной работы: «Разработка комплекса упражнений на снижение уровня депрессивного состояния у осужденных женщин»

Выпускная квалификационная работа бакалавра выполнена на 64 страницах, содержит приложение(ия) на 12 страницах.

1. Актуальность и значимость темы обусловлена возрастающей ролью социально-психологической адаптации осужденных к условиям заключения. Это во многом определяет качество психологического климата в учреждениях исполнения наказания, следовательно, оказывает существенное влияние на эффективность воспитательной деятельности в колониях.

2. Логическая последовательность: работа выстроена в соответствие с этапами исследования, структура четкая.

3. Аргументированность и конкретность выводов и предложений: выводы сформулированы корректно, отражают сущность разделов диплома. Аргументы достаточны для обоснования теоретических и практических результатов работы.

4. Полнота проработки литературных источников: объем и качество литературных источников соответствует заявленной теме, достаточны.

5. Качество общего оформления работы, таблиц, иллюстраций: иллюстративный материал адекватно отражает результаты исследования. Рисунки и таблицы выполнены аккуратно, расположены в тексте последовательно и логично содержанию.

6. Положительные стороны работы: проведено исследование особенностей депрессивных состояний у осужденных женщин и основных факторов, способствующих ее формированию в условиях изоляции, выявлены особенности проявления депрессивных состояний, разработан комплекс упражнений на снижение депрессивных состояний у осужденных женщин.

7. Уровень самостоятельности при работе над темой выпускной квалификационной работы: работа выполнена самостоятельно на всех этапах.

znani^{um}.com

электронно-библиотечная система

Интеллектуальный поиск и анализ научных публикаций ИНФРА-М

Обработан файл: **Сикова Е.А. ВКР Разработка комплекса упражнений на снижение уровня депрессивного состояния у осужденных женщин.pdf.**

Год публикации: 2024.

Оценка оригинальности документа – 92,86 %

Сикова Е.А. 05.07.2024



Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

Согласие

выпускника на размещение выпускной квалификационной работы в электронно-библиотечной системе АНО ВО СИБУП

1. Я, Синова Елизавета Андреевна

(фамилия, имя, отчество полностью)

студент (ка) группы _____ факультета психологии Автономной некоммерческой организации высшего образования «Сибирский институт бизнеса, управления и психологии» (далее – АНО ВО СИБУП), разрешаю АНО ВО СИБУП воспроизводить и размещать (доводить до всеобщего сведения) в полном объеме написанную мною в рамках выполнения образовательной программы выпускную квалификационную работу бакалавра на тему

разработка комплекса упражнений на снижение
уровня депрессивного состояния у осужденных
женщин

(наименование работы)

в открытом доступе в электронно-библиотечной системе, таким образом, чтобы любой пользователь данного портала мог получить доступ к выпускной квалификационной работе из любого места и в любое время по собственному выбору, в течение всего срока действия исключительного права на выпускную квалификационную работу.

2. Я подтверждаю, что выпускная квалификационная работа написана мною лично, в соответствии с правилами академической этики и не нарушает авторских прав иных лиц.

«05» 07 2024 г.

ед
(подпись)