

Б. В. Михайлов, д-р мед. наук, проф., зав. каф. психотерапії ХМАПО,
І. Д. Вашките, аспірант кафедри психотерапії ХМАПО
Харьковская медицинская академия последипломного образования
(г. Харьков)

АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РЕАКЦИЙ АФФЕКТИВНОГО И НЕВРОТИЧЕСКОГО РЕГИСТРОВ У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ

Рассматриваются причины, методы диагностики и лечения депрессивных расстройств у студентов вузов. Работа проведена на материале 117 обследованных. Приведены диагностические результаты исследования эмоциональной сферы студентов. Сформулированы рекомендации по диагностике и лечению больных с депрессиями в системе первичного медицинского звена.

Ключевые слова: депрессивные реакции, студенты, первичное медицинское звено, диагностика, лечение

На современном этапе развития общества среди общемедицинских проблем особую актуальность приобретает проблема патологии аффективной сферы, особенно тревожных и депрессивных расстройств [5]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в настоящее время более чем у 110 млн. человек в мире — 3—6 % популяции — выявлены те или иные клинически значимые проявления данных расстройств. Аналогичная тенденция отмечается и в Украине [3].

Растущая актуальность проблемы депрессий обусловлена их распространенностью, существенным влиянием болезни на качество жизни и социальное функционирование человека, а также наиболее высоким среди всех психических расстройств уровнем вызванных ими суицидов. Все это приводит к социальным проблемам и экономическим убыткам [2, 3].

Целью настоящего исследования явилось исследование социально-психологических факторов, влияющих на формирование и развитие депрессивных реакций невротического и аффективного регистров у студентов вузов.

Задачи ранней диагностики и первичной профилактики психических изменений у студентов вузов в состоянии дезадаптации делает необходимым проведение анализа социально-психологических факторов, влияющих на их формирование и развитие, т. е. изучение условий их жизни, учебы и работы, выявление факторов оказывающих отрицательное влияние на состояние их здоровья. Для достижения указанных целей была использована специально разработанная карта клинико-анамнестического обследования больного.

Нами были обследованы 117 студентов различных вузов, обнаруживающих признаки нарушений эмоционально-аффективной сферы. Клинически у всех обнаруживались различные варианты тревожно-депрессивной симптоматики.

Все обследованные студенты в браке не состояли, детей не имели и не состояли на диспансерном учете по инвалидности.

Распределение обследованных по полу и возрасту представлено в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Распределение обследованных больных по полу без психической патологии (%)

Пол	Аффективный регистр n = 36		Невротический регистр n = 81	
	абс. к.	% ± m	абс. к.	% ± m
Мужчины	5	13,9 ± 5,8	23	28,4 ± 5*
Женщины	31	86,1 ± 5,8	58	71,6 ± 5**

Примечание. Здесь и в табл. 2: * — достоверные различия частоты встречаемости мужчин в группе с аффективным регистром относительно группы с невротическим регистром ($p < 0,05$); ** — достоверные различия частоты встречаемости женщин в группе с аффективным регистром относительно группы с невротическим регистром ($p < 0,05$)

Таблица 2

Распределение обследованных больных по возрасту (%)

Возраст	Аффективный регистр n = 36		Невротический регистр n = 81	
	абс. к.	% ± m	абс. к.	% ± m
17—18	3	8,3 ± 4,6	53	65,4 ± 5,3*
19—20	5	13,9 ± 5,8	15	18,5 ± 4,3
21—25	28	77,8 ± 6,9	10	12,3 ± 3,6*
более 25	—	—	3	3,7 ± 2,1

Как видно из данных, представленных в таблице 1, 13,9 ± 5,8 % обследованных составили мужчины, страдающие депрессивными расстройствами аффективного регистра, при этом 28,4 ± 5 % обследованных мужчин имели клинические признаки депрессивного расстройства невротического регистра. 86,1 ± 5,8 % женщин обнаружили признаки депрессивного расстройства аффективного регистра, 71,6 ± 5 % женщин имели депрессивное расстройство невротического регистра.

Среди обследованных подавляющее большинство составили больные в возрасте от 21 до 25 лет (77,8 ± 6,9 %), страдающие депрессивными расстройствами аффективного регистра, в сравнении с обследованными в возрасте от 17 до 18 лет страдающими

депрессивными расстройствами невротического регистра ($65,4 \pm 5,3$ %) (см. табл. 2).

77,5 % обследованных студентов воспитывались в полных семьях. На момент исследования 88,7 % обследованных студентов проживали в общежитиях или на съемных квартирах.

В ходе исследования был выделен ведущий аффект, который был представлен депрессией с достаточно существенным компонентом тревоги. Эта симптоматика формировалась в виде разной степени выраженности депрессивного или субдепрессивного синдромов со значительной степенью «соматизации».

Практически во всех случаях до начала аффективного расстройства на его фоне выявлялись психотравмирующие факторы, имевшие различную личностную актуальность. Доминировали хронические неразрешенные конфликтные ситуации в семье — 70,3 %, а также обострения хронических конфликтов в виде разрыва отношений — 15,4 %. Остальные факторы встречались реже: смерть близкого отмечалась в 4,6 %, болезнь близкого — 4 %, служебные конфликты — 4 %, угроза благополучию — 1,7 %.

Анализ ответов на вопросы анкет позволил оценить наличие степени выраженности таких социально-психологических факторов риска, как неполная или негармоничная семья, свободное воспитание, отсутствие интереса к учебе и работе, неуверенность в своем будущем, отсутствие внимания со стороны родителей и окружающих, неудовлетворительные условия проживания, употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ. Методика позволила определить психическое состояние на момент возникновения текущего депрессивного эпизода, а также содержание конфликта, приведшего к дезадаптации.

Среди основных особенностей депрессии у обследованного контингента отмечаются выраженная

гипертрофия идеаторного компонента (когнитивные расстройства в виде трудностей осмысления, сосредоточения, концентрации внимания, нарушений памяти) на фоне стертого тимического компонента депрессии. Было выявлено наличие ряда общих психопатологических особенностей: выраженный полиморфизм клинической картины с незавершенностью, фрагментарностью, изменчивостью психопатологических симптомов и нечеткой оформленностью аффективной триады. Было установлено, что особенности депрессивных состояний у изученных больных и их своеобразие следует объяснять существенным вкладом пубертатных психобиологических факторов в их формирование, что приводит к выходу на первый план характерных для подростково-юношеского возраста когнитивных, поведенческих и соматовегетативных расстройств, не только маскирующих их депрессивную основу, но и затрудняющих правильную трактовку отдельных симптомов заболевания. В связи с этим наибольшие затруднения при диагностике вызывают не развернутые формы депрессий, а относительно неглубокие депрессивные состояния, ограничивающиеся аффективными, невротическими, сверхценными и психопатоподобными расстройствами, при которых взаимодействие между болезнью и юношеским этапом онтогенеза носит наиболее сложный характер

У студентов наблюдались эпизодические интенсивные периоды депрессии в сочетании с периодами улучшения. Был характерен также длительный, подчас затяжной и ундулирующий характер течения, с размытостью временных границ состояния и волнообразностью выраженности клинических проявлений, определяющийся возрастной динамикой. В таблице 3 представлено процентное соотношение выявленных расстройств.

Таблица 3

Распределение клинически очерченных проявлений эмоциональных расстройств у студентов вузов

Депрессивные расстройства аффективного регистра (n = 36)		
Клинические проявления	Абс. к.	% ± m
Депрессивный эпизод (F32)	19	52,8 ± 8,3*
Рекуррентное депрессивное расстройство (F 33)	13	36,1 ± 8*
Циклотимия (F 34.0)	3	8,3 ± 4,6
Дистимия (F 34.1)	1	2,8 ± 2,7
* — достоверные различия частоты встречаемости клинических проявлений в группе с аффективным регистром (p < 0,05)		
Депрессивные расстройства невротического регистра (n = 81)		
Клинические проявления	Абс. к.	% ± m
Депрессивная реакция (F43.2)	45	55,6 ± 5,5**
Реактивная (психогенная) депрессия (F 43)	7	8,6 ± 3,1
Невротическая депрессия (F 43.21)	29	35,8 ± 5,3
** достоверные различия частоты встречаемости клинических проявлений в группе с аффективным регистром (p < 0,05)		

Патопсихологическое исследование уровней тревоги и депрессии у обследуемых проводилось нами по трем шкалам: шкале Гамильтона, шкале Монтгомери — Асберга и самооценочной шкале депрессии Бека.

Проведенное исследование показало, что по шкале Гамильтона у большинства исследуемых достоверно присутствуют проявления тревоги и депрессии (77,8 ± 6,2 % и 88,9 ± 6,2 % — показатели тревоги и депрессии у женщин; 73,1 ± 8,7 % и 80,8 ± 7,7 % — соответственно у мужчин, $p < 0,05$).

При анализе данных по шкале Гамильтона было выявлено, что среди женщин легкая степень депрессии

присутствовала только у 9,5 ± 3,4 % женщин, тогда как умеренная и тяжелая степени присутствовали у 58,1 ± 5,7 % и у 25,7 ± 5,1 % соответственно. Тревога в умеренной и тяжелой формах присутствовала поровну у 9,5 ± 3,4 % женщин, тогда как легкая степень — у 50 ± 5,8 % женщин. У мужчин наблюдалась совсем иная картина: тревога легкой степени наблюдалась у 18,6 ± 5,9 % мужчин, умеренная тревога — у 62,8 ± 7,4 % и тяжелая степень тревоги — у 11,6 ± 4,9 %. Депрессия легкой степени, в свою очередь, наблюдалась у 39,5 ± 7,5 %, а депрессия умеренной и тяжелой степени наблюдалась у 16,3 ± 5,6 % и 13,95 ± 5,3 % человек соответственно (табл. 4).

Таблица 4

Степень выраженности депрессии и тревоги по шкале Гамильтона

Степень выраженности тревоги и депрессии	Женщины				Мужчины			
	тревога, % n = 74		депрессия, % n = 74		тревога, % n = 43		депрессия, % n = 43	
	абс. к.	% ± m	абс. к.	% ± m	абс. к.	% ± m	абс. к.	% ± m
Отсутствие	23	31,1 ± 5,4	5	6,8 ± 2,9	3	6,98 ± 3,9	13	30,2 ± 7
Легкая степень	37	50 ± 5,8	7	9,5 ± 3,4*	8	18,6 ± 5,9	17	39,5 ± 7,5**
Умеренная степень	7	9,5 ± 3,4	43	58,1 ± 5,7*	27	62,8 ± 7,4	7	16,3 ± 5,6**
Тяжелая степень	7	9,5 ± 3,4	19	25,7 ± 5,1	5	11,6 ± 4,9	6	13,95 ± 5,3

Примечание: * — достоверные различия частоты встречаемости у женщин тревоги относительно депрессии в группе с аффективным регистром ($p < 0,05$); ** — достоверные различия частоты встречаемости у мужчин тревоги относительно депрессии в группе с невротическим регистром ($p < 0,05$)

При анализе шкалы Монтгомери — Асберга у большинства женщин присутствовали клинические проявления депрессии (91,9 ± 3,2 %), тогда как у мужчин в 65,1 ± 7,3 % наблюдалось отсутствие депрессивной симптоматики. Малый депрессивный эпизод наблюдался у женщин чаще — 56,8 ± 5,8 %, чем у мужчин — 18,6 ± 5,9 %. Умеренный депрессивный эпизод встречался у женщин в 28,4 ± 5,2 % случаях и в 6,98 ± 3,9 % случаев у мужчин. В свою очередь,

большой депрессивный эпизод встречался у женщин в 6,8 ± 2,9 % и у мужчин в 9,3 ± 4,4 % случаев (табл. 5).

По самооценочной шкале депрессии Бека у большинства обследованных нами женщин и мужчин присутствовали субъективные проявления депрессии (89,2 ± 3,6 % у женщин и 93,02 ± 3,9 у мужчин). Субклинические проявления депрессии у женщин составляют 13,5 ± 3,97 % и 13,95 ± 5,3 % у мужчин (табл. 6.)

Таблица 5

Оценка тяжести депрессии по шкале Монтгомери — Асберга

Степень депрессивного эпизода	Женщины n = 74		Мужчины n = 43	
	абс. к.	% ± m	абс. к.	% ± m
Отсутствие депрессивного эпизода	6	8,1 ± 3,2	28	65,1 ± 7,3
Малый депрессивный эпизод	42	56,8 ± 5,8	8	18,6 ± 5,9*
Умеренный депрессивный эпизод	21	28,4 ± 5,2	3	6,98 ± 3,9
Большой депрессивный эпизод	5	6,8 ± 2,9	4	9,3 ± 4,4

Примечание: * — достоверные различия частоты встречаемости депрессивного эпизода у женщин относительно мужчин ($p < 0,05$)

Таблица 6

Самооценочная шкала депрессии Бека

Степень депрессивного эпизода	Женщины n = 74		Мужчины n = 43	
	абс. к.	% ± m	абс. к.	% ± m
Отсутствие депрессивных симптомов	8	10,8 ± 3,6	3	6,98 ± 3,9
Легкая депрессия (субдепрессия)	10	13,5 ± 3,97	6	13,95 ± 5,3
Умеренная депрессия	23	31,1 ± 5,4	4	9,3 ± 4,4
Выраженная депрессия (средней тяжести)	16	21,6 ± 4,8	15	34,9 ± 7,3
Тяжелая депрессия	17	22,97 ± 4,9	15	34,9 ± 7,3

Гендерные различия у пациентов группы исследования по субъективным оценкам показывают, что женщины оценивали свое эмоциональное состояние как тяжелое. В $21,6 \pm 4,8$ % случаев имели депрессию средней тяжести и в $22,97 \pm 4,9$ % — тяжелую депрессию, что подтверждается объективными исследованиями — в $58,1 \pm 5,7$ % умеренный показатель депрессии и в $25,7 \pm 5,1$ % показатель тяжелой степени депрессии по шкале Гамильтона. Таким образом, у женщин выявлено совпадение между самооценкой и реальной клинической психопатологической картиной. У мужчин показатель депрессии, наоборот, при субъективной оценке оказался выше, чем при объективной диагностике ($34,9 \pm 7,3$ % — депрессия средней и тяжелой степени поровну по самооценочной шкале депрессии Бека и $30,2 \pm 7$ % — отсутствие депрессивного эпизода и $39,5 \pm 7,5$ % — наличие малого депрессивного эпизода по шкале тревоги и депрессии Гамильтона).

При анализе ответов обследуемых по методике Айзенка было выявлено, что у студентов депрессивным расстройствам средней и тяжелой степени тяжести соответствовали высокие цифры по шкалам экстраверсии и нейротизма. При субдепрессивном уровне расстройства данные по этим шкалам были слегка завышены, что указывает на «предрасположенность» к более тяжелой форме данного заболевания.

Выявлено, что студенты используют менее конструктивные способы совладания со стрессом, нежели люди более старших возрастных групп. В то же время конфликтным ситуациям, возникающим у студентов, окружающие могут не придавать значения как факторам риска суицидального поведения, так как фабула психотравмирующих ситуаций в большинстве случаев не является экстраординарной.

Терапия выявленных депрессивных расстройств нами формировалась с учетом двух основных направлений: психофармакологическое и психотерапевтическое.

Первое направление представлено специфической группой препаратов психотропного действия — антидепрессантами.

В клинической практике, особенно в первичном звене, до настоящего времени часто употребляемой группой являются трициклические антидепрессанты (ТЦА) [2].

Однако применение трициклических антидепрессантов сопряжено с целым рядом побочных эффектов, связанных, прежде всего, с их холинолитическими свойствами: устойчивая тахикардия, экстрасистолия, повышение артериального давления, головокружение, запоры, тремор, увеличение массы тела и т. п.

Эти побочные эффекты существенно ограничивают возможность применения таких препаратов как амитриптилин, а такой компонент действия ТЦА как седация, рассматривается как не имеющий отношения к антидепрессивному эффекту и снижающий уровень социального функционирования больного, что особенно важно для учащейся молодежи.

В связи с этим средствами первого выбора для наших пациентов были антидепрессанты нового

поколения — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС).

Препараты этой группы обладают высокой степенью конформизма при сочетанном применении их со многими другими лекарственными препаратами в общесоматической практике [2].

Учитывая, что обследованные студенты продолжали учебный процесс, психофармакологическое сопровождение применялось только у 15 % студентов.

Реализация второго терапевтического направления — психотерапевтического — была последовательно-ступенчатой. Методом выбора явилась когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) в различных модификациях.

Целью КПТ при лечении депрессивных нарушений являлось изменение эмоционального состояния и настроения больного благодаря рационально-логической переработке пациентом субъективного взгляда на себя и мир, что достигается рациональным переубеждением врачом пациента относительно необоснованности негативной и сниженной оценки себя и своих достижений. Важным было разъяснение механизмов развития депрессивных симптомов, чтобы у больного было четкое представление о собственной болезни, возможности терапевтического вмешательства. Пациенту предоставлялась информация, что от его собственных усилий зависит его состояние, он может влиять на собственные эмоции и настроение. Необходимо было изменить болезненное представление о собственной беспомощности относительно себя и болезни и безысходности ситуации депрессивного расстройства, и помочь пациенту определить позитивные факторы, на которые он может опираться при преодолении депрессии [4].

Наиболее эффективной являлась КПТ в модификации А. Бека и А. Эллиса. В концепции рационально-эмотивно-поведенческой психотерапии Эллиса главной промежуточной переменной, делающей понятной связь между стимулом и поведением, являются рациональные и иррациональные «когниции». В концепции когнитивной психотерапии (когнитивное консультирование) Бека определяющей переменной являются реалистичные и нереалистичные (связанные с ошибками в когнитивных выводах) «когниции» [2].

Оба автора признают связь когнитивных и поведенческих переменных при доминирующем значении первых. С их точки зрения, центром воздействия психотерапии должны быть промежуточные когнитивные переменные.

А. Эллис в своей рационально-эмотивно-поведенческой психотерапии ориентировался на представления, согласно которым положительные эмоции, такие как чувство любви или восторга, часто связаны или являются результатом внутреннего убеждения, выраженного в виде фразы «Это для меня хорошо», а отрицательные эмоции, такие как гнев или депрессия, связаны с убеждением, выраженным фразой «Это для меня плохо». Он полагал, что эмоциональный отклик на ситуацию отражает «ярлык», который «навешивают» ей (например, опасна она или приятна), даже

в том случае, когда эта стигма не соответствует действительности. Для достижения счастья, по Эллису, необходимо рационально сформулировать цели и выбрать адекватные средства. В любую ситуацию привносятся два отличающихся типа «когниций»: убеждения и предположения [2].

После периода формирования комплаентных отношений проводилось 14—16 сеансов КПТ в течение двух месяцев у студентов с выраженными соматовегетативными компонентами проводилось обучение технике аутотренинга в модификации Б. В. Михайлова [1]. Вся программа занимала 3 месяца с последующим переходом студентов в самоорганизующиеся группы психологической поддержки.

Особенности течения депрессивных расстройств до настоящего времени затрудняют своевременное обращение за медицинской помощью, диагностику и назначение адекватного лечения депрессивных состояний у студентов, ведут к затяжному течению депрессий, с нарушением учебной адаптации, вплоть до оформления академических отпусков и отчисления студентов вузов.

Применение сформированной нами модели психотерапии, построенной по интегративному принципу, показало ее высокую эффективность. Благодаря проведенному комплексному подходу в терапии депрессивных расстройств у студентов вузов по завершении

курса психотерапевтических мероприятий наблюдалось повышение уровня мотивации и интереса к учебе, а также дальнейшему трудоустройству. У студентов было выявлено улучшение когнитивной сферы, которое проявлялось в повышении концентрации внимания, улучшении памяти и устойчивости к стрессогенным факторам. Эффективность предложенной модели психотерапии составила 85 %.

Список литературы

1. Михайлов Б. В. Современная модификация методов аутогенной тренировки / Б. В. Михайлов // Материалы науч.-практ. конф. с международным участием, посвященной 150-летию курорта «Березовские минеральные воды» и 50-летию кафедры психотерапии ХМАПО. Т. 2 — 2012. — С. 157—160.
2. Михайлов Б. В. Проблема депрессий в общесоматической практике / Б. В. Михайлов // Здоров'я України. — 2006. — № 3 (136). — С. 18—19.
3. Михайлов Б. В. Поведенческая психотерапия : методические рекомендации / Михайлов Б. В., Чугунов В. В. — Х.: ХМАПО, 2002. — С. 6—11.
4. Akiskal H. Personality as a mediating variable in the pathogenesis of mood disorders: Implications for theory, research and prevention / H. Akiskal // In: Depressive Illness: Prediction of course and outcome / Eds. T. Helgason, J. Daly. — Berlin: Springer-Verlag, 1988. — P. 113—146.
5. Eisenberg, D. Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students / D. Eisenberg [et al.] // Am J Orthopsychiatry. — 2007 Oct; 77(4): 534—42.

Надійшла до редакції 16.05.2013 р.

Б. В. Михайлов, І. Д. Вашкіте

*Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

Аналіз соціально-психологічних факторів, що впливають на формування і розвиток депресивних реакцій афективного та невротичного регістрів у студентів ВНЗ

Розглядаються причини, методи діагностики та лікування депресивних розладів у студентів ВНЗ. Робота проведена на матеріалі 117 обстежених. Наведено діагностичні результати дослідження емоційної сфери студентів. Сформульовано рекомендації з діагностики та лікування хворих з депресіями в системі первинної медичної ланки.

Ключові слова: депресивні реакції, студенти, первинна медична ланка, діагностика, лікування.

B. V. Mikhailov, I. D. Vashkite

*Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education
(Kharkiv)*

Analysis of the socio-psychological factors that influence the formation and development of depressive affective and neurotic reactions registers at university students

We consider the causes, methods of diagnosis and treatment of depressive disorders among university students. Work carried out on the material of 117 patients. Also describes diagnostic results of a study of the emotional sphere students. Recommendations on the diagnosis and treatment of patients with depression in primary health care.

Keywords: depressive reactions, students, primary care, diagnosis, treatment.