

УДК 159.9:616.89-008.454]305

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ДЕПРЕСИВНОГО СТАНУ У ЖІНОК ЗА ШКАЛОЮ ГАМІЛЬТОНА

Молотокас А.А., аспірант
кафедри психодіагностики та клінічної психології
Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Депресія у жінок різних вікових категорій спостерігається в 2 рази частіше, ніж у аналогічної групи чоловіків, тому сучасна медицина зарахувала жіночу статеву приналежність до факторів, що призводять до формування недуги. Цей факт пояснюється відмінностями статей – особливостями будови психіки, анатомічної будови, структури, властивостей ендокринної та нервової систем і особливостями реагування на ситуацію. У статті проаналізовано особливості прояву депресивних станів у жінок та чоловіків. Розглянуто гендерні відмінності депресивної симптоматики та її вираженості.

Ключові слова: клінічна психологія, депресивний стан, депресія, методика Гамільтона, гендерні особливості, психоневрологічна клініка, лікування, дослідження.

Депрессия у женщин разных возрастных категорий наблюдается в 2 раза чаще, чем у аналогичной группы мужчин, потому современная медицина причислила женскую половую принадлежность к факторам, которые приводят к формированию болезни. Этот факт объясняется различиями полов – особенностями строения психики, анатомического строения, структуры, свойств эндокринной и нервной систем и особенностями реагирования на ситуацию. В статье проанализированы особенности проявления депрессивных состояний у женщин и мужчин. Рассмотрены различия депрессивной симптоматики и ее выраженности.

Ключевые слова: клиническая психология, депрессивное состояние, депрессия, методика Гамильтона, гендерные особенности, психоневрологическая клиника, лечение, исследование.

Molotokas A.A. FEATURES OF MANIFESTATION OF WOMAN DEPRESSION ACCORDING TO HAMILTON SCALE

The article analyzes the features of the manifestation of depressive conditions for women and men. The gender differences in depressive symptoms and its severity considered. Women depression of different age groups is observed in 2 times more, than in the same group of men, there for modern medicine has considered female sexual belonging to the factors, that lead to the formation of illness. This fact is explained by the gender differences of the articles – the peculiarities of the structure of the psyche, the anatomical structure, the structure, properties of the endocrine and nervous systems and the peculiarities of responding to the situation.

Key words: clinical psychology, depressive state, depression, Hamilton scale, gender peculiarities, psycho-neurological clinic, healing, research.

Постановка проблеми. На даний час депресивні стани є однією з найважливіших проблем українського суспільства. Актуальність цієї проблеми для України критична у зв'язку з кризою в економіці і політиці, невпевненістю людей в завтрашньому дні, збільшенням кількості стресових ситуацій. Депресивний стан значною мірою провокує сучасний темп життя, перенасичений інформаційно й емоційно, який викликає перенапруження людської психіки.

Сьогодні депресії значно поширені в усьому світі. Згідно зі статистикою ВООЗ (Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я) 4-5% населення Земної кулі страждають цією патологією, при цьому ризик розвитку великого депресивного епізоду становить 15-20%. За даними ВООЗ і Національного інституту психологічного здоров'я США, жінки страждають депресією частіше, ніж чоловіки. Хоча б раз у житті клінічно окреслений депресивний епізод переносять

7-12% чоловіків і 25% жінок. У 60% випадків відзначаються рецидиви, і ризик їх розвитку тим вище, чим слабкішим був терапевтичний ефект при лікуванні попереднього депресивного епізоду. Досить часто захворювання супроводжується аутоагресією тією чи іншою мірою. У 15% спостережень пацієнти, які страждають депресією, здійснюють суїцид, що становить 60% від усіх самогубств. Медико-соціальне значення депресії ще визначається і тим, що ця патологія займає четверте місце в усьому світі серед інших захворювань за величиною витрат, що накладаються на суспільство, які на 97% зумовлені непрацездатністю хворих і тільки на 3% – витратами на анти-депресанти.

Депресія у жінок різних вікових категорій спостерігається в 2 рази частіше, ніж у аналогічної групи чоловіків, тому сучасна медицина зарахувала жіночу статеву приналежність до факторів, що призводять



до формування недуги. Цей факт пояснюється відмінностями статей – особливостями будови психіки, анатомічної будови, структури, властивостей ендокринної та нервової систем і особливостями реагування на ситуацію.

Депресії часто зустрічаються у лікарській практиці. У таких розвинених країнах, як Швеція, Іспанія, США, Австралія, Японія частота депресій у хворих стаціонару, які звернулися за консультативною психологічною допомогою, досягає 20-29%. Всесвітня психіатрична асоціація наводить такі дані: депресію виявляють у 22-33% хворих, госпіталізованих до психіатричного стаціонару, а також депресія виявляється у 38% онкологічних хворих, у 47% хворих на інсульт, у 45% – інфарктом міокарда, у 39% – хворобою Паркінсона.

Результати дослідження, проведеного ВООЗ, в якому взяли участь 2700 хворих, свідчать, що поширеність депресії серед пацієнтів неврологічних клінік становить 17%. У рівній за обсягом вибірці (психологічний кабінет однієї з багатопрофільних поліклінік) частка депресивних розладів займає 38,2%, з яких реактивні депресії – 28,1%, легкі – 18,9%, помірно важкі – 9,2%, ендогенні в рамках циклотимії – 10,1%.

Мета статті. Проаналізувати особливості переживання депресії жінками, використовуючи шкалу депресії Гамільтона, порівняти особливості депресивного стану у жінок та чоловіків. Важливим є той факт, що за даними ВООЗ, жінки страждають на депресію в 2 рази частіше, ніж чоловіки. Таким чином, зростає інтерес до гендерного розподілу особливостей переживання депресії та хвороби в цілому, до її механізмів розвитку та особливостей протікання, розмежування більш важких та помірних форм депресії та їх ступенів важкості.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Депресії та депресивні розлади більшою мірою розглядаються у психіатрії, але за останній час цей розлад активно вивчається у медичній та клінічній психології. (Н. Г. Гаранян, В. В. Ковальов, Г. Д. Мазуро, Б. В. Михайлов, Е. С. Наталевич, І. Л. Первова, В. С. Підкоритов, В. Н. Синицький, Л. Ф. Шестопалова, О. С. Чабан, Ю. Ю. Чайка, Г. Браун, М. Ковач, Д. Коул, Дж. Мак-Каллоу, К. Петерсон та ін.).

Однією з причин виникнення депресивного стану та розладу є переживання травмуючих подій та наслідки психотравматичного впливу. Психотравмуючі події та їхні наслідки для поведінкової, емоційної і пізнавальної сфери особистості, вірогідність виникнення дезадаптивної поведінки, пси-

хосоматичних і нервово-психічних розладів внаслідок травматичного стресу розглядали у своїх наукових дослідженнях Ю. Александровський, В. Євдокимов, Л. Крижанівська, Г. Ложкін, В. Маріщук, О. Морозов, Г. Нікіфоров, О. Носкова, Н. Тарабріна, І. Толкунова та ін.

У медичній літературі підтримується загальна точка зору про відмінності в частоті виявлення депресивних станів у жінок і чоловіків. Адже, як уже зазначалося, жінки страждають на депресію в 2 рази частіше, ніж чоловіки (це стосується і великої депресії, і дистимічних розладів, і тривожних розладів) [5].

У клінічних вибірках гендерні відмінності в кількості симптомів менш помітні, відзначаються схожі функціональні порушення і ступінь важкості, але у жінок частіше в анамнезі відмічається попереднє лікування депресії [7]. Можливо, має місце занижена діагностика депресії у чоловіків і гіпердіагностика у жінок через безліч факторів: у жінок виявлення вище за рахунок частішого звертання до лікаря / психолога з приводу проявів хвороби, як правило, пов'язаного із соціально-психологічними і сімейними проблемами, про які жінки активно розповідають лікарю. Чоловіки навпаки не схильні до пред'явлення скарг. Депресивні стани у них частіше маскуються за проявами агресії. Вони намагаються самостійно впоратися з болючими переживаннями, підсилюють навантаження на роботі, займаються агресивними/екстремальними видами спорту, вдаються до алкоголізації, зловживання психоактивними речовинами, намагаючись повернути втрачений інтерес до життя та задоволень [5].

Як і будь-яке психосоматичне захворювання, депресія має симптоми і фізичні, і психологічні. Однак діагностувати власне депресію дуже складно – у всіх людей депресія проявляється по-різному [1].

Вважають, що в депресії є дві головні ознаки – постійне почуття пригніченості й втрата інтересу до життя, байдужість до того, що раніше подобалося. Про депресію як психологічне явище можна говорити тільки тоді, коли цей стан триває довше двох тижнів. Крім того, ці прояви повинні бути яскраво вираженими – тобто заважати нормально працювати й спілкуватися з іншими людьми [4].

Звичайно, під час депресії ці симптоми проявляються, як мінімум, у таких ознаках:

- помітне схуднення (без дієти) або помітне збільшення маси тіла;
- безсоння або, навпаки, сонливість;
- прискорені або уповільнені рухи;
- слабкість, швидка втомлюваність;

– почуття власної нікчемності, безмірної провини;

– нездатність зосередитися, чітко мислити, приймати рішення [4].

Наявність вказаних симптомів вказує на потребу звернутися за допомогою. З іншого боку, люди зрідка визнають той факт, що в них депресія. Зазвичай вони впевнені, що адекватно оцінюють ситуацію і все «дійсно так погано». Більшість людей у стані депресії відчуває пригніченість, власну нікчемність, спустошеність. Дехто проявляє постійну слізливість, інші, навпаки, втрачають здатність плакати.

Існує хибна думка, що під час депресії люди обов'язково сумні, але багато хто, особливо чоловіки й молоді люди, відчувають не сум, а роздратованість, навіть стають злобливими й агресивними [4].

Для депресії діагноз може бути поставлений за наявності певних симптомів, декілька з них основні, інші додаткові [3].

Критерії діагнозу депресії за МКБ-10:

Обов'язкові два (можливо більше) з наступних симптомів:

- знижений депресивний настрій більшу частину дня;
- втрата інтересів і здатності отримувати задоволення від того, що раніше тішило;
- наявність почуття втрати (зниження) енергії і підвищена втомлюваність.

Додаткові симптоми:

- зниження здатності концентрації уваги;
- зниження самооцінки;
- ідеї самознищення та самообвинувачення;
- порушення сну будь-якого типу;
- зниження апетиту, зменшення маси тіла (або навпаки);
- суїцидальні тенденції.

Тривалість депресивного стану – не менше 2 тижнів [3].

Часто депресію супроводжують специфічні фізичні симптоми. Більшість людей втрачає апетит, навіть при думці про їжу їм стає недобре, а в деяких, навпаки, помітне надмірне споживання їжі. Безсоння з'являється приблизно у 80% людей із депресивним станом: людина може важко засинати ввечері або кілька разів прокидатися вночі. Особливо часто виникає так зване «раннє пробудження». Майже всі люди в стані депресії скаржаться на слабкість і втрату працездатності, постійно почуваються втомленими. У деяких людей з'являються болі, зокрема головні або болі в шлунку. У жінок нерідко стають болісними й нерегулярними місячні. Кожна друга людина з депресією скаржиться лікареві саме на фізичні недуги, навіть не згадуючи про психологічні проблеми [1].

Депресивний стан також змінює думки й почуття людини. Вона не бачить можливості опанувати себе, що ніколи вже не буде добре почуватися. Людина стає неухважною і забудькуватою, думки плутаються, важко приймати навіть просте рішення, наприклад, як сьогодні одягнутися. У 90% випадків люди з депресією відчувають тривогу, занепокоєння, постійне очікування якогось лиха. Також під час депресії спостерігається занижена самооцінка [4].

З метою визначення гендерних особливостей прояву депресивних станів організоване та проведене емпіричне дослідження.

Вибірку опитуваних склали 50 осіб-пацієнтів відділення психоневрології Дорож-

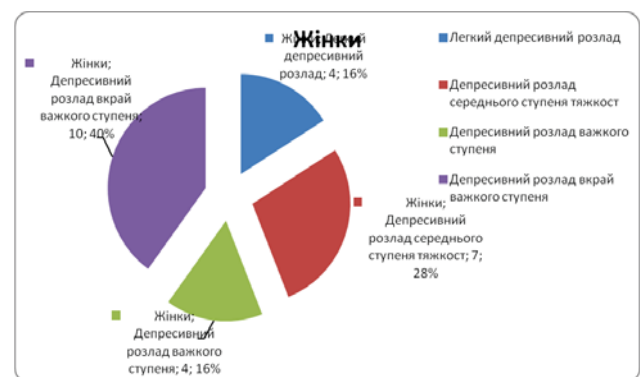


Рис. 1. Розподіл важкості депресії у жінок за методикою Гамільтона



Рис. 2. Розподіл важкості депресії у чоловіків за методикою Гамільтона

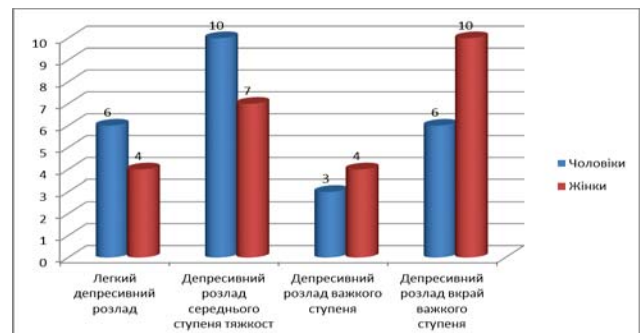


Рис. 3. Порівняльний аналіз розподілу важкості депресії у жінок та чоловіків за методикою Гамільтона



ньої клінічної лікарні № 1 м. Києва. Всі опитувані були з діагностованою депресією різного ступеня важкості. Серед опитуваних було 25 чоловіків та 25 жінок, хворих на депресію, які перебувають на лікуванні в умовах стаціонару. Вік респондентів на момент проведення дослідження склав +(-) 32 роки (жінки – 29+(-) 0,6, чоловіки – 38 +(-) 0,6). Чоловіки виступали контрольною групою у даному дослідженні для більш чіткого та зрозумілого порівняння із показниками депресії у жінок.

У ході емпіричного дослідження використано методику «Шкала депресії М. Гамільтона».

Основним етапом нашого дослідження було визначення особливостей ступеня вираженості депресії за шкалою Гамільтона. В даній методиці передбачено 5 рівнів важкості депресії, але результати нашого дослідження показали 4 рівні – наявність депресії у кожного респондента.

Під час аналізу результатів опитування чоловіків та жінок – пацієнтів психоневрологічного відділення, було виділено симптоматику і загальні показники депресії, які переважали в опитуваних за методикою Гамільтона. Розподіл отриманих результатів у жінок за шкалою депресії Гамільтона показав (мал. 3.7), що у 10 жінок спостерігається депресивний розлад вкрай важкого ступеня, у 7 – депресивний розлад середнього ступеня тяжкості, легкий депресивний розлад – у 4 жінок та депресивний розлад важкого ступеня – у 4 жінок.

Як ми бачимо на мал. 1, 16% жінок мають легкий депресивний розлад, 28% жінок мають депресивний розлад середнього ступеня тяжкості, 16% мають депресивний розлад важкого ступеня та 40% депресивний розлад вкрай важкого ступеня.

Як ми бачимо на мал. 2, 24% чоловіків мають легкий депресивний розлад, 40% чоловіків мають депресивний розлад середнього ступеня тяжкості, 12% мають депресивний розлад важкого ступеня та 24% депресивний розлад вкрай важкого ступеня.

За ступенем вираженості депресії ми можемо сказати, що у більшості жінок спостерігається депресивний розлад вкрай важкого ступеня (10 жінок), а у чоловіків відмічається депресивний розлад середнього ступеня тяжкості (10 чоловіків).

Гендерні відмінності структур депресивного стану виявилися не такими значними, як можна було б припускати, виходячи з даних деяких дослідників.

Висновки. Отримані нами результати за шкалою депресії Гамільтона визначили, що жінкам більш притаманний депресив-

ний розлад вкрай важкого ступеня, водночас чоловікам притаманний депресивний розлад середнього ступеня тяжкості. Такий розподіл показників ступеня депресії свідчить, що у жінок перебіг депресії відбувається набагато виразніше, ніж у чоловіків.

Порівняльний аналіз отриманих результатів між чоловіками та жінками виявив, що у жінок спостерігається гостріший перебіг депресії та більш виражена симптоматика. Такі результати пов'язані з особливостями емоційних переживань. Гендерна відмінність полягає в тому, що жінки більш емоційно реагують на критичні та значимі ситуації, ніж чоловіки, тому і за тривалістю їхня депресія довша.

В описах депресивного стану зустрічаються симптоми як найбільш характерні для діагностики, так і ті, що не цілком належать до таких за відомими критеріями. У жінок при депресії частіше відзначаються симптоми неспокою, нападів плачу, почуття безпорадності, самотності, суїцидальні ідеї, підвищений апетит і збільшення маси тіла. У жінок також частіше відмічаються болі в тілі і поза з опущеною головою (як прояв зневіри), що не мають спеціального діагностичного значення [6].

Деякі дослідники теоретично сформулювали «чоловічий депресивний синдром», який характеризується раптовими і періодично виникаючими приступами гніву, роздратованістю, агресивною поведінкою та алекситимією [8].

На підставі проведеного аналізу можна сформулювати висновок про те, що наявні певні відмінності структурних особливостей депресивного стану у чоловіків, що проявляється в меншій, ніж у жінок, залежності вольової саморегуляції від вираженості депресивного стану, з меншою вираженістю почуття печалі і суїцидальних нахилів та загального впливу на соціально-психологічне функціонування. У жінок на загальне зниження рівня СПФ (соціально-психологічного функціонування) більшою мірою впливав апатичний компонент депресії, але лише на рівні тенденцій. Жінки також гірше справлялися з підтриманням охайності і зовнішнього вигляду і мали найбільш виражені порушення психоемоційного компоненту в сексуальній сфері.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Бек А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш. – СПб.: Питер, 2000. – 236 с.
2. Бігун Н.І. Психологічні засоби формування особистісної захищеності щодо дії депресогенних факторів / Н.І. Бігун // Вісник Кам'янець-Подільського національного університету ім. І. Огієнка. Психологічні

науки / [редкол.: А.І. Шинкарук відп. ред. та ін.]. – Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2011. – Вип. 3. – С. 3-7.

3. Крайнюк В.М. Психологія стресостійкості особистості: монографія / В.М. Крайнюк. – К.: Ніка-Центр, 2007. – 432 с.

4. Мельник А.П. Психологічні особливості депресивних станів у пацієнтів із ВІЛ-позитивним статусом / А.П. Мельник // Психологічні перспективи. – 2011. – Вип. 18. – С. 168-175.

5. Тювина Н.А. Депрессия у женщин / Н.А. Тювина. – М.: Кафедра психиатрии и медицинской психоневрологии ММА им. И.М.Сеченова, 2003. – 32-62 с.

6. Kiveld S.L., Pakkala K., Clinician-rated symptoms and signs of depression in aged Finns // Int. J. Soc. Psychiatry. – 1988. – P. 2229-2235.

7. Kornstein S., Schatzber A., Thase, M. Gender differences in chronic major and double depression // J. Affect. Dis. 2000. – Vol. 60. – P. 1-11.

8. Van Pragg H. Serotonin dysfunction and aggression control // Psychol. Med. 1996. – Vol. 21. – P. 15-19.

УДК 159.-364-787.7-056.24(477)

СУПРОВІД СІМЕЙ, ДЕ РОСТЕ ДИТИНА З ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИМИ ВАДАМИ, У СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Царькова О.В., к. психол. н., доцент кафедри психології
Мелітопольський державний педагогічний університет
імені Богдана Хмельницького

Работа Т.О., науковий кореспондент
лабораторії психології навчання імені І.О. Синиці
Інститут психології імені Г.С. Костюка
Національної академії педагогічних наук України

У статті розглянуто проблему супроводу сімей, де росте дитина з психофізіологічними вадами. Увагу акцентовано на емоційному стані батьків. У даній роботі висвітлено психологічні особливості сімей, які виховують дітей з обмеженими можливостями. Також розглянуто проблему адаптації та соціалізації як дитини, так і сім'ї вцілому. На основі існуючих наукових досліджень були зроблені висновки про необхідність психологічного супроводу таких сімей, створення відповідних організацій, за допомогою яких батьки змогли б обмінюватись досвідом стосовно виховання та розвитку дитини з психофізіологічними вадами.

Ключові слова: сім'я, здоров'я, суспільство, супровід, дитина, адаптація, соціалізація, допомога.

В статье рассмотрена проблема сопровождения семей, где растёт ребенок с психофизиологическими отклонениями. Внимание акцентировано на эмоциональном состоянии родителей. В данной работе были освещены психологические особенности семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями. Также рассмотрена проблема адаптации и социализации как ребенка, так и семьи в целом. На основе имеющихся научных исследований были сделаны выводы о необходимости психологического сопровождения таких семей, создание соответствующих организаций, с помощью которых родители смогли бы обмениваться опытом по воспитанию и развитию ребенка с психофизиологическими отклонениями.

Ключевые слова: семья, здоровье, общество, сопровождение, ребенок, адаптация, социализация, помощь.

Tzarkova O.V., Rabota T.O. FAMILY SUPPLY, WHERE A CHILD'S GROWTH WITH PSYCHOPHYSIOLOGICAL WEDGES IN THE PUBLIC HEALTH SYSTEM

The article deals with the problem of supporting families with a child with psychophysiological defects. Attention is focused on the parents' emotional state. In this article psychological characteristics of families, raising children with disabilities, were highlighted. Also the problem of adaptation and socialization of both the child and the family is considered. On the basis of existing scientific studies, conclusion on the need for psychological support for such families, the creation of appropriate organizations, through which parents could exchange experiences about the upbringing and development of the child with psychophysiological defects were made.

Key words: family, health, society, support, child, adaptation, socialization, help.