

УДК: 159.91

ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ НА
УЧЕБНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ

Топалова О.Б. - д-р психол наук; *Жапаров Э.Ж.*

Казахский национальный педагогический университет
имени Абая, Алматы, Казахстан

Аннотация: В статье рассмотрены представления о влиянии состояний тревоги и депрессии, как на образовательный процесс, так и на жизненный тонус личности. Выделена проблема ранней диагностики тревожно-депрессивных состояний на донозологическом уровне. Приведены предварительные результаты исследования по выявлению рисков к образованию неврозов у студентов-добровольцев 1-4 курсов специальности психология КазНПУ им. Абая.

Ключевые слова: тревога, депрессия, невротизация, студенты, психогигиена

THE INFLUENCE OF ANXIETY AND DEPRESSIVE STATES ON THE
EDUCATIONAL ACTIVITIES OF STUDENTS

Topalova O.B., Zhaparov E.Z

*Abai Kazakh national pedagogical University
Almaty, Kazakhstan*

Abstract. The article deals with the idea of the influence of anxiety and depression, both on the educational process and on the life tone of the individual. The problem of early diagnosis of anxiety and depression at the prenosological level is highlighted. The preliminary results of the study to identify the risks to the formation of neuroses in volunteer students of 1-4 courses of the specialty psychology of Abai KazNPU are presented.

Keywords: Anxiety, depression, neuroticism, students, psychohygiena

Проблема тревожно-депрессивных расстройств (состояний) в современное время привлекает к себе внимание всей мировой общественности. Это может касаться фактически каждого из нас: взрослого человека, юношей и девушек, подростков и порою даже детей. Депрессия наиболее распространена среди лиц в возрасте 15-29 лет; женщины находятся в более приоритетной группе риска, ввиду того, что количество женщин страдающих депрессией выше, чем количество мужчин. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) приводит следующие данные: около 264 млн. человек в 2018 году страдали депрессией, что является весомым показателем роста по сравнению с 2015 годом, где число выявленных людей было равно около 50 млн.; 800тыс. человек из категории страдающих депрессивными расстройствами ежегодно совершают успешные суицидальные попытки. В Республике Казахстан более 800 тыс. граждан страдают депрессивными расстройствами по данным на 2017 год, возможно, их количество возросло к 2020 году. Тревожные и депрессивные состояния так же имеют негативный экономический аспект: по данным ВОЗ ежегодно тревожно-депрессивные расстройства снижают производительность труда, в пересчете на денежный эквивалент, на 1 трлн. долларов США. При этом всем к 2020 году ВОЗ прогнозирует, что депрессия займет одно из лидирующих мест по распространенности и станет главной причиной нетрудоспособности среди населения всего мира [1].

Тревожное и депрессивное состояния не следуют воспринимать как окончательный диагноз, либо же временное явление. Как любое расстройство оно имеет динамическую природу и, соответственно, динамическую структуру. Наиболее популярная классификация состоит из следующих этапов: аномальная личностная реакция - невротическая реакция - невротическое состояние (невроз) - невротическое развитие (перерастание невроза в более сложные психотические расстройства). Каждый этап не имеет определенных жестких рамок, ибо само течение представляется весьма плавным, фактически незаметным (это является частой особенностью непсихотических заболеваний) [2,3,4]. Чаще всего депрессия и тревога становятся видны на уровне

невротического состояния. В этом случае уже более-менее точно обособляются особенности течения их заболевания, да и сами клиенты ощущают его влияние, потому и обращаются с этими жалобами к психологам и участковым терапевтам. Основной отличительной чертой неврозов является их возможность самокоррекции, т.е. клиент вполне способен сам исправить его текущее состояние, что чаще всего позволяет психологу вполне успешно консультировать подобных личностей и добиваться положительных результатов в процессе консультирования [2,4]. Тревога и депрессия довольно тесно связаны и с процессом астенизации личности, которая чаще происходит в неблагоприятных условиях профессиональной работы, соматического расстройства или неудачного социального взаимодействия. Астенизация является одним из вариантов невротизации, наряду с развитием навязчивых состояний и истерических видов поведения. Принято считать, что именно астенизация связана с проявлением депрессивных черт, в то время как тревога чаще проявляется как коморбидное явление характерное при всякой невротизации [2,3,4,5].

Депрессивные состояния могут быть как самостоятельными, так и сопутствующим явлением какого-то другого расстройства или состояния соматической или личностной природы [2,4]. Чаще всего, когда речь заходит о самостоятельной природе подобных явлений, мы говорим о конституциональных психопатиях депрессивного или циклотимного типа. По мнению ряда авторов (Ганнушкин П. Б., Шнайдер К., Кербиков О. В. и др.) ядерные психопатии носили врожденный характер. Данные проявления фактически не поддаются коррекции [5,6].

Тревожное состояние и склонность к его проявлению аналогично может проявляться как приобретенное в раннем детском периоде. Психологический термин данного явления «базальная тревога», был введен психоаналитиком К. Хорни, которая придерживалась идеи, что базальная тревога является одним из преморбидов развития невроза в более зрелых возрастах. В данной ситуации неокрепший организм ребенка сталкивается с социальными условиями, с

которыми ещё не в состоянии справиться без посторонней помощи, но данную помощь ему не оказывают, либо оказывают недостаточную. Часто это связано с тем, насколько хорошо построены и функционируют отношения родителей. Как считала сама К.Хорни, базальная тревога развивается у детей, чья потребность в безопасности не была удовлетворена достаточно, что ведет к формированию ряда невротических потребностей [7,8].

Ситуационные проявления депрессивно-тревожных состояний т.е. вызванными определенной отягощающей ситуацией, чаще встречаются как сопутствующий фактор. Ситуационное депрессивное и (или) тревожное состояний проявляются в моменты наибольшей нагрузки на психическую сферу личности. В случае разрешения ситуации состояние заметно улучшается и стабилизируется. Данные проявления тоже связывают с временной астенизацией личности, что ведет к уменьшению ее психофизиологических резервов для разрешения проблемы. Фактически, определенная степень склонности к депрессии и тревожному состоянию характерна большей части личностей ввиду психических и физиологических особенностей функционирования наших ментальных защитных функций [2,3,4].

Депрессия, как и тревога, проходят ряд постепенных преобразований из простой аномальной реакции (предболезненный уровень) до полноценной болезни. Это преобразование требует определенного времени. Данное время и является ключевым резервом в оказании необходимой психологической, а порой и медико-психологической помощи индивидам. Чем больше прошло времени, тем больше стадий невроза способно пройти явления, следственно тем больше сфер охватит его влияние. Это значительно усложняет оказание помощи клиентам. Проблема выявления депрессивно-тревожных состояний на ранней стадии заключается в том, что их проявления весьма нечеткие и порой могут носить несистематический характер. Лишь обособляясь в стадии невротической реакции и невротическом состоянии они четко прослеживаются в индивиде [2,3].

На текущий момент вопросом диагностики депрессивно-тревожных состояний на донозологическом уровне занимались многие специалисты психологического и психиатрического направления (К. Хорни, З. Фрейд, П.Б. Ганнушкин, Л.А. Китаев-Смык, А.Е. Личко, Б.М. Теплов, А.Н. Леонтьев, В. Райх, Р. Сапольски, Ю.А. Александровский, Б.Д. Карвасарский и др.). Ключевыми аспектами диагностики тревожно-депрессивных состояний на ранних стадиях их развития является постоянный и динамический мониторинг внутреннего состояния организма и психической картины личности. Тревожное и депрессивное состояния могут неявно проявляться в психической картине поведения, но довольно отчетливо показывать себя в нервно-вегетативной регуляции. К числу подобных проявлений входит изменение частоты ритма сердца, потливость, нарушения циркадных ритмов (нарушение здорового сна, нарушения нормального поведения в состоянии бодрствования или нехарактерное смещение этих циклов), повышение или понижение чувствительности к психическим и физическим раздражителям, частичное угнетение иммунной функции организма [2,10,11,12]. Часто индивиды страдая от депрессивного или тревожного состояния стараются скрыть его. Это так же проявляется в психической картине личности, в проявлении *нетипичного поведения*. Такими могут оказаться: гиперактивность (либо гипоактивность), склонность к уединению либо общительности, плаксивость, повышение или снижение эмоциональной экспрессии, повышение либо понижения психической чувствительности к раздражителям, наличие навязчивых мыслей (которые индивид постоянно озвучивает, порой в виде шуток). К типичным проявлениям депрессивного и тревожного состояния так же относятся: понижение производительности труда, упадок сил, быстрая утомляемость, чувство вины, «мыслительная жвачка» (состояние, когда одна и та же мысль продумывается индивидом без рационального исхода из нее); исключительно при депрессии: чувство одиночества и ненужности, возможные суицидальные мысли, нестабильный фон настроения [2,4,11,12].

Все вышеперечисленные факторы влияют на непосредственно жизненный тонус индивида, что несомненно сказывается на его жизни и деятельности. В большей степени это грозит, как мы уже оговаривали выше, лицам от 15 до 29 лет. Именно в данном возрасте люди начинают и заканчивают обучение в вузе, получают послевузовское образование и строят свою карьеру. Основопологающим в данном возрасте является получение высшего образования в высших учебных заведениях. Его актуальность и необходимость бесспорна в настоящее время. Но что касается студентов обучающихся в вузах, они испытывают большое количество стресса, который вполне способен стимулировать развитие у них тревожных и (или) депрессивных состояний.

По данным Г.Б. Абасовой, Г.А. Диханбаевой, А. Абдихадировой, собранным в 2012 году, 79% студентов КазНМУ имеют депрессивные проявления [13]. По данным Кошербекова Е.Т. и соавторов, 80% студентов КазНПУ им. Абая испытывают различного рода стрессы [14].

В 2019 году мы провели исследование, с результатами которого мы хотим вас познакомить. Выборка состояла из 30 человек (студенты-добровольцы, специальность психология, КазНПУ им. Абая), 4-юноши и 26-девушек. Методика, примененная на выборке: Экспресс-диагностика невроза К.Хекка и Х.Хесс [15]. В результате исследования было выявлено, что лишь у 14 человек отсутствовали риски формирования неврозов; у 16 человек данные риски были обнаружены.

Вывод:

Текущие данные говорят о том, что студенты в учебных заведениях весьма уязвимая группа для развития у них различного рода негативных психологических состояний, в том числе и тревожно-депрессивных. Студенты входят в группы риска и по возрастной категории, и по особенностям образовательной деятельности, которая сопряжена с изменением условий труда, а порой и жизни (некоторые студенты являются иногородними и проживают в общежитиях предоставленных университетом). Помимо этого

студенты ввиду достаточно активной жизни не часто обращаются в психологические и медицинские организации с жалобами на их угнетенное сомато-психическое состояние. Это все гораздо усложняет возможности ранней диагностики депрессивных и тревожных состояний у студентов, как у одной из групп наивысших рисков.

Литература

1. Всемирная ассоциация здравоохранения: Психическое здоровье на рабочем месте: https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/ru/
2. Александровский Ю.А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства (этиология, патогенез, специфические и неспецифические симптомы, терапия). – М.: Литтера, 2010. – 272 с.
3. Семке В.Я., Положий Б.С. Пограничные состояния и психическое здоровье. – Томск: Изд-во Том. Ун-та, 1990. – 209 с.
4. Карвасарский Б.Д. Неврозы. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1990. – 576с.
5. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Изд. 2-е доп. и перераб. - Л.: Медицина, 1983
6. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статистика, динамика, систематика. - Н.Новгород; Изд-во НГМД, 1998. — 128 с.
7. Хорни К. Невроз и личностный рост. Борьба за самоосуществление. — СПб.: Совместное издание Восточного Европейского института и БСК, 1997. — 316 с.
8. Хорни К. «Невротическая личность нашего времени». Перевод с англ. В. В. Старовойтова. М.: Айрис-пресс, 2004 г.
9. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. Психологическая антропология стресса. – М.: «Академический проект», 2009
10. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. – СПб.: «Питер», 2006
11. Сапольски Р. Психология стресса – 3-е издание – СПб.: «Питер», 2015

12. Мельник Б.Е., Кахана М.С. Медико-биологический формы стресса. – Кишинев: «Штиинца», 1981

13. Абасова Г.Б., Диханбаева Г.А., Абдихадирова А. . Проблема тревожно-депрессивных расстройств у студентов высшего медицинского заведения [Электронный ресурс]// Казахский национальный медицинский университет : [сайт], 2012. URL: <https://kaznmu.kz/press/2012/09/28/page/5/> (дата обращения 19.11.2019).

14. Кошербеков Е. Т., Аманкулова Ж. С., Кажденов М. Е., Ергашева Ф. А., Балгымбай Е. Қ., Бекберген К. Т., Имашова К. М., Рахат К. К. Оценка показателей здорового образа жизни среди студентов 2–3 курсов Казахского национального педагогического университета имени Абая // Молодой ученый. — 2018. — №5. — С. 62-64. — URL <https://moluch.ru/archive/191/48184/> (дата обращения: 13.01.2020).

15. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: «БАХРАМ-М», 2015.