

УДК 616.89-008.454

Коротиш Анастасія Ігорівна,

Студентка

Національний технічний університет України

«Київський політехнічний інститут»

Терещенко Микола Федорович

Канд. техн. наук, доцент

Національний технічний університет України

«Київський політехнічний інститут»

Korotysh A.I.

Student PBF gr.PB-42m

National Technical University of Ukraine “Kyiv Polytechnic Institute”

Tereshchenko M.

Ph.D., Associate Professor

National Technical University of Ukraine “Kyiv Polytechnic Institute”

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ЛАТЕНТНОЇ ДЕПРЕСІЇ У СТУДЕНТІВ

EXPERIMENTAL AND PSYCHOLOGICAL DIAGNOSIS OF LATENT DEPRESSION AMONG STUDENTS

Анотація. В статті розглянуто результати проведення дослідження на виявлення латентної депресії серед студентів.

Ключові слова: депресія, латентна депресія, симптоми, студенти.

Abstract. This article examines the results of diagnosis of identifying latent depression among students.

В даному дослідженні розглядається проблема депресивних станів у студентів. В дослідженні приймали участь 200 студентів віком від 18 до 23 років, серед яких 115 жінок та 85 чоловіків.

Ціль: експериментально-психологічна діагностика латентної депресії у студентів.

Об'єктом дослідження являються студенти НТУУ «КПІ» віком від 18 до 23 років у кількості 200 осіб.

Вступ

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) порівнює депресію з епідемією, що охопила все людство. За прогнозами, до 2020 року депресія вийде на перше місце серед усіх захворювань у світі, обігнавши сьогоднішніх лідерів - інфекційні та серцево-судинні захворювання. Вже сьогодні вона є найпоширенішим захворюванням, яким страждають жінки.

Депресією називається психічне пригнічення, хворобливий стан безвиході, який супроводжується млявістю мислення, уповільненими рухами, людина відчуває себе глибоко нещасною і цілковито нездатною відчувати будь-яке задоволення, ніби вона втратила мету життя та саме бажання жити. Порушується апетит та сон, також може бути переїдання та недоїдання, ранні пробудження, в 4-5 годин ранку, або коли людина не може заснути, хронічна втома або занадто багато сну. І найжахливіший критерій депресії - це думки про самогубство.

В даний час депресивні стани розглядають як континуум розладів так званого депресивного спектру, які починаються з різних причин, але мають схожий фінал у вигляді хронічного зниження активності і настрою. Континуум можна представити у вигляді (Рис. 1), де на одному кінці знаходяться біологічні фактори (органічної та ендогенної, тобто вродженої від природи), а на іншому - реактивні (психологічної і соціальної природи). Чим вище роль біологічних факторів, тим важливіше лікування медикаментами, чим вище роль психосоціальних чинників - важливіша роль методів психотерапії. Цей принцип

запропонований швейцарським психіатром П. Кількхольцем в 1970 році і лежить в основі класифікації депресій з причин і механізмів виникнення (Етіопатогенетична).

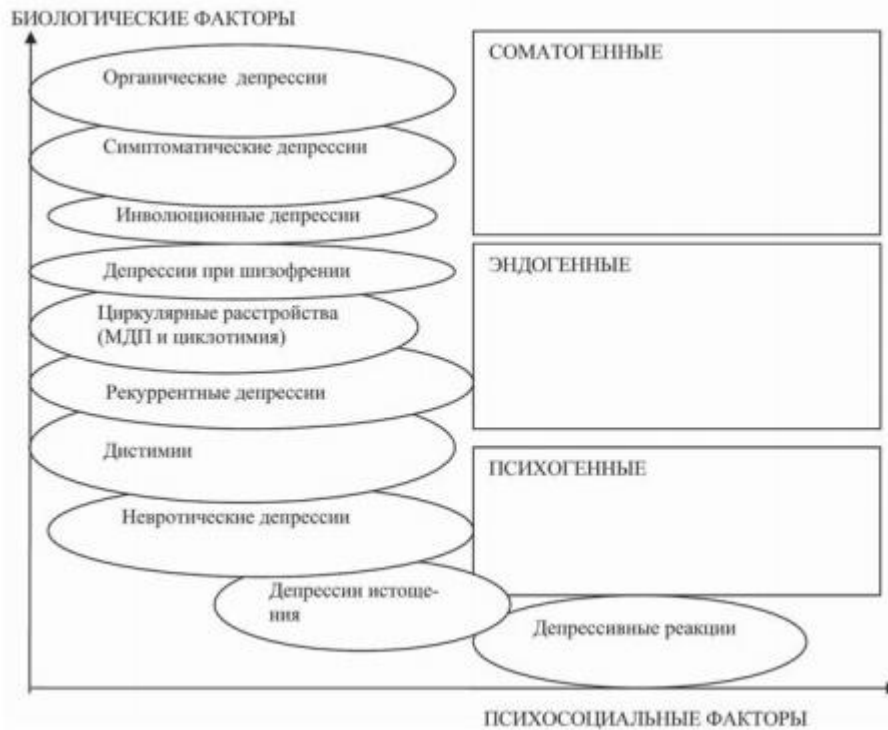


Рис.1 Етіопатогенетична класифікація депресій

Крім фактора причини виділяють додаткові способи класифікації депресій:

- За ступенем вираження - легкі, середньої тяжкості, тяжкі;
- За рівнем патології - невротичні, циклотимічні, психотичні;

Латентні депресії - соматизовані (із зовнішніми проявами фізичних порушень) психічні розлади, які вже з останньої третини 19 століття описані в межах афективної патології.

З метою виявлення маскованих депресій успішно використовують поєднання вербальних і невербальних (проективних) методів дослідження.

Включення вербального та невербального психологічних тестів в процедуру вивчення та оцінки особистісних особливостей пацієнтів продиктовано тим, що методики вдало доповнюють одна одну. Порівняльний аналіз результатів використання проективної методики з даними вербального тесту дає можливість простежити характер взаємозв'язку між усвідомлюваними і неусвідомлюваними

компонентами психічного відображення свідомості у людей, які страждають депресивними розладами.

В якості вербальних методів дослідження депресивних станів можливе використання:

- з метою виявлення наявності депресії різного ступеня вираженості можливо використання наступних самооцінюючих методик: госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), шкала депресії НДІ ім. В.М. Бехтерева, шкала В. Зунга, шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS), шкала Монтгомері-Асберга для оцінки депресії (MADRS), опитувальник депресії Ж. Тейлор та ін.;

- з метою діагностики психічних властивостей особистості, які сприяють розвитку депресивних станів використовуються Мінесотський багатопрофільний опитувальник MMPI, характерологічний опитувальник Г. Шмішека, для підлітків використовують патохарактерологічний опитувальник (ПДО) (Іванова - Личко), що дозволяють виявити преморбідні особливості особистості, що сприяють розвитку депресивних станів та ін.[1; 2].

В якості невербальних методів дослідження депресивних станів можливе використання методики «Піктограми», що дозволяє виявити приховану депресію, тесту М. Люшера, діагностуючого наявність і ступінь психоемоційної дезадаптації, методики вивчення фрустраційних реакцій С. Розенцвейга, тесту «Намалюй історію» та ін..

В прихованій депресії ступінь вираження психічного (депресивного) частіше неглибока, але має цілком визначатися градацією. Наприклад, у зв'язку з незначною глибиною прихованої депресії нерідкі спроби самогубства. По суті, спостерігається притаманна депресії закономірність, яка полягає в тому, що чим слабкіша депресія, тим інтенсивніші соматичні прояви, і навпаки, на зміну вираженим соматичним симптомам приходить депресія.

В результаті проведення літературного огляду та його аналізу було встановлено, що найбільш ефективними методами являються госпітальна шкала

тривоги і депресії (HADS) (Zigmund A.S., Snaith R.P. в 1983р.) та проєктивний тест Роллі Сільвер «Намалюй історію».

При формуванні шкали автори виключали симптоми тривоги та депресії, які можуть бути сприйняті як вияви соматичної хвороби (головні болі, запаморочення і т. д.). Пункти субшкали депресії відібрані зі списку найбільш часто зустрічаючихся скарг та симптомів та відображають переважно ангедонічний компонент депресивного розладу. Пункти субшкали тривоги складені на основі відповідної секції стандартизованого клінічного інтерв'ю Present State Examination і особистого клінічного досвіду авторів та відображають переважно психологічні прояви тривоги.

Шкала тривоги і депресії (HADS) складається з 14 тверджень, які обслуговують 2 підшкали:

«тривога» (непарні пункти — 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13)

«депресія» (парні пункти — 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14).

Кожному твердженню відповідають 4 варіанта відповіді, які відображають градації виразності ознаки та кодуються по наростанню важливості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна виразність).

Статистичний аналіз виконувався за допомогою програмного пакету Microsoft Office Excel 2007. Тестування проводилось в декілька етапів (початок семестру, період після початку семестру, написання контрольних та розрахункових робіт, період після написання контрольних, період сесії, після закінчення сесії) і слідує таким чином: кожній особі було роздано листочок з тестами та інструкцією[13].

Обробка результатів:

Враховується сумарний показник по кожній з під шкал (A і D), при цьому виділяються три області значень:

0-7 балів - норма;

8-10 балів – субклінічно виражена тривога / депресія;

11 балів і вище - клінічно виражена тривога / депресія.

Рівень депресії вираховується за даною формулою:

$$PД = \sum_n$$

Де n – кількість балів за відповідь з обох під шкал.

Аналіз результатів госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) показав, що 50% дослідних знаходяться у нормі.

Норма - відсутність виразних симптомів тривоги та депресії.

У 45,45% спостерігається субклінічна виражена тривога чи депресія.

Субклінічна виражена тривога/депресія - це стан, коли в людини переважає знижений настрій, загальний смуток, підвищений поріг сприйняття приємних подій. Людина схильна бачити все ніби в "темних окулярах", сприймати все гостро та негативно.

У 4,55% - клінічно виражена тривога чи депресія.

Клінічно виражена тривога/депресія - це такий стан, при якому людина відчуває емоційну невідповідність, негативне переживання якогось внутрішнього занепокоєння, невдоволеність, напругу, відчуття необхідності якихсь пошуків.

Критерієм встановлення емоційних станів являлись відповіді опитуваних на відповідні тести госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS).

На рисунках розміщених нижче(1-6) показано дві криві – жінки(синього кольору) та чоловіка(червоного кольору), розділених по курсам (1,2,3,4,5,6) .

1 курс

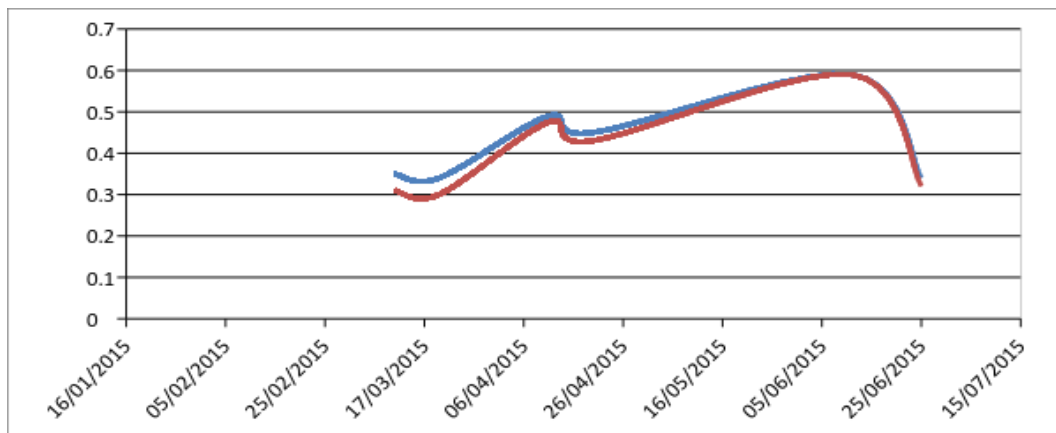


Рис.2 Криві залежності рівня депресії від періоду навчання студентів 1 курсу

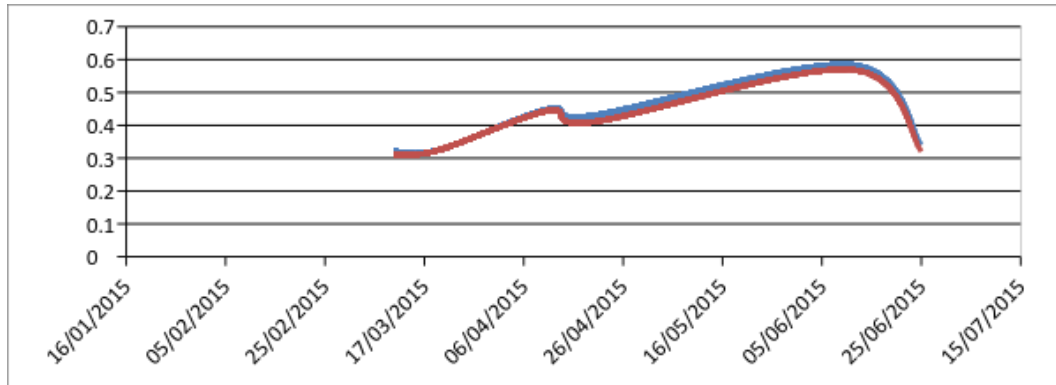


Рис.3 Криві залежності рівня депресії від періоду навчання студентів 2 курсу

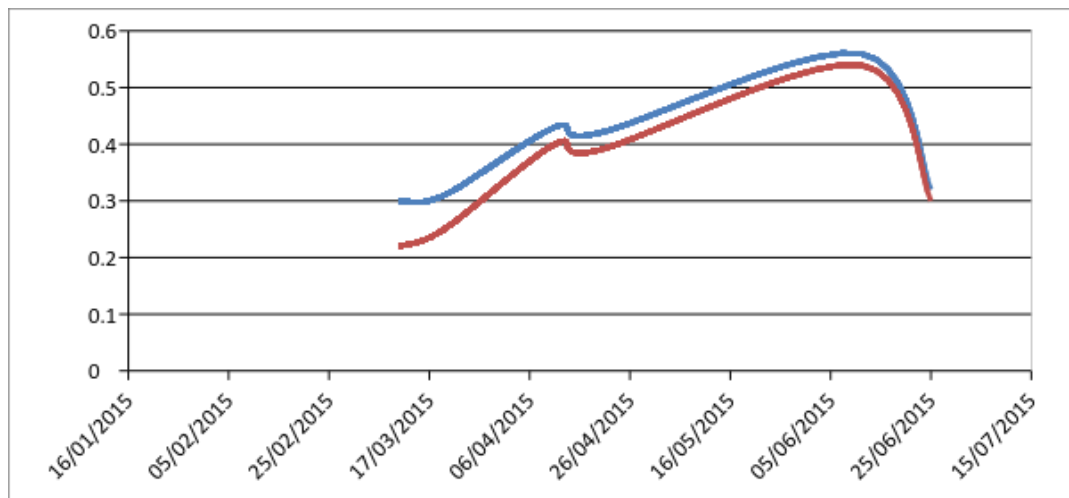


Рис.4 Криві залежності рівня депресії від періоду навчання студентів 3 курсу

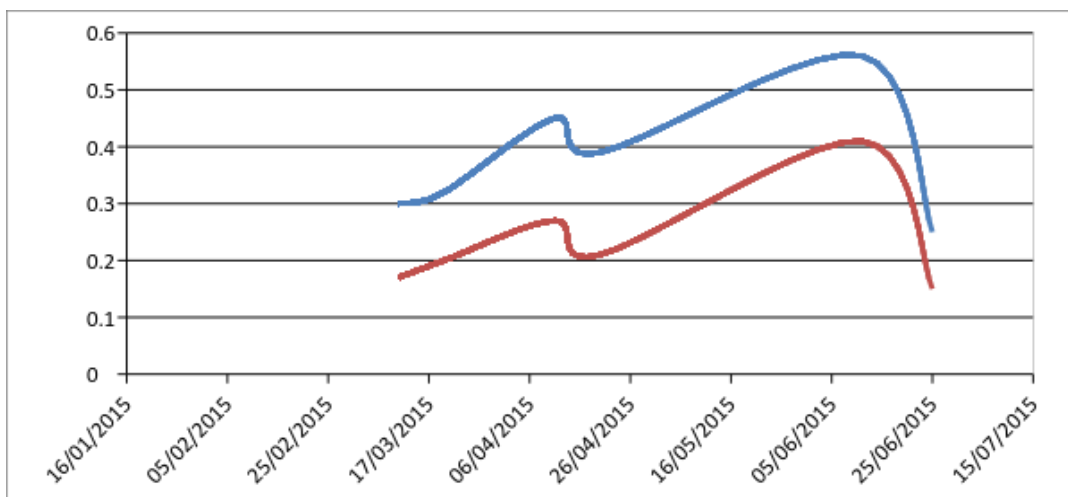


Рис.5 Криві залежності рівня депресії від періоду навчання студентів 4 курсу

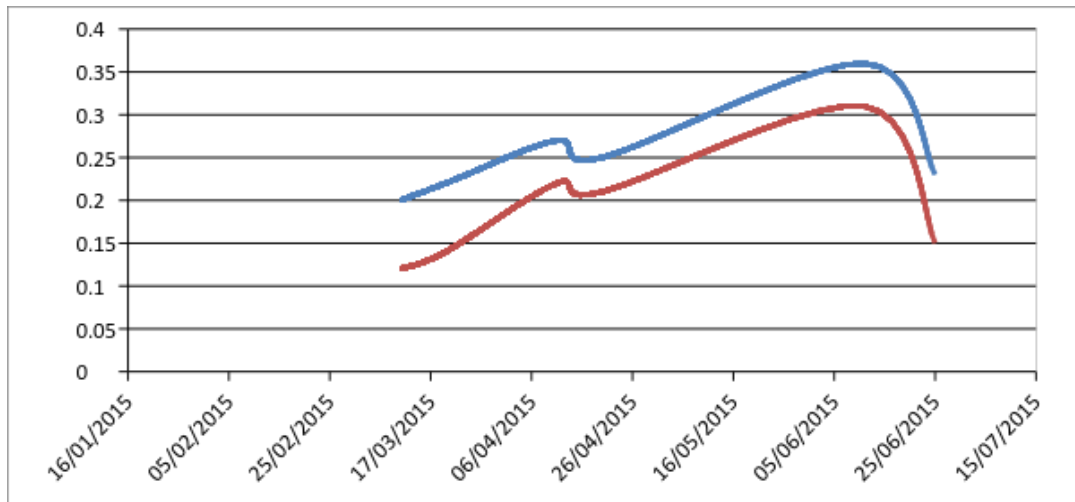


Рис.6 Криві залежності рівня депресії від періоду навчання студентів 5 курсу

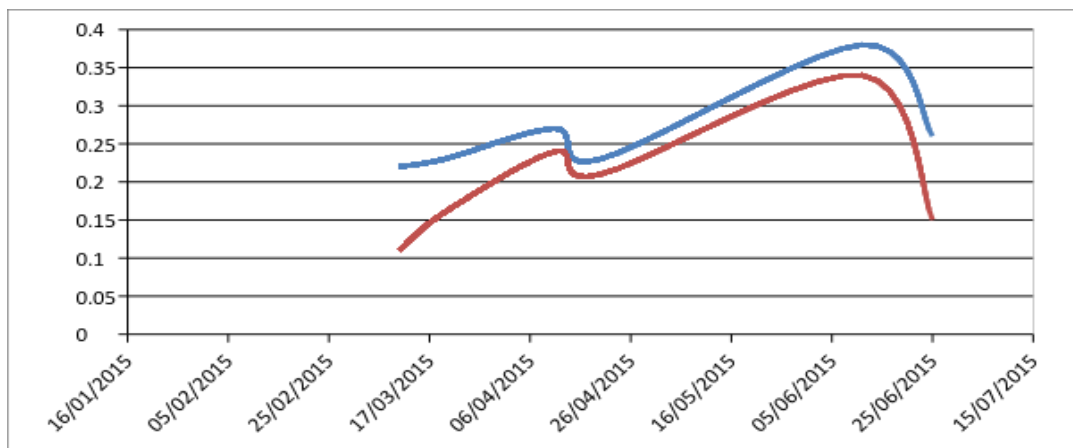


Рис.7 Криві залежності рівня депресії від періоду навчання студентів 6 курсу



Рис.8 Діаграма результатів дослідження у відсотках.

На рис.8 у відсотковому відношенні представлені результати даного діагностичного дослідження.

При порівнянні отриманих результатів встановлено, що майже половині студентів не властивий стан депресії.

За допомогою малюнквого тесту «Намалюй історію» у 30% студентів були виявлені симптоми, які говорять про наявність латентної депресії.

Висновки

У майже половини (45,45%) досліджуваних виявлено субклінічну виражену тривогу чи депресію, а у 4,55% - клінічно виражену тривогу чи депресію. Тож медичному персоналу потрібно звертати більше уваги на психологічне здоров'я студентів, частіше проводити їх обстеження на наявність даної хвороби для раннього її виявлення.

Виходячи з отриманих результатів можна зробити висновок, що латентна депресія часто не виявляється звичайними клінічними методами (на перший план тут виступають соматичні, фізіологічні ознаки і симптоми, в той час як афективні розлади йдуть на другий план), тому її діагностика можлива з використанням більш тонких інструментів, якими являються психологічні методи дослідження.

Перспектива подальших досліджень в даному напрямку. Подальше вивчення депресії у пацієнтів за допомогою психометричних шкал допоможе значною мірою підвищити ефективність терапії за рахунок кореляції психоемоційної сфери пацієнтів.

Бібліографічний список:

1. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. - М.:Медицинское информационное агентство. - 2001. - 256 с. 2. Agiyo A.A., Naan M., Tangen C.M. // Am. J. Cardiol. - 2001. - № 88. - P. 337-341.
3. Brown C., Schulberg H.C., Madonia M.J. // Psychological Assessment. - 1995. - №7 (1). - P. 59 - 65.
4. Заявка на патент України на корисну модель №U 2015 12823 // Терещенко М.Ф., Коротиш А.І., Паткевич О.І., Чухраєв М.В. Спосіб автоматизованого медичного огляду психофізичного стану пацієнта. //заявл. від 24.12.2015.
5. Pitzalis M.V., Iacoviello M., Todarello O. // Am Heart J. - 2001. - №.141. - P. 765-771.
6. Ruo B., Rumsfeld J.S., Hlatky M.A., et al. // JAMA. - 2003. - № 290. - P. 215-221.
7. Bush DE., Ziegelstein RC., Taybach M. et al. // Am. J. Cardiol. - 2001. - № 88. - P. 337-341.
8. Ferkeitich A.K., Frid D.J. // Clin Geriatrics. - 2001. - № 9. - P. -50-56.
9. Frasure-Smith N., Lespérance F., Juneau M., et al. // Psychosomatic Medicine. - 1999. - № 61. - P. 26-37.
10. Johnston M., Foulkes F., Johnston DW. et al. // Psychosomatic Medicine. - 1999. - № 6. - P. 225-233.
11. Martin CR., Lewin RJ., Thompson DR. // Psychiatry Res. - 2003. - № 120(1). - P. 85-94.
11. Strik J., Honig A., Lousberg R. et al. // Psychosomatics.- 2001. - № 42. - P. 423-428.
12. Welin C., Lappas G., Wilhelmsen L. // Journal of Internal Medicine. - 2000. - № 247. - P. 629-639.
13. http://pedlib.ru/Books/1/0417/1_0417-315.shtml#book_page_top