

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Центр післядипломної освіти, заочного та дистанційного навчання

Кафедра практичної психології

ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНОСТІ У ЖІНОК У ВІЦІ 50+.

кваліфікаційна робота

здобувача вищої освіти

освітнього ступеня «бакалавр»

Вікторії НАГРЕБЕЦЬКОЇ

4 курсу заочної форми навчання

спеціальність 053 «Психологія»

ОПП «Психологія»

Науковий керівник

кандидат психологічних наук

Наталія МАЙОРЧАК

Рецензент:

доктор педагогічних наук, доцент

Галина ЛЯЛЮК

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

«10» квітня 2022 р., протокол № 10

Завідувач кафедри практичної психології

кандидат психологічних наук

_____ **Галина ОДИНЦОВА**

Львів

2022

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕПРЕСИВНОСТІ ТА ЇЇ ОСОБЛИВОСТІ У ЖІНОК ВІКОВОГО ПЕРІОДУ ПОНАД 50 РОКІВ.	7
1.1.Наукове поняття депресивності та характеристика її головних ознак.	7
1.2.Гендерно-вікові аспекти депресивності у наукових публікаціях ..	15
РОЗДІЛ ІІ. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕПРЕСИВНОСТІ У ЖІНОК У ВІЦІ ПОНАД 50 РОКІВ.	30
2.1. Методи та вибірка емпіричного дослідження особливостей депресивності у жінок у віці понад 50 років.	31
2.2. Емпіричні результати, їх обробка, аналіз та інтерпретація.....	39
ВИСНОВКИ.....	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	58
ДОДАТКИ.....	63

Актуальність. Депресія на сьогодні вважається однією із найбільш поширених психічних розладів, оскільки середні показники її поширення в Європі становить близько 5 %, а у світових даних 10 %. За офіційно опублікованою інформацією МОЗ України, з 2008 р. по 2012 р. поширення різновидів депресивного розладу відбулося зростання з 65,37 до 73,6 осіб на 100 тисяч населення, а випадки захворювання з 8,74 до 9,06 на 100 тисяч населення. Можливо, що на цю проблему просто стали більше звертати увагу. Однак, все ж проблема точно не зменшується. Також, депресія є серйозним захворюванням, що супроводжується з психологічним стражданням і найбільш високим рівнем самогубств, яких досягає 20 %. Депресія є рецидивною хворобою, так як лише 20 % пацієнтів мають один епізод депресії у житті. Це захворювання дорого коштує економічно, але ціну людських страждань виміряти неможливо. Депресія часто заважає нормальній життєдіяльності і завдає болю і страждань не лише хворим, а й їх близькому оточенню. Серйозний депресивний розлад здатен зруйнувати сім'ю та життя людини. Більшість людей, які страждають на депресивність, не звертаються за допомогою. Хоча багатьом з них можна допомогти.

У легкій, помірній чи великій депресії особистість страждає через низький настрій, нестачу енергії та занижену здатність до нормальної життєдіяльності. Така особистість не виявляється задатною до задоволення жодною діяльністю, не є здатною до переживання насолоди, втрачає інтерес і концентрацію. Часто трапляється сильна втома навіть після мінімальних зусиль. Характерною рисою є розлади процесів, якості сну, а також й щодо стабільності травлення. Самоусвідомлення і власна самооцінка майже завжди перебувають на низькому рівні й тому навіть за легкої депресії часто супроводжується почуттям провини аж до нікчемності. Чим глибшою є депресія, тим більше в особистості панує думка про самогубство.

Депресія та депресивні розлади у значній більшості розглядаються та досліджуються у межах психіатрії. Однак, останнім часом депресія все більш активно вивчається у медичній та клінічній психології. (Н. Гаранян, В.

Ковальов, Г. Мазуро, Б. Михайлов, Е. Наталевич, І. Первова, В. Підкоритов, В. Синицький, О. Чабан, Ю. Чайка, Г. Браун, Д. Коул, К. Петерсон та ін.). Також, однією з вагомих причин депресивного стану є переживання травми та наслідків психотравматичного впливу. Психотравма та її наслідки для особистості розглянуто у наукових дослідженнях Ю. Александровського, В. Євдокимова Л. Крижанівської, Г. Ложкіна, В. Маріщука, Г. Нікіфорова, І. Толкунової та ін.

У медичних наукових джерелах підтримується ідея про відмінності в частоті депресії у жінок і чоловіків. Так, у жінок виявляють ознаки депресії в 2 рази частіше, ніж в чоловіків. Разом з цим, така статистика пояснюється більшою схильністю жінок до звернення за допомогою.

Далі, про такий аспект життя людини як старіння населення, що є неминучим наслідком розвитку цивілізації, який передбачає поліпшення якості харчування, медичного обслуговування, санітарних умов, умов житла та інших параметрів життєдіяльності. Специфікою світового старіння населення є його «жіноче обличчя», оскільки є значна різниця за тривалістю життя між чоловіками та жінками на користь останніх. У результаті такої стійкої тенденції кількість літніх жінок у рази перевищує кількість чоловіків третього віку. Через це, гендерні підходи у геронтології є одними з найбільш перспективних. Водночас, питання старіння населення часто ігнорує гендерну специфіку. Так, інтерес до гендерних стереотипів сформувався в західній науці ще в 1970-ті роки, але у вітчизняному науковому просторі вивчення гендерних стереотипів почалося порівняно недавно.

Мета даної дипломної роботи: дослідити особливості депресивності у жінок, які подалали віковий рубіж 50 років.

Завдання:

1. Проаналізувати наукові джерела, що містять інформацію про депресію як поняття та явище, а також виявити в них інформацію про особливості формування, протікання у жінок у віці 50+.

2. Обґрунтувати методологію експериментального дослідження особливостей депресивності в жінок з вікової групи понад 50 років.
3. Емпірично дослідити та статистично визначити головні особливості депресивності у жінок у віці понад 50 років.

Об'єкт: жінка з українського соціального середовища, що пододала віковий рубіж 50 років.

Предмет: особливості депресивності у жінок з України, які за віком є понад 50 років.

Гіпотеза: припущення полягає в тому, що депресивність у жінок за віком понад 50 років в значній мірі формується внаслідок розладів та порушень в емоційній сфері особистості.

Теоретична основа: диплом містить спробу синтезувати різні групи наукової інформації стосовно депресії, її найбільш остаттніх тлумачень у відповідних наукових публікаціях, гендерних та герентологічних аспектів в цілому й щодо патопсихологічних особливостей. Основою теоретичної частини є публікації таких вітчизняних та закордонних дослідників як Л.Бабінець, Т.Берадзе, Н.Бігун, В.Блейхер, В.Доброхліб, Ю.Кац, О.Кокун, А.Молотокас, Л.Пассерини, Н.Тювіна, В.Балабанова, Б. Уеллман, Д. Хелл.

Наукова новизна: в межах кваліфікаційної роботи головною науковою новизною можна вважати те, що вдалося експериментально дослідити особливості та роль емоційної сфери особистості у формуванні депресивності у жінок. Окрім цього, встановлено, що поруч з біологічними факторами у віці жінки понад 50 років важливу роль відіграють соціально-психологічні та особистісно-психологічні фактори.

Практичне значення: результати даної кваліфікаційної роботи можуть бути корисними для того, щоб попереджувати й достатньо ефективно долати депресивні синдроми у жінок, що наближається та подолали віковий рубіж в 50 років.

Методи: окрім теоретичних методів (аналіз, синтез та узагальнення), для отримання емпіричних даних було застосовано такі як методики «Шкала

депресії М. Гамільтона», «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. Бойка, Б. Додонова «Емоційна спрямованість особистості», опитувальник FPI, «Тест на стресостійкість», тест Д. Леонтьєва «Сенсожиттєві орієнтації». Вибірка дослідження складала 50 жінок у віці понад 50 років. Математичні методи: середнє значення та кореляційний аналіз за непараметричним критерієм Спірмена.

Структура: робота містить вступ, 2 розділи з висновками до кожного, а також за роботу в цілому, список використаних джерел та додатки.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕПРЕСИВНОСТІ ТА ЇЇ ОСОБЛИВОСТІ У ЖІНОК ВІКОВОГО ПЕРІОДУ ПОНАД 50 РОКІВ.

1.1. Наукове поняття депресивності та характеристика її головних ознак.

На початку звернемося до офіційних документів й зазначимо про низку офіційних наказів та інструкцій в Міністерстві охорони здоров'я, що регламентують діяльність відповідних підпорядкованих підрозділів з питання професійної роботи з пацієнтами з депресією чи її ознаками. При цьому зауважується на тому, що сучасні умови мають широке розповсюдження депресії серед пацієнтів з хронічними соматичними захворюваннями з тривалим перебігом необхідно здійснювати посилений контроль за цією діяльністю, а особливо за призначенням антидепресантів [12]. Також, за статтею 27 Закону України «Про психіатричну допомогу» [16] питання встановлення діагнозу психічного захворювання та надання психіатричної допомоги в примусовому порядку відносяться виключно до компетенції лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів. Але, закон не виключає участь інших лікарів. Тому, необхідно сформулювати та запустити в реалізацію програму з систематизованої та комплексної підготовки лікарів більш широкого кола спеціальностей, що доцільно залучити до боротьби з депресією. Так, вже має місце уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з тематичною назвою «Депресія». Цей протокол передбачає багатоетапну роботу за відповідним напрямком й включає ще й низку опитувальників, анкет для пацієнтів, що мають бути використані при роботі з тими, в кого є хоча б якісь ознаки депресії.

В подальшій дослідницькій діяльності щодо теоретичної частини даного дослідження необхідно звернутися до довідкової літератури. Так, словник [24] відносить депресію психопатологічного синдрому, як певної сукупності окремих симптомів порушення психічної діяльності та психічних станів. Прояв певних синдромів залежить від віку людини, особливостей її

психічного складу, стадії хвороби і т. д. При депресивному синдромі відбувається загальмованість психічної діяльності, порушується афективна сфера. Крайнім виразом загальмованості є депресивний ступор (повна відсутність руху та мови). Також, інші джерела [16; 27; 34] вказують на такі особливості депресії – це захворювання, що впливає на фізичний стан організму, настрої та психіку. Він впливає на те, як людина їсть та спить, як належить до себе та яким сприймає навколишній світ. При цьому, зазначається, що депресія – це не є суто поганим настроєм. Вона не є ознакою слабкості людини чи станом, який можна подолати зусиллям волі чи бажанням. Люди, які страждають на депресію, не можуть просто «взяти себе в руки» і видужати. Перебування людини без лікування призводить до того, що симптоми хвороби можуть тривати тижнями, місяцями чи роками. При цьому, правильно підібране лікування може допомогти більшості людей, які страждають на депресію.

Наукові джерела [4; 28; 31] свідчать про те, що бувають різні форми депресії (так само, як і інші захворювання, наприклад, хвороби серця, бувають різних видів). Більшість джерел містять короткий опис трьох найпоширеніших типів депресивних розладів. А кількість симптомів, їх тяжкість та стійкість можуть змінюватись у межах цих основних типів. Так, клінічна депресія проявляється комплексом симптомів, що впливають на здатність людини працювати і вчитися, можливість спати, їсти та насолоджуватися справами та речами, які раніше доставляли задоволення. Такий важкий випадок депресії може статися лише один раз у житті, але, найчастіше, одним разом справа не обмежується і подібні епізоди повторюються протягом життя кілька разів.

Дистимією вважається [28] менш важка форма депресії, яка характеризується довгостроковими, хронічними симптомами, що не призводять до втрати працездатності, але є причиною поганого самопочуття та неможливості нормально функціонувати. У багатьох людей, які страждають на дистимію, іноді трапляються напади клінічної депресії.

Ще одним видом депресії є біполярний афективний розлад, що ще також відомий як маніакально-депресивний психоз. Не так широко поширене, як інші форми депресії, біполярний розлад характеризується циклічністю змін настрою: від максимально високого рівня (манії) до мінімально низького (депресії). Іноді настрої змінюються різко та швидко, але найчастіше зміна настрою відбувається поступово. У депресивній фазі циклу у людини можуть виявлятися або окремі симптоми, або повний набір [10].

Аналіз нижки джерел [4; 8; 13; 25; 37; 46] виявив в якості найбільш яскравих симптомів депресії такі ознаки: постійний стан пригніченості, тривожності чи спустошеності; відчуття безнадійності, песимізму; почуття провини, нікчемності, безпорадності; втрата інтересу або смаку до справ, захоплень та різних занять, які до цього спричиняли задоволення; відсутність енергії, втома, стомлюваність, загальмованість; проблеми з концентрацією, труднощі із запам'ятовуванням, прийняттям рішення; безсоння, раннє пробудження вранці та/або надмірна сонливість вдень; втрата апетиту та/або ваги, переїдання та збільшення ваги; думки про смерть чи самогубство; спроби самогубства; занепокоєння, дратівливість; головний біль, розлади травлення та хронічні болі, що не піддаються лікуванню, а також досить тривалі симптоми поганого фізичного самопочуття.

На думку С. Немероффа [49], виходячи з результатів біологічних досліджень на тваринах та клініко-біологічних досліджень людини (у тому числі і результатів, що отримані при вивченні посттравматичного стресового розладу та власне депресивних розладів), депресію можна розуміти як кінцевий результат невдалої адаптації до хронічного емоційного стресу. Індивідуум, має певний набір факторів ризику (наприклад, жіноча стать, деякий поліморфізм генів, темперамент і реактивність гіпоталамо-гіпофізарної осі) та піддається різноманітним екзогенним стресорам, які діють дестабілізуючи на звичайний гомеостатичний стан мозкових систем, що залучені до регуляції настрою. В результаті цього виникає депресивний епізод. Тривалий хронічний стрес, ймовірно, за певних умов може призводити до

різних біологічних наслідків за рахунок шкідливого впливу на мозкові системи підвищеної продукції кортикотропін-релізінгфактора, кортизолу, змін у нейрогенезі гіпокампальних нейронів, зміни метаболічної активності відділів та систем мозку, що відповідають за емоційне регулювання тощо. Клінічно до певного моменту це може виявлятися як легкі прояви емоційних порушень, у тому числі дистимії.

В інших джерелах має місце спроба пояснити в іншому варіанті структуру депресивного синдрому і класифікацію депресій [47; 51]. Так, в даній публікації структуру депресивного синдрому викладено через прояви, що можуть бути дуже різноманітними і варіюватись в залежності від форми захворювання. Найбільш типовими ознаками є такі:

за емоційними проявами: вияви туги, страждань, пригніченого настрою, відчаю; тривога, внутрішня напруга, очікування небезпеки аж до передчуття біди; дратівливість; провина та самозвинувачення; невдоволеність собою, знижена самооцінка; зниження аж до втрати здатності мати задоволення від діяльності, що колись була приємною; зниження інтересів щодо навколишнього середовища; втрата або хоча б суттєве зниження бути здатним переживати будь-які почуття (за дуже глибокої депресії);

за фізіологічними проявами: розлади сну (безсоння, сонливість); зміни апетиту (втрата чи переїдання); порушення функціональності кишківника; зниження потреби в сексуальних контактах; втрати енергійності, схильність до швидкої втоми при звичайному, нормальному фізичному та інтелектуальному навантаженні, слабкість; болі та інші неприємні відчуття;

за поведінковими проявами: пасивність, наявність труднощів при необхідності включитися в цілеспрямований активний процес; намагання уникати контактів; відмова від пропозицій щодо отримання розваг; алкоголізм і надмірне вживання психоактивних речовин, що надають тимчасове полегшення;

за інтелектуально-когнітивними проявами: труднощі зосередження мислення, концентрації уваги; проблеми з прийняттям абсолютної більшості

рішень; наявність поганих, негативних думок щодо себе, свого життя та світоусвідомлення в цілому; песимізм щодо майбутнього, відсутність бачення перспектив, думки про безглуздість існування; думки про суїцид (у важкій депресії); сповільнене мислення, що не є характерним для даної особистості.

На сьогоднішній день прийнято використовувати дві класифікації щодо депресії. За Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10) є відповідність до критеріїв ВООЗ. Північно-Американським критеріям відповідають ті, що формують «Посібник діагностики та статистики психічних розладів – DSM-IV». Зазначені класифікатори застосовуються в абсолютній більшості відповідної професійної діяльності щодо депресії [16; 20].

Систематика за депресивними розладами в МКХ-10 суттєво відрізняється від інших класифікацій. Основними відмінностями є низка особливостей, що можливо сформулювати в наступний спосіб:

- 1) не використано дихотомічного розподілу депресій за варіантом на «ендогенні» і «невротичні» або «реактивні»;
- 2) за категорією «полярності» представлено за новою класифікацією;
- 3) центральним за категорією діагностики визначено поняття, що названо «депресивний епізод», який позначає сполучення певних ознак психічного і соматичного змісту;
- 4) в основі класифікації щодо депресій перебувають такі критерії як кількість за симптоматикою; тяжкість розладів; можливість затяжного перебігу; варіанти перебігу.

У таблиці 1.1 скорочено наведено категорії МКХ-10, що включають депресивний стан.

Продовжуючи узагальнення викладеної в джерелах інформації щодо депресії [5; 28; 37], необхідно зазначити фактори ризику розвитку депресії: вік в проміжку від 20 до 40 років, зниження за соціальним статусом, шлюбне розлучення, суїцид в сімейній історії, випадок з втрати когось з родичів після 11 років, особистісно-психологічні якості з досить потужними рисами, серед яких такі як тривожність, старанність, цинізм і совісність, гомосексуалізм,

проблеми за сексуальним задоволенням, післяпологовий період, а особливо серед самотніх жінок-матерів. У патогенезі депресії, разом з генетичними чинниками, що можуть визначати нейротрансмітерні системи, має досить великого значення культивування в сім'ї безпорадності щодо стресу, яке встановило основу мислення депресивного типу, втрати за соціальними контактами.

Таблиця 1.1

Перелік основних категорій МКХ-10, які є відповідними до депресивних станів

Афективні розлади	Шизофренія, шизотипічні і маревні розлади	Невротичні, стресові і соматоформні розлади
F31. Біполярний афективний розлад; F32. Депресивні епізоди; F33. Рекурентний депресивний розлад; F34. Стійкі афективні розлади; F34.0. Циклотимія; F34.1. Дистимія; F38. Інші афективні розлади; F38.10. Рекурентний короткочасний розлад; F39. Афективні розлади неуточнені.	F20.4. Постшизофренічна депресія; F25. Шизоафективні розлади; F25.1. Шизоафективний розлад, депресивний тип; F25.2. Шизоафективний розлад, змішаний тип.	F41.2. Змішаний тривожний і депресивний розлад; F43.2. Розлади адаптації; F43.20. Короткочасна депресивна реакція; F43.21. Довготривала депресивна реакція; F43.22. Змішана тривожна і депресивна реакція.

Низка науково-літературних джерел [1; 6; 23; 37; 45] містить й такі діагностичні критерії за типами депресії А чи Б:

До типу А належить відповідність за такими загальними критеріями за депресивним епізодом:

- 1) має тривати два тижні;
- 2) в анамнезі жодним чином й ніколи не було зафіксовано симптоматик за критеріями маніакального і гіпоманіакального синдромів;

3) явище не є можливим пояснити через вживання психоактивної речовини чи будь-яким психічним розладом органічного підґрунтя.

До типу Б можуть бути віднесені певні особливості, які спостерігаються, як мінімум, в двох з наступних трьох ознак:

1) депресивність настрою є зниженою до рівня, що може бути визначено явно ненормальним для даного пацієнта, проявляється більшу частину дня майже кожного дня два тижні й більше і, в абсолютній більшості та в основному, не є залежним від ситуації;

2) виражене зниження інтересу або задоволення від діяльності, що була приємною;

3) зниження чи втрата енергійності, активності та підвищений показник за втомлюваністю.

Тако, виділено ще низку додаткових симптомів [4; 9; 22; 33; 40], що формує тип В:

1) зниження показників за впевненістю в собі і самооцінкою;

2) безпричинний самоосуд та надмірність, неадекватність за почуттям провини;

3) нав'язливі ідеї щодо смерті або суїциду, а також наявні ознаки суїцидальної поведінки;

4) зниження здатності до різностороннього аналізу ситуації, метафоричних порівнянь, роздумів;

5) розлади за психомоторною активністю з додаванням тривожного збудження або загальмованості (за суб'єктивними або об'єктивними обставинами);

6) порушення сну за будь-яким типом (проблеми з засинанням, прокиданням за дві години до звичайного часу, часті випадки пробудження вночі і систематична настаха чи незадоволеність від сну);

7) різкі перепади щодо апетиту, що супроводжується відповідними змінами за вагою тіла.

Для встановлення епізоду за легким ступенем необхідно мати як мінімум два з симптомів за критерієм Б і не менше за чотири симптоми за сумою критеріїв Б і В. Щодо епізоду середнього за рівнем тяжкості має бути як мінімум два симптоми за критеріями Б і не менше за шість симптомів в сумі критеріїв Б і В. Для важкого за складністю епізоду має складати три симптоми за критерієм Б і не менше, ніж вісім симптомів за сумою критеріїв Б і В. При цьому, депресивний епізод (важкий) з психотичними симптомами може супроводжуватися мареннями (провиною) і галюцинаціями (слуховими, глузуючими або засуджуючими) [Кокун].

Однак, Г. Симуткін [38] досить критично поставився до загально прийнятих стандартів класифікацій депресії за таких обставин. Так, ним було зазначено, що відносно депресивних розладів, то й тут МКБ-10 (1994) та DSM-IV (1994), незважаючи на використання операційних діагностичних критеріїв, недостатньо здатні відобразити все наявне різноманіття клінічних фенотипів депресії. Зокрема, найбільшу класифікаційну та клінічну увагу приділено так званій «великої депресії», для якої одним із базисних діагностичних ознак є тривалість депресивної симптоматики 2 тижні і більше. У той же час короткі депресивні епізоди з тривалістю менше 2 тижнів незаслужено залишилися дещо осторонь від активної клінічної уваги, незважаючи на своє суттєве клінічне значення через досить виражений вплив на функціонування відповідних пацієнтів та підвищений суїцидальний ризик. Він погоджується з тими авторами, на яких посилається та підкреслює, що рекурентний короткочасний депресивний розлад (РКДР) може виникати несподівано, спонтанно або внаслідок легких психосоціальних стресорів, характеризується повною ремісією і може вважатися найпоширенішим психічним розладом з виразним порушенням соціального функціонування та підвищеним суїцидальним ризиком. Доказом цього були факти, що виявлені в ході епідеміологічних досліджень, згідно з якими «коротка депресія» може поєднуватися з великою депресією. Таке поєднання отримало назву «комбінованої депресії», яка, як показали епідеміологічні дослідження, має

більш високий потенційний суїцидальний ризик. Крім того, виявилось, що крім подвійної депресії виявлялася і так звана «потрійна депресія», коли було відбувалося поєднання (рис. 1.1). На сьогоднішній день концепція рекурентної короткої депресії зазнала серйозних змін і розширилася до концепції «короткої депресії», коли стали враховуватися як випадки коротких депресивних епізодів, що повторюються щонайменше 12 разів на рік спостереження, а й клінічні випадки з більш рідкісною (1-11 разів на рік) частотою коротких депресивних епізодів.



Рис. 1.1. Клінічні варіанти комбінування депресій за Л. Пезавасом, Г. Симуткіним та іншими.

Далі необхідно перейти до пошуку та аналітичної обробки джерел, що містять гендерно-вікові особливості депресивності з концентрацією на жіночій статі та віком поза 50 років.

1.2. Гендерно-вікові аспекти депресивності у наукових публікаціях.

Прийнято вважати, що депресії у жінок трапляються в 2 рази частіше, ніж у чоловіків [2; 6; 19; 28; 30; 50]. Однак, є пояснення цьому статистичному показнику як недостовірному, оскільки чоловіки просто значно менше

звертаються до спеціалістів, ховаються за агресивними поведінковими патернами [51]. Разом з цим, існує низка достатньо логічних пояснень щодо того, що дійсно в жінок є значно більше причин бути більш піддатливими депресії. Так, причиною підвищеного рівня депресій у жінок можуть бути гормональні фактори, зокрема такі, як зміни менструального циклу, вагітність, викидні, післяпологовий або передкліматичний період, клімакс. Тягар подвійної відповідальності (будинок і робота), виховання дітей поодинці та турбота про дітей та літніх батьків – все це стає для жінок додатковим стресом [17; 47]. Дослідження показало, що у випадках важкого передменструального синдрому (ПМС) при придушенні сексуальних гормонів у жінок із схильністю до нього, багато хто відчуває полегшення фізичних симптомів та покращення настрою. Незабаром після того, як гормони поверталися на колишній рівень, у жінок знову виникали симптоми ПМС. Також, багато жінок є особливо вразливими після народження дитини. Гормональні та фізичні зміни, а також додаткова відповідальність за нове життя, можуть стати факторами розвитку післяпологової депресії у жінок. Хоча тимчасова пригніченість та пригнічений стан часто спостерігаються у молодих мам, повноцінна, різко виражена депресія – це ненормальне явище, яке вимагає активного втручання.

Т.Берадзе [8] звернула увагу на різницю між статями, яка зустрічається в рамках психічних порушень, а саме при депресії. Вона вважає, що залишається невідомим, чому існують настільки виражені статеві відмінності між людьми, які страждають на депресивні розлади. Немає достовірних даних про те, чому жінки схильні до цього розладу більше, ніж чоловіки. Деякі експерти вважають, що обидві статі страждають на них однаково, але жінки звертаються за допомогою частіше, оскільки чоловіки рідше обговорюють свої емоції та зізнаються в наявності таких скарг, щоб не виявляти слабкість. Друга причина може бути банальнішою – чоловіки охочіше «лікують» себе алкоголем або наркотиками або виплескують емоції через насильство. Також існує думка про те, що жінки менш стійкі до соціальних проблем, стресів та інших зовнішніх життєвих факторів. Генетична схильність, гормональний

фон, зовнішні стреси є чинниками розвитку депресії як чоловіків, і у жінок. Успіхи у визначенні генетичних чинників, які б пояснили велику схильність жіночої статі до депресії, вкрай обмежені. Дослідження, у яких вивчали однойцевих близнюків, показали, що лише 40% ризику виникнення депресії пов'язані з спадковістю. Але певні генетичні мутації, що призводять до тяжких форм депресії, виявляються лише в жінок. Гендерна відмінність при депресіях відзначається вже у підлітковий період (з 11-12 років) – у дівчаток із цього віку симптоми депресії відзначаються частіше, ніж у хлопчиків. Гормональні зміни, пов'язані з місячним циклом, можуть викликати зміни у настрої, подібні до депресії. Подібним чином, деякі жінки з віком виявляють схильність до емоційних розладів у зв'язку з переходом у менопаузу або після пологів – це два етапи у житті, коли гормональний фон різко змінюється. У світлі сказаного виникає думка про те, що рівень естрогену може бути підґрунтям розвитку депресії. У цьому напрямі проводилися численні дослідження, але прямих доказів те, що гормональні коливання є основною причиною розвитку депресивних симптомів, не знайдено. У зв'язку з цим гормональні причини повинні розглядатися тільки в сукупності з іншими факторами. Соціальні дослідження свідчать, що жінки частіше відзначають вплив стресових чинників, ніж чоловіки. У цьому вони важче переносять життєво важливі негативні події, ніж чоловіки. Травматичні події, особливо у молодості, можуть мати стійкий вплив на нервову систему. Жінкам також частіше доводиться доглядати хворих родичів, відчувати сексуальне та емоційне насильство. Стресовим фактором можуть вважатися матеріальні проблеми, особливо у матерів-одинаків. Такий стрес розцінюється як хронічний і може спричинити розвиток депресії. У деяких дослідженнях повідомляється, що жінки гостріше реагують на негативні життєві обставини, ніж чоловіки. Тривога, неправильний спосіб життя, особливо відсутність фізичного навантаження, також сприяють прояву депресивної симптоматики.

П. Алберт [48] у статті про причини більшого рівня депресії в жінок в порівнянні з чоловіками в 1,7 рази по населенню Північної Америки вказав на

те, що хоча відмінності в соціально-економічних факторах, включаючи жорстоке поводження, освіту та дохід, можуть вплинути на більш високий рівень депресії у жінок, необхідно більше зосереджуватися на біологічних факторах, які можна експериментально вилікувати. Немає чітких доказів того, що рівень депресії вищий у країнах, де жінки мають помітно нижчий соціально-економічний статус, ніж чоловіки, ніж у країнах, де може бути більше рівних умов. Депресія більш ніж вдвічі частіше зустрічається у молодих жінок, ніж у чоловіків (вік 14 – 25 років). Але співвідношення зменшується з віком. Причини депресії, схоже, відрізняються: жінки частіше мають симптоми інтерналізування, а чоловіки — симптоми екстерналізації (у дослідженні дизиготних близнюків жінки виявляли більшу чутливість до міжособистісних стосунків, тоді як чоловіки виявляли більшу чутливість до зовнішньої кар'єри та цілеспрямованості). Той факт, що підвищена поширеність депресії корелює з гормональними змінами у жінок, особливо в період статевого дозрівання, перед менструацією, після вагітності та в перименопаузі, свідчить про те, що гормональні коливання у жінок можуть бути тригером депресії. Так, дослідження показують, що естроген може мати захисну дію на патологію, яка лежить в основі депресії і зниження рівня естрогену може підвищити ризик розвитку депресії. Далі про те, що у найбільш фундаментальних термінах статева різниця в частоті депресії відображає той факт, що чоловіки і жінки відрізняються: жінки мають 2 копії Х-хромосоми, тоді як чоловіки мають по 1 копії Х- та Y-хромосоми, причому остання не присутня у жінок.

В наступній закордонній статті у співавторстві Д. Бромбергера та С. Епперсона [11; 48] було реалізовано спробу визначити та обговорити докази того, що репродуктивне старіння пов'язане з підвищеним ризиком депресії, а також те, яким чином різноманітні ендокринні, генетичні, поведінкові та соціальні фактори можуть пояснити цей зв'язок. Проведений ними аналіз широкого кола емпіричних досліджень з цього питання дав змогу встановити те, що існує підгрупа жінок, які схильні до депресивного розладу або

симптомів під час переходу менопаузи та ранньої постменопаузи. Важливо, що ризик депресії знижується через два-чотири роки після останньої менструації, особливо для тих жінок, у яких єдиний епізод депресії стався під час перименопаузи. Це вказує на те, що підвищення ризику депресії та симптомів депресії під час менопаузи не є через саме старіння. Психосоціальні фактори та фактори, пов'язані зі здоров'ям Сучасні дослідження зосереджені на з'ясуванні того, чому деякі жінки більш вразливі до депресії та симптомів депресії під час перименопаузи, коли змінюються та непередбачувані моделі рівня стероїдів в гонадах і менструальних циклів. Поширена гіпотеза полягає в тому, що ендокринні зміни, які ведуть перехід менопаузи та впливають на численні тканини та біологічні системи, включаючи ті, що знаходяться в мозку, в першу чергу відповідають за розкриття ризику симптомів депресії або розладу у сприйнятливих жінок. Тим не менш, існують численні й різноманітні інші сфери та фактори, які пов'язані з депресивним розладом та симптомами загалом та під час перименопаузи (рис. 1.2).

Пояснення та доповнення від Д. Бромбергера та С. Епперсона до рисунку 1.2 полягають в тому, що неодружена жінка, яка має середню освіту або й менше, а також фінансові труднощі є основними факторами ризику симптомів депресії під час переходу менопаузи. При цьому, результати расових/етнічних відмінностей у асоціаціях симптоми депресії змішані, і більшість спостережуваних відмінностей для чорношкірих і білих жінок більше не є значущими з урахуванням соціально-демографічних факторів і факторів здоров'я, таких як освіта, стан здоров'я, поточні значні стресові фактори та фінансове напруження. За психологічними характеристиками мається на увазі риси особистості як схильність відображати когнітивні, афективні або поведінкові тенденції, які стабільні в часі та в ситуаціях.

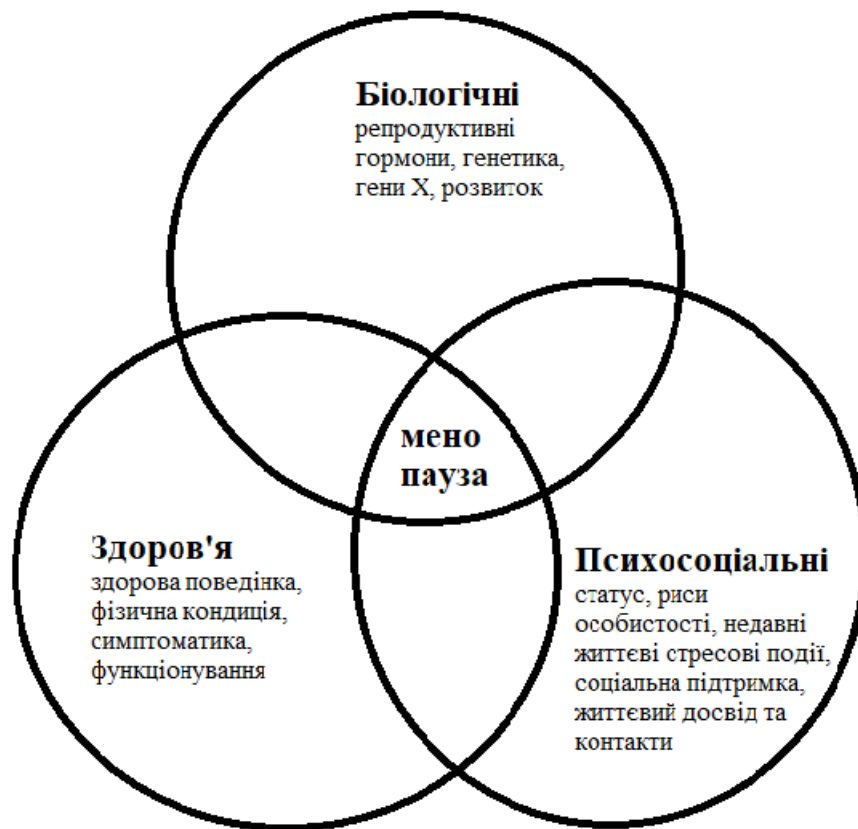


Рис. 1.2. Перетин множинних факторів ризику депресії під час переходу менопаузи (за Д. Бромбергером та С. Епперсоном).

Хоча існує більша кількість таких рис, лише невелику кількість було досліджено в контексті симптомів депресії в цьому віці, а саме щодо інструментальності (орієнтації на завдання/дія), песимізму, тривожності рис і роздумів. Також, жорстокість, самосвідомість і песимізм значною мірою пов'язані з ризиком розвитку депресивних симптомів. Ще негативне ставлення до менопаузи та/або старіння концептуально пов'язані з нейротизмом і песимізмом, передбачають депресивний, тривожний і негативний настрій у жінок цього віку. Соціальні фактори ризику включають гострі та хронічні стресові фактори, щоденні проблеми, відсутність ресурсів навколишнього середовища та погані соціальні стосунки. Жінки з депресією мають більше поширення міжособистісних проблем, серйозних подій, що відбуваються зі значущими людьми, фінансових труднощів.

Ще одна знайдена закордонна стаття, авторами якої є К. Кемпбел та А. Горелік присвячена тому, що встановити провісники середнього віку

депресивних симптомів для пізнього віку та визначити відповідні фактори ризику в межах проекту здорового старіння жінок [51]. Дані були отримані з епідеміологічного проспективного дослідження здорового старіння жінок за два десятиліття. Змінні включали оцінку настрою, демографію, фізичне здоров'я, статус куріння, ставлення до старіння та менопаузи, споживання алкоголю та зайнятості. Аналіз було проведено для визначення набору найсильніших предикторів, оцінених у 1992 році (середній вік 50 років) і в 2002 році (середній вік 60 років) щодо вищих балів депресії, виміряних у 2012 році (середній вік 70 років). Результати підвищення позитивного настрою у 50 і 60 років було пов'язано зі зниженням показника CESD (депресивного розладу) та у 70 років. Збільшення показника Хасслеса (щоденні клопоти як проблема) у віці 50 років було пов'язано зі збільшенням показника депресії. Аналіз супутніх факторів ризику продемонстрував, що частота неприємних симптомів і підвищена тривожність були пов'язані з більш високими показниками симптомів депресії, коли жінкам було 70 років. Низький рівень позитивного настрою постійно асоціювався з симптомами депресії через 10 і 20 років, що свідчить про те, що клінічні втручання, спрямовані на покращення позитивного впливу, можуть бути особливо корисними в середньому віці. Середній вік, який зазвичай визначається як 45–65 років, є часом значних фізіологічних і психологічних змін для жінок. Окрім настання менопаузи, для жінок середнього віку характерні й інші зміни в житті, які можуть бути пов'язані з коливаннями настрою. До них належать: зміни у професійній ролі та робочих зобов'язаннях, поява фізичних проблем або проблем зі здоров'ям, додаткова відповідальність за турботу про старіючих батьків, зміни у стосунках та сексуальному функціонуванні. Також було встановлено, що базовими характеристиками, які пов'язані з наявністю більш пізнього формування депресії включає вищу за середню тривожність, вищу за середню приватну самосвідомість, нижчий за середній оптимізм, тривожні розлади протягом усього життя, два або більше проблемних медичних станів впродовж життя та досвід вживання психотропних засобів, ліків. Ще встановлено, що

більш високі рівні фізичної активності пов'язані з нижчими рівнями симптомів депресії, які зберігалися протягом 10 років. Індивідуальними моделями за віком як мірою часу показано, що змінними з більш високою тяжкістю депресивного настрою є більший усвідомлюваний стрес, наявність сексуального насильства в анамнезі, труднощі зі сном, раннє пробудження та пробудження вночі. Фактори, пов'язані зі зниженням депресивного настрою, включали: постменопаузу, більше фізичних вправ і наявність партнера.

В подальшому викладенні інформації перейдемо до гендерної моделі старіння, що є гендерно чутливою матрицею, яка пов'язана з ключовими сімейними, професійними, особистісними інтересами та певними способами самосприйняття даного етапу життєвого шляху. Основними «полями перетину» гендерних та вікових стереотипів можна вважати такі [16; 38]:

1. Жінки вважаються соціально менш престижними, що формує подвійний стандарт старіння, посилюючи негативні асоціативні ряди, пов'язані з уявленнями про людей похилого віку.

2. Якщо чоловіча влада, вкладає в статус і багатство, має тенденцію не зменшуватися, а збільшуватися з віком, то жіночі краса і чарівність набагато менш довговічні, згодом є схильними до неминучої ерозії. Отже, жінки з віком більш стрімко витрачають соціальний капітал та інструменти впливу на ситуацію, ніж чоловіки. Внаслідок цього дискримінація жінок за віком на практиці починається набагато раніше, ніж дискримінація чоловіків, змушує жінок активно користуватися різними способами маскуванню старості – від косметики до пластичних операцій. Виникає замкнене коло – жінка, яка не має достатнього «ресурсу зовнішності», має невисокі шанси забезпечити собі достатній дохід, а відсутність останнього є серйозною перешкодою для досягнення «маскувального» ефекту.

3. Люди стали жити довше, але це говорить тільки про те, що вони ще більшу частину часу залишаються на самоті, а це кризова ситуація для людини. Зростаюча самотність і непристосованість до нових умов життя змушують розвивати великі соціальні служби, що заміщають традиційні,

внутрішньосімейні форми підтримки літніх людей. Старість асоціюється з самотністю – отже, і з соціальною неуспішністю, виключеністю, ізоляцією. Разом з тим відомо, що жінки меншою мірою, ніж чоловіки, бояться самотності і, отже, за інших рівних обставин не прагнутимуть, наприклад, спільного проживання, порушуючи свої інтереси. Самотність, у свою чергу, з більшою ймовірністю може провокувати агресію, еб'юзинг по відношенню до самотньої людини – як у домашніх, внутрішньосімейних умовах, так і в ситуації будинків для людей похилого віку, коли літню жінку просто нема кому відвідувати.

4. Старість асоціюється з безсиллям, нездатністю відстояти свої інтереси, і «жіноча особа» старості може посилювати цей ефект, особливо в умовах аномії, поширення девіацій. Нерідко літні самотні люди стають жертвами злочинців, які претендують на їхнє житло та майно. За даними З.Х. Саралієвої, «жіночі моделі старіння» більшою мірою ставляться до розряду неблагополучних, ніж чоловічі [27, с.60].

5. У силу традицій, гендерно несиметричної соціальної політики та інших чинників, динаміка кар'єрного зростання жінок нашої країні або переривалася вагітністю і наступним вихованням дітей, або специфіка жіночої зайнятості взагалі не передбачала істотних кар'єрних досягнень. Жінка нерідко жертвувала (і жертвує) кар'єрою заради успіхів чоловіка чи навіть інших родичів, оскільки передбачається, що саме чоловік (або родичі) мають її матеріально забезпечити, жіночий заробіток у доходах сім'ї традиційно вторинний.

6. Аналогічні причини є перешкодою для здобуття освіти навіть більшою мірою, ніж для трудової кар'єри, тому що народження першої дитини для багатьох жінок, які сьогодні вийшли або виходять на пенсію, довелося якраз на вік, що визначається суспільством як найбільш підходящий для навчання у ЗВО. За даними С. Катаєвої та Є. Жидкової, на питання про задоволеності життям загалом респонденти відзначали два моменти: скарга

про те, що не вдалося продовжити навчання та неправильний вибір шлюбного партнера [17, с.43].

7. Ще один аспект гендерно-вікової проблеми, який забирає у літніх жінок можливість самореалізації – традиційне передоручення їм турботи про онуків, особливо після виходу на пенсію, коли з'являється багато часу.

8. Дослідниками неодноразово наголошувалося на негативному впливі медичного дискурсу на конструювання образу старості. Разом з тим відомо, що чоловіки меншою мірою схильні звертатися до лікарів, у той час як жінки більш чутливі до свого здоров'я, і воліють «перестраховуватися», тим самим посилюючи сприйняття літньої жінки як хворої, яка потребує підвищеної медичної уваги. Крім того, згідно з деякими статистичними даними, жінки, незважаючи на те, що живуть довше, більше часу проводять у стані «несамостійності».

9. Важливим аспектом гендерно-вікової дискримінації є проблеми із працевлаштуванням. Як зазначають західні дослідники, зрілі жінки-працівники офісів, які потрапили під скорочення штатів, зіштовхнулися із серйозними проблемами, коли почали шукати нову роботу у тій самій сфері діяльності. Жіноча зайнятість взагалі часто характеризується невиробничою специфікою; жінки задіяні головним чином сфері обслуговування, що створює додаткову проблему.

10. Літнім жінкам доводиться часто братися або за тимчасову роботу, або вибирати стабільну зайнятість набагато нижчого статусу (кондуктор у громадському транспорті, квиток, вахтер, прибиральниця), що, як правило, приносить скромний дохід, що негативно впливає на власну самооцінку, може вселяти почуття постійної приниженості, втрати статусу. Примітно, що таке зневажливе ставлення до людей пенсійного віку, як працівників, розглядається більшістю опитаних жінок як вимушений захід і тому цілком виправдовується.

11. Невідрефлексованість проблеми та утриманські очікування частини жінок ускладнюють практичну реалізацію здорових феміністських потенцій. Гендерна нерівність нерідко усвідомлюється жінками не так як проблема, як

існуючий порядок речей. Ще меншою проблемою є нерівність вікова [17, с.40]. Феміністський погляд на проблему нерідко видається непотрібним і викликає негативні суспільні реакції, головним чином чоловіків.

Н. Тювіна та інші [35] визначили наступні особливості депресивних розладів у жінок. Хоча симптоми депресії в цілому однакові у чоловіків і жінок, однак, у низці досліджень виявлено певні особливості. У жінок депресивні епізоди більш тривалі та повторюються частіше, ніж у чоловіків. Атипова депресія, соматичні прояви депресії також спостерігаються частіше, що підтверджено для дослідження близнюків і сестер. При оцінці 94 пар жінок-близнюків було виділено типові та атипові депресії [43]. Так, типова депресія супроводжувалася тривожними та панічними симптомами, більшою тривалістю епізоду, атипова – підвищенням апетиту, гіперсомнією, частішими, але короткими епізодами. Однак, відсутність порівняння з чоловічими парами близнюків обмежує можливість висновків про очевидність відмінностей депресивних симптомів у жінок та чоловіків. Подібне дослідження було проведено Канадською епідеміологічною спільнотою: проаналізовано симптоми рекурентної депресії у 650 пацієнтів. Було в результатах повідомлено про існування атипових симптомів у 11% випадків. В інших випадках відзначалася типова депресія чи депресія, яка не належала до жодної з виділених груп. І в групі типової, і в групі атипової депресії жінки становили більшість – 77 та 75% відповідно. При дослідженні близнюкових пар встановлено велику частоту атипових симптомів у жінок (вдома, підвищення апетиту, збільшення маси тіла, гіперсомнія). У цих пацієнток також відзначалися плаксивість, ідеї провини, добові коливання самопочуття з найбільш тяжким переживанням в ранковий час, загальмованість. У сестер порівняно з братами спостерігалися більш ранній початок хвороби та більша тривалість депресивних епізодів. Дослідження 146 тайванських пацієнтів показало, що у жінок виявлялася велика частота порушень сну (труднощі засинання, змінена тривалість сну), соматичних скарг (біль у грудях, головний біль, втрата апетиту), туги та тривоги. Жінки охочіше за чоловіків повідомляли

про зниження статевого потягу та задоволення. При тривожній депресії у жінок збільшувався апетит, відзначалися гіперсомнія, втрата чутливості. Жінок рідше відвідували суїцидальні думки, а чоловіки повідомляли про більшу кількість епізодів, що супроводжувалися зловживанням алкоголем та наркотиками. У інших дослідженнях, на відміну від попередніх, показано, що якщо класична депресія зіставна за частотою у чоловіків і жінок, то тривожна депресія із соматичними симптомами зустрічалася вдвічі частіше у жінок. При оцінці симптомів депресії у 200 пар різностатевих дизиготних близнюків, у яких протягом життя відзначався депресивний епізод, встановлено, що втома, гіперсомнія та психомоторна загальмованість переважають у жінок, а безсоння та збудження – у чоловіків. Неоднозначні висновки та різноманітність отриманих даних про симптоматику депресії у жінок та чоловіків пояснюються різницею вибірок та діагностичних критеріїв депресії. Таким чином, велика частота депресії у жінок, особливості її маніфестації, перебігу, діагностичних та прогностичних підходів зумовлені не тільки генотипними, нейроморфофункціональними та гормональними відмінностями від таких у чоловіків, а також впливом соціальних, психологічних, культурально-релігійних факторів.

Висновок до 1-го розділу.

В даному розділі, що мав на меті визначення основних теоретичних положень щодо депресії, її особливостей у жінок у віці понад 50 років було встановлено наявність таких головних аспектів:

1. Депресією є захворювання, що впливає на фізичний стан організму, настрій та психіку, що буває різної форми депресії. Так, клінічна депресія проявляється комплексом симптомів, що впливають на здатність людини працювати і вчитися, можливість спати, їсти та насолоджуватися справами та речами, які раніше доставляли задоволення. Такий важкий випадок депресії може статися лише один раз у житті, але, найчастіше, одним разом справа не обмежується і подібні епізоди повторюються протягом життя

кілька разів. Дистимією є менш важка форма депресії, яка характеризується довгостроковими, хронічними симптомами, що не призводять до втрати працездатності, але є причиною поганого самопочуття та неможливості нормально функціонувати. У багатьох людей, які страждають на дистимію, іноді трапляються напади клінічної депресії. Ще одним видом депресії є біполярний афективний розлад, що ще також відомий як маніакально-депресивний психоз.

2. Найбільш яскравими симптомами депресії є такі ознаки: постійний стан пригніченості, тривожності чи спустошеності; відчуття безнадійності, песимізму; почуття провини, нікчемності, безпорадності; втрата інтересу або смаку до справ, захоплень та різних занять, які до цього спричиняли задоволення; відсутність енергії, втома, стомлюваність, загальмованість; проблеми з концентрацією, труднощі із запам'ятовуванням, прийняттям рішення; безсоння, раннє пробудження вранці та/або надмірна сонливість вдень; втрата апетиту та/або ваги, переїдання та збільшення ваги; думки про смерть чи самогубство; спроби самогубства; занепокоєння, дратівливість; головний біль, розлади травлення та хронічні болі, що не піддаються лікуванню, а також досить тривалі симптоми поганого фізичного самопочуття.

3. В науковій літературі класифікаційну та клінічну увагу приділено так званій «великій депресії», для якої одним із базисних діагностичних ознак є тривалість депресивної симптоматики 2 тижні і більше. Однак, рекурентний короткочасний депресивний розлад може виникати несподівано, спонтанно або внаслідок легких психосоціальних стресорів, характеризується повною ремісією і може вважатися найпоширенішим психічним розладом з виразним порушенням соціального функціонування та підвищеним суїцидальним ризиком. Таке поєднання отримало назву «комбінованої депресії», яка, як показали епідеміологічні дослідження, має більш високий потенційний суїцидальний ризик. Крім того, виявилось, що крім подвійної депресії виявлялася і так звана «потрійна депресія». На сьогоднішній день концепція

рекурентної короткої депресії зазнала серйозних змін і розширилася до концепції «короткої депресії».

4. Прийнято вважати, що депресії у жінок трапляються в 2 рази частіше, ніж у чоловіків. Однак, є пояснення цьому статистичному показнику як недостовірного, оскільки чоловіки просто значно менше звертаються до спеціалістів, ховаються за агресивними поведінковими патернами. Разом з цим, існує низка достатньо логічних пояснень щодо того, що дійсно в жінок є значно більше причин бути більш піддатливими депресії. Так, причиною підвищеного рівня депресій у жінок можуть бути гормональні фактори, зокрема такі, як зміни менструального циклу, вагітність, викидні, післяпологовий або передкліматичний період, клімакс. Тягар подвійної відповідальності (будинок і робота), виховання дітей поодиноці та турбота про дітей та літніх батьків – все це стає для жінок додатковим стресом. Також існує думка про те, що жінки менш стійкі до соціальних проблем, стресів та інших зовнішніх життєвих факторів. Генетична схильність, гормональний фон, зовнішні стреси є чинниками розвитку депресії як чоловіків, і у жінок. Успіхи у визначенні генетичних чинників, які б пояснити велику схильність жіночої статі до депресії, вкрай обмежені.

5. Проведений аналіз широкого кола емпіричних досліджень з цього питання дав змогу встановити те, що існує підгрупа жінок середнього віку (від 50 до 60 років), які схильні до депресивного розладу або симптомів під час переходу менопаузи та ранньої постменопаузи. Важливо, що ризик депресії знижується через два-чотири роки після останньої менструації, особливо для тих жінок, у яких єдиний епізод депресії стався під час перименопаузи. Це вказує на те, що підвищення ризику депресії та симптомів депресії під час менопаузи не є через саме старіння. Окремі доведені ідеї полягають в тому, що неодружена жінка, яка має середню освіту або й менше, а також фінансові труднощі є основними факторами ризику симптомів депресії під час переходу менопаузи. За психологічними характеристиками мається на увазі риси особистості як схильність відображати когнітивні, афективні або поведінкові

тенденції, які стабільні в часі та в ситуаціях. Також, жорстокість, самосвідомість і песимізм значною мірою пов'язані з ризиком розвитку депресивних симптомів. Ще негативне ставлення до менопаузи та/або старіння концептуально пов'язані з нейротизмом і песимізмом, передбачають депресивний, тривожний і негативний настрій у жінок цього віку. Соціальні фактори ризику включають гострі та хронічні стресові фактори, щоденні проблеми, відсутність ресурсів навколишнього середовища та погані соціальні стосунки. Жінки з депресією мають більше поширення міжособистісних проблем, серйозних подій, що відбуваються зі значущими людьми, фінансових труднощів.

РОЗДІЛ II. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕПРЕСИВНОСТІ У ЖІНОК У ВІЦІ ПОНАД 50 РОКІВ.

Насамперед, дане дослідження базується та орієнтоване на те, щоб встановити сучасні особливості рівня, причин та головних особливостей депресивності в жінок, які подолали віковий рубіж в 50 років. В теоретичному розділі даного дослідження було встановлено низку специфічних особливостей депресії як патопсихологічного явища, яке в значній мірі більш поширене саме серед жінок. При цьому, дослідження експериментального змісту встановили більшу схильність до депресії в жінок на етапі підліткового віку, який викликається гормональним вибухом, що радикально змінює функціонування організму в цілому та психіки зокрема. Депресія в жінок середнього віку, які перебувають на порозі менопаузи чи вже його подолали у вітчизняних емпіричних дослідженнях або не проводилися на достатньо ґрунтовному рівні, або не були опублікованими. Значно більше публікацій вдалося знайти в збірниках наукових праць в англomовному закордонному науковому середовищі, де депресія також межує зі змінами функціонування гормональної системи. Однак, цей фактор вже не є дуже домінуючим, оскільки потужності набрали фактори психологічного, соціального та життєвого змісту. Таким чином, не лише доцільним, а й необхідним можна вважати дослідження особливостей депресивності у жінок, які в різному ступені подолали віковий рубіж в 50 років. Це досить велика частина населення, яка в значній мірі складає достатньо потужний потенціал для суспільства й ігнорувати їх проблеми щодо життєдіяльності, перспектив подальшої самореалізації, самокорисності та задоволеного завершення життя є не лише негуманною поведінкою, а й не вигідною в плані економіки та фінансів. Тому, важливо досить ефективно провести таке дослідження, що буде мати не лише ефект підтвердження кваліфікації через відповідне

виконання диплому, а й буде певним потенціалом для вирішення особистісних та соціальних питань в українському суспільстві.

2.1. Методи та вибірка емпіричного дослідження особливостей депресивності у жінок у віці понад 50 років.

Нагадаємо, що як і будь-яке з психосоматичних захворювань, депресія має симптоми як фізичного, так й психологічного змісту. Однак, діагностувати власне депресію за її ознаками дуже непросто, оскільки у людей депресія проявляється та відбувається досить по-різному [14]. Так, сукупність індивідних особливостей, що перебувають у певних соціальних умовах комбінуються у настільки різноманітні варіативні поєднання, що можна не розраховувати на фактично повну тотожність між будь-якими двома випадками. Все ж вважається, що в депресія має дві головні ознаки, а саме постійне почуття пригнічення й втрата інтересів до повноцінного життя, байдужість до всього того, що раніше надихало та подобалося. Про депресію як про психологічне явище можна говорити тільки тоді, коли цей стан триває довше двох тижнів. Звичайно, що депресія через симптоми виявляються, як мінімум, у таких ознаках:

- суттєве схуднення або збільшення маси тіла без наявних причин та спеціальної поведінки;
- безсоння або підвищена сонливість;
- в значній мірі прискорені або уповільнені рухи, що не є характерним для даної особистості;
- слабкість та швидка втома внаслідок нетривалої діяльності, що не має фізіологічно підтверджених причин чи певних дефектів;
- враження про себе як про нікчему з додаванням безмірного почуття провини за надуманими обставинами;
- нездатність достатньо зосередитися, чітко та цілеспрямовано, зосереджено мислити, а також приймати достатньо раціональні рішення [14].

Наявність зазначених симптомів вказує на наявність потреби в зверненні за допомогою. З іншого боку, люди інколи починають визнавати факт того, що в них є наявні ознаки депресії. Зазвичай люди досить впевнені в тому, що є здатні до адекватної оцінки ситуації і все «дійсно не є так погано». Більшість людей у депресії переживають пригнічення, нікчемність, спустошення. Інші проявляють постійну плаксивість, а ще можливе й зовсім протилежне через втрату здатності плакати. Ще доцільно зауважити про те, що існує стереотипна хибна думка щодо депресії, за якої люди обов'язково мають бути сумними, але багато хто з них, а особливо серед чоловіків й молодих людей, переживають не сум, а роздратування аж до озлобленості та суттєвого підвищення за вербальною, фізичною та іншими видами агресивності [14; 26].

Оскільки цільовою вибіркою даного дослідження є жінки – цей аспект й необхідно вважати ключовим при виборі змінних емпіричної частини експерименту. Так, звісно, що доцільно використати експериментальний план, за якого має бути одна суцільна вибірка, що є достатньо еквівалентною до генеральної сукупності. Розподіляти вибірку на окремі спеціально створені групи не вбачаємо за доцільне через те, що тут достатньо застосувати констатуючий експеримент. При цьому, щодо змінних можна зауважити наступне:

- залежною змінною має бути показник депресивності в особи жіночої статі, яка пройшла віковий рубіж в 50 років;
- незалежними змінними можуть бути показники в даної особистості щодо набутого життєвого досвіду як основи бачення перспектив подальшого життя, набутої стресостійкості, що сформувалася впродовж комбінованого впливу особистісних характеристик та ключових подій життя та емоційної сфери як того фактора, що часто вкрай потужно представлений в особистісній сфері жіночої статі.

З метою визначення особливостей депресивності в жінок понад 50 років визначено доцільними в такому дослідженні наступні методики.

Методика «Шкала депресії М. Гамільтона», що вимірює відповідний показник та подає емпіричну інформацію за наявними життєвими ознаками рівня депресивності в особистості. Методика наведена в додатку А даної кваліфікаційної роботи. Ця методика має забезпечити дослідження емпіричною інформацією за його залежною змінною, що й є ключовим явищем для того, щоб реалізувати мету кваліфікаційної роботи.

Для встановлення основних показників щодо емоційної сфери особистості використано методику «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. Бойка. Дана методика діагностики рівня емоційного вигорання допомагає встановити цілісність картини за синдромом емоційного вигорання особистості, визначати найбільш важливі симптоми появи такого явища, що включає три фази його формування: напруги (переживання травм, незадоволення собою, стан «загнання до клітки», тривожність й депресії як ключової змінної даного дослідження); резистенція (неадекватне вибіркове емоційне реагування, емоційно-моральна дезорієнтація, економія емоцій, редукція професійних обов'язків); виснаження (емоційний дефіцит і відстороненість, деперсоналізація, психосоматичні та психовегетативні порушення) [24]. Вважаємо за доцільне використання цієї методики через ту причину, що у віці понад 50 років є значна можливість прихованої депресивності внаслідок саме деформації емоційної сфери через низку професійних, міжособистісних обставин за час життя.

Також використано методику Б. Додонова «Емоційна спрямованість особистості», з допомогою якої є можливим встановлення того, який тип спрямованості особистості переважає в жінок понад 50 років в українському суспільстві. До цього необхідно додати та зауважити, що в основі цієї методики лежить відповідна обґрунтована авторська концепція, яка виділила саме такі наступні типи емоційної спрямованості:

- 1) альтруїстична спрямованість, що спостерігається як велике бажання в безкорисливому варіанті допомагати оточенню, віддавати майже останнє на благо інших та для вирішення їх нагальних життєвих проблем, потреб,

побажань. Альтруїстично емоційна особистість схильна ставити інтереси оточення на перший план. Низькі результати за даною шкалою можуть свідчити про присутність спрямованості особистості на себе як тенденцію до егоїзму чи скупості. Такий тип особистості більше буде думати тільки про власну вигоду, а ще в неї з більшою ймовірністю буде завищений показник за потребою отримання від інших допомоги, користі, вигоди;

2) комунікативна, що за високих показників виражає прагнення, бажання та потреби щодо спілкування. Така особистість намагається завжди перебувати в центрі уваги, легко йде та налагоджує контакт з незнайомцями, відносно добре володіє ораторськими та комунікативними навичками, володіє більшими вміннями до переконання співрозмовників. Низькі результати можуть казати про те, що такий тип особистості неохоче буде йти на контакт, йому більш важко дається спілкування з оточенням, знаходити з ним контакт, не володіє нормально сформованими навичками ораторства та комунікативних взаємодій;

3) глоричною емоційною спрямованістю за високих показників є бажання самоствердитись. Такі особ зазвичай завжди бажають знаходитись в центрі подій, уваги, на певному умовному п'єдесталі, а також їм дуже важливим є те, щоб бути популярним в певному соціальному середовищі. Вони схильні надавати перевагу переживанню успіхів та піднесенню серед великої кількості людей. При низьких показниках за даною шкалою можна казати про наявність бажання залишатись в тіні, непомітним, що може здаватися з першого погляду як скромністю людини. Такі люди часто бувають самотніми, намагаються залишатись у тіні. Надзвичайна увага до їх власної персони не лише не приваблює, а часто спантеличує та бентежить, оскільки зосереджена увага великого оточення до їх персони дуже сильно викликає розгубленість;

4) праксична за високих результатів свідчить про те, що такий особистості вкрай важливим є активність в діях, а не тупцювання на місці. І не особливо важливим є те, чи успішною чи неуспішною виявиться їх діяльність. Головним для них є рух вперед, досягнення висот, виконання поставлених

завдань та задач. Низькі бали вказують та говорять про те, що такій особі властиве нейтральне відношення до будь-якої активності чи діяльності. Це ще може виявлятися у схильностях більше витратити час та зосереджуватися на обдумуванні певної задачі, ніж виконанні її;

5) пугнічна емоційна спрямованість вказує на те, що це відображає потребу йти на ризик, долати перешкоди та небезпеки. Це, у свою чергу, призводить до підвищеного рівня за суперництвом. При високих балах за цією шкалою такий тип бажання, вподобань та жаги яскраво проявляється. При низьких можна казати про те, що така людина є обережною, її досить потужно лякає невідома ситуацій. Для такого типу особистостей вкрай важливим є залишатись в безпеці;

б) романтична емоційна спрямованість виявляється в бажаннях пізнання чогось надзвичайного, таємничого, постійного очікування дива. При низьких балах особистість більш в раціональному стилі намагається оцінити будь-яку ситуацію, яка з нею трапляється чи в якій вона перебуває;

7) гностична емоційна спрямованість характеризує бажання отримувати нову цікаву, корисну хоча б потенційно інформацію, а також пізнавати щось невідоме, отримувати знання постійно або хоча б достатньо часто. Такий тип спрямованості в емоціях особистості завжди намагається докопатися до істини, до справжньої суті якихось явищ. При вкрай яскравій за вираженням потребі така особа отримує радість від того, що знає істину;

8) естетична спрямованість позначає жагу побачити щось прекрасне, навіть неперевершене, а бажано дуже ідеальне. Оцінює грандіозне та витончене така особистість переживає сильні емоцій, які ще часто намагаються класифікувати як ресурсні. При низьких показниках це прагнення розвинуте недостатньо;

9) гедоністична спрямованість диференціюється емоціями, які є безпосередньо пов'язаними з прагненнями забезпечити для себе тілесний та психологічний комфорт. Така особистість отримує потужне задоволення від ніби звичайних фізіологічних відчуттів;

10) акізитивність виражає прагнення до нерационального накопичення, колекціонування предметів. Високі показники вказують на завищену потребу колекціонувати. При низьких балах дана потреба не проявляється.

Таким чином, вказані дві методики мають достатньо дати інформацію про те, яким чином функціонує емоційна сфера особистості жінки у віці понад 50 років як потенційного фактора певного рівня депресивності.

Далі, для дослідження особистісної компоненти розвитку симптомів депресивності використано особистісний опитувальник FPI, що розроблено групою вчених (П.Ференберг, А. Крилов, Т.Ронгінський, Ф. Короді) [24]. Дана методика складається з 12 шкал та містить 114 запитань. Цей опитувальник надає змогу досить всебічно досліджувати низку станів та особливостей особистості, що можуть відігравати особливе за важливістю значення для адаптації особистості до умов середовища, а ще для саморегуляції. Опитувальник FPI дозволяє знайти відповідь на причини та особливості психічних станів. Дана методика є валідною, оскільки була випробувана на 2300 людей. Опитувальник є універсальним, тому його можна проводити не тільки в індивідуальній, але й в груповій роботі.

Методика «Тест на стресостійкість», яка дозволяє зробити більш розширену діагностику за взаємозв'язками за депресією та здатністю особистості протистояти негативному впливу різних життєвих ситуацій під час різного роду вирішення завдань. Дана методика може бути важливою для того, щоб зрозуміти те, наскільки в особистості сформувалася сукупність особистісних рис, що сприяють здатності витримати та подолати високе нервово напруження. Особистість, в якій є досить суттєвий показник за стресостійкістю з меншими проблемами здатна далати різні труднощі, які можуть траплятися в процесі професійної діяльності та в життєвих обставинах [17; 32].

Далі вкажемо на тест Д. Леонтєва «Сенсожиттєві орієнтації», який дозволяє оцінювати сенсожиттєві орієнтації особистості. Цей тест є адаптованою версією тесту «Мета в житті» Д. Крамбо й Л. Махолика [18]. Тест

розроблено на основі концепції логотерапії В. Франкла, який наголошував на тому, що головною місією життя кожної людини є те, щоб знайти сенс свого існування. Мається на увазі екзистенційна фрустрація, яка є неудачею в пошуках змісту, суті життя, що й призводить до розвитку різних душевних захворювань. Тому й Д. Леонтьєв виділив в якості основних компонентів, з яких формується сенс існування кожної особистості низку наступних достатньо систематизованих понять та явищ:

«Цілі у житті», що характеризує наявність в житті мети, прагнення до саморозвитку. Мається на увазі те, що саме через цілі у житті особистість знаходить те, заради чого живе, бачить перспективу у своїх починаннях, стає цілеспрямованою та знає у якому напрямку їй рухатися.

«Інтерес або емоційна насиченість життя», що виражається в тому, чи сприймає особистість своє життя недаремним, чи отримує від кожної часової можливості достатньо емоцій, а також мінімально необхідну продуктивність. Високі показники за цією шкалою можуть вказувати на те, що особистість бачить своє існування цікавим та достатньо емоційно багатим. Низькими балами позначається ніби протектор того, що особа не задоволена своїм життям в сьогоднішній, а такій людині нічого не подобається, вона не живе в теперішньому, не вміє брати від життя позитив.

«Результативність життя» як шкала методики може визначати те, наскільки особистість є задоволеною щодо власної самореалізації. Високі бали кажуть про задоволеність продуктивністю життя. Відбувається розуміння того, що життя прожите не дарма, багато чого зроблено, досягнуто.

«Локус контроль – Я» є показником сприймання себе як сильної особистості, яка може протистояти будь-яким труднощам. Це є усвідомленням того, що особа є господаром свого життя, володіє високою свободою вибору. Люди, які мають високі показники по даній шкалі, здатні будувати власне життя, оскільки хочуть отримати те, які цілі перед собою поставлені. Така особистість значно більше контролює і намагається самоуправляти собою та будь-якими подіями, які відбуваються навколо неї.

«Локус-контроль-життя» як шкала характеризує переконання особистості в тому, що їй дано контролювати і влаштовувати своє життя так, як їй хочеться. Така людина вміє швидко і вільно приймати будь-які спонтанні рішення, також здатна втілювати їх в життя.

Обрані та коротко охарактеризовані психодіагностичні методи в подальшому використано для отримання емпіричних даних з достатньо глибокого і достатньо всебічного діагностування депресивності в осіб жіночої статі понад 50 років з можливістю з'ясування основних особливостей її формування під впливом особистісно-емоційних, життєвих та стресостійких характеристик людини. Переглянуті вище методики дають змогу встановити окремі аспекти депресивності.

Далі перейдемо до характеристики вибірки дослідження, яка в даному випадку є досить специфічною. Так, існує конкретне визначення вибірки за статтю та значне обмеження за віком, а саме понад 50 років. Відповідно до зазначеного генеральна сукупність суттєво звужується й це свідчить про можливість зменшеної за кількістю вибірки. Так, вже можна казати про те, що недоцільно мати вибірку в декілька сотень осіб, а достатньою може бути кількість в декілька десятків. При цьому, доцільно визначити спосіб формування вибірки як рандомізований, добровільний та анонімний. Такий варіант формування вибірки є найбільш придатним для того, щоб сформувати достатню за кількістю вибірку. Ще необхідно зважити на ті статистичні критерії обчислення емпіричних даних, можуть бути використані з врахуванням потреби в достатньо поглибленому рівні математичної обробки даних. Звісно, що застосування засобів обчислення за центральними тенденціями не буде вистачати для того, щоб визначити роль низки незалежних змінних в процесах формування рівня депресивності. Таким чином, вибірка дослідження, що була задіяна до емпіричного етапу складала 50 осіб-пацієнтів відділення сімейної медицини в одній з поліклінік Львівської області. Узагальнена характеристика за основними її критеріями відображена у таблиці 2.1.

Характеристика вибірки дослідження (N=50)

Критерій характеристики	Кількісні показники за критерієм
Вік	50 – 55 роки – 18 жінок, 56 – 60 – 27 жінок, понад 60 років – 5 жінок.
Сімейний стан	Одружені – 39 жінок, розлучені – 7 осіб, вдови – 4 жінки.
Житлові умови	Проживають окремо від дітей – 24, з дітьми та онуками – 26.
Професійний статус	Працюють й ще не на пенсії – 15, працюють та перебувають на пенсії – 27, перебувають на пенсії - 8

Таким чином, вибірка дослідження в цілому характеризує генеральну сукупність, що дозволяє її використати для достатнього рівня за валідністю експериментального дослідження. Разом з цим, за практично всіма критеріями характеристики вибірки не є можливим їх використати в якості додаткових шкал, оскільки розподіл є в значній мірі нерівномірним й це може спричинити викривлення результатів при застосуванні математичної обробки емпіричних даних. Лише за критерієм житлових умов можна припускати, що його можна буде спробувати використати для того, щоб отримати дані про роль цього фактору у формуванні депресивності в жінок, яким за віком вже є понад 50 років. Таким чином, наступним етапом даного кваліфікаційного дослідження є отримання емпіричних даних з наступною їх математичною обробкою та інтерпретацією.

2.2. Емпіричні результати, їх обробка, аналіз та інтерпретація.

Після проведення дослідження дані опитування були оброблені та записані в таблицю показників. На підґрунті отриманих результатів була зроблена діагностика особливостей формування депресивності та окремих

факторів, що можуть визначати її розвиток. Результати емпіричного дослідження відображено у таблицях 2.2 та 2.3.

Таблиця 2.2

**Показники середнього значення за симптомами емоційного вигорання,
усвідомленості життя та депресивності**

Шкала	Показник
Фаза Напруження	5,4
Переживання психотравмуючих обставин	3,7
Незадоволеність собою	6,1
Загнаність у кут	6,8
Тривога і депресія	4,6
Мета в житті	3,5
Процеси життя	2,6
Результативність життя	5,2
Локус контроль (я)	3,5
Локус контроль (життя)	4,7
Фаза Резистенція	4,8
Неадекватне емоційне реагування	6,8
Емоційно-моральна дезадаптація	4,1
Розширення сфери економії емоцій	3,5
Редукція професійних обов'язків	6,7
Фаза Виснаження	3,7
Емоційний дефіцит	2,2
Емоційне відчуження	3,9
Особистісне відчуження	7,4
Психосоматичні та психовегетативні порушення	7,2
Шкала депресії М. Гамільтона	4,2

За середнім значенням з даної таблиці можемо вказати на те, що депресія за шкалою М. Гамільтона перебуває на середньому рівні, який все ж є в незначній мірі має тенденцію до зменшення. Однак, можемо зазначити те,

що є низка показників, які свідчать про наявність серед жінок віку понад 50 років окремих негативних явищ. Так, збільшеними можна вважати показники за «загнаністю у кут», «неадекватним емоційним реагуванням», «редукцією професійних обов'язків», «особистісним відчуженням», а ще за «психосоматичними та психовегетативними порушеннями». Така сукупність вказує на значну потенційну можливість підвищення рівня депресивності, що ще за якихось причин не набула загрозливого рівня.

Таблиця 2.3

Показники середнього значення за особистісними симптомами

Шкала	Показник
Спонтанна агресивність	4,7
Дратівливість	6,5
Товариськість	3,8
Врівноваженість	4,6
Реактивна агресивність	7,2
Сором'язливість	4,1
Відкритість	3,2

За цією таблицею бачимо підвищення дратівливості та реактивної агресивності. Низькі показники за такими шкалами як «товариськість», «відкритість» в певній мірі здатні пояснити саме емоційну складову особистості для типового представника даної вибірки.

Для подальшої обробки емпіричних даних та більш кращого розуміння особливостей формування депресивності в жінок у віці понад 50 років було використано досить популярний і відносно наскладний математичний метод в психології, а саме кореляційний аналіз. Даний метод обробки емпіричних даних в потенціалі дозволяє відстежити взаємозв'язки та їх форми щодо депресивності зі шкалами використаних методик в даному емпіричному дослідженні. Ще кореляційний аналіз дозволяє виокремити найбільш значущі

фактори та чинники, які впливають на формування депресивності в жінок досліджуваної вікової групи. Інтерпретація кореляцій дозволяє використати дані для прогнозування, нормування та попередження досліджуваного явища [5].

Провівши кореляційного аналіз за непараметричним критерієм Спірмена було виявлено низку кореляцій, що у вигляді витягів з кореляційної матриці викладено в наступних таблицях.

Таблиця 2.3

Витяг з кореляційної матриці щодо симптомів емоційного вигорання з показниками усвідомленості життя та депресією

№	Симптоми емоційного вигорання	Шкала депресії М. Гамільтона	Показники усвідомленості життя				
			Мета в житті	Процеси життя	Результативність життя	Локус контроль (я)	Локус контроль (життя)
1.	Фаза Напруження	-	-,268*	-	-	-	-
2.	Переживання психотравмуючих обставин	,282*	-,496**	-	-	-	-
3.	Незадоволеність собою	,43**	-	-	-	-	-
4.	Загнаність у кут	-	-	-	-	-	-,244*
5.	Тривога і депресія	-	-	-	-,27*	-	-
6.	Фаза Резистенція	,36**	-,34**	-,35**	-,45**	-	-,386**
7.	Неадекватне емоційне реагування	-	-,445**	-,255*	-	-	-

8.	Емоційно-моральна дезадаптація	-	-	-	-	-	-
9.	Розширення сфери економії емоцій	-,33*	-	-	-	-,247*	-
10.	Редукція професійних обов'язків	,32**	-,447**	- ,345**	-,45**	-	-,303*
11.	Фаза Виснаження	,41**	-,297*	-	-,34**	-	-
12.	Емоційний дефіцит	-,32**	-,378*	-,42**	-,45**	-	-,493**
13.	Емоційне відчуження	-	-,321**	-	-,34**	-	-,245*
14.	Особистісне відчуження	-	-,244*	-	-	-	-
15.	Психосоматичні та психовегетативні порушення	,64**	-,364**	-,261	-	-	-
16.	Шкала депресії М. Гамільтона	x	-	-	-,47**	-	-

Примітка: ** - $p \leq 0,01$, * - $p \leq 0,05$.

З таблиці бачимо, що емоційне вигорання негативно корелює зі шкалами методики «Сенсожиттєві орієнтації особистості». Такий тип взаємозв'язків говорить про те, що чим меншими є показники осмисленості життя за його результативністю, тим більшим є емоційне вигорання і навпаки. Окрім цього, за шкалою депресії М. Гамільтона відмічено низку кореляцій з іншими шкалами, найбільш важливими з яких можна визначити те, що «психосоматичні та психовегетативні порушення» мають найбільший ступінь зв'язку. Далі слідує «виснаження», «незадоволеність собою» та «редукція професійних обов'язків». Це вказує на комплексність процесу формування депресивного стану у жінок, що подолали віковий показник у 50 років. При цьому, частина з них ще працює й існує підтвердження тому, що саме зниження різноманітності у робочих процесах, їх стереотипізація, відсутність

творчого підходу дає свій негативний ефект щодо формування схильності до депресивності. Окрім цього, симптом «загнаності» негативно корелює із локусом контролю (життя). Характер цих кореляцій відображає в першу чергу з те, що безпорадність, безвихідь здатні викликати, породити переконання в тому, що людина не є спроможною вплинути на події та обстановку щодо свого життя. Кореляція між шкалами «загнаність у кут» та «локус контроль (життя)» становить (-0,244*). Шкала «мета в житті» обернено корелює із «неадекватним емоційним реагуванням». Це досить яскраво може свідчити про те, що людина, яка не має достатньо чіткого та адекватного плану на подальше життя, у більшій мірі схильна дивитися на подальше життя безперспективно, не здатна адекватно реагувати на події.

Кореляційний аналіз за «фазою резистенції» з шкалами методики «Сенсожиттєві орієнтації» показав 4 обернених взаємозв'язки. Так, було виявлено значущий зв'язок шкал СЖО із таким явищем як «редукція професійних обов'язків». Це може бути пояснено в першу чергу через те, що відсутність вмінь надавати життю певний сенс, незадоволеність прожитою частиною свого життя, певний ступінь зневіри у власних силах та можливостях призводить до того, що жінка в віці понад 50 років починає зменшувати час на виконання роботи, оскільки є незадоволеною своєю професійною діяльністю.

Кореляції між такими шкалами як «насиченість життя», «наявність цілей» та «емоційний дефіцит» має обернений тип взаємозв'язку. Тому, можна казати про те, що активність, цікавість як життєва позиція, а також більші вияви за цілеспрямованістю, спрямованістю на позитивне майбутнє мають допомагати боротися з емоційним вигоранням, що надасть позитивні тенденції з попередження формування підстав для виникнення синдрому депресивності у жінок середнього та початку пенсійного вікового періоду.

Окрім цього, було проаналізовано зв'язки між фазами емоційного вигорання та показниками особистісного опитувальника FPI. Так, було встановлено, що емпіричні дані за невротичністю, спонтанною агресивністю,

дратівливістю прямо пропорційно корелюють із такими симптомами депресивності як переживання заганості в кут та тривоною, депресією (кореляції склали 0,303; 0,382; 0,396 відповідно). Спонтанна агресія обернено корелює з врівноваженістю. Це може означати те, що чим меншими є дані за врівноваженістю, тим більш яскраво проявляється агресивність в особистості. Так, людина, яка достатньо вміє здійснювати контроль власної поведінки та емоцій, є стриманою, має високу здатність до самовладання, визначається ще й більш високою витримкою, вміє володіти собою, є менш схильною до формування емоційного вигорання та має меншу ймовірність зануритися в своє внутрішнє середовище як спосіб вирішення життєвих проблем, інтеріоризації зовнішнього негативного.

Пряма кореляція спостерігається між такими шкалами як «тривога» та «депресивність» (0,303). Показник не можна вважати досить значимим, однак це все ж таки вказує на певні закономірності. Так, тривожні жінки поза 50 років схильні в більшій мірі відчувати постійний фоновий страх та занепокоєність, моторошність за умов того, що реальної обґрунтованої небезпеки як причини для цього не існує. Такі жінки в більшій мірі схильні знаходитися в напрузі, страждати на занижену самооцінку, не завжди намагаються доводити розпочаті справи до завершення через побоювання невдач. Таким чином, накопичуються розпочаті незавершені справи, які формують набвелику прокрастинацію, що вимагає розрядки в центральній нервовій системі й це є нейропсихологічним механізмом, за якого можливий варіант реагування лежить через збільшення схильності до депресивності. Тому, особи жіночої статі у віці понад 50 років з підвищеним рівнем тривожності більше схильні впадати у депресію.

Ще було встановлено, що підвищена емоційна лабільність прямо пов'язана із тривоною та депресією (0,316). Так, особистість, яка не володіє хоча б основними навичками саморегуляції емоційного стану виявляється не володіє й вмінням протистояти стресам. Такі особистості проявляють слабкість духу та характеру, не здатні протистояти життєвим труднощам, пливають за

течією, не намагаються борючись зі скрутним життєвим становищем. Можна стверджувати про те, що підвищений рівень емоційної лабільності є каталізатором для формування таких симптомів емоційного вигорання, як тривога та депресія.

Далі про пряму кореляцію між невротичністю і неадекватним емоційним реагуванням (0,355). Невротичність здатна суттєво сприяти розвитку такого симптому як неадекватність в емоційному реагуванні (0,355). Наявність цього зв'язку можна пояснити ще й тим, що на тлі хронічної та тривалої перевтоми практично не є можливим залучати емоційне реагування до професійних та повсякденних справ.

Також, вдалося встановити те, що спонтанна агресія сприяє формуванню редукції професійних обов'язків, яка здатна характеризуватися прагненням якомога менше часу витратити на виконання професійних обов'язків (0,468). А депресивність прямо прокорелювала з неадекватним емоційним реагуванням (0,333), що підтверджує висунуте припущення про певну роль емоційної сфери в жінок поза 50 років в процесах формування їх схильності до депресивності. При цьому, встановлено, що вищі показники за врівноваженістю та товариськістю здатні попереджувати розвиток симптомів емоційного вигорання. Однак, зазначені якості не є пов'язаними з емоційно-моральною дезорганізацією й це, ймовірно відбувається через те, що дане явище формується довільно, а людина здатна свідомо обрати такий тип власної поведінки. Однак, слід зауважити, що врівноваженість зворотно корелює з неадекватним емоційним реагуванням (-0,415).

Досить вагомим виявився вплив сором'язливості на симптоми емоційного вигорання у фазі «Резистенція», яка прямо пов'язана з неадекватними вибірконими емоційними реагуваннями та редукцією за професійними обов'язками. Є достатньо очевидним те, що наявні труднощі у соціальних контактах призводить до збільшення професійного спілкування і цим до підвищення рівня емоційного вигорання. Тому, комунікації в різних професійних та життєвих сферах має бути в міру. Й тут виникає логічне

питання про те, а де ж та міра? Відповідь міститься в необхідності враховувати саме індивідуальність людини.

Наступний витяг з кореляційної матриці сформовано у вигляді таблиці 2.4, яка містить лише ту частину, де зафіксовано достовірну та достатньо важливу для подальшої інтерпретації інформації. Окрім цього, це дасть можливість більш економно використати площу даної кваліфікаційної роботи.

Таблиця 2.4

Витяг з кореляційної матриці щодо особистісних якостей, показників емоційного вигорання та депресивності

№	Шкали особистісних якостей та депресії М. Гамільтона	Емоційний дефіцит	Емоційне відчуження	Особистісне відчуження	Психосоматичні та психовегетативні порушення	Шкала депресії М. Гамільтона
1.	Невротичність	0,367	0,366	0,257	0,417	0,32
2.	Спонтанна агресивність	0,347	0,360	0,300	0,423	0,3
3.	Депресивність	0,437	0,401	-	0,405	0,41
4.	Дратівливість	0,351	0,419	-	0,425	0,29
5.	Товариськість	-0,309	-	-	-0,376	-
8.	Сором'язливість	0,380	-	-	0,309	-
9.	Відкритість	-	-	-	-	-

В таблиці можна спостерігати те, що товариськість обернено корелює із симптомами емоційного вигорання у фазі виснаження. Виявлений зв'язок між невротичністю та емоційним дефіцитом, емоційною відчуженістю, деперсоналізацією та психосоматичними, психовегетативними порушеннями може свідчити про те, що слабкий тип нервової системи, постійність щодо певними здатні загострювати симптоми емоційного вигорання у фазі

виснаження, яка й характеризується психофізичною перевтомою особистості, спустошенням, нівелюваннями щодо власної професійної комунікації, формуванням схильності цинічності в ставленні до тих, з ким доводиться спілкуватись за робочими питаннями та процесами. Також, маємо пряму кореляцію між спонтанною агресивністю та такими симптомами емоційного вигорання як емоційний дефіцит, емоційне відчуження, деперсоналізація, психосоматичні та психовегетативні порушення. Депресивність, стабільно поганий фон настрою суттєво здатні сприяти тому, щоб формувати емоційний дефіцит, емоційне відчуження, психосоматичні та психовегетативні порушення.

Доцільно зосередитися й на тому, що комунікабельність позначилася негативною кореляцією з такими компонентами емоційної сфери особистості як емоційне відчуження, емоційний дефіцит, психовегетативні та психосоматичні порушення. Це є достатньо очевидним для того, щоб вказати на певну особливість. Так, соціальна активність, встановлення соціальних зв'язків, контактів, плідна взаємодія з іншими здатні зменшувати аж до мінімальних показників прояви такого симптому емоційного вигорання як емоційний дефіцит. Врівноваженість ніяким чином не є пов'язаною із симптомами емоційного вигорання фази виснаження. Ймовірно, що це може відбуватися через те певні особливості, які виражаються в здатності цієї особистісної якості формуватися в людини достатньо довільно.

Для більш наглядного вираження результатів кореляційного аналізу та виділення основних типів емоційної спрямованості, особистісних характеристик, які впливають на формування симптомів депресії в особи жіночої статі у віці понад 50 років, виконано таке шифрування застосованих в дослідженні шкал:

- Фаза напруження (1);
- Переживання психотравмуючих обставин(2);
- Незадоволеність собою (3);
- Загнаність в кут (4);

- Шкала депресії М. Гамільтона (5);
- Фаза резистенції(6);
- Неадекватне емоційне реагування (7);
- Емоційно-моральна дезадаптація (8);
- Розширення сфери економії емоцій (9);
- Редукція професійних обов'язків (10);
- Фаза виснаження (11);
- Емоційний дефіцит (12);
- Емоційне відчуження (13);
- Особистісне відчуження (деперсоналізація) (14);
- Психосоматичні та психовегетативні порушення (15);
- Альтруїстична спрямованість (16);
- Комунікативна спрямованість (17);
- Глорична спрямованість (18);
- Практична спрямованість (19);
- Пугнічна спрямованість (20);
- Романтична спрямованість (21);
- Гностична спрямованість (22);
- Естетична спрямованість (23);
- Гедоністична спрямованість (24);
- Акізитивна спрямованість (25).

На рисунку 2.1 відображено в графічному наглядному способі виявлені та зафіксовані кореляції між такими шкалами як фаза напруження та альтруїстична, практична, пугнічна, гностична, естетична, гедоністична та акізитивна типами емоційної спрямованостями. Але, треба ще зауважити на те, що при цьому практична, гностична та естетична за типом щодо спрямованості особистості має обернений тип. Тому, саме такі типи емоційної сфери особистості за її спрямованістю здатні попереджувати надмірну напругу в людини, що й є особливою хаарктеристикою особистості жінки у

віці понад 50 років. Саме такі сформовані типи особистості здатні в більшій мірі протистояти формуванню схильності жінок до розвитку депресивності.

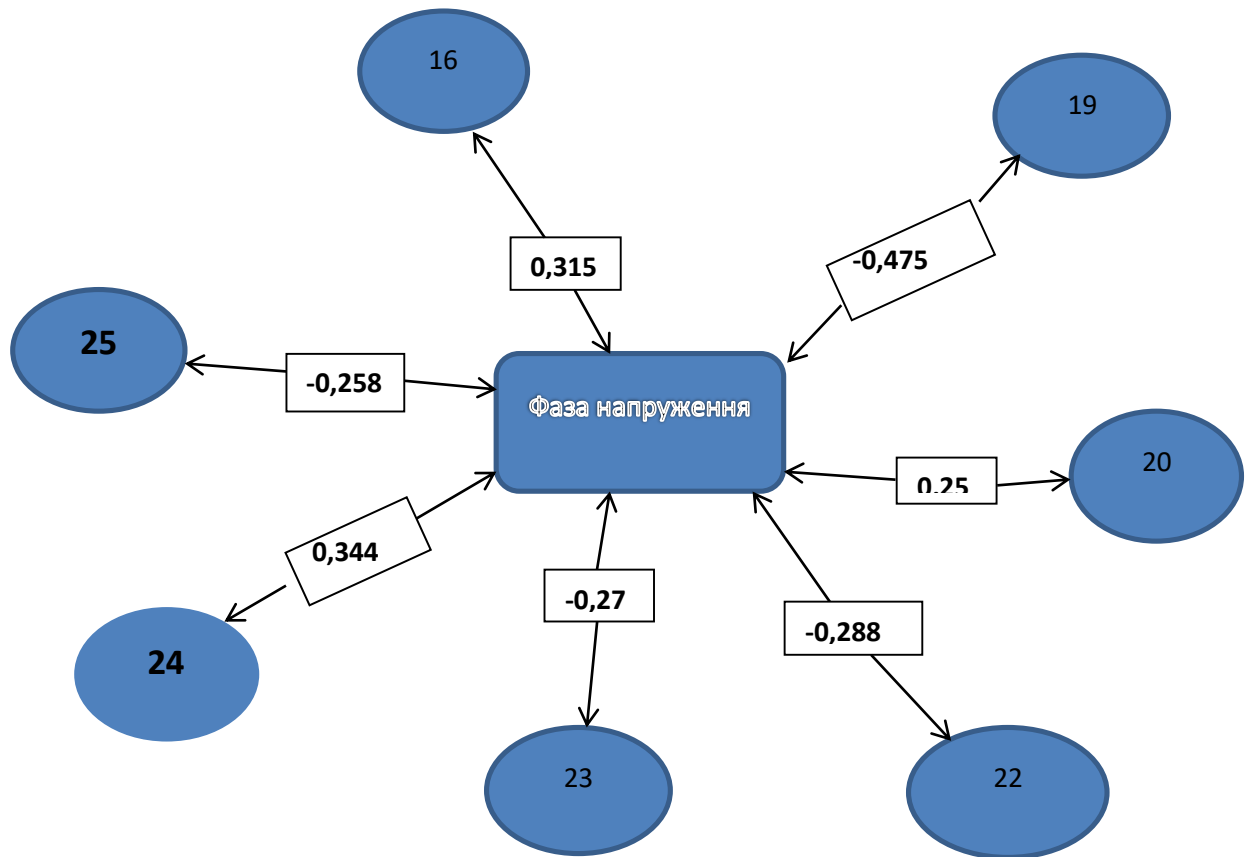


Рис. 2.1. Кореляційна плеяда фази напруження та емоційної спрямованості особистості

Це може означати те, що в осіб, в яких немає потреби в сприйнятті прекрасного є певна схильність до розвитку синдрому емоційного вигорання, яка, у свою чергу, сприяє формуванню депресивних тенденцій в особистості. Так, естетична спрямованість створює певні можливості для особистості для того, щоб відновлюватися за психічним балансом. Це є дуже важливим при повсякденним контактам з різними життєвими обставинами та ситуаціями, певна частина з яких потенційно можуть бути для особистості стресогенними. Бажання колекціонувати речі теж зменшує ризик емоційного виснаження у фазі напруги. Ще вдалося отримати пряму кореляцію'язок із альтруїстичною спрямованістю. Саме тому яскраво виражена потреба віддавати, ділитися, сприяти, допомагати іншим людям формує симптоми першої фази емоційного

вигорання. Кореляція демонструє те, що чим більші показники пугнічної спрямованості, тим більшою є ймовірність формування симптомів фази напруження, що сприяє формуванню схильності до депресії. Від’ємна кореляція напруги з гностичною спрямованістю може свідчити про те, що пізнання оточуючого світу, людей здатне значно зменшувати ризик емоційних негативних процесів. Також, отримані результати вказують на те, що чим вищими є показники за гедоністичною спрямованістю, тим більше в особистості формується схильність до депресивних тенденцій в майбутньому.

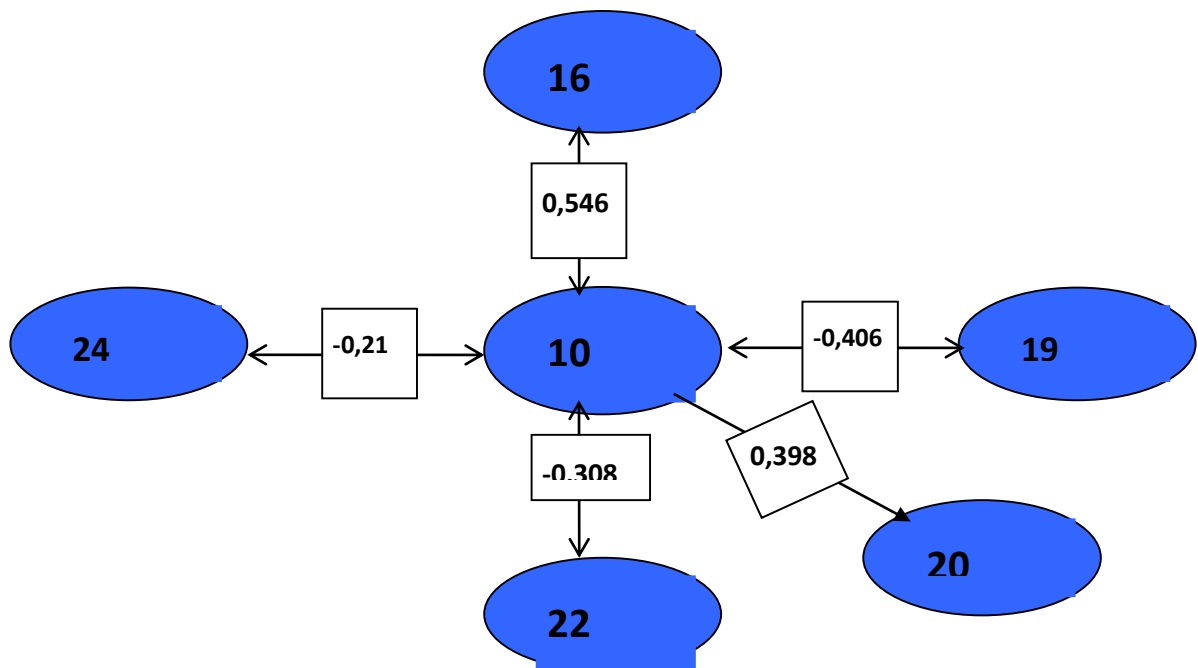


Рис.2.2. Кореляційна плеяда симптому фази резистенції «Редукція професійних обов’язків»

Зафіксовані кореляції зв’язок між редукцією професійних обов’язків та альтруїстичним типом спрямованості особистості, з практичною, пугнічною, гностичною та гедоністичною спрямованостями. Але при цьому практична, гностична та гедоністична спрямованості мають зворотні зв’язки (рис.2.2). Тому, можна стверджувати те, що бажання долати небезпеку ризикувати призводить до прагнення якомога менше часу витратити на виконання професійних обов’язків, які вимагають емоційних витрат. Люди, для яких важливою є потреба в духовному та тілесному комфорті, забувають про виконання професійних обов’язків. Також, від’ємна кореляція між редукцією

професійних обов'язків та гностичним типом спрямованості особистості свідчить про те, що особи, які постійно черпають нові знання з різних джерел більш якісно виконують свою роботу. Окрім того, можемо констатувати те, що потреба віддавати, ділитися, сприяти, допомагати іншим призводить до надмірних витрат своїх ресурсів і тому в людини може не вистачити сил на себе. Однак, виявлена від'ємна кореляція між «депресією» (№5) і гностичним типом спрямованості (№22), хоча й з невеликим показником, але все ж засвідчує певну особливість. Так, в осіб, які прагнуть отримати нові знання про невідоме, одержують задоволення від процесу набуття знань в меншій мірі виявляється тривожність, дратівливість, депресивність (рис. 2.3).

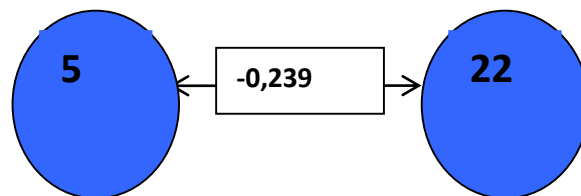


Рис.2.3. Кореляційна плеяда симптому фази напруження «депресія»

Також встановлено, що зв'язок фази виснаження (№11) із альтруїстичним типом спрямованості (№16) (рис.2.4) визначає підвищення бажання допомагати, що призводить до втрати психічного ресурсу, знижує емоційний тонус. Внаслідок цього опір буде неефективним, оскільки буде відбуватися зниження загального енергетичного тону та ослаблення нервової системи.

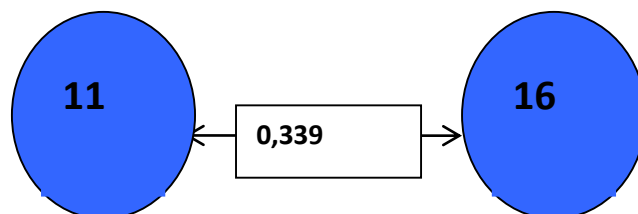


Рис.2.4. Кореляційна плеяда фази виснаження

Висновок до 2-го розділу.

В цьому розділі кваліфікаційної дипломної роботи, яка орієнтована на те, щоб встановити окремі аспекти депресивності в жінок у віці понад 50 років було досягнуто таких основних результатів:

1. Психодіагностичними доцільними для отримання емпіричних даних методами визнано такі як методика «Шкала депресії М. Гамільтона», що вимірює відповідний показник та подає емпіричну інформацію за наявними життєвими ознаками рівня депресивності в особистості, «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. Бойка, яка діагностує рівень емоційного вигорання в трьох фазах його формування: напруга; резистенція; виснаження. Вважаємо доцільним використання цієї методики через ту причину, що у віці понад 50 років є значна можливість прихованої депресивності внаслідок саме деформації емоційної сфери через низку професійних, міжособистісних обставин за час життя. Ще використано методику Б. Додонова «Емоційна спрямованість особистості», з допомогою якої є можливим встановлення типу спрямованості особистості (альтруїстична, комунікативна, глорична, праксична, пугнічна, романтична, гностична, естетична, гедоністична, акізитивна). Також, для дослідження особистісної компоненти розвитку симптомів депресивності використано особистісний опитувальник FPI, яка складається з 12 шкал та надає змогу досить всебічно досліджувати низку станів та особливостей особистості. Використано методику «Тест на стресостійкість», яка дозволяє зробити більш розширену діагностику за взаємозв'язками за депресією та здатністю особистості протистояти негативному впливу різних життєвих ситуацій під час різного роду вирішення завдань. Тест Д. Леонтьєва «Сенсожиттєві орієнтації» використано тому, що оцінює сенсожиттєві орієнтації особистості через такі його шкали як «Цілі у житті», «Інтерес або емоційна насиченість життя», «Результативність життя», «Локус контроль – Я», «Локус-контроль-життя».

2. Вибірка дослідження склала 50 жінок у віці понад 50 років, що в цілому відповідало вимозі її еквівалентності до генеральної сукупності, а також можливості застосувати кореляційний аналіз. Отримані емпіричні дані було оброблено через визначення середнього значення та шляхом застосування кореляційного аналізу за непараметричним критерієм Спірмена. За основною змінною, а саме шкалою депресії за М. Гамільтоном встановлено показник в 4,2 бали, що є в незначній кількості нижчим за середній. Це свідчить про наявність депресивності у вибірці даного дослідження, але рівень не є загрозливим.

3. Внаслідок такої обробки даних вдалося встановити певні особливості формування в жінок понад 50 років тенденцій та закономірностей щодо формування депресивності. Основними можна виділити те, що саме емоційна сфера в сукупності її компонентів та найбільш головних характеристик здатна бути важливим фактором формування в особистості тенденцій до депресії. При цьому, зосередженість особистості на пізнанні оточуючого світу, на естетичних переживаннях визначає ставлення до оточуючого світу та до себе в такому типі, який нейтралізує тенденцію до депресивності. Саме проблеми з емоційною сферою особистості запускають лавиноподібні процеси в жінок з накопичення за основними аспектами життєдіяльності, функціонування організму та взаємодії в середовищі тих явищ, що накопичують схильність до депресії. Окрім цього, комунікація як фактор попередження депресії діє до певного рівня. Тут виявлено наявність дії закону «оптимального максимуму», визначає найбільш оптимальний рівень комунікації для попередження депресії. При цьому, вважаємо, що цей показник не є стандартним для всіх, може бути дуже персоніфікованим.

ВИСНОВКИ

В цій кваліфікаційній дипломній роботі, що має на меті визначення основних аспектів щодо депресивності у жінок у віці понад 50 років було встановлено такі головні результати:

1. Депресією вважається захворювання, що впливає на фізичний стан організму, настрій та психіку, що буває у формі клінічної депресії, дистимії, біполярного афективного розладу. Найбільш яскравими симптомами депресії є такі ознаки: постійний стан пригніченості, тривожності чи спустошеності; відчуття безнадійності, песимізму; почуття провини, нікчемності, безпорадності; втрата інтересу або смаку до справ, захоплень та різних занять, які до цього спричиняли задоволення; відсутність енергії, втома, стомлюваність, загальмованість; проблеми з концентрацією, труднощі із запам'ятовуванням, прийняттям рішення; безсоння, раннє пробудження вранці та/або надмірна сонливість вдень; втрата апетиту та/або ваги, переїдання та збільшення ваги; думки про смерть чи самогубство; спроби самогубства; занепокоєння, дратівливість; головний біль, розлади травлення та хронічні болі, що не піддаються лікуванню, а також досить тривалі симптоми поганого фізичного самопочуття.

2. В джерелах було виділено так звану «велику депресію», для якої одним із базисних діагностичних ознак є тривалість депресивної симптоматики 2 тижні і більше. Однак, рекурентний короткочасний депресивний розлад може виникати несподівано, спонтанно або внаслідок легких психосоціальних стресорів, характеризується повною ремісією і може вважатися найпоширенішим психічним розладом з виразним порушенням соціального функціонування та підвищеним суїцидальним ризиком. Це отримало назву «комбінованої депресії», яка має більш високий потенційний суїцидальний ризик. Також, виявилось, що крім подвійної депресії виявлялася і так звана «потрійна депресія». На сьогоднішній день концепція рекурентної короткої депресії зазнала серйозних змін і розширилася до концепції «короткої депресії».

3. Прийнято вважати, що депресії у жінок трапляються в 2 рази частіше, ніж у чоловіків. Вважається, що причиною підвищеного рівня депресій у жінок можуть бути гормональні фактори, зокрема такі, як зміни менструального циклу, вагітність, викидні, післяпологовий або передкліматичний період, клімакс. В групі жінок середнього віку (від 50 до 60 років) існує схильність до депресивного розладу або симптомів під час переходу менопаузи та ранньої постменопаузи. Однак, в цій групі окрім біологічних факторів депресії важливу роль можуть відігравати соціально-психологічні та особистісно-психологічні, а також професійні.

4. Для отримання емпіричних даних було застосовано такі як методики «Шкала депресії М. Гамільтона», «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. Бойка, Б. Додонова «Емоційна спрямованість особистості», опитувальник FPI, «Тест на стресостійкість», тест Д. Леонтьєва «Сенсожиттєві орієнтації». Вибірка дослідження склала 50 жінок у віці понад 50 років, що в цілому відповідало вимозі її еквівалентності до генеральної сукупності, а також можливості застосувати кореляційний аналіз.

5. Отримані емпіричні дані було оброблено через визначення середнього значення та шляхом застосування кореляційного аналізу за непараметричним критерієм Спірмена. За основною змінною, а саме шкалою депресії за М. Гамільтоном встановлено показник в 4,2 бали, що є в незначній кількості нижчим за середній. Це свідчить про наявність депресивності у вибірці даного дослідження, але рівень не є загрозливим. Внаслідок такої обробки даних вдалося встановити певні особливості формування в жінок понад 50 років тенденцій та закономірностей щодо формування депресивності.

6. Основними аспектами формування депресивності можна виділити те, що саме емоційна сфера є важливим фактором формування в особистості тенденцій до депресії. При цьому, зосередження особистості на пізнанні оточуючого світу, на естетичних переживаннях визначає ставлення до оточуючого світу та до себе в такому варіанті, який нейтралізує

депресивність. Тому, саме проблеми з емоційною сферою особистості запускають лавиноподібні процеси в жінок з накопичення за основними аспектами життєдіяльності, функціонування організму та взаємодії в середовищі тих явищ, що накопичують схильність до депресії. Ще комунікація як фактор попередження депресії діє до певного рівня його активності. Тут виявлено наявність дії закону «оптимального максимуму», визначає найбільш оптимальний рівень комунікації для попередження депресії. При цьому, цей показник не є стандартним для всіх, а є індивідуальним.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анастаси А. Психологическое тестирование А. Анастаси, С. Урбина. 7-е изд. СПб.: Питер, 2006. 688 с. (Мастера психологии).
2. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита Л.И. Анцыферова Психологический журнал. 1994. №1. С.3 18
3. Бабінець Л. С., Коцаба Ю. Я. Ключові аспекти ведення пацієнта з депресією у практиці сімейного лікаря (за досвідом Словенії та Хорватії) Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2020. №1. С. 46 – 51.
4. Бек А. Когнитивная терапия депрессии А. Бек, А. Раш. - СПб.: Питер, 2000. - 236 с.
5. Берадзе Т. И. Женщины и депрессия. НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія. №4 (31). 2011. URL: <https://neuronews.com.ua/ru/archive/2011/4%2831%29/article-478/zhenshchiny-i-depressiya#gsc.tab=0>
6. Березин Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). Третье издание (исправленное и дополненное). Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. М.: Консультант плюс – новые технологии, 2011. 320 с.
7. 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. Шинкарьок відп. ред. та ін. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2011. Вип.3. С. 3 – 7.
8. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и лечение под ред. С. Н. Мосолова. М. : Изд-во: МЕДпресс-информ, 2008. 384 с.
9. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология : Руководство для врачей и клинических психологов Блейхер В. М., Крук І. В., Боков С. Н. М. : МПСІ МОДЕК, 2008. 624 с.

10. Бююль А., Цёфель П. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей: Пер. с нем / Бююль А., Цёфель П. СПб.: ДиаСофтЮП, 2005. 608 с.
11. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) Ф.Е. Василюк. М.: МГУ, 1984. 200 с.
12. Доброхлеб В.Г. Старшее поколение как объект социальных стереотипов В.Г. Доброхлеб Гендерные стереотипы в современной России. М.: ГУ ВШЭ, МАКС Пресс, 2007. С. 149 – 170.
13. Ермолаева М.В. Практическая психология старости М.В. Ермолаева. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. 214 с.
14. Закон України від 22.02.2000 р. № 1489-III «Про психіатричну допомогу».
15. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях В.Л.Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 219 с.
16. Карелин А. М. Большая энциклопедия психологических тестов / Карелин А. М. М. : Эксмо, 2006. 416 с.
17. Кац Ю.В. Стереотипизированная модель старения: гендерный аспект URL. : <https://cyberleninka.ru/article/n/stereotipizirovannaya-model-stareniya-gendernyy-aspekt>
18. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.
19. Краснов В. Н. Расстройства аффективного спектра Краснов В. Н. М. : Практическая медицина, 2011. 432 с.
20. Корнетов А. Н., Самохвалов В. П., Корнетов Н. А. Ритмологические и экологические исследования при психических заболеваниях. – Киев : Здоровья, 1988. 208 с.
21. Кочетков Я. А. Мелатонин и депрессия Журн. неврологии и психиатрии. 2007. Вып. 6. С. 79 – 83.

22. Краснова О.В. Социальная психология старения О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. М.: Академи», 2002. 223 с.
23. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих : Клінічний посібник. Харків : Арсіс, 2001. 303 с.
24. Мельник А.П. Психологічні особливості депресивних станів у пацієнтів із ВІЛ-позитивним статусом А.П. Мельник Психологічні перспективи. 2011. Вип. 18. С. 168 – 175.
25. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология Менделевич В. Д. М. : МЕДпресс, 2010. 592 с.
26. Мещеряков Б. Г., Зинченко В. П. Большой психологический словарь. М. : Речь. 2002. 642 с.
27. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. – Женева : ВОЗ, 1993. – 208 с.
28. Молотокас А.А. Особливості прояву депресивного стану у жінок за шкалою гамільтона Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». Випуск 6. Том 1. 2017. С. 181 – 185.
29. Наказ МОЗ України від 15.04.2008 р. № 199 «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу» зареєстрований Міністерством юстиції за №577/15268 від 03.07.2008 р.
30. Никандров В. В. Экспериментальная психология. Учебное пособие Никандров В. В. СПб. : Речь, 2003. 480 с.
31. Нуллер Ю. Л. Депрессия и деперсонализация. Л. : Медицина, 1981. 208 с.
32. Обухов С. Г. Психиатрия Под ред. Ю. А. Александровского. М. : ГЭОТАР-Медіа, 2007. 352 с.
33. Общая психопатология курс лекций А. В. Снежневский. 7-е изд. М. : МЕДпрессинформ, 2013. 208 с.

34. Общая психопатология Пособие для врачей Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е. 3-е изд., перераб. и доп. Ростов-на-Дону: ЛРНЦ “Феникс”, 2003. 416 с.
35. Пассерини Л. Женщина в массовой культуре: двойственность образа Л. Пассерини Гендерные исследования. 2004. № 12. С. 90 – 100.
36. Погодина А.Б., Газимов А.Х. Основы геронтологии и гериатрии: учеб. Пособие Ростов Д. : Феникс, 2007. 253.
37. Психические заболевания в практике психолога учеб. пособие для вузов А. Н. Алёхин. М.Издательство Юрайт, 2016. 119 с. Серия : Бакалавр. Академический курс.
38. Психіатрія особливого періоду : навч. посібник 2-е вид., перероб і доп. К. : “МП Леся”, 2015. 228 с.
39. Симуткин Г. Г. Особые паттерны течения аффективных расстройств. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2010. 416 с.
40. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Тхостов А. Ш. и др. Психопатология депрессий (к построению типологической модели) Депрессии и коморбидные расстройства. М., 1997. С. 28 – 53.
41. Тювина Н.А., Балабанова В.В., Воронина Е.О. Гендерные особенности депрессивных расстройств у женщин. URL.: <https://cyberleninka.ru/article/n/gendernye-osobennosti-depressivnyh-rasstroystv-u-zhenschin>
42. Тювина Н.А. Депрессия у женщин Н.А. Тювина. М.: Кафедра психиатрии и медицинской психоневрологии ММА им. И.М.Сеченова, 2003. 32 – 62 с.
43. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія). Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 року № 1003. 70 с.

44. Уэллман Б. Место родственников в системе личных связей Б. Уэллман Социологические исследования. 2000. № 6. С. 78 – 87.
45. Функциональный диагноз в психиатрии Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Бурковский Г.В. [и др.]. СПб. : СпецЛит, 2013. 231 с.
46. Хелл Д. Ландшафт депрессии Хелл Д. М.Издательство : Алетейа, 2009. 278 с.
47. Хорни К. Невротическая личность нашего времени К. Хорни. СПб.: Питер, 2002. 224 с.
48. Хоткина З.А. Гендерный подход к анализу труда и занятости / З.А. Хоткина Гендерный калейдоскоп: курс лекций под общ. ред.М.М. Малышевой. М.: Academia, 2001. С. 353 – 377.
49. Чабан О. Депрессия. Маленькая книжица о большой человеческой проблеме, или что же необходимо знать о болезни и уходе за пациентом Чабан О., Хаустова Е., Жабенко Е. Киев, 2012. 120 с.
50. Чабан О. Пережить потрясение : помощь при стрессовых и послестрессовых расстройствах / Чабан О. [и др.]. Х. : С.А.М., 2015. 238 с.
51. Ясперс К. Общая психопатология / пер. с нем. М. : Практика, 1997. С. 71 – 74.
52. Albert P. R. Why is depression more prevalent in women? J Psychiatry Neurosci. 2015. July; 40 (4): p. 219 – 221. URL. : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4478054/>
53. Bromberger J. T., Epperson C. N. Depression During and After the Perimenopause: Impact of Hormones, Genetics, and Environmental Determinants of Disease / Obstet Gynecol Clin North Am. 2018 Dec; 45(4): p. 663 – 678. URL. : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6226029/>
54. Campbell K. E., Gorelik A. Mid-life predictors of late-life depressive symptoms; determining risk factors spanning two decades in the Women’s Healthy Ageing Project. Women's Midlife Health. V. 6, №2 (2020). URL. : <https://womensmidlifehealthjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40695-020-00050-3>

ДОДАТКИ

Шкала депресії Гамільтона

Шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) заповнюється при проведенні клінічного інтерв'ю. Пункти шкали повинні відображати стан пацієнта протягом останніх декількох днів або попереднього тижня.

Важливо! Сумарний бал визначається за першими 17-ма пунктами.

Депресивний настрій (пригніченість, безнадійність, безпорадність, почуття власної малоцінності)

- відсутність
- вираз вказаного почуття тільки при прямому питанні
- скарга висловлюється спонтанно
- визначається невербально (поза, міміка, голос, плаксивість)
- пацієнт висловлює тільки ці почуття, як у висловлюваннях, так і невербально

Почуття провини

- відсутність
- самоприниження, вважає, що підвів інших
- почуття власної провини, болісні роздуми про власні помилки і гріхи
- справжнє захворювання розцінюється як покарання, маячні ідеї винності
- вербальні галюцинації звинувачує і / або осуджуючого змісту, і / або зорові галюцинації загрозливого змісту

Суїцидальні наміри

- відсутність
- почуття, що жити не варто
- бажання смерті або думки про можливість власної смерті
- суїцидальні висловлювання або жести
- суїцидальні спроби

Раннє безсоння

- відсутність труднощів при засипанні
- скарги на епізодичні труднощі при засипанні (більше 30 хвилин)
- скарги на неможливість заснути щоночі

Середнє безсоння

- відсутність
- скарги на неспокійний сон протягом всієї ночі
- багаторазові пробудження протягом всієї ночі, підйом з ліжка

Пізнє безсоння

- відсутність
- раннє пробудження з наступним засипанням
- остаточне раннє ранкове пробудження

Працездатність і активність

- відсутність труднощів
- думки і відчуття неспроможності, відчуття втоми і слабкості, пов'язані з роботою або хобі
- втрата інтересу до роботи або хобі, виражена безпосередньо в скаргах або опосередковано, через апатичність і нерішучість (почуття потреби в додатковому зусиллі приступити до роботи або проявити активність)
- зменшення реального часу прояви активності або зниження продуктивності
- відмова від роботи внаслідок справжнього захворювання

Загальмованість (сповільненість мислення й мови, порушення здатності концентрувати увагу, зниження моторної активності)

- нормальна мова і мислення
- легка загальмованість в бесіді
- помітна загальмованість в бесіді
- виражені труднощі при проведенні опитування
- ступор

Ажитація

- відсутність
- занепокоєння
- неспокійні рухи руками, тереблення волосся
- рухливість, непосидючість
- постійне перебирання руками, обкушування нігтів, висмикування волосся, кусання губ

Психічна тривога

- відсутність
- суб'єктивна напруга і дратівливість
- занепокоєння з незначних приводів
- тривога, що виражається у виразі обличчя і мови
- страх, що виражався і без розпитування

Соматична тривога (фізіологічні прояви тривоги - гастроінтестинальні - сухість у роті, метеоризм, диспепсія, діарея, спазми, відрижка, серцево-судинні - серцебиття, головний біль, дихальні - гіпервентиляція, задишка, + прискорене сечовипускання, підвищене потовиділення)

- відсутність
- слабка
- середня
- сильна
- вкрай сильна

Шлунково-кишкові соматичні симптоми

- відсутність
- втрата апетиту, але з прийомом їжі без сильного примусу, відчуття тяжкості в животі
- прийом їжі тільки з наполегливим примусом, потреба в проносних засобах або препаратах для купування гастроінтестинальних симптомів

Загальні соматичні симптоми

- відсутність
- тяжкість в кінцівках, спині, голові, м'язові болі, відчуття втрати енергії або занепаду сил
- будь-які різко виражені симптоми

Генітальні симптоми (втрата лібідо, менструальні порушення)

- відсутність симптомів
- слабо виражені
- сильно виражені

Іпохондрія

- відсутність
- захопленість собою (тілесно)
- надмірна заклопотаність здоров'ям
- часті скарги, прохання про допомогу
- іпохондричні марення

Втрата у вазі. (Оцінюється або А, або Б). А. За даними анамнезу. Б. Якщо зміни у вазі мають місце щотижня.

- А. відсутність
- А. ймовірна втрата у вазі в зв'язку з цим захворюванням
- А. явна (зі слів) втрата у вазі
- А. не піддається оцінці
- Б. менше 0,5 кг. в тиждень
- Б. більше 0,5 кг. в тиждень
- Б. більше 1 кг. в тиждень
- Б. не піддається оцінці

Критичність ставлення до хвороби

- усвідомлення хвороби
- усвідомлення хворобливості стану, але віднесення його на рахунок поганої їжі, клімату, перевтоми і т.д.
- повна відсутність свідомості хвороби

Бали: NaN

Чотири останні пункти шкали Гамільтона використовуються для оцінки додаткових симптомів депресії і визначення підтипів депресивного розладу. Бали за даними 4 пунктам не використовуються при визначенні ступеня вираженості депресії, і ці бали не враховуються при підрахунку сумарного балу шкали Гамільтона, який визначає тяжкість депресивного розладу.