

наченому типу самоуправління – самоорганізації. За успішного рішення комплексних проблем виникає динамічна смислова система, в якій функціонує механізм інтелектуальних емоцій, які забезпечують вибірково переробку предметного змісту.

5. Дослідження показує, що в неочевидних проблемних ситуаціях структура та продуктивність мисленнєвої діяльності залежить від рівня розвитку стійкої пізнавальної потреби.

6. Актуальність досліджень даної проблематики не викликає сумнівів. Дійсно, рівень розвитку інтелекту, інтелектуальної компетентності, творчих здібностей є важливим критерієм успішності людини у всіх суспільно значущих сферах діяльності. Водночас, концептуальні основи досліджень загальних здібностей продовжують визивати дискусії, оскільки на сьогодні відсутнє повне порозуміння щодо уявлень стосовно природи цих здібностей, чинників, детермінуючих розвиток, закономірностей формування й розвитку інтелекту.

ЛІТЕРАТУРА

1. Психология интеллекта и творчества: Традиции и современность : м-лы научной конференции, посвященные памяти Я.А. Понамарева и В.Н. Дружинина, ИП РАН, 7-8 октября 2010 г. – М. : Изд-во "Институт психологии РАН", 2010. – 368 с.

2. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. – СПб. : Питер, 2009. – 720 с.

3. Холодная М.А. Когнитивные стили: о природе индивидуального ума / М.А. Холодная. – СПб. : Питер, 2004. – 384 с.

4. Шмаргун В.М. Модульна інтегральна діагностика інтелектуальних здібностей школярів / В.М. Шмаргун // Педагогічний процес: теорія і практика : збірник наукових праць. – К. : Університет імені Б. Грінченка, 2012. – Вип. 3. – С. 326-339.

УДК 159.91: 371.264

ДЕПРЕСІЯ ЯК ПАТОГЕННИЙ ФАКТОР ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

Харченко Д.М.

У статті висвітлено роль депресії як патогенного фактора в розвитку психосоматичних розладів. Наведено результати досліджень взаємозв'язків депресії та психосоматичних розладів.

Ключові слова: психосоматичні розлади, депресія, тривога, психофізіологічні механізми, психосоматичні взаємозв'язки.

В статтє рассматривается роль депрессии как патогенного фактора развития психосоматических расстройств. Приведены результаты исследований взаимосвязей депрессии с психосоматическими расстройствами.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, депрессия, тревога, психофизиологические механизмы, психосоматические взаимосвязи.

Постановка проблеми. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, поширеність афективних розладів у 90-ті роки в розвинутих країнах Європи і США складає 5-10% на відміну 0,4-0,8% на початку 60-х років [14]. Всесвітня організація охорони здоров'я також попереджує, що в 2020 році депресія буде займати друге місце з причин інвалідності і смертності людей в усьому світі. Згідно з даними тієї ж організації, депресія буде частіше від інших хвороб призводити до смертельних випадків, а також провокувати розвиток психосоматичних розладів та схильність до алкоголю і наркоманії.

Поширеність депресій у загальній популяції може різнитись залежно від використаних критеріїв її оцінки, але показники, що наближаються до 5%, вважаються надійними. У хворих на ішемічну хворобу серця поширеність депресії, встановленої згідно з критеріями МКХ-10, сягає 20%, тобто вона виявляється у кожного п'ятого [10].

Останніми роками досить активно вивчається зв'язок депресії з серцево-судинними захворюваннями і особливо з ішемічною хворобою серця [6; 7; 9; 10; 11; 12]. При цьому депресія вивчається в двох аспектах: не лише як психічний розлад, що виник у результаті соматичної патології, але і як предиктор самої хвороби та фактор патогенезу психосоматичних розладів.

У багатьох дослідженнях вказується на зв'язок між рівнем депресії та розвитком серцево-судинних захворювань. Депресія розглядається як незалежний предиктор високої смертності від серцево-судинних захворювань [4]. Учені помітили, що частота розвитку нових випадків серцево-судинних захворювань впродовж п'яти років достовірно вища серед осіб з симптомами депресії, і цей зв'язок не залежав від соматичних факторів ризику ішемічної хвороби серця.

Аналіз літератури з проблеми вивчення депресії та її впливу на психосоматичні розлади свідчить, що проблематика знайшла достатньо широке відображення в роботах багатьох учених [2; 3; 5; 10; 7; 12].

Ученими помічено, що майже в усіх хворих з психосоматичними розладами є і депресивні розлади, які характеризуються здебільшого слабо вираженими пригніченістю настрою, афектом туги, астеничними і тривожними проявами. Іноді помічені навіть різноманітні пси-

хопатологічні прояви граничного рівня при відносній частоті істеричних, сенестопатичних і іпохондричних розладах, ступінь прояву яких зазвичай незначний, що не дозволяє в більшості випадків враховувати ці порушення при класифікації психопатологічних станів.

З'ясувалось, що при вивченні депресії і її впливу на психосоматичні розлади існують певні труднощі, що ускладнюють виявлення і її клінічну диференціацію. Недостатня розробленість проблеми преморбідності та коморбідності депресії і її впливу на психосоматичні розлади різного регістру і важкості та неоднозначність висновків щодо їхньої природи дали під'ручтя здійснити власний аналіз взаємозв'язку між депресією та ступенем суб'єктивного відчуття фізичних недомогань.

Мета дослідження – дослідити взаємозв'язки між депресією та психосоматичними розладами.

Методика та організація дослідження. Для вирішення поставлених завдань нами використовувались: методика ММРІ – шкала "депресії" (ММРІ Subskala "Depression"), шкала "депресія" – (DEP), Контрольного списку симптомів (SCL-90-R) та методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Цунга. Для дослідження соматичних скарг використовувались Гісенівський опитувальник соматичних скарг (GBB) та шкала "соматизація" Контрольного списку симптомів (SCL-90-R).

У дослідженні взяли участь 456 осіб – студентів різних курсів та факультетів Черкаського національного університету імені Богдана Хмельницького. Вибірки не мають значущих відмінностей за показниками статі, віку та освіти.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами було здійснено аналіз результатів середніх значень показників шкал соматичних скарг в осіб із високою і низькою депресією, яка досліджувалась за допомогою Контрольного списку симптомів (табл. 1).

Аналіз даних, представлених в табл. 1, дає підстави стверджувати, що особи з високою депресією мають достовірно вищі ($p < 0,05$) середні значення показників соматичних скарг за шкалами виснаження, шлункові та серцеві скарги, а також тиск.

Також вважаємо за необхідне зазначити, що в осіб з високою і низькою депресією, яка досліджувалась за допомогою Контрольного списку симптомів (SCL-90-R), показник соматичних скарг "ревматичні" має лише тенденцію до відмінностей, адже при перевірці достовірності відмінності за t-критерієм Стьюдента нами не виявлено достовірних відмінностей ($p > 0,05$).

Аналіз рівня соматичних скарг у групах з високою і низькою депресією, що досліджувалась за допомогою ММРІ шкали "депресія", дає підстави стверджувати, що існують достовірні відмінності

($p < 0,05$) середніх значень соматичних скарг за шкалами "виснажен-ня" та "тиск" (табл. 2).

Таблиця 1

Середні значення та достовірність відмінностей шкал соматичних скарг в осіб з високою та низькою депресією, що досліджувалась за допомогою Контрольного списку симптомів SCL-90-R

Соматичні скарги	Депресія за SCL-90-R	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Sig. (2-tailed) P=
Виснаження	Висока	154	8,2308	3,29530	,91395	,006
	Низька	78	3,3333	2,80476	1,14504	,006
Шлункові	Висока	154	6,3846	3,54820	,98409	,018
	Низька	78	2,3333	1,86190	,76012	,005
Ревматичні	Висока	154	8,6154	2,72453	,75565	,071
	Низька	78	5,5000	4,32435	1,76541	,149
Серцеві	Висока	154	5,7692	3,00427	,83323	,004
	Низька	78	1,5000	1,22474	,50000	,000
Тиск	Висока	154	29,0769	10,37996	2,87888	,003
	Низька	78	12,1667	8,15884	3,33083	,002

Водночас, слід зазначити, що в групах з високою і низькою депресією, яка досліджувалась за допомогою ММРІ шкали "депресія" за іншими шкалами, існує лише тенденція до відмінностей середніх значень, адже при перевірці достовірності відмінності за t-критерієм Стьюдента нами не виявлено достовірних ($p > 0,05$) відмінностей (табл. 2).

Таблиця 2

Середні значення та достовірність відмінностей шкал соматичних скарг в осіб з високою та низькою депресією, що досліджувалися за допомогою ММРІ шкали "депресія"

Соматичні скарги	Депресія За ММРІ	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Sig. (2-tailed) P=
Виснаження	Висока	146	8,76	4,516	,985	,000
	Низька	80	4,75	3,269	,271	,001
Шлункові	Висока	146	4,00	4,012	,876	,031
	Низька	80	2,57	2,618	,217	,126
Ревматичні	Висока	146	7,95	5,518	1,204	,007
	Низька	80	5,51	3,492	,289	,061
Серцеві	Висока	146	4,10	3,506	,765	,057
	Низька	80	2,74	2,955	,245	,104
Тиск	Висока	146	23,38	12,994	2,836	,001
	Низька	80	15,21	9,461	,783	,011

Разом із тим, інші вчені при обстеженні великої вибірки пацієнтів загальносоматичної мережі в 35 регіонах Росії виявили наявність ре-

акції депресивного спектру в 56% і депресивних станів у 30,9% хворих на серцево-судинні захворювання [8]. Помічено, що хронічні больові синдроми, зокрема кардіалгії, можуть бути причиною появи депресії і в сукупності з тривогою впливати на перебіг серцево-судинних захворювань.

Учені помітили, що деякі особистісні особливості представляють собою фактори ризику для певних психічних і психосоматичних розладів, особливо це стосується фактора "нейротизм". Робляться припущення, що генетичний компонент депресії певною мірою успадковується через підвищений преморбідний нейротизм, який частково генетично детермінований. Результати експериментальних досліджень вказують на те, що при високій його вираженості підвищується ризик депресивних епізодів (рис. 1).

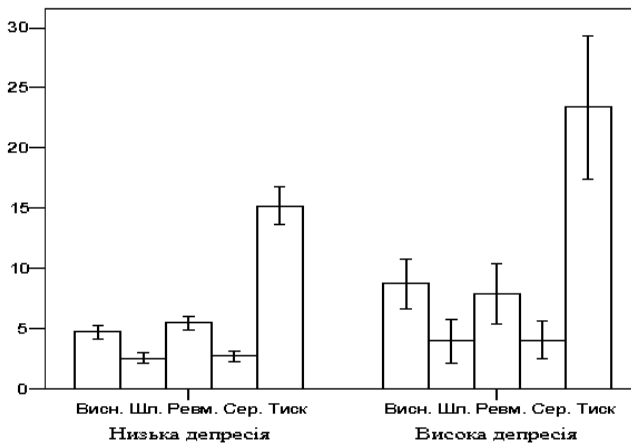


Рис. 1. Середні значення інтенсивності соматичних скарг за шкалами Гісенівського опитувальника в групах з різним рівнем депресії

Науковці доводять, що вираженість особистісних факторів і поява психічних розладів пов'язані з генетичним впливом, а тому виникає питання: можливо, генетична детермінація психічних розладів передається через генетичну детермінацію особистісних факторів, що модулюють ризик захворювання? Ця гіпотеза, у всякому разі, зокрема підтверджується для фактора "нейротизм" і появи депресивних розладів, на що вказують ряд дослідників [13] і результати наших досліджень (табл. 3 та рис. 2).

Середні значення та достовірність відмінностей нейротизму та екстраверсії в осіб з високою та низькою депресією за ММРІ шкалою "депресія"

Властивості темпераменту	Депресія За ММРІ	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Sig. (2-tailed) P=
Нейротизм - Стабільність	Висока	146	16,36	4,691	,782	,000
	Низька	80	13,19	4,041	,487	,001
Інтроверсія - Екстраверсія	Висока	146	12,94	4,375	,729	,007
	Низька	80	15,07	3,444	,415	,014

У групах з різним рівнем депресії було досліджено властивості темпераменту за методикою ERQ Г. Айзенка: інтроверсія – екстраверсія і нейротизм – емоційна стабільність. Як видно з табл. 3, в осіб з високою депресією середні значення нейротизму достовірно ($p < 0,01$) вищі, ніж в емоційно стабільних осіб. Але за шкалою інтроверсія – екстраверсія навпаки: особи з високим рівнем депресії мають достовірно ($p < 0,05$) менші середні значення.

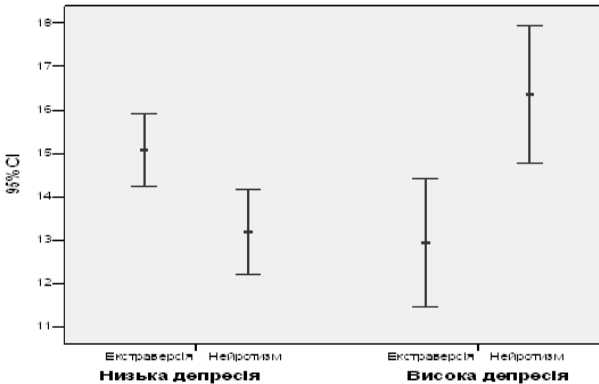


Рис. 2. Середні значення і величини похибки показників екстраверсії і нейротизму в осіб з різним рівнем депресії

Отже, результати аналізу середніх величин у групах з різним рівнем депресії виявили достовірні відмінності властивостей темпераменту.

Проведене дослідження засвідчує, що особи з високим рівнем депресії мають вищі показники нейротизму й інтроверсії, на відміну від осіб з низьким рівнем депресії, які більш екстравертовані і емоційно стабільніші.

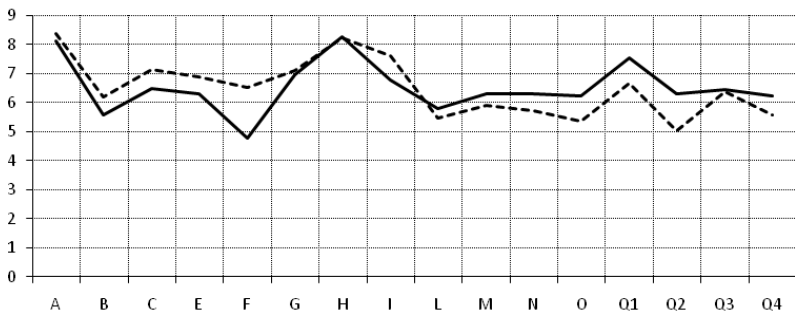
Водночас, слід зазначити, що ці відмінності не настільки яскраво виражені, щоб можна було вважати, що інтровертовані невротики – це високо депресивні особи, а емоційно стабільні екстраверти мають низький рівень депресії. Результати свідчать, що такі особливості існують лише на рівні тенденції (рис. 2).

Разом із тим, слід зазначити, що наші результати збігаються з думкою вище згаданих учених і підтверджують певною мірою доводи Г. Айзенка, згідно з якими більшість нервових розладів, особливо фобій чи нав'язливих звичок, є фактично не що інше, як умовнорефлекторні емоційні реакції, які набуті в процесі класичного обумовлення, описаного І. Павловим [1].

Враховуючи це, а також той факт, що всі психотравмуючі і вразливі події повсякденного життя, які являють собою безумовні подразники в цьому процесі, розподіляються приблизно однаково серед усього населення, учений робить припущення, що особи, в яких легше виробляються умовні рефлекси (а це, на його думку, інтроверти), будуть більше страждати від різних нервових розладів. Автор вказує, що на сьогодні існує дуже багато доказів справедливості його гіпотези (стосовно того, що інтровертованість, обумовленість і тривожність, фобії та нав'язливі звички поєднуються в людях) що це не потребує зайвих аргументів [1].

Аналіз даних, представлених на рис. 3, дає підстави стверджувати, що в групах досліджуваних з високою і низькою депресією особистісні профілі за більшістю шкал (16 PF) не мають достовірних відмінностей.

З рис. 3 видно, що криві, які відображають середній рівень профілю особистісних рис в осіб із високою і низькою депресією, мають незначні відмінності, але ці відмінності існують лише на рівні тенденцій.



**Рис. 3. Особистісні профілі (16 PF) осіб із різним рівнем депресії
висока депресія ———; низька депресія — —**

Водночас, слід зазначити, що криві профілів особистісних рис в осіб з різним рівнем депресії мають невисоку конгруентність. Так, крива осіб з низькою депресією за факторами В, С, Е, та F знаходиться дещо вище кривої осіб з високою депресією, причому показники фактора F є достовірно вищими ($p < 0,05$). Крива профілю за факторами G, H, I, L та M не має суттєвих відмінностей, а за шкалами N, O, Q1 та Q2 крива осіб з низькою депресією знаходиться вже нижче, а показники фактора O та Q2 є достовірно нижчими, ніж в осіб з високою депресією (рис. 3).

Нами також було проведено кореляційний аналіз депресії, яка досліджувалась за різними методиками, і соматичних скарг, які досліджувалися за Гісенівським опитувальником соматичних скарг (GBV) та шкалою "соматизація" Контрольного списку симптомів (SCL-90-R).

Результати дослідження показали наявність статистично значущого зв'язку між рівнем депресії та суб'єктивним рівнем соматичних скарг. Слід зауважити, що статистично значущий зв'язок має прямий характер. Нами також був здійснений інтеркореляційний аналіз отриманих результатів взаємозв'язків депресії, що досліджувалась за різними методиками. Аналіз отриманих даних дає підстави констатувати наявність достатньо сильного взаємозв'язку (на рівні $p < 0,01$) показників депресії, що досліджувалися різними методиками.

Таблиця 4

**Взаємозв'язок між психосоматичними розладами та депресією
(за шкалами "депресія D" MMPI та "депресія DEP"
шкали SCL-90-R)**

	Виснаження	Шлункові	Ревматичні	Серцеві	Тиск
Депресія за шкалою MMPI	429**	228*	262	214*	387**
Депресія за шкалою SCL-90-R	630**	424*	465*	631**	661**

* Кореляція є значущою на рівні 0,05 (2-стороння); ** Кореляція є значущою на рівні 0,01 (2-стороння)

При дослідженні кореляцій за Пірсоном, Спірменом та Кендалом між депресією і соматичними симптомами шкали "соматизація – SOM", які досліджувались за допомогою Контрольного списку симптомів (SCL-90-R) були отримані схожі закономірності.

Водночас, слід зазначити, що досі залишається відкритим питання: психосоматичні розлади є попередниками чи наслідками депресії. В той час коли деякі дані з цієї проблеми свідчать, що психосоматичні розлади сприяють появі депресії, інші дані доводять прямо протилежне. Роль обох ефектів чи взаємодіючих процесів між несприят-

ливими факторами повинні враховуватись як при діагностиці, так і при лікуванні депресії і психосоматичних розладів.

Отже, на основі проведеного дослідження, можна говорити про те, що між депресією та рівнем психосоматичних скарг і соматичних симптомів існує тісний зв'язок.

Висновки. У цілому, підсумовуючи результати власних досліджень взаємозв'язку депресії та психосоматичних розладів і соматичних симптомів, можна зробити висновки, що у виникненні психосоматичних розладів важливу роль відіграють депресивні стани.

Особи з високим рівнем депресії мають вищі показники нейротизму і інтроверсії, на відміну від осіб з низьким рівнем депресії, які більш екстравертовані і емоційно стабільніші.

ЛІТЕРАТУРА

1. Айзенк Г. Психология: Польза и вред. Смысл и бессмыслица. Факты и вымысел / Г. Айзенк ; пер. с англ. В. Гуриновича. – Мн. : Харвест, 2003. – 912 с.
2. Антропов Ю. Ф. Терапия психосоматических расстройств у детей / Ю. Ф. Антропов. – М. : Триада-фарм, 2003. – 241 с.
3. Вознесенская Т. Г. Депрессия и боль / Т. Г. Вознесенская [и др.] // Депрессии в неврологической практике. – М., 1998. – С. 56-70.
4. Гоштаутас А. Связь между инфарктом миокарда и смертностью от этого заболевания с депрессией. Теория и практика медицины / А. Гоштаутас, Л. Шинкарева. – Каунас, 2002. – №3. – С. 182-187.
5. Десятников В. Ф. Скрытые депрессии в практике врачей / В. Ф. Десятников, Т. Т. Сорокина. – Мн. : Выща школа, 1981. – 240 с.
6. Михайлова Е. С. Распознавание эмоций больными эндогенной депрессией / Е. С. Михайлова, Т. В. Владимирова, А. Ф. Шпак // Журн. неврол. и психиатрии им. Корсакова. – 1994. – Т. 94. – Вып. 5. – С. 55.
7. Напреенко О. К. Депресія та тривога. Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я : посіб. [для поліпшення якості роботи] / за наук. ред. проф. І. П. Смірної / О. К. Напреенко. – К. 1999. – 165 с.
8. Оганов Р. Г. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р. Г. Оганов, Л. И. Ольбинская, А. Б. Смудевич // Кардиология. – 2004. – № 1. – С. 48-55.
9. Осколкова С. Н. Депрессивные состояния в общемедицинской практике / С. Н. Осколкова. – М. : Крон-Пресс, 1996. – 192 с.
10. Погосова Г. В. Депрессия – новый фактор риска ИБС и предиктор коронарной смерти / Г. В. Погосова // Кардиология. – 2002. – №4. – С. 86-91.

11. Симаненков В. И. Функциональные и психосоматические расстройства желудочно-кишечного тракта / В. И. Симаненков, В. Б. Гриневич, И. В. Потапова. – СПб., 1999. – 164 с.

12. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. – М. : МИА, 2003. – 432 с.

13. Kendler, K. S. The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model / K. S. Kendler, R. C. Kessler, M. C. Neale // American Journal of Psychiatry. – 1993. – № 150. – P. 1139-1148.

14. Ustun, T. B. Mental Illness in General Health Care: An International Study / T. B. Ustun, N. Sartorius // Chichester: John Wiley & Sons. – 1995. – 235 p.

УДК: 159.922.27.33

ОСОБЛИВОСТІ ЕКОНОМІЧНОЇ СВІДОМОСТІ СТУДЕНТІВ У ПЕРІОД ЇХ ПРОФЕСІОНАЛІЗАЦІЇ

Чабан Д.Б.

Стаття присвячена огляду соціально-психологічної літератури, в якій аналізуються особливості економічної свідомості студентської молоді на макро-, мезо- та мікрорівні, її функції та структура, а також розглядається економічна соціалізація та чинники становлення економічної свідомості студентської молоді в період її професіоналізації.

Ключові слова: економічна свідомість, суспільна економічна свідомість, групова економічна свідомість, індивідуальна економічна свідомість, економічна ідентичність, економічна соціалізація, професіоналізація.

Статья посвящена обзору социально-психологической литературы, в которой анализируются особенности экономического сознания студенческой молодежи на макро-, мезо- и микроуровне, ее функции и структура, а также рассматривается экономическая социализация и факторы становления экономического сознания студенческой молодежи в период ее профессионализации.

Ключевые слова: экономическое сознание, общественное экономическое сознание, групповое экономическое сознание, индивидуальное экономическое сознание, экономическая идентичность, экономическая социализация, профессионализация.

An overview of the socio-psychological literature has analyzed the economic features of the minds of students. In particular, describes the economic consciousness of the individual in public, group and individual level and its functions. Found that economic consciousness of personality is formed in the process of economic socialization, and economic structure of consciousness consists of cognitive, affective and konatuy components which are closely