

ANALYSIS OF DEPRESSIVENESS AND ANXIETY DEGREE OF UKRAINIAN VILLAGERS (2012 – 2013)

O. Krupenko, Lecturer
Tauride State Agrotechnological University, Ukraine

In the report the author analyzes the results of psychological diagnostics of Ukrainian villagers. On their basis the author tried to make a forecast concerning the future dynamics of the state and behavior of the villagers. This is the extension of the report previously printed last year.

Keywords: depression, anxiety, rural residents, social and psychological support.

Conference participant,
National championship in scientific analytics,
Open European and Asian research analytics championship


АНАЛИЗ СТЕПЕНИ ДЕПРЕССИВНОСТИ И ТРЕВОЖНОСТИ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ УКРАИНЫ (2012 – 2013 ГОД)

Крупенко О., преподаватель
Таврический государственный агротехнологический университет, Украина

В материале проанализированы результаты психодиагностики сельских жителей Украины, на основе которых автор попробовал сделать прогноз дальнейшей динамики состояния и поведения жителей села. Данный материал является продолжением предыдущего, напечатанного в прошлом году.

Ключевые слова: депрессия, тревожность, сельские жители, социально-психологическое сопровождение.

Участник конференции,
Национального первенства по научной аналитике,
Открытого Европейско-Азиатского первенства по научной аналитике

 <http://dx.doi.org/10.18007/gisap:ps.v0i8.1320>

Для создания полноценного социально-психологического сопровождения сельских жителей Украины в течение 2012-13 года нами была проведена психодиагностика их психологического состояния. Данное исследование продолжает цикл, озвученный в материале «Влияние экономического положения сельского населения Украины на его психическое состояние».

Для получения результата нами были использованы «Шкала депрессии» и «Личностная шкала проявления тревоги» (Дж. Тейлор, 1953 года). В тестировании приняли участие 1775 человек. Среди них: мужчины - 1042 (58,7%) и женщины - 733 (41,3%). В связи с большим количеством респондентов коэффициенты корреляции использованы не были.

Среди наших респондентов доминируют жители города – 946 человек (53,3%), сельских жителей – 829 (46,7%).

При этом распределение между сельскими жителями выглядит следующим образом: п.г.т. - 119 (14,3%), АР Крым - 19 (2,3%), село - 691 (83,4%).

Среди наших респондентов из села по гендерному признаку преобладают мужчины – 407 человек (49,1%), женщин – 284 (34,3%); среди жителей п.г.т. наоборот доминируют женщины – 63 (7,6%), мужчин – 56 человек (6,7%); АР Крым представлена наименьшей численностью респондентов – 10 мужчин (1,2%) и 9 женщин (1,1%). Это соотношение выглядит следующим образом:

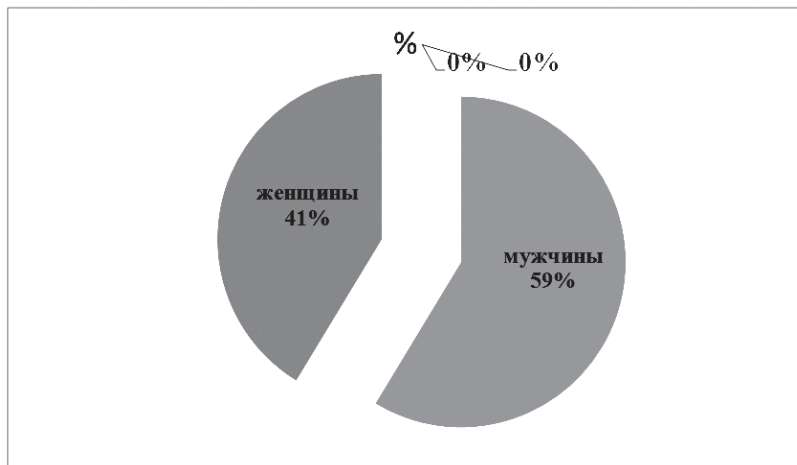


Рис. 1. Процентное соотношение между мужчинами и женщинами.

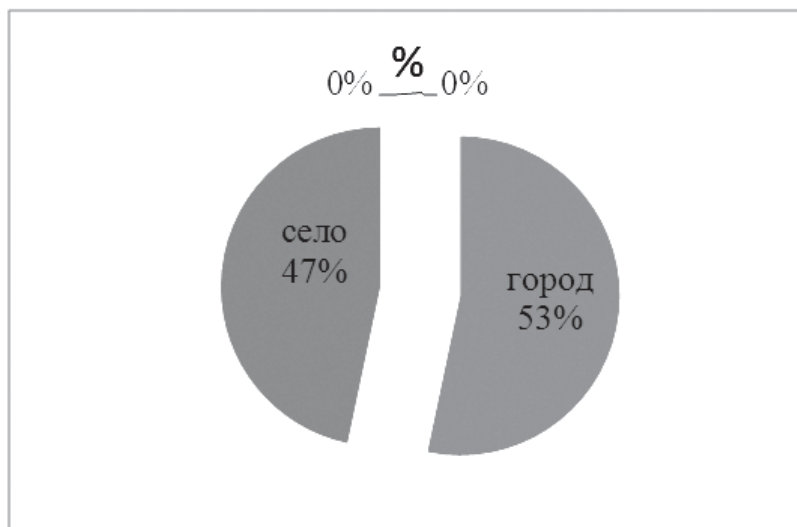


Рис. 2. Процентное распределение между жителями села и горожанами.

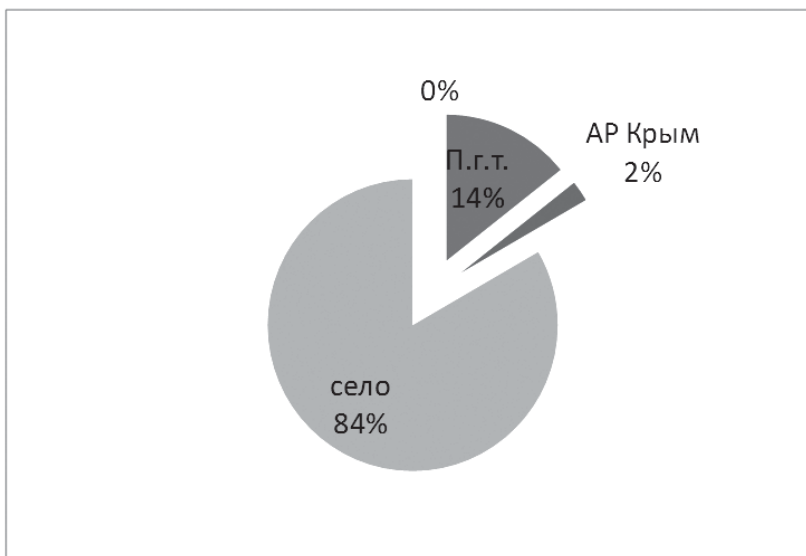


Рис. 3. Процентное распределение между респондентами из сельской местности.

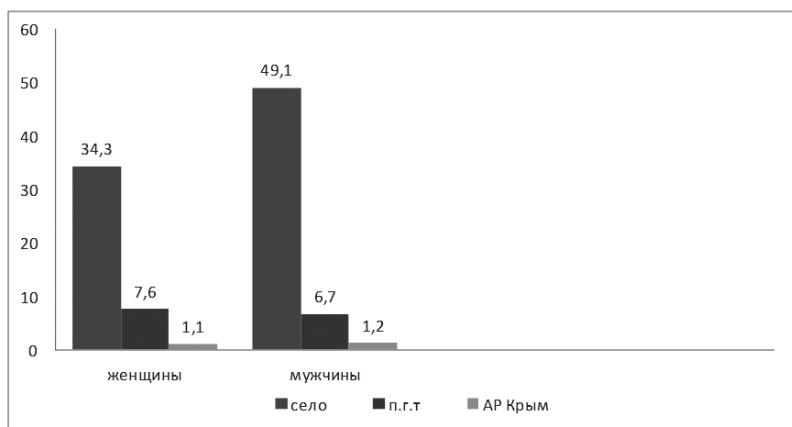


Рис. 4. Процентное распределение респондентов из разных регионов.

Среди горожан в нашей выборке больше мужчин – 60,17% (569 человек) и 39,83% (377 человек) – женщины.

Значительная часть наших респондентов после проверки полученных данных, по первому срезу попала в группу риска по «Шкале депрессии» значительная их часть перешла границу 70 баллов, а это свидетельствует об реально депрессивном состоянии. При этом он наблюдается как среди сельских жителей, так и среди жителей города.

Термин «депрессия» часто используется при описании настроения, симптома или ряда синдромов аффективных расстройств. Если говорить о настроении, то в таком контексте депрессия показывает на состояние из

прошлого, при котором появляется печаль, уныние, покинутость, безрадостность, несчастье, а также подавленность. В виде симптома, она указывает на жалобы, которые очень часто проявляются в биопсихосоциальных проблемах. Сам же депрессивный синдром состоит из широкого спектра этих самых психобиологических дисфункций, которые меняются частоту, тяжесть и длительность протекания. Классическая депрессия выглядит как периоды печали и переутомления, которые прошли и после них уже полученные в ответ все стрессовые ситуации в жизни, идентифицируются. Настроения, которые связаны с такой депрессией, колеблются по времени протекания, и обычно, не длятся больше 7-10 дней. Если указанные выше

проблемы напоминают о себе намного дольше и при этом симптомы становятся сложнее и тяжелее, можно смело говорить о клиническом уровне депрессии. Клиническая депрессия чаще всего проявляется в нарушениях сна и аппетита, а также повышенной истощаемостью, чувством безнадежности и отчаяния. Иногда такие проблемы приобретают психотические размеры, и заболевший предпринимает суицидные попытки или демонстрирует галлюцинаторную и бредовую симптоматику. Кроме этого ему становится присуща сильная психологическая и двигательная заторможенность.

В настоящее время известно большое количество разработанных конкурирующих между собой систем классификации депрессии. К ним относятся системы, основанные на теоретических предубеждениях, ориентациях, как теоретиков, так и клиницистов. Они представляют собой собрание унитарных, дуалистических и плюралистических типов классификаций и диагностических концепций. Унитарный подход, говорит о существующем основном типе депрессии, меняющемся по степени тяжести. Поэтому депрессию классифицируют на три вида: слабая, умеренная и тяжелая, но этот взгляд не очень популярен.

Дуалистический подход указывает на наличие двух типов депрессии: первый характеризуется четкой психологической этиологией, непродолжительным протеканием и относительно благоприятным исходом; второй - имеет биологическую этиологию и затяжное течение, а также чаще всего плохой прогноз. В рамках этого подхода противопоставляются такие типы депрессии: реактивный с автономным; невротический с психотическим; экзогенный с эндогенным; оправданный с соматическим.

Плюралистические системы классификации в свою очередь состоят из большого количества типов депрессивных расстройств. Гринкер и его соавторы предлагают четыре типа таких депрессивных расстройств. Они основаны на данных проведенного факторного анализа форм поведения, настроений, а также реакций на терапию. При этом они говорят о дисфорическом, пустом, тревожном

Табл. 1.

Распределение респондентов по данным среза

Респонд.	Шкала депрессии				Личностная шкала проявления тревоги (Дж. Тейлор)			
	50	51-59	60-69	70-...	0-5	15-25	25-40	40-50
Село:								
Мужч..	-	7	142	261	193	214	3	-
Жен.	-	35	78	187	48	105	147	-
	0	42	220	448	241	319	150	0
Город:								
Мужч.	-	29	193	347	205	204	160	-
Жен.	-	10	100	267	94	80	203	-
	0	39	293	614	299	284	363	0
П.г.т:								
Мужч.	-	16	-	47	5	17	41	-
Жен.	-	-	-	56	9	-	47	-
	0	16	0	103	14	17	88	0
Всего	0	97 (5,46%)	513 (28,9%)	1165 (65,64%)	554 (31,2%)	620 (34,9%)	601 (33,9%)	0

и ипохондрическом типах депрессии. В четвертом издании (1994) «Руководства по диагностике и статистической классификации психических расстройств» (DSM-IV) Американской психиатрической ассоциации тоже поддерживается плюралистический взгляд на депрессивные расстройства. Сама система DSM-IV очень важна для понимания, потому что представляет официально принятую в США классификацию, предназначенную для медицинского и юридического применения.

Около 330 г. до н.э. в древней Греции Гиппократ впервые дифференцировал депрессивные расстройства на 3 типа - манию, меланхолию и френи (психическую спутанность и делирий). Далее появились работы Аретей Каппадокийского. Он рассматривал меланхолию и манию в виде проявлений одной и той же болезни, а также как расширение нормальной личности. Много писал про личностную типологию больных манией и меланхолией. Последнее охватывает большое количество расстройств, при которых сама депрессия была только одной из ее сторон. Англичанин Роберт Бертон в 1621 году издал книгу под названием «The anatomy of melancholia» («Анатомия меланхолии»), которая сразу же стала классикой в данной области. Французский врач Теофил Боне в 1684 году предложил использовать термин «маниакально-меланхолическое безумие».

Это и стало первым медицинским обозначением того, что теперь имеет название биполярное расстройство (МДП).

Совершенствование диагностики депрессии продолжил Франсуа Боссье де Соваж, который опубликовал нозологическую систему, включавшую в себя 14 подтипов меланхолии. Именно его идеи в дальнейшем развивал Жан Пьер Фальре, опубликовавший в 1854 году статью, которая называется «De le folie circulaire» («О циркулярном безумии»). В ней он объединил отдельные клинические картины мании и депрессии в одно заболевание. Приблизительно в то же самое время (в 1853 году), Жан Байарже использовал термин «безумие двойной формы». И наконец, самый весомый вклад сделал Эмиль Крепелин, рекомендовавший в 1899 году разделять такие заболевания как раннее слабоумие и маниакально-депрессивный психоз. В 1905 году Эмиль Крепелин озвучил термин «инволюционная меланхолия» предназначенный для диагностики разновидностей депрессии, возникающей в среднем возрасте. За последние годы произошло много очень важных событий, которые связаны с последующим развитием классификации, этиологии, а также лечения депрессивных расстройств. Весь ранний исторический материал является контекстом для понимания того, насколько важной и противоре-

чивой всегда была проблема депрессии на протяжении всего времени ее изучения. [4]

Общая тенденция при проверке данных имеет следующий вид: на период проведения психодиагностики (осенне-зимний сезон), даже учитывая 15% погрешность, мы обнаружили, что 55,84% (1165-174 (15%)) наших респондентов находятся в истинном депрессивном состоянии и имеют средний уровень тревожности - 29,7% (620-93 (15%)). Но у 33,9% наблюдается тенденция к высокому уровню тревожности.

Под тревожностью подразумевают индивидуальную психологическую особенность, которая проявляется в склонности человека к частым очень интенсивным переживаниям самого состояния тревоги, а также в низком пороге ее возникновения. Она рассматривается в виде личностного образования или свойства темперамента, обусловленного слабостью нервных процессов.

Причины тревожности изучают до сих пор. На сегодняшний день доминирует взгляд, в котором тревожность имеет природную основу и является свойством нервной системы, а также формируется прижизненно под действием социальных и личностных факторов. В дошкольном и младшем школьном возрастах главной причиной такого нарушения бывают детско-родительские отношения. В более взрослом возрасте тревожность может

возникать от внутренних конфликтов, преимущественно самооценочного характера.

Выделяют устойчивую тревожность в какой-либо сфере - частную, «связанную» (школьную, экзаменационную, межличностную и т.д.) а также общую, «разлитую», свободно меняющую объекты в зависимости от изменения их значимости для человека. Кроме этого различают адекватную тревожность, которая является отражением неблагополучия человека в определенной области, хоть конкретная ситуация может и не содержать угрозы, и неадекватную тревожность (собственно тревожность как таковую) в более благополучных для человека областях реальности (Л.И. Божович, В.Р. Кисловский).

Любую тревожность считают показателем неблагополучия личностного развития и подразумевают то, что она оказывает на нее негативное влияние. Аналогичное влияние оказывает и нечувствительность к реальному неблагополучию, «защищенность», которая возникает под воздействием защитных механизмов, и прежде всего вытеснение. Все это проявляется в отсутствии тревоги даже в тех ситуациях, которые могут считаться потенциально угрожающими. Тревожность может являться предвестником невроза, а также его симптомом и механизмом развития. Она входит в качестве одного из основных компонентов в «посттравматический синдром», то есть в комплекс переживаний, ко-

торые обусловлены пережитой психической или физической травмой. Среди других видов психических расстройств с тревожностью связаны также фобии, ипохондрия, истерия, навязчивые состояния и другие. Впервые она была описана З. Фрейдом в 1925 году. [5]

Мы наблюдаем определенный показатель «группы риска» (лиц склонных к суициду). Их количество в нашем исследовании составляет - 31,2%, а также имеем тенденцию к депрессивно-тревожному состоянию, которое несет в себе приступы агрессии, глубокие переживания, тоску, уныние и ухудшение общего социально-психологического состояния наших респондентов.

References:

1. Ponjatie gendera v psihologii, gendernaja socializacija [The concept of gender in psychology, gender socialization]., Access mode: <http://www.vashpsixolog.ru/lectures-on-the-psychology/173-2012-01-24-09-28-17/1510-2012-01-24-09-33-25>
2. Majers, D. Social'naja psihologija [Social psychology]. D. Majers. – St. Petersburg., 1997.
3. Kun M. Jempiricheskoe issledovanie ustanovok lichnosti na sebja [Empirical research study of personal setting towards own self]., M. Kun, T. Makpartlend Sovremennaja zarubezhnaja social'naja psihologija: teksty [Modern foreign social psychology: texts]. [Under editorship

of G.M. Andreeva, N.N. Bogomolova, L.A. Petrovskaya]. – Moskva., 1984.

4. Korsini R. Psihologicheskaja jenciklopedija [Psychological Encyclopedia]. Korsini R., Auferbah A. Jenciklopedija [Encyclopedia]. - Piter, 2006.

5. Trevozhnost' [Uneasiness]., Access mode <http://www.psibook.com/04/18/33.html>

Литература:

1. Понятие гендера в психологии, гендерная социализация \ Электронный ресурс \ зона доступа <http://www.vashpsixolog.ru/lectures-on-the-psychology/173-2012-01-24-09-28-17/1510-2012-01-24-09-33-25>
2. Майерс, Д. Социальная психология / Д. Майерс. – СПб., 1997.
3. Кун М. Эмпирическое исследование установок личности на себя / М. Кун, Т. Макпартленд // Современная зарубежная социальная психология: тексты / [под ред. Г.М. Андреевой, Н.Н. Богомоловой, Л.А. Петровской]. – М., 1984.
4. Корсини Р. Психологическая энциклопедия / Корсини Р., Ауэрбах А. // Энциклопедия / - Питер, 2006.
5. Тревожность \ Электронный ресурс \ зона доступа <http://www.psibook.com/04/18/33.html>

Information about author:

1. Olga Krupenko - Lecturer, Tauride State Agrotechnological University; address: Ukraine, Melitopol city; e-mail: spitsal@mail.ru

