

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**ШАРУН АНАСТАСІЯ ІГОРІВНА**

УДК 616.89-008.44-037-036.3-057.875-08

**ДИСЕРТАЦІЯ**

**ПРОФІЛАКТИКА ТА КОРЕКЦІЯ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ  
У СТУДЕНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТРЕС**

спеціальність – 222 «Медицина»

галузь знань – 22 «Охорона здоров'я»

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

\_\_\_\_\_ Анастасія ШАРУН

Науковий керівник: Юр'єва Людмила Миколаївна, доктор медичних наук, професор

Дніпро – 2023

## АНОТАЦІЯ

*Шарун А.І.* Профілактика та корекція розладів адаптації у студентів, що перенесли психоемоційний стрес. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії, галузь знань – 22 «Охорона здоров'я», спеціальність – 222 «Медицина». – Дніпровський державний медичний університет, Дніпро, 2023.

Дисертаційна робота є фрагментом науково-дослідної роботи, що виконувалась на кафедрі психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету «Розробка системи діагностичних, психокорекційних, лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для хворих з несприятливими розладами та членів їх родин», № держреєстрації 0118U001281, термін виконання 01.01.2018 - 30.11.2021 рр.

Дисертацію присвячено питанню превенції несприятливих наслідків медичного характеру дезадаптивних розладів у студентів закладів медичної освіти, що перенесли психоемоційний стрес, комплексній програмі діагностичних, терапевтичних та реабілітаційних заходів, спрямованих на їх попередження та корекцію.

У зв'язку з постійним зростанням емоційних та інформаційних навантажень, які ускладнюються умовами життєдіяльності, зростанням вимог до психологічного адаптаційного потенціалу особистості, гостро постає проблема профілактики стресогенних впливів і їх наслідків для особистості, а також підтримки рівня психічного і фізичного здоров'я, необхідного для успішної навчальної діяльності. Проблеми, пов'язані з професійним становленням, специфікою навчання в медичних навчальних закладах, перешкодами на шляху досягнення суб'єктивно значущих цілей, що стоять перед студентами, можуть привести до поступового виснаження адаптаційних механізмів і ресурсів особистості та, як наслідок, до зриву функціональних систем життєдіяльності, а також розвитку психічних і соматичних поведінкових розладів різного ступеня вираженості.

Вирішення питань своєчасної діагностики, розробка нових методів терапії та медико-соціальної допомоги студентській молоді із непсихотичними психічними розладами, належать до провідних завдань держави в галузі охорони психічного здоров'я населення і перспектив подальшого соціального оновлення суспільства, що обумовлює актуальність дослідження.

*Мета дослідження:* на основі аналізу клініко-психопатологічних особливостей розладів адаптації у студентів закладів медичної освіти, що перенесли психоемоційний стрес, і оцінки їх клініко-анамнестичних, соціально-демографічних й індивідуально-психологічних характеристик розробити програму профілактики та комплексної диференційованої поетапної системи корекції цих розладів.

Для вирішення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики і деонтології було проведено комплексне соціально-демографічне, клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 249 студентів обох статей. Дослідження проводилося на базі Дніпровського державного медичного університету (ДДМУ) і Дніпровського базового медичного коледжу (ДБМК).

Усім студентам напередодні участі в дослідженні надавалася інформація відносно мети дослідження, учасники були проінформовані щодо можливості залишити дослідження в будь-який час без додаткового пояснення свого рішення. До початку дослідження всі студенти, які погодилися брати участь у дослідженні, підписали інформовану згоду.

Дослідження було реалізовано у чотири етапи. На першому етапі дослідження проводився збір, аналіз та систематизація наукового матеріалу з питань формування та структури розладів адаптації у студентів. Аналізувались вимоги керівних документів, що стосуються діагностики, експертизи та організації психопрофілактичних заходів при розладах адаптації.

На другому етапі дослідження з загальної кількості учасників дослідження були виділені окремі групи і підгрупи студентів. За результатами «Оцінної шкали стресових подій Холмса-Раге» (SRRS) студенти, які отримали менше 150 балів згідно із SRRS (n=90, 36,1%) і мали більшу опірність стресу і мінімальний ступінь

стресового навантаження, увійшли до групи порівняння (ГП) з низькою вірогідністю розвитку стрес-асоційованих розладів. Основну групу дослідження (ОГ), склали 159 (63,9%) студентів, які за результатами «Оцінної шкали стресових подій Холмса-Раге» (SRRS) отримали більше 150 балів, що відповідало помірній та вираженій вірогідності розвитку стрес-асоційованих розладів. З них 27 студентів мали найвищі показники за шкалою SRRS (понад 300 балів) та наявні ознаки розвитку розладів адаптації і були рекомендовані для терапевтичного втручання (підгрупа А; ПгА), інші 132 студенти ОГ мали помірну вірогідність розвитку стрес-асоційованих розладів (від 150 до 300 балів за SRRS) і відповідно до критеріїв МКХ-10 (Z55-Z65) були рекомендовані для спостереження за результатами клініко-психодіагностичного обстеження (підгрупа Б; ПгБ).

Аналіз загальних характеристик обстежених студентів виявив статистичну однорідність виділених груп дослідження (ОГ і ГП) за основними показниками (вік, стать, сімейний стан, досвід отримання психологічної допомоги у минулому), а також достовірний зв'язок ризику розвитку розладів адаптації з низькою соціально-демографічними характеристиками (попереднім проживанням у Донецько-Луганському регіоні та АР Крим, статусом ВПО та дитини учасника АТО, проживанням у гуртожитку), стресовими подіями, пов'язаними як з навчальним процесом і особистими проблемами, так й із зовнішніми факторами (бойові дії, вимушена зміна місця проживання) ( $p < 0,001$ ). Отримані дані свідчать про гомогенність основної та групи порівняння за основними показниками, що можуть впливати на результат, релевантність отриманих даних і репрезентативність результатів дослідження.

В межах клінічної бесіди, організованої за принципом структурованого клінічного інтерв'ю, з'ясовувалися й деталізувалися наявні скарги, проводилася оцінка наявності та вираженості психопатологічної симптоматики, рівня стресового реагування та якості життя обстежених студентів.

Аналіз клінічної симптоматики у студентів ОГ виявив високу частоту проявів тривоги (45,3%), нав'язливих думок чи дій (44,0%), побоювань (42,1%), порушень сну (40,9%), пригніченого настрою (35,2%). Водночас у ГП подібна симптоматика реєструвалась достовірно рідше ( $p < 0,001$ ). В ОГ студентів синдромальна

характеристика невротичних розладів у відсотковому співвідношенні складала: тривожний синдром – 45,3%, астено-невротичний – 38,4%, депресивний – 35,2%, нав'язливих станів – 27,7%. Згідно з критеріями МКХ-10, кількість студентів ОГ з клінічною симптоматикою, що відповідала діагнозу «Реакція на тяжкий стрес і порушення адаптації» (F43) становила 27 осіб, що складало 17,0%. Умовно здоровими (Z55-Z65) із загальної кількості респондентів ОГ були визнані 132 студенти (83,0%).

У відповідності до мети та задач дійсного дослідження, нами проведена оцінка наявності та вираженості психопатологічної симптоматики з використанням наступного діагностичного інструментарію: шкала психологічного благополуччя (К. Ріфф, 1989, адаптація Т. Д. Шевеленкової, П. П. Фесенко, 2005); опитувальник Леонгарда-Шмішека (Н. Schmieschek, 1970); опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom CheckList-90-Revised, L.R. Derogatis, в адаптації Н.В. Тарабріної, 2001); шкала астенічного стану (Л. Д. Малкова, за адаптацією Т. Г. Чертова на основі Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI); шкала оцінки якості життя (Mezzich et al., 1999, адаптація Н.О. Марути, 2001); інтегративний тест тривожності (Бізюк А. П., Вассерман Л. Й., Іовлев Б. В., 2005); опитувальник опанування стресу COPE (Ч. Кавер, М. Шейєр і Д. Вентрауб, 1989, в адаптації Т. О. Гордєєвої, Є. М. Осіна, О. І. Рассказової, О. А. Сичьова, В. Ю. Шевяхової, 2013).

На третьому етапі була проведена статистична обробка всіх результатів дослідження, виявлені достовірні предикти ризику розвитку розладів адаптації у студентів. Проведення кореляційного аналізу взаємозв'язків рівнорівневого конструкту порушень адаптації у студентів, які перенесли психоемоційний стрес, дозволило визначити основні мішені корекційних та профілактичних заходів з високим рівнем вірогідності отримання позитивних результатів.

Аналіз отриманих на другому та третьому етапах дослідження даних дозволяє зробити висновок, що у студентів, які мають ризик розвитку розладів адаптації, найбільш значущим впливом на підсилення психопатологічної симптоматики за інтегративними показниками (загальний індекс GSI, індекс проявів симптоматики PSI, індекс виразності дистресу PDSI) та за всіма субшкалами методики SCL-90-R

(SOM; O-C; INT; DEP; ANX; NOS; PHOB; PAR; PSY) мали виразність астенії за ШАС, високий рівень за загальним балом оцінювання, як особистісної тривожності, так і ситуативної тривоги за методикою ІТТ, в структурі яких найбільший вплив мали емоційний дискомфорт та астенічний компонент тривожності ( $p < 0,001$ ). Також нами доведено, що деякі типологічні особливості (тривожний тип акцентуації, застрягаючий тип, екзальтований тип) осіб з ризиком розвитку розладів адаптації можуть виступати підґрунтям підсилення психопатологічної симптоматики ( $p < 0,001$ ).

В групі студентів з помірною та вираженою вірогідністю розвитку розладів адаптації нами було встановлено, що в структурі характеристик їх тривожності мали місце прямі взаємовпливи між компонентами особистісної тривожності та ситуативної тривоги ( $p < 0,001$ ) високий рівень яких, визначених за методикою ІТТ, був пов'язаний та обумовлював найвищі показники соматизації, obsесивно-компульсивності, міжособистісної сенситивності, депресії, тривоги, ворожості, фобічної тривоги за методикою SCL-90-R ( $p < 0,001$ ), а також корелював з важкістю астенією за методикою ШАС ( $p < 0,001$ ), і сприяв погіршенню загального рівня якості життя і психологічного благополуччя ( $p < 0,001$ ). В свою чергу показано, що у студентів – медиків ОГ високі показники за шкалами депресії, тривоги і obsесивно-компульсивності ( $p < 0,001$ ) за рахунок прямих та високої щільності кореляційних зв'язків погіршували якість життя (ЯЖ) і психологічне благополуччя.

Відповідно до отриманих нами результатів, у студентів-медиків з високим рівнем вірогідності розвитку розладів адаптації спостерігалось зниження усіх базисних складових відчуття психологічного благополуччя, що в свою чергу, значущо впливало на тяжкість психопатологічної симптоматики за всіма показниками і максимально на індекс GSI, індекс проявів симптоматики PSI та індекс виразності дістресу PDSI за методикою SCL-90-R ( $p < 0,001$ ), також на виразність астенії ( $p < 0,001$ ) та стан високої ситуативної тривоги та особистісної тривожності ( $p < 0,001$ ).

Також нами доведено, що здобувачі медичної освіти, що перенесли психоемоційний стрес, та мали високий рівень соматизації і тривоги, помітно частіше, як засіб подолання стресу, використовували заспокійливі препарати ( $p < 0,001$ ).

На четвертому етапі нами були обрані стратегії надання допомоги та була реалізована програма профілактики й комплексна поетапна диференційована система корекції у студентів, що перенесли психоемоційний стрес. Корекційні заходи реалізовувалися з опорою на психоосвітні та когнітивно-поведінкові техніки впливу.

Після проведення профілактичних і корекційних заходів проводився контроль, підтримка і закріплення результатів. Аналіз динаміки психопатологічної симптоматики показав значну редукцію симптоматики тривожного та депресивного спектру, зменшення астенії, нормалізацію емоційного стану. Спостерігалось достовірне нівелювання клінічних симптомів, що відображалось у контрольному психометричному обстеженні.

Таким чином, на підставі отриманих результатів дійсного дисертаційного дослідження обґрунтовано й розроблено комплекс заходів медичного, освітнього та психосоціального характеру. Нами впроваджений алгоритм раннього виявлення студентів з ознаками дезадаптації, запропонована програма профілактики і комплексна поетапна диференційована система корекції розладів адаптації у студентів, що перенесли психоемоційний стрес, з метою поліпшення якості життя.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Вперше вивчені і проаналізовані клініко-психопатологічні особливості розладів адаптації.

Визначено клініко-анамнестичні, соціально-демографічні й індивідуально-психологічні характеристики студентів, що перенесли психоемоційний стрес.

Вперше досліджено якість життя студентів, що перенесли психоемоційний стрес, проаналізовано провідні фактори, що впливають на окремі сфери благополуччя та досліджено інтегративний показник якості життя вищезазначеного контингенту осіб.

Вперше проведено кореляційний аналіз міжінтегральних зв'язків клініко-психопатологічних особливостей розладів адаптації та індивідуально-психологічних характеристик студентів, що перенесли психоемоційний стрес.

На підставі комплексного аналізу клінічних та індивідуально-психологічних особливостей розроблено і впроваджено в практику охорони здоров'я програму профілактики та комплексну поетапну диференційовану систему корекції розладів адаптації у студентів, що перенесли психоемоційний стрес та доведена їх ефективність.

**Практична значущість одержаних результатів.** Для практичної сфери охорони здоров'я вагомого значення має програма профілактики та комплексна диференційована поетапна система корекції розладів адаптації у студентів, що перенесли психоемоційний стрес, які базуються на визначенні їх клініко-психопатологічних і індивідуально-психологічних характеристиках та аспектах якості життя.

Важливого значення набуває чітке визначення етапності і диференційованості психокорекційного процесу та визначення основних мішеней корекційних та профілактичних заходів.

Визначені стратегії профілактики розладів адаптації у студентів, що перенесли психоемоційний стрес, обґрунтована їх послідовність та методична змістовна наповненність.

Практичну значущість розроблені профілактичні та корекційні заходи мають не лише для лікарів-психіатрів, клінічних психологів, а й для лікарів первинної ланки охорони здоров'я для своєчасного раннього виявлення ними студентів з високою вірогідністю розвитку розладів адаптації.

**Ключові слова:** студенти, заклади медичної освіти, розлади адаптації, психоемоційний стрес, тривога, депресія, профілактика, корекція.

## ANNOTATION

*Sharun A.I.* Prevention and correction of adjustment disorder in students who have experienced psycho-emotional stress. - Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.



Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 222 "Medicine", field of knowledge 22 "Health care". - Dnipro State Medical University (work performance), Dnipro, 2023.

The dissertation is a fragment of the research work carried out at the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Dnipro State Medical University "Development of a system of diagnostic, psychocorrectional, therapeutic, rehabilitation and preventive measures for patients with non-psychotic disorders and their families", state registration number 0118U001281, period of execution 01.01.2018 - 30.11.2021.

The dissertation is devoted to the prevention of adverse medical consequences of maladaptive disorders in medical students who have experienced psychoemotional stress, a comprehensive program of diagnostic, therapeutic and rehabilitation measures aimed at their prevention and correction.

Due to the constant growth of emotional and informational loads, which are complicated by the conditions of life, increasing demands on the psychological adaptive potential of the individual, the problem of preventing stressful influences and their consequences for the individual, as well as maintaining the level of mental and physical health necessary for successful educational activities, is becoming acute. Problems related to professional development, the specifics of studying in medical schools, obstacles to achieving subjectively significant goals faced by students can lead to a gradual depletion of adaptive mechanisms and resources of the individual and, as a result, to the disruption of functional vital systems, as well as the development of mental and somatic behavioral disorders of varying severity.

Solving the issues of timely diagnosis, development of new methods of therapy and medical and social assistance to students with non-psychotic mental disorders are among the leading tasks of the state in the field of mental health care and prospects for further social renewal of society, which determines the relevance of the study.

*The aim of the study:* based on the analysis of clinical and psychopathological features of adjustment disorders in medical students who have experienced psychoemotional stress and the assessment of their clinical and anamnestic, socio-demographic and individual

psychological characteristics, to develop a program of prevention and comprehensive differentiated phased system of correction of these disorders.

To achieve this goal, a comprehensive socio-demographic, clinical and anamnestic, clinical and psychopathological, and psychodiagnostic examination of 249 students of both sexes was conducted in compliance with the principles of bioethics and deontology. The study was conducted at Dnipro State Medical University (DSMU) and Dnipro Basic Medical College (DBMC).

Before participating in the study, all students were provided with information about the purpose of the study, and participants were informed of the possibility to leave the study at any time without further explanation of their decision. All students who agreed to participate in the study signed an informed consent before the study began.

The study was implemented in four stages. The first stage of the study involved collecting, analyzing, and systematizing scientific material on the formation and structure of adjustment disorders. We analyzed the requirements of the guidelines related to the diagnosis, examination and organization of psychoprophylactic measures for adjustment disorders.

At the second stage of the study, separate groups and subgroups of students were identified from the total number of study participants. According to the results of the Holmes-Raget Stress Rating Scale (SRRS), students who received less than 150 points according to the SRRS ( $n=90$ , 36.1%) and had greater resistance to stress and a minimal degree of stress load were included in the comparison group (CG) with a low probability of developing stress-related disorders. The main study group (MG) consisted of 159 (63.9%) students who, according to the Holmes-Rague Rating Scale for Stressful Events (SRRS), received more than 150 points, which corresponded to a moderate to pronounced probability of developing stress-related disorders. Of these, 27 students had the highest SRRS scores (over 300 points) and signs of adjustment disorders development and were recommended for therapeutic intervention (subgroup A), the remaining 132 students of the OG had a moderate probability of developing stress-related disorders (from 150 to 300 points on the SRRS) and, according to ICD-10 criteria (Z55-Z65), were recommended for observation based on the results of clinical and psychodiagnostic examination (subgroup B).

The analysis of the general characteristics of the surveyed students revealed statistical homogeneity of the selected study groups (MG and CG) by the main indicators (age, gender, marital status, experience of receiving psychological assistance in the past), as well as a significant association of the risk of developing adjustment disorders with a number of socio-demographic characteristics (previous residence in the Donetsk-Luhansk region and the Autonomous Republic of Crimea, IDP status and status of a child of an ATO participant), stressful events related to the educational process and personal problems, and external factors (hostilities, forced change of residence) ( $p < 0.001$ ). The data obtained indicate the homogeneity of the main and comparison groups in terms of the main indicators that may affect the outcome, the relevance of the data obtained and the representativeness of the study results.

Within the framework of a clinical conversation organized on the principle of a structured clinical interview, the existing complaints were clarified and detailed, the presence and severity of psychopathological symptoms, the level of stress response and the quality of life of the examined students were assessed.

The analysis of clinical symptoms in the OG students revealed a high frequency of anxiety (45.3%), obsessive thoughts or actions (44.0%), fears (42.1%), sleep disturbances (40.9%), and depressed mood (35.2%). At the same time, such symptoms were recorded significantly less frequently in CGs ( $p < 0.001$ ). In the MG students, the syndromic characteristics of neurotic disorders in percentage terms were as follows: anxiety syndrome - 45.3%, astheno-neurotic - 38.4%, depressive - 35.2%, obsessive-compulsive disorder - 27.7%. According to the ICD-10 criteria, the number of students with clinical symptoms that corresponded to the diagnosis of "Reaction to severe stress, and adjustment disorders" (F43) was 27, which was 17.0%. Out of the total number of MC respondents 132 students (83.0%) were recognized as conditionally healthy (Z55-Z65).

In accordance with the aim and objectives of the present study, we assessed the presence and severity of psychopathological symptoms using the following diagnostic tools: the Psychological Wellbeing Scale (K. Riff, 1989, adapted by T. D. Shevelenkova, P. P. Fesenko, 2005); Leonhard-Schmieschek questionnaire (H. Schmieschek, 1970); questionnaire of psychopathological symptoms severity (Symptom CheckList-90-Revised,

L.R. Derogatis, adapted by N.V. Tarabrina, 2001); the Symptom CheckList-90-Revised. Tarabrina, 2001); scale of asthenic state (L.D. Malkova, adapted by T.G. Chertov on the basis of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI); scale of quality of life assessment (Mezzich et al, 1999, adapted by N.O. Maruta, 2001); integrative anxiety test (A.P. Biziuk, L.Y. Wasserman, B.V. Iovlev, 2005); SORE stress management questionnaire (C. Caver, M. Scheyer, and D. Ventraub, 1989, adapted by T.O. Gordeeva, E.M. Osin, O.I. Rasskazova, O. A. Sycheva, V. Y. Shevyakhova, 2013).

At the third stage, all the results of the study were statistically processed, and reliable predictors of the risk of developing adjustment disorders in students were identified. The correlation analysis of the relationships of the equal-level construct of adjustment disorders in students who have experienced psychoemotional stress made it possible to identify the main targets of corrective and preventive measures with a high probability of obtaining positive results.

The analysis of the data obtained at the second and third stages of the study allows us to conclude that students at risk of developing adjustment disorders have the most significant impact on the intensification of psychopathological symptoms by integrative indicators (general index GSI, symptom manifestation index PSI, distress severity index PDSI) and all subscales of the SCL-90-R (SOM; O-C; INT; DEP; ANX; HOS; PHOB; PAR; PSY); asthenia severity according to the SAS; high level of the total score of both personal anxiety and situational anxiety according to the ITT methodology, in the structure of which emotional discomfort and the asthenic component of anxiety had the greatest influence ( $p < 0.001$ ).

We also proved that some typological features (anxious type of accentuation, stuck type, exalted type) of individuals at risk of developing adjustment disorders can serve as the basis for the intensification of psychopathological symptoms ( $p < 0.001$ ).

In the group of students with a moderate and pronounced probability of developing adjustment disorders, we found that in the structure of their anxiety characteristics there were direct interactions between the components of personal anxiety and situational anxiety ( $p < 0.001$ ), the high level of which, determined by the ITT methodology was associated with and caused the highest rates of somatization, obsessive-compulsivity, interpersonal

sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety by the SCL-90-R ( $p < 0.001$ ), and correlated with the severity of asthenia by the SAS ( $p < 0.001$ ), and contributed to a deterioration in the overall level of quality of life and psychological well-being ( $p < 0.001$ ). In turn, it has been shown that high scores on the scales of depression, anxiety and obsessive-compulsivity ( $p < 0.001$ ) in medical students of the MG worsened the quality of life (QOL) and psychological well-being due to direct and high density of correlations.

According to our results, medical students with a high probability of developing adjustment disorders had a decrease in all the basic components of psychological well-being, which in turn significantly influenced the severity of psychopathological symptoms by all indicators and maximally on the GSI, PSI and PDSI symptom severity index according to the SCL-90-R methodology ( $p < 0.001$ ), as well as the severity of asthenia ( $p < 0.001$ ) and the state of high situational anxiety and personal anxiety ( $p < 0.001$ ).

We also proved that medical students who experienced psychoemotional stress and had high levels of somatization and anxiety used sedatives significantly more often as a means of overcoming stress ( $p < 0.001$ ).

At the fourth stage, we chose strategies for providing assistance and implemented a prevention program and a comprehensive, phased, differentiated correction system for students who had experienced psychoemotional stress. Corrective measures were implemented based on psychoeducational and cognitive-behavioral techniques of influence.

After the preventive and corrective measures were taken, the results were monitored, maintained and consolidated. The analysis of the dynamics of psychopathological symptoms showed a significant reduction in the symptoms of anxiety and depression, a decrease in asthenia, and normalization of the emotional state. A significant leveling of clinical symptoms was observed, which was reflected in the control psychometric examination.

Thus, based on the results of the present dissertation study, a set of medical, educational and psychosocial measures was substantiated and developed. We have implemented an algorithm for early detection of students with signs of maladjustment, proposed a prevention program and a comprehensive phased differentiated system of

adjustment disorders correction in students who have experienced psychoemotional stress in order to improve the quality of life.

*Scientific novelty of the results.* The clinical and psychopathological features of adjustment disorders were studied and analyzed for the first time.

The clinical and anamnestic, socio-demographic and individual psychological characteristics of students who have experienced psychoemotional stress have been determined.

For the first time, the quality of life of students who have suffered psychoemotional stress was studied, the leading factors influencing certain areas of well-being were analyzed, and the integrative indicator of the quality of life of the above contingent was investigated.

For the first time, a correlation analysis of the inter-integrative links between clinical and psychopathological features of adjustment disorders and individual psychological characteristics of students who have experienced psychoemotional stress was conducted.

On the basis of a comprehensive analysis of clinical and individual psychological characteristics, a prevention program and a comprehensive phased differentiated system for the correction of adjustment disorders in students who have experienced psychoemotional stress have been developed and implemented in health care practice and their effectiveness has been proven.

*Practical significance of the results.* The prevention program and a comprehensive differentiated phased system of correction of adjustment disorders in students who have experienced psychoemotional stress, based on the definition of their clinical, psychopathological and individual psychological characteristics and aspects of quality of life, are of great importance for the practical sphere of health care.

It is important to clearly define the stages and differentiation of the psychocorrectional process and identify the main targets of correctional and preventive measures.

The strategies for the prevention of adjustment disorders in students who have experienced psychoemotional stress are determined, their sequence and methodological content are substantiated.

The developed preventive and correctional measures are of practical importance not only for psychiatrists, clinical psychologists, but also for primary health care physicians for timely early detection of students with a high probability of developing adjustment disorders.

**Key words:** students, medical education institutions, adjustment disorders, psychoemotional stress, anxiety, depression, prevention, correction.

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

*Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:*

1. Yuryeva L.M., Sharun A.I. Adjustment disorder among students, who has suffered psychoemotional stress: systematic review of diagnostics, treatment and preventive care // Медичні перспективи. 2021. Т. 26, № 4. С. 47 – 51. *(Дисертантом особисто проведено аналіз літературних джерел, описані матеріали, сформульовано висновки, підготовлено матеріал до публікації).*

2. Шарун А.І. Особливості психосоціальної адаптації студентів медичного коледжу, що перенесли психоемоційний стрес // Український медичний часопис. 2021. №3(143) - V/VI. С. 89 – 92. DOI:10.32471/umj.1680-3051.143.208967

3. Sharun A.I., Yuryeva L.M. Clinical-Psychopathological and Psychometric Features of Maladaptive Disorders which are a Characteristic of Students who Have Experienced Psycho-Emotional Stress // Медичні перспективи. 2022. Т. 27, № 2. С. 88 – 95. *(Особистий внесок дисертантаf складався з проведення дослідження, формального аналізу, ресурсів, курації, написання початкового проекту, рецензування та редагування, візуалізації).*

4. Шарун А.І. Комплексна корекція стрес-асоційованих розладів у студентів закладів вищої освіти, що мали в анамнезі психотравмуючі події // Український медичний часопис. 2022. №1-2 (147-148) – I/II. С. 54 – 57. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.147.225986

*Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертаційної роботи:*

5. Юр'єва Л.М., Шарун А.І. Превенція розладів адаптації у студентів, що перенесли психоемоційний стрес // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Гендерні та вікові аспекти надання психіатричної допомоги», м. Харків, 15 – 16 травня 2019 року. *(Дисертантом особисто здійснено теоретичне обґрунтування дизайну дослідження, проведено клінічне обстеження, статистично опрацьовані результати, обґрунтовано висновки, підготовлено матеріал до публікації, здійснено підбір літератури та її узагальнення).*

6. Шарун А.І. Психосоціальна адаптація студентів медичного коледжу, що перенесли психоемоційний стрес // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Психіатрія, наркологія, клінічна психологія та загальна медична практики: міждисциплінарні питання сучасності», м. Київ, 22 – 23 квітня 2021 року.

7. Шарун А.І. Оцінка і аналіз психометричних показників якості життя студентів медичного університету, що перенесли психоемоційний стрес // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Якість медичних послуг в сфері психічного здоров'я», м. Харків, 20 – 21 травня 2021 року.

8. Шарун А.І. Профілактика розладів адаптації у студентів медичних закладів вищої освіти, що перенесли психоемоційний стрес // Матеріали науково-практичного симпозіуму з міжнародною участю «Персоніфіковані підходи щодо неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги», м. Харків, 7 – 8 жовтня 2021 року.

9. Sharun A.I. Adjustment disorder as a stress-related disorder in the community: a longitudinal study of medical students, who has suffered psycho-emotional stress // Proceedings of V International Scientific and Practical Conference Modern scientific research: achievements, innovations and development prospects. Berlin, Germany, 24 – 26 October 2021. P. 35 – 39.

10. Шарун А.І. Клініко-статистичний аналіз тривожності в рамках станів дезадаптації у студентів, що перенесли психоемоційний стрес // Матеріали XV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини», м. Запоріжжя, 19 листопада 2021 року.



11. Шарун А.І. Організація медико-психопатологічного моніторингу психічного здоров'я з точки зору персоніфікованого мультимодального підходу // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю ««Психіатрія, наркологія, клінічна психологія та загальна медична практика: міждисциплінарні питання сучасності», м. Київ, 21 – 22 квітня 2022 року.

12. Шарун А.І. Особливості надання лікувально-реабілітаційної допомоги студентам з розладами адаптації, які зазнали психосоціального стресу // Матеріали VI Національного конгресу неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологія, психіатрія та наркологія у сучасному світі: глобальні виклики та шляхи розвитку», м. Харків, 6 – 7 жовтня 2022 року.

13. Sharun A.I. Influence of high level of stress on the quality of life of medical students of higher education institutions // Proceedings of X International Scientific and Practical Conference “Modern research in world science”. Lviv, Ukraine, 25 – 27 December 2022. P. 67 – 72.

14. Шарун А.І. Клініко-статистичний аналіз тривожності в рамках станів дезадаптації у студентів, що перенесли психоемоційний стрес // Proceedings of IV International Scientific and Practical Conference “Progressive research in the modern world”, Boston, USA, 28 – 30 December 2022. P. 119 – 128.

## ЗМІСТ

|   |    |
|---|----|
| АНОТАЦІЯ  | 2  |
| ANNOTATION  | 8  |
| СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА   | 15 |
| ЗМІСТ   | 18 |
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ   | 22 |
| ВСТУП   | 23 |
| РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ ТА ТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЇХ КОРЕКЦІЇ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)                   | 29 |
| 1.1. Теоретичний аналіз проблеми стресу в сучасних наукових дослідженнях .....  | 29 |
| 1.2. Розлад адаптації як діагностична категорія, проблема визначеності терміну. Поширеність розладів адаптації в світі.....                           | 33 |
| 1.3. Сучасні погляди на проблему психічного здоров'я студентів закладів освіти. Вплив психоемоційного стресу на розвиток дезадаптивних розладів ..... | 39 |
| 1.4. Принципи психопрофілактики, психокорекції та психотерапії непсихотичних психічних розладів у студентів закладів освіти.....                      | 44 |
| РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ   | 50 |
| 2.1. Дизайн дослідження.....  | 50 |
| 2.2. Загальна характеристика студентів, включених у дисертаційне дослідження.   | 55 |
| 2.3. Методологія дисертаційного дослідження .....   | 60 |
| 2.3.1. Клініко-анамнестичний метод дослідження.   | 60 |
| 2.3.2. Клініко-психопатологічний метод дослідження.   | 61 |
| 2.3.3. Соціально-демографічний метод дослідження.   | 61 |
| 2.3.4. Психометричний метод дослідження.  | 62 |

2.3.5. Статистичні методи обробки даних дослідження. 69

РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У  
СТУДЕНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТРЕС, ЗА  
РЕЗУЛЬТАТАМИ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ І ПСИХОДІАГНОСТИЧНИХ  
МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ 70

3.1. Клініко-психопатологічні особливості і структура психічних розладів у  
студентів-медиків, які мають ризики розвитку стрес-асоційованих розладів..... 70

3.2. Індивідуально-психологічні характеристики студентів, що перенесли  
психоемоційний стрес, отримані за допомогою психометричного інструментарію  
..... 74

3.2.1 Особливості психопатологічної симптоматики, визначеної за методикою  
SCL – 90 – R, у студентів, що перенесли психоемоційний стрес 74

3.2.2. Особливості показників ситуативної тривоги та особистісної тривожності,  
оціненою за методикою інтегративного тесту тривожності, у студентів з різним  
рівнем психоемоційного стресу 82

3.2.3. Аналіз результатів дослідження студентів за шкалою астеничного стану 93

3.3. Преморбідні особливості рис особистості студентів та їх значення для прогнозу  
розладів адаптації ..... 95

3.4. Стратегії подолання стресу та їх внесок у життєстійкість здобувачів медичної  
освіти..... 99

3.5. Порівняльна характеристика якості життя у групах студентів-медиків ..... 107

3.6. Порівняльна характеристика психологічного благополуччя особистості  
студентів-медиків ..... 115

РОЗДІЛ 4. КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ МІЖІНТЕГРАЛЬНИХ ЗВ'ЯЗКІВ КЛІНІКО-  
ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У  
СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ  
ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТРЕС, ТА ЇХ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ  
ХАРАКТЕРИСТИК 125

|   |            |
|---|------------|
| 4.1. Основні фактори, що впливають на вірогідність розвитку стрес-асоційованих розладів у студентів, що перенесли психоемоційний стрес .....  | 125        |
| 4.2. Міжінтегральна кореляційна матриця зв'язків виразності та важкості психопатологічної симптоматики з іншими результатами оцінки стану психічного здоров'я студентів, що перенесли психоемоційний стрес .....                  | 127        |
| 4.3. Фактори ризику, що впливають на стан психологічного благополуччя особистості студентів з помірною та вираженою вірогідністю розвитку стрес-асоційованих розладів за даними кореляційного аналізу .....                       | 133        |
| 4.4. Кореляційні впливи результатів оцінки стану психічного здоров'я студентів з психоемоційним стресом на вибір стратегій подолання стресу та якість життя ....  | 142        |
| 4.5. Структура розладів адаптації серед студентів, які перенесли психоемоційний стрес як результуюча причинно-наслідкових взаємозв'язків проведеного кореляційного аналізу між показниками, оціненими за різними методиками ..... | 152        |
| <b>РОЗДІЛ 5. КОМПЛЕКСНА СИСТЕМА ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТРЕС</b>   | <b>156</b> |
| 5.1. Система профілактичних і психокорекційних заходів розладів адаптації у студентів, що перенесли психоемоційний стрес.....   | 156        |
| 5.2. Оцінка ефективності системи комплексної корекції дезадаптивних станів у студентів, що перенесли психоемоційний стрес, в групах підвищеного ризику ..   | 174        |
| 5.3. Ілюстрація клінічних випадків серед студентів, що перенесли психоемоційний стрес .....   | 181        |
| <b>РОЗДІЛ 6. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ</b>   | <b>198</b> |
| <b>ВИСНОВКИ</b>   | <b>209</b> |
| <b>ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ</b>   | <b>212</b> |
| <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>   | <b>214</b> |
| <b>Додаток А</b>  | <b>241</b> |

|           |     |
|-----------|-----|
| Додаток Б | 244 |
| Додаток В | 245 |
| Додаток Г | 246 |

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

|                |   |
|----------------|---|
| <b>АД</b>      | антидепресанти  |
| <b>АТО</b>     | антитерористична операція   |
| <b>ВООЗ</b>    | Всесвітня організація охорони здоров'я  |
| <b>ВПО</b>     | внутрішньо переміщені особи   |
| <b>ДДМУ</b>    | Дніпровський державний медичний університет   |
| <b>ДБМК</b>    | Дніпровський базовий медичний коледж  |
| <b>ДПРО</b>    | десенсибілізація та переробка рухом очей  |
| <b>ЗВО</b>     | заклад вищої освіти   |
| <b>ІТТ</b>     | інтегративний тест тривожності  |
| <b>КПТ</b>     | когнітивно-поведінкова терапія  |
| <b>МКХ-10</b>  | Міжнародна статистична класифікація захворювань та пов'язаних порушень стану здоров'я |
| <b>МОЗ</b>     | Міністерство охорони здоров'я   |
| <b>ПТСР</b>    | посттравматичний стресовий розлад   |
| <b>РА</b>      | розлад адаптації  |
| <b>СІЗЗС</b>   | селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну                                   |
| <b>ТФ-КПТ</b>  | травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія                                       |
| <b>УКПМД</b>   | уніфікований клінічний протокол медичної допомоги                                     |
| <b>ШАС</b>     | шкала астеничного стану   |
| <b>ЯЖ</b>      | якість життя  |
| <b>DSM-IV</b>  | The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition             |
| <b>DSM-5</b>   | The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition              |
| <b>SCL-90R</b> | Symptom CheckList-90-Revised, L.R. Derogatis  |
| <b>SRRS</b>    | The Holmes and Rage Stress Inventory, або Social Readjustment Rating Scale            |

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Активна інтеграція українського суспільства до Європейської співдружності визначила нагальну потребу глибокого реформування системи освіти загалом і зокрема — галузі підготовки медичних кадрів. Істотно змінився режим і підвищилася інтенсивність навчального процесу, збільшилися обсяги навчального навантаження [1].

Розлади адаптації (РА) є однією з найактуальніших проблем вітчизняної і зарубіжної психіатрії. Це обумовлено як високою поширеністю, так і значними труднощами в діагностиці цієї групи захворювань. Поширеність дезадаптивних розладів в студентській популяції, за даними літератури, коливається від 5,8% до 61,4%. Вони зумовлюють зниження працездатності, погіршення навчальної адаптації та академічної успішності, а також якості життя студентів [2-4]. Необхідно зазначити, що поширеність РА дуже висока серед студентів, що мають або отримують медичну освіту [5].

Ситуація в Україні на сучасному етапі характеризується високим рівнем психосоціальної напруги населення, що значно погіршує стан психічного здоров'я популяції [6]. Особливу соціальну, медико-психологічну та психіатричну проблему становить психічне здоров'я біженців, які вимушено лишилися місця постійного проживання [7-9].

Вимушена міграція входить до числа складних життєвих ситуацій, вона вимагає від людини зусиль, що перебувають на межі адаптивних можливостей або навіть перевершують наявні резерви. Її без сумніву, можна віднести до числа екстремальних подій, коли перед особистістю постає необхідність подолання надскладних життєвих обставин, рівноцінних проблемі виживання. Сьогодні Україна займає дев'яте місце у світі за кількістю внутрішньо переміщених осіб (ВПО). Масштабні вимушені внутрішні міграції останніх років не могли не позначитись на стані здоров'я, як певної соціальної групи, так і всього населення загалом. Однією з причин, що призводять до вимушеного переселення, лежить «екстремальний стрес» – коли перед людиною постає проблема боротьби з надскладними життєвими обставинами, що знаходяться

на межі її адаптивних можливостей. При цьому саме висока інтенсивність відчуття небезпеки, загрози для життя людини, визначають виражене прагнення подолати труднощі, що виникли. Вимушене переселення призводить до різкого зниження соціально-економічного статусу, труднощів адаптації, серйозних проблем у стосунках із місцевим населенням, що стає предиктором порушень психічного здоров'я ВПО [10-12].

Проведені дослідження показали, що ризик трансформації донозологічних проявів психічної дезадаптації в клінічно оформлені невротичні та пов'язані зі стресом розлади, при відсутності профілактичних і корекційних заходів зростає в 2,7 разів [13].

Саме тому є потреба в розробці освітянських та психосоціальних оздоровчих програм втручаннях задля підтримки і поліпшення стану громадського здоров'я, мобілізації розумових ресурсів, полегшення індивідуального страждання і покращення функціонування особистості [14-15].

### **Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.**

Дисертаційна робота є фрагментом науково-дослідної роботи, що виконувалась на кафедрі психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету «Розробка системи діагностичних, психокорекційних, лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для хворих з непсихотичними розладами та членів їх родин», № держреєстрації 0118U001281, термін виконання 01.01.2018 - 30.11.2021 рр.

### **Мета дослідження:**

На основі аналізу клініко-психопатологічних особливостей розладів адаптації у студентів закладів медичної освіти, що перенесли психоемоційний стрес, і оцінки їх клініко-анамнестичних, соціально-демографічних й індивідуально-психологічних характеристик розробити програму профілактики та комплексної диференційованої поетапної системи корекції цих розладів.

### **Завдання дослідження:**

1. Вивчити клініко-психопатологічні особливості розладів адаптації у студентів, що перенесли психоемоційний стрес, та визначити їх структуру.



2. Проаналізувати клініко-анамнестичні дані та дослідити соціально-демографічні характеристики студентів, що перенесли психоемоційний стрес.

3. Визначити індивідуально-психологічні особливості студентів, що перенесли психоемоційний стрес.

4. Дослідити якість життя студентів, що перенесли психоемоційний стрес.

5. Провести кореляційний аналіз міжінтегральних зв'язків клініко-психопатологічних особливостей розладів адаптації та індивідуально-психологічних характеристик студентів, що перенесли психоемоційний стрес.

6. Розробити програму профілактики і комплексну диференційовану поетапну систему корекції розладів адаптації у студентів, що перенесли психоемоційний стрес, та оцінити їх ефективність.

**Об'єкт дослідження:** розлади адаптації у студентів закладів медичної освіти, що перенесли психоемоційний стрес.

**Предмет дослідження:** клініко-психопатологічні особливості розладів адаптації, клініко-анамнестичні, соціально-демографічні, індивідуально-психологічні характеристики та якість життя студентів, що перенесли психоемоційний стрес.

**Методи дослідження:** клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний, доповнений психометричними шкалами, соціально-демографічний, статистичний.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Вперше вивчені і проаналізовані клініко-психопатологічні особливості РА.

Визначено клініко-анамнестичні, соціально-демографічні й індивідуально-психологічні характеристики студентів, що перенесли психоемоційний стрес.

Вперше досліджено якість життя студентів, що перенесли психоемоційний стрес, проаналізовано провідні фактори, що впливають на окремі сфери благополуччя та досліджено інтегративний показник якості життя вищезначеного контингенту осіб.

Вперше проведено кореляційний аналіз міжінтегральних зв'язків клініко-психопатологічних особливостей розладів адаптації та індивідуально-психологічних характеристик студентів, що перенесли психоемоційний стрес.

На підставі комплексного аналізу клінічних та індивідуально-психологічних особливостей розроблено і впроваджено в практику охорони здоров'я програму профілактики та комплексну поетапну диференційовану систему корекції РА у студентів, що перенесли психоемоційний стрес та доведена їх ефективність.

### **Практичне значення отриманих результатів, впровадження їх у практику.**

Для практичної сфери охорони здоров'я вагомим значенням має програма профілактики та комплексна диференційована поетапна система корекції розладів адаптації у студентів, що перенесли психоемоційний стрес, які базуються на визначенні їх клініко-психопатологічних і індивідуально-психологічних характеристиках та аспектах якості життя.

Важливого значення набуває чітке визначення етапності і диференційованості психокорекційного процесу та визначення основних мішеней корекційних та профілактичних заходів.

Визначені стратегії профілактики розладів адаптації у студентів, що перенесли психоемоційний стрес, обґрунтована їх послідовність та методична змістовна наповненість.

Практичну значущість розроблені профілактичні та корекційні заходи мають не лише для лікарів-психіатрів, клінічних психологів, а й для лікарів первинної ланки охорони здоров'я для своєчасного раннього виявлення ними студентів з високою вірогідністю розвитку розладів адаптації.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертантом одноосібно проаналізована література за визначеною темою та виконано інформаційно-патентний пошук.

Автором було особисто проведено клініко-психопатологічні, клініко-анамнестичні, психодіагностичні дослідження та інтерпретація отриманих результатів. Первинний матеріал повністю зібраний автором, самостійно виконана його систематизація, статистичний та клініко-інформаційний аналіз, узагальнено закономірності.

Автором самостійно написано текст дисертації, проведено аналіз отриманих результатів, сформульовані висновки та практичні рекомендації, що впливають з результатів цього дослідження.

Дисертанту належить головна роль у підготовці наукових публікацій, виступах з доповідями на конференціях та симпозиумах.

**Апробація матеріалів дисертації.** Основні положення дисертації були повідомлені та обговорені на науково-практичній конференції з міжнародною участю «Гендерні та вікові аспекти надання психіатричної допомоги» (15 – 16 травня 2019 р., м. Харків), науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психіатрія, наркологія, клінічна психологія та загальна медична практика: міждисциплінарні питання сучасності» (22 – 23 квітня 2021 р., м. Київ), науково-практичній конференції з міжнародною участю «Якість медичних послуг в сфері психічного здоров'я» (20 – 21 травня 2021 р., м. Харків), науково-практичному симпозиумі з міжнародною участю «Персоніфіковані підходи щодо неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги» (7 – 8 жовтня 2021 р., м. Харків), V міжнародній науково-практичній конференції “Modern scientific research: achievements, innovations and development prospects” (24 – 26 жовтня 2021 р., м. Берлін, Німеччина), XV Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини», (19 листопада 2021 р., м. Запоріжжя), науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психіатрія, наркологія, клінічна психологія та загальна медична практика: міждисциплінарні питання сучасності» (21 – 22 квітня 2022 р., м. Київ), VI Національному конгресі неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологія, психіатрія та наркологія у сучасному світі: глобальні виклики та шляхи розвитку» (6 – 7 жовтня 2022 р., м. Харків), X міжнародній науково-практичній конференції “Modern research in world science”. (25 – 27 грудень 2022 р., м. Львів), IV міжнародній науково-практичній конференції “Progressive research in the modern world” (28 – 30 грудень 2022 р., Бостон, США).

**Публікації.** За темою дисертації опубліковано 14 наукових робіт, з яких 11 одноосібних; у тому числі 4 статті, з них – 2 статті у фахових наукових виданнях,

затверджених МОН України; 2 статті (англійською мовою) - в журналі, який індексований в міжнародній науковій базі Web of Science; 6 стендових доповідей у матеріалах наукових конференцій, 1 тези доповідей у матеріалах іноземної міжнародної науково-практичної конференції (Німеччина), 1 тези доповідей у матеріалах міжнародної науково-практичної конференції (Україна), 1 стаття у матеріалах іноземної міжнародної науково-практичної конференції (США), 1 тези доповідей у матеріалах національного конгресу.

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертація викладена на 250 сторінках друкованого тексту, складається з вступу, огляду літератури, розділів з результатами власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів, висновків, практичних рекомендацій, переліку літератури, що містить 268 посилання, чотири додатки. Робота ілюстрована 45 таблицями, 29 рисунками, 34 з яких розміщені на окремих сторінках. Бібліографія включає 268 джерел, з яких латиницею - 104.

# РОЗДІЛ 1

## СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ ТА ТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЇХ КОРЕКЦІЇ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

### 1.1. Теоретичний аналіз проблеми стресу в сучасних наукових дослідженнях

Згідно дослідження глобального тягаря хвороб (Global Burden of Disease — GBD) на розлади психічного здоров'я в світі припадає 12%, в тому разі серед найбільш продуктивної групи населення, а складова економічного тягаря психічних розладів і частина непрямих втрат у 2-6 разів перевищує прямі витрати на їх лікування [16, 17, 18]. Особливої уваги суспільства та фахівців потребують періоди військових протистоянь, періодів соціальних криз, різних стихійних і техногенних катастроф, що сьогодні є вкрай актуальним для України.

Забезпечення надання інтегрованої та доступної допомоги з охорони психічного здоров'я - одна із провідних складових Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року [19]. За узагальненими оцінками 61% чоловіків і 51% жінок в Україні переживають у своєму житті хоча б одну травматичну подію, 25-50 % населення – дві або більше психологічних травм, а зростання розладів психіки та поведінки у відповідь на психічні травми та стрес прогнозується і надалі [20].

Поняття «стрес» у сучасній науковій літературі застосовується, щонайменше, у трьох значеннях. По-перше, його можна визначити як напругу або збудження під впливом зовнішніх стимулів або подій [25]. По-друге, він відображає внутрішній психічний стан напруги і збудження, емоції, захисні реакції і процеси подолання, тобто стрес можна віднести до суб'єктивної реакції організму [26]. По-третє, стрес є фізичною реакцією організму на визначену вимогу або шкідливий вплив, функцією якої є, ймовірно, підтримка поведінкових дій і психічних процесів щодо подолання цього стану [27].

Певна плутанина має місце в поняттях і термінах, отже первинний науковий сенс терміну "стрес" у останні десятиліття піддався змінам: він почав застосовуватися переважно до несприятливих, драматичних подій, а не тільки до реакції на зміни середовища [56].

В дослідженнях, що стосуються вивченню психологічного стресу, простежуються спроби кореляції його психічних і фізіологічних компонентів. [28]. В роботах Р. Лазаруса, Р. Ланьєр, психологічний стрес визначений як реакція людини на особливості взаємодії між особою і навколишнім світом [29]. Психологічний стрес інтерпретується не лише як реакція, але й як процес, в якому вимоги середовища розглядаються особистістю виходячи з її ресурсів і вірогідності вирішення виникаючої проблемної ситуації [26]. З іншого боку, психологічний стрес - це функціональний стан організму і психіки, який характеризується істотними порушеннями біохімічного, фізіологічного, психічного статусу людини і його поведінки в результаті дії екстремальних чинників психогенної природи (загроза, небезпека, складність або шкідливість умов життя і діяльності) " [30].

Відповідно до сучасних підходів до розуміння видів стресу (В.В. Бодров, Ю.В. Щербатих, Д.Н. Ісаєв), психологічний стрес можна розділити на емоційний, інформаційний та організаційний. На думку К.В. Судакова, емоційний стрес - стан яскраво вираженого психоемоційного переживання людиною конфліктних життєвих ситуацій, які гостро або тривало обмежують задоволення його соціальних або біологічних потреб. Цей термін нерідко зв'язують зі станами, що розвиваються як наслідок тривалої або повторної емоційної напруги, стан на межі патології, психічної дезадаптації [28].

В цілому, зміст терміну "емоційний стрес" включає як первинні емоційні і поведінкові реакції на екстремальні дії біологічного або соціального середовища, так і фізіологічні механізми, що лежать в їх основі. Емоційні прояви стресу в першу чергу змінюють характеристики загального емоційного фону особистості, які набувають негативного, песимістичного відтінку (дратівливість, депресивність, агресія, гнів, можливі афективні стани) [26]. За наявності несприятливих передумов ендогенного і екзогенного характеру, вищеописані сценарії можуть вийти за межі психологічної

норми і набути рис психопатології. Аналіз різноманіття стресів дозволив розподілити їх за низкою ознак і розробити типологію стресових ситуацій (Л.М. Юр'єва, 2002) (рис. 1.1):

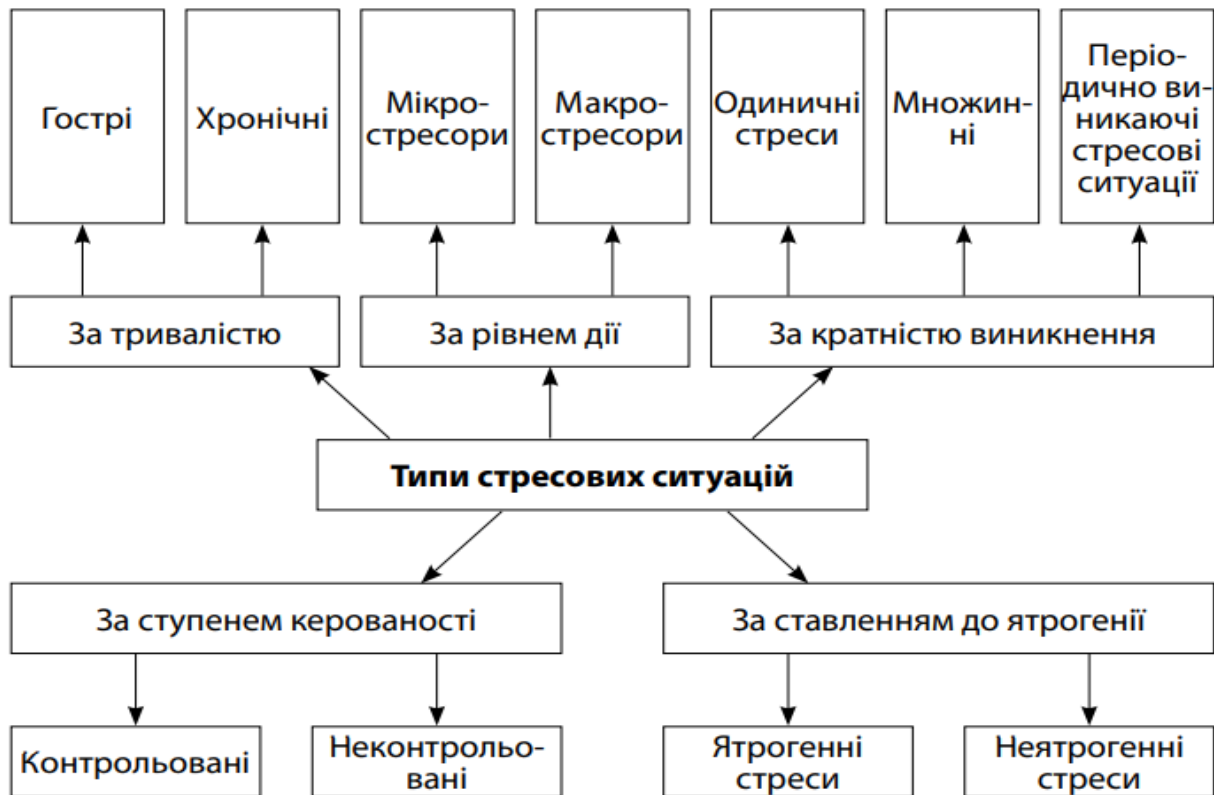


Рис. 1.1. Типологія стресових ситуацій (Л.М. Юр'єва, 2002)

Протягом останніх десятиліть збільшилась кількість наукових робіт, присвячених впливу на психіку людини екстремальних подій – війн, природних катастроф, терористичних актів, стихійних лих тощо, які призводять не лише до значних людських, і економічних втрат, але й до зростання соціальної напруги в суспільстві [31, 32, 33, 34, 35, 36].

Проблему виникнення травматичного стресу вивчали вітчизняні і закордонні науковці, а саме: А. Кардінер, А. Меркер, В. Конторович, В. Петрухін, В. Ромек, Г. Сельє, Дж. Мітчел, К. Калмикова, З. Фрейд, М. Горовіц, М. Падун, Н. Ласко, Н. Тарабріна, Р. Яноф-Бурман, тощо. Загальновідомими є наукові доробки в галузі вивчення механізмів розвитку стресу та стресових розладів (М. Горовіц, Л. Китаєв-Смик, Р. Лазарус); впровадження в практику технологій діагностики та подолання цих проблем (І. Котеньов, В. Лисенко, О. Морозов, В. Омелянович, Н. Тарабріна, О.

Тімченко, С. Яковенко) [37, 38, 39, 40, 41]. У контексті стресового розладу важливим аспектом є усвідомлення наявності психологічної травми. [42]. Затяжна, хронічна психологічна криза несе в собі небезпеку вираженої соціальної дезадаптації, суїциду, появи психічного або психосоматичного захворювання. Так, до факторів, що сприяють посиленню впливу психотравми, відносять:

- особливості самого травматичного випадку — раптовість, відсутність схожого досвіду, тривалість, брак контролю, горе і втрата, постійні зміни, бачення смерті, моральна невпевненість (відсутність власної витримки), поведінка під час події (почуття провини, підвладність поведінки), масштаб руйнувань;
- стан захисних сил особистості — стресостійкість, вік, рівень розумового розвитку, особистісна активність, фізіологічний стан людини в момент травми, наявність психічної або соматичної хвороби;
- відсутність психологічної підтримки оточуючих, а також дітей своїми батьками;
- наявність психотравматичного досвіду, ідентифікація себе з жертвою, особливості соціального оточення, одночасний вплив багатьох стресових факторів (наприклад, захоплення, відсутність їжі і води, приниження, насильство);
- невизначеність наслідків впливу стресу;
- порушення сну;
- порушення харчування [43].

Таким чином, аналіз літературних даних свідчить про те, що поняття "стрес" застосовується не завжди обґрунтовано, іноді цим терміном підміняються інші близькі за змістом термінологічні визначення. Неоднозначність розуміння феномену стресу і розбіжності в поглядах при класифікації його видів призводить до неспівпадіння трактувань явищ, що вивчаються, суперечності отриманих даних, відсутності чітких критеріїв щодо їх інтерпретації та використанню неадекватних методичних прийомів дослідження.



## **1.2. Розлад адаптації як діагностична категорія, проблема визначеності терміну. Поширеність розладів адаптації в світі.**

Як діагностична категорія, розлад адаптації (adjustment disorder) з'явилася в DSM в 1968 році [46]. В англomовній літературі раніше використовувався термін "скороминущі ситуаційні розлади" [46, 47, 48]. У поточній версії ICD (МКХ-10) діагноз розлад адаптації (РА) віднесений до рубрики розладів, пов'язаних із стресом (stress-related disorders) [49, 50]. У DSM IV і V, РА виділений в окрему рубрику, але описується як психічний розлад, в патогенезі якого стрес відіграє важливу роль [47, 48, 51, 52]. В українomовній науковій літературі для позначення досліджуваної діагностичної одиниці використовуються терміни "адаптаційний розлад", "розлад адаптації" як повні синоніми.

В англomовній літературі для позначення цього психічного феномену використовується термін "розлад пристосування" ("adjustment disorder") [53], і нерідко можна зустріти такі терміни як "недостатня пристосовність" ("maladjustment"), "проблеми пристосування" ("adjustment problems"), "труднощі пристосування" ("adjustment difficulties").

За думкою І.В. Гореликова [54], етимологічно слова "пристосування" (adjustment) і "адаптація" (adaptation) несуть різні відтінки значень. Термін "adjustment" більшою мірою несе значення соціального пристосування, тоді як "adaptation" - біологічного. Ще одним смисловим відтінком слова "adjustment" можна вважати те, що воно більшою мірою відбиває процес пристосування по відношенню до особистісних ситуацій і вимог, тоді як "адаптація" (adaptation) - до глобальних цілей [54]. Зупиняючись на використанні термінів "розлад" [53] і "порушення" [55] в контексті адаптації - ці терміни етимологічно близькі, але не ідентичні.

Орієнтуючись на Керівництво до МКХ-10 [50], рекомендоване Асоціацією психіатрів України, у дослідженні ми використовуємо термін "розлади адаптації" і "адаптаційні розлади" як повні синоніми.

Для оцінки РА дослідниками цього феномену були запропоновані різні діагностичні моделі – такі як, модель "передхворобливих станів" [57, 58, 59, 60], або "передневротичних станів" [61, 62], або "непатологічних ситуаційних реакцій" [63],

або "станів психічної дезадаптації" [64], які не містили чітких критеріїв і були уразливі з практичної точки зору. Ряд авторів розглядали їх як крайні варіанти норми [64, 66], в той час як інші - як початкову стадію психічного захворювання [65].

На наступних етапах розвитку науки, базуючись на ідеях В. Кеннона і К. Бернара, Г. Сельє у 1936 р. опублікував свою першу працю про загальний адаптаційний синдром [21, 22, 23]. На думку критиків його концепції, Г. Сельє визначив особливості адаптації лише для грубих подразників, що є забезпечує неспецифічну адаптацію, втім справжня адаптація до стресорів, на думку Б. Гоулдстона, настає тільки тоді, коли людина навчається вправлятися зі стресорами [24]. Щодо порушень адаптації, то – це стан суб'єктивного дистресу і емоційного розладу, що формує труднощі для суспільної діяльності і повсякденної активності, і виникає у період адаптації до значних змін в житті або стресових подій. Стрессова подія може порушити цілісність соціальних зв'язків (важка втрата, розлука) або широку систему соціальної підтримки і цінностей (міграція, статус біженця) чи представляти широкий діапазон змін та криз у житті (вступ до школи, набуття статусу батьків, невдача в досягненні заповітної особистої мети, вихід на пенсію). Індивідуальна схильність або вразливість грають важливу роль у ризику виникнення і формах прояву розладів пристосувальних реакцій, проте дослідниками не допускається можливість виникнення таких розладів без фактору, що травмує.

Непатологічні адаптаційні порушення, що визначають підвищений ризик розвитку клінічно значимих психічних розладів, у більшості випадків, залишаються поза увагою фахівців психіатричної служби. Точні дані про епідеміологію адаптаційних невротичних розладів упродовж останніх десятиліть є суперечливими, зважаючи на різні діагностичні підходи [44, 45]. РА вважаються одними з найсуперечливіших розладів за спектром невротичних станів. [66], а визначення, що пропонувалися різними авторами, були нечіткими, розпливчатими і неспецифічними або перетиналися з критеріями інших діагностичних одиниць. При цьому в діагностичних критеріях зазначалось, що це - легкі або скороминущі непсихотичні розлади, які тривають довше за гострі реакції на стресову ситуацію у осіб будь-якого віку, за умови виключення психічного розладу, що передував їм. Варто відмітити, що

також не були чітко визначені ні вираженість психічних порушень, ні тривалість розладу.

Група дослідників під керівництвом D.J. Kupfer, при розробці діагностичних критеріїв для класифікації DSM-V, замість РА пропонували ввести термінологічне поняття "Розлади стосунків" (relational disorders), в межах якого в першу чергу є необхідність психотерапевтичній допомоги, що не дозволяє сформулювати прогностичні уявлення про розвиток розладу. Інші, наприклад Р. Casey, вважають, що сам факт звернення осіб, яким встановлюють діагноз РА, до лікарів-психіатрів, автоматично переносить рішення соціальних проблем в площину медичної моделі і позбавляє їх можливості отримання допомоги від інших фахівців (соціальні працівники, служби зайнятості та ін.), які можуть і повинні допомагати ефективніше без формування психіатричної стигми [65].

Враховуючи відсутність досліджень, які проводилися відносно РА, при складанні DSM-V, діагностичні критерії залишилися практично незмінними в порівнянні з попередньою версією [67, 69]. У DSM-V наразі немає ніяких вказівок відносно того, які симптоми можуть спостерігатися при дистресі [69].

Відсутність зрозумілих діагностичних критеріїв призводить до проблеми прогнозування розвитку РА. У пацієнтів зі встановленим діагнозом РА, які 3 місяці знаходилися в стресовій ситуації, через 12 місяців після початку захворювання в 2,67 разу частіше виявлялися критерії важчого психічного розладу (включаючи посттравматичний стресовий розлад, великий депресивний розлад і генералізований тривожний розлад) в порівнянні з тими, хто знаходився в стані стресу менше 3-х місяців [69]. Крім того, тривалість РА у 34,6% обстежуваних зберігалася впродовж 12 місяців і більше.

A. Maercker, C. Brewin, R. Bryant, et al. [70], що входили до робочої групи з підготовки діагностичних критеріїв нової редакції МКХ-11, вважали що РА як і раніше є "погано описаною областю психопатології, в якій клінічними проявами можуть бути різноманітні симптоми при відносній відсутності розмежувальних ознак". Категорія РА продовжує розглядатися як та, що складається з групи підпорогових розладів, пов'язаних з провокувальною подією або ситуацією. [71, 66].

Найбільш суттєва відмінність діагностичного визначення РА за МКХ-11 — наявність симптомів заклопотаності стресором і його наслідків у вигляді нав'язливих роздумів, надмірного занепокоєння і/або тривожних думок, що повторюються.

Невизначеність в діагностичних критеріях РА призвела до того, що упродовж усього періоду існування цього діагнозу не було розроблено будь якої адекватної стандартизованої методики психопатологічної діагностики і оцінки тяжкості стану обстежуваних. Часто використовувані в клінічній практиці міжнародні клінічні інтерв'ю, такі як "Структуроване міжнародне діагностичне інтерв'ю" і "Коротке міжнародне нейропсихіатричне інтерв'ю" [72], - не забезпечували оцінки виразності психопатологічних симптомів. Розв'язати цю проблему намагались за допомогою створення окремої методики для діагностики тільки РА - діагностичне інтерв'ю для розладу адаптації (Diagnostic Interview for Adjustment Disorder, DIAD), ґрунтоване на критеріях DSM-V, проте методика через її відповідність лише критеріям DSM-V широко не використовується, дані про її валідність в реальних умовах не опубліковані [66].

Для РА за діагностичними критеріями МКХ-11 був розроблений новий модуль Adjustment Disorder - New Module (ADNM) у вигляді клінічного структурованого інтерв'ю і самоопитувальника. Пропозиція, яку А. Maercker, С. Brewin, R. Bryant, et al. готували для МКХ-11, сфокусовано на тому, що РА є реакцією недостатньої адаптації на психосоціальний стресор, що ідентифікується, або зміну способу життя. [73].

Автори відмічають, що докази валідності або клінічної утилітарності підтипів РА, описаних в МКХ-10, відсутні, у зв'язку з цим вони видалені з МКХ-11, через те, що підтипи можуть вводити клініцистів в оману за рахунок приділення особливої уваги домінуючому змісту дистреса, затуляючи тим самим спільність цих розладів. [74]. Характерною особливістю РА є суміш емоційних і поведінкових симптомів [71]. Так, у рубриці F43 "Реакція на важкий стрес і розлади адаптації", що відноситься до розділу F40-F48 "Невротичні, пов'язані із стресом і соматоформні розлади" мова йдеться тільки про розлади, стрес для яких є обов'язковою і специфічною причиною їх розвитку. Спробою підкреслити цей момент в проекті МКХ-11 стало введення

терміну "disorders specifically associated with stress", який, ймовірно, найточніше можна перекласти на українську мову, як "розлади, безпосередньо пов'язані зі стресом" чи "стрес-асоційовані" [75].

Закономірно, що існуючі діагностичні проблеми РА впливають і на оцінку ефективності його лікування. На сьогодні не так багато опублікованих системних аналізів ефективності лікування РА. У роботі колективу під керівництвом O'Donnell (2018) [76] було показано, що ефективність 29 досліджень результатів фармакологічного і психотерапевтичного лікування, виконаних у відповідності з рекомендаціями GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation), оцінювалася як "низька" або "дуже низька".

Значні труднощі діагностики РА [77] обумовлені чималою різноманітністю клінічної картини у різних пацієнтів [78, 79, 80]. У літературі описані клінічні форми з переважанням психовегетативних та астенічних розладів [81, 82]; РА, в клінічній картині яких можуть домінувати гнівливі, агресивні реакції, прояви негативізму, поведінкові порушення тощо [83, 84]. Проте зазвичай дослідники виділяють наявність психопатологічних симптоматичних проявів та пов'язаних з ними проявів синдрому вегетативної дисфункції [85, 86].

Відзначається, що в різних хворих прояви психічного розладу та його вираженість суттєво варіюють. Зазвичай, визначають тривожний та/або депресивний синдроми з мотиваційними розладами [87, 88] та симптомокомплекс вегетативної відповіді на стрес [89, 90].

Відсутність єдиних діагностичних уявлень про РА, приводить і до утруднення оцінки розповсюдженості цього розладу (як і взагалі розладів, пов'язаних із стресом) в популяції [69]. Так в Швеції на рівні первинної медико-санітарної допомоги поширеність РА становила 9,2% від усієї кількості пацієнтів з психічними розладами. У Фінляндії, Ірландії і Норвегії, розповсюдженість РА коливалася від 0,2 до 1,0%; у Німеччині — 2,0%, серед літнього населення Швейцарії — 2,3%; при аналізі медико-санітарної допомоги в Іспанії — 2,9%. Австралійські дослідники повідомляють, що серед обстежених, що перенесли серйозну психологічну травму, доля осіб з РА склала 18,9% через 3 місяці після дії стресора і 16,3% через 12 місяців. Результати оцінки

поширеності та епідеміології РА в країнах світу відрізняються, що пояснюється різними вживаними в дослідженнях діагностичними системами (DSM і ICD), а також тим, що, найбільш важливі показники епідеміології психічних розладів – хворобливість (prevalence) і захворюваність (incidence) представниками різних психіатричних шкіл трактуються і розуміються по-різному.

Оцінка стану психічного здоров'я населення Європи, що здійснена ECNP (The European College of Neuropsychopharmacology), свідчить про те, що поширеність межових розладів (до яких відноситься РА) різко зростає. Показник втрачених років потенційного життя від хвороб, внаслідок виникнення межових розладів, за оцінкою ВООЗ, за останні десятиріччя зріс майже в двічі з 8% (1993) до 15% (2020) та продовжує зростати [91].

Поширеність РА в популяції складає від 1,1-2,6 до 250-300 випадків на 1000 населення [92], а частота їх виявлення у пацієнтів різних вікових категорій, професійних і гендерних груп істотно варіює від 1% до 24% [20, 46, 71, 93, 94], та на рівні 5-20% [53, 66], 2-8% [95]. Серед пацієнтів з непсихотичними психічними розладами, РА виявляються в 28,1% випадків [96], в 26,5% випадків серед осіб, що вчинили парасуїцид [97] та в 77,2% випадків серед військовослужбовців, що отримали бойову травму [98].

Різниця в оцінці результатів епідеміологічних досліджень пояснюється поліморфним характером нозографічної категорії [99], складнощами діагностики РА [100, 101], специфікою контингентів, серед яких проводились дослідження [99, 102, 103], відмінністю діагностичних критеріїв [104] та недостатньою визначеністю самого поняття РА [66, 105].

Таким чином, високі показники поширеності РА в популяції і наявні негативні наслідки розвитку цієї патології для стану психічного здоров'я, що поєднуються сьогодні з відсутністю єдиного клінічного підходу до діагностики РА, не тільки актуалізують обраний нами напрямок дисертаційного дослідження, але й дозволяють обґрунтувати мету та задачі подальшої роботи.

### **1.3. Сучасні погляди на проблему психічного здоров'я студентів закладів освіти. Вплив психоемоційного стресу на розвиток дезадаптивних розладів**

Згідно Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) одним з пріоритетних напрямків діяльності у XXI сторіччі є проблема здоров'я осіб молодого віку [106, 107, 108, 109, 110], робота з якими вимагає врахування їх особливостей – а саме, соціального, психологічного стану та економічного статусу. Зазвичай, відсутність необхідної кількості адекватної інформації та досвіду, наявність відмінностей за духовним та фізичним розвитком від дорослої людини, емоційна, юридична та фінансова залежність від батьків, робить осіб молодого віку вразливими до впливу негативних чинників [111, 112, 113, 114], які, апріорі, погіршують здоров'я молоді [115, 116, 117, 118, 119, 120, 121], при цьому рівень захворюваності у віці від 19 до 25 років практично подвоюється [122]. Студентський вік – це особливий період, що характеризується розвитком особистості, «кризовою насиченістю», екзаменаційним стресом, проблемами віку, усвідомленням сенсу професійної діяльності, самореалізацією і самоактуалізацією [123, 124, 125, 126].

Отримання освіти у закладах вищої та передвищої освіти у сучасних умовах відноситься до специфічного виду діяльності, яка пов'язана з високим рівнем психічних і фізичних навантажень, що вкрай зростають у сесійний період; формує у студентів необхідність засвоювати в стислий термін великий обсяг інформації та характеризується підвищеними вимогами до вирішення проблемних ситуацій, суворим контролем і регламентацією режиму [127, 128].

Пристосування до процесу навчання у студентів визначається сукупністю мікросоціальних факторів, специфічністю вікового періоду, що відрізняється кризовою насиченістю, глибокою психологічною переорієнтацією особистості, при відсутності конструктивного досвіду виходу із кризової ситуації [129, 130, 131].

Значна напруга компенсаторно-приспосувальних систем організму студентів супроводжує адаптацію до комплексу нових факторів, специфічних для вищої школи, при цьому недосконалість психофізіологічних систем може призводити до зриву процесу адаптації й розвитку цілого ряду захворювань, у тому числі психічних [132, 133, 134, 135]. Велика кількість досліджень присвячена різноманітним аспектам

психічного здоров'я студентів. Однак варто зазначити, що в більшості робіт аналізуються непатологічні дезадаптивні реакції, пов'язані із ситуаціями навчання [140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147]. Непсихотичні психічні розлади є однією з основних причин зниження працездатності та успішності студентів та часто приводять до академічних відпусток або відрахувань [148, 149].

До основних причин розвитку неспсихотичних психічних розладах у студентів виділяють труднощі адаптації до нової мікросоціального середовища, високий рівень вимог, що висуваються до психіки студентів у процесі навчальної діяльності [150, 151]. Розвиток неспсихотичних психічних розладів посилюється різними психологічними кризами:

- кризи професійного вибору, коли свідомий вибір професії відбувається вже після початку навчання у вузі за іншою спеціальністю;
- кризи, пов'язані з відносинами в батьківській родині, які характерні як для студентів зі зрілою особистістю і тенденцією до самостійності, що обмежені матеріальною залежністю від батьків, так і для емоційно-залежних молодих людей;
- кризи сексуальних відносин, що виникають у зв'язку із зростанням статевого потягу при обмежених можливостях створити і матеріально підтримувати свою сім'ю, кризи, пов'язані з розчаруванням у романтичних відносинах;
- кризові ситуації в академічній діяльності, пов'язані з початком та закінченням навчання у вузі, академічною успішністю, ситуацією розподілу [4, 152, 153, 154].

Для осіб молодого віку найбільш патогенними соціально-психологічними факторами ризику виникнення психічних розладів є втрата родини, неправильна стратегія виховання, різка зміна способу життя, а найбільш значимими біологічними факторами виступають генетична обумовленість психічних захворювань й патологічно змінене підґрунтя особистості [151].

Аналізуючи причини неспсихотичних психічних розладів, що мають відношення до навчальної ситуації, автори [4, 136, 151, 155, 156, 157], поряд з академічною неуспішністю, невдалою задачею іспитів, вказують на провідну роль фактора перевтоми, підґрунтям якої є: недостатність шкільної підготовки до вступу у



ЗВО, тривала перерва в навчанні, вік прийому абітурієнтів, збільшення показників хворобливості й захворюваності пропорційно віку, відсутність навичок систематичної інтелектуальної праці, і здорового способу життя [67, 158, 159], що обумовлює інтенсивну, нічну працю, роботу з ліквідації академічної заборгованості, особливо в період заліків, з різким збільшенням розумового напруження.

Відмічено взаємозв'язок між клінічними особливостями перебігу психічних розладів у студентів та умовами, що їх викликають (М.А. Цивілько, М.А. Ільїна). При переважній дії облігатних чинників, тобто зміні соціокультуральних та кліматогеографічних умов, прояви в більшості випадків обмежувалися астенічною симптоматикою й вегетативними кризами. При поєднаній дії облігатних і факультативних (психотравмуючих) факторів клінічна картина психічних розладів була більш різноманітною: відмічалася астенічна, вегетативна, депресивна, істерична, obsesивно-фобічна симптоматика. При переважній дії факультативних чинників, непсихотичні психічні розлади протікали по типу психогенії [160].

Вивченню невротичних розладів і дезадаптивних реакцій, викликаних екзаменаційним стресом, присвячена велика кількість публікацій. Отримано переконливі докази того, що екзаменаційний стрес впливає на нервову, серцево-судинну й імунну системи студентів [26, 48, 79, 121, 134, 161], а також може бути пусковим чинником реактивної депресії [160]. Багато авторів вивчали роль особливостей особистості студентів, що лімітують можливість їх навчання й опосередковано впливають на психосоматичний статус. Згідно досліджень І.Л. Левиної встановлено, що наявність парціального психічного інфантилізму, навіть при мінімальному розумовому навантаженні або емоційній напрузі, сприяє розвитку астенічного стану з вираженим фізичним компонентом астенії [162]. Найбільший ризик виникнення психічних захворювань у досліджуваній студентській популяції зустрічається на молодших курсах, [163, 164, 166, 167] досягаючи максимуму до 3 курсу. [169]. Кількість досліджень по проблемі дезадаптації, невротизації студентства із психологічних і соціально-психологічних позицій за останні роки зросло [95, 97, 99, 168, 169, 170]. Мінливий соціальний і економічний рівень життя та зміни, що

відбуваються в системі освіти обумовлюють ріст кількості публікацій за означеною проблемою.

Активна інтеграція українського суспільства до Європейської співдружності визначили необхідність глибокого реформування системи освіти в цілому, і зокрема, галузі підготовки медичних кадрів [8, 133, 171]. Зниження рівня здоров'я студентів протягом професійного навчання є головною медичною та соціально-економічною проблемою даного виду діяльності молоді, що несприятливо позначається на ефективності їх майбутньої професійної діяльності [172, 173, 174].

У роботах вітчизняних і закордонних авторів, присвячених вивченню проблем психічного здоров'я студентів, вказується на високу поширеність психічних порушень [175, 176, 177, 178], при цьому, порушення адаптації є тригером для виникнення психічних розладів у студентів [4, 118]. В студентській популяції в загальній структурі психічної захворюваності переважають несприятливі психічні розлади, поширеність яких варіює від 5,8% до 61,35% [179], та в структурі яких мають місце невротичні розлади, реакції дезадаптації, афективні розлади, розлади особистості, психопатоподібні порушення, психосоматичні захворювання, реакції екзаменаційного стресу [180, 181].

Високий рівень тривожності студентів зазначається багатьма дослідниками [187, 188]. За даними С.А. Батримбетова, 61,2% студентів відчуває почуття тривоги за своє майбутнє, 48,3% студентів - відзначають у себе наявність стресів і нервових перевантажень, 49,8% - труднощі в зосередженні уваги та вказують на ознаки стомлюваності при спілкуванні, на відчуття незадоволеності навчальним, особистим життям, до 50% студентів закінчують навчальний день із ознаками сильної й вираженої перевтоми [189].

У публікаціях останніх років зустрічаються нечисленні роботи, присвячені вивченню несприятливих психічних розладів у студентів медичних ЗВО [4, 183, 184, 185, 186]. В залежності від рівня психічного здоров'я за даними В.М. Сінайко студенти медицини розподіляються на наступні клінічні групи: особи з клінічно окресленими невротичними розладами, особи з психічною субадаптацією чи ризиком їхнього розвитку, та практично здорові.

За результатами клініко-епідеміологічного дослідження 1820 учнів медичного училища у віці 14-25 років у кожного третього (37,5% випадків) виявлено ознаки психічної патології невротичного регістру різного ступеню вираженості [151], а у структурі психічних розладів провідне місце займали невротичні розлади (51,69%), більше половини з яких становили порушення дохворобливого рівня. На думку М.М. Смирнова, висока поширеність невротичних розладів у студентів значною мірою обумовлена характерологічними особливостями вивчаємого контингенту, акцентуїовані особистості серед яких було виявлено в 27,73% [190] та, в більшості випадків, психогеніями, що пов'язані з навчальною діяльністю. Серед невротичних розладів у студентів найпоширенішими є РА [4, 191, 192]

В сучасних умовах в Україні проблема вимушеного переселення набуває великого значення у соціальному, економічному, політичному стані країни, впливає на показники здоров'я населення та збільшує частоту психічних розладів [193].

Внутрішньо переміщені особи (ВПО) — це особи, змушені раптово тікати зі своїх місць проживання в результаті збройного конфлікту, внутрішньої ворожнечі, систематичних порушень прав людини або стихійних лих, і переселятися на території власної країни [194, 195]. По суті, це особи, які стали жертвами локальних збройних конфліктів, зазнали психологічної травматизації, у зв'язку з чим мають специфічні клініко-психологічні характеристики переживання кризових станів. Саме тому в сучасних умовах проблема медичної допомоги та реабілітації студентів-ВПО є особливо актуальною.

За досвідом країн, які брали участь у воєнних конфліктах (США, Ізраїлю, країн Балканського півострову), фахівцями змодельована ймовірність розвитку психогенних стресових розладів в Україні на найближче десятиріччя - очікується щонайменше півмільйона осіб з соціальною дезадаптацією, делінквентною поведінкою, посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), психосоматичними розладами [197]. За спостереженнями Медичного фонду Великобританії серед вимушених переселенців на першому місці є ПТСР, потім — тривожно-депресивні розлади, панічні розлади та агорафобія [198; 199]. Мета-аналіз дослідження рівня поширеності депресії та тривоги серед 1,3 млн. ВПО продемонстрував, що цей

показник у вимушених мігрантів в два рази вищий у порівнянні з економічними мігрантами [200].

Висновки низки публікацій свідчать про взаємозв'язки між зазнаним досвідом війни та підвищеним рівнем психічних розладів через декілька років - наразі досвід Другої світової війни в Нідерландах все ще негативно впливає на психічне здоров'я людини, навіть через 50 років після її закінчення [203]. Довгострокові наслідки війни у мирних жителів в Лівані, Алжирі, Камбоджі, Ефіопії також підтверджують зв'язок між досвідом війни, вимушеною міграцією та підвищеним рівнем виникнення психічних розладів, навіть через декілька років, [204]. Виявлено ПТСР, депресію та тривожні розлади серед осіб, які пережили травматичну подію пов'язану із воєнними діями в Боснії та Герцеговині, Хорватії, Республіці Македонії, Сербії та Чорногорії [206, 207]. У дослідженнях присвячених внутрішньо переміщеним особам в світі під час збройних конфліктів (Нагорний Карабах, Абхазія, Осетія) встановлено високий рівень показників тривожних розладів, що пов'язані з віком людини, статтю, рівнем освіти, сімейним статусом, а також кількістю потенційно травматичних переживань під час війни та після війни, пройденого часу з моменту найбільш травматичної події [206; 207; 208].

Таким чином, незважаючи на значну кількість серйозних досліджень, що стосуються психологічних, педагогічних, медичних аспектів розвитку психічних порушень в осіб, які займаються напруженою розумовою працею, проблему їх ранньої діагностики в сучасних умовах не можна визнати остаточно вирішеною. В окремому складному стані знаходяться студенти-ВПО, які потребують окремої уваги фахівців та суспільства.

#### **1.4. Принципи психопрофілактики, психокорекції та психотерапії непсихотичних психічних розладів у студентів закладів освіти**

Складність питання встановлення закономірностей виникнення психічних та поведінкових розладів у студентів, оцінки їх динаміки під впливом множинних причин та ефектів підтверджується численними науковими дослідженнями з проблем визначення категорій норми, патології та їх взаємоперетворень в психіатрії [161, 185,

191, 209, 210]. Згідно з даними літературних джерел останніх років [211, 212, 213] лікувально-реабілітаційна тактика при психічних порушеннях у осіб молодого віку базується на комплексній системі корекційно-профілактичних заходів, що включає заходи, спрямовані на ранню діагностику, психопрофілактику та корекцію психічних та поведінкових розладів у студентів-медиків (табл. 1.1).

*Таблиця 1.1*

**Алгоритм основних завдань і заходів організації лікування і профілактики РА у студентів**

| <b>Етап</b>                                   | <b>Завдання</b>        | <b>Заходи</b>  | <b>Зміст завдання</b>   |
|---|------------------------|--|---|
| Підготовка                                    | Прогнозування          | Встановлення рівня співвідношення стану здоров'я потребам, що пред'являється у процесі здобуття вищої освіти | Індивідуальні прогностичні норми психічної готовності   |
| Виконання                                     | Скринінг               | Визначення поточного психічного стану у режимі реального часу  | Універсальні правила скрінінгу (згідно із критеріями МКХ-10) психічного стану   |
|   | Діагностика            | Встановлення ступеня психічних порушень  | Індивідуалізовані правила клінічної значущості корекції патології   |
| Медико-психологічна реабілітація              | Терапія і профілактика | Лікувальні і корекційні заходи по відновленню і попередженню виникнення психопатологічної симптоматики       | Індивідуалізовані програми відновлення нормального рівня функціонування.<br>Корекція фізіологічного і психічного стану за допомогою фармакологічних і нефармакологічних засобів |
| Повернення до повсякденної учбової діяльності | Атестація              | Освітнянські, дисциплінарні і психокорекційні впровадження   | Успішна учбова діяльність і ресоціалізація  |

Проблема своєчасного розпізнавання і раціональної терапії психічних розладів у осіб молодого віку в організованих контингентах може бути вирішена шляхом застосування сучасних скрінінг-технологій та моніторингу донозологічних розладів [221, 222, 223, 224]. На думку ряду авторів, проведення регулярних масових обстежень при дотриманні всіх морально-етичних норм, робить можливим визначення рівня психічного здоров'я і груп ризику [225, 226].

В публікаціях різних авторів узагальнено основні причини низької зверненості населення до фахівців психіатричного профілю, серед яких слід виділити недостатню

медичну освіченість, незрозуміння природи свого дискомфортного або хворобливого стану, традиційне для нашої культури насторожене ставлення до психіатрії, страх піддатися соціально-правовим обмеженням, недостатній розвиток самої спеціалізованої мережі, відсутність установ проміжного профілю, у яких потенційний пацієнт може отримати консультацію з психологічних проблем [219, 220].

При проведенні профілактичних і психотерапевтичних заходів відносно факторів ризику розвитку психічних розладів у підлітків та молоді необхідно приділяти увагу врегулюванню режиму праці й відпочинку, нормалізації сну, попередженню, а при їх виникненні — вирішенню психотравмуючих ситуацій; з використанням комплексу психопрофілактики, який повинен містити в собі компоненти психотерапії та психоосвіти [227, 228, 229]. Надання психіатричної й психологічної допомоги студентам, укріплення психічного здоров'я та підвищення їх стійкості до дії несприятливих факторів, пов'язаних з навчальною діяльністю, найбільш ефективно в умовах адекватного функціонування медико-психологічної служби ЗВО (Гавенко В.Л. Сінайко В.М., Соколова І.М.), а проведена психогігієнічна і психопрофілактична робота сприяє оптимізації порушених психічних функцій у студентів, підвищує їх стійкість до дії несприятливих стресогенних факторів [230, 231, 232].

Спостереження за психічним здоров'ям студентів з прогностично несприятливими ознаками та наступні профілактично-корекційні втручання потребують заходів медичного, учбово-професійного і психосоціального характеру. Слід враховувати, що допомога повинна здійснюватися в тісній взаємодії різних фахівців (медичної служби, співробітників закладів освіти, психологів)

Більшість клінічних настанов, зокрема уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. ПТСР», затверджений наказом МОЗ України від 23.02.2016. №121, наголошує на таких обов'язкових психотерапевтичних діях, як засоби першої лінії: десенсибілізація та проробка травми рухами очей (EMDR), тривала експозиція, когнітивна терапія, травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ), когнітивно-

поведінкова терапія (КПТ) і терапія керування стресом [233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240].

Сучасна концепція лікування стрес-асоційованих станів, а також попередження повторних епізодів за рахунок активізації природних механізмів адаптації і підвищення стресостійкості організму передбачає застосування ряду немедикаментозних технік. Нелікарські втручання можуть включати:

- навчання студентів навичкам подолання стресу/ копінг-стратегії, такі як, когнітивне реконструювання; креативне вирішення проблеми; тайм-менеджмент; заняття творчістю, хоббі; гумор;
- релаксійні техніки без/зі застосуванням біологічного зворотного зв'язку - прогресивне розслаблення м'язів, контрольована сигналом релаксація та управління стресом;
- розширення фізичної активності,
- дотримання режиму праці і відпочинку,
- здоровий спосіб харчування

Для проведення психокорекційних заходів фахівці також використовують соціально-психологічні тренінги з метою розвитку самосвідомості й особистісного росту студентів, розробляють та проводять програми корекції виявлених відхилень їхньої поведінки [241, 242]. За принципами групової терапії, тренінги проводяться в малих групах по 10-15 осіб, у комфортній обстановці, що сприяє формуванню відчуття психологічної безпеки [243]. Досвід клінічної роботи показує, що у більшості випадків потрібна комплексна терапія, причому її об'єм і тривалість в першу чергу залежать від переважаючої клінічної симптоматики і типу течії РА.

Основним показом до призначення антидепресантів є переважання в клінічній картині РА тривожно-депресивної або власне депресивної симптоматики. Ряд клінічних ознак дозволяє уточнити показання до призначення антидепресантів, а саме затяжний перебіг РА з депресивною симптоматикою; поглиблення депресивної симптоматики з появою в клінічній картині аутохтонної гіпотимії, явищ соматизації афекту, посилення мотиваційно-вольових і афектогенних когнітивних порушень.

На відміну рекомендацій щодо лікування пацієнтів з депресивними епізодами, при РА з депресивною симптоматикою допускається коротший курс антидепресантів у разі стабілізації психосоціальних показників [244, 245]. Найчастіше застосовують антидепресанти групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (циталопрам, пароксетин, флуоксетин, флувоксамін, сертралін), рідше фітоантидепресанти (препарати звіробою) і селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (дулоксетин, венлафаксин, милнаципран).

Призначення антидепресантів в тих випадках, коли в клінічній картині РА переважає тривожна і/або психовегетативна симптоматика може бути виправдано, якщо РА набувають протрагованого характеру, або повторюються за типом кліше; також показаннями виступають формування вторинних нозофобій і посилення іпохондричних схильностей в структурі особистості. При короткочасних (до 3 місяців) РА, клінічна картина яких в основному визначається легко і/або помірно вираженою тривожністю, психовегетативною і астеничною симптоматикою, цілком досить доповнити психотерапію застосуванням анксиолітичних засобів. При цьому доцільно дотримуватися принципу динамічного спостереження за станом хворого з приєднанням антидепресанту у разі появи або посилення депресивних проявів.

Загалом, необхідність медикаментозної корекції у студентів визначається їх вираженістю РА та особливостями психопатологічної симптоматики. У комплексі терапевтичних заходів також можливе застосування адаптогенів (екстракту родіоли рожевої, елеутерококу, настойки лимоннику й ін.), седативних засобів рослинного походження, ноотропів [165, 223, 246, 247, 248, 249].

Сучасний етап розвитку медицини, в тому числі й психіатрії, має профілактичну спрямованість, а в публікаціях останніх років широко висвітлені питання профілактики психічних розладів непсихотичного регістру [171, 250, 251].

Найважливішими принципами психопрофілактичної роботи є:

- комплексність: спрямованість усіх профілактичних заходів одночасно на особу і її оточення (соціальне середовище);
- своєчасність: здійснення заходів первинної психопрофілактики – серед здорових людей, вторинною – на ранніх етапах виникнення патології;



- активність і безперервність: усі заходи повинні здійснюватися регулярно і планомірно;
- ефективність: при проведенні будь-яких заходів психопрофілактики слід орієнтуватися на головний критерій – їх ефективність [4, 124, 174, 221, 232, 252, 253, 254, 255, 256].

Психогігієнічна та психопрофілактична робота в студентській популяції повинна бути комплексною, диференційованою та максимально наближеною до студентів [164, 165, 227, 257, 258].

Таким чином, аналіз огляду численних літературних джерел показав, що, незважаючи на велику кількість робіт, присвячених вивченню психічного здоров'я студентської молоді, проблеми ранньої діагностики, психопрофілактики, корекції та лікування РА, з позиції системного підходу, залишаються не до кінця розкритими й потребують подальшого вивчення щодо поширеності, структури, особливостей клінічних проявів, що і визначило напрямок дійсного дисертаційного дослідження.

### **Висновки до першого розділу**

Аналіз сучасної наукової літератури з проблеми психоемоційного стресу, його психопатологічних наслідків, проявів психосоціальної дезадаптації, зокрема, у студентів-здобувачів медичної освіти, свідчить про вагоме наукове й практичне значення та актуальність означеної в дисертаційному дослідженні проблеми.

Низка важливих питань, пов'язаних з особливостями діагностики, психопрофілактики, психокорекції та лікування РА у студентів, що перенесли психоемоційний стрес, залишається недостатньо вивченою, що зумовлює вагоме наукове, практичне, медичне й соціальне значення дійсного дисертаційного дослідження.

## **РОЗДІЛ 2**

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Дисертаційне дослідження було проведено на підставі передбачених заходів по забезпеченню безпеки для здоров'я пацієнта, дотримання його прав, людської гідності та морально-етичних норм відповідно до принципів GEB (1996 р.), Хельсінської декларації прав людини (World Medical Association Declaration of Helsinki, Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects) (1964 – 2000 рр.), Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04 квітня 1997 р.), Міжнародної ради медичних наукових товариств, Міжнародного кодексу медичної етики (1983 р.) та відповідних правових актів, які регламентують проведення клінічних досліджень в Україні (Наказу МОЗ України №639 від 01.10.2015 р. щодо змін у Наказі МОЗ України "Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики" від 23 вересня 2009 р. №690, Цивільного кодексу України), і було ухвалено комісією з питань біоетики Дніпровського державного медичного університету, протокол № 2 від 19.10.2022 року.

Усім студентам напередодні участі в дослідженні надавалася письмова інформація про мету та сутність дослідження; учасники були проінформовані щодо можливості залишити дослідження у будь-який час без додаткового пояснення свого рішення. До початку дослідження всі пацієнти, які пройшли скринінг і погодилися приймати участь у дослідженні, підписали інформовану згоду.

#### **2.1. Дизайн дослідження**

Впродовж 2018 - 2021 рр. дійсне дослідження проводилося на базі Дніпровського державного медичного університету (ДДМУ) і Дніпровського базового медичного коледжу (ДБМК), і відповідно до поставлених мети та завдань було структуровано в чотири етапи (рис. 2.1).

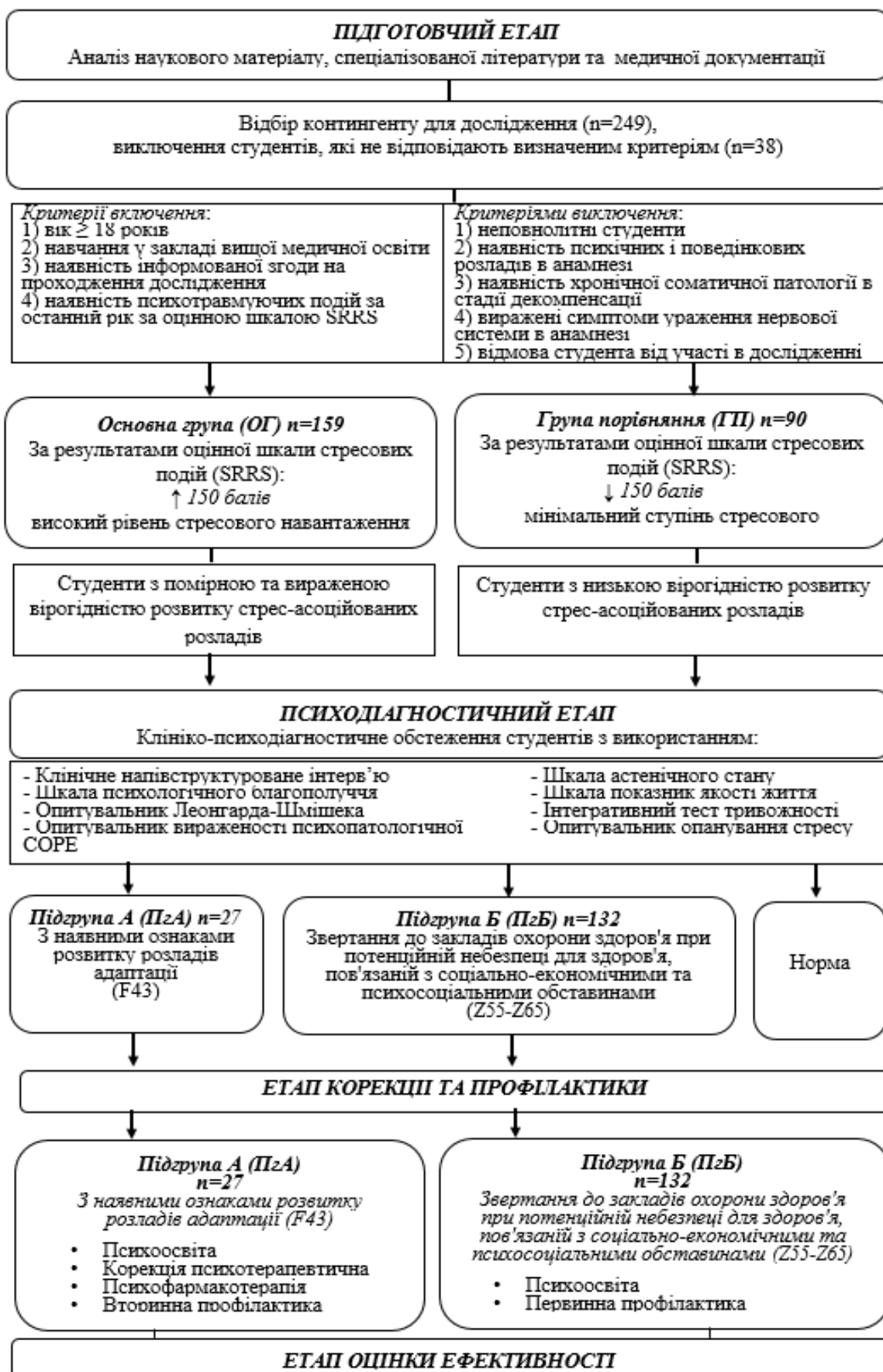


Рис. 2.1. Дизайн дослідження

Для формування груп спостереження у рамках дисертаційного дослідження нами були визначені основні критерії «включення» і «виключення».

Критерії включення:

- 1) вік  $\geq 18$  років;
- 2) навчання у закладі медичної освіти;
- 3) наявність інформованої згоди на проходження дослідження;
- 4) наявність психотравмуючих подій за останній рік за оцінною шкалою стресових подій Холмса-Раге (SRRS, Holmes T.H., Rahe R.H. 1967).

Критерії виключення:

- 1) неповнолітні студенти;
- 2) наявність психічних і поведінкових розладів в анамнезі;
- 3) наявність хронічної соматичної патології в стадії декомпенсації;
- 4) виражені симптоми ураження нервової системи в анамнезі;
- 5) відмова студента від участі в дослідженні.

Загалом за час дійсного дослідження було обстежено 287 студентів, з яких із дослідження було виключено 38 осіб, у тому числі:

- неповнолітніх студентів (вік менше 18 років) – 12;
- наявність психічних і поведінкових розладів в анамнезі – 2;
- наявність хронічної соматичної патології в стадії декомпенсації – 4;
- виражені симптоми ураження нервової системи в анамнезі – 1;
- відмова студента від участі в дослідженні – 19.

Таким чином, критеріям включення у дослідження відповідали 249 студентів, з них 186 (74,7%) студентів ДДМУ та 63 (25,3%) студента ДБМК.

На першому етапі дослідження використання структурованого (напівстандартизованого) клінічного інтерв'ю дозволило скринувати студентів за критеріями включення/виключення. За необхідності, враховуючи можливість міняти конфігурацію дій у міру потреби, з метою отримання необхідних уточнень, допускалися повторні індивідуальні бесіди зі студентами. Для досягнення поставленої мети, нами була обрана і використана в якості скринуючої стандартизована і валідізована «Оцінна шкала стресових подій Холмса-Раге» (Holmes

Т.Н., Rahe R.H., 1967) (SRRS), адаптована для використання в Україні. У відповідності до процедури, студенти заповнювали банк тесту (Додаток В), який містить список можливих психотравмуючих подій повсякденного життя, наявність яких уточнювалась респондентом за період одного року до початку опитування. З огляду власної оцінки психотравмуючих подій, що можуть мати різне емоційне забарвлення та значущість, студенти давали відповідь за бальною шкалою, і якщо будь-яка ситуація виникала частіше за один раз, то бали множилися на вказану кількість повторів.

За стандартами оцінювання рівень бальної оцінки відповідей респондентів у діапазоні від 150 балів за шкалою SRRS підвищує ризик розвитку стрес-індукованого розладу до 50%; якщо ж сума балів перевищує 300, то цей ризик сягає майже 80%. І навпроти, результат менше 150 балів за оцінною шкалою стресових подій Холмса-Раге свідчить про достатню опірність стресу індивідуума і мінімальний ступінь стресового навантаження, а отже дозволяє стверджувати про відсутність вірогідності розвитку стрес-асоційованих розладів у цих досліджуваних.

В дійсному дослідженні за результатами тесту SRRS визначено, що з загальної кількості студентів (n=249), які відповідали критеріям включення, 90 респондентів (36,1%) мали менше 150 балів; 132 особи (53,0%) отримали від 150 до 300 балів, а 27 (10,9%) - понад 300 балів (рис. 2.3).

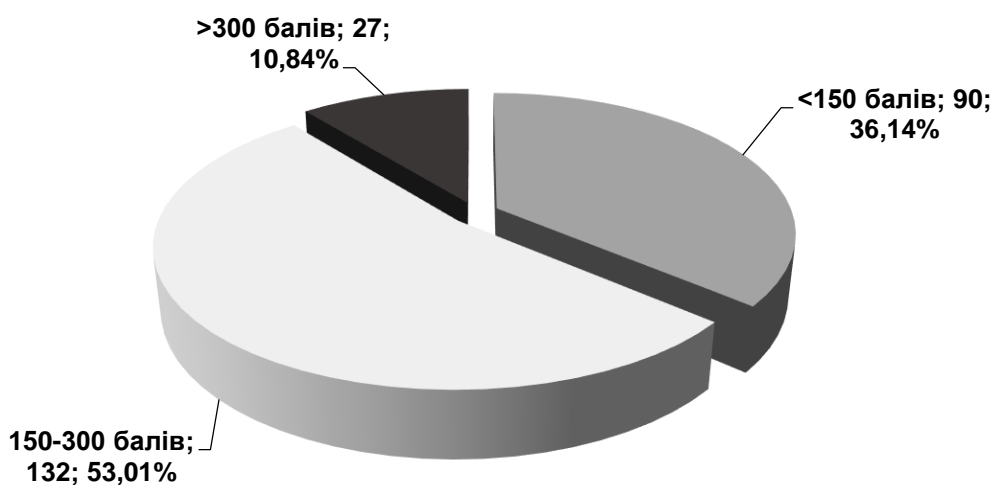


Рис. 2.2. Кількісний розподіл студентів за результатами тесту SRRS (n=249)

За результатами опитування студентів за методикою «Оцінна шкала стресових подій Холмса-Раге» (SRRS), яка була використана як скринінг для розподілу респондентів на групи дослідження, та виходячи з поставлених у дослідженні завдань, із загальної вибірки респондентів нами були виділені окремі групи і підгрупи подальшого дослідження (табл.2.1.).

Таблиця 2.1

### Групи та підгрупи дійсного дослідження, сформовані за результатами SRRS

| Загальна вибірка студентів (n=249)  | Кодування групи | Кількість студентів |                  |
|---|-----------------|---------------------|------------------|
|   |                 | Абс.                | %                |
| Основна група: студенти з показниками за шкалою SRRS більше 150 балів (підвищення ризику розвитку стресових розладів)   | ОГ              | 159                 | 63,9             |
| Група порівняння: з показниками за шкалою SRRS менше 150 балів - студенти з низькою вірогідністю розвитку стрес-асоційованих розладів, без наявних факторів розвитку РА | ГП              | 90                  | 36,1             |
| Підгрупа А: студенти з основної групи із показниками за шкалою SRRS понад 300 балів (ризик стресового розладу 80%)  | ПгА             | 27                  | 17,0<br>(від ОГ) |
| Підгрупа Б: студенти з основної групи з показниками за шкалою SRRS від 150 до 300 балів (ризик стресового розладу 50%)  | ПгБ             | 132                 | 83,0<br>(від ОГ) |

До основної групи спостереження (ОГ) увійшли 159 (63,9%) студентів (табл. 2.1), які мали помірну та виражену вірогідність розвитку стрес-асоційованих розладів (результат за за шкалою SRRS більше 150 балів), до групи порівняння (ГП) – 90 (36,1%) студентів (табл. 2.1) з низькою вірогідністю розвитку стрес-асоційованих розладів та без наявних факторів розвитку РА (показниками за шкалою SRRS менше 150 балів).

З ОГ нами виділені 27 студентів (10,9% від загальної вибірки і 17,0% від чисельності ОГ), які мали найгірші показники за шкалою SRRS (понад 300 балів) та наявні ознаки розвитку РА і в подальшому (на четвертому етапі дослідження) були рекомендовані для терапевтичного втручання (ПгА) з визначенням стратегій надання допомоги, проведенням диференційованого комплексного лікування та забезпеченням персоналізованої активної психопрофілактики, психотерапевтичної та фармакологічної корекції РА.

Інші 132 студенти з ОГ (53,0% від загальної вибірки і 83,0% від чисельності ОГ) (табл. 2.1). мали помірну вірогідність розвитку стрес-асоційованих розладів (ПгБ) і в подальшому відповідно до критеріїв МКХ-10 були віднесені до шифру Z55-Z65 «Звертання до закладів охорони здоров'я при потенційній небезпеці для здоров'я, пов'язаної з соціально-економічними та психосоціальними обставинами». За результатами клініко-психодіагностичного обстеження ці студенти (ПгБ) були рекомендовані для лонгітюдного спостереження, що дозволило на третьому та четвертому етапах дійсного дослідження визначитися з необхідністю проведення для них комплексної поетапної системи корекції та профілактики РА серед студентів - здобувачів медичної освіти.

Розподіл студентів із різних навчальних закладів (ДДМУ і ДБМК) між виділеними групами ризику був наступним. Зі 186 студентів ДДМУ до ОГ увійшли 126 осіб (67,7%), до ГП – 60 (32,3%). ОГ студентів ДБМК (n=63) складалася із 33 осіб (52,4%), ГП – із 30 (47,6%) при  $p=0,028$  (за критерієм  $\chi^2$ ) між розподілами у різних навчальних закладах.

Таким чином, на першому етапі дисертаційного дослідження проведений розподіл загальної кількості респондентів (які відповідали критеріям включення), на групи та підгрупи подальшого динамічного дослідження (ОГ; ГП; ПгА; ПгБ) на підставі результатів бальної оцінки методики «Оцінна шкала стресових подій Холмса-Раге» (SRRS), обраної в якості скринуючої, і яка дозволяє відокремлювати осіб з підвищеним ризиком розвитку стресових розладів.

## **2.2. Загальна характеристика студентів, включених у дисертаційне дослідження**

Аналіз демографічних характеристик студентів, включених у дослідження, показав, що вік респондентів, включених до дійсного дослідження, коливався від 18 до 43 років і в середньому становив  $20,9 \pm 3,0$  років (медіана – 21 рік). За гендерною ознакою переважали жінки – 187 (75,1%), чоловіків було 62 особи (24,9%). Нами не було виявлено достовірних розбіжностей між ОГ та ГП за віко-статевими характеристиками ( $p > 0,05$ ). Середній вік обстежених ОГ становив ( $M \pm SD$ )  $20,9 \pm$

2,0 роки, ГП –  $20,9 \pm 4,3$  років ( $p=0,913$ ). Гендерний розподіл в ОГ – 119 (74,8%) жінок і 40 (25,2%) чоловіків, в ГП – 68 (75,6%) і 22 (24,4%) осіб відповідно ( $p = 0,901$ ) (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

**Демографічна характеристика обстежених студентів у групах дослідження**

| Показник  |           | Вся вибірка (n=249) | ОГ (n=159)  | ГП (n=90)  | p*<br>ОГ-ГП |
|-----------|-----------|---------------------|-------------|------------|-------------|
| Вік, роки | min - max | 18 - 43             | 18 - 43     | 18 - 32    | -           |
|           | M ± SD    | 20,9 ± 3,0          | 20,9 ± 2,0  | 20,9 ± 4,3 | 0,913 °     |
| Стать     | чоловіча  | 62 (21,9%)          | 40 (25,2%)  | 22 (24,4%) | 0,901       |
|           | жіноча    | 187 (75,1%)         | 119 (74,8%) | 68 (75,6%) |             |

Примітка. \* p – рівень статистичної значущості відмінностей між показниками у групах ОГ і ГП (за критерієм  $\chi^2$  або t-критерієм Стьюдента для незв'язаних вибірок (°))

Порівняння демографічних характеристик студентів з різних навчальних закладів показало подібність статистичних характеристик з виділеними ОГ дійсного дослідження. Так, середній вік студентів ДДМУ (які мали від 18 до 30 років) був –  $21,1 \pm 1,9$  років, у тому числі в ОГ –  $21,2 \pm 1,9$  років, в ГП –  $21,0 \pm 2,0$  роки ( $p = 0,499$ ). Вік студентів ДБМК коливався від 18 до 43 років і в середньому становив  $20,3 \pm 5,1$  роки, з них в групі ОГ –  $19,9 \pm 5,3$  роки, в ГП –  $20,8 \pm 5,0$  років ( $p = 0,492$ ). За гендерною ознакою також не виявлено достовірних відмінностей при співставленні між відповідними групами студентів ДДМУ і ДБМК в цілому, так і в групах ОГ і ГП у конкретному закладі (рис. 2.4).

Отримані нами статистичні закономірності в групах з різним ризиком розвитку РА свідчать про статистичну однорідність груп студентів не залежно від рівня акредитації навчальних закладів (ДДМУ або ДБМК) за демографічними характеристиками.

Щодо соціально-демографічної характеристики контингенту студентів, включених до дослідження, то абсолютна більшість студентів (93,2%) були неодружені, з них 93,1% студентів ОГ і 93,3% ГП ( $p > 0,05$ ) (табл. 2.3).



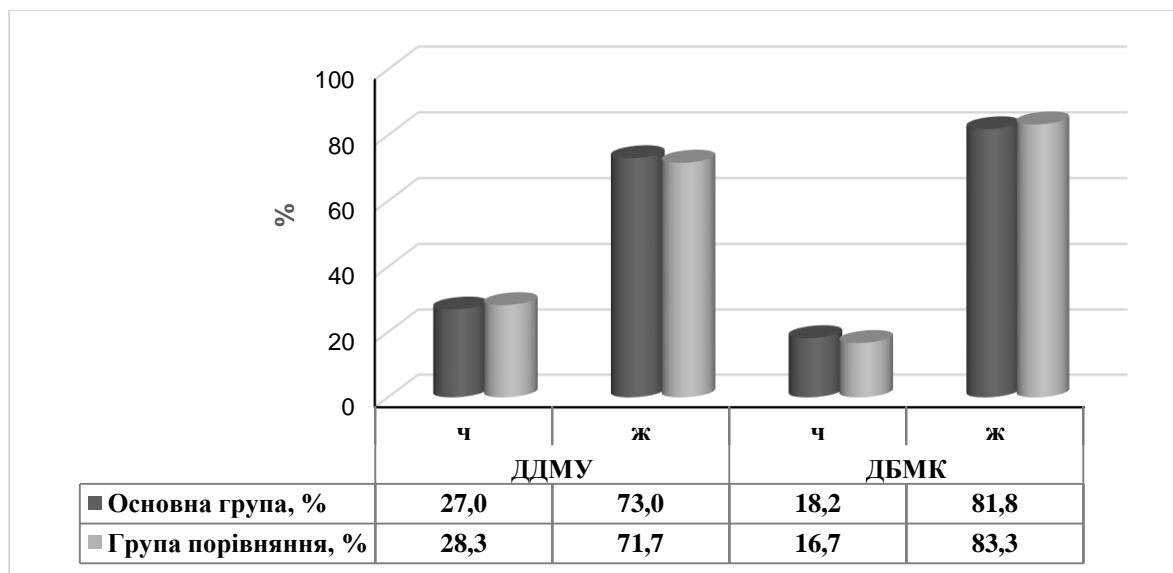


Рисунок 2.4. Розподіл обстежених студентів ДДМУ (n=186) і ДБМК (n=63) у виділених групах дослідження за статтю

Студенти ОГ (табл. 2.3) здебільшого раніше проживали в Донецько-Луганському регіоні та АР Крим (n=102; 64,1%), в той час як усі студенти ГП (n=90; 100,0%) мешкали на іншій території України ( $p < 0,001$ ). На момент проведення дослідження більшість студентів ОГ проживали у гуртожитку (70,5%), тоді як половина студентів ГП мешкали зі своїми рідними (53,3%). Відмінності між групами за цими показниками були статистично значущими (табл. 2.3;  $p < 0,001$ ). Питома вага показника «проживання студентів у власній, найманій чи іншій оселі» у групах дослідження була зіставною (табл. 2.3;  $p > 0,05$ ). Соціальну (не академічну) стипендію в ОГ отримували всі студенти, зокрема за категоріями: внутрішньо переміщена особа – 49,7%, дитина учасника АТО – 18,9%, дитина шахтаря – 31,4% (табл. 2.3). Слід зазначити, що лише 6 (3,8%) студентів ОГ звертались за спеціалізованою психологічною допомогою в минулому (табл. 2.3;  $p > 0,05$ ). За результатами проведеного нами анкетування було також з'ясовано, що 53 (33,3%) студенти ОГ за останні 5 років вживали лікарські засоби з групи анксиолітиків (табл. 2.3) проти втричі меншої кількості (9 осіб; 10,0%) в ГП ( $p < 0,001$ ).

Встановлені за результатами статистичного аналізу достовірні відмінності соціально-демографічних характеристик обстежених студентів із груп ОГ і ГП та проведений нами кореляційний аналіз цих складових дозволяють стверджувати про

вірогідність взаємовпливів між наявним ризиком розвитку стрес-асоційованих розладів студентів ОГ та такими чинниками, як місце попереднього проживання у Донецько-Луганському регіоні та АР Крим ( $r = 0,63$ ;  $p < 0,001$ ), статус ВПО ( $r = 0,51$ ;  $p < 0,001$ ), проживання у гуртожитку ( $r = 0,35$ ;  $p < 0,001$ ), наявність батьків – учасників АТО ( $r = 0,28$ ;  $p < 0,001$ ).

Таблиця 2.3

**Узагальнені соціальні характеристики обстежених студентів у групах дослідження**

| Характеристики  | ОГ<br>(n=159) |            | ГП<br>(n=90) |           | р        |
|---|---------------|------------|--------------|-----------|----------|
|   | Абс.          | %          | Абс.         | %         |          |
| <b>Сімейний стан:</b>   |               |            |              |           |          |
| неодружений/ незаміжня  | 148           | 93,1       | 84           | 93,3      | 0,940    |
| одружений/ заміжня  | 9             | 5,7        | 6            | 6,7       | 0,749    |
| розлучений/ розлучена   | 2             | 1,2        | -            | -         | 0,742°   |
| <b>Місце попереднього проживання:</b>                                     |               |            |              |           |          |
| Донецька область  | 84            | 52,8       | -            | -         | <0,001 ° |
| Луганська область   | 17            | 10,7       | -            | -         | 0,003°   |
| Автономна Республіка Крим (АРК)   | 1             | 0,6        | -            | -         | 0,773°   |
| інші області  | 57            | 35,9       | 90           | 100       | <0,001°  |
| <b>Місце проживання на момент дослідження:</b>                            |               |            |              |           |          |
| - гуртожиток  | 112           | 70,5       | 31           | 34,5      | <0,001   |
| - власне житло  | 1             | 0,6        | 3            | 3,3       | 0,103    |
| - з рідними   | 24            | 15,1       | 48           | 53,3      | <0,001   |
| - наймане житло   | 18            | 11,3       | 6            | 6,7       | 0,232    |
| - інше  | 4             | 2,5        | 2            | 2,2       | 0,885    |
| <b>Наявність соціальної стипендії як:</b>                                 |               |            |              |           |          |
| - внутрішньо переміщена особа   | 79            | 49,7       | -            | -         | <0,001°  |
| - дитина учасника АТО   | 30            | 18,9       | -            | -         | <0,001°  |
| - дитина шахтаря  | 50            | 31,4       | -            | -         | <0,001°  |
| Відсутня соціальна стипендія  | 0             | 0          | 90           | 100,0     | <0,001°  |
| <b>Досвід отримання психологічної/ психіатричної допомоги у минулому:</b> |               |            |              |           |          |
| - так / ні  | 6 / 153       | 3,8 / 96,2 | 0 / 90       | 0 / 100,0 | 0,151°   |

Примітка. \* р – рівень статистичної значущості відмінностей між показниками у групах ОГ і ГП (за критерієм  $\chi^2$ , в тому числі з поправкою Йейтса (°))

В групі студентів ОГ серед стресогенних факторів за результатами анкетування (Додаток Б), що мали найбільшу питому вагу, визначені наступні: АТО, бойові дії (40,3%), навчання, екзамени (32,7%), зміна місця проживання (23,9%), особисті відносини (12,6%), стан здоров'я близьких/ респондента (8,8%), в той час як у ГП найчастішим стресовим фактором було навчання та екзамени – 14,4% (від  $p < 0,05$  до  $p < 0,001$ ) (табл. 2.4). Значущість виявлених нами закономірностей з огляду їх значущості, як стресогенних факторів, у студентів дійсного дослідження, підтверджено результатами кореляційного аналізу, який показав, що зростання ризику розвитку РА у студентів медичних навчальних закладів достовірно асоціюється з АТО і бойовими діями ( $r=0,37$ ;  $p<0,001$ ), зміною місця проживання ( $r=0,32$ ;  $p<0,001$ ), навчанням/ екзаменами ( $r=0,20$ ;  $p<0,01$ ), проблемами у стані власного здоров'я або здоров'я близьких ( $r= 0,20$ ;  $p < 0,01$ ) та в особистому житті ( $r=0,18$ ;  $p < 0,05$ ).

Таблиця 2.4

Питома вага стресогенних факторів у групах обстежених студентів за останній рік

| Стресогенний фактор за останній рік | ОГ (n=159) |      | ГП (n=90) |      | p *    |
|-------------------------------------|------------|------|-----------|------|--------|
|                                     | Абс.       | %    | Абс.      | %    |        |
| АТО, бойові дії                     | 64         | 40,3 | 5         | 5,6  | <0,001 |
| Навчання, екзамени                  | 52         | 32,7 | 13        | 14,4 | 0,002  |
| Зміна місця проживання              | 38         | 23,9 | -         | -    | <0,001 |
| Особисті відносини                  | 20         | 12,6 | 1         | 1,1  | 0,002  |
| Стан здоров'я близьких/ респондента | 14         | 8,8  | -         | -    | 0,009  |
| Фінансове становище                 | 10         | 6,3  | 1         | 1,1  | 0,056  |
| Смерть близьких                     | 6          | 3,8  | -         | -    | 0,151  |
| Розлучення                          | 1          | 0,6  | -         | -    | 0,773  |

Примітка. \* p – рівень статистичної значущості відмінностей між показниками у групах ОГ і ГП (за критерієм  $\chi^2$ , в тому числі з поправкою Йейтса ( $^{\circ}$ ))

Таким чином, аналіз загальних характеристик обстежених студентів з високим і мінімальним рівнем стресового навантаження і вірогідності розвитку стрес-асоційованих розладів виявив статистичну однорідність виділених груп дослідження (ОГ і ГП) за основними показниками (вік, стать, сімейний стан, досвід отримання психологічної допомоги у минулому), а також достовірний зв'язок ризику розвитку

РА з низкою соціально-демографічних характеристик (попереднім проживанням у Донецько-Луганському регіоні та АР Крим, статусом ВПО та дитини учасника АТО), стресовими подіями, пов'язаними як з навчальним процесом і особистими проблемами, так й із зовнішніми факторами (бойові дії, вимушена зміна місця проживання).

Отримані нами дані статистичного аналізу, подані в главі 2, дозволяють зробити висновок про гомогенність ОГ і ГП за всіма показниками, релевантність отриманих даних і репрезентативність результатів дослідження.

### **2.3. Методологія дисертаційного дослідження**

У відповідності до мети та поставлених задач, основними методами дійсного дослідження були обрані:

1. клініко-анамнестичний;
2. клініко-психопатологічний;
3. соціально-демографічний;
4. психометричний (використання психодіагностичних оцінних шкал);
5. статистичний.

#### *2.3.1. Клініко-анамнестичний метод дослідження.*

В когорті студентів, обраних до дійсного дослідження (загальна вибірка  $n=249$ ), нами були проаналізовані дані їх анамнезу життя, включаючи спадковість, соціальний статус, особливості соціальної адаптації, сімейне становище респондентів та відносини між членами родини, матеріально-побутові умови, наявність психотравмуючих подій та стресогенних факторів, а також наявність протягом життя значущих соматичних, психіатричних чи неврологічних захворювань, інформацію щодо попередніх звернень до психіатрів чи психологів в контексті фахової допомоги.

Клініко-анамнестичний підхід, методологічно був реалізований використанням результатів психодіагностичного інтерв'ю у вигляді співбесіди з особою, та анкетування студентів, що передбачало опитування за тематичним планом з наступним аналізом та інтерпретацією вільних відповідей особи на запитання

дослідника з метою отримання нечислових даних задля встановлення загальних характеристик контингенту (*Додаток Б*) та здійснювалась добровільно.

### *2.3.2. Клініко-психопатологічний метод дослідження.*

Основним інструментом клініко-психопатологічного методу дослідження визначено клінічне інтерв'ю і одночасне спостереження за мімічним і пантомімічним реагуванням на запитання. Клінічне інтерв'ю проводилось за загальноприйнятою у психіатрії схемою, основною стратегією якого був індивідуальний підхід, спрямований діалогічний характер, ідентифікація не тільки ознак патології, а й розпізнавання прихованих ознак.

Клініко-психопатологічний метод був визнаний нами як основний діагностичний підхід для виявлення особливостей та характеристик не лише клінічно оформленої патології (психічний розлад відповідно до критеріїв МКХ-10), але й оцінки стану студентів, у яких мало місце тільки підвищення ризику розвитку стресових розладів за методикою SRRS (більше 150 балів). Всі результати клініко-психопатологічного аналізу стану студентів (синдромальний і нозологічний діагнози у разі наявності) нами зіставлявся з рівнем вираженості і тяжкості психічних порушень та враховувались показники як лікарської (експертної) оцінки рівня розладів, так і суб'єктивної самооцінки тяжкості власного стану і вираженості порушень безпосередньо обстежуваними. У разі відсутності співпадіння в інтерв'ю передбачених модулів для діагностики РА в якості окремої категоріальної одиниці, надалі вираженість симптомів досліджували за допомогою додаткових психометричних шкал.

### *2.3.3. Соціально-демографічний метод дослідження.*

У відповідності до конкретних задач дійсного дослідження нами проводився аналіз даних віку, гендерних особливостей, сімейного стану; також нами оцінювалась інформація про навчальну діяльність обстежених, їх академічну успішність, тривалість та форму навчання, задоволеність умовами навчання, характеру і особливостей взаємин у колективі. Окремо нами оцінювалась інформація щодо відношення студентів до вживання алкоголю та заспокійливих засобів. З соціальних

факторів підлягали оцінюванню забезпеченість студентів житлом, тобто об'єктами забезпечення нормальних умов життєдіяльності, а також системою соціального захисту (соціальні стипендії). В даному блоці соціально-значущих факторів підлягала оцінці інформація щодо стану ВПО серед обстежених нами студентів та попереднього місця їх проживання.

#### *2.3.4. Психометричний метод дослідження.*

Серед психодіагностичних методів досліджень використовувались:

1. Оцінна шкала стресових подій Холмса-Раге (The Holmes and Rahe Stress Inventory, або Social Readjustment Rating Scale, SRRS, Holmes T.H., Rahe R.H. 1967) [259].
2. Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Checklist-90-Revised, L.R. Derogatis, в адаптації Н.В. Тарабріної, 2001) [260];
3. Інтегративний тест тривожності (Бізюк А. П., Вассерман Л. Й., Ювлев Б. В., 2005) [261];
4. Шкала астеничного стану (Л. Д. Малкова, за адаптацією Т. Г. Чертова на основі MMPI) [262];
5. Опитувальник Леонгарда-Шмішека (H. Schmieschek, 1970) [263];
6. Опитувальник опанування стресу COPE (Ч. Кавер, М. Шейєр і Д. Вентрауб, 1989, в адаптації Т. О. Гордєєвої, Є. М. Осіна, О. І. Рассказової, О. А. Сичьова, В. Ю. Шевяхової, 2013) [264];
7. Шкала оцінки якості життя (Mezzich et al., 1999, адаптація Н.О. Марути, 2001) [265];
8. Шкала психологічного благополуччя (К. Ріфф, 1989, адаптація Т. Д. Шевеленкової, П. П. Фесенко, 2005) [266].

**Оцінна шкала стресових подій Холмса-Раге** (The Holmes and Rahe Stress Inventory, або Social Readjustment Rating Scale, SRRS) є методом власного аналізу особистісного стресу шляхом анкетування за 43 запитаннями, структурованими чотирма блоками особистих, сімейних, професіональних та фінансових проблем, кожне запитання з яких оцінюються певною кількістю балів. Респондент, прочитавши кожен пункт, повинен проаналізувати події, визначити і оцінити ті, що відбулися з ним впродовж поточного року, з подальшим підрахунком кількості балів, що

відповідають оцінці тих чи інших стресогенних подій. Загальна сума оцінки в 150 балів відповідає 50% ймовірності виникнення певної «хвороби стресу»; 300 балів – 80% ймовірності захворювання, і це сигнал до того, що особа є в групі ризику психосоматичного захворювання і слід активно застосовувати адаптативну саморегуляцію стресу [259].

### **Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R) .**

Даний опитувальник складається з 90 питань і призначений для оцінювання патернів психологічних симптомів протягом тижня до обстеження. Кожне із 90 питань оцінюється за 5-бальною шкалою, де 0 відповідає позиція "зовсім ні", а 4 – "дуже сильно". Відповіді підраховуються й інтерпретуються за дев'ятьма основними шкалами симптоматичних розладів: соматизації (SOM), obsесивно-компульсивності (O-C), міжособистісної сенситивності (INT), депресії (DEP), тривоги (ANX), ворожості (HOS), фобічної тривожності (PHOB), параноїдальних тенденцій (PAR), психотизму (PSY); а також за трьома узагальненими шкалами другого порядку: загальний індекс тяжкості симптомів (GSI), індекс наявного симптоматичного дистресу (PDSI), загальна кількість позитивних відповідей (PSI).

Індекси другого порядку (GSI, PDSI, PSI) запропоновані для того, щоб мати можливість більш гнучко оцінювати психопатологічний статус пацієнта. Методика SCL-90-R є інструментом встановлення актуального психологічного симптоматичного статусу [260].

### **Інтегративний тест тривожності (ІТТ).**

Методика ІТТ дозволяє провести оцінку загального показника вираженості тривожності, і додатково дати оцінку за п'ятьма субшкалами методики, які характеризують такі компоненти патерну тривожності: субшкала емоційного дискомфорту (ЕД), астеничного (АСТ) і фобічного (ФОБ) компонентів тривоги, тривожної оцінки перспективи (ОП) і соціального захисту (тривоги у сфері соціальних контактів) (СЗ) [261]. Відповідно до теоретичної основи розробки ІТТ і емпіричної доцільності, тривога розглядається як стан, а тривожність - як особистісна якість, точніше як особистісно-типологічна властивість людини. Випробовуваному пропонується два варіанти інструкцій до шкал ІТТ, кожна з яких містить 15

тверджень. Перший варіант припускає самооцінку тривоги зараз (сьогодні), другий – самооцінку тривожності впродовж деякого періоду часу, наприклад, впродовж останнього року. В ІТТ застосовується метод суб'єктивного особового шкалування, де 0 означає відсутність ознаки, 1 і 2 бали свідчать про наявність слабо і помірно виражених ознак і в разі надзвичайної, з точки зору випробовуваного, сили вираженості ознаки оцінювання відповідає 3 балам. Таким чином, максимальна кількість сирих балів, яка може бути набрана за обома шкалами ІТТ - 45. Для стандартизації оцінювання результатів, "сирі" бали переводяться в значення шкали станайнів. Оцінка отриманих результатів здійснюється наступним чином: 4 станайни і менше – низький рівень тривожності; 4 – 6 станайнів – нормальний рівень; 7 станайнів і більше – високий рівень тривожності. Розрахунок оцінок у станайнах на підставі сирих оцінок шкал нами здійснювався за відомою в психометрії процедурою. Представлена методика оцінювання тривоги і тривожності у вигляді тесту ІТТ може бути рекомендована як допоміжний інструмент для досліджень індивідуального рівня психічної дезадаптації, а також для аналізу основних чинників, що впливають на емоційний стан випробовуваного [264].

### **Шкала астеничного стану.**

Шкала астеничного стану (ШАС) розроблена на базі клініко-психологічних спостережень і відомого опитувальника ММРІ (Міннесотський багатовимірний особистісний опитувальник) і призначена для діагностики астеничного стану, що проявляється підвищеною стомлюваністю і виснажливістю з крайньою нестійкістю настрою, послабленням самовладання, нетерплячістю, непосидючістю, порушенням сну, втратою здатності до тривалої розумової і фізичної напруги, непереносимістю гучних звуків, яскравого світла, різких запахів. ШАС складається з 30 пунктів-тверджень, що відображають характеристики астеничного стану. Результат досліджуваного в межах 30-50 балів дозволяє констатувати відсутність астенії, в межах 51-70 – має місце слабка астенія, результат 71-100 балів – наявна помірна астенія, і від 101 до 120 балів – присутня виражена астенія [262].

**Типологія акцентуацій характеру та особистості за Леонгардом-Шмішеком.**



Опитувальник призначений для виявлення акцентуації характеру. Включає 88 питань, 10 шкал, що відповідають певній акцентуації характеру. Перша шкала характеризує особу з високою життєвою активністю, друга шкала діагностує збудливу акцентуацію. Третя шкала свідчить про глибину емоційного життя випробовуваного; четверта — констатує схильність випробовуваного до педантизму; п'ята — виявляє підвищену тривожність, шоста — схильність до перепадів настрою; сьома — демонстративність поведінки, восьма — неурівноваженість поведінки випробовуваного. Дев'ята шкала діагностує міру стомлюваності, десята — силу і вираженість емоційного реагування. Характерологічний тест-опитувальник Леонгарда-Шмішека може бути використаний для оцінки акцентуацій характеру, сформованих в процесі навчання, з метою професійного відбору, психологічного консультування та профорієнтації. Слід зазначити, що ця методика оцінки типології акцентуацій характеру та особистості широко використовується у психодіагностичних дослідженнях [263].

#### **Опитувальник опанування стресу COPE.**

Опитувальник COPE призначений для виміру як ситуаційних копінг-стратегій, так і диспозиційних стилів, що лежать в їх основі. Спочатку опитувальник складався з 13 шкал, надалі до них були додані ще дві, що вимірюють використання алкоголю і наркотиків і гумору як засобів подолання стресу. На відміну від багатьох інших методик діагностики стратегій подолання, що ґрунтуються на даних факторного аналізу (статистичний підхід), автори методики COPE К. Карвер, М. Шейер і Д. Вейнтрауб при її розробці ґрунтувалися на двох теоретичних підходах — підході Р. Лазаруса і на власній моделі саморегуляції поведінки (Scheier, Carver, 1988). Опитувальник COPE складається з 60 пунктів, об'єднаних в 15 шкал (хоча є і скорочена версія) (Carver, 1997). У ряді робіт по апробації COPE, починаючи з ранніх публікацій (Carver et al., 1989), були продемонстровані надійність і валідність запропонованої методики, а також її факторна структура. За стандартною процедурою оцінки COPE, вимірюються та оцінюються наступні стратегії подолання: активне подолання, планування, пригнічення конкуруючої діяльності, стримування подолання, пошук соціальної підтримки інструментального характеру, пошук

соціальної підтримки з емоційних причин, концентрація на емоціях і їх активне вираження, позитивне переформулювання і особистісне зростання, використання "заспокійливих" (використання алкоголю, лікарських засобів або наркотиків як спосіб уникнення проблеми і поліпшення самопочуття), гумор (жарти і сміх з приводу ситуації), поведінковий відхід від проблеми (відмова від досягнення мети, регулювання зусиль, спрямованих на взаємодію із стресором), уявний відхід від проблеми (використання різних видів активності для відвернення від неприємних думок, пов'язаних з проблемою, наприклад, фантазування, сон) [264].

### **Шкала оцінки якості життя.**

Сутність методики заключається в оцінюванні задоволеності окремими аспектами життя (у балах від 0 до 10), враховуючі події, що відбувались за останні 30 днів. Бальна оцінка передбачає наступний розподіл: 0 – зовсім не задоволений(а), 1-3 – більш незадоволений, ніж задоволений(а), 4-6 – посередньо, 7-9 – більш задоволений(а), ніж незадоволений(а), 10 – повністю задоволений(а). Шкали, які оцінюються респондентом, характеризують фізичний стан, настрій, проведення вільного часу, любов і сексуальну активність, повсякденну активність (хобі, робота по дому та ін.), соціальну активність (спілкування з рідними, друзями), фінансове благополуччя, умови проживання, роботу, навчання, іншу зайнятість та загальний рівень задоволеності життям. Опитувальник містить суб'єктивні характеристики 10 показників: 1 – фізичне благополуччя; 2 – психоемоційне благополуччя; 3 – самообслуговування і незалежність дій; 4 – працездатність; 5 – міжособистісні взаємовідносини; 6 – соціально – емоційна підтримка; 7 – суспільна і службова підтримка; 8 – особистісна реалізація; 9 – духовна реалізація; 10 – загальне сприйняття життя. Стандартизація оцінки суми балів за всіма шкалами дозволяє констатувати дуже низький рівень ЯЖ:– до 56 балів включно, низький – від 57 до 66 включно, середній – від 67 до 75 включно, високий – від 76 до 82 включно, дуже високий – від 83 балів [265].

### **Шкала психологічного благополуччя.**

Методика є адаптованим варіантом англійської методики The scales of psychological well-being, розробленої К. Рифф. Методика К. Рифф має численні

варіанти валідації, серед яких найбільш поширеним є варіант опитувальника з 84 пунктів (основа для версії 2005 року), адаптований і валідизований в подальшому Т.Д. Шевеленковою і Т.П. Фесенко. Твердження опитувальника мають як прямий (позитивний), так і зворотний (негативний) сенс щодо характеристик психологічного благополуччя. Подібна конфігурація опитувальника була створена для того, щоб нівелювати негативні ефекти, що виникають при недостатній щирості випробовуваних при заповненні тесту. Обробка результатів має на увазі підрахунок набраних балів з їх перекладом в спадну шкалу в тих випадках, коли пункт має зворотний зв'язок з базовою характеристикою благополуччя. Набрані бали узагальнюються в наступні блоки-шкали: «самоприйняття», «автономія», «управління середовищем», «особистісне зростання», «позитивні відносини з оточуючими», «цілі у житті». Крім цього, автори вважають за можливе розраховувати індекс загального психологічного благополуччя, який визначається шляхом підсумовування балів, отриманих за всіма шістьма шкалами тесту. Таким чином, опитувальник К. Ріфф «Шкали психологічного благополуччя» – теоретично обґрунтований інструмент, призначений для вимірювання вираженості основних складових психологічного благополуччя. Опитувальник дозволяє виміряти суб'єктивну і об'єктивну сторону психологічного благополуччя. В першу чергу опитувальник призначається для юнацького віку. Його валідизація на основі багатофакторного особистісного опитувальника Кеттелла збільшує його практичну значущість. Встановлено, що психологічне благополуччя тісно пов'язане зі свідомістю життя, ціннісно-смісловою сферою і мотивацією [266].

Запропонований нами у відповідності до мети та завдань дійсного дослідження, добір психодіагностичних методик забезпечив можливість аналізу психічної сфери і її системних явищ, що мають власну структуру. У таблиці 2.2 поданий дизайн динамічного спостереження та графіка первинного та подальших візитів студентів з визначених груп та підгруп спостереження (ОГ, ГП, ПгА, ПгБ).

Таблиця 2.2

**Дизайн динамічного спостереження та графіка візитів студентів з визначених груп та підгруп спостереження**

| Показники   | Візит 1<br>ОГ і ГП | Візит 2<br>ОГ         | Візит 3<br>ПгА і ПгБ | Візит 4<br>ПгА і ПгБ |
|---|--------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
|   | 0 день             | Індивідуальний графік |                      | Через 36 міс.        |
| Відповідність критеріям включення/<br>виключення  | X                  | -                     |                      |                      |
| Інформована згода   | X                  | -                     | -                    | X                    |
| Клініко-анамнестичне обстеження   |                    |                       |                      |                      |
| Сбір та аналіз скарг та анамнезу хвороби та анамнезу життя  | X                  | -                     | X                    | X                    |
| Оцінна шкала стресових подій Холмса-Рає (SRRS, Holmes T.H., Rahe R.H., 1967)  | X                  | -                     | -                    | -                    |
| Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Checklist-90-Revised, L.R. Derogatis, в адаптації Н.В. Тарабріної, 2001)                                       | X                  | -                     | -                    | X                    |
| Інтегративний тест тривожності (Бізюк А. П., Вассерман Л. Й., Іовлев Б. В., 2005)   | X                  | -                     | -                    | X                    |
| Шкала астеничного стану (Л. Д. Малкова, за адаптацією Т. Г. Чертова на основі MMPI)   | X                  | -                     | -                    | X                    |
| Опитувальник Леонгарда-Шмішека (Н. Schmieschek, 1970)   | X                  | -                     | -                    | -                    |
| Опитувальник опанування стресу COPE (Ч. Кавер, М. Шейер і Д. Вентрауб, 1989, в адаптації Т. О. Гордєєвої, Є. М. Осіна, О. І. Рассказової, О. А. Сичьова, В. Ю. Шевяхової, 2013) |                    | -                     | -                    | X                    |
| Шкала оцінки якості життя (Mezzich et al., 1999, адаптація Н.О. Марути, 2001)   | X                  | -                     | -                    | X                    |
| Шкала психологічного благополуччя (К. Ріфф, 1989, адаптація Т. Д. Шевеленкової, П. П. Фесенко, 2005)  |                    | -                     | -                    | X                    |
| Клініко-психопатологічне інтерв'ю   | X                  | -                     | X                    | X                    |
| Психокорекція   | -                  | X                     | X                    | -                    |
| Профілактика  | -                  | X                     | X                    | X                    |

### 2.3.5. Статистичні методи обробки даних дослідження.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою Microsoft Excel 2010 і пакету програм статистичного аналізу STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., США, Serial No. AGAR909E415822FA).

З урахуванням закону розподілу кількісних даних (перевірка за критерієм Колмогорова-Смірнова з поправкою Лілієфорса) застосовували параметричні і непараметричні методи описової та аналітичної статистики [267].

За умов нормального розподілу даних розраховували середню арифметичну величину ( $M$ ), стандартне відхилення ( $SD$ ), стандартну похибку ( $m$ ), 95% довірчий інтервал для середньої (95% ДІ), критерії Стьюдента для незв'язаних ( $t$ ) і зв'язаних вибірок ( $T$ ). При анормальному розподілі даних визначали медіану ( $Me$ ), нижній і верхній квартилі ( $Q_{25}$  -  $Q_{75}$ ), міжгруповий аналіз розбіжностей проводили за критерієм Манна-Уїтні ( $U$ ), внутрішньогруповий аналіз у динаміці – за критерієм Вілкоксона ( $W$ ). Порівняння відносних величин (категоріальних даних) проводили за тестом Пірсона Хі-квадрат ( $\chi^2$ ), із застосуванням поправки Йейтса при нульових значеннях показника [267].

Враховуючи різний тип отриманих у дослідженні даних (кількісні і категоріальні), а також різний характер розподілу кількісних даних (нормальний, анормальний), визначення зв'язку між показниками проводилося за коефіцієнтом кореляції рангів Спірмена ( $r$ ). Силу визначеного зв'язку оцінювали відповідно до шкали Чеддока [268] :  $r$  до 0,3 – слабкий, від 0,3 до 0,5 – помірний, від 0,5 до 0,7 – помітний, 0,7 і вище – сильний. Прийнятним вважали критичний рівень статистичної значущості менш як 5% ( $p < 0,05$ ).

### **Висновки до другого розділу**

У розділі 2 поданий дизайн дослідження, структурований чотирма етапами, описані методи дослідження, які дозволяють отримати репрезентативні результати та вирішити поставлені задачі, та представлена загальна характеристика студентів, включених до дисертаційного дослідження за обраними, у відповідності до мети та задач, критеріями.

### РОЗДІЛ 3

## ОСОБЛИВОСТІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТРЕС, ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ І ПСИХОДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

### 3.1. Клініко-психопатологічні особливості і структура психічних розладів у студентів-медиків, які мають ризики розвитку стрес-асоційованих розладів

Для виявлення загальних закономірностей і особливостей психічного стану студентів, що перенесли психоемоційний стрес, визначення показань для проведення профілактики і корекції РА використовувався порівняльний аналіз у виділених групах дослідження: а саме, в ОГ, яку склали студенти з високим рівнем стресового навантаження та з помірною і вираженою вірогідністю розвитку стрес-асоційованих розладів (n=159), та ГП, сформованої з числа студентів із мінімальним ступенем стресового навантаження та з низькою вірогідністю розвитку дезадаптивних розладів (n=90), визначених за оцінною шкалою стресових подій .

У відповідності до мети та завдань дійсного дослідження, було проведено аналіз спектру та питомої ваги скарг студентів, які перенесли психоемоційний стрес, що дозволило структурувати їх за симптомами та синдромами з оцінкою їх виразності та значущості в контексті ризиків розвитку стрес-асоційованих розладів. Під час клініко-психопатологічного дослідження студенти ОГ скаржились на загальну стурбованість та нервозність (45,3%, n=72), емоційну нестійкість (42,1%, n=67), порушення сну (40,9%, n=65), дратівливість (40,3%, n=64), пригнічений настрій (35,2%, n=56), нав'язливі уявлення, побоювання та хвилювання (27,7%, n=44), погану концентрацію уваги (25,8%, n=41), замкнутість, байдужість (6,9%, n=11), нездатність розслабитись (3,1%, n=5) (рис. 3.1).

В структурі скарг студентів ОГ превалювали порушення психоемоційної складової особистості. Треба відзначити, що кожен студент з ризиком розвитку стрес-асоційованих розладів мав щонайменше 3-4 скарги.



Рис. 3.1. Питома вага скарг у студентів ОГ (n=159), виявлених під час клініко-психопатологічного дослідження

Аналіз клінічної симптоматики за скаргами, що мали місце у обстежених студентів ОГ, виявив високу частоту проявів тривоги (45,3%), нав'язливих думок чи дій (44,0%), побоювання (42,1%), порушення сну (40,9%), пригніченого настрою (35,2%) (табл. 3.1). Водночас, у ГП (табл. 3.1.) подібна симптоматика реєструвалась достовірно рідше ( $p < 0,001$ ): тривога – у 8,9% обстежених, нав'язливі думки чи дії – у 12,2%, побоювання – у 10,0%, порушення сну – у 12,2%, пригнічений настрій – у 10,0%.

Таблиця 3.1

**Частота виявлення симптомів невротичного реєстру при первинному обстеженні студентів у групах дослідження**

| Симптоми                | ОГ<br>(n=159) |      | ГП<br>(n=90) |      | p *    |
|-------------------------|---------------|------|--------------|------|--------|
|                         | Абс.          | %    | Абс.         | %    |        |
| Пригнічений настрій     | 56            | 35,2 | 9            | 10,0 | <0,001 |
| Тривога                 | 72            | 45,3 | 8            | 8,9  | <0,001 |
| Порушення сну           | 65            | 40,9 | 11           | 12,2 | <0,001 |
| Нав'язливі думки чи дії | 70            | 44,0 | 11           | 12,2 | <0,001 |
| Побоювання              | 67            | 42,1 | 9            | 10,0 | <0,001 |

Примітка. \* p – рівень статистичної значущості відмінностей між показниками у групах ОГ і ГП (за критерієм  $\chi^2$ )

Аналіз та структуризація скарг та симптомів, виявлених під час клініко-психопатологічного дослідження, дозволили констатувати, що в цілому, в студентів ОГ синдромальна характеристика відповідала реєстру тільки невротичних розладів та у відсотковому співвідношенні складала: тривожний синдром – 45,3%, астено-невротичний – 38,4%, депресивний – 35,2%, нав'язливих станів – 27,7%.

Узагальнення семіотичного аналізу скарг, симптомів та синдромів в ОГ (n=159), аналіз результатів психопатологічних і психодіагностичних методів дослідження, поданий в наступних підрозділах даної глави дисертаційного дослідження, дозволив, у відповідності до критеріїв МКХ-10, в ПГА дійсного дослідження (n= 27 осіб; 17,0%; розділ 2), які мали більше 300 балів за оцінною шкалою стресових подій Холмса-Раге, верифікувати кластер хвороб «Реакція на тяжкий стрес і порушення адаптації» (F43), серед яких мали місце (рис. 3.2): F43.20 Короткочасна депресивна реакція – 9 осіб (5,7%); F43.21 Пролонгована депресивна реакція – 7 осіб (4,4%); F43.22 Змішана тривожна і депресивна реакція – 9 осіб (5,7%); F43.25 Змішаний розлад емоцій і поведінки – 2 особи (1,3%).

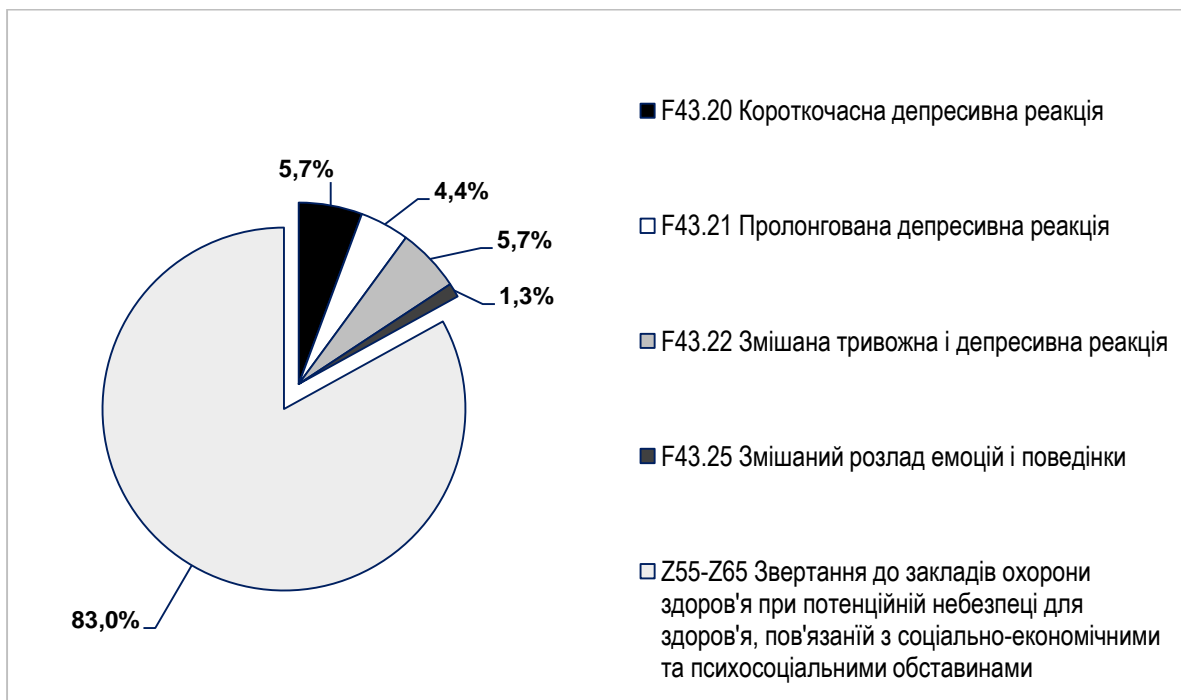


Рис. 3.2. Структура РА при обстеженні студентів ОГ (n=159)

Отже, ПГА склали 27 студентів ОГ із найгіршими встановленими показниками та з наявними ознаками розвитку РА, та які у відповідності до дизайну та етапів



дисертаційного дослідження були рекомендовані для обов'язкового медикаментозного втручання.

Підгрупу Б ОГ (n=132 студенти; 83,0%; розділ 2) склали студенти, які за оцінною шкалою SRRS мали від 150 до 300 балів і які за результатами проведеного нами комплексного обстеження за МКХ-10 відповідали критеріям класу XXI «Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я» – Z55-Z65 Звертання до закладів охорони здоров'я при потенційній небезпеці для здоров'я, пов'язаної з соціально-економічними та психосоціальними обставинами (рис.3.2), і можуть вважатися «умовно здоровими» з рекомендацією подальшого лонгітюдного спостереження.

Структура та питома вага верифікованих в ПгБ діагнозів за МКХ-10 мала наступний розподіл: (Z59) Проблеми, пов'язані з житловими та економічними обставинами – 21 особа (13,2%); (Z60) Проблеми, пов'язані з із соціальним оточенням – 62 особи (39,0%); (Z65) Проблеми, пов'язані з іншими психосоціальними обставинами – 49 осіб (30,8%).

Слід відзначити, що використання оцінної шкали стресових подій Холмса-Раге в якості скринуючої для розподілу студентів, які відповідали критеріям включення, на підгрупі дослідження за виразністю впливу стресових чинників на стан здоров'я респондентів, є повністю обґрунтованим заходом, і може бути рекомендовано в практику охорони здоров'я як діагностичний інструмент для роботи різних фахівців, які опікуються даним питанням, на етапі діагностичного пошуку при первинному обстеженні осіб, які перенесли психоемоційний стрес, до моменту верифікації основного діагнозу (за МКХ-10).

Таким чином, подальший аналіз всіх результатів дійсного дослідження проводився між ОГ (n=159), до якої увійшли студенти з високим рівнем стресового навантаження і з помірною та вираженою вірогідністю розвитку стрес-асоційованих розладів та ГП (n=90), сформованої з числа студентів із мінімальним ступенем стресового навантаження та з низькою вірогідністю розвитку дезадаптивних розладів, визначених за оцінною шкалою стресових подій Холмса-Раге.

## **3.2. Індивідуально-психологічні характеристики студентів, що перенесли психоемоційний стрес, отримані за допомогою психометричного інструментарію**

### *3.2.1 Особливості психопатологічної симптоматики, визначеної за методикою SCL – 90 – R, у студентів, що перенесли психоемоційний стрес*

Результати оцінювання вираженості психопатологічної симптоматики у студентів, які перенесли психоемоційний стрес, за методикою та ключами оцінки опитувальника Symptom CheckList-90-Revised, L.R. Derogatis (SCL-90-R), в адаптації Н.В. Тарабріної (2001), в групах спостереження представлені в таблиці 3.2.

Результати SCL-90-R були інтерпретовані нами на трьох рівнях оцінювання: загальна вираженість психопатологічної симптоматики, вираженість окремих шкал, вираженість окремих симптомів, що дозволяє виявити такі ознаки психопатології, як, депресія, тривожність, ворожість, фобії, паранояльні симптоми та компульсивні розлади. Нами встановлено достовірні відмінності між середніми оцінками всіх симптоматичних категорій психопатологічної симптоматики, які вивчались за опитувальником SCL-90-R в ОГ і ГП (від  $p < 0,05$  до  $p < 0,001$ ).

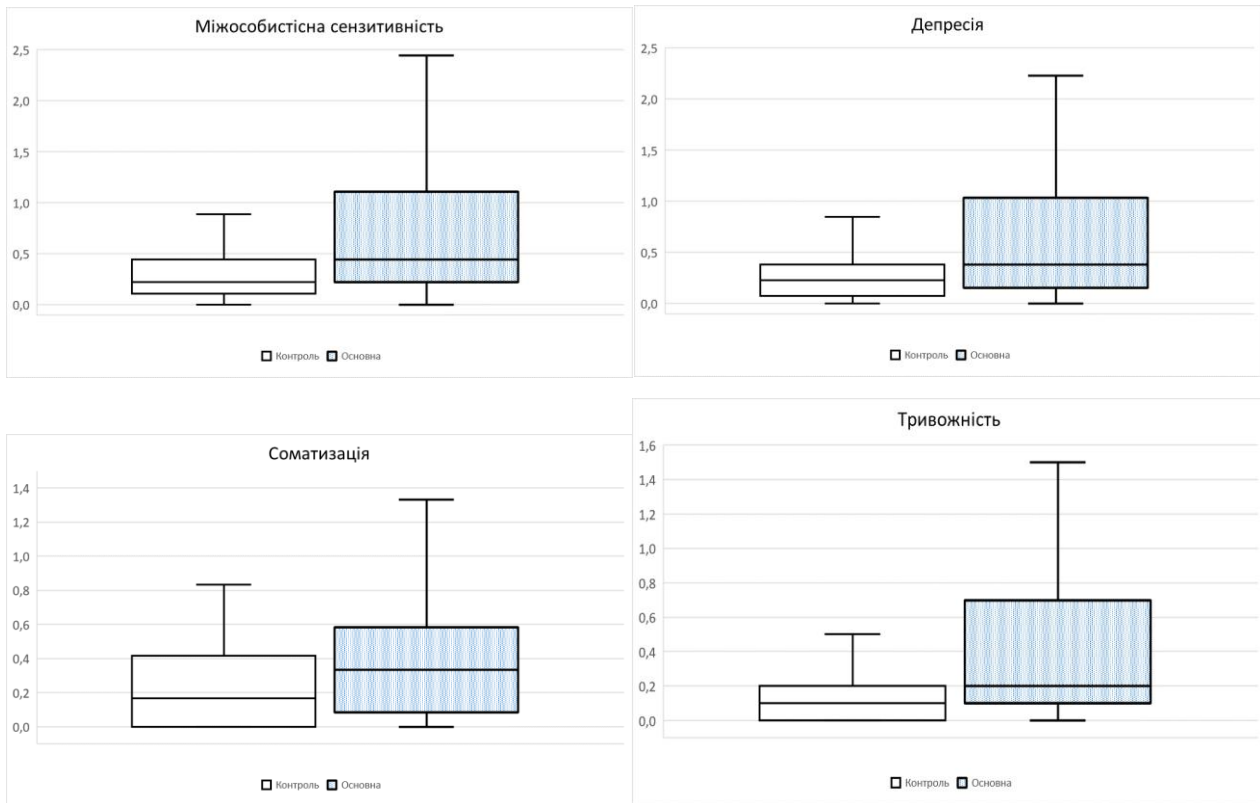
Найбільш значущі відмінності показників ( $p < 0,001$ ) наочно подано на рис 3.3, у відповідності до яких, такі результати відмічено за субшкалами міжособистісної сензитивності (медіана 0,44 (0,22-1,11) бала) в ОГ проти 0,22 (0,11-0,44) в ГП), депресії (0,38 (0,15-1,0) проти 0,23 (0,08-0,38) балів), соматичних симптомів (0,33 (0,08-0,58) проти 0,17 (0,0-0,42) балів) та тривоги (0,20 (0,10-0,70) проти 0,10 (0,0-0,02) балів у ГП), які, в подальшому можуть розглядатися як основні мішені для проведення профілактичної і корекційної роботи серед такого контингенту пацієнтів.

Найнижчі бали в ОГ отримано за шкалами психотизму (PSY) (0,10 (0,0-0,20) балів) і фобічної тривоги (PHOB) (0,0 (0,0-0,43) балів), що дозволяє констатувати відсутність ворожості, галюцинаторно-параноїдальних симптомів і сильних страхів серед обстежених нами студентів. Водночас, у групі студентів, які не мали в анамнезі значущих психотравмуючих подій, вираженість психопатологічної симптоматики за даними опитувальника SCL-90-R не виходила за межі норми.

## Порівняльний аналіз клінічного синдромального наповнення психічних розладів у студентів ОГ і ГП (у балах)

| Симпто-<br>матична<br>категорія | ОГ (n=159) |            |      |           | ГП (n=90) |            |      |           | p *    |
|---------------------------------|------------|------------|------|-----------|-----------|------------|------|-----------|--------|
|                                 | Min-Max    | M ±m       | Me   | Q25-Q75   | Min-Max   | M ±m       | Me   | Q25-Q75   |        |
| SOM                             | 0-3,08     | 0,50±0,06  | 0,33 | 0,08-0,58 | 0-2,42    | 0,28±0,05  | 0,17 | 0-0,42    | 0,007  |
| O-C                             | 0-3,10     | 0,78±0,06  | 0,60 | 0,20-1,10 | 0-2,50    | 0,43±0,06  | 0,45 | 0,10-0,70 | 0,001  |
| INT                             | 0-2,89     | 0,78±0,07  | 0,44 | 0,22-1,11 | 0-2,33    | 0,36±0,05  | 0,22 | 0,11-0,44 | <0,001 |
| DEP                             | 0-3,0      | 0,63±0,06  | 0,38 | 0,15-1,0  | 0-1,92    | 0,30±0,05  | 0,23 | 0,08-0,38 | <0,001 |
| ANX                             | 0-3,10     | 0,49±0,05  | 0,20 | 0,10-0,70 | 0-1,80    | 0,21±0,05  | 0,10 | 0-0,20    | <0,001 |
| HOS                             | 0-2,67     | 0,54±0,05  | 0,33 | 0,17-0,83 | 0-1,33    | 0,26±0,04  | 0,17 | 0-0,38    | <0,001 |
| PHOB                            | 0-2,43     | 0,28±0,04  | 0,0  | 0-0,43    | 0-1,29    | 0,09±0,03  | 0,0  | 0-0,0     | <0,001 |
| PAR                             | 0-2,67     | 0,48±0,06  | 0,17 | 0-0,50    | 0-1,0     | 0,19±0,03  | 0,17 | 0-0,33    | 0,013  |
| PSY                             | 0-1,20     | 0,20±0,03  | 0,10 | 0-0,20    | 0-0,90    | 0,07±0,02  | 0,0  | 0-0,10    | <0,001 |
| ADD                             | 0-0,88     | 0,13±0,02  | 0,06 | 0-0,18    | 0-0,35    | 0,06±0,01  | 0,03 | 0-0,12    | 0,007  |
| GSI                             | 0-0,24     | 0,05±0,005 | 0,04 | 0,01-0,08 | 0-0,16    | 0,02±0,004 | 0,02 | 0,01-0,04 | <0,001 |
| PDSI                            | 0-81,0     | 26,81±1,7  | 22,0 | 9-40      | 0-81,0    | 17,22±2,2  | 10,5 | 6,75-22,0 | <0,001 |
| PSI                             | 0-0,30     | 0,15±0,01  | 0,14 | 0,12-0,20 | 0-0,25    | 0,12±0,01  | 0,12 | 0,11-0,14 | 0,001  |

Примітки: Somatization (SOM) – субшкала соматизації, Obsessive–Compulsive (O-C) – субшкала obsесивно-компульсивності, Interpersonal Sensitivity (INT) – субшкала міжособистісної сенситивності, Depression (DEP) – субшкала депресії, Anxiety (ANX) – субшкала тривоги, Hostility (HOS) – субшкала ворожості, Fobic Anxiety (PHOB) – субшкала фобічної тривоги, Paranoid Ideation (PAR) – субшкала паранояльних тенденцій, Psychoticism (PSY) – субшкала психотизма, Additional Items (ADD) – додаткові питання, GSI – загальний індекс, PDSI – індекс поточного симптоматичного дистресу, PSI – загальне число позитивних відповідей; \* p – між групами ОГ і ГП за U-критерієм Манна-Уїтні.



Примітка. Дані представлено як Me (Q25-Q75) та Min-Max.

Рис. 3.3. Графічне зображення показників міжособистісної сензитивності, депресії, соматичних симптомів, тривоги у студентів ОГ і ГП за даними опитувальника SCL-90-R

Аналіз статистичних відмінностей за шкалами опитувальника SCL-90-R між студентами ОГ та ГП (табл. 3.2) дозволяє констатувати наявні вірогідні відмінності за середніми значеннями показників бальної оцінки та їх медіани, за рівнем яких в клінічній практиці є можливість формування пацієнтів групи ризику – особи, які мають симптоми психопатологічних порушень легкого ступеня вираженості (бальна оцінка в межах норми), що не сягають клінічного рівня, але потребують прицільної уваги, але в цій же групі за даними межквартильного розподілу та поданих в таблиці 3.2. рівнів бальної оцінки результатів за шкалами опитувальника SCL-90-R від Min до Max, є респонденти з вищими за норму рівнями оцінки психопатологічної симптоматики (табл. 3.2), що має певне клінічне значення, свідчить про важкість психопатологічної симптоматики та сформованість у цих осіб патологічного реєстру проблем за рахунок важкості та глибини проявів симптоматики за конкретною шкалою оцінювання та обумовлює проведення окремого аналізу (рис. 3.4).

Аналіз даних, поданих на рис.3.4 дозволяє стверджувати про вірогідне превалювання осіб, які мали високу виразність психопатологічної симптоматики, оціненою як вища за норму, в ОГ дослідження, питома вага яких була не тільки в декілька разів вища, на відміну від ГП, (рис 3.4.), але й реєструвалась найбільш часто – майже у кожного другого за субшкалами obsесивно-компульсивності (47,8%), міжособистісної сенситивності (44,7%) та тривоги (42,8%); з однаковою частотою – по 40,3% за такими субшкалами опитувальника, як соматизації, фобічної тривоги та психотизму; та майже у кожного третього студента ОГ спостереження за субшкалами депресії (37,1%), ворожості (35,8%), паранояльних тенденцій (3,3%); або (рис 3.4) мала місце лише в ОГ спостереження за субшкалами психотизму (28,9%) та додатковим запитання (10,7%), які дозволяли оцінити третій рівень інтерпритації результатів опитувальника SCL-90-R за вираженістю окремих симптомів.

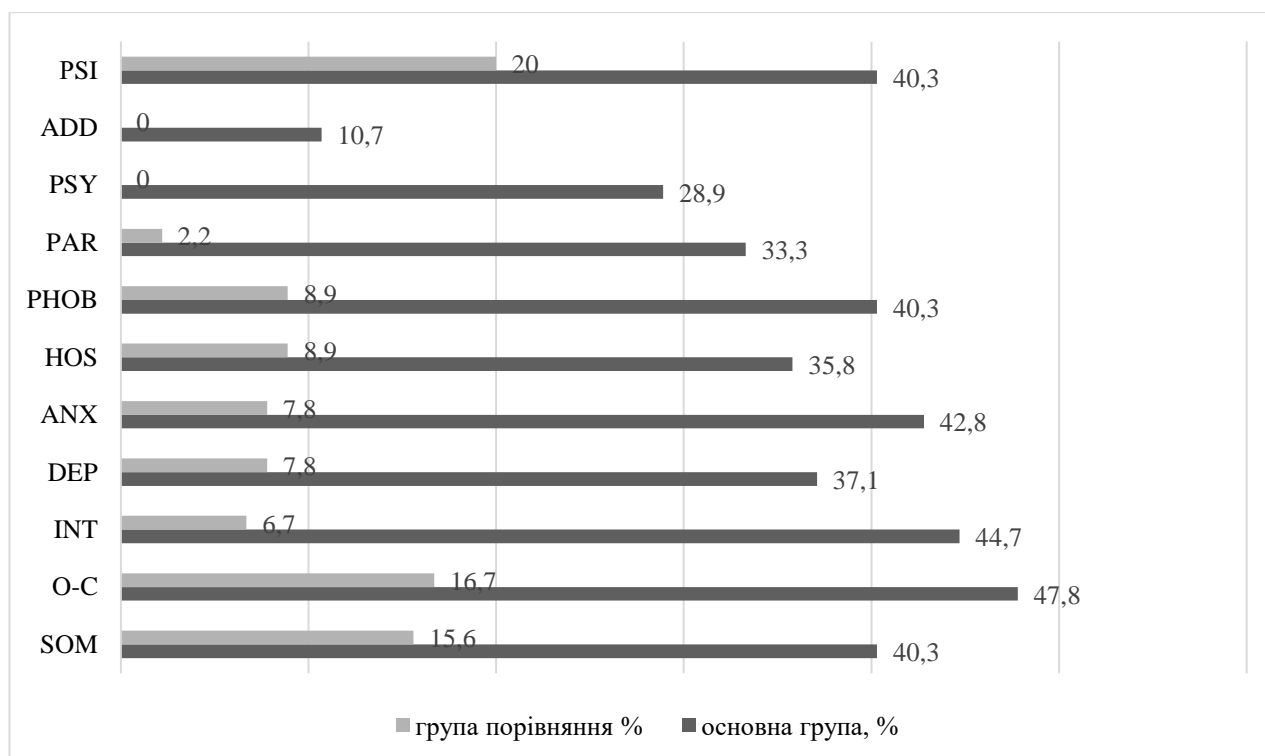


Рисунок 3.4. Питома вага осіб ОГ та ГП студентів, які мали рівень бальної оцінки за субшкалами опитувальника SCL-90- R, вищий за нормальний

Найбільш значуща різниця між показниками частоти реєстрації серед досліджуваних студентів, які мали бальну оцінку, вищу на норму, було виявлено за субшкалою PAR (рис 3.4) – в п'ятнадцять разів частіше були зареєстровані симптоми, які виявляють паранояльну поведінку, як вид порушень мислення, зокрема, проєктивні

думки, ворожість, підозрілість, пихатість, страх втрати незалежності, ілюзії у студентів, які перенесли психоемоційний стрес та мали ризики розвитку РА, у порівнянні з ГП ( $p < 0,01$ ).

Питома вага осіб, які мали вищий за норму рівень оцінки за субшкалою INT, в ОГ склала 44,7% проти 6,7% в ГП ( $p < 0,001$ ), а це свідчить про те, що серед студентів, які перенесли психоемоційний стрес, майже у сім разів частіше (рис.3.4) реєструвались наступні психопатологічні симптоми – почуття особистісної неадекватності та неповноцінності, особливо при порівнянні себе з іншими, самозасудження, негативні очікування, почуття занепокоєння та помітний дискомфорт у процесі міжособистісної взаємодії з загостреним почуттям усвідомлення власного «Я».

За субшкалою ANX в п'ять з половиною разів частіше (42,8% в ОГ проти 7,8% у ГП) були зареєстровані студенти (рис.3.4), які мали бальну оцінку відповідей, вищу за норматив, що свідчило про значуще переважання частоти виявлення тривожності, напруження і тремтіння, нападів паніки та відчуття насильства, почуття небезпеки, побоювання та страху в групі студентів, які пережили психоемоційний стрес та мали ризики розвитку РА.

Майже з однаковою частотою – в 4,8 разів; 4,5 разів та 4 рази частіше у студентів ОГ спостереження зустрічались прояви виразності клінічної симптоматики, яка за бальною оцінкою була вищою, за норматив, за субшкалами DEP, PNOB та NOS відповідно, у порівнянні з групою студентів, які не мали будь-яких ризиків формування РА (рис.3.4). Це дозволяє стверджувати, що студенти, які перенесли психоемоційний стрес, мали вірогідно частіше (в чотири рази щонайменш) наступні клінічні прояви – зокрема за шкалою депресії – відсутність інтересу до життя, брак мотивації, втрату життєвої енергії, а також почуття безнадійності, думки про суїцид; за шкалою фобічної тривоги – стійку реакцію страху на певних людей, місця, об'єкти або ситуації, яка характеризується як ірраціональна та неадекватна по відношенню до стимулу, що веде до уникаючої поведінки; та за шкалою ворожості, яка виявляє думки, почуття чи дії, які є проявами негативного афективного стану, а також агресію, дратівливість, гнів та обурення ( $p < 0,01$ ).

Найбільш часто, як в ОГ, так і в ГП, за рівнем оцінки, вищої за норматив (рис.3.4), були зареєстровані соматичні симптоми (порушення тілесної дисфункції основних систем організму: ССС, ШКТ, дихальної системи, а також головний біль, м'язовий дискомфорт, соматичні еквіваленти тривожності) та симптоми обсессивно-компульсивності (виявлення думок, імпульсів та дій, які переживаються індивідом як безперервні, непереборні та чужі «Я») зі збільшенням питомої ваги в 2,9 разів та в 2,6 разів частіше за субшкалами О-С та SOM відповідно у студентів, які перенесли психоемоційний стрес ( $p < 0,001$ ).

Також слід відзначити, що в структурі оцінки індексів другого порядку опитувальника SCL-90-R, два рівні оцінки дистресу – по-перше, індекс GSI, який є найкращим індикатором поточного стану і глибини психічного дистресу (структурований комбінацією інформації про кількість симптомів та інтенсивність пережитого дистресу) та, по-друге, індекс PDSI що узагальнює інтенсивність стану (кількість симптомів) та сприйняття особистістю свого рівню дистресу, – для всіх студентів, не залежно від наявності або відсутності ризиків виникнення РА (рис. 3.4), доведено, що бальна оцінка всіх відповідей студентів не перевищували рівень норми.

І лише за індексом PSI (визначається простим підрахунком числа симптомів, з рівнем оцінки особою відповідей за балами, вищими за нуль), який відбиває широту діапазону симптоматики індивіда - питома вага студентів ОГ дослідження з рівнем бальної оцінки, вищої за норму (рис. 3.4), була удвічі вища, ніж у ГП (40,3% проти 20%;  $p < 0,001$ ).

Проведення кореляційного аналізу взаємовпливів складових оцінювання психопатологічної симптоматики в ОГ спостереження (табл.3.3) дозволяє стверджувати про наявність матриці прямих сильних впливів між результатами опитування за субшкалами SCL-90-R, що свідчить про те, що при виявленні у студентів, які перенесли психоемоційний стрес, ознак порушень в межах декількох рівнів субшкал конструкту психопатологічних порушень, в клінічній картині даної особи вони будуть значно підсилювати один одного та формувати більшу тяжкість психопатологічних проявів у студентів, та прогностично збільшувати ризики формування стрес-асоційованих розладів, зокрема РА.

Таким чином, узагальнення результатів порівняльного аналізу клінічного синдромального наповнення психічних розладів у студентів ОГ і ГП (у балах) за методикою та ключами оцінки опитувальника Symptom CheckList-90-Revised, L.R. Derogatis, в адаптації Н.В. Тарабріної (2001), дозволяє зробити наступні висновки:

- За результатами аналізу індексів GSI та PDSI у відповідності до бальної оцінки відповідей студентів, які не перевищували рівень норми цих показників, доведено відсутність тяжкості та інтенсивності дистресу у всіх студентів, не залежно від наявності або відсутності ризиків розвитку РА та перенесеного в анамнезі психоемоційного стресу.

- Встановлено достовірні відмінності між середніми математичними оцінками всіх субшкал психопатологічної симптоматики, які вивчались за опитувальником SCL-90-R в ОГ і ГП (від  $p < 0,05$  до  $p < 0,001$ ). Найбільш значущі відмінності показників ( $p < 0,001$ ) відмічено за субшкалами міжособистісної сензитивності (медіана 0,44 (0,22-1,11) бала в ОГ проти 0,22 (0,11-0,44) в ГП, депресії (0,38 (0,15-1,0) проти 0,23 (0,08-0,38) балів), соматичних симптомів (0,33 (0,08-0,58) проти 0,17 (0,0-0,42) балів), ворожості (0,33 (0,17-0,83) проти 0,17 (0,0-0,38) балів) та тривоги (0,20 (0,10-0,70) проти 0,10 (0,0-0,02) балів), які, в подальшому можуть розглядатися як основні мішені для проведення профілактичної і корекційної роботи серед такого контингенту пацієнтів.

- Доведено вірогідне превалювання осіб, які мали високу виразність психопатологічної симптоматики, оціненою як вища за норму, в ОГ, питома вага яких була не тільки в декілька разів вища, на відміну від ГП, але й реєструвалась найбільш часто – майже у кожного другого за субшкалами obsесивно-компульсивності (47,8%), міжособистісної сензитивності (44,7%) та тривоги (42,8%);- з однаковою частотою – по 40,3% за такими субшкалами опитувальника, як соматизація, фобічна тривога та психотизм; та майже у кожного третього студента ОГ за субшкалами депресії (37,1%), ворожості (35,8%), паранояльних тенденцій (3,3%); або мала місце лише в ОГ спостереження за субшкалами психотизму (28,9%) та додатковим запитанням (10,7%).



**Кореляційні зв'язки між показниками субшкал опитувальника SCL-90-R серед студентів, що перенесли психоемоційний стрес**

|      | SOM | O-C  | INT  | DEP  | ANX  | HOS  | PHOB | PAR  | PSY  | Індекс GSI | Індекс PSI | Індекс PDSI |
|------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------------|------------|-------------|
| SOM  |     | 0,58 | 0,56 | 0,66 | 0,72 | 0,59 | 0,59 | 0,51 | 0,55 | 0,75       | 0,70       | 0,59        |
| O-C  |     |      | 0,80 | 0,81 | 0,75 | 0,70 | 0,70 | 0,67 | 0,69 | 0,89       | 0,85       | 0,68        |
| INT  |     |      |      | 0,84 | 0,69 | 0,74 | 0,69 | 0,70 | 0,68 | 0,87       | 0,83       | 0,69        |
| DEP  |     |      |      |      | 0,76 | 0,73 | 0,73 | 0,71 | 0,73 | 0,91       | 0,87       | 0,72        |
| ANX  |     |      |      |      |      | 0,71 | 0,74 | 0,71 | 0,72 | 0,88       | 0,85       | 0,68        |
| HOS  |     |      |      |      |      |      | 0,65 | 0,66 | 0,62 | 0,82       | 0,79       | 0,66        |
| PHOB |     |      |      |      |      |      |      | 0,67 | 0,65 | 0,81       | 0,77       | 0,69        |
| PAR  |     |      |      |      |      |      |      |      | 0,75 | 0,82       | 0,77       | 0,66        |
| PSY  |     |      |      |      |      |      |      |      |      | 0,81       | 0,76       | 0,65        |
| GSI  |     |      |      |      |      |      |      |      |      |            | 0,94       | 0,80        |
| PSI  |     |      |      |      |      |      |      |      |      |            |            | 0,62        |
| PDSI |     |      |      |      |      |      |      |      |      |            |            |             |

Примітка. Вказано коефіцієнти кореляції Спірмена (r). Для ОГ від 0,16-  $p < 0,05$  ; від 0,20 -  $p < 0,01$ ; від 0,26 -  $p < 0,001$ .

Тобто, серед студентів як ОГ, так і ГП з різним рівнем розповсюдженості (вірогідно більше серед студентів, які перенесли психоемоційний стрес) мали місце такі ознаки психопатології, як, депресія, тривожність, ворожість, фобії, паранояльні симптоми та компульсивні розлади.

- Отримана кореляційна матриця взаємовпливів між субшкалами опитувальника SCL-90-R дозволяє стверджувати, що у студентів, які перенесли психоемоційний стрес, існує прямий сильний зв'язок між виявленими психопатологічними симптомами і отже при виявленні кінічних ознак на різних рівнях діагностованих порушень вони будуть значно підсилювати один одного та формувати більшу тяжкість психопатологічних проявів у студентів, які мають ризики формування стрес-асоційованих розладів, зокрема РА.

### *3.2.2. Особливості показників ситуативної тривоги та особистісної тривожності, оціненою за методикою інтегративного тесту тривожності, у студентів з різним рівнем психоемоційного стресу*

Психічна дезадаптація може виявлятися на різних рівнях забезпечення стану здоров'я, зокрема проявами високої тривожності, яка виступає пусковим механізмом розладів емоційної сфери і є суб'єктивним проявом неблагополуччя особистості, що обумовило визначення рівня ситуативної тривоги та особистісної тривожності за методикою «Інтегративний тест тривожності» (Бізюк А. П., Вассерман Л. Й., Іовлев Б. В., 2005), яка була розроблена для загальної структурної експрес-діагностики тривоги та тривожності, у тому числі у клініці психосоматичних захворювань, та дозволяє виявити приховану, масковану тривогу та тривожність серед широкого контингенту осіб.

З огляду на те, що при первинному обстеженні студентів ОГ в структурі їх клінічних особливостей домінував тривожний синдром (45,3%), була проведена загальна оцінка особистісної тривожності і ситуативної тривоги у відповідності до методики та рекомендацій щодо оцінювання результатів ІТТ за ступенем їх вираженості поряд зі змістовним аналізом характеристик стану, що визначається

тестом: емоційний дискомфорт, астеничний і фобічний компоненти, тривожна оцінка перспектив і соціальний захист.

За результатами аналізу показників особистісної тривожності у обстежених студентів встановлені достовірні відмінності (від  $p < 0,01$  до  $p < 0,001$ ) між ОГ і ГП, як за кількістю осіб з підвищеними понад норму (від 1 до 4 станаїнів) оцінками, за виключенням такої складової ситуативної тривоги, як соціальний захист, так й за ступенем вираженості компонентів тривожності (табл. 3.4, 3.5).

В ОГ спостереження в структурі самооцінки як особистісної тривожності, так і ситуативної тривоги, оціненою за методикою ІТТ (табл. 3.4) найбільша питома вага осіб з підвищеними понад норму (від 1 до 4 станаїнів) була зареєстрована за астеничним компонентом тривожності (73,6% та 55,3% відповідно), тривожною оцінкою перспективи (72,3% та 61% відповідно) та емоційним дискомфортом (69,2%) для особистісної тривожності та загальним показником ситуативної тривоги (42,8%).

В той час як серед осіб ГП (табл. 3.4) з підвищеними понад норму показниками частіше були зареєстровані такі складові особистісної тривоги як, емоційний дискомфорт (52,2%), тривожна оцінка перспективи (50%) та астеничний компонент тривожності (48,9%), а в структурі ситуативної тривоги студентів ГП домінувала тривожна оцінка перспективи (41,1%), на другому місці зареєстровано астеничний компонент тривожності (36,7%), на третьому – компонент соціального захисту (32,2%).

При цьому найбільші відмінності вищих за норму рівнів особистісної тривожності у студентів ОГ відносно ГП встановлено за наступними шкалами:

1. "Емоційний дискомфорт": Підвищені оцінки за цією шкалою мали 69,2% студентів ОГ проти 52,2% із ГП ( $p < 0,01$ ), ступінь вираженості дискомфорту –  $5,28 \pm 0,19$  (2,36) проти  $4,53 \pm 0,18$  (1,69) станаїнів ( $p < 0,001$ );
2. "Астеничний компонент тривожності": Відсоток респондентів з підвищеними показниками становив 73,6% в ОГ проти 48,9% у ГП ( $p < 0,001$ ), ступінь вираженості компоненту –  $5,05 \pm 0,20$  (2,47) проти  $4,33 \pm 0,21$  (2,02) ( $p < 0,05$ ) станаїнів;

3. "Тривожна оцінка перспективи": Відповідні показники частоти виявлення підвищених оцінок у групах дослідження становили – 72,3% проти 50,0% респондентів ( $p < 0,001$ ), середні рівні –  $4,93 \pm 0,14$  (1,75) проти  $4,39 \pm 0,15$  станаїнів (1,42) при  $p < 0,05$ .

Загальні показники особистісної тривожності у студентів ОГ ( $4,88 \pm 0,20$  (2,58) порівняно з  $3,88 \pm 0,20$  (1,91) із ГП, при  $p < 0,001$  мають не лише достовірність відмін за рівнем змін, але й свідчать про наявний підвищений рівень особистісної тривожності у студентів ОГ, порівняно із нормальним рівнем цього показника у ГП. Слід зазначити, що респонденти з підвищеним рівнем особистісної тривожності схильні до особливої чутливості до дії різних стресорів.

При інтерпретації отриманих результатів щодо ситуативної тривоги (табл. 3.3, 3.5), на перший план виходить "тривожна оцінка перспективи", отже, підвищені порівняно з нормою оцінки за цією шкалою мали 61,0% студентів ОГ проти 41,1% із ГП ( $p < 0,01$ ), ступінь вираженості тривоги –  $4,47 \pm 0,22$  (2,73) проти  $3,62 \pm 0,23$  (2,20) ( $p < 0,001$ ).

Як видно з табл. 3.5 та рис. 3.5, студенти ОГ також мали підвищені рівні показників ситуативної тривоги по шкалах "астенічний компонент тривожності" ( $4,12 \pm 0,20$  (2,57) проти  $3,08 \pm 0,22$  (2,06) станаїна, при  $p < 0,001$ ), «фобічний компонент» ( $3,83 \pm 0,21$  (2,67) проти  $2,57 \pm 0,21$  (2,02) станаїна, при  $p < 0,001$ ) і "соціальний захист" ( $3,87 \pm 0,20$  (2,56) проти  $3,13 \pm 0,23$  (2,18), при  $p < 0,01$ ) ГП.

Варто зазначити, що респонденти ОГ мали статистичні відмінності за загальним показником ситуативної тривоги ( $3,79 \pm 0,22$  (2,72) проти  $2,23 \pm 0,17$  (1,65) станаїнів у ГП, при  $p < 0,001$ ), і в цьому випадку виразність тривоги знаходилась в межах норми у студентів ГП, тобто при відсутності ризиків розвитку стрес-асоційованих розладів

Таблиця 3.4

**Частота виявлення вищих за норму рівнів компонентів особистісної тривожності і ситуативної тривоги у групах обстежених студентів**

| Шкала                                      | ОГ (n=159) |      | ГП (n=90) |      | p *    |
|--|------------|------|-----------|------|--------|
|  | Абс.       | %    | Абс.      | %    |        |
| <i>Самооцінка особистісної тривожності</i> |            |      |           |      |        |
| Емоційний дискомфорт                       | 110        | 69,2 | 47        | 52,2 | 0,008  |
| Астенічний компонент тривожності           | 117        | 73,6 | 44        | 48,9 | <0,001 |
| Фобічний компонент                         | 80         | 50,3 | 29        | 32,2 | 0,006  |
| Тривожна оцінка перспективи                | 115        | 72,3 | 45        | 50,0 | <0,001 |
| Соціальний захист                          | 83         | 52,2 | 31        | 34,4 | 0,007  |
| Загальний показник                         | 101        | 63,5 | 38        | 42,2 | 0,001  |
| <i>Самооцінка ситуативної тривоги</i>      |            |      |           |      |        |
| Емоційний дискомфорт                       | 49         | 30,8 | 7         | 7,8  | <0,001 |
| Астенічний компонент тривожності           | 88         | 55,3 | 33        | 36,7 | 0,005  |
| Фобічний компонент                         | 61         | 38,4 | 12        | 13,3 | <0,001 |
| Тривожна оцінка перспективи                | 97         | 61,0 | 37        | 41,1 | 0,002  |
| Соціальний захист                          | 67         | 42,1 | 29        | 32,2 | 0,122  |
| Загальний показник                         | 68         | 42,8 | 10        | 11,1 | <0,001 |

Примітка. \* p – рівень статистичної значущості відмінностей між показниками у групах ОГ і ГП (за критерієм  $\chi^2$ )

## Характеристика компонентів особистісної тривожності у студентів ОГ за методикою ІТТ (у станах)

| Статистичний показник | ОГ (n=159)              |  |                       |                                |                   |                       | ГП (n=90)               |  |                       |                                |                   |                       |
|-----------------------|-------------------------|--|-----------------------|--------------------------------|-------------------|-----------------------|-------------------------|--|-----------------------|--------------------------------|-------------------|-----------------------|
|                       | Емоційний<br>дискомфорт | Астенічний<br>компонент<br>тривожності | Фобічний<br>компонент | Тривожна оцінка<br>перспективи | Соціальний захист | Загальний<br>показник | Емоційний<br>дискомфорт | Астенічний<br>компонент<br>тривожності | Фобічний<br>компонент | Тривожна оцінка<br>перспективи | Соціальний захист | Загальний<br>показник |
| Min                   | 1                       | 1                                      | 1                     | 1                              | 1                 | 1                     | 1                       | 1                                      | 1                     | 1                              | 1                 | 1                     |
| Max                   | 9                       | 9                                      | 9                     | 9                              | 9                 | 9                     | 9                       | 9                                      | 9                     | 9                              | 8                 | 9                     |
| M                     | 5,28                    | 5,05                                   | 4,51                  | 4,93                           | 3,98              | 4,88                  | 4,53                    | 4,33                                   | 3,55                  | 4,39                           | 3,02              | 3,88                  |
| m                     | 0,19                    | 0,20                                   | 0,19                  | 0,14                           | 0,20              | 0,20                  | 0,18                    | 0,21                                   | 0,23                  | 0,15                           | 0,22              | 0,20                  |
| SD                    | 2,36                    | 2,47                                   | 2,42                  | 1,75                           | 2,57              | 2,58                  | 1,69                    | 2,02                                   | 2,20                  | 1,42                           | 2,10              | 1,91                  |
| Me                    | 6                       | 6                                      | 5                     | 5                              | 5                 | 6                     | 5                       | 4                                      | 4                     | 4                              | 3                 | 4                     |
| Q25                   | 4                       | 5                                      | 4                     | 4                              | 2                 | 4                     | 3                       | 3                                      | 2                     | 3                              | 2                 | 2                     |
| Q75                   | 8                       | 7                                      | 6                     | 7                              | 6                 | 7                     | 6                       | 6                                      | 5                     | 6                              | 5                 | 5                     |
| p* ОГ-ГП              |                         |  |                       |                                |                   |                       | <0,001                  | 0,019                                  | <0,001                | 0,013                          | 0,002             | <0,001                |

Примітка. \* p – між групами ОГ і ГП за t-критерієм Стьюдента

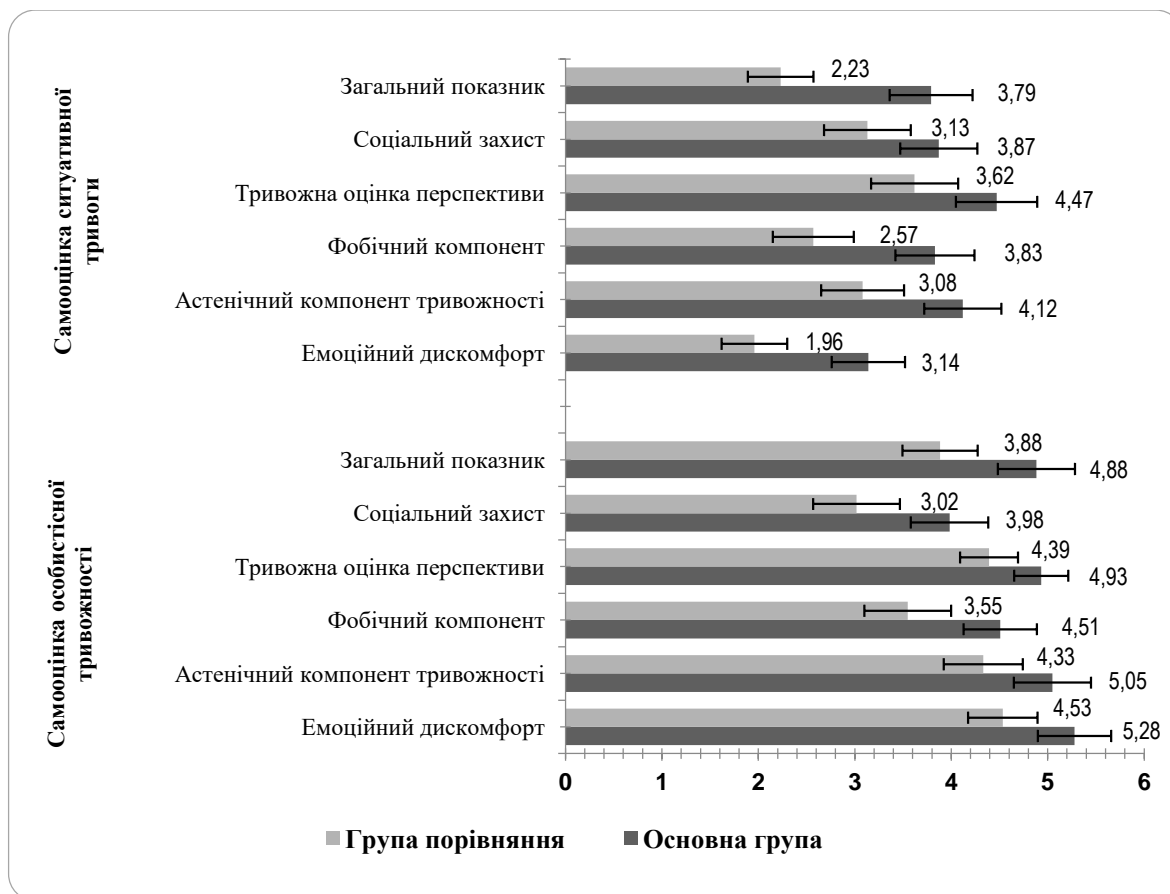


Рисунок 3.5. Середні показники (M, 95% ДІ) прояву особистісної тривожності і ситуативної тривоги у студентів ОГ і ГП за методикою ІТТ (у станайнах)

Таким чином, аналіз частоти виявлення вищих за норму рівнів компонентів особистісної тривожності і ситуативної тривоги, показав вірогідне збільшення питомої ваги цього феномену за всіма шкалами тандема «тривога-тривожність» у студентів ОГ спостереження, в той час, як математично отримані міжквартильні межі оцінки та середні показники (M, 95% ДІ) прояву особистісної тривожності і ситуативної тривоги у студентів ОГ і ГП в станайнах, мали варіанти як середнього, високого так і нормального ступіня вираженості зі статистичним переважанням середньоарифметичного рівня бальної оцінки в ОГ спостереження, що обумовило необхідність окремого аналізу проявів високої тривоги в групах дійсного дослідження.

Таблиця 3.6

## Характеристика компонентів ситуативної тривоги у студентів ОГ за методикою ІТТ (у станайнах)

| Статистичний показник | ОГ (n=159)              |  |                       |                                |                   |                    | ГП (n=90)               |  |                       |                                |                   |                    |
|-----------------------|-------------------------|--|-----------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------|-------------------------|--|-----------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------|
|                       | Емоційний<br>дискомфорт | Астенічний<br>компонент<br>тривожності | Фобічний<br>компонент | Тривожна оцінка<br>перспективи | Соціальний захист | Загальний показник | Емоційний<br>дискомфорт | Астенічний<br>компонент<br>тривожності | Фобічний<br>компонент | Тривожна оцінка<br>перспективи | Соціальний захист | Загальний показник |
| Min                   | 1                       | 1                                      | 1                     | 1                              | 1                 | 1                  | 1                       | 1                                      | 1                     | 1                              | 1                 | 1                  |
| Max                   | 9                       | 9                                      | 9                     | 9                              | 9                 | 9                  | 8                       | 7                                      | 9                     | 9                              | 9                 | 9                  |
| M                     | 3,14                    | 4,12                                   | 3,83                  | 4,47                           | 3,87              | 3,79               | 1,96                    | 3,08                                   | 2,57                  | 3,62                           | 3,13              | 2,23               |
| m                     | 0,19                    | 0,20                                   | 0,21                  | 0,22                           | 0,20              | 0,22               | 0,17                    | 0,22                                   | 0,21                  | 0,23                           | 0,23              | 0,17               |
| SD                    | 2,45                    | 2,57                                   | 2,67                  | 2,73                           | 2,56              | 2,72               | 1,58                    | 2,06                                   | 2,02                  | 2,20                           | 2,18              | 1,65               |
| Me                    | 3                       | 5                                      | 4                     | 5                              | 4                 | 4                  | 1                       | 2                                      | 1                     | 3                              | 2                 | 1                  |
| Q25                   | 1                       | 2                                      | 1                     | 3                              | 2                 | 1                  | 1                       | 1                                      | 1                     | 1                              | 1                 | 1                  |
| Q75                   | 5                       | 6                                      | 6                     | 7                              | 6                 | 6                  | 3                       | 5                                      | 4                     | 5                              | 5                 | 4                  |
| p* ОГ-ГП              |                         |  |                       |                                |                   |                    | <0,001                  | <0,001                                 | <0,001                | <0,001                         | 0,002             | <0,001             |

Примітка. \* p – між групами ОГ і ГП за t-критерієм Стьюдента



Особливої уваги клініцистів потребують пацієнти, які за ІТТ мають рівень оцінки 7 станайнів та вище, що пов'язано з високим ризиком формування психопатологічних аспектів феномену тривоги, та свідчить про наявну дезадаптацію в інтер- або інтраіндивідуальних відносинах та дисгармонію з середовищем в цілому, що і обумовило необхідність оцінювання питомої ваги даного феномену та його значення серед обстежених студентів ОГ та ГП (рис. 3.6).

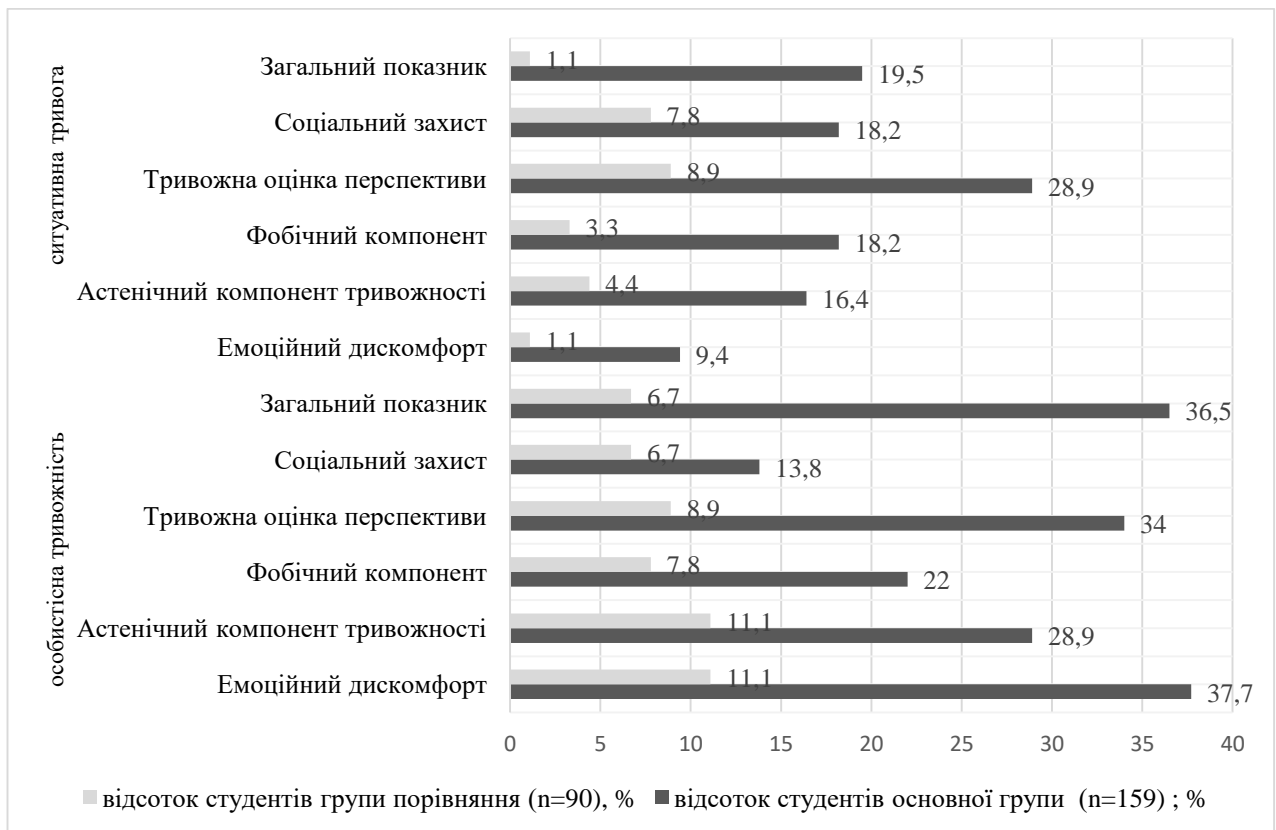


Рисунок 3.6. Порівняльний аналіз питомої ваги студентів, які за бальною оцінкою ІТТ мали результати 7 станайнів та вище в ОГ та ГП

За отриманими нами даними (рис. 3.6.), питома вага респондентів з високим рівнем бальної оцінки за всіма шкалами оцінювання, як особистісної тривожності, так і ситуативної тривоги, була вірогідно вища (в декілька разів) в ОГ ( $p < 0,001$ ) проти ГП.

Найбільш значущі відмінності (рис 3.6) за кількістю осіб з високим рівнем тривоги були зареєстровані за загальним показником особистісної тривожності – питома вага студентів з високим рівнем тривоги в 5,4 разів вища в ОГ у порівнянні з ГП (36,5% проти 6,7%) та мала наступні рівні збільшення питомої ваги за шкалами особистісної тривожності – в 3,8 разів за тривожною оцінкою перспективи (34% проти

8,9%), в 3,3 рази за шкалою «емоційний дискомфорт» (37,7% проти 11,1%), в 2,8 разів за фобічним компонентом (22% проти 7,8%), в 2,6 разів за астеничним компонентом тривожності (28,9% проти 11,1%) та в 2,1 рази за шкалою «соціальний захист» (13,8% проти 6,7%). Аналіз патерну ситуативної тривоги серед студентів ОГ у порівнянні з ГП також показав значне превалювання студентів ОГ з оцінкою 7 станайнів та вище за наступними шкалами – за загальним показником ситуативної тривоги питома вага студентів ОГ була у 18 разів більша у порівнянні з ГП (19,5% проти 1,1%), у 8,5 разів частіше зустрічався емоційний дискомфорт (9,4% проти 1,1%); у 5,5 разів превалювала кількість студентів за фобічним компонентом тривожності (18,2% проти 3,3%); у 3,7 разів частіше мали місце симптоми астеничного компоненту тривожності (16,4% проти 4,4%); в 3,2 рази «тривожна оцінка перспективи» (28,9% проти 8,9%) та в 2,3 рази за шкалою «соціальний захист» (18,2% проти 7,8%).

В клінічній симптоматиці студентів, які мали високі показники оцінювання за шкалою «тривожна оцінка перспективи» превалювали занепокоєність майбутнім, проекція страхів, обернена в перспективу, загальна заклопотаність майбутнім на тлі підвищеної емоційної чутливості. Якщо високі показники були отримані за шкалою «емоційний дискомфорт», тоді на перший план виступали відчуття сильного емоційного дискомфорту, знижений емоційний фон або незадоволеність життєвою ситуацією, емоційна напруженість, елементи ажитації, безпосередньо чи опосередковано пов'язані з наявністю емоційних розладів. При отриманні високих результатів за фобічним компонентом тривожності переважають відчуття незрозумілої загрози, невпевненості у собі, власної марності, при наявності високого рівня астеничного компоненту тривожності – втома, розлади сну, млявість та пасивність, швидка стомлюваність .

Подібні феномени оцінки стану тривожності мали місце і в ОГ, але їх питома вага характеризувалась поодинокими випадками, що скоріш за все, було пов'язано з емоційними особливостями респондентів, та можливо компенсувалось іншими складовими достатнього рівня психічного здоров'я.

Також слід відзначити, що в структурі порушень студенти ОГ спостереження мали декілька рівнів порушень за різними шкалами оцінки стану тривожності, як

окремого конструкту, в той час, як у студентів групи порівняння це були поодинокі випадки та з порушеннями окремих діагностичних шкал опитувальника ІТТ.

Грунтуючись на отриманих даних та загальноприйнятими інтерпретаціями оцінки результатів ІТТ, можна сказати, що майже у кожній третій особі з ОГ спостереження (36,5%) та у кожній чотирнадцятій з ГП (6,7%) мала місце висока тривога як неспецифічний, складний за генезом афективний регулятор поведінки особи та тривожності, і може розглядатися вже як сформована особистісно-типологічна характеристика, що відображає схильність суб'єкта до тривоги й до сприйняття широкого кола ситуацій як загрозливих.

Узагальнюючим всі порушення ситуативної складової тривоги є факт того, що за високим загальним показником ситуативної тривоги в 18 разів частіше серед студентів ОГ реєструвались особи з очікуванням негативної оцінки або агресивної реакції, сприйняттям несприятливого до себе ставлення, загрози своїй самоповазі та престижу та актуальний стан яких характеризувався напруженням, неспокоєм, заклопотаністю та нервовістю і виникав як емоційна реакція на стресову ситуацію.

Кореляційна матриця феномену тривоги у студентів ОГ спостереження подана в табл. 3.7. Результати кореляційного аналізу матриці оцінки показників тривожності за різними рівнями її забезпечення у студентів, які перенесли психоемоційний стрес, дозволяють констатувати прогностичну значущість наявності декількох рівнів порушення як ситуативної тривоги, так і особистісної тривожності, з точки зору збільшення ризиків формування у цих респондентів розладів тривоги, як патологічного субстрату в патерні РА особистості.

Узагальнення всіх отриманих нами результатів обстеження студентів ОГ та ГП за тестом ІТТ дозволяють зробити наступні висновки:

- Студенти, які перенесли психоемоційний стрес, за тестом ІТТ вірогідно частіше реалізують вищий за норму рівень особистісної тривожності та ситуативної тривоги у порівнянні з ГП.

- Майже у кожній третій студент-медик з ОГ (36,5%) та у кожного чотирнадцятого з ГП (6,7%) мала місце висока тривога як сформована складова особистісно-типологічної характеристики, що потребує особливої уваги

Таблиця 3.7

**Кореляційні зв'язки між компонентами особистісної тривожності і ситуативної тривоги серед студентів, що перенесли психоемоційний стрес**

| Показники тривожності               |                                  | Емоційний дискомфорт <sub>Т</sub>   | Астенічний компонент тривожності <sub>І</sub> | Фобічний компонент | Тривожна оцінка перспектив <sub>И</sub> | Соціальний захист | Загальний показник | Емоційний дискомфорт <sub>Т</sub> | Астенічний компонент тривожності <sub>І</sub> | Фобічний компонент | Тривожна оцінка перспектив <sub>И</sub> | Соціальний захист | Загальний показник |
|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------|---|-------------------|--------------------|-----------------------------------|---|--------------------|---|-------------------|--------------------|
|                                     |                                  | Самооцінка особистісної тривожності |   |                    |   |                   |                    |                                   | Самооцінка ситуативної тривоги                |                    |   |                   |                    |
| Самооцінка особистісної тривожності | Емоційний дискомфорт             |                                     | 0,60  | 0,51               | 0,75                                    | 0,37              | 0,87               | 0,66                              | 0,47  | 0,48               | 0,68                                    | 0,35              | 0,70               |
|                                     | Астенічний компонент тривожності |                                     |   | 0,39               | 0,59                                    | 0,36              | 0,77               | 0,46                              | 0,68  | 0,33               | 0,48                                    | 0,36              | 0,59               |
|                                     | Фобічний компонент               |                                     |   |                    | 0,48                                    | 0,47              | 0,67               | 0,44                              | 0,37  | 0,76               | 0,44                                    | 0,43              | 0,60               |
|                                     | Тривожна оцінка перспективи      |                                     |   |                    |   | 0,48              | 0,85               | 0,53                              | 0,43  | 0,45               | 0,79                                    | 0,45              | 0,68               |
|                                     | Соціальний захист                |                                     |   |                    |   |                   | 0,61               | 0,37                              | 0,39  | 0,39               | 0,46                                    | 0,74              | 0,53               |
|                                     | Загальний показник               |                                     |   |                    |   |                   |                    | 0,66                              | 0,61  | 0,60               | 0,74                                    | 0,54              | 0,81               |
| Самоцінка ситуативної тривоги       | Емоційний дискомфорт             |                                     |   |                    |   |                   |                    |                                   | 0,58  | 0,57               | 0,64                                    | 0,44              | 0,86               |
|                                     | Астенічний компонент тривожності |                                     |   |                    |   |                   |                    |                                   |   | 0,43               | 0,51                                    | 0,46              | 0,74               |
|                                     | Фобічний компонент               |                                     |   |                    |   |                   |                    |                                   |   |                    | 0,47                                    | 0,44              | 0,72               |
|                                     | Тривожна оцінка перспективи      |                                     |   |                    |   |                   |                    |                                   |   |                    |   | 0,41              | 0,77               |
|                                     | Соціальний захист                |                                     |   |                    |   |                   |                    |                                   |   |                    |   |                   | 0,62               |
|                                     | Загальний показник               |                                     |   |                    |   |                   |                    |                                   |   |                    |   |                   |                    |

Примітка. Вказано коефіцієнти кореляції Спірмена ( $r$ ) . Для ОГ від 0,16-  $p < 0,05$  ; від 0,20 -  $p < 0,01$ ; від 0,26 -  $p < 0,001$ .

клініцистів з огляду збільшення ризиків формування стрес-асоційованих розладів серед цих осіб.

- Результати кореляційного аналізу матриці оцінки показників тривожності за різними рівнями її забезпечення у студентів, які перенесли психоемоційний стрес, дозволяють констатувати прогностичну значущість наявності декількох рівнів порушення як ситуативної тривоги, так і особистісної тривожності, з точки зору збільшення ризиків формування у цих респондентів розладів тривоги, як патологічного субстрату в патерні РА особистості.

### 3.2.3. Аналіз результатів дослідження студентів за шкалою астенічного стану

На другому місці в структурі клінічної симптоматики студентів, які перенесли психоемоційний стрес, було зареєстровано наявність астено-невротичного синдрому (38,4%), що і обумовило необхідність оцінки стану астенії в досліджуваних нами групах. Дослідження наявності і вираженості астенії у студентів закладів освіти медичного профілю (табл 3.8) проводилось за допомогою модифікованого опитувальника ММРІ (Л.Д. Малкова, за адаптацією Т.Г. Чертова на основі ММРІ).

Таблиця 3.8

#### Ступінь вираженості астенічного стану у студентів ОГ і ГП

| Шкала/<br>діапазон ознаки |                                   | Частота ознаки |      |           |      | p *     |
|---------------------------|-----------------------------------|----------------|------|-----------|------|---------|
|                           |                                   | ОГ (n=159)     |      | ГП (n=90) |      |         |
|                           |                                   | Абс.           | %    | Абс.      | %    | ОГ-ГП   |
| Шкала астенічного стану   | Помірна астенія (71-100 балів)    | 12             | 7,6  | –         | –    | 0,018 ° |
|                           | Слабка астенія (51-70 балів)      | 29             | 18,2 | 9         | 10,0 | 0,082   |
|                           | Відсутність астенії (30-50 балів) | 118            | 74,2 | 81        | 90,0 | 0,003   |

Примітка. \* p – рівень статистичної значущості відмінностей між показниками у групах ОГ і ГП (за критерієм  $\chi^2$ , в тому числі з поправкою Йейтса (°))

На підставі позитивних відповідей респондентів на питання про наявність підвищеної стомлюваності, нестійкості настрою, гіперестезії, головного болю, розладів сну, вегетативних порушень – ознаки астенії були виявлені у 50 (20,1%) респондентів, в тому числі у 41 (25,8%) студента із ОГ і 9 (10,0%) – із ГП (p=0,003 за  $\chi^2$ ) (табл 3.8).

Бальна оцінка тяжкості проявів астенії коливалась від 30 до 100 балів і в середньому становила в ОГ  $45,62 \pm 1,11$  (13.94) балів, в ГП –  $39,51 \pm 1,06$  (10,03) балів, при  $p < 0,001$  (табл. 3.8).

Відповідно до критеріїв шкали астенічного стану в ОГ респондентів слабка астенія (51-70 балів) відзначалась у 18,2%, помірна астенія (71-100 балів) – у 7,6% студентів (табл. 3.8). У ГП випадки помірної астенії були відсутні ( $p < 0,05$ ), а слабка астенія відзначена у 10,0% опитаних ( $p < 0,1$ ).

За даними табл. 3.9, достовірні відмінності отримані за рівнем оцінки середніх, медіани, міжквартильного розподілу показників астенії в ГП, що дозволяє констатувати наявність більшої клінічної виразності астенічних симптомів у студентів, які перенесли психоемоційний стрес ( $p < 0,001$ ).

Таблиця 3.9

### Порівняльний аналіз показників астенії у студентів ОГ і ГП

| Група             | Статистичні характеристики |                          |    |         |
|-------------------|----------------------------|--------------------------|----|---------|
|                   | Min-Max                    | M $\pm$ m (SD)           | Me | Q25-Q75 |
| Основна (n=159)   | 30 - 100                   | 45,62 $\pm$ 1,11 (13.94) | 44 | 36 – 54 |
| Порівняння (n=90) | 30 - 70                    | 39,51 $\pm$ 1,06 (10.03) | 38 | 34 – 45 |
| p * ОГ - ГП       | < 0,001                    |                          |    |         |

Примітка. \* p – рівень статистичної значущості відмінностей між показниками у групах ОГ і ГП (за t-критерієм Стьюдента)

Таким чином, відсутність астенії, як патологічного конструкту, у більшості студентів як ОГ, так і ГП (74,2% та 90%), дозволяє констатувати, що майже всі студенти мали достатній стан здоров'я на даному рівні забезпечення адаптації, за винятком кожного десятого студента з ГП, та кожного шостого з ОГ які характеризувались слабкою астенією та кожного тринадцятого з ОГ з проявами помірної астенії.

### 3.3. Преморбідні особливості рис особистості студентів та їх значення для прогнозу розладів адаптації

Емпіричне дослідження проблеми акцентуацій характеру особистості (за тестом-опитувальником Г. Шмішека, К. Леонгарда в адаптації В.М. Блейхера) та кількісно-якісний аналіз отриманих статистичних даних показав, що практично усі здобувачі вищої освіти медичного профілю мали ті чи інші особистісні акцентуації (бал за шкалою >12) – 96,8% (n=241). Водночас, ярко виражені риси (бал за шкалою >18) мали 67,1% (n=167) студентів (рис. 3.7).

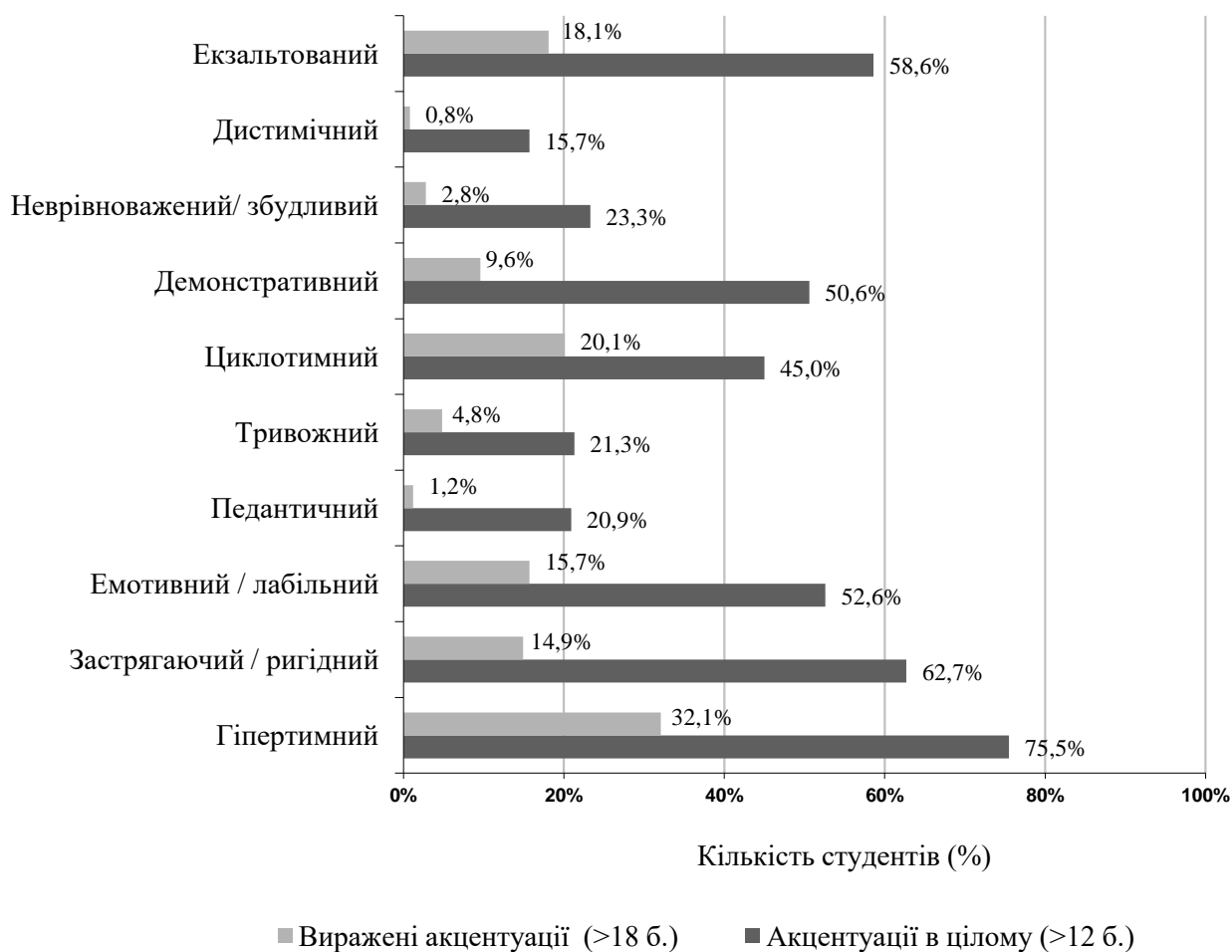


Рис. 3.7. Частота різних типів акцентуацій особистості у здобувачів вищої освіти медичного профілю (n=249)

Серед усіх обстежених студентів (n=249) з виявленими помірними або вираженими акцентуаціями найбільшу групу становили особи із гіпертимним (75,5%), застрягаючим (62,7%) та екзальтованим (58,6%) типами акцентуації. У характері близько половини студентів переважали також демонстративні (50,6%),

емотивні (52,6%) або циклотимні (45,0%) риси. Меншою мірою у даного контингенту були представлені дистимічний (15,7%), педантичний (20,9%), тривожний (21,3%) та збудливий (23,3%) типи акцентуації особистості. Водночас, вираженість і частота різних типів акцентуацій особистості у студентів ОГ і ГП мали відмінності (табл. 3.10, рис. 3.8).

Найчастішою вираженою акцентуацією серед студентів ОГ є акцентуація гіпертимного типу, яка властива 28,9% студентів. На другому місці знаходяться акцентуації циклотимного (21,4%) та екзальтованного (22,0%) типу. Майже в кожному шостому випадку визначаються акцентуації застрягаючого/ ригідного (18,2%) та емотивного/ лабільного (17,0%) типу. Тривожний тип акцентуації був виявлений у 6,9% студентів ОГ. Найменша вираженість характерна для акцентуацій неврівноваженого/збудливого (3,1%), педантичного (1,9%), дистимічного (0,6%) типу.

Таблиця 3.10

**Показники поширеності виражених акцентуацій (бал за шкалою >18) характеру та особистості у студентів ОГ і ГП**

| Тип акцентуації            | ОГ (n=159) |      | ГП (n=90) |      | р *     |
|----------------------------|------------|------|-----------|------|---------|
|                            | Абс.       | %    | Абс.      | %    |         |
| Гіпертимний                | 46         | 28,9 | 34        | 37,8 | 0,151   |
| Застрягаючий / ригідний    | 29         | 18,2 | 8         | 8,9  | 0,046   |
| Емотивний / лабільний      | 27         | 17,0 | 12        | 13,3 | 0,447   |
| Педантичний                | 3          | 1,9  | -         | -    | 0,480 ° |
| Тривожний                  | 11         | 6,9  | 1         | 1,1  | 0,040   |
| Циклотимний                | 34         | 21,4 | 16        | 17,8 | 0,495   |
| Демонстративний            | 13         | 8,2  | 11        | 12,2 | 0,299   |
| Неврівноважений/ збудливий | 5          | 3,1  | 2         | 2,2  | 0,672   |
| Дистимічний                | 1          | 0,6  | 1         | 1,1  | 0,682   |
| Екзальтований              | 35         | 22,0 | 10        | 11,1 | 0,032   |

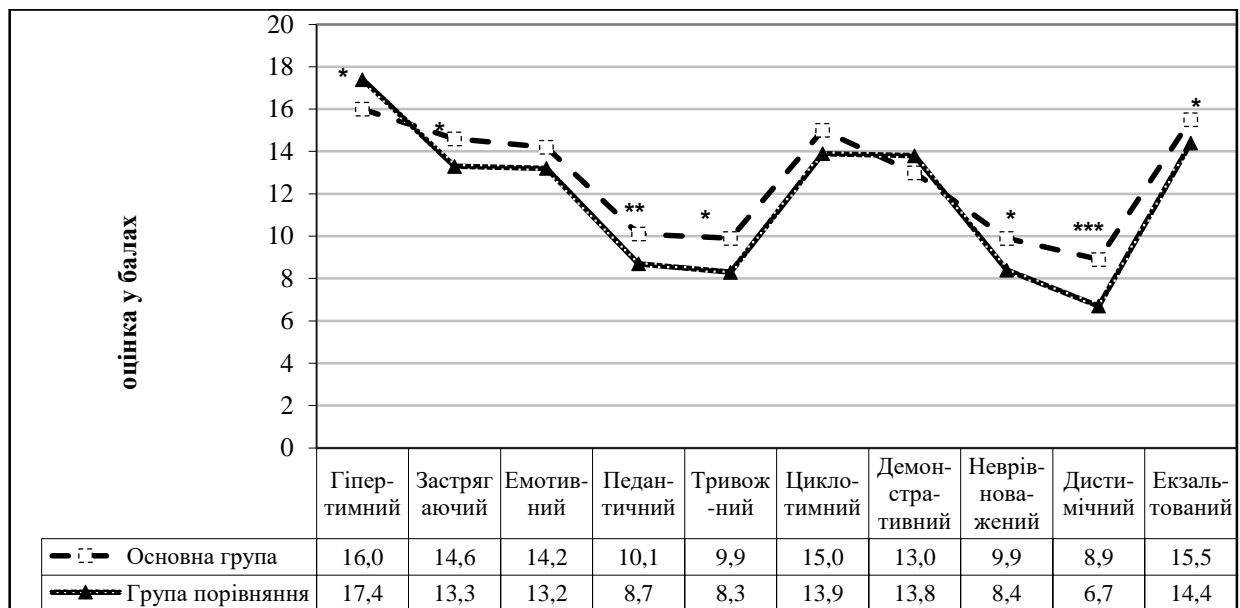
Примітка. \* р – рівень статистичної значущості відмінностей між показниками у групах ОГ і ГП (за критерієм  $\chi^2$ , в тому числі з поправкою Йейтса (°))

Студентів «гіпертимного» типу (28,9% ОГ і 37,8% ГП;  $p > 0,05$ ) за загальноприйнятим трактуванням відрізняє велике прагнення до самостійності, що слугує джерелом конфліктів. Характерні спалахи гніву, роздратування, особливо при зустрічі з сильною протидією, невдачею. Схильні до аморальних вчинків, підвищеної



дратівливості, прожектерству. Мають недостатньо серйозне відношення до своїх обов'язків, важко переносять умови жорсткої дисципліни, монотонну діяльність, вимушену самотність.

Респондентам «циклотимного» типу (21,4% і 17,8% в ОГ і ГП;  $p > 0,05$ ) за загальноприйнятою інтерпритацією властиві часті періодичні зміни настрою, залежність від зовнішніх подій. Радісні події викликають жадання діяльності, підвищення балакучості, скачки ідей; сумні - пригніченість, сповільненість реакцій і мислення, так само часто міняється їх манера спілкування з оточуючими людьми.



Примітка. Дані представлено як середні значення (М); достовірність різниці між групами: \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; \*\*\* -  $p < 0,001$  за t-критерієм Стьюдента.

Рис. 3.8. Профіль акцентуацій характеру та особистості у студентів ОГ і ГП

За критерієм Пірсона ( $\chi^2$ ) встановлено достовірні відмінності між ОГ і ГП за частотою виражених акцентуацій характеру та особистості за трьома шкалами методики К. Леонгарда: тривожним, застрягаючим/ ригідним та екзальтованим типами (табл. 3.10). Це вказує на наявність прямого зв'язку між зростанням ризику розвитку РА у студентів медичних навчальних закладів, що пережили психоемоційний стрес, і наявністю виражених особистісних акцентуацій тривожного ( $r=0,13$ ;  $p=0,040$ ), застрягаючого ( $r=0,13$ ;  $p=0,040$ ) і екзальтованого ( $r=0,14$ ;  $p=0,032$ ) типів.

Респондентам «тривожного» типу (6,9% студентів ОГ проти 1,1% ГП;  $p < 0,05$ ) за загальноприйнятою інтерпритацією, властиві низька контактність, мінорний настрій, боязкість, лякливність, невпевненість в собі. Вони відчувають сором'язливість, важко переживають іспити, часто соромляться відповідати. Нотації можуть викликати у них каяття, відчуття провини, сльози, розпач. Почуття своєї неповноцінності намагаються замаскувати в самоствердженні через ті види діяльності, де вони можуть більшою мірою розкрити свої здібності. Їм властиві образливість, чутливість, сором'язливість, які заважають зблизитись з тими, з ким хочеться. Непереносимість кепкувань, підозри супроводжуються невмінням постояти за себе, відстояти правду при несправедливих звинуваченнях. Вони рідко вступають у конфлікти з оточуючими, граючи в них переважно пасивну роль, у конфліктних ситуаціях часто шукають підтримки.

«Застрагуючий/ ригідний» тип (18,2% ОГ проти 8,9% ГП;  $p < 0,05$ ) за загальноприйнятим трактуванням, характеризує помірною комунікабельністю, занудливістю, схильністю до моралей, мовчазністю. Людина часто страждає від уявного, проявляє настороженість і недовірливість по відношенню до людей, чутливий до образ і прикросів, уразливий, підозрілий, відрізняється мстивістю, довго переживає те, що сталося, не здатний "легко відходити" від образ. Часто виступає ініціатором конфліктів. Самовпевненість, жорсткість установок і поглядів, сильно розвинене честолюбство часто призводять до наполегливого утвердження своїх інтересів, які він обстоює з особливою енергійністю. Прагне добитися високих показників у будь-якій справі, за яку береться і проявляє велику завзятість в досягненні своїх цілей. Схильні до афектів (правдолюбство, образливість, ревності, підозрілість), інертність у прояві афектів, мисленні, моториці.

Особи «екзальтованого» типу (22,0% ОГ проти 11,1% ГП;  $p < 0,05$ ) за загальноприйнятою інтерпритацією характеризуються тим, що легко захоплюються радісними подіями і приходять у повний відчай від сумних. Часто сперечаються, але не доводять справи до відкритих конфліктів, у конфліктних ситуаціях бувають як активною, так і пасивною стороною. Схильні до миттєвих змін настрою, рвучкі, легко переходять від стану захоплення до стану печалі, психічно лабільні.

Крім того, у студентів ОГ середня бальна оцінка ( $M \pm m$  (SD)) ступеня вираженості акцентуації була достовірно вище показників у ГП за шкалами: «дистимічність» –  $8,9 \pm 0,4$  (4,9) проти  $6,7 \pm 0,4$  (4,2) бала ( $p < 0,001$ ), «педантичність» –  $10,1 \pm 0,3$  (4,1) проти  $8,7 \pm 0,4$  (3,6) балів ( $p = 0,006$ ) і «неврівноваженість» –  $9,9 \pm 0,4$  (5,3) проти  $8,4 \pm 0,6$  (5,2) бала ( $p = 0,025$ ) (рис. 3.8). Як відомо, характерними рисами людей з такими типами акцентуацій є: «дистимічний тип» – знижений настрій, пасивність, схильність до депресії; «педантичний» – інертність психічних процесів, загальмованість, ригідність, довге переживання травмуючи подій; «неврівноважений» – підвищена збудливість, дратівливість, агресивність, імпульсивність.

Таким чином, можна зробити наступні висновки:

- доведені наявність преморбідних особливостей рис особистості студентів-медиків та значення окремих типологій осіб для оцінки ризиків розвитку та прогнозу стрес-асоційованих розладів:

- вперше встановлено наявність прямого зв'язку між зростанням ризику розвитку РА у студентів медичних навчальних закладів, що пережили психоемоційний стрес, і наявністю виражених особистісних акцентуацій тривожного ( $r = 0,13$ ;  $p = 0,040$ ), застрягаючого ( $r = 0,13$ ;  $p = 0,040$ ) і екзальтованого ( $r = 0,14$ ;  $p = 0,032$ ) типів на підставі встановлених достовірних відмінності за критерієм Пірсона ( $\chi^2$ ) між ОГ і ГП за частотою виражених акцентуацій характеру та особистості.

#### **3.4. Стратегії подолання стресу та їх внесок у життєстійкість здобувачів медичної освіти**

З урахуванням наявності одного з компонентів включення до дійсного дослідження, а саме, фактора перенесеного психоемоційного стресу, та у відповідності до мети і завдань дійсного дослідження нами були проаналізовані стратегії подолання стресу та їх внесок у життєстійкість здобувачів медичної освіти з використанням опитувальника опанування стресу COPE (Ч. Кавер, М. Шейєр і Д. Вентрауб, 1989, в адаптації Т. О. Гордєєвої, Є. М. Осіна, О. І. Рассказової, О. А. Сичьова, В. Ю. Шевяхової, 2013).

З огляду на те, що значенням терміну "копінг" є власне "подолання", конструкт "копінг-стратегії" належить до адаптивних або конструктивних стратегій, що сприяють зниженню переживання стресу і вирішенню ситуації.

Проте деякі копінг-стратегії є по суті дезадаптивними проявами, що призводять у довготривалій перспективі до зниження психологічного і фізичного благополуччя індивіда. Оскільки сенс полягає в забезпеченні психологічної адаптації до ситуації, відновленні психологічного благополуччя чи розв'язанні проблеми, важливо зрозуміти, наскільки окремі копінг-стратегії сприяють цим процесам серед студентів.

Порівняльні дані актуальних копінг-стратегій серед студентів за результатами опитувальника опанування стресу COPE представлено в табл. 3.11. В ОГ задовільні результати відзначались за такими продуктивними стратегіями, як планування, позитивне переформулювання і особистісне зростання, активне подолання. Стратегія "Планування" ( $12,8 \pm 0,2$  (2,6)) є обдумуванням того, як діяти відносно важкої життєвої ситуації і розробки стратегій поведінки. Стратегія "Позитивне переформулювання і особистісне зростання" ( $12,6 \pm 0,2$  (2,8)) є здатністю переосмислити стресову ситуацію у позитивному ключі. Суть стратегії "Активне подолання" ( $12,6 \pm 0,2$  (2,4)) полягає у прийнятті активних кроків.

Варто відзначити, що за вищевказаними продуктивними стратегіями не виявлено достовірних відмінностей між групами дослідження ( $p > 0,05$ ), проте середній бал реалізації даних стратегій в ОГ був зниженим відносно ГП (табл. 3.11, рис. 3.9).

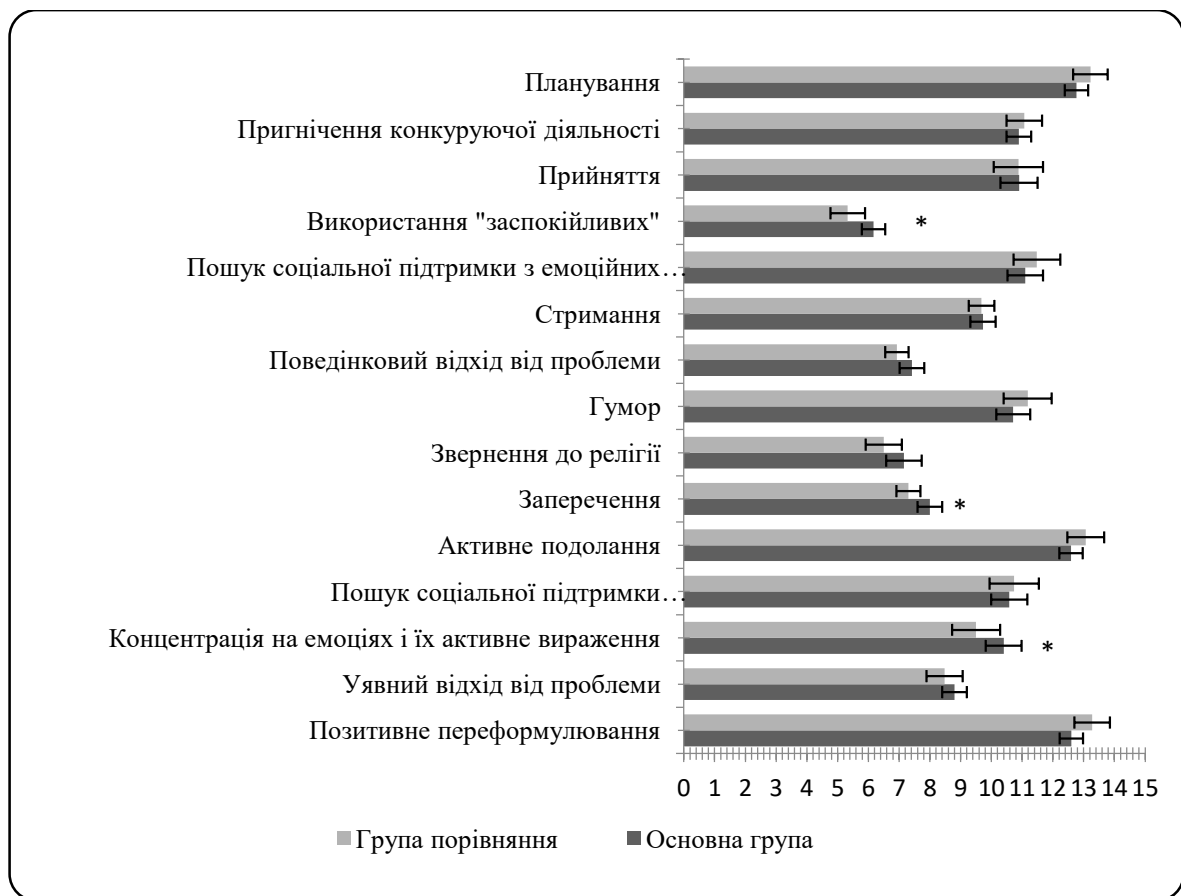
Серед ОГ та ГП відмінності були відсутні за середніми показниками стратегій «Прийняття» ( $10,9 \pm 0,3$  і  $10,9 \pm 0,4$  відповідно), «Стримання» ( $9,7 \pm 0,2$ ) та мінімальні за «Використання інструментальної соціальної підтримки» ( $10,6 \pm 0,3$ ;  $10,7 \pm 0,4$ ).

Отримані результати вказували на відмінності у спектрі застосовуваних форм стрес-долаючої поведінки поміж студентів ОГ та ГП за наступними шкалами: "пригнічення конкуруючої діяльності", "гумор", "концентрація на емоціях і їх активне вираження", "уявний відхід від проблеми" (табл. 3.9).

## Середні показники копінг-стратегій ОГ і ГП (в умовних балах)

| Шкала  | ОГ (n=159)       | ГП (n=90)        | p*    |
|--|------------------|------------------|-------|
|  | M ±m (SD)        | M ±m (SD)        | ОГ-ГП |
| Позитивне переформулювання і особистісне зростання | 12,6 ± 0,2 (2,8) | 13,3 ± 0,3 (2,7) | 0,071 |
| Уявне уникнення проблем                            | 8,8 ± 0,2 (2,7)  | 8,5 ± 0,3 (2,8)  | 0,407 |
| Концентрація на емоціях та їх активне вираження    | 10,4 ± 0,3 (3,2) | 9,5 ± 0,4 (3,2)  | 0,040 |
| Використання інструментальної соціальної підтримки | 10,6 ± 0,3 (3,0) | 10,7 ± 0,4 (3,2) | 0,805 |
| Активне опанування себе                            | 12,6 ± 0,2 (2,4) | 13,1 ± 0,3 (2,4) | 0,116 |
| Заперечення  | 8,0 ± 0,2 (2,6)  | 7,3 ± 0,2 (2,3)  | 0,033 |
| Звернення до релігії                               | 7,2 ± 0,3 (3,5)  | 6,5 ± 0,3 (2,9)  | 0,095 |
| Гумор  | 10,7 ± 0,3 (3,4) | 11,2 ± 0,4 (3,3) | 0,261 |
| Поведінкове уникнення проблеми                     | 7,4 ± 0,2 (2,4)  | 6,9 ± 0,2 (2,2)  | 0,105 |
| Стримання  | 9,7 ± 0,2 (2,3)  | 9,7 ± 0,2 (2,2)  | 0,973 |
| Використання емоційної соціальної підтримки        | 11,1 ± 0,3 (3,4) | 11,5 ± 0,4 (3,7) | 0,389 |
| Використання "заспокійливих"                       | 6,2 ± 0,2 (2,7)  | 5,3 ± 0,3 (2,4)  | 0,010 |
| Прийняття  | 10,9 ± 0,3 (3,0) | 10,9 ± 0,4 (3,3) | 0,981 |
| Придушення конкуруючої діяльності                  | 10,9 ± 0,2 (2,9) | 11,1 ± 0,3 (3,1) | 0,720 |
| Планування   | 12,8 ± 0,2 (2,6) | 13,2 ± 0,3 (2,6) | 0,245 |

Примітка. \* p – між групами ОГ і ГП за t-критерієм Стьюдента



Примітка. Статистична значущість різниці між групами (за t-критерієм Стьюдента): \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$

Рисунок 3.9. Порівняння середніх показників (M, 95% ДІ) копінг-стратегій прямих дій, спрямованих на подолання стресової ситуації, студентів ОГ і ГП (в умовних балах)

За загальноприйнятим трактуванням, "Пригнічення конкуруючої діяльності" ( $10,9 \pm 0,2$  (2,9)) є уникненням запобігання іншим видам активності і, можливо, ігнорування інших речей, з тим, щоб активніше справлятися із стресовою ситуацією. "Гумор" ( $10,7 \pm 0,3$  (3,4)) - жарти і сміх із приводу ситуації.

"Концентрація на емоціях і їх активне вираження" ( $10,4 \pm 0,3$  (3,2)) полягає у фокусуванні на неприємних емоціях, неприємностях і вираженні почуттів. " Уявне уникнення проблеми " ( $8,8 \pm 0,2$  (2,7)) - використання різних видів активності, аби відволіктися від неприємних думок, пов'язаних із проблемою, наприклад, фантазування, сон).

Достовірні відмінності між досліджуваними групами отримані за шкалами "концентрація на емоціях і їх активне вираження" ( $p=0,040$ ), "заперечення" ( $p=0,033$ )

та "використання "заспокійливих" ( $p=0,010$ ), що свідчить про їх активніше використання студентами ОГ, що перенесли психоемоційний стрес, ніж у ГП (табл. 3.11, рис. 3.9).

Таким чином, аналіз кількісної оцінки застосованих стратегій опанування стресу показав, що респонденти схильні досить часто вдаватися до різних видів копінг-стратегій, можливо, внаслідок великої кількості стресових ситуацій, що виникають у навчальній діяльності.

Серед студентів ОГ на різних етапах визначався стрес-нестійкий копінг-профіль, що, можливо, з одного боку було підґрунтям для розвитку стрес-асоційованих розладів, а з іншого – недостатньо протидіяло наявному стресовому навантаженню та не сприяло адаптації. Окремого аналізу потребують випадки підтвердження вибору стратегії з високою напруженістю з огляду значущості цих сценаріїв (рис.3.10) в якості чинників, що можуть приводити до розвитку патологічних станів.

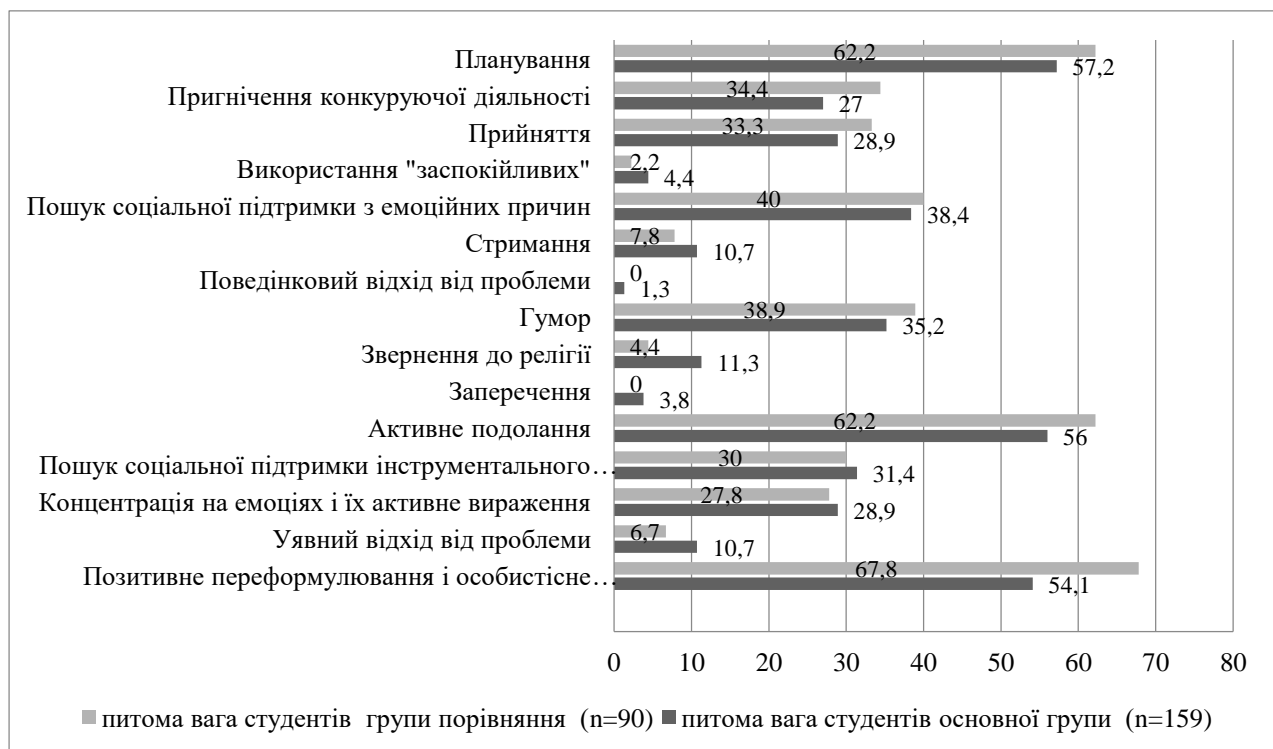


Рисунок 3.10. Частота вибора з високою напруженістю копіювання у групах обстежених студентів

Під час дослідження копіювання серед студентів, що перенесли психоемоційний стрес, виявлено, що певний ризик пов'язаний із вираженістю різноспрямованих

тенденцій в стилі стрес-долаючої поведінки, поєднанні конфронтації та дистанціювання. Встановлено, що для студентів з доклінічними адаптивними порушеннями притаманні труднощі планування дій, спрямованих на вирішення проблем, поєднання орієнтованості на активний опір проблемі з тенденцією до її ігнорування або до знецінення. Серед студентів з клінічно розгорнутою симптоматикою відмічалась тенденція до ухилення від реальних дій при вирішенні проблем, наслідком чого ставало хронічне емоційне напруження, формування стійких дезадаптивних способів «швидкого» відновлення емоційної рівноваги (психогенне переїдання, тютюнопаління, алкоголь, заспокійливі засоби, пасивність), що по суті є додатковими факторами ризику розвитку невротичної патології. Відповідно, оцінка наявних у студентів форм копінгу, розкриває широкі можливості до профілактики розвитку чи негативних наслідків захворювань.

Беручи до уваги різноманітність обраних при тестуванні копінг-стратегій подолання стресу в групах обстежених студентів, нами окремо проведено кореляційний аналіз зв'язків між обраними сценаріями в групі студентів-медиків, які мали ризики розвитку стрес-асоційованих розладів з огляду їх схильності досить часто вдаватися до різних видів копінгу, можливо, внаслідок великої кількості стресових ситуацій, що виникають у навчальній діяльності.

Кореляційний аналіз отриманих результатів дозволив виявити помітні прямі зв'язки між стратегіями опанування стресу серед студентів, що перенесли психоемоційний стрес в ОГ (табл.3.10).

Особи з ОГ, що обирали неадаптивні копінг-стратегії, зокрема "заперечення", достовірно частіше використовували також неадаптивні стратегії "поведінковий відхід від проблеми", "використання "заспокійливих" ( $p < 0,001$ ).

В ОГ студенти з неефективним копінгом "концентрація на емоціях і їх активне вираження" одночасно мали вірогідність використання стратегій "пошук соціальної підтримки інструментального характеру", "пошук соціальної підтримки з емоційних причин", що має амбівалентний характер ( $p < 0,001$ ).



За результатами дослідження студенти ОГ, що обирали копінг-стратегію "використання "заспокійливих" помітно рідше звертались до стратегії "планування", яка має досить високий адаптивний потенціал ( $p < 0,05$ ).

Отримані дані дозволяють констатувати прогностичну значущість обраних сценаріїв в ОГ, як патологічного субстрату в патерні розвитку РА.

Таким чином, можна зробити наступні висновки:

- враховуючи змістовний поділ копінг-стратегій у діапазоні «ефективний – неефективний» спосіб подолання стресу, такі форми як заперечення, концентрація на емоціях та їх активне вираження, використання "заспокійливих", мають низький потенціал адаптації, соціальна підтримка – амбівалентний, тоді як позитивне переформулювання і особистісне зростання, планування, активне подолання – високий.

- доведено, що в опитуваних студентів ОГ спостерігалось зниження адаптаційних можливостей до подолання стресу.

Таблиця 3.10

## Кореляційні зв'язки між стратегіями опанування стресу серед студентів, що перенесли психоемоційний стрес

|  | Позитивне переформулювання і особисте зростання | Уявний відхід від проблеми | Концентрація на емоціях і їх активне вираження | Пошук соціальної підтримки | Активне подолання | Заперечення | Звернення до релігії | Гумор | Поведінковий відхід від проблеми | Стримання | Пошук соціальної підтримки з емоційних причин | Використання "заспокійливих" | Прийняття | Пригнічення конкуруючої діяльності | Планування   |
|--|---|----------------------------|--|----------------------------|-------------------|-------------|----------------------|-------|----------------------------------|-----------|---|------------------------------|-----------|------------------------------------|--------------|
| Позитивне переформулювання                             |   | -                          | -  | 0,23                       | 0,45              | -           | -                    | 0,67  | -                                | 0,31      | 0,25  | -                            | 0,32      | 0,35                               | 0,51         |
| Уявний відхід від проблеми                             |   |                            | 0,42   | 0,35                       | -                 | 0,39        | 0,27                 | -     | 0,29                             | 0,31      | 0,22  | 0,36                         | 0,20      | 0,28                               | 0,18         |
| Концентрація на емоціях                                |   |                            |  | 0,47                       | 0,16              | 0,25        | -                    | -     | -                                | -         | 0,51  | 0,26                         | 0,26      | 0,19                               | 0,28         |
| Пошук соціальної підтримки інструментального характеру |   |                            |  |                            | 0,37              | -           | -                    | 0,27  | -                                | 0,28      | 0,69  | -                            | 0,25      | 0,38                               | 0,29         |
| Активне подолання                                      |   |                            |  |                            |                   | -           | -                    | 0,35  | <b>-0,30</b>                     | 0,26      | 0,25  | <b>-0,22</b>                 | 0,31      | 0,63                               | 0,62         |
| Заперечення  |   |                            |  |                            |                   |             | 0,30                 | -     | 0,43                             | 0,24      | -   | 0,27                         | 0,27      | -                                  | -            |
| Звернення до релігії                                   |   |                            |  |                            |                   |             |                      | -     | 0,16                             | -         | -   | 0,19                         | -         | 0,18                               | -            |
| Гумор  |   |                            |  |                            |                   |             |                      |       |                                  | 0,16      | 0,18  |                              | 0,27      | 0,31                               | 0,27         |
| Поведінковий відхід від проблеми                       |   |                            |  |                            |                   |             |                      |       |                                  | 0,27      | -   | 0,18                         | -         | -                                  | <b>-0,21</b> |
| Стримання  |   |                            |  |                            |                   |             |                      |       |                                  |           | 0,23  | -                            | 0,26      | 0,26                               | 0,22         |
| Пошук соціальної підтримки з емоційних причин          |   |                            |  |                            |                   |             |                      |       |                                  |           |   | -                            | -         | 0,23                               | 0,26         |
| Використання "заспокійливих"                           |   |                            |  |                            |                   |             |                      |       |                                  |           |   |                              | -         | -                                  | <b>-0,18</b> |
| Прийняття  |   |                            |  |                            |                   |             |                      |       |                                  |           |   |                              |           | 0,27                               | 0,40         |
| Пригнічення конкуруючої діяльності                     |   |                            |  |                            |                   |             |                      |       |                                  |           |   |                              |           |                                    | 0,50         |
| Планування   |   |                            |  |                            |                   |             |                      |       |                                  |           |   |                              |           |                                    |              |

Примітка : Коефіцієнт кореляції Спірмена (r) в ОГ (від 0,16- p&lt;0,05 ; від 0,20 - p&lt;0,01; від 0,26 - p&lt;0,001)

### 3.5. Порівняльна характеристика якості життя у групах студентів-медиків

Дослідження якості життя у студентів ОГ і ГП проводилось за методикою Mezzich et al. (1999) в адаптації Н.О. Марути (2001) [263] на основі 10 параметрів, характеризуючих різні сфери ЯЖ. Загальний інтегральний показник ЯЖ визначався шляхом обчислення суми балів за 10 складовими (розділ 2).

Таблиця 3.11

Розподіл оцінок якості життя респондентами ОГ (n=159)

| Показник                           | Оцінка  |          |           |           |          | Середня<br>Me (бал) |
|------------------------------------|---------|----------|-----------|-----------|----------|---------------------|
|                                    | 0 балів | 1-3 бали | 4-6 балів | 7-9 балів | 10 балів |                     |
|                                    | Абс./ % | Абс./ %  | Абс./ %   | Абс./ %   | Абс./ %  |                     |
| Фізичне благополуччя               | -       | 5/ 3,1   | 34/ 21,4  | 104/ 65,4 | 16/ 10,1 | 8                   |
| Психологічне благополуччя          | -       | 7/ 4,4   | 39/ 24,5  | 91/ 57,2  | 22/ 13,9 | 8                   |
| Самообслуговування та незалежність | -       | -        | 21/ 13,2  | 77/ 48,4  | 61/ 38,4 | 9                   |
| Працевдатність                     | -       | 1/ 0,6   | 19/ 12,0  | 100/ 62,9 | 39/ 24,5 | 9                   |
| Міжособистісна взаємодія           | -       | 1/ 0,6   | 20/ 12,6  | 76/ 47,8  | 62/ 37,0 | 9                   |
| Соціо-емоційна підтримка           | -       | 5/ 3,1   | 22/ 13,9  | 63/ 39,6  | 69/ 43,4 | 9                   |
| Суспільна і службова підтримка     | -       | 3/ 1,9   | 34/ 21,4  | 78/ 49,0  | 44/ 27,7 | 8                   |
| Самореалізація                     | -       | 3/ 1,9   | 25/ 15,7  | 93/ 58,5  | 38/ 23,9 | 8                   |
| Духовна реалізація                 | -       | 25/ 15,7 | 52/ 32,7  | 62/ 39,0  | 20/ 12,6 | 7                   |
| Загальне сприйняття якості життя   | -       | 5/ 3,1   | 25/ 15,7  | 91/ 57,2  | 38/ 23,9 | 8                   |

Примітки: кваліфікація оцінок ЯЖ: 0 балів – зовсім не задоволений, 1-3 – більш незадоволений, ніж задоволений, 4-6 – посередньо, 7-9 – більш задоволений, ніж незадоволений, 10 – повністю задоволений.

Результати дослідження ЯЖ студентів свідчать, що для більшості обстежених ОГ характерні позитивні оцінки (7-9 балів – більш задоволений, ніж незадоволений) за всіма сферами якості життя (табл. 3.11).

Найвищі оцінки (7-10 балів) і медіаною 9 балів отримані за такими сферами ЯЖ як: «самообслуговування та незалежність» – 86,8% респондентів, «працевдатність – 87,4%, «міжособистісна взаємодія» – 86,8%, «соціо-емоційна підтримка» – 83,0%. Найменші бали отримані за шкалою «духовна реалізація» – медіана 7 балів, а 48,4% студентів незадоволені цією сферою ЯЖ (15,7%) або вагаються чітко оцінити (32,7%).

Інтегральний (сумарний) показник якості життя в ОГ в середньому дорівнює  $78,83 \pm 1,03$  (12,95) балів, що за визначеними критеріями (розділ 2) в 65,4% випадків відповідає високим (19,5%) або дуже високим (45,9%) оцінкам рівня ЯЖ. Зіставлення

показників ЯЖ у різних групах показало, що у студентів ОГ майже за всіма сферами (крім фізичного благополуччя і духовної реалізації) вони були достовірно нижче (від  $p < 0,05$  до  $p < 0,001$ ), ніж у ГП (табл. 3.12, рис. 3.11).

Таблиця 3.12

### Результати дослідження якості життя респондентів (у балах)

| Показники                          | ОГ (n=159)           | ГП (n=90)           | p*               |
|------------------------------------|----------------------|---------------------|------------------|
|                                    | M ±m (SD)            | M ±m (SD)           | ОГ-ГП            |
| Фізичне благополуччя               | 7,38 ± 0,13 (1,70)   | 7,72 ± 0,16 (1,50)  | 0,111            |
| Психологічне благополуччя          | 7,38 ± 0,16 (1,99)   | 8,07 ± 0,17 (1,61)  | <b>0,004</b>     |
| Самообслуговування та незалежність | 8,64 ± 0,13 (1,58)   | 9,17 ± 0,12 (1,10)  | <b>0,003</b>     |
| Працездатність                     | 8,30 ± 0,13 (1,57)   | 8,76 ± 0,14 (1,36)  | <b>0,017</b>     |
| Міжособистісна взаємодія           | 8,54 ± 0,13 (1,66)   | 9,29 ± 0,10 (0,99)  | <b>&lt;0,001</b> |
| Соціо-емоційна підтримка           | 8,32 ± 0,17 (2,12)   | 9,05 ± 0,18 (1,69)  | <b>0,003</b>     |
| Суспільна і службова підтримка     | 7,94 ± 0,16 (2,01)   | 8,43 ± 0,17 (1,62)  | <b>0,038</b>     |
| Самореалізація                     | 8,05 ± 0,14 (1,80)   | 8,53 ± 0,15 (1,47)  | <b>0,023</b>     |
| Духовна реалізація                 | 6,37 ± 0,21 (2,59)   | 6,69 ± 0,27 (2,56)  | 0,350            |
| Загальне сприйняття життя          | 7,95 ± 0,15 (1,86)   | 8,70 ± 0,13 (1,21)  | <b>&lt;0,001</b> |
| Загальний рівень якості життя      | 78,83 ± 1,03 (12,95) | 84,39 ± 1,05 (9,94) | <b>&lt;0,001</b> |

Примітка. \* p – між групами ОГ і ГП за t-критерієм Стьюдента

При цьому найбільші відмінності відзначені за сферами «психологічне благополуччя» (середня оцінка нижча на 8,6%,  $p < 0,01$ ), «міжособистісна взаємодія» (нижча на 8,1%,  $p < 0,001$ ), «соціо-емоційна підтримка» (нижча на 8,1%,  $p < 0,01$ ), «загальне сприйняття життя» (нижча на 8,6%,  $p < 0,001$ ).

Середня інтегральна оцінка ЯЖ в ОГ була менше на 6,6%, ніж у ГП ( $p < 0,001$ ). При цьому 8,2% студентів ОГ оцінили ЯЖ як дуже низьку (1-3 бали за методикою), в той час як в ГП таких випадків не було ( $p = 0,013$  за  $\chi^2$  з поправкою Йейтса) (рис. 3.11).

Отримані при дослідженні ЯЖ дані свідчили про суттєве зниження показників задоволеністю життя студентів ОГ. Статистично достовірне зниження ( $p < 0,05$ ) рівня показників шкал у студентів ОГ можна пояснити несприятливими життєвими змінами, підвищеними емоційними і фізичними учбовими навантаженнями, перебуванням в умовах пролонгованої психотравми. У порівняльному аспекті статистично значуща відмінність виявлялася в ОГ (від  $p < 0,05$  до  $p < 0,001$ ) у бік збільшення частоти коморбідних депресивних, тривожних, obsesивно-фобічних, астенічних розладів, що не відзначалося у студентів ГП (табл. 3.13).



Примітка. Статистична значущість різниці між групами (за t-критерієм Стьюдента): \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$

Рисунок 3.11. Порівняння середніх показників (М, 95% ДІ) якості життя за результатами проведення обстеження в ОГ і ГП (у балах)

При порівняльному аналізі показника якості життя студентів ОГ за шкалою "фізичне благополуччя", що пов'язаний з оцінкою впливу фізичного стану на щоденну рольову активність, фіксувалися певні закономірності. Студенти ОГ з незадовільною ЯЖ за цим показником надавали особливого значення наявній соматичній симптоматиці. У зв'язку з цим під час оцінювання ЯЖ низький рівень фізичного благополуччя виводив на перший план проблеми впливу саме соматичних чинників (або соматоформної симптоматики) ( $r = -0,43$ ;  $p < 0,001$ ), та тривоги ( $r = -0,46$ ;  $p < 0,001$ ), що відображалось у результатах за опитувальником SCL-90-R.

Шкала "Психологічне благополуччя" безпосередньо пов'язана з характеристиками загального емоційного фону і впливом на нього депресивної та тривожної симптоматики. Як і у випадку зі шкалою "Фізичне благополуччя", щодо параметрів психічного здоров'я, у студентів ОГ мала місце закономірність, пов'язана зі зниженням показників ЯЖ при підвищенні рівня психопатологічної симптоматики.

**Вплив психопатологічної симптоматики, рівня тривожності та астенії на сфери якості життя студентів, що перенесли психоемоційний стрес**

| Шкала            | SOM   | O-C   | INT   | DEP   | ANX   | HOS   | PHOB  | PAR   | PSY   | Індекс GSI | Індекс PSI | Індекс PDSI | ШАС   | COT   | ССТ   |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------|------------|-------------|-------|-------|-------|
| ФБ               | -0,43 | -0,39 | -0,36 | -0,4  | -0,46 | -0,37 | -0,44 | -0,4  | -0,32 | -0,47      | -0,44      | -0,42       | -0,51 | -0,37 | -0,44 |
| ПБ               | -0,45 | -0,51 | -0,46 | -0,51 | -0,52 | -0,46 | -0,46 | -0,42 | -0,41 | -0,56      | -0,55      | -0,42       | -0,61 | -0,46 | -0,6  |
| СтН <sup>С</sup> | -0,24 | -0,37 | -0,3  | -0,31 | -0,39 | -0,27 | -0,38 | -0,42 | -0,35 | -0,4       | -0,36      | -0,35       | -0,33 | -0,27 | -0,35 |
| П                | -0,33 | -0,41 | -0,38 | -0,38 | -0,45 | -0,34 | -0,4  | -0,28 | -0,27 | -0,41      | -0,44      | -0,26       | -0,4  | -0,37 | -0,42 |
| МВ               | -0,36 | -0,43 | -0,35 | -0,45 | -0,4  | -0,39 | -0,32 | -0,34 | -0,37 | -0,45      | -0,45      | -0,35       | -0,5  | -0,4  | -0,46 |
| СЕР              | -0,29 | -0,37 | -0,31 | -0,42 | -0,32 | -0,34 | -0,3  | -0,36 | -0,28 | -0,38      | -0,37      | -0,31       | -0,41 | -0,36 | -0,36 |
| ССП              | -0,27 | -0,42 | -0,28 | -0,32 | -0,31 | -0,34 | -0,32 | -0,35 | -0,24 | -0,38      | -0,38      | -0,24       | -0,34 | -0,22 | -0,28 |
| ОР               | -0,36 | -0,41 | -0,36 | -0,43 | -0,35 | -0,32 | -0,36 | -0,31 | -0,33 | -0,44      | -0,4       | -0,35       | -0,45 | -0,32 | -0,45 |
| ДР               | -     | -0,24 | -0,24 | -0,27 | -0,23 | -0,23 | -0,27 | -0,25 | -0,17 | -0,26      | -0,26      | -0,19       | -0,27 | -0,24 | -0,29 |
| ЗС               | -0,36 | -0,45 | -0,44 | -0,54 | -0,37 | -0,41 | -0,4  | -0,39 | -0,32 | -0,49      | -0,47      | -0,37       | -0,55 | -0,48 | -0,53 |

Примітка. ФБ – фізичне благополуччя, ПБ – психологічне / емоційне благополуччя, СтН – самообслуговування й незалежність дій, П – працездатність, МВ – міжособистісна взаємодія, СЕР – Соціо-емоційна підтримка, ГСП – Суспільна й службова підтримка, ОР – Особистісна реалізація, ДР – Духовна реалізація, ЗГ – Загальне сприйняття життя. COT – Самооцінка особистісної тривожності, ССТ – Самооцінка ситуативної тривоги. Коефіцієнт кореляції Спірмена (r) в ОГ (від 0,16- p<0,05 ; від 0,20 - p<0,01; від 0,26 - p<0,001).

Низькі показники ЯЖ за шкалою "Психологічне благополуччя" корелювали з наростанням у структурі коморбідності особистісних розладів, розладів депресивного та тривожного спектра, помітно зворотно корелювала з результатами SCL-90-R за субшкалами обсесивно-компульсивності ( $r = -0,51$ ;  $p < 0,001$ ), депресії ( $r = -0,51$ ;  $p < 0,001$ ), тривоги ( $r = -0,52$ ;  $p < 0,001$ ), з високими показниками астенії ( $r = -0,61$ ;  $p < 0,001$ ). Також простежувалося закономірне зниження показників ЯЖ за параметром "Психічний благополуччя" у разі наростання рівня ситуаційної тривоги ( $r = -0,60$ ;  $p < 0,001$ ).

Шкала "Загальне сприйняття якості життя" як третій основний компонент ЯЖ, що характеризує суб'єктивне благополуччя/задоволеність, у студентів ОГ, також статистично значимо була пов'язана з вираженістю психопатологічної симптоматики. На етапі первинної діагностичної оцінки психічного стану зв'язок з симптоматикою депресивного спектра виступав на перший план ( $r = -0,54$ ;  $p < 0,001$ ).

Статистично достовірно на загальне сприйняття ЯЖ також впливали показники обсесивно-компульсивності ( $r = -0,45$ ;  $p < 0,001$ ), тривоги ( $r = -0,37$ ;  $p < 0,001$ ), ворожості ( $r = -0,41$ ;  $p < 0,001$ ), фобічної тривоги ( $r = -0,40$ ;  $p < 0,001$ ); з високими показниками астенії ( $r = -0,55$ ;  $p < 0,001$ ), загальним показником ситуаційної тривоги ( $r = -0,53$ ;  $p < 0,001$ ) і особистісної тривожності ( $r = -0,48$ ;  $p < 0,001$ ).

Компоненти ЯЖ, що охоплювали виконання соціальних ролей, у ОГ мали наступні закономірності. Шкали "самообслуговування і незалежність дій", "міжособистісна взаємодія", "працездатність" оцінювали інтенсивність впливу фізичних та емоційних чинників на соціальну активність і комунікативні можливості. Під час аналізу показників шкал "самообслуговування і незалежність дій", "міжособистісна взаємодія", "працездатність" відмічалась зворотня залежність: що вищий рівень психопатологічної симптоматики, то нижчими були показники якості життя за шкалами. Низький рівень ЯЖ за компонентами виконання соціальних ролей мав високу статистичну значущість і корелював з наростанням частки проявів тривожно-депресивної симптоматики. Простежувалося закономірне зниження показників ЯЖ за шкалою "самообслуговування і незалежність дій" при високих показниках за субшкалами обсесивно-компульсивності ( $r = -0,37$ ;  $p < 0,001$ ), депресії ( $r =$

0,31;  $p < 0,001$ ), тривоги ( $r = -0,39$ ;  $p < 0,001$ ), ворожості ( $r = -0,38$ ;  $p < 0,001$ ), фобічної тривоги ( $r = -0,55$ ;  $p < 0,001$ ), паранояльних тенденцій ( $r = -0,42$ ;  $p < 0,001$ ) з результатами SCL-90-R; з високими показниками астенії ( $r = -0,33$ ;  $p < 0,001$ ), загальним показником ситуаційної тривоги ( $r = -0,35$ ;  $p < 0,001$ ).

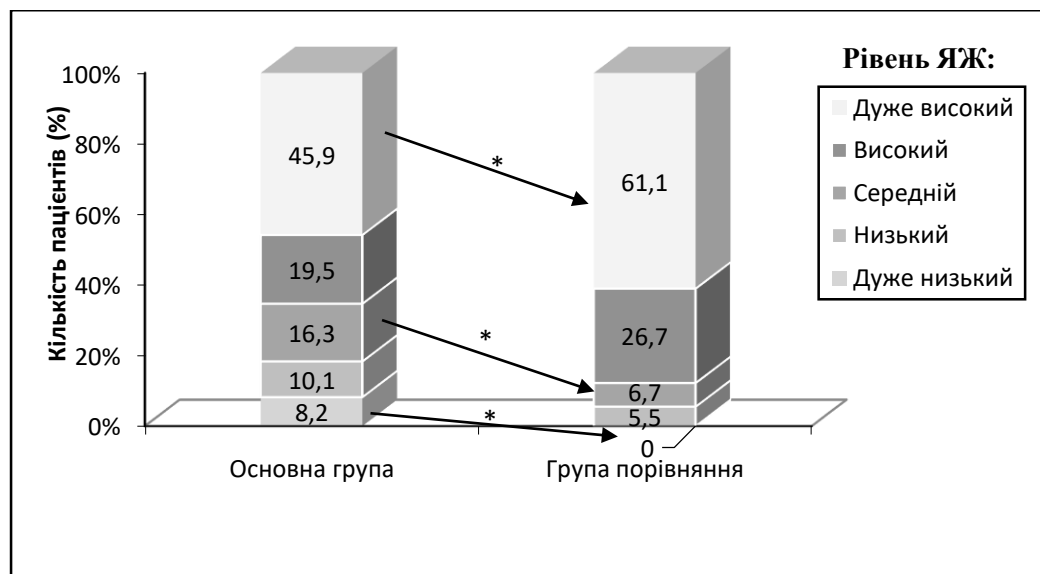
У студентів ОГ із низьким рівнем ЯЖ за шкалою "міжособистісна взаємодія" статистично достовірно простежувались вищі показники вираженості психопатологічної симптоматики після клінічної та психометричної оцінки. Так зворотні кореляції були знайдені зі субшкалами obsесивно-компульсивності ( $r = -0,43$ ;  $p < 0,001$ ), депресії ( $r = -0,45$ ;  $p < 0,001$ ), тривоги ( $r = -0,40$ ;  $p < 0,001$ ), ворожості ( $r = -0,39$ ;  $p < 0,001$ ) за результатами SCL-90-R, з високими показниками астенії ( $r = -0,50$ ;  $p < 0,001$ ), загальним показником ситуаційної тривоги ( $r = -0,46$ ;  $p < 0,001$ ) і особистісної тривоги ( $r = -0,40$ ;  $p < 0,001$ ). Аналіз даних показав переважання високих показників obsесивно-компульсивності ( $r = -0,41$ ;  $p < 0,001$ ), тривоги ( $r = -0,45$ ;  $p < 0,001$ ), фобічної тривоги ( $r = -0,40$ ;  $p < 0,001$ ), астенії ( $r = -0,40$ ;  $p < 0,001$ ), загальним показником ситуаційної тривоги ( $r = -0,42$ ;  $p < 0,001$ ) в ОГ з низьким рівнем ЯЖ за шкалою "працездатність".

Порівняльний аналіз ЯЖ в ОГ за компонентом оцінки зовнішніх життєвих умов - шкали "соціо-емоційна підтримка", "суспільна та службова підтримка" і "духовна реалізація" за даними опитувальника показав статистично достовірні відмінності за усіма трьома субшкалами. У порівняльному аспекті зі зниженням показників ЯЖ за даним компонентом зростала частота діагностованої депресивної симптоматики, що відображалось і у результатах психометричної оцінки. Так у студентів ОГ з низьким рівнем ЯЖ за шкалою "соціо-емоційна підтримка" відмічались статистично значущі гірші показники за субшкалою депресії ( $r = -0,42$ ;  $p < 0,001$ ) і астенії. За шкалою "суспільна та службова підтримка" низькі показники ЯЖ у студентів ОГ корелювали з наростанням у структурі розладів obsесивно-компульсивного компоненту ( $r = -0,42$ ;  $p < 0,001$ ). Цікаво, що низькі показники ЯЖ за шкалою "духовна реалізація" у студентів ОГ не корелювали із вираженістю соматизації, і у цій групі це був єдиний показник, що не мав статистично значущого зв'язку зі клінічним синдромальним наповненням психічних розладів у студентів.



Порівняльний аналіз ЯЖ у студентів з ГП за даними опитувальника практично не показав наявних статистично достовірних відмінностей за компонентами «суб'єктивне благополуччя/задоволеність», «виконання соціальних ролей», «оцінка зовнішніх життєвих умов», що відобразилось у результатах клінічного та психометричного обстеження. Але все ж були знайдені певні закономірності. Так на етапі діагностичної оцінки ЯЖ студентів ГП за шкалою "фізичне благополуччя" низькі показники співвідносились з високими показниками міжособистісної сензитивності ( $r=-0,36$ ;  $p<0,001$ ), депресії ( $r=-0,31$ ;  $p<0,001$ ), параноїдності ( $r=-0,30$ ;  $p<0,001$ ); шкали "працездатність" – з високими показниками фобічної тривоги ( $r=-0,34$ ;  $p<0,001$ ).

Аналіз даних, поданих на рис.3.12. дозволяє стверджувати про превалювання осіб з дуже низькою інтегральною оцінкою ЯЖ в ОГ, яка зустрічалась в 8,2 рази частіше, ніж серед студентів в ГП (8,2% проти 0%). Низький рівень ЯЖ в 1,8 разів частіше реєструвався у ОГ бстежених студентів (10,1% в проти 5,5% у ГП).



Примітка. \* –  $p < 0,05$  між групами (за критерієм  $\chi^2$ ).

Рис. 3.12. Структура інтегральних оцінок якості життя за результатами проведення обстеження в ОГ і ГП

Студенти ОГ у 2,4 рази частіше мали середній рівень ЯЖ за інтегральним показником, ніж студенти ГП (16,3% в ОГ проти 6,7% у ГП). В 1,4 (26,7% проти 19,5%)

і 1,3 (61,1% проти 45,9%) рази частіше студенти ГП мали високий і дуже високий рівень життя у порівнянні з ОГ.

Отже, найнижчі якісні оцінки в більшості сфер життя, як окремих, так й інтегральних, були виявлені серед студентів, що перенесли психоемоційний стрес. На наш погляд, при інтерпретації цих показників слід мати на увазі, що показники формувалися на підставі самооцінки самими обстеженими. Існує ймовірність, що неусвідомлюване чи свідоме бажання привернути увагу до своїх проблем відображалось у низьких оцінках тієї чи іншої сфери життя. Це може чинити суттєвий вплив на показники самооцінки ЯЖ студента, і може бути пов'язано із їх соціальним функціонуванням у рамках навчання у ЗВО. Слід зазначити, що співвідношення показників ЯЖ у окремих сферах у групах обстежуваних було різним, що свідчить про складність і багатофакторність впливу чинників на оцінку ЯЖ, особливо серед студентів, що перенесли психоемоційний стрес.

Узагальнення всіх отриманих результатів обстеження студентів ОГ та ГП за тестом ЯЖ дозволяють зробити наступні висновки:

- Студенти, які перенесли психоемоційний стрес, за методикою Mezzich et al. (1999) в адаптації Н.О. Марути (2001) вірогідно частіше оцінюють свій рівень якості життя як дуже низький і низький у порівнянні з ГП.

- Встановлено достовірні відмінності між середніми математичними оцінками всіх шкал ЯЖ, які вивчались. Найбільш значущі відмінності відзначались за сферами «психологічне благополуччя», «міжособистісна взаємодія», «соціо-емоційна підтримка», «загальне сприйняття життя» ( $p < 0,001$ ).

- Результати кореляційного аналізу оцінки показників ЯЖ студентів, які перенесли психоемоційний стрес, дозволяють констатувати значущість наявності взаємозв'язку з виявленими психопатологічними симптомами. Отже виявлені клінічні ознаки на різних рівнях діагностованих порушень істотно погіршують суб'єктивну ЯЖ та формують більшу тяжкість психопатологічних проявів у студентів, які мають ризики формування стрес-асоційованих РА.

### 3.6. Порівняльна характеристика психологічного благополуччя особистості студентів-медиків

Для кількісної оцінки суб'єктивних і об'єктивних складових психологічного благополуччя використовували шкалу психологічного благополуччя (Ryff С.Д., 1989; адаптовано Шевеленковою Т.Д., Фесенко П.П., 2005). Показники, отримані за окремими шкалами методики, а також узагальнений показник психологічного благополуччя особистості в ОГ в цілому та в залежності від статі респондентів представлені в таблиці 3.14.

Як видно з табл. 3.14 і рис. 3.13, понад чверті студентів ОГ високо оцінюють свій психологічний стан (27,0%). Водночас, стільки ж респондентів незадоволені власним життям (25,8%). Під час дійсного дослідження нами не виявлено статистично значущих відмінностей між оцінками психологічного благополуччя у чоловіків і жінок з ОГ спостереження ( $p > 0,05$ ), хоча простежуються тенденції до нижчих оцінок суб'єктивного благополуччя у чоловіків. Так, за шкалою психологічного благополуччя 22,5% респондентів - чоловіків ОГ показали низький рівень, 20,0% – високий рівень благополуччя; у жінок ОГ відповідні показники становили 26,9% і 29,4% ( $p = 0,583$  і  $p = 0,246$ ).

Низький рівень благополуччя за шкалою «Позитивні відносини» дозволяє характеризувати 27,7% респондентів ОГ як переважно замкнених, які мають досить обмежену кількість довірливих стосунків з оточуючими: їм складно бути відкритими і проявляти тепло, турботу про інших людей. Низький рівень позитивних відносин може свідчити про ізолюваність і фрустрованість, при цьому особа не бажає йти на компроміси для підтримки важливих зв'язків з оточуючими.

Жінки ОГ у стосунках з іншими менш категоричні, і, залежно від ситуації, можуть турбуватися про інших, на що вказує більша частка високих оцінок за цією шкалою (20,2% проти 12,5% у чоловіків,  $p = 0,277$ ); вони розуміють, що людські стосунки будуються на взаємних поступках. В цілому високі показники за шкалою «Позитивні відносини» продемонстрували 18,2% респондентів ОГ, середній бал –  $62,1 \pm 1,6$  (19,5).

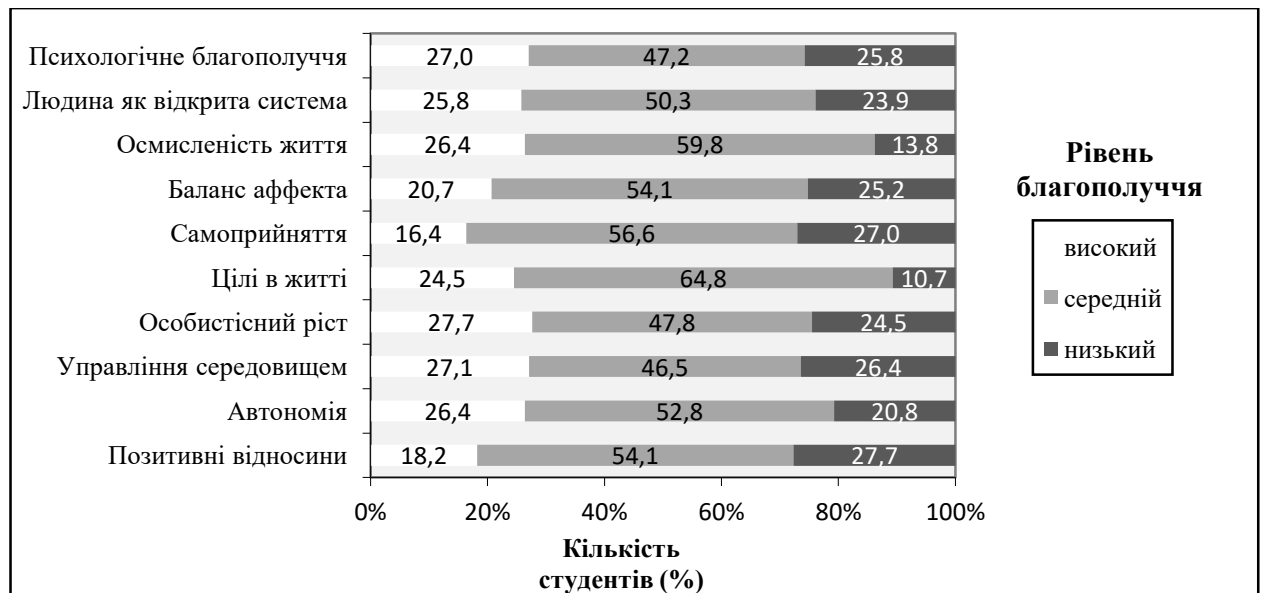


Рисунок 3.13. Структура оцінок психологічного благополуччя у студентів ОГ

Майже кожен п'ятий студент ОГ (27,0%) демонструє низький рівень прояву за шкалою «самоприйняття» (рис. 3.13). Вони незадоволені собою, розчаровані подіями власного життя, виявляють тривогу з приводу власних особистісних якостей, бажають бути не тим, ким вони є. Навпаки, 16,4% респондентів ОГ показали високий рівень за шкалою «самоприйняття», їм властиве позитивне ставлення до себе, вони знають і приймають різні свої сторони, як добрі, так і погані якості, позитивно оцінюють власне минуле. Переважна кількість респондентів ОГ (56,6%) показують середній рівень прояву самоприйняття. Це може пояснюватися критично-негативним ставленням до себе, до власних поганих якостей; часто позначається негативний попередній досвід, особливо виховання у сім'ї. Також на негативне самоприйняття впливають нереалізовані плани, мрії, бажання, відмови або негативні оцінки значимих оточуючих людей.

Дослідження показало, що 27,7% респондентів ОГ досить високо оцінюють себе за шкалою особистісного зростання, що втілюється у почутті тривалого, безперервного розвитку і реалізації свого потенціалу; відкритості новому досвіду; відстежуванні свого особистісного зростання і відчутті самоудосконалення з часом і все більшого пізнання себе і своєї ефективності.

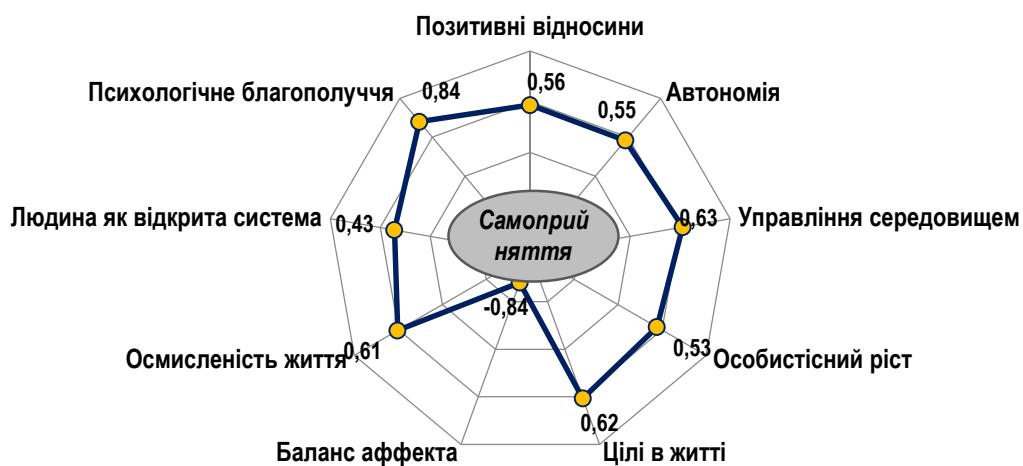
**Результати дослідження показників психологічного благополуччя респондентів ОГ в цілому і за статтю  
(за методикою Шкала психологічного благополуччя К. Ріфф, у %)**

| Шкали/ рівень              |   | Загалом (n=159) |          |         | Чоловіки (n=40) |          |         | Жінки (n=119) |          |         |
|----------------------------|---|-----------------|----------|---------|-----------------|----------|---------|---------------|----------|---------|
|                            |   | високий         | середній | низький | високий         | середній | низький | високий       | середній | низький |
| Позитивні відносини        | % | 18,2            | 54,1     | 27,7    | 12,5            | 57,5     | 30,0    | 20,2          | 52,9     | 26,9    |
|                            | n | 29              | 86       | 44      | 5               | 23       | 12      | 24            | 63       | 32      |
| Автономія                  | % | 26,4            | 52,8     | 20,8    | 32,5            | 50,0     | 17,5    | 24,4          | 53,8     | 21,8    |
|                            | n | 42              | 84       | 33      | 13              | 20       | 7       | 29            | 64       | 26      |
| Управління середовищем     | % | 27,0            | 46,5     | 26,4    | 20,0            | 55,0     | 25,0    | 29,4          | 43,7     | 26,9    |
|                            | n | 43              | 74       | 42      | 8               | 22       | 10      | 35            | 52       | 32      |
| Особистісний ріст          | % | 27,7            | 47,8     | 24,5    | 30,0            | 50,0     | 20,0    | 26,9          | 47,1     | 26,1    |
|                            | n | 44              | 76       | 39      | 12              | 20       | 8       | 32            | 56       | 31      |
| Цілі в житті               | % | 24,5            | 64,8     | 10,7    | 20,0            | 65,0     | 15,0    | 26,1          | 64,7     | 9,2     |
|                            | n | 39              | 103      | 17      | 8               | 26       | 6       | 31            | 77       | 11      |
| Самоприйняття              | % | 16,4            | 56,6     | 27      | 10,0            | 62,5     | 27,5    | 18,5          | 54,6     | 26,9    |
|                            | n | 26              | 90       | 43      | 4               | 25       | 11      | 22            | 65       | 32      |
| Баланс афекту              | % | 20,8            | 54,1     | 25,2    | 22,5            | 62,5     | 15,0    | 20,2          | 51,3     | 28,6    |
|                            | n | 33              | 86       | 40      | 9               | 25       | 6       | 24            | 61       | 34      |
| Осмисленість життя         | % | 26,4            | 59,8     | 13,8    | 27,5            | 52,5     | 20,0    | 26,1          | 62,2     | 11,8    |
|                            | n | 42              | 95       | 22      | 11              | 21       | 8       | 31            | 74       | 14      |
| Людина як відкрита система | % | 25,8            | 50,3     | 23,9    | 22,5            | 50,0     | 27,5    | 26,9          | 50,4     | 22,7    |
|                            | n | 41              | 80       | 38      | 9               | 20       | 11      | 32            | 60       | 27      |
| Психологічне благополуччя  | % | 27,0            | 47,2     | 25,8    | 20,0            | 57,5     | 22,5    | 29,4          | 43,7     | 26,9    |
|                            | n | 43              | 75       | 41      | 8               | 23       | 9       | 35            | 52       | 32      |

Примітка. Відмінності між показниками чоловіків і жінок статистично не значущі ( $p > 0,05$ )

Загалом низькі показники психологічного благополуччя, які відмічали у 25,8% досліджуваних ОГ, зумовлені перевагою негативного афекту, загальним відчуттям власної нещасливості, незадоволеності власним життям. Для них характерна відсутність чітких життєвих цілей та планів, невіра у власні сили, здібності, здатності та можливості, вони визначають зовнішні обставини та впливи як найбільш визначальні у подіях, наслідках, змінах, у формуванні стилю та рівня життя. Таким респондентам властива пасивна життєва позиція, вони можуть бути пасивно-негативними, агресивними, невдоволеними.

В цілому, такий аспект психологічного благополуччя, як самоприйняття, позитивно корелює з найбільш значущими факторами суб'єктивного благополуччя (рис. 3.14).



Примітка. Вказано коефіцієнти кореляції Спірмена ( $r, p < 0,001$ )

Рисунок 3.14. Кореляційні взаємозв'язки аспекту психологічного благополуччя «самоприйняття» з іншими факторами суб'єктивного благополуччя

Можна припустити, що ці респонденти критично аналізують і оцінюють своє життя і, як наслідок, значущою стає оцінка минулого, ставлення до самого себе, що і є смисловим наповненням категорії «самоприйняття», відповідно, інші аспекти суб'єктивного благополуччя починають розглядатися з цієї точки зору.

За даними порівняльного аналізу середніх значень показників компонентів психологічного благополуччя особистості студентів закладів вищої освіти медичного профілю встановлено достовірні відмінності за більшістю шкал, включаючи загальний показник психологічного благополуччя (табл. 3.15).

Згідно з проведеними дослідженнями, частина студентів з РА має нижчий рівень психологічного благополуччя. З урахуванням отриманих результатів за шкалою "Управління середовищем", студенти ОГ спостереження відчують більше труднощів у ефективному розподілі й організації справ для досягнення поставлених цілей; вони часто не виконують необхідну роботу вчасно. Можливо це пов'язано зі складнощами адаптації і високими вимогами до організації навчального процесу. Студенти з РА часто відчують, що не реалізують свій потенціал, закриті до нових знань, не відчують, що з роками стають більш зрілими.

Для студентів з РА не характерна позитивна оцінка минулого досвіду, вони мають схильність до самокопання, не вирізняються цілісним самосприйняттям, їх самооцінка має риси нестійкості.

Що стосується результатів за шкалою "Цілі в житті" у студентів з РА, більшість відзначала відсутність чітких життєвих орієнтирів і намірів; не могли стверджувати, що їхнє життя має сенс.

Відповідно до отриманих результатів рівня психологічного благополуччя студентів, що перенесли психоемоційний стрес, необхідне здійснення медико-педагогічного супроводу в рамках навчального процесу в закладах вищої освіти.

Для цього можна вважати доцільним надання допомоги студентам, які відчують психологічний стрес і емоційну дезадаптацію; проводити профілактику стрес-асоційованих розладів; підвищувати у студентів рівень стресостійкості; формувати конструктивні навички подолання стресу; підвищувати соціальну компетентність і розвивати навички ефективного спілкування; надавати допомогу і підтримку студентам, які перебувають у проблемній і кризовій життєвій ситуації.

**Середні показники компонентів психологічного благополуччя особистості студентів закладів вищої освіти медичного профілю (за методикою Шкала психологічного благополуччя К. Ріфф, у стенах)**

| Шкали | ОГ (n=159) |       |     |      | ГП (n=90) |       |     |      | p*           |
|-------|------------|-------|-----|------|-----------|-------|-----|------|--------------|
|       | Min-Max    | M     | m   | SD   | Min-Max   | M     | m   | SD   | ОГ-ГП        |
| ПВ    | 31-81      | 62,1  | 1,6 | 19,5 | 42-81     | 66,7  | 1,5 | 13,8 | <b>0,049</b> |
| АВ    | 26-81      | 58,9  | 1,6 | 19,7 | 46-79     | 63,3  | 1,3 | 11,8 | <b>0,050</b> |
| УС    | 35-80      | 59,1  | 1,6 | 20,2 | 45-80     | 63,7  | 1,4 | 12,8 | <b>0,048</b> |
| ОР    | 45-84      | 65,5  | 1,2 | 14,7 | 55-84     | 69,0  | 1,2 | 10,9 | <b>0,047</b> |
| ЦЖ    | 40-83      | 65,9  | 1,4 | 17,1 | 50-83     | 69,0  | 1,1 | 10,4 | 0,119        |
| СП    | 33-82      | 59,4  | 1,6 | 19,9 | 47-82     | 64,0  | 1,3 | 11,8 | <b>0,046</b> |
| БА    | 45-143     | 87,2  | 3   | 37,7 | 47-104    | 76,4  | 2,3 | 21,9 | <b>0,014</b> |
| ОЖ    | 40-126     | 101,1 | 2,1 | 26,5 | 49-125    | 104,9 | 1,9 | 18,1 | 0,228        |
| ЛВС   | 43-73      | 67,2  | 1,9 | 23,5 | 48-82     | 68,4  | 1,3 | 12,1 | 0,647        |
| ПБ    | 263-472    | 370,5 | 7,1 | 89,5 | 322-472   | 395,7 | 5,5 | 51,6 | <b>0,015</b> |

Примітки: ПВ — позитивні відносини з оточуючими, АВ — автономія, УС — управління середовищем, ОР — особистісний ріст, ЦЖ — цілі в житті, СП — самоприйняття, БА — баланс афекту, ОЖ — осмисленість життя, ЛВС — людина як відкрита система, ПБ — психологічне благополуччя; \* p – між групами ОГ і ГП за t-критерієм Стьюдента.



## Висновки до третього розділу

Встановлені клініко-психопатологічні особливості непсихотичних психічних розладів у студентів-медиків, які мають ризики розвитку РА.

Так, під час клініко-психопатологічного дослідження студенти ОГ скаржились на загальну стурбованість та нервозність (45,3%, n=72), емоційну нестійкість (42,1%, n=67), порушення сну (40,9%, n=65), дратівливість (40,3%, n=64), пригнічений настрій (35,2%, n=56), нав'язливі уявлення, побоювання та хвилювання (27,7%, n=44), погану концентрацію уваги (25,8%, n=41), замкнутість, байдужість (6,9%, n=11), нездатність розслабитись (3,1%, n=5).

В ОГ студентів синдромальна характеристика відповідала реєстру невротичних розладів та у відсотковому співвідношенні складала: тривожний синдром – 45,3%, астено-невротичний – 38,4%, депресивний – 35,2%, нав'язливих станів – 27,7%. Подібна симптоматика реєструвалась достовірно рідше у ГП (p<0,001).

У відповідності до критеріїв МКХ-10, в підгрупі А дійсного дослідження, було верифіковано кластер хвороб «Реакція на тяжкий стрес і порушення адаптації» (F.43), серед яких мали місце: F43.20 Короткочасна депресивна реакція – 9 осіб (5,7%); F43.21 Пролонгована депресивна реакція – 7 осіб (4,4%); F43.22 Змішана тривожна і депресивна реакція – 9 осіб (5,7%); F43.25 Змішаний розлад емоцій і поведінки – 2 особи (1,2%). У відповідності до дизайну та етапів дисертаційного дослідження підгрупу А було рекомендовано для обов'язкового терапевтичного втручання. Підгрупу Б ОГ склали студенти, які за результатами проведеного комплексного обстеження за МКХ-10 відповідали критеріям класу XXI «Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я» - Z55-Z65 Звертання до закладів охорони здоров'я при потенційній небезпеці для здоров'я, пов'язаної з соціально-економічними та психосоціальними обставинами, вважались «умовно здоровими», і були рекомендовані для лонгітюдного спостереження.

Узагальнення результатів порівняльного аналізу клінічного синдромального наповнення психічних розладів у студентів ОГ і ГП за методикою опитувальника Symptom CheckList-90-Revised, L.R. Derogatis, в адаптації Н.В. Тарабріної (2001), встановлено достовірні відмінності між середніми математичними оцінками всіх

субшкал психопатологічної симптоматики, які вивчались в ОГ і ГП (від  $p < 0,05$  до  $p < 0,001$ ). Найбільш значущі відмінності показників ( $p < 0,001$ ) відмічено за субшкалами міжособистісної сензитивності, депресії, соматичних симптомів, ворожості та тривоги, які, в подальшому можуть розглядатися як основні мішені для проведення профілактичної і корекційної роботи серед такого контингенту пацієнтів

Доведено вірогідне превалювання осіб, які мали високу виразність психопатологічної симптоматики, оціненою як вища за норму, в ОГ дослідження ( $p < 0,001$ ), питома вага яких була не тільки в декілька разів вища, на відміну від ГП, але й реєструвалась найбільш часто за субшкалами obsесивно-компульсивності, міжособистісної сензитивності та тривоги.

Отримана кореляційна матриця взаємовпливів між субшкалами опитувальника SCL-90-R дозволяє стверджувати, що у студентів, які перенесли психоемоційний стрес, існує прямий сильний зв'язок між виявленими психопатологічними симптомами. Отже при виявленні кінчних ознак на різних рівнях діагностованих порушень вони будуть значно підсилювати один одного та формувати більшу тяжкість психопатологічних проявів у студентів, які мають ризики формування стрес-асоційованих розладів.

Студенти, які перенесли психоемоційний стрес, за методикою «Інтегративний тест тривожності» (Бізюк А. П., Вассерман Л. Й., Іовлев Б. В., 2005) вірогідно частіше реалізовували вищий за норму рівень особистісної тривожності та ситуаційної тривоги у порівнянні з ГП ( $p < 0,001$ ).

Майже у кожній третій студент-медик з ОГ (36,5%) та у кожного чотирнадцятого з ГП (6,7%) мала місце висока тривога як сформована складова особистісно-типологічної характеристики, що потребує особливої уваги клініцистів з огляду збільшення ризиків формування стрес-асоційованих РА серед цих осіб.

Результати кореляційного аналізу матриці оцінки показників тривожності за різними рівнями її забезпечення у студентів, які перенесли психоемоційний стрес, дозволяють констатувати прогностичну значущість наявності декількох рівнів порушення як ситуативної тривоги, так і особистісної тривожності, з точки зору

збільшення ризиків формування у цих респондентів розладів тривоги, як патологічного субстрату в патерні РА особистості.

Отримані дані показників астенії за допомогою модифікованого опитувальника ММРІ дозволяють констатувати наявність більшої клінічної виразності астенічних симптомів у студентів, які перенесли психоемоційний стрес ( $p < 0,001$ ). Відсутність астенії, як патологічного конструкту, у більшості студентів як ОГ, так і ГП, свідчить про те, що майже всі студенти мали достатній стан здоров'я на даному рівні забезпечення адаптації, за винятком кожного десятого студента з ГП, та кожного шостого з ОГ які характеризувались слабкою астенією та кожного тринадцятого з ОГ з проявами помірної астенії.

Встановлено наявність прямого зв'язку між зростанням ризику розвитку РА у студентів медичних навчальних закладів, що пережили психоемоційний стрес, і наявністю виражених особистісних акцентуацій тривожного, застрягаючого і екзальтованого типів на підставі встановлених достовірних відмінності за критерієм Пірсона ( $\chi^2$ ) між ОГ і ГП за частотою виражених акцентуацій характеру та особистості.

За даними дійсного дослідження, отриманими з використанням опитувальника опанування стресу COPE, встановлено, що для студентів з доклінічними адаптивними порушеннями притаманні труднощі планування дій, спрямованих на вирішення проблем, поєднання орієнтованості на активний опір проблемі з тенденцією до її ігнорування або до знецінення. Серед студентів з клінічно розгорнутою симптоматикою відмічалась тенденція до ухилення від реальних дій при вирішенні проблем, наслідком чого ставало хронічне емоційне напруження, формування стійких дезадаптивних способів «швидкого» відновлення емоційної рівноваги (психогенне переїдання, тютюнопаління, алкоголь, заспокійливі засоби, пасивність), що по суті є додатковими факторами ризику розвитку невротичної патології.

Отримані при дослідженні якості життя дані свідчили про суттєве зниження показників задоволеністю життя майже за всіма сферами студентів ОГ (від  $p < 0,05$  до  $p < 0,001$ ) з помірною та вираженою вірогідністю розвитку стрес-асоційованих розладів. При цьому найбільші відмінності відзначались за сферами «психологічне

благополуччя», «міжособистісна взаємодія», «соціо-емоційна підтримка», «загальне сприйняття життя».

За результатами показників компонентів психологічного благополуччя за шкалою психологічного благополуччя серед студентів закладів вищої освіти медичного профілю встановлено достовірні відмінності за більшістю шкал, включаючи загальний показник психологічного благополуччя (від  $p < 0,05$  до  $p < 0,001$ ).

## РОЗДІЛ 4

# КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ МІЖІНТЕГРАЛЬНИХ ЗВ'ЯЗКІВ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТРЕС, ТА ЇХ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК

### 4.1. Основні фактори, що впливають на вірогідність розвитку стрес-асоційованих розладів у студентів, що перенесли психоемоційний стрес

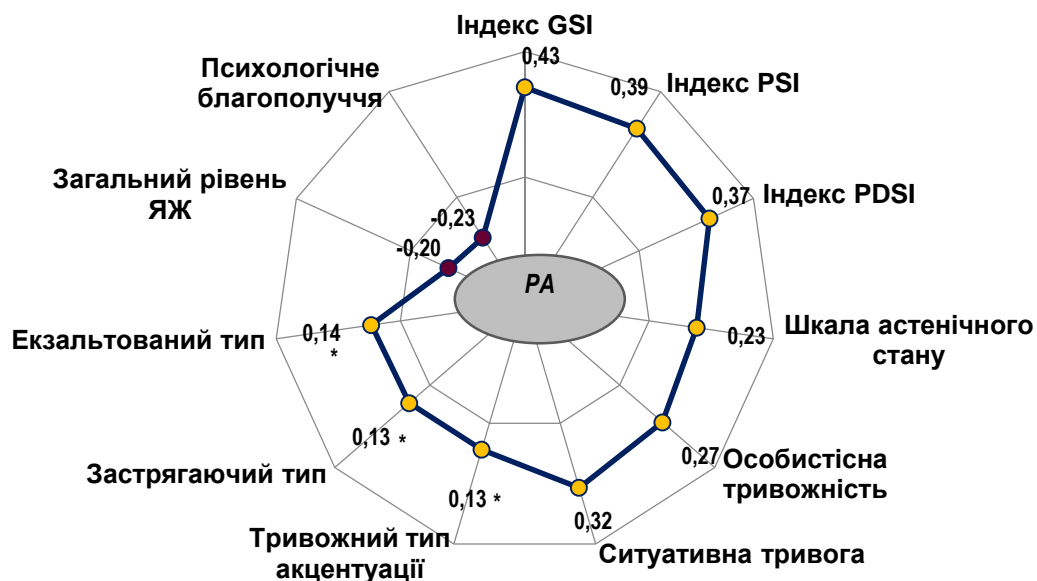
У відповідності до задач дійсного дослідження проведено кореляційний аналіз матриці всіх отриманих в дисертаційному дослідженні результатів та особливостей взаємовпливу чинників, асоційованих з формуванням РА у здобувачів вищої освіти, що перенесли психоемоційний стрес.

З метою виявлення основних факторів, що впливають на вірогідність розвитку стрес-асоційованих розладів у студентів, що перенесли психоемоційний стрес, а також їх взаємозв'язку з симптомами цих розладів і ЯЖ хворих, оцінених за різними методиками, був проведений кореляційний аналіз з розрахунком парних коефіцієнтів кореляції Спірмена ( $r$ ).

Результати кореляційного аналізу підтвердили, що застосований комплекс психопатологічних і психометричних методик дозволяє з різних сторін дослідити клініко-психопатологічні особливості РА, ЯЖ і стан психологічного благополуччя у студентів, що перенесли психоемоційний стрес. Про це свідчать достовірні коефіцієнти кореляції між ризиком розвитку РА і показниками (рис. 4.1):

- вираженості психопатологічної симптоматики за методикою SCL-90-R. Зокрема, з загальним індексом тяжкості симптомів GSI ( $r=0,43$ ;  $p<0,001$ ) та індексом наявного симптоматичного дистресу PDSI ( $r=0,37$ ;  $p<0,001$ );
- астеничного стану ( $r=0,23$ ;  $p<0,001$ );
- загального рівня особистісної тривожності ( $r=0,27$ ;  $p<0,001$ ) і ситуативної тривоги ( $r=0,32$ ;  $p<0,001$ ) за методикою ІТТ;

- вираженості акцентуацій характеру та особистості за методикою Леонгарда - Шмішека. Зокрема, з наявністю виражених акцентуацій тривожного ( $r=0,13$ ;  $p=0,040$ ), застрягаючого/ ригідного ( $r=0,13$ ;  $p=0,47$ ) та екзальтованого ( $r=0,14$ ;  $p=0,032$ ) типів;
- загального рівня якості життя за методикою Mezzich et al. (1999) в адаптації Н.О. Марути (2001) ( $r=-0,20$ ;  $p=0,001$ );
- психологічного благополуччя за методикою К. Ріфф (1989) в адаптації Т. Д. Шевеленкової, П. П. Фесенко (2005) ( $r=-0,23$ ;  $p<0,001$ ).



Примітка. Вказано коефіцієнти кореляції Спірмена (r); \* –  $p < 0,05$ , в інших випадках  $p < 0,001$

Рис. 4.1 Кореляційний взаємозв'язок між ризиком розвитку РА та показниками, оціненими за різними методиками

Таким чином, виявлений кореляційний взаємозв'язок між ризиком розвитку РА та показниками психічного стану здоров'я, оціненими за різними методиками дозволяє констатувати формування багаторівневої структури патерну РА, що визначає необхідність проведення подальшої оцінки взаємовпливів виявлених нами значущих чинників шляхом аналізу напрямків та щільності кореляційних зв'язків між результатами комплексної оцінки психічного здоров'я, обраних для виконання дійсного дослідження (SCL-90-R; опитувальник Леонгарда-Шмішека; опитувальник

вираженості психопатологічної симптоматики; ШАС; ІТТ; опитувальник опанування стресу COPE та шкала ЯЖ (глава 2; 3).

Отриманий математично модельований на підставі кореляційного аналізу конструкт РА обумовлює необхідність ретельної оцінки всієї матриці цих зв'язків між результатами психопатологічних і психодіагностичних методів дослідження оцінювання неспихотичних психічних розладів у студентів, що перенесли психоемоційний стрес, проведених в даному дослідженні.

#### **4.2. Міжінтегральна кореляційна матриця зв'язків виразності та важкості психопатологічної симптоматики з іншими результатами оцінки стану психічного здоров'я студентів, що перенесли психоемоційний стрес**

Найбільш значущою за силою та щільністю кореляційних впливів складовою впливу на ризик формування РА були прояви психопатологічної симптоматики (рис. 4.1), що обумовило необхідність проведення міжінтегрального аналізу матриці кореляційних зв'язків цього феномену з іншими результатами оцінки стану психічного здоров'я студентів, що перенесли психоемоційний стрес, а саме астенії, тривожності та їх типологічними особливостями.

Було доведено наявність прямого впливу астенії на виразність та важкість психопатологічної симптоматики у студентів ОГ за всіма субшкалами SCL-90-R. Найбільш щільними та сильними виявились зв'язки (табл. 4.1) високих балів астенії з високими балами загального індексу GSI ( $r=0,73$ ;  $p<0,001$ ), індексу проявів симптоматики PSI ( $r=0,68$ ;  $p<0,001$ ), індексу виразності дістресу PDSI ( $r=0,11$ ;  $p<0,001$ ), та за деякими субшкалами: соматичних симптомів ( $r=0,71$ ;  $p<0,001$ ), депресії ( $r=0,70$ ;  $p<0,001$ ), тривоги ( $r=0,69$ ;  $p<0,001$ ), obsесивно-компульсивності ( $r=0,65$ ;  $p<0,001$ ), фобічної тривоги ( $r=0,60$ ;  $p<0,001$ ), міжособистісної сенситивності ( $r=0,59$ ;  $p<0,001$ ), ворожості ( $r=0,59$ ;  $p<0,001$ ), психотизму ( $r=0,56$ ;  $p<0,001$ ) та параноїальних тенденцій ( $r=0,52$ ;  $p<0,001$ ), в той час, як в ГП, кореляційні зв'язок SCL-90-R із астенею був слабкий або відсутній.

Виразність психопатологічної симптоматики у студентів ОГ також мала прямий та сильний зв'язок з високим рівнем як особистісної тривожності, так і ситуативної

тривоги респондентів за всіма субшкалами ІТТ та за загальним показником оцінки рівня тривоги (табл. 4.1.).

За результатами кореляційного аналізу (табл. 4.1) найбільш значущими та впливовими були прямі зв'язки між загальним показником як особистісної тривожності, так і ситуативної тривоги з загальним індексом GSI ( $r=0,64$  та  $r=0,70$ ;  $p<0,001$ ), індексом проявів симптоматики PSI ( $r=0,62$  та  $r=0,64$ ;  $p<0,001$ ), індексом виразності дістресу PDSI ( $r=0,51$  та  $r=0,60$ ;  $p<0,001$ ), та за наступними субшкалами SCL-90-R - депресія ( $r=0,68$  та  $r=0,67$ ;  $p<0,001$ ), тривога ( $r=0,62$  та  $r=0,70$ ;  $p<0,001$ ), obsесивно-компульсивність ( $r=0,61$  та  $r=0,62$ ;  $p<0,001$ ), міжособистісна сенситивність ( $r=0,63$  та  $r=0,60$ ;  $p<0,001$ ), соматичні симптоми ( $r=0,51$  та  $r=0,61$ ;  $p<0,001$ ), фобічна тривога ( $r=0,55$  та  $r=0,64$ ;  $p<0,001$ ) та ворожість ( $r=0,53$  та  $r=0,57$ ;  $p<0,001$ ), на відміну від ГП, де була виявлена лише слабка кореляція між виразністю особистісної тривожності та психопатологічною симптоматикою і зовсім не було зареєстровано кореляційних впливів між рівнем ситуативної тривоги та субшкалами опитувальника SCL-90-R.

Аналіз матриці кореляційних даних, поданих в табл. 4.1, дозволяє зробити висновок, що у студентів, які перенесли психоемоційний стрес, такі складові, як психопатологічна симптоматика, астеничні прояви та висока тривожність є взаємопов'язаними між собою рівнями дезадаптації, які мають достатньо щільні та сильні прямі впливи між собою, а отже при їх діагностиці в структурі проведення діагностичного пошуку фахівцем, матимуть ефект підсилення симптоматики, яка буде або обумовлювати, або сприяти формуванню РА.

Найбільш значущим впливом підсилення психопатологічної симптоматики за інтегративними показниками (загальний індекс GSI, індекс проявів симптоматики PSI, індекс виразності дістресу PDSI) та іншими субшкалами опитувальника SCL-90-R у студентів ОГ, має виразність астенії, високий рівень за загальним балом оцінювання особистісної тривожності, ситуативної тривоги в структурі яких найбільший вплив мали емоційний дискомфорт та астеничний компонент тривожності.



**Матриця міжінтегральних кореляційних зв'язків психопатологічної симптоматики з іншими результатами оцінки стану психічного здоров'я студентів, що перенесли психоемоційний стрес**

|                   | SOM  | O-C  | INT  | DEP  | ANX  | HOS  | PHOB | PAR  | PSY  | GSI  | PSI  | PDSI |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ШАС               | 0,71 | 0,65 | 0,59 | 0,70 | 0,69 | 0,59 | 0,60 | 0,52 | 0,56 | 0,73 | 0,68 | 0,61 |
| СОТ: ЕД           | 0,39 | 0,51 | 0,53 | 0,57 | 0,53 | 0,46 | 0,43 | 0,36 | 0,37 | 0,54 | 0,53 | 0,41 |
| СОТ: АСТ          | 0,56 | 0,48 | 0,47 | 0,56 | 0,48 | 0,38 | 0,43 | 0,33 | 0,33 | 0,52 | 0,49 | 0,38 |
| СОТ: ФОБ          | 0,35 | 0,49 | 0,47 | 0,53 | 0,51 | 0,39 | 0,53 | 0,39 | 0,43 | 0,53 | 0,53 | 0,44 |
| СОТ: ОП           | 0,39 | 0,43 | 0,48 | 0,52 | 0,50 | 0,46 | 0,38 | 0,33 | 0,27 | 0,48 | 0,47 | 0,40 |
| СОТ: СЗ           | 0,19 | 0,44 | 0,43 | 0,37 | 0,34 | 0,32 | 0,32 | 0,26 | 0,29 | 0,38 | 0,34 | 0,30 |
| СОТ:<br>загальний | 0,51 | 0,61 | 0,63 | 0,68 | 0,62 | 0,53 | 0,55 | 0,44 | 0,45 | 0,64 | 0,62 | 0,51 |
| ССТ: ЕД           | 0,49 | 0,57 | 0,54 | 0,57 | 0,63 | 0,54 | 0,55 | 0,41 | 0,48 | 0,61 | 0,56 | 0,54 |
| ССТ: АСТ          | 0,64 | 0,49 | 0,49 | 0,54 | 0,55 | 0,48 | 0,54 | 0,42 | 0,38 | 0,60 | 0,54 | 0,50 |
| ССТ: ФОБ          | 0,41 | 0,50 | 0,46 | 0,53 | 0,51 | 0,42 | 0,55 | 0,40 | 0,40 | 0,54 | 0,53 | 0,46 |
| ССТ: ОП           | 0,43 | 0,39 | 0,48 | 0,49 | 0,52 | 0,44 | 0,39 | 0,33 | 0,32 | 0,49 | 0,45 | 0,42 |
| ССТ: СЗ           | 0,24 | 0,42 | 0,40 | 0,36 | 0,34 | 0,25 | 0,37 | 0,28 | 0,27 | 0,38 | 0,34 | 0,30 |
| ССТ:<br>загальний | 0,61 | 0,62 | 0,60 | 0,67 | 0,70 | 0,57 | 0,64 | 0,49 | 0,50 | 0,70 | 0,64 | 0,60 |

**Примітка:** Коефіцієнт кореляції Спірмена ( $r$ ) в основній групі (від 0,16-  $p < 0,05$  ; від 0,20 -  $p < 0,01$ ; від 0,26 -  $p < 0,001$ )

Окремі типологічні особливості характеру та/або наявність акцентуацій (тривожний, застрягаюча/ригідний та екзальтований типи) також мали причинно-наслідковий вплив в структурі кореляційної моделі формування РА (рис 4.1.), що обумовило проведення оцінки виразності та важкості психопатологічної симптоматики студентів ОГ спостереження з типологічними особистостями, які також виступали предиктами ризику формування стрес-асоційованих розладів (табл. 4.2).

Аналіз кореляцій між узагальнюючими виразність та важкість психопатологічної симптоматики індексів - GSI, PSI та PDSI і такими акцентуаціями, як тривожна, застрягаюча/ригідна та екзальтована, слід відзначити наявність середньої сили прямих кореляційних зв'язків та відсутність впливу індексу виразності дістресу PDSI на формування екзальтованого типу акцентуацій у респондентів ОГ, що скоріш за все, може свідчити про відсутність жорстко-детермінованої системи впливу між цими складовими РА у студентів, які перенесли психоемоційний стрес (рис 4.1.). Можна припустити, що існують інші, додаткові шляхи впливу типології особистості на ризики розвитку психопатологічної симптоматики у студентів з розладами стрес-асоційованих розладів, що наочно представлено в табл. 4.2.

Слід зазначити, що значущі зв'язки з помітними прямими кореляційними впливами на весь спектр психопатологічної симптоматики за всіма субшкалами методики SCL-90-R (O-C; INT; DEP; ANX; HOS; PHOB; PAR; PSY; індекс GSI (загальний бал); індекс проявів симптоматики PSI; індекс виразності дістресу PDSI) мали респонденти з високими балами оцінювання (більше 18) за наступними шкалами, визначеними в методиці Шмішека-Леонгарда - неврівноваженість/ збудливість ( $r=$  від 0,58 до 0,39;  $p<0,001$ ); дистимічність ( $r=$  від 0,48 до 0,31;  $p<0,001$ ), тривожність/боязливість ( $r=$  від 0,39 до 0,23;  $p<0,001$ ) та циклотимічність ( $r=$  від 0,44 до 0,23;  $p<0,001$ ) (табл. 4.2). В той час, як, у ГП кореляції психопатологічної симптоматики із акцентуаціями характеру та особистості не було знайдено.

**Матриця міжінтегральних кореляційних зв'язків психопатологічної симптоматики з типологічними особливостями студентів, що перенесли психоемоційний стрес**

|                 | SOM  | O-C  | INT  | DEP  | ANX  | HOS  | PHOB | PAR  | PSY  | GSI  | PSI  | PDSI |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Тривожність     | 0,33 | 0,35 | 0,39 | 0,37 | 0,38 | 0,32 | 0,33 | 0,24 | 0,23 | 0,39 | 0,36 | 0,30 |
| Ригідність      | 0,19 | 0,17 | 0,22 | 0,24 | 0,18 | 0,23 | 0,18 | 0,19 | -    | 0,21 | 0,18 | 0,24 |
| Екзальтованість | 0,24 | 0,19 | 0,28 | 0,20 | 0,16 | 0,17 | 0,24 | -    | -    | 0,22 | 0,25 | -    |
| Збудливість     | 0,46 | 0,47 | 0,54 | 0,58 | 0,47 | 0,52 | 0,42 | 0,50 | 0,39 | 0,56 | 0,54 | 0,40 |
| Дистимічність   | 0,34 | 0,46 | 0,37 | 0,48 | 0,40 | 0,31 | 0,44 | 0,36 | 0,32 | 0,43 | 0,38 | 0,40 |
| Циклотимічність | 0,29 | 0,34 | 0,44 | 0,39 | 0,31 | 0,32 | 0,24 | 0,27 | 0,22 | 0,37 | 0,37 | 0,23 |

**Примітка:** Коефіцієнт кореляції Спірмена (r) в основній групі (від 0,16- p<0,05 ; від 0,20 - p<0,01; від 0,26 - p<0,001)

Слід зазначити, що значущі зв'язки з помітними прямими кореляційними впливами на весь спектр психопатологічної симптоматики за всіма субшкалами методики SCL-90-R (O-C; INT; DEP; ANX; HOS; PHOB; PAR; PSY; індекс GSI (загальний бал); індекс проявів симптоматики PSI; індекс виразності дістресу PDSI) мали респонденти з високими балами оцінювання (більше 18) за наступними шкалами, визначеними в методиці Шмішека-Леонгарда - неврівноваженість/ збудливість ( $r=$  від 0,58 до 0,39;  $p<0,001$ ); дистимічність ( $r=$  від 0,48 до 0,31;  $p<0,001$ ), тривожність/боязливість ( $r=$  від 0,39 до 0,23;  $p<0,001$ ) та циклотимічність ( $r=$  від 0,44 до 0,23;  $p<0,001$ ) (табл. 4.2). В той час, як, у ГП кореляції психопатологічної симптоматики із акцентуаціями характеру та особистості не було знайдено.

Виступаючи крайнім варіантом норми, з точки зору клінічної психології [7, 35], акцентуації характеру самі по собі не свідчать про наявність патологічних симптомокомплексів, вони є лише підґрунтям, преморбідним фоном, який може сприяти розвитку різних психогенних розладів. Різні види акцентуацій об'єднуються за принципом підсилення властивостей характеру або темпераменту [7, 35]. До акцентуації властивостей характеру відносяться: демонстративність, педантичність, збудливість, застрягання. Решта видів акцентуації відносяться до особливостей темпераменту (гіпертимічний, дистимічний, тривожний, циклотимічний, екзальтований, емотивний), які відображають темп і глибину ефективних реакцій [7, 35].

Таким чином, можна констатувати, що найвищий ризик формування наявних ознак розвитку дезадаптації з високим рівнем вірогідності будуть мати особи з максимальною виразністю та важкістю психопатологічної симптоматики за різними субшкалами методики SCL-90-R (O-C; INT; DEP; ANX; HOS; PHOB; PAR; PSY; індекс GSI (загальний бал); індекс проявів симптоматики PSI; індекс виразності дістресу PDSI) на тлі високих показників особистісної тривожності і ситуативної тривоги та максимальних бальних оцінок за всіма шкалами тривожності в методиці ІТТ, що може мати підґрунтя певних типологічних особливостей цих пацієнтів за рахунок сформованості у них таких акцентуацій як неврівноважено-збудлива, тривожно/боязлива, дистимічна та циклотимічна.

### **4.3. Фактори ризику, що впливають на стан психологічного благополуччя особистості студентів з помірною та вираженою вірогідністю розвитку стрес-асоційованих розладів за даними кореляційного аналізу**

Психологічне благополуччя особистості, розглядалось як психологічний конструкт, що відображає стан сформованості психічних явищ. Також феномен психологічного благополуччя особистості можна розглядати як інтегральне утворення, яке виражається в ступені її орієнтації на реалізацію основних компонентів свого позитивного функціонування, і суб'єктивно сприймається як задоволеність собою та своїм життям.

Найчастіше поняття «психологічне благополуччя» співвідноситься з такою категорією, як «психічне здоров'я». Поняття «психологічне здоров'я» розглядається поряд (часто як синонім) із такими поняттями як «психічне здоров'я» та «психологічне благополуччя». Розгляд психологічного здоров'я через категорію «психологічного благополуччя» додає цьому поняттю соціального забарвлення (Каргіна Н. В., 2015), що є актуальним в даному дослідженні, отже студенти ОГ мали ризику РА з огляду перенесеного соціального стресу.

В дійсному дослідженні психологічне благополуччя оцінювалось за методикою К. Ріфф (1989) в адаптації Т. Д. Шевеленкової (2005), що дозволило провести оцінку феномену за наступними шкалами – позитивні відносини, автономія, управління середовищем, особистісне зростання, цілі в житті, самоприйняття, баланс афекту, осмисленість життя, людина як відкрита система, що узагальнювалось оцінкою психологічного феномену за рівнем психологічне благополуччя, як цілісного конструкту.

Подальше проведення аналізу матриці міжінтегральних кореляційних причинно наслідкових зв'язків стрес-асоційованих розладів у студентів-медиків показав, що на зниження усіх базисних складових відчуття психологічного благополуччя особистості цих студентів за загальною оцінкою всіх складових цього феномену значущо та вірогідно впливали тяжкість психопатологічної симптоматики за всіма субшкалами і максимально за рахунок індексу GSI (загальний бал) ( $r=-0,58$ ;  $p<0,001$ ), індексу проявів симптоматики PSI ( $r=-0,53$ ;  $p<0,001$ ) та індексу виразності

дістресу PDSI ( $r=-0,45$ ;  $p < 0,001$ ) методики SCL-90-R (табл. 4.3.), також виразність астенії ( $r=-0,54$ ;  $p < 0,001$ ) та стан високої ситуативної тривоги і особистісної тривожності ( $r=-0,57$ ;  $r = -0,47$ ;  $p < 0,001$ ) (табл. 4.4).

В табл. 4.3 наочно представлено силу та напрямок впливів різних психопатологічних симптомів (переважно зворотного характеру), які обумовлювали зниження психологічного благополуччя особистості на різних рівнях його забезпечення, в тому разі за оцінкою його загального показника.

Найбільш значущий вклад в реалізацію РА у студентів зі структури психопатологічної симптоматики мали високі індекси GSI, PSI та PDSI (підрозділ 4.1.) і отже потребують описання їх впливу на стан психологічного благополуччя.

За отриманими даними, чим вищі показники GSI, PSI та PDSI, тим сильніше вони будуть впливати на відчуття «Управління середовищем» (табл. 4.4.), що буде проявляється зниженням або відсутністю впевненості і компетентності у регулюванні повсякденними справами, невмінням створювати навколо себе умови, що задовольняють особистісні потреби та знижувати загальний показник психологічного благополуччя, що узагальнює всі рівні порушення психологічного благополуччя особистості.

Також необхідно акцентувати увагу, що особи, які мали ризик розвитку РА та не відчували психологічного комфорту за оцінкою їх можливостей за субшкалою «Управління середовищем» обирали наступні непродуктивні стратегії подолання стресу, а саме уявний відхід від проблеми ( $r=-0,35$ ;  $p < 0,001$ ), заперечення ( $r=-0,26$ ;  $p < 0,001$ ), поведінковий відхід від проблем ( $r=-0,37$ ;  $p < 0,001$ ) та використання "заспокійливих" ( $r=-0,39$ ;  $p < 0,001$ ) (табл. 4.3).

Аналіз даних табл. 4.3 дозволяє зробити висновок, що наявність психопатологічної симптоматики, визначеною в методиці SCL-90-R за всіма субшкалами, будуть сприяти зниженню всіх показників психологічного благополуччя, і найбільш тісні та сильні кореляції будуть реалізовані в частці випадків у пацієнтів з РА, як зниження відчуття можливості управляти середовищем (наявність якостей, які забезпечують успішне оволодіння різними видами діяльності) або порушень базисної характеристики самосприйняття (відображає позитивну самооцінку себе та свого

життя в цілому, усвідомлення та прийняття не тільки власних позитивних якостей, а і недоліків). Найменшого впливу з боку психопатологічної симптоматики має складова психологічного благополуччя «Людина, як відкрита система».

На допомогу фахівцям, які опікуються проблемою стрес-асоційованих розладів у студентів, дані, подані в табл. 4.3 дозволяють визначити не лише силу впливу психопатологічних симптомів на різні складові ЯЖ, але й дозволяють верифікувати конкретний рівень зниження базисної характеристики психологічного благополуччя особистості та формувати персоніфікований підхід щодо корекції отриманих порушень в структурі РА у студентів ОГ.

Подальший аналіз кореляційних взаємозалежностей результатів оцінки психічного здоров'я студентів, що перенесли психоемоційний стрес, дозволив встановити, що висока тривожність та виразність астенії також значуще впливають та знижують рівень психологічного благополуччя особистості (табл. 4.4.), в структурі якого найбільший ризик зниження має складова «Управління середовищем», «Самосприйняття» та загальний показник психічного благополуччя, а найменший вплив цих факторів ризику формування РА будуть мати такі складові феномену психологічне благополуччя, як «Особистісне зростання», «Осмисленість життя» та «Людина як відкрита система» ( $p < 0,001$ ).

Аналіз взаємозв'язків ще однієї із складових психологічного благополуччя за шкалою «Баланс афекту» (табл. 4.3) дозволяє констатувати діаметральну протилежність кореляційної матриці даного рівня оцінки психологічного благополуччя – наявні прямі зв'язки високої сили та щільності.

Треба зазначити, що шкала «Баланс афекту» не вимірює рівень того чи іншого афекту, лише відображає емоційну оцінку, знак якої природним чином залежить від співвідношення афектів, при цьому, низькі бали відповідають домінуванню позитивного афекту, а високі значення вказують на негативний афект.

Отже отримані нами позитивні кореляційні зв'язки шкали «Баланс афекту» з показниками SCL-90-R (помітні прямі кореляції зі субшкалами obsесивно-компульсивності (O-C) ( $r=0,59$ ;  $p < 0,001$ ), міжособистісної сенситивності (INT)

Таблиця 4.3

**Матриця кореляційних впливів психопатологічних симптомів, які обумовлюють зниження психологічного благополуччя особистості**

|                            | SOM   | O-C   | INT   | DEP   | ANX   | HOS   | PHOB  | PAR   | PSY   | Індекс GSI | Індекс PSI | Індекс PDSI |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------|------------|-------------|
| Позитивні відносини        | -0,36 | -0,35 | -0,39 | -0,50 | -0,35 | -0,34 | -0,38 | -0,33 | -0,35 | -0,42      | -0,39      | -0,33       |
| Автономія                  | -0,26 | -0,35 | -0,44 | -0,36 | -0,26 | -0,30 | -0,32 | -0,24 | -0,27 | -0,37      | -0,34      | -0,23       |
| Управління середовищем     | -0,44 | -0,55 | -0,56 | -0,58 | -0,50 | -0,43 | -0,57 | -0,47 | -0,47 | -0,59      | -0,53      | -0,49       |
| Особистісне зростання      | -0,27 | -0,31 | -0,35 | -0,33 | -0,20 | -0,31 | -0,29 | -0,23 | -0,24 | -0,33      | -0,33      | -0,21       |
| Цілі в житті               | -0,33 | -0,40 | -0,41 | -0,48 | -0,34 | -0,43 | -0,40 | -0,39 | -0,41 | -0,46      | -0,44      | -0,33       |
| Самоприйняття              | -0,30 | -0,47 | -0,49 | -0,55 | -0,39 | -0,35 | -0,42 | -0,39 | -0,45 | -0,49      | -0,46      | -0,40       |
| Баланс афекту              | 0,46  | 0,59  | 0,64  | 0,71  | 0,53  | 0,47  | 0,53  | 0,55  | 0,57  | 0,65       | 0,60       | 0,53        |
| Осмисленість життя         | -0,27 | -0,32 | -0,31 | -0,39 | -0,25 | -0,31 | -0,35 | -0,28 | -0,31 | -0,35      | -0,35      | -0,24       |
| Людина як відкрита система | -     | -0,19 | -0,23 | -0,27 | -0,14 | -0,19 | -0,21 | -     | -     | -0,21      | -0,22      | -           |
| Загальний показник         | -0,41 | -0,53 | -0,58 | -0,61 | -0,44 | -0,46 | -0,52 | -0,45 | -0,48 | -0,58      | -0,53      | -0,45       |

**Примітка:** Коефіцієнт кореляції Спірмена ( $r$ ) в основній групі (від 0,16-  $p < 0,05$ ; від 0,20 -  $p < 0,01$ ; від 0,26 -  $p < 0,001$ )



## Матриця кореляційних впливів тривожності та астенії на стан психологічного благополуччя особистості

|                               | ШАС   | COT:<br>ЕД | COT:<br>АСТ | COT:<br>ФОБ | COT:<br>ОП | COT:<br>СЗ | COT:<br>загальн<br>ий | ССТ:<br>ЕД | ССТ:<br>АСТ | ССТ:<br>ФОБ | ССТ:<br>ОП | ССТ:<br>СЗ | ССТ:<br>загальн<br>ий |
|-------------------------------|-------|------------|-------------|-------------|------------|------------|-----------------------|------------|-------------|-------------|------------|------------|-----------------------|
| Позитивні відносини           | -0,42 | -0,28      | -0,28       | -0,36       | -0,24      | -0,19      | -0,36                 | -0,30      | -0,35       | -0,38       | -0,24      | -0,18      | -0,37                 |
| Автономія                     | -0,35 | -0,28      | -0,20       | -0,38       | -0,29      | -0,36      | -0,35                 | -0,33      | -0,29       | -0,45       | -0,35      | -0,34      | -0,41                 |
| Управління<br>середовищем     | -0,59 | -0,46      | -0,33       | -0,45       | -0,38      | -0,26      | -0,50                 | -0,55      | -0,51       | -0,57       | -0,39      | -0,39      | -0,62                 |
| Особистісне<br>зростання      | -0,33 | -0,21      | -0,16       | -0,25       | -          | -          | -0,23                 | -0,36      | -0,31       | -0,42       | -0,19      | -0,23      | -0,36                 |
| Цілі в житті                  | -0,42 | -0,28      | -0,16       | -0,29       | -          | -0,19      | -0,27                 | -0,36      | -0,35       | -0,42       | -0,19      | -0,29      | -0,38                 |
| Самосприйняття                | -0,42 | -0,33      | -0,21       | -0,47       | -0,32      | -0,24      | -0,40                 | -0,41      | -0,30       | -0,58       | -0,36      | -0,36      | -0,50                 |
| Баланс афекту                 | 0,61  | 0,49       | 0,39        | 0,51        | 0,43       | 0,35       | 0,56                  | 0,51       | 0,44        | 0,59        | 0,48       | 0,44       | 0,61                  |
| Осмисленість життя            | -0,34 | -0,24      | -0,12       | -0,27       | -          | -          | -0,22                 | -0,30      | -0,29       | -0,43       | -          | -0,19      | -0,33                 |
| Людина як відкрита<br>система | -0,20 | --         | -           | -0,18       | -          | -          | -                     | -0,26      | -0,21       | -0,26       | -          | -          | -0,22                 |
| Загальний показник            | -0,54 | -0,41      | -0,29       | -0,49       | -0,34      | -0,30      | -0,47                 | -0,50      | -0,43       | -0,62       | -0,39      | -0,39      | -0,57                 |

**Примітка:** Коефіцієнт кореляції Спірмена ( $r$ ) в основній групі (від 0,16-  $p < 0,05$ ; від 0,20 -  $p < 0,01$ ; від 0,26 -  $p < 0,001$ )

( $r=0,64$ ;  $p<0,001$ ), депресії (DEP) ( $r=0,71$ ;  $p<0,001$ ), тривоги (ANX) ( $r=0,53$ ;  $p<0,001$ ), фобічної тривоги (PHOB) ( $r=0,53$ ;  $p<0,001$ ) та з високими показниками астенії ( $r=0,61$ ;  $p<0,001$ ) (табл. 4,4; 4.5) і високими загальними показниками ситуативної тривоги ( $r=0,61$ ;  $p<0,001$ ) і особистісної тривожності ( $r=0,56$ ;  $p<0,001$ ) (табл. 4.4) свідчать про домінування негативних емоцій у респондентів, які мають виражені психопатологічні симптоми, високий рівень астенії та тривожності.

Наявність впливу типологічних особливостей на ризик формування стрес-асоційованих розладів у студентів обумовили проведення аналізу кореляційних зв'язків стану психологічного благополуччя та особливостями характеру або акцентуаціями особистості (табл. 4.5).

За результатами оцінки даних, поданих в табл. 4.5. треба сказати, що типологічні особливості характеру мають різноспрямований вплив на показники психологічного благополуччя особистості з ризиком розвитку РА.

Враховуючи, що висновок щодо стану психологічного благополуччя проводимо за його загальним показником, то знижувати відчуття психологічного благополуччя достовірно можуть наступні акцентуації (табл. 4.5) – застрягання/ригідність ( $r=-0,14$ ;  $p<0,001$ ), педантичність ( $r=-0,19$ ;  $p=0,001$ ), неврівноваженість/збудливість ( $r=-0,40$ ;  $p<0,001$ ), дистимічність ( $r=-0,52$ ;  $p<0,001$ ), тривожність/боязливість ( $r=-0,28$ ;  $p<0,001$ ), циклотимичність ( $r=-0,20$ ;  $p<0,001$ ), і, навпаки сприяти підвищенню стану психологічного благополуччя у осіб з РА будуть сприяти такі акцентуації, як гіпертимність ( $r=0,42$ ;  $p<0,001$ ) та демонстративність ( $r=0,46$ ;  $p<0,001$ ).

Проведення аналізу кореляцій між узагальненим показником благополуччя особистості та результатами психопатологічних і психодіагностичних методів дослідження студентів, що перенесли психоемоційний стрес, (табл. 4.3 – 4.5.) дозволило виявити найбільш значущі зв'язки цього феномену з показниками, що вивчались, і формує наступні узагальнені висновки:

Таблиця 4.5

**Матриця кореляційних впливів типологічних характеристик студентів, які перенесли психоемоційний стрес на стан їх психологічного благополуччя**

|                            | Демонстративний | Застрягаючий | Педантичний | Неврівноважений | Гіпертичний | Дистимічний | Тривожний | Циклотимний | Екзальтований | Емотивний |
|----------------------------|-----------------|--------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|-----------|-------------|---------------|-----------|
| Позитивні відносини        | 0,37            | -0,19        | -           | -0,35           | 0,35        | -0,42       | -0,22     | -           | -             | -         |
| Автономія                  | 0,21            | -            | -0,18       | -0,19           | -           | -0,24       | -0,33     | -0,27       | -0,36         | -0,22     |
| Управління середовищем     | 0,42            | -0,16        | -0,18       | -0,43           | 0,33        | -0,47       | -0,31     | -0,23       | -             | -0,19     |
| Особистісне зростання      | 0,41            | -            | -           | -0,22           | 0,39        | -0,36       | -0,20     | -           | -             | -         |
| Цілі в житті               | 0,35            | -            | -           | -0,31           | 0,31        | -0,33       | -         | -0,19       | -             | -         |
| Самоприйняття              | 0,37            | -            | -0,20       | -0,37           | 0,40        | -0,50       | -0,19     | -0,19       | -             | -         |
| Баланс афекту              | -0,36           | 0,22         | 0,30        | 0,53            | -0,37       | 0,56        | 0,26      | 0,31        | -             | 0,16      |
| Осмисленість життя         | 0,48            | -            | -           | -0,23           | 0,38        | -0,33       | -         | -           | -             | -         |
| Людина як відкрита система | 0,35            | -            | -           | -0,18           | 0,35        | -0,27       | -         | -           | -             | -         |
| Загальний показник         | 0,46            | -0,14        | -0,19       | -0,40           | 0,42        | -0,52       | -0,28     | -0,20       | -             | -         |

**Примітка:** Коефіцієнт кореляції Спірмена ( $r$ ) в основній групі (від 0,16-  $p<0,05$  ; від 0,20 -  $p<0,01$ ; від 0,26 -  $p<0,001$ )

Таблиця 4.6

**Кореляційний аналіз стану психологічного благополуччя студентів, які перенесли психоемоційний стрес та обраних ними копінг-стратегій**

|  | Позитивне переформулювання і особистісне | Уявний вихід від проблеми | Концентрація на емоціях і їх активне вираження | Пошук соціальної підтримки | Активне подолання | Заперечення | Звернення до релігії | Гумор | Поведінковий вихід від проблеми | Стримання | Пошук соціальної підтримки з емоційних причин | Використання "заспокійливих" | Прийняття |
|--|--|---------------------------|--|----------------------------|-------------------|-------------|----------------------|-------|---------------------------------|-----------|---|------------------------------|-----------|
| Позитивні відносини                      | 0,37                                     | -0,16                     | -  | 0,25                       | 0,34              | -0,23       | -                    | 0,28  | -0,19                           | 0,44      | -0,30   | 0,22                         | 0,23      |
| Автономія                                | 0,26                                     | -0,23                     | -0,25  | -                          | 0,20              | -0,31       | -0,26                | 0,22  | -0,34                           | -         | -0,30   | -                            | 0,17      |
| Управління середовищем                   | 0,36                                     | -0,35                     | -  | -                          | 0,30              | -0,26       | -                    | 0,23  | -0,37                           | -         | -0,39   | -                            | 0,27      |
| Особистісне зростання                    | 0,45                                     | -0,03                     | -  | 0,26                       | 0,48              | -0,20       | -                    | 0,35  | -0,29                           | 0,23      | -0,27   | 0,25                         | 0,47      |
| Цілі в житті                             | 0,41                                     | -0,20                     | -  | 0,16                       | 0,39              | -0,23       | -                    | 0,22  | -0,27                           | 0,25      | -0,32   | 0,23                         | 0,40      |
| Самоприйняття                            | 0,37                                     | -0,34                     | -  | -                          | 0,20              | -0,26       | -0,19                | 0,27  | -0,30                           | -         | -0,34   | 0,16                         | 0,17      |
| Баланс афекту                            | -0,35                                    | 0,48                      | 0,25   | -                          | -0,23             | 0,35        | 0,16                 | -0,21 | 0,35                            | -0,16     | 0,43  | -                            | -         |
| Осмисленість життя                       | 0,40                                     | -                         | -  | 0,22                       | 0,42              | -0,16       | -                    | 0,26  | -0,26                           | 0,30      | -0,28   | 0,29                         | 0,48      |
| Людина як відкрита система               | 0,41                                     | -                         | -  | 0,36                       | 0,39              | -           | -                    | 0,34  | -0,17                           | 0,44      | -   | 0,27                         | 0,38      |
| Психічне благополуччя загальний показник | 0,47                                     | -0,30                     | -  | -                          | 0,39              | -0,33       | -                    | 0,33  | -0,36                           | 0,24      | -0,41   | 0,23                         | 0,34      |

**Примітка:** Коефіцієнт кореляції Спірмена (r) в основній групі (від 0,16- p<0,05 ; від 0,20 - p<0,01; від 0,26 - p<0,001)

- чим вища виразність психопатологічної симптоматики за субшкалами опитувальника SCL-90-R а саме, obsесивно-компульсивності (О-С) ( $r=-0,53$ ;  $p<0,001$ ), міжособистісної сенситивності (INT) ( $r=-0,58$ ;  $p<0,001$ ), депресії (DEP) ( $r=-0,61$ ;  $p<0,001$ ), фобічної тривоги (PHOV) ( $r=-0,52$ ;  $p<0,001$ ) виразність астенії ( $r = -0,56$ ;  $p<0,001$ ), тим нижче узагальнений показник психологічного благополуччя особистості;
- високі показниками ситуативної тривоги та особистісної тривожності за всіма шкалами оцінювання (емоційний дискомфорт, астеничний компонент тривожності, фобічний компонент, тривожна оцінка перспективи, соціальний захист, загальний показник) за методикою ІТТ будуть знижувати рівень узагальненого показника благополуччя особистості;
- наявність типологічних особливостей особи за рахунок формування дистимічної акцентуації характеру та особистості, ( $r=-0,52$ ;  $p<0,001$ ), або неврівноважено-збудливої ( $r=-0,40$ ;  $p<0,001$ ), або тривожно-боязливої ( $r=-0,28$ ;  $p<0,001$ ), або циклотімічної ( $r=-0,20$ ;  $p<0,001$ ), або педантичної ( $r=-0,19$ ;  $p<0,001$ ), є предиктами зниження психологічного благополуччя особистості.

Окремо було проведено кореляційний аналіз стану психологічного благополуччя студентів, які перенесли психоемоційний стрес та обраних ними копінг-стратегій (табл. 4.6), результат якого дозволяє стверджувати, що скоріш за все ці дві складові психічного здоров'я особистості мають різноспрямовані сценарії взаємовпливу і скоріш за все, їх вклад в ризик розвитку адаптації не завжди є пов'язаними феноменами в структурі особистості.

Загальний показник психологічного благополуччя, як інтегральна складова оцінки даного рівня адаптованості або дезадаптованості особистості студента, який переніс психоемоційний стрес, за даними кореляційного аналізу з вибором копінг-стратегій (табл. 4.6), дозволяє констатувати, що вибір таких стратегій, як концентрація на емоціях, інструментальна соцпідтримка та звернення до релігії – зовсім не впливають на стан адаптації студентів з психоемоційним стресом. В основній групі студентів (табл. 4.6), мали місце помітні прямі зв'язки між копінг-стратегією «Позитивне переформулювання і особистісне зростання» та показників психологічного благополуччя респондентів: «Особистісний ріст» ( $r=0,45$ ;  $p<0,001$ ),

«Цілі в житті» ( $r=0,41$ ;  $p<0,001$ ) і загальним показником психологічного благополуччя ( $r=0,47$ ;  $p<0,001$ ). Також помітні прямі зв'язки були знайдені в ГП з показниками психологічного благополуччя за категоріями «Особистісний ріст» ( $r=0,47$ ;  $p<0,001$ ), «Цілі в житті» ( $r=0,38$ ;  $p<0,001$ ), «Осмысленість життя» ( $r=0,38$ ;  $p<0,001$ ), «Людина як відкрита система» ( $r=0,42$ ;  $p<0,001$ ) і загальним показником ( $r=0,45$ ;  $p<0,001$ ).

Також можна відзначити, що якщо студент з ризиком стрес-асоційованих розладів буде обирати такі копінг-стратегії, як застосування "заспокійливих" ( $r=-0,41$ ;  $p<0,001$ ), поведінковий відхід від проблеми ( $r=-0,36$ ;  $p<0,001$ ), заперечення ( $r=-0,33$ ;  $p<0,001$ ) та уявне уникнення проблеми ( $r=-0,30$ ;  $p<0,001$ ), то дані сценарії життєзабезпечення будуть сприяти зниженню психологічного та психічного благополуччя даної особи (табл. 4.6). І навпроти, при реалізації сценаріїв таких копінгів (табл. 4.6), як позитивне переформулювання ( $r=0,47$ ;  $p<0,001$ ), активне подолання ( $r=0,39$ ;  $p<0,001$ ), гумор ( $r=0,33$ ;  $p<0,001$ ) та планування ( $r=0,34$ ;  $p<0,001$ ) у студентів з ризиком розвитку РА буде можливість формування позитивного психологічного відчуття, не зважаючи на наявність психоемоційного стресу в його житті.

#### **4.4. Кореляційні впливи результатів оцінки стану психічного здоров'я студентів з психоемоційним стресом на вибір стратегій подолання стресу та якість життя**

Кореляційний аналіз вибору сценарію копінг-стратегій та факторами ризику формування РА у студентів, які перенесли психоемоційний стрес представлено в табл. 4.7. Кореляційний аналіз отриманих результатів дозволив виявити помітні прямі зв'язки в ОГ між копінг-стратегією «Уявний відхід від проблеми» і результатами SCL-90-R за інтегральними шкалами GSI ( $r=0,45$ ;  $p<0,001$ ), PSI ( $r=0,46$ ;  $p<0,001$ ), PDSI ( $r=0,28$ ;  $p<0,001$ ), та субшкалами обсесивно-компульсивності ( $r=0,49$ ;  $p<0,001$ ), міжособистісної сенситивності ( $r=0,45$ ;  $p<0,001$ ), депресії ( $r=0,68$ ;  $p<0,001$ ), тривоги ( $r=0,46$ ;  $p<0,001$ ); з високими показниками астенії ( $r=0,41$ ;  $p<0,001$ ); загальним рівнем особистісної тривожності та ситуативної ( $r=0,37$ ;  $p<0,001$ ) тривоги (табл. 4.7). У ГП були помітні лише прямі зв'язки з загальним рівнем особистісної тривожності ( $r=0,50$ ;  $p<0,001$ ).

**Кореляційний аналіз сценарію копінг-стратегій та факторами ризику формування розладів адаптації у студентів, які перенесли психоемоційний стрес**

|                      | Позитивне<br>переформулюв<br>ання | Уявний вихід<br>від проблеми | Концентрація<br>на емоціях і їх<br>активне | Заперечення | Звернення до<br>релігії | Поведінковий<br>вихід від<br>проблеми | Використання<br>"заспокійливих<br>" |
|----------------------|-----------------------------------|------------------------------|--|-------------|-------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| SOM                  | -                                 | 0,31                         | 0,26                                       | 0,27        | 0,20                    | 0,18                                  | 0,50                                |
| O-C                  | -                                 | 0,49                         | 0,32                                       | 0,32        | 0,17                    | 0,25                                  | 0,41                                |
| INT                  | -                                 | 0,45                         | 0,41                                       | 0,30        | 0,18                    | 0,24                                  | 0,41                                |
| DEP                  | -                                 | 0,46                         | 0,42                                       | 0,31        | 0,08                    | 0,21                                  | 0,47                                |
| ANX                  | -                                 | 0,39                         | 0,41                                       | 0,34        | 0,17                    | 0,21                                  | 0,51                                |
| HOS                  | -                                 | 0,36                         | 0,43                                       | 0,26        | 0,05                    | 0,15                                  | 0,46                                |
| PHOB                 | -                                 | 0,31                         | 0,26                                       | 0,14        | 0,10                    | 0,22                                  | 0,41                                |
| PAR                  | -                                 | 0,33                         | 0,23                                       | 0,25        | 0,14                    | 0,24                                  | 0,43                                |
| PSY                  | -                                 | 0,41                         | 0,24                                       | 0,33        | 0,22                    | 0,27                                  | 0,46                                |
| GSI                  | -                                 | 0,45                         | 0,39                                       | 0,34        | 0,18                    | 0,25                                  | 0,52                                |
| PSI                  | -                                 | 0,46                         | 0,39                                       | 0,31        | 0,12                    | 0,24                                  | 0,48                                |
| PDSI                 | -                                 | 0,28                         | 0,34                                       | 0,17        | 0,15                    | 0,14                                  | 0,43                                |
| ШАС                  | -0,24                             | 0,41                         | 0,37                                       | 0,33        | 0,16                    | 0,25                                  | 0,25                                |
| Загальний<br>бал COT | -                                 | 0,47                         | 0,54                                       | 0,26        | -                       | 0,20                                  | 0,33                                |
| Загальний<br>бал CCT | -0,20                             | 0,37                         | 0,43                                       | 0,25        | -                       | 0,21                                  | 0,37                                |

**Примітка:** Коефіцієнт кореляції Спірмена ( $r$ ) в основній групі (від 0,16-  $p < 0,05$  ; від 0,20 -  $p < 0,01$ ; від 0,26 -  $p < 0,001$ )

Прямо корелювали в ОГ копінг-стратегія "Концентрація на емоціях і їх активне вираження" (табл. 4.7) та результати SCL-90-R за інтегральними шкалами GSI ( $r=0,39$ ;  $p<0,001$ ), PSI ( $r=0,39$ ;  $p<0,001$ ), PDSI ( $r=0,34$ ;  $p<0,001$ ), та субшкалами міжособистісна сенситивність ( $r=0,41$ ;  $p<0,001$ ), депресія ( $r=0,42$ ;  $p<0,001$ ), тривога ( $r=0,41$ ;  $p<0,001$ ), ворожість ( $r=0,43$ ;  $p<0,001$ ); загальний рівень особистісної тривожності ( $r=0,54$ ;  $p<0,001$ ) і ситуативної тривоги ( $r=0,43$ ;  $p<0,001$ ) та високим рівнем астенії ( $r=0,37$ ;  $p<0,001$ ). В ГП мала місце лише пряма кореляція з рівнем особистісної тривожності ( $r=0,44$ ;  $p<0,001$ ).

Серед стратегій подолання стресу найвищого впливу мало використання заспокійливих засобів (табл. 4.7), як засобу подолання стресу, і даний фактор підтримував важкість психопатологічної симптоматики за інтегральними шкалами GSI ( $r=0,52$ ;  $p<0,001$ ), PSI ( $r=0,48$ ;  $p<0,001$ ), PDSI ( $r=0,43$ ;  $p<0,001$ ), та за субшкалами соматичні симптоми ( $r=0,50$ ;  $p<0,001$ ) тривоги ( $r=0,51$ ;  $p<0,001$ ); виразністю астенічних проявів за показниками ШАС ( $r=0,50$ ;  $p<0,001$ ) та високим загальним балом особистісної тривожності ( $r=0,33$ ;  $p<0,001$ ) та ситуаційної тривоги ( $r=0,37$ ;  $p<0,001$ ), в той час як у ГП не реєструвалось подібних кореляційних зв'язків.

Отже, за отриманими даними в ході дійсного дисертаційного дослідження доведено вплив на основні предикти формування РА (психопатологічна симптоматика, високий рівень тривожності та виразність астенії) у студентів, які перенесли психоемоційний стрес, мали так звані нераціональні життя-забезпечуючі копінги у вигляді наступних сценаріїв дій: уявне уникнення проблеми, концентрація на емоціях, заперечення, звернення до релігії, поведінкове уникнення проблеми та використання "заспокійливих" (табл. 4.7).

Ще однією складовою аналізу матриці кореляційних зв'язків між результатами різних методик обстеження студентів з психоемоційним стресом (табл. 4.8) було проведення оцінки можливості впливу типології особистості респондентів ОГ з вибором життєвого сценарію копінг-стратегій. Аналіз матриці кореляційних зв'язків копінг-стратегій та типологічних особливостей студентів, які перенесли психоемоційний стрес (табл. 4.8) дозволяє визначити наявність можливих взаємозв'язків між цими складовими психічного здоров'я особистості.



**Матриця кореляційних зв'язків копінг-стратегій та типологічних особливостей студентів, які перенесли психоемоційний стрес**

|   | Неврівноважений | Гіпертимний | Дистимічний | Тривожний | Застрагаючий | Екзальтований | Циклотимний |
|---|-----------------|-------------|-------------|-----------|--------------|---------------|-------------|
| Позитивне переформулювання                    | -0,16           | 0,23        | -0,28       | -         | -0,16        | -             | -           |
| Уявний відхід від проблеми                    | 0,38            | -           | 0,20        | 0,19      | 0,24         | 0,19          | 0,41        |
| Концентрація на емоціях                       | 0,29            | -           | -           | 0,29      | 0,33         | 0,29          | 0,39        |
| Заперечення                                   | 0,30            | -           | 0,21        | 0,21      | -            | -             | 0,21        |
| Звернення до релігії                          | -               | -           | -           | 0,18      | -            | 0,23          | 0,18        |
| Гумор   | -               | 0,25        | -0,28       | -         | -            | -             | -           |
| Поведінковий відхід від проблеми              | 0,20            | -           | 0,20        | -         | -            | 0,16          | -           |
| Пошук соціальної підтримки з емоційних причин | -               | 0,18        | -           | 0,20      | -            | 0,29          | 0,25        |
| Використання "заспокійливих"                  | 0,30            | -           | 0,21        | 0,21      | 0,26         | -             | 0,19        |

**Примітка:** Коефіцієнт кореляції Спірмена ( $r$ ) в основній групі (від 0,16-  $p < 0,05$ ; від 0,20 -  $p < 0,01$ ; від 0,26 -  $p < 0,001$ )

З огляду значущості таких типологічних особливостей, як тривожна, застрягаюча/ригідна та екзальтована акцентуації з точки зору їх впливу на ризик формування РА у студентів, які перенесли психоемоційний стрес (рис. 4.1.), так і додаткових факторів ризику в структурі типологічних особливостей студентів з психоемоційним стресом, визначених в попередніх підрозділах (4.2- 4.3), слід відзначити, що всі ці типологічні особливості (табл. 4.8) будуть найбільше пов'язані з такими сценаріями копінгів, як уявний відхід від проблеми, концентрація на емоціях та використання заспокійливих за засобів ( $p < 0,001$ ).

Узагальнення результатів матриці кореляційних зв'язків копінг-стратегій та типологічних особливостей студентів, які перенесли психоемоційний стрес (табл. 4.8) дозволяє стверджувати про наявність деяких закономірностей однакового розподілу напрямків та щільності кореляційних взаємовпливів між досліджуваними складовими психічного здоров'я респондентів ОГ (табл. 4.6, 4.7, 4.8).

Але ці рівні забезпечення стану адаптованості/деадаптованості не мають повної, стовідсоткової тотожності та однаково спрямованих причинно-наслідкових впливів між собою, що дозволяє зробити висновок про те, що в залежності від базисних характеристик особистості, яка переживає значний психоемоційний стрес та має ризику розвитку РА, будуть реалізовані різні сценарії копінгу.

Також, слід зазначити, що саме кореляційний аналіз результатів оцінки копінг-стратегій у студентів ОГ, з іншими оціненими результатами методик, що використовувались в даному дослідженні (табл. 4.6., 4.7, 4.8) в контексті діагностики стану психічного здоров'я, мають подібності кореляційних зв'язків з визначеними в даному дослідженні значущими предиктами РА, а саме з важкістю психопатологічної симптоматики, виразністю астенії, високим рівнем як особистісної тривожності і ситуаційної тривоги, типологічними особливостями (тривожна, застрягаюча/ригідна та екзальтована акцентуації), та зниженням рівня психологічного благополуччя (рис 4.1.), що дозволяє зробити висновок, щодо того, що такі копінг-стратегії, як уявний відхід від проблеми, концентрація на емоціях та використання "заспокійливих" можуть розглядатися нами як додаткові фактори ризику розвитку РА ( $p < 0,001$ ) до математично обґрунтованої кореляційної моделі РА, поданої в підрозділі 4.1. (рис.4.1.)

Таблиця 4.9

**Зв'язок якості життя з основними факторами ризику формування розладів адаптації у студентів, які перенесли психоемоційний стрес**

|                   | Фізичне благополуччя | Психологічне благополуччя | Самообслуговування на незалежність дій | Працездатність | Міжособистісна взаємодія | Соціо-емоційна підтримка | Суспільна і службова підтримка | Особистісна реалізація | Духовна реалізація | Загальний показник |
|-------------------|----------------------|---------------------------|--|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------|--------------------|
| SOM               | -0,43                | -0,45                     | -0,24                                  | -0,33          | -0,36                    | -0,29                    | -0,27                          | -0,36                  | -0,12              | -0,36              |
| O-C               | -0,39                | -0,51                     | -0,37                                  | -0,41          | -0,43                    | -0,37                    | -0,42                          | -0,41                  | -0,24              | -0,45              |
| INT               | -0,36                | -0,46                     | -0,30                                  | -0,38          | -0,35                    | -0,31                    | -0,28                          | -0,36                  | -0,24              | -0,44              |
| DEP               | -0,40                | -0,51                     | -0,31                                  | -0,38          | -0,45                    | -0,42                    | -0,32                          | -0,43                  | -0,27              | -0,54              |
| ANX               | -0,46                | -0,52                     | -0,39                                  | -0,45          | -0,40                    | -0,32                    | -0,31                          | -0,35                  | -0,23              | -0,37              |
| HOS               | -0,37                | -0,46                     | -0,27                                  | -0,34          | -0,39                    | -0,34                    | -0,34                          | -0,32                  | -0,23              | -0,41              |
| PHOB              | -0,44                | -0,46                     | -0,38                                  | -0,40          | -0,32                    | -0,30                    | -0,32                          | -0,36                  | -0,27              | -0,40              |
| PAR               | -0,40                | -0,42                     | -0,42                                  | -0,28          | -0,34                    | -0,36                    | -0,35                          | -0,31                  | -0,25              | -0,39              |
| PSY               | -0,32                | -0,41                     | -0,35                                  | -0,27          | -0,37                    | -0,28                    | -0,24                          | -0,33                  | -0,17              | -0,32              |
| GSI               | -0,47                | -0,56                     | -0,40                                  | -0,41          | -0,45                    | -0,38                    | -0,38                          | -0,44                  | -0,26              | -0,49              |
| PSI               | -0,44                | -0,55                     | -0,36                                  | -0,44          | -0,45                    | -0,37                    | -0,38                          | -0,40                  | -0,26              | -0,47              |
| PDSI              | -0,42                | -0,42                     | -0,35                                  | -0,26          | -0,35                    | -0,31                    | -0,24                          | -0,35                  | -0,19              | -0,37              |
| ШІАС              | -0,51                | -0,61                     | -0,33                                  | -0,40          | -0,50                    | -0,41                    | -0,34                          | -0,45                  | -0,27              | -0,55              |
| Загальний бал СОТ | -0,37                | -0,46                     | -0,27                                  | -0,37          | -0,40                    | -0,36                    | -0,22                          | -0,32                  | -0,24              | -0,48              |
| Загальний бал ССТ | -0,44                | -0,60                     | -0,35                                  | -0,42          | -0,46                    | -0,36                    | -0,28                          | -0,45                  | -0,29              | -0,53              |

**Примітка:** Коефіцієнт кореляції Спірмена ( $r$ ) в основній групі (від 0,16-  $p < 0,05$ ; від 0,20 -  $p < 0,01$ ; від 0,26 -  $p < 0,001$ )

Зв'язок ЯЖ з основними факторами ризику формування РА у студентів, які перенесли психоемоційний стрес, подано в табл. 4.9. З врахуванням даних кореляційного аналізу (табл. 4.8.), загальний показник ЯЖ студентів ОГ помітно зворотно корелював, а отже знижувався, при наявності високих балів оцінки психопатологічної симптоматики, а саме з результатами SCL-90-R за інтегральними шкалами GSI ( $r=-0,49$ ;  $p<0,001$ ), PSI ( $r=-0,47$ ;  $p < 0,001$ ), PDSI ( $r=-0,37$ ;  $p<0,001$ ), та за всіма субшкалами (максимально щільний зв'язок було виявлено для субшкали депресія ( $r=-0,54$ ;  $p<0,001$ ); також з високими показниками астенії ( $r=-0,55$ ;  $p<0,001$ ); загальним показником ситуаційної тривоги ( $r=-0,53$ ;  $p<0,001$ ) та особистісної тривожності ( $r=-0,48$ ;  $p<0,001$ ).

За узагальненням даних табл. 4.8 з питання оцінки напрямку, щільності та наявності причинно-наслідкових взаємозв'язків основних предиктів психопатологічної симптоматики, виразність астенії високий рівень як особистісної тривожності і ситуаційної тривоги зі складовими, які визначають ЯЖ (табл. 4.8.), можна зробити висновок щодо формування жорстко-предетермінованого конструкту цих предиктів, які, при їх наявності на етапі діагностики стану психічного здоров'я особистості, яка перенесла психоемоційний стрес, апріорі будуть сприяти зниженню якості життя цих осіб.

Використання цих закономірностей в практиці охорони здоров'я будуть сприяти оптимізації та уніфікації вибору методик дослідження пацієнтів з ризиками розладів стрес-асоційованих розладів, зокрема РА на різних рівнях надання медичної допомоги та персоніфіковано підходити до вибору методик корекції отриманих порушень адаптації на різних рівнях її забезпечення.

В табл. 4.10 наочно представлені кореляційні причинно-значущі взаємозв'язки між станом психічного благополуччя та рівнем ЯЖ у студентів ОГ.

Подальший кореляційний аналіз міжінтегральних показників результатів психічного обстеження студентів ОГ (табл. 4.10), виявив помітний прямий зв'язок між загальною оцінкою ЯЖ і загальним рівнем психологічного благополуччя ( $r=0,64$ ;  $p<0,001$ ) та всіма складовими забезпечення психологічного благополуччя за різними субшкалами, з максимальною щільністю зв'язків загального сприйняття ЯЖ з субшкалами психологічного благополуччя «Управління середовищем» ( $r=0,59$ ;  $p<0,001$ ) та «Самоприйняття» ( $r=0,56$ ;  $p<0,001$ ).

## Зв'язок якості життя з рівнем психологічного благополуччя у студентів, які перенесли психоемоційний стрес

|  | Позитивні відносини | Автономія | Управління середовищем | Особистісний ріст | Цілі в житті | Самоприйняття | Баланс афекту | Осмисленість життя | Людина як відкрита система | Психологічне благополуччя |
|--|---------------------|-----------|------------------------|-------------------|--------------|---------------|---------------|--------------------|----------------------------|---------------------------|
| Фізичне благополуччя                   | 0,23                | -         | 0,47                   | 0,21              | 0,30         | 0,29          | -0,37         | 0,31               | -                          | 0,35                      |
| Психологічне благополуччя              | 0,36                | 0,32      | 0,57                   | 0,42              | 0,42         | 0,47          | -0,55         | 0,41               | 0,28                       | 0,56                      |
| Самообслуговування та незалежність дій | 0,23                | 0,33      | 0,41                   | 0,28              | 0,18         | 0,22          | -0,31         | 0,22               | 0,19                       | 0,35                      |
| Працездатність                         | 0,35                | 0,26      | 0,48                   | 0,35              | 0,33         | 0,37          | -0,37         | 0,39               | 0,33                       | 0,45                      |
| Міжособистісна взаємодія               | 0,52                | 0,16      | 0,45                   | 0,32              | 0,37         | 0,34          | -0,45         | 0,38               | 0,33                       | 0,45                      |
| Соціо-емоційна підтримка               | 0,61                | 0,20      | 0,42                   | 0,36              | 0,31         | 0,34          | -0,46         | 0,36               | 0,38                       | 0,47                      |
| Суспільна і службова підтримка         | 0,29                | 0,21      | 0,39                   | 0,26              | 0,23         | 0,26          | -0,30         | 0,26               | 0,20                       | 0,34                      |
| Особистісна реалізація                 | 0,33                | 0,29      | 0,62                   | 0,48              | 0,43         | 0,38          | -0,45         | 0,48               | 0,43                       | 0,52                      |
| Духовна реалізація                     | 0,24                | -         | 0,31                   | 0,23              | 0,25         | 0,19          | -0,26         | 0,26               | 0,30                       | 0,27                      |
| Загальний показник                     | 0,47                | 0,35      | 0,59                   | 0,44              | 0,50         | 0,56          | -0,63         | 0,51               | 0,39                       | 0,64                      |

**Примітка:** Коефіцієнт кореляції Спірмена ( $r$ ) в основній групі (від 0,16-  $p < 0,05$ ; від 0,20 -  $p < 0,01$ ; від 0,26 -  $p < 0,001$ )

В свою чергу, загальний показник психологічного благополуччя особистості студентів, які перенесли психоемоційний стрес (табл. 4.10) корелював з рівнями оцінки складових якості життя – максимально щільні зв'язки мали місце з наступними рівнями оцінки ЯЖ: «Психологічне благополуччя» ( $r=0,56$ ;  $p<0,001$ ), «Особистісна реалізація» ( $r=0,52$ ;  $p<0,001$ ) та «Соціально-емоційна підтримка» ( $r=0,47$ ;  $p<0,001$ ).

Узагальнюючи результати аналізу матриці кореляційних зв'язків причинно-наслідкових взаємозалежностей між показниками ЯЖ та психологічного благополуччя (табл. 4.10) в структурі проведення оцінки психічного здоров'я у студентів, які перенесли психоемоційний стрес, можна зробити наступний висновок, що ці феномени – ЯЖ та психологічне благополуччя – в структурі діагностичного оцінювання ризиків розвитку стрес-асоційованих РА у студентів, мають щільні прямі взаємовпливи між собою, і отже ступінь їх зниження при дезадаптації буде мати тотожність проявів, які за рахунок достатньої високої щільності прямого впливу між цими феноменами буде сприяти формуванню більш глибоких порушень адаптації в структурі верифікації діагнозу з використанням методик оцінки психічного здоров'я, які були запропоновані в дійсному дослідженні.

Для оцінки впливу різних копінг-стратегій, обраних студентами ОГ, на рівень ЯЖ було проведено аналіз кореляційних впливів між цими рівнями забезпечення адаптації або формування РА у студентів, які перенесли психоемоційний стрес (табл. 4.11). За отриманими даними, загальне сприйняття ЯЖ, як інтегративний показник оцінювання даного рівня психічного здоров'я особистості (табл. 4.11) мав зворотній кореляційний зв'язок з такими копінг стратегіями, як уявний відхід від проблеми ( $r=-0,29$ ;  $p<0,001$ ), заперечення ( $r=-0,25$ ;  $p<0,001$ ), поведінковий відхід від проблеми ( $r=-0,20$ ;  $p<0,001$ ) та використання "заспокійливих" ( $r=-0,31$ ;  $p<0,001$ ).

Тобто, якщо студент з ризиками розвитку РА обирає для себе вищеперелічені стратегії копінг-поведінки для боротьби зі стресом (табл. 4.11), то загальний рівень показника його якості життя вірогідно знижувався в силу наявного зворотного достовірного впливу між цими складовими ( $p<0,001$ ).

## Зв'язок якості життя з копінг-стратегіями, обраними студентами, які перенесли психоемоційний стрес

|                                    | Уявний відхід від проблеми | Активне подолання | Заперечення | Поведінковий відхід від проблеми | Використання "заспокійливих" | Пригнічення конкуруючої діяльності | Планування |
|------------------------------------|----------------------------|-------------------|-------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------------|------------|
| Фізичне благополуччя               | -0,17                      | -                 | -           | -                                | -0,19                        | 0,17                               | -          |
| Психологічне благополуччя          | -0,27                      | 0,18              | -0,22       | -0,17                            | -0,34                        | 0,19                               | -          |
| Самообслуговування та незалежність | -                          | -                 | -0,18       | -0,21                            | -0,22                        | -                                  | 0,18       |
| Працездатність                     | -0,16                      | 0,21              | -           | -                                | -0,20                        | 0,20                               | 0,16       |
| Міжособистісна взаємодія           | -0,17                      | -                 | -0,19       | -                                | -0,22                        | -                                  | -          |
| Соціо-емоційна підтримка           | -0,20                      | 0,20              | -0,18       | -0,15                            | -0,21                        | -                                  | -          |
| Суспільна і службова підтримка     | -                          | 0,19              | -0,16       | -                                | -0,25                        | -                                  | 0,22       |
| Самореалізація                     | -0,18                      | 0,26              | -0,14       | -0,18                            | -0,30                        | 0,20                               | 0,18       |
| Духовна реалізація                 | -0,05                      | 0,20              | 0,18        | -                                | -0,22                        | 0,18                               | -          |
| Загальне сприйняття якості життя   | -0,29                      | 0,20              | -0,25       | -0,20                            | -0,31                        | 0,18                               | -          |

**Примітка:** Коефіцієнт кореляції Спірмена ( $r$ ) в основній групі (від 0,16-  $p < 0,05$ ; від 0,20 -  $p < 0,01$ ; від 0,26 -  $p < 0,001$ )

Компенсуючими та такими, які мали змогу підвищувати ЯЖ студентів, які переживали психоемоційний стрес, за отриманими даними (табл. 4.11) були такі сценарії копіngu, як активне подолання ( $r=0,20$ ;  $p<0,001$ ) та пригнічення конкуруючої діяльності ( $r=0,18$ ;  $p<0,001$ ).

Таким чином, можливості використання результатів оцінювання взаємозалежностей та впливів різних копінг стратегій, обраних студентами ОГ, на рівень ЯЖ, що структуровано в табл. 4.11., буде сприяти персоніфікації рекомендацій при проведенні заходів, спрямованих на відновлення рівня адаптованості студентів з групи ризику розладів стрес-асоційованих розладів, зокрема РА.

Отже, проведення ретельного аналізу причинно-наслідкових зв'язків результатів всіх методів обстеження даного дисертаційного дослідження з використанням кореляційного аналізу дозволив виявити найбільш значущі та впливові предикти поглиблення або компенсації розвитку стрес-асоційованих розладів в окремій соціальній групі респондентів – студенти-медики, які перенесли психоемоційний стрес.

#### **4.5. Структура розладів адаптації серед студентів, які перенесли психоемоційний стрес як результуюча причинно-наслідкових взаємозв'язків проведеного кореляційного аналізу між показниками, оціненими за різними методиками**

На останньому етапі проведення аналізу причино-наслідкових зв'язків між показниками, оціненими за різними методиками, проведеними в даному дослідженні серед студентів, які мали ризик розвитку стрес-асоційованих розладів, ми відструктурували тільки ті чинники, які мали найвищу щільність та вплив на формування РА і дійшли до висновку, що дійсно, фактори ризику, які були окреслені в математично модельованій на підставі кореляційного аналізу конструкту РА, показали максимальну щільність та силу впливів на формування стану психічної дезадаптації серед студентів-медиків, які пережили психоемоційний стрес.



**Кореляційний взаємозв'язок між показниками, оціненими за різними методиками, які структурують розлади адаптації серед студентів, які перенесли психоемоційний стрес**

|                           | Індекс GSI | Індекс PSI | Індекс PDSI | Шкала астенічного стану | Особистісна тривожність | Ситуативна тривога | Тривожний тип акцентуації | Застраючий тип | Екзальтований тип | Загальний рівень ЯЖ | Психологічне благополуччя |
|---------------------------|------------|------------|-------------|-------------------------|-------------------------|--------------------|---------------------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------------------|
| Індекс GSI                |            | 0,94       | 0,80        | 0,73                    | 0,64                    | 0,70               | 0,39                      | 0,21           | 0,22              | -0,61               | -0,58                     |
| Індекс PSI                |            |            | 0,62        | 0,68                    | 0,62                    | 0,64               | 0,36                      | 0,18           | 0,25              | -0,59               | -0,53                     |
| Індекс PDSI               |            |            |             | 0,61                    | 0,51                    | 0,60               | 0,30                      | 0,24           | -                 | -0,49               | -0,45                     |
| Шкала астенічного стану   |            |            |             |                         | 0,66                    | 0,74               | 0,35                      | 0,25           | 0,18              | -0,62               | -0,54                     |
| Особистісна тривожність   |            |            |             |                         |                         | 0,81               | 0,37                      | 0,23           | 0,27              | -0,50               | -0,45                     |
| Ситуативна тривога        |            |            |             |                         |                         |                    | 0,27                      | 0,21           | 0,20              | -0,61               | -0,60                     |
| Тривожний тип акцентуації |            |            |             |                         |                         |                    |                           | 0,26           | 0,34              | -0,30               | -0,28                     |
| Застраючий тип            |            |            |             |                         |                         |                    |                           |                | -                 | -0,24               | -                         |
| Екзальтований тип         |            |            |             |                         |                         |                    |                           |                |                   | -                   | -                         |
| Загальний рівень ЯЖ       |            |            |             |                         |                         |                    |                           |                |                   |                     | 0,61                      |
| Психологічне благополуччя |            |            |             |                         |                         |                    |                           |                |                   |                     |                           |

Примітка. Вказано достовірні коефіцієнти кореляції Спірмена (r) при  $p < 0,05$ -  $p < 0,001$ ; кореляція не значима ( $p > 0,05$ )

Основою підтвердження даного висновку також може виступати подана в таблиці 4.12. кореляційна матриця взаємозв'язків між показниками, оціненими за різними методиками, що структурують РА серед студентів, які перенесли психоемоційний стрес.

В структурі РА у студентів, які перенесли психоемоційний та соціальний стрес, на підставі проведеного кореляційного аналізу взаємозв'язків між показниками, оціненими за різними методиками (табл. 4.12) низький рівень психічного благополуччя був зумовлений зворотнім кореляційним зв'язком між високим рівнем ситуативної тривоги і особистісної тривожності ( $r=-0,60$ ;  $r=-0,45$ ; відповідно  $p<0,001$ ), високими індексами GSI, PSI та PDSI ( $r=-0,58$ ;  $r=-0,53$ ;  $r=-0,45$ ; відповідно  $p<0,001$ ), виразністю астенії ( $r=-0,54$ ;  $p<0,001$ ) та менше визначався наявністю тривожного типу акцентуації ( $r = -0,28$ ;  $p < 0,001$ ).

З огляду вірогідності поданих в табл. 4.12 причинно-наслідкових взаємозв'язків між результатами різних методик обстеження, які були проведені у студентів ОГ, можна констатувати, що типологічні особливості осіб з ризиком розвитку РА (тривожний тип акцентуації, застрягаючий тип, екзальтований тип) за отриманими даними (табл. 4.12) можуть виступати підґрунтям підсилення психопатологічної симптоматики за субшкалами GSI, PSI та PDSI, а особи з цими видами акцентуацій мають більший ризик реалізації високої особистісної тривожності та ситуативної тривоги за тестом ІТТ та виразності астенії ( $p<0,001$ ), при чому особи з тривожним та застрягаючим типами акцентуації частіше будуть мати зниження ЯЖ ( $r=-0,30$ ;  $r=-0,24$ ; відповідно  $p<0,001$ ).

Таким чином, для оптимізації оцінки та можливості використання основних результатів ретельного та глибинного кореляційного аналізу результатів психопатологічних і психодіагностичних методів дослідження оцінювання непсихотичних психічних розладів у студентів, що перенесли психоемоційний стрес, та з огляду інтеграції результатів, поданих в попередніх підрозділах цієї глави, на допомогу лікарям різних фахів рекомендується використовувати наступні найбільш значущі та пов'язані з ризиком розвитку РА та між собою наступних чинників - індекс GSI, індекс PSI, індекс PDSI, шкала астенічного стану, загальний рівень особистісної

та ситуативна тривожності, наявність тривожного, застрягаючий тип або екзальтованого типів акцентуації, та загальні показники рівня ЯЖ та психологічного благополуччя ( $p < 0,001$ ).

### **Висновки до четвертого розділу**

1. Наявність численних міжінтегральних зв'язків результатів психічного обстеження студентів, які перенесли психоемоційний стрес, за різними методиками, запропонованими в даному дослідженні, ще раз підтверджує правильність підбору діагностичного інструментарію, який використовувався для вирішення поставлених завдань в рамках виконаного дисертаційного дослідження.

2. Для оптимізації діагностики ризику розвитку стрес-асоційованих розладів, зокрема РА, в практику охорони здоров'я рекомендується використовувати оцінку наступних найбільш значущих чинників – з психопатологічної симптоматики – загальний індекс тяжкості симптомів GSI, індекс PSI та індекс наявного симптоматичного дистресу PDSI в методиці SCL-90-R; рівень виразності астеничного синдрому (за методикою ШАС), загальний рівень особистісної тривожності та ситуативної тривоги в методиці ІТТ; наявність тривожного, застрягаючого або екзальтованого типів акцентуації (опитувальник Шмішека), загальні показники рівня якості життя (за методикою Mezzich et al. (1999) в адаптації Н.О. Марути (2001)) та психологічного благополуччя за методикою К. Ріфф (1989) в адаптації Т. Д. Шевеленкової, П. П. Фесенко (2005) ( $p < 0,001$ ).

3. Аналіз матриці кореляційних взаємозв'язків за всіма результатами оцінки психічного здоров'я студентів, що перенесли психоемоційний стрес (підрозділи глави 4.1- 4.5) показав, що тісні кореляції встановлено між окремими показниками різних шкал, що пояснює причинно-наслідкові зв'язки між порушеннями і визначає подальші заходи до ефективної персоніфікованої реабілітації та психопрофілактики дезадаптивної поведінки у студентів навчальних закладів медичної освіти.

## РОЗДІЛ 5

### КОМПЛЕКСНА СИСТЕМА ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТРЕС

#### **5.1. Система профілактичних і психокорекційних заходів розладів адаптації у студентів, що перенесли психоемоційний стрес.**

Перед початком обстеження в рамках моніторингу психічного здоров'я з використанням батареї тестових методик для скринінгу, проводився збір відомостей про наявність несприятливих чинників, які визначались з відома обстежуваного, з вказівкою пунктів (розділ 2), виявлених у кожного студента при першій зустрічі в системі комплексної оцінки психічного здоров'я. Виявленню підлягали особи зі стійкими ознаками розладів психічної адаптації та/або наявності психопатологічної симптоматики за даними клінічного огляду і психометрії.

Аналіз та узагальнення отриманих під час дослідження взаємозв'язків між різними клініко-анамнестичними, індивідуально-психологічними, мікросоціальними чинниками, які визначають ймовірність розвитку РА у студентів, що перенесли психоемоційний стрес, підтвердило різноманіття та складність їх взаємодії. Дані результати дослідження показали потенційні взаємозв'язки між способами адаптації та варіантами корекції неадаптивних форм поведінки при наявних РА чи їх високій ймовірності розвитку. Використані у ході роботи психопатологічні та психодіагностичні методи дослідження дали змогу визначити пріоритетні напрями психокорекційної й профілактичної роботи.

За допомогою діагностичного інструментарію та методів математичної статистики було відокремлено елементи, відповідно до яких було розроблено програми психологічної корекції, що враховували специфічні особливості у групі студентів-медиків, які перенесли психоемоційний стрес.

Результати дійсного дослідження, за отриманими нами результатами, засвідчили:

1. Студенти, які мають ризик формування стрес-асоційованих розладів чи наявний РА, мали психопатологічні симптоми і клінічні ознаки астенії, депресії та тривоги. У студентів ОГ зберігались такі стійкі особистісні тенденції, як соматичне реагування в стресогенних ситуаціях (схильність до соматизації афекту), схильність до затяжних афективних реакцій, недостатня гнучкість і адаптивність у поведінці, підвищена чутливість до нюансів міжособистісних стосунків (особливо до відкидання), потреба у схваленні та потреба в емоційних контактах, що задовольняють почуття безпеки, допомоги та підтримки.

2. Наявність у досліджуваних ОГ високого рівня особистісної тривожності, як сформованої складової особистісно-типологічної характеристики, свідчить про збільшення ризиків формування РА. Санкціонуючими факторами формування РА у категорії студентів, що перенесли психоемоційний стрес, були низька стресостійкість і толерантність до дефіциту інформації, подразників, що не піддаються однозначній інтерпретації, а також ситуацій, що передбачають низький рівень прогнозованості.

3. Преморбідні особливості рис особистості студентів-медиків ОГ та їх особистісних акцентуацій, особливо наявність тривожного, застрягаючого і екзальтованих типів, повинні враховуватися для оцінки ризиків розвитку РА при наданні психокорекційної допомоги при РА.

4. Неефективні способи подолання стресу, притаманні студентам ОГ, що перенесли психоемоційний стрес, такі як труднощі планування дій, спрямованих на вирішення проблем, тенденції до їх ігнорування або до знецінення, тенденції до ухилення від реальних дій при вирішенні проблем, формують в цій когорті стрес-нестійкий копінг-профіль.

На підставі системного аналізу літератури з питання існуючих заходів превенції та ведення пацієнтів молодого віку з ризиками розвитку та вже сформованими РА, та з урахуванням розробленої нами патогенетично обґрунтованої моделі РА за результатами дійсного дисертаційного дослідження, нами був запропонований мультимодальний алгоритм з ведення та лікування студентів - здобувачів медичної освіти, які перенесли психоемоційний стрес, що структурувалося наступними етапами (рис. 5.1):

I – встановлення продуктивного контакту зі студентами, формування комплаєнсу, зниження емоційної напруги у процесі взаємодії з лікарем-психіатром, адаптація до терапевтичного процесу;

II – психоедукація, проведення психоосвітніх програм, інформування студентів щодо розвитку стрес-асоційованих захворювань, санкціонуючих та лімітуючих їх формування факторах;

III – психокорекція, в обсязі інформаційно-роз'яснювальної роботи, як в індивідуальному, так і в груповому режимі, зайняття (як правило, в групі) з використанням різного роду релаксаційних технік, спрямованих на створення умов для зниження емоційної напруги, вироблення навичок саморегуляції, формування внутрішніх засобів контролю і управління поточним станом; індивідуальні сесії психотерапії з використанням різних методів;

IV – психофармакотерапія, коли тяжкість розладу студента не може бути коригована за допомогою тільки психотерапевтичних/психокорекційних методів;

V – контроль, підтримка і закріплення результатів, формування адаптивних форм поведінки, нормалізація системи емоційно-вольового реагування, превенція рецидивів стрес-асоційованих розладів.

Загальним та обов'язковим етапом супровіду та ведення студентів ОГ (як ПгА, так і ПгБ) нами був визначений етап психоосвіти. На основі принципу партнерства та співпраці між лікарем та пацієнтом, розподілялись ролі між лікарем-психіатром і студентом - здобувачем медичної освіти. Психоосвіта проводилась у лаконічній, доступній формі, містила сучасні знання про стрес-асоційовані розлади, їх причини, діагностичне формулювання, концептуалізацію, тощо. Також студентам ОГ спостереження надавалась інформація про основні поняття та компоненти терапії. У процесі роботи отримані від респондентів ОГ результати комплексного обстеження розглядались як основні мішені для проведення профілактичної і корекційної роботи серед студентів ОГ. Тяжкість та інтенсивність дистресу у студентів, які оцінювалися дослідником на підставі або наявності ризиків розвитку РА та перенесеного в анамнезі психоемоційного стресу (ПгБ), або вже встановленого діагнозу РА (ПгА), визначав

остаточний обсяг та дозволяв формувати персоніфікований підхід ведення цих пацієнтів.

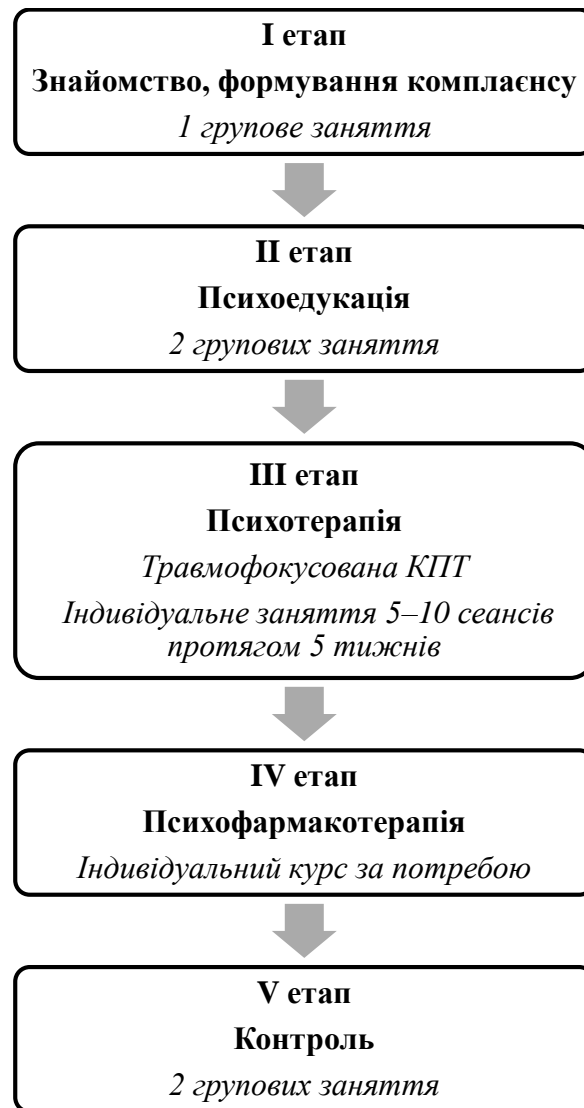


Рис. 5.1 Етапи комплексної системи корекції стрес-асоційованих розладів у студентів-медиків

Нами також були визначені принципи профілактичної роботи зі студентами - медиками, що перенесли психоемоційний стрес, які містили обов'язкові для виконання складові цього напрямку корекційних заходів:

- індивідуальна орієнтованість і персоніфікований підхід до профілактичних заходів, що передбачав врахування індивідуально-психологічних та патохарактерологічних особливостей студентів-медиків з РА, їх відмінності в

психологічному/ психопатологічному статусі, адаптаційному ресурсі та стресовому реагуванні;

- комплексність і системність профілактичних і психоосвітніх заходів, що передбачало використання різних форм і методів індивідуального та групового втручання, їх поєднання та взаємне потенціювання;
- послідовність профілактичних заходів, оптимальність планування і здійснення втручань.

#### **а. Особливості корекційної та профілактичної роботи у студентів ОГ спостереження, які мали стрес-індукований РА (ПгА)**

За результатами дійсного дисертаційного дослідження, ключовими мішенями впливу, які забезпечували високу якість профілактичних заходів для студентів із високим ризиком розвитку РА нами були визнані наступні:

- порушення психосоціального функціонування під час навчання в ЗВО;
- низька проінформованість студентів, які зазнавали психоемоційного стресу у минулому, про причини й психологічні механізми виникнення РА та порушення соціального функціонування, шляхи їх усунення;
- неадаптивні та неконструктивні копінг-стратегії, що посилювали психоемоційний стрес і перешкоджали адаптації.

Метою корекційної роботи серед студентів ПгА з верифікованим діагнозом з кластеру хвороб «Реакція на тяжкий стрес і порушення адаптації» (F43) була зміна дезадаптивних форм поведінки. Захисні стратегії, які були виявлені у ПгА в емпіричній частині дійсного дослідження, виявились неадаптивними, що зумовило необхідність формування у цих студентів нових адаптивних стратегій шляхом розвитку саморегуляції та самоконтролю, змін стратегій перероблення інформації з навколишнього середовища, способів емоційного реагування з метою більш успішного подолання РА.

Завданнями корекційної роботи у студентів ПгА було використання відповідно виділеним у процесі дослідження психічним характеристикам студентів методик психотерапевтичної і медикаментозної корекції, скомпонованих на основі



інтегративного підходу та адекватних умовам навчання у ЗВО. Нами було застосовано раціональне поєднання методів групової, індивідуальної психокорекції [233, 234, 235, 236, 237], фармакотерапії за потребою (згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», затвердженим наказом МОЗ від 23.02.2016р. № 121) [238, 239, 240, 244, 245].

Серед студентів-медиків ПГА із діагностованими РА групова робота з нашого досвіду була ефективною при проведенні психоосвітніх заходів і психокорекційної роботи: отже, груповий досвід легше переносився у реальне життя, зворотний зв'язок та підтримка допомагали усвідомити цінність інших людей і потребу в них. До групи, в якій проводились корекційні заходи, входили учасники з різними типами особистісного профілю, що було загальним принципом формування групи, з урахуванням того, що соціумі не буває одного типу. За кількістю сеансів корекційна робота була короткочасна – а саме, проводилось 1 заняття на першому етапі психокорекційної роботи, 2 – на другому та 2 – на завершальному. Частота і тривалість занять були визначені як 1 раз на тиждень впродовж 60-90 хвилин.

В умовах навчання у ЗВО, великого значення набуває групова форма роботи, оскільки проблеми здобувачів медичної освіти зі встановленим діагнозом РА часто були пов'язані з невмінням конструктивно взаємодіяти з оточуючими. З огляду сутності групової роботи та кінцевої мети даної методики нами були окреслені складові та отримані наступні результати – у групі студентів ПГА з РА отримували досвід саморозкриття, толерантного ставлення до інших, формування довірливих і щирих стосунків, вчилися допомагати і отримувати допомогу та емоційні «погладження», чути і розуміти членів групи.

За основну методику, яка використовувалась у процесі психотерапевтичної роботи зі студентами-медиками ПГА, нами була обрана травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ), отже під час дослідження обраний характер втручання сприяв розвитку самоконтролю та саморефлексії, зниженню емоційної напруги у цих студентів.

Індивідуальна ТФ – КПТ проводилась нами з частотою 2 рази на тиждень 8-12 сеансів, експозиція – 90 хвилин, протягом 5 тижнів студентам підгрупи А із найгіршими встановленими показниками. Додатково також призначалась психофармакотерапія у мінімально можливих дозуваннях у разі потреби й згоди учасників.

Алгоритм нашої роботи був структурований згідно рекомендацій протоколу Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE) та включав наступні етапи: 1. Фаза стабілізації: активація ресурсів та навчання технік копіngu з симптомами травми. 2. Фаза опрацювання травми за допомогою експозицій до травматичних спогадів та ситуативної експозиції. 3. Фаза відновлення.

На початку роботи за цим алгоритмом нами обов'язково проводилось наступне обстеження: оцінювалась загальна психічна стабільність, ризик суїциду, готовність говорити про травму і брати участь в обстеженні.

Необхідність медикаментозної корекції РА у студентів ПгА визначалась з огляду на їх виразність і особливості симптоматики. Найчастіше із психофармакологічних засобів застосовували анксиолітики небензодіазепінового ряду та «м'які» антидепресанти (СІЗЗС) [165, 223, 246]. Призначали також адаптогени (препарати женьшеню, лимоннику китайського, елеутерококу та ін.), вітамінні засоби [247, 248, 249]. Опис запропонованого та використаного лікування РА у студентів у відповідності до діючих в Україні проколів за конкретними нозологіями, наведено у ілюстраціях клінічних випадків серед студентів ПгА, що перенесли психоемоційний стрес у підрозділі 5.3.

З огляду на те, що у студентів ПгА проведене нами дослідження виявило переважання особистісних реакцій, які реалізовувались у низькій контактності, лякливості, невпевненості в собі, недовірливість до людей, психічній лабільності, уразливості, схильності до афектів, інертності у мисленні, моториці, у подальшій роботі ці складові визначені нами як мішені для психокорекційного впливу. Обсяг застосування тих чи інших технік регулювався дослідником індивідуально, але загалом нами визначені напрямки та структура психокорекційної роботи зі студентами ПгА:

1. Розвиток самоконтролю за допомогою використання дихальних вправ, що давали змогу стабілізувати емоційний стан.

2. Використання арт-терапевтичних технік роботи з живопису за допомогою пальців. Під час роботи зі студентами, які мають проблему дратівливості, підвищену збудливість та імпульсивність, - будь-які тактильні відчуття будуть знижувати емоційне напруження. Для отримання максимальної ефективності цієї методики, необхідно контролювати проходження таких етапів у роботі з дратівливістю: використання техніки "порожнього стільця" - вербальний контакт з емоцією, обговорення проблеми дратівливості та імпульсивності й тільки після цього - навчання студента вербальним способам з використанням "Я-висловлювання".

3. У роботі зі студентами з ПГА важливим етапом є формування навичок дотримування певних правил. Для цього дослідником разом зі студентом-медиком формулювались правила, інструкції щодо виконання тієї чи іншої дії, розроблявся покроковий алгоритм, розглядалися можливі варіанти, способи контролю. Остаточний варіант завдання оформлювався у письмовому вигляді виконання якого розглядалось в якості домашнього завдання і навіть за часткове його виконання, студент отримував похвалу та емоційну підтримку з боку дослідника.

4. Вибір технік та вправ з когнітивної психотерапії, які використовувалися нами, ґрунтувався на доведеності факту того, що думка тісно пов'язана з емоцією, тобто людина спочатку про щось думає, і ця думка викликає в неї, наприклад негативну емоцію - роздратування. Складність цього підходу в контексті ефективності психотерапії пов'язана з тим, що при сталих особистісних тенденціях подібні сформовані думки вже є автоматичними і не мають розгорнутого характеру. Наша корекційна робота полягала в тому, щоб у студентів-медиків ПГА змінити негативні думки на більш позитивні чи нейтральні, а також змінити інтенсивність, а при можливості і знак емоції з негативної на позитивну. Для досягнення цієї мети ми рекомендували досліджуваним ПГА вести щоденник з докладним описом автоматичних думок і пов'язаних з ними емоцій, також надавати опис реалістичних переконань та джерела роздратування. Ще однією складовою нашої психотерапії

було навчання студентів ПГА навичкам раціональних інтерпретацій стимулів із зовнішнього середовища, що викликають подібні емоції.

На підставі аналізу результатів проведеного нами дослідження, анкетування та даних інтерв'ю студентів ПГА нами були виділені пацієнти з тривожно-депресивним профілем, які відрізнялись наявною тривожністю, зниженням настрою, схильністю до нав'язливих, непродуктивних думок, різного роду страхів, ригідності. Саме в цьому випадку надавалась перевага індивідуальній корекції, оскільки вона дозволяла враховувати профіль структури особистості та клінічну картину захворювання у кожному окремому випадку.

Нами був розроблений та впроваджений в клінічну практику (*Додаток Г*) алгоритм роботи зі студентами ПГА, які мали тривожно-депресивний профіль особистості:

1. Використання дихальних та релаксаційних вправ, медитація, техніки візуалізації. Відпрацювання технік релаксаційних вправ, медитативних технік і техніки візуалізації з проясненням досліджуваному, який ритм дихання в тривожних ситуаціях краще використовувати та їх застосування були обов'язковими для щоденного використання не лише на заняттях з лікарем-дослідником, але й вдома.

2. Арт-терапевтичні техніки, а саме малювання та колажі, сприяли виплеску тривоги і страху назовні, допомагали встановити безпосередній вербальний контакт із своїми почуттями, обговорити причини їх виникнення.

3. Систематична десенсибілізація, як метод поведінкової корекції, надавав нам можливість поступово знижувати сенситивність до певних подій або людей, які викликали тривожність. Впродовж занять за цією методикою за мету нами було обрано систематичне послідовне зменшення рівня тривожності у студентів-медиків ПГА. Нами використовувалось уявлення (візуалізація) тривожної ситуації, пов'язаної з навчанням у ВЗО. У процесі роботи зі студентами ПГА спочатку в уяві проектувались найлегші ситуації для конкретної особи, що супроводжувалась незначною тривожною реакцією, потім зі збільшенням важкості і коли найсильніший стимул переставав викликати тривогу, процедура завершувалась.

4. Техніки і вправи з когнітивного підходу у студентів ПГА були спрямовані на усвідомлення тілесних реакцій та думок, що виникали у них в стані тривоги, пошук автоматичних думок за схемою: думка - емоція - поведінка. Сутність цієї методики, що слугувало обґрунтуванням її вибору для корекційної терапії, заключалась в роботі з негативними думками, що спричинили тривогу, в аналізі і корекції неадаптивних стратегій обробки інформації із зовнішнього середовища (використання ярликів, катастрофізація, використання негативного фільтра, "читання думок", надузугальнення тощо). Студентам ПГА надавалось завдання ведення записів в щоденнику, на підставі яких в подальшому проводились тренінгові завдання на переформулювання існуючої проблеми на реально розв'язувану та респондентом розроблявся алгоритм дій її рішення. Нами обов'язково проводилась перевірка на «екологічність», тобто, студент мав чітко розуміти, наскільки знайдений спосіб вирішення проблеми комфортний, чи не постраждають емоційно при цьому близькі люди.

За результати дійсного дослідження у студентів ПГА мало місце використання неефективних способів подолання стресу, що призводило до дезадаптивних форм їх поведінки. Згідно з нашими результатами, найбільш характерними у студентів-медиків, які перенесли психоемоційний стрес, були визнані наступні неефективні копінги - труднощі планування дій, тенденції до ігнорування проблем або до знецінення, тенденції до ухилення від реальних дій при вирішенні проблем.

1. Першим кроком у процесі психокорекції серед студентів ПГА, які обирали неефективні копінг стратегії, була наша допомога в формуванні усвідомлення необхідності формування механізмів психологічного захисту. Студенти з РА характеризувались невисокою здатністю до самоаналізу, на початку роботи вони погано диференціювали свої емоції, ігнорували або придушували свої внутрішні спонукання. З огляду на це, найпростішими техніками, що розвивають самоаналіз, саморефлексію та самоконтроль є вправи аутогенного тренування та дихальної гімнастики, які були нами впроваджені в процесі роботи зі студентами ПГА.

2. Техніка арт-терапії рекомендувалась нами до використання як експресивний метод, що дозволяв студенту ПГА безпосередньо висловити свої почуття, усвідомити

свої бажання і потреби, реальні можливості. Техніка колажу виявилась найбільш відповідною у процесі роботи, оскільки була проста в застосуванні, викликала інтерес у пацієнта, допомагала створити терапевтичний альянс і довірчі стосунки.

3. Підбір технік і вправ когнітивно-поведінкового напрямку для подальшої роботи зі студентами ПгА визначався індивідуальними особливостями обстежених. Так, когнітивно-поведінкова терапія давала змогу працювати з неефективними закріпленими стратегіями обробки інформації, таких як катастрофізація, знецінення, використання негативного фільтру, використання ярликів, надузагальнення, звинувачення, орієнтація на співчуття, та виявити так звані автоматичні думки та здійснити разом АВС-аналіз, де А - це подія, В - автоматична думка, С - емоційні та поведінкові наслідки. Студенту з ПгА пропонувалось вести щоденник за відповідною схемою, що надалі в роботі з лікарем дозволяло здійснювати переформулювання автоматичних думок в адаптивні. Наступним завданням вправ когнітивно-поведінкового напрямку в дійсному дослідженні було відстежування емоційних реакцій на нове, більш позитивне формулювання автоматичної думки і надавання оцінки власним емоційним і поведінковим змінам.

Індивідуальна робота, проведена в рамках дійсного дослідження, дозволила максимально диференціювати медико-психологічну допомогу студентам ПгА зі сформованими РА, вирішити глибокі особистісні проблеми, сформувати у респондентів впевненість, що вони здатні конструктивно вирішувати свої проблеми самостійно або з підтримки кваліфікованого фахівця. Тривалість і глибина індивідуальної форми психотерапевтичної корекції в дійсному дослідженні, насамперед, визначались кількістю студентів, що потребували допомоги та були мотивовані на особистісні зміни.

#### **в. Особливості корекційної та профілактичної роботи у студентів ОГ спостереження, які мали ризики розвитку стрес-індукованих РА (ПгБ)**

Головною метою корекційного і профілактичного впливу на особистість студентів з високим рівнем стресового навантаження і з помірною та вираженою вірогідністю розвитку стрес-асоційованих розладів (ПгБ) була психологічна підтримка та формування налаштування на здоровий спосіб життя, зміна

особистісних якостей, розвиток умінь контролювати свій емоційний стан і взаємодіяти з оточуючими [164, 165, 227, 257, 258].

Висновки про особистісні якості студентів ПГБ здійснювався виходячи з інтерпретації діагностичних методик, які застосовувалися і клінічних даних [4, 124, 174, 221, 232]. В системі первинної профілактики серед студентів з ймовірністю розвитку РА використовувались три основні напрямки роботи [252, 253, 254, 255, 256] (табл 5.1).

Першим напрямком нашої профілактичної роботи було ознайомлення (у форматі лекцій та семінарів) студентів-медиків ПГБ з інформацією про лімітуючі та санкціонуючі фактори розвитку стрес-асоційованих розладів; характеристик та ознак РА; впливу професійної діяльності на особистість лікаря; динаміки розвитку РА і моделі його формування; особливостей РА у здобувачів вищої освіти.

Другий напрямок проведеної профілактичної роботи був едукативним. У фокус-групах кількістю 10-15 студентів-здобувачів медичної освіти проводились тренінги та заняття, в межах яких учасники навчались технікам релаксації та технікам, спрямованим на підвищення переносимості стресу, а саме аутогенному тренуванню, систематичній десенсибілізації, техніці контролю власного часу, комунікаційним навичкам у професійній діяльності, що дозволяло в кінцевому результаті формувати впевненість в собі.

Одним з обраних нами ефективних методів профілактичної роботи, було аутогенне тренування (J. H. Schultz). Початковий щабель аутогенного тренування (АТ) по Шульцу включає 6 стандартних вправ, спрямованих на набуття навичок уміння викликати відчуття важкості і тепла в кінцівках, регулювати ритм серцевої діяльності і дихання, викликати відчуття тепла в епігастральній області і прохолоди в області чола. Вищий ступінь АТ передбачає навчання досліджуваних викликати у себе «яскраву візуалізацію уявлень» та може широко застосовуватися для роботи зі студентами з високим рівнем стресового навантаження і з помірною та вираженою вірогідністю розвитку стрес-асоційованих розладів.

## Програми профілактичної роботи із студентами, що перенесли психоемоційний стрес

| Студенти з вірогідністю розвитку стрес-асоційованих розладів  |  |   |
|---|--|---|
| Первинна профілактика   |  |   |
| Стратегії інформування  | Стратегії едукації   | Стратегії консультування  |
| 1) лімітуючі та санкціонуючі фактори розвитку стрес-асоційованих розладів<br>2) характеристика стрес-асоційованих розладів, їх ознаки<br>3) вплив професійної діяльності на особистість лікаря (вигоряння)<br>4) динаміка розвитку РА і модель його формування.<br>5) особливості РА у здобувачів вищої освіти<br>6) терапевтичний альянс між студентом і фахівцем психіатричної/психологічної служби | 1) техніки релаксації<br>2) техніки, спрямовані на підвищення переносимості студентами стресу: стресменеджмент<br>- аутогенне тренування,<br>- систематична десенсибілізація<br>3) Time management (техніки контролю власного часу)<br>4) комунікаційні навички у професійній діяльності<br>5) вироблення впевненості в собі | 1) аналіз та опанування адаптивних навичок поведінки в стресових ситуаціях<br>2) робота з внутрішніми ресурсами для подолання травмуючого досвіду<br>3) підвищення життєстійкості та опірності стресовим факторам<br>4) розширення спектру конструктивних копінг-стратегій та формування навичок використання адаптивних копінгів |
| <b>Лекції та/або семінари</b>   | <b>Тренінги і групові заняття</b>  |   |



Досягнення м'язової релаксації і стану спокою у студентів ПгБ сприяли зниженню тривоги, зменшенню емоційної напруги, покращували сон. До особливостей методу АТ можна віднести необхідність активної участі самого студента у вирішенні своїх проблем, що потребує певних вольових зусиль, наполегливості, бажання самостійно змінити своє життя. Нами була відзначена менша ефективність цього профілактичного заходу в когорті студентів ПгБ без достатньої мотивації.

Третій напрямок первинної профілактики РА у студентів ПгБ був консультативним. Згідно з передбаченою нами програмою у групах, які склалися з 10-15 студентів з ПгБ проводився аналіз та опанування адаптивних навичок поведінки в стресових ситуаціях; робота з внутрішніми ресурсами для подолання травмуючого досвіду; підвищення життєстійкості та опірності стресовим факторам; розширення спектра конструктивних копінг-стратегій та формування навичок використання адаптивних копінгів.

Окремі тренінги для студентів-медиків ПгБ були спрямовані на відновлення рівня адаптованості студентів і підвищення їх стійкості до стресових впливів, отже вони формували групу ризику виникнення РА.

На цих тренінгах студентам ПгБ ми надавали інформацію щодо копінг-стратегій, їх ефективності, можливостей запобігання когнітивно-сміслових бар'єрів при використанні конструктивних стратегій поведінки, та у форматі мінілекцій або дискусій формували обізнаність студентів – здобувачів медичної освіти щодо засобів подолання проблемних ситуацій.

На зустрічах зі студентами ПгБ нами обговорювалась:

- мотивація до вдосконалення стрес-долаючої поведінки та її індивідуальні відмінності;
- проводились вправи на розвиток мотивації по вдосконаленню конструктивної копінг-поведінки,
- надавались індивідуальні письмові завдання,
- проводились узагальнення підсумків у групі щодо переваг від опанування нових конструктивних копінг-стратегій для усіх сфер життя.

Застосування тренінгів у формі дискусій підвищувало усвідомлення студентів ПгБ щодо переваги конструктивних способів подолання стресу для покращення ЯЖ.

У студентів ПгБ основні методи корекції станів психічної дезадаптації, за нашою думкою, повинні бути спрямовані на підвищення стійкості особистості до дії несприятливих мікросоціальних чинників, отже можуть включати психотерапію, в тому числі АТ, методи релаксації, системи біологічного зворотного зв'язку, оптимізацію рухового режиму.

Вибір методів корекційної роботи в дійсному дослідженні ґрунтувався на визначених нами особливостях симптоматики і особистісного профілю студентів ПгБ.

За бажану мету психокорекційних і психопрофілактичних заходів нами було обрано досягнення індивідуально-оптимального рівня стійкості до стресу, (індукованого навчальним процесом), який забезпечував би ефективну навчальну діяльність, і запобігав розвитку дезадаптивних розладів у студентів -здобувачів медичної освіти.

Зміст і завдання, рекомендований обсяг і характер втручання у відповідності до розробленої нами системи комплексної корекції стрес-асоційованих розладів у студентів, що перенесли психоемоційний стрес, наочно представлені у таблиці 5.2. По завершенню всіх етапів програми проводилось повторне обстеження та психометрія, надавались рекомендації та узагальнювалися підсумки роботи, що представлено у підрозділах 5.4, 5.5 дисертації.

Таким чином, можна сказати, що запропонований нами комплексний підхід сприятиме мінімізації негативного впливу стресу, що, зрештою, дозволить уникнути негативних наслідків для студентів підвищеної групи ризику в плані соціальної адаптації і медичного прогнозу у зв'язку з невротичними, пов'язаними зі стресом, і соматоформними розладами.

**Система комплексної корекції  
стрес-асоційованих розладів у студентів ПгА і ПгБ**

| <b>Етап</b> | <b>Назва</b>                       | <b>Зміст і завдання</b>   | <b>Рекомендований обсяг і характер втручання</b>   |
|-------------|------------------------------------|---|--|
| <b>I</b>    | <b>Психоосвіта</b>                 | <p>Інформування щодо поширених розладів психічного здоров'я, їх епідеміології, діагностики, етіопатогенезу, клінічної картини, соціальних, особистісних, медичних і фінансових наслідках клінічно оформлених невротичних та пов'язаних зі стресом розладів.</p> <p>Висвітлення наступних питань:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Труднощі у навчальному та/або робочому процесі, емоційне вигорання, хронічний стрес, вирішення конфліктів</li> <li>2.Труднощі адаптації до нових умов/обставин життя, емоційна дисрегуляція</li> <li>3.Труднощі у міжособистісних стосунках</li> <li>4.Самоактуалізація, саморозвиток, плекання внутрішнього ресурсу, загальне покращення ЯЖ, резистентність.</li> <li>5.Потенційно несприятливі наслідки впливу алкоголю, психоактивних речовин та самолікування при виникненні психопатологічної симптоматики.</li> </ol> | <p>В групі і індивідуально у виді бесід, лекцій, тренінгів, тематичних зустрічей, поширення медично-наукової літератури. Здобувачі освіти мають отримувати позитивну інформацію щодо перспектив відновлення здоров'я, необхідних термінах, важливості виконання лікарських рекомендацій, можливостей отримання спеціалізованої медичної допомоги. Також надаються рекомендації дотримуватись режиму дня, гігієни сну, засад здорового харчування, режиму регулярної фізичної активності, уникання вживання алкоголю.</p> |
| <b>II</b>   | <b>Психологічне консультування</b> | <p>Заходи у сформованому альянсі із студентом, спрямовані на нівеляцію психопатологічної симптоматики, зміну патологічних поведінкових патернів на психоадаптаційні.</p>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>а) вступна індивідуальна робота з респондентом, який звернувся за допомогою/ консультацією;</li> <li>б) виявлення психічних і поведінкових мішеней для корекційної роботи;</li> <li>в) проведення роз'яснювальної раціональної психотерапії;</li> <li>г) формування нової поведінкової домінанти</li> </ol>   |

|            |                                    |  |  |
|------------|------------------------------------|--|--|
| <p>III</p> | <p>Психокорекція, психотерапія</p> | <p>Допомога у відреагуванні травматичного досвіду шляхом обговорення та повторного переживання думок і почуттів, пов'язаних з травмою, в безпеці терапевтичної обстановки.</p> <p>Основне завдання — допомогти усвідомити можливості трансформації кризового стану, побачити нові перспективи і можливості повернення до нормального життя.</p> <p>Відповідно до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», затвердженого наказом МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі» від 23.02.2016р. № 121, рекомендовані такі обов'язкові психотерапевтичні дії:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Психосвіта як підґрунтя психотерапії/психокорекції;</li> <li>2. Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ);</li> <li>3. Десенсибілізація та переробка рухом очей (ДПРО);</li> <li>4. Встановлення терапевтичного альянсу.</li> </ol> <p>Як бажані дії рекомендовані:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Стрес-менеджмент;</li> <li>2. Сімейна психотерапія.</li> </ol> | <p>Здобувач освіти має отримати інформаційну та емоційну підтримку. При порушенні соціального функціонування, неефективності наданої первинної медичної допомоги, побажанні студента, рекомендується лікування у закладах охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу.</p> <p>Обов'язковими є застосування психосвіти в якості підґрунтя ТФ-КПТ, ДПРО та встановлення терапевтичного альянсу. ТФ-КПТ проводиться індивідуально (8- 12 сеансів).</p> <p>Бажаними є стрес-менеджмент та сімейна психотерапія. Групова КПТ, короткотривала та довготривала експозиційна психотерапія, арт-терапія, раціональна психотерапія можуть бути передбачені як додаткові втручання. В залежності від вираженості психологічної дезадаптації, психотерапія може тривати від 6 місяців до декількох років.</p> |
|------------|------------------------------------|--|--|

|           |                       |  |  |
|-----------|-----------------------|--|--|
| <b>IV</b> | <b>Фармакотерапія</b> | <p>Мінімізація медикаментозної терапії.</p> <p>На етапі непатологічної психічної дезадаптації в якості препаратів седативної, протитривожної, сомногенної дії мають застосовуватися переважно препарати рослинного походження.</p> <p>В лікувальний комплекс можливо включати фізіотерапевтичні заходи, згідно з основними правилами. Вибір оптимальної дози ґрунтується на оцінці теперішнього стану студента.</p> <p>На етапі клінічно оформлених РА основна мета полягає в купіруванні тривожно-депресивної симптоматики, нормалізації сну, зняття напруги та зменшення вегетативних проявів стрес-синдрому.</p> <p>Препаратами вибору можуть бути залежно від клінічної структури ведучих симптомокомплексів в убуваючому ступені:</p> <p style="padding-left: 40px;">А) антидепресанти;</p> <p style="padding-left: 40px;">Б) анксиолітики (в т.ч. бензодіазепіни);</p> <p style="padding-left: 40px;">В) атипіві нейролептики,</p> <p style="padding-left: 40px;">Г) конвенційні нейролептики (вкрай рідко).</p> | <p>Анксиолітичні засоби призначаються короткочасно (від 1 до 3-х тижнів) або переривчастими курсами. При розладах адаптації, як правило, у пацієнтів переважають синдроми невротичного рівня з астеничним радикалом. Тому, в таких випадках доцільно призначення небензодіазепінових анксиолітиків в малих дозах 2-3 рази на добу. При наявності депресивної симптоматики препарати вибору антидепресанти (переважно СІЗЗС). Залежно від динаміки стану, курс терапії антидепресантами може бути тривалим (при пролонгованих депресивних реакціях, які можуть тривати до 2 років). В середньому, тривалість досягає 6 місяців.</p> |
|-----------|-----------------------|--|--|

## 5.2. Оцінка ефективності системи комплексної корекції дезадаптивних станів у студентів, що перенесли психоемоційний стрес, в групах підвищеного ризику

Контроль ефективності запропонованої комплексної диференційованої поетапної системи корекції та програми профілактики здійснювався через 6 місяців після корекції. Для оцінки якості та ефективності запропонованої диференційованої поетапної системи корекції нами порівнювались первинні (вихідні) та кінцеві результати обстеження студентів ПгА та ПгБ.

Аналіз динаміки показників психопатологічної симптоматики у ПгА, до якої увійшли 27 студентів з клінічною симптоматикою, відповідною до діагнозу «Реакція на тяжкий стрес і порушення адаптації» (F43), показав суттєве зниження показників ( $p < 0,001$ ) за усіма субшкалами опитувальника SCL-90-R (табл. 4.6, рис. 4.3).

Таблиця 4.6

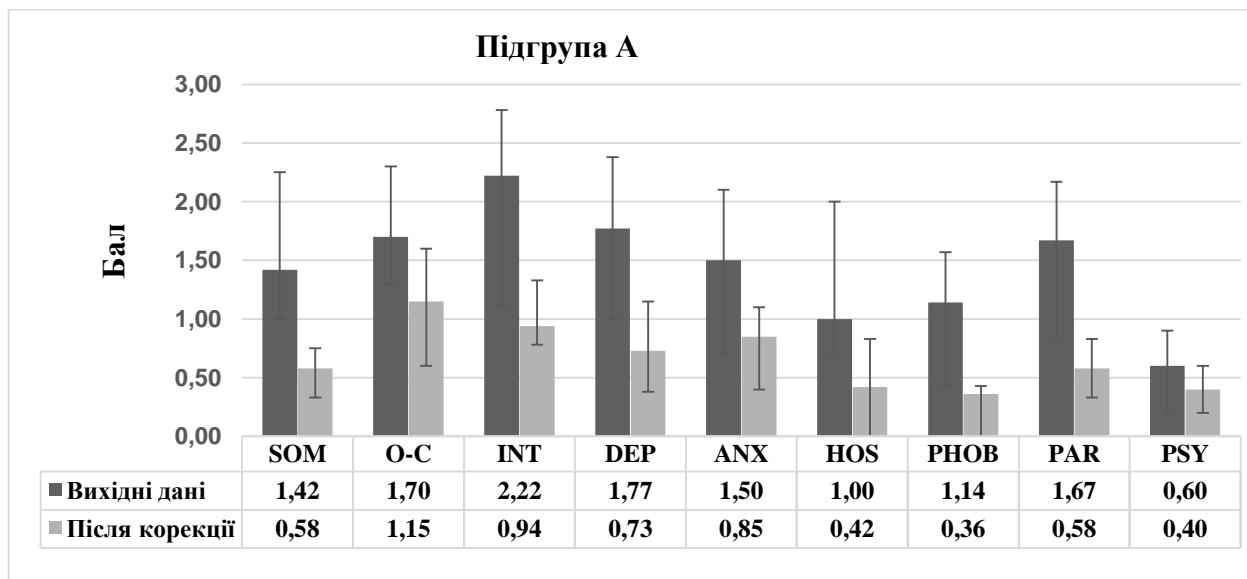
### Середній рівень психопатологічної симптоматики в підгрупах А і Б до та після проведеної комплексної корекції, бал, Me (Q25-Q75)

| Симптоматичні виміри               | ПгА (n=27)          |                     | ПгБ (n=132)         |                      |
|------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------------|
|                                    | При I-му обстеженні | Після корекції      | При I-му обстеженні | Після корекції       |
| Соматизація (SOM)                  | 1,42<br>(1,0-2,25)  | 0,58<br>(0,33-0,75) | 0,33<br>(0,08-0,58) | 0,20<br>(0,05-0,40)  |
| Обсесивність-компульсивність (O-C) | 1,70<br>(1,30-2,30) | 1,15<br>(0,60-1,60) | 0,58<br>(0,20-1,05) | 0,43<br>(0,20-0,60)  |
| Міжособистісна сенситивність (INT) | 2,22<br>(1,11-2,78) | 0,94<br>(0,78-1,33) | 0,40<br>(0,22-1,0)  | 0,24<br>(0,15-0,60)  |
| Депресія (DEP)                     | 1,77<br>(1,00-2,38) | 0,73<br>(0,38-1,15) | 0,38<br>(0,15-0,85) | 0,26<br>(0,10-0,42)  |
| Тривога (ANX)                      | 1,50<br>(0,70-2,10) | 0,85<br>(0,40-1,10) | 0,20<br>(0,10-0,60) | 0,10<br>(0,0-0,30)   |
| Ворожість (HOS)                    | 1,0<br>(0,67-2,0)   | 0,42<br>(0,0-0,83)  | 0,33<br>(0,10-0,70) | 0,20<br>(0,0-0,42)   |
| Фобічна тривога (PHOB)             | 1,14<br>(0,43-1,57) | 0,36<br>(0,0-0,43)  | 0,10<br>(0,0-0,30)  | 0,0<br>(0,0-0,10)    |
| Паранояльні тенденції (PAR)        | 1,67<br>(0,83-2,17) | 0,58<br>(0,33-0,83) | 0,17<br>(0,0-0,50)  | 0,17 *<br>(0,0-0,30) |
| Психотизм (PSY)                    | 0,60<br>(0,20-0,90) | 0,4<br>(0,20-0,60)  | 0,10<br>(0,0-0,20)  | 0,0<br>(0,0-0,10)    |

Примітка. В усіх випадках порівняння показників у динаміці у відповідній підгрупі відмінності достовірні з  $p < 0,001$ , окрім \* –  $p > 0,05$  (за W-критерієм Вілкоксона)

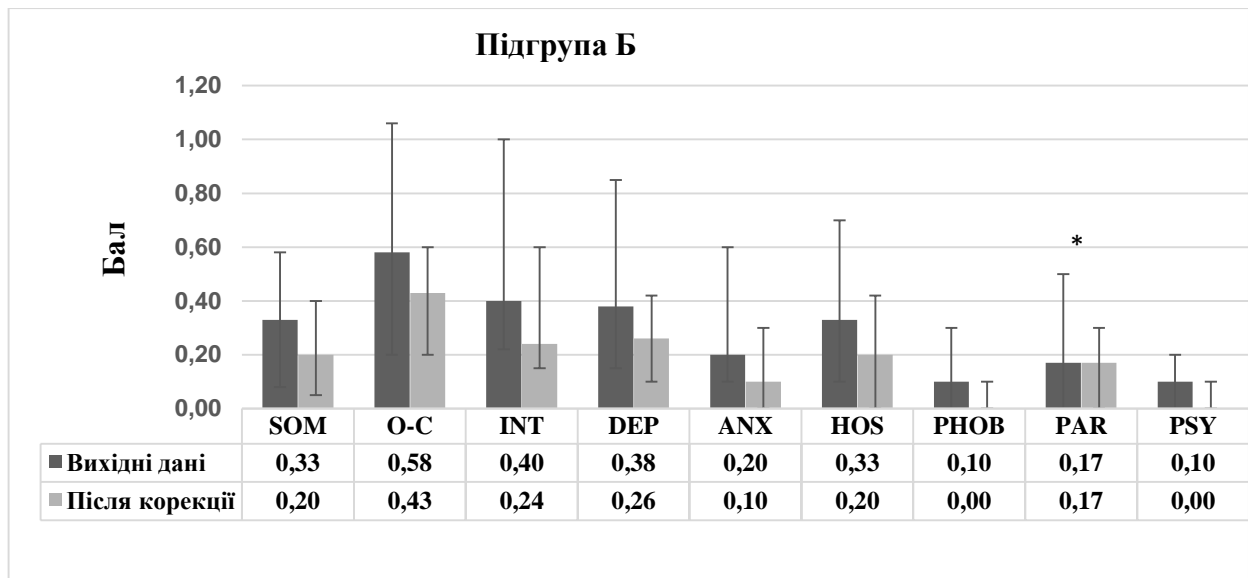
Зокрема, медіана показника вираженості міжособистісної сенситивності (INT) зменшилась з 2,22 до 0,94 бала, тобто у 2,4 раза, депресії (DEP) – з 1,77 до 0,73 бала (у 2,4 раза), соматичних симптомів (SOM) – з 1,42 до 0,58 балів (у 2,5 раза), тривоги (ANX) – з 1,5 до 0,85 балів (у 1,8 раза), фобічної тривоги (PHOB) – з 1,14 до 0,36 балів (у 3,2 раза), ворожості (HOS) – з 1,0 до 0,42 бала (у 2,4 раза), паранояльні тенденції (PAR) – з 1,67 до 0,58 балів (у 2,9 раза).

Позитивна динаміка психопатологічної симптоматики після проведення комплексних корекційних заходів дезадаптаційних станів відмічена і у ПгБ, до якої увійшли 132 студента, що перенесли психоемоційний стрес і визнані умовно здоровими (Клас XXI «Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я». Z55-Z65)) (табл. 4.6, рис. 4.4). При цьому, середні показники вираженості психопатологічної симптоматики у ПгБ після корекції не виходили за межі норми і були статистично зіставними ( $p > 0,05$ ) з відповідними показниками у групі студентів, які не мали в анамнезі значущих психотравмуючих подій (ГП) (рис. 4.5).



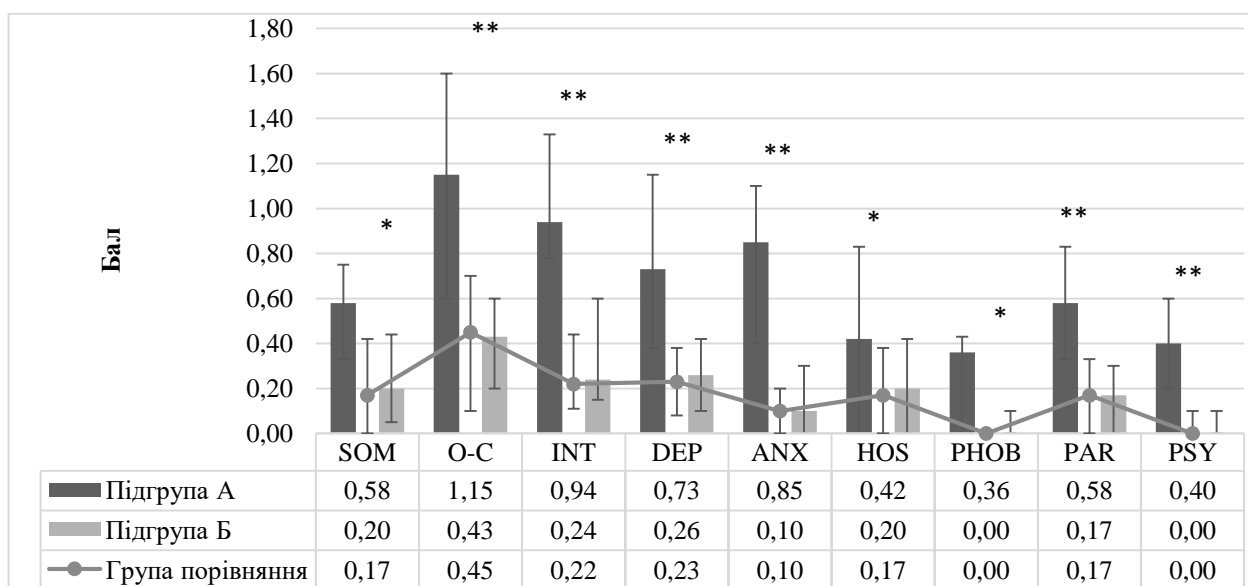
Примітки. Субшкали SCL-90-R: SOM – соматизації, O-C – obsесивно-компульсивності, INT – міжособистісної сенситивності, DEP – депресії, ANX – тривоги, HOS – ворожості, PHOB – фобічної тривоги, PAR – паранояльних тенденцій, PSY – психотизма;  $p < 0,001$  між вихідними і кінцевими показниками (за W-критерієм Вілкоксона).

Рисунок 4.3. Динаміка середніх рівнів (Me (Q25-Q75)) показників вираженості психопатологічної симптоматики за методикою SCL-90-R у ПгА



Примітки. Опис субшкал SCL-90-R наведений під рис. 4.3;  $p < 0,001$  між вихідними і кінцевими показниками, окрім \* –  $p > 0,05$  (за W-критерієм Вілкоксона).

Рисунок 4.4. Динаміка середніх рівнів (Me (Q25-Q75)) показників вираженості психопатологічної симптоматики за методикою SCL-90-R у ПгБ



Примітки. Опис субшкал SCL-90-R наведений під рис. 4.3; достовірні відмінності показників у підгрупі А (\* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,001$ ) у зіставленні з підгрупою Б і групою порівняння (за U-критерієм Манна-Уїтні з поправкою Бонфероні).

Рисунок 4.5. Порівняння середніх показників вираженості психопатологічної симптоматики після корекції в групах дослідження

В цілому, з урахуванням змін у симптоматиці і редукції психопатологічних порушень протягом часу спостереження у студентів, які перенесли психоемоційний



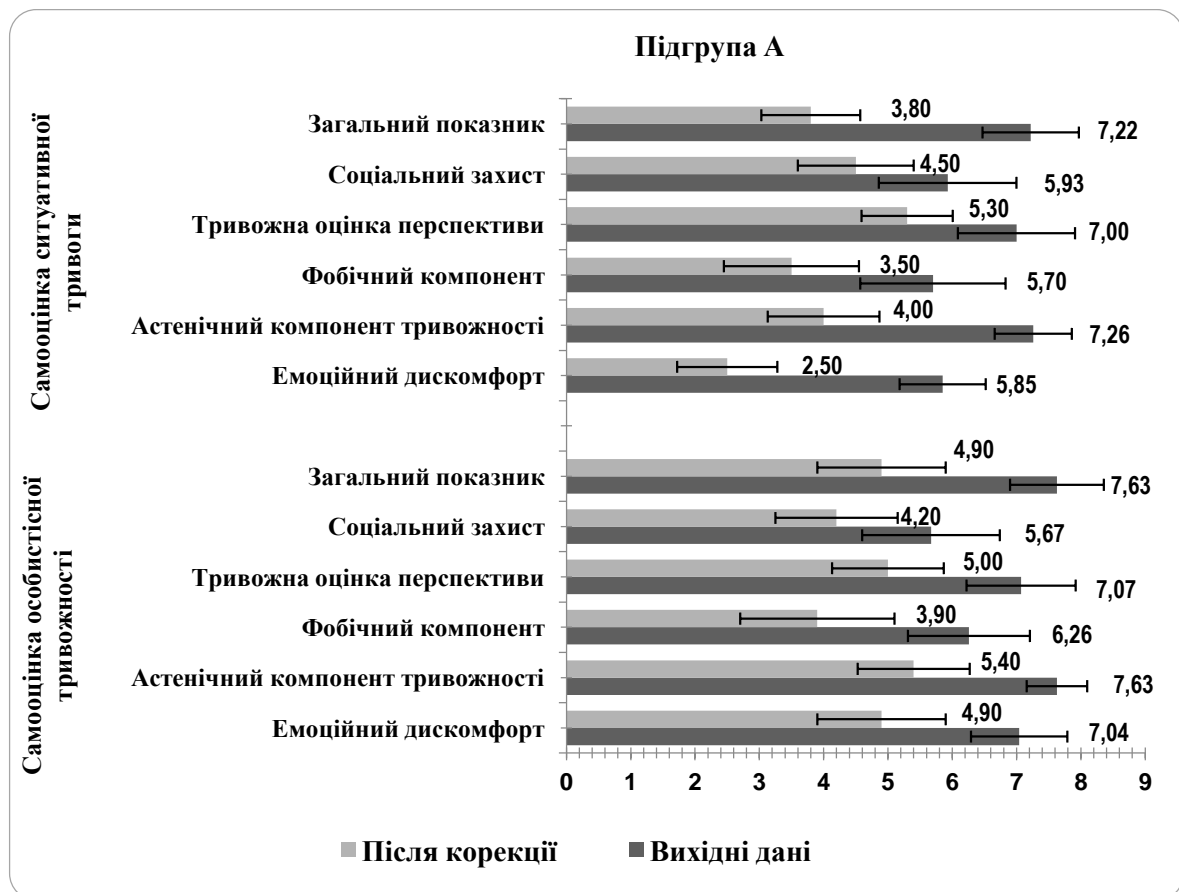
стрес, погіршення стану не зафіксовано в жодному випадку. Клінічно виражене покращення психопатологічного стану відзначено у 22 (81,5 %) студентів ПгА і у 116 (87,9 %) ПгБ (табл. 4.7).

Таблиця 4.7

**Оцінка ефективності лікування в ПгА та ПгБ за динамікою показників психопатологічної симптоматики (методика SCL-90-R)**

| Результати       | ПгА (n=27) |      | ПгБ (n=132) |      | p*    |
|------------------|------------|------|-------------|------|-------|
|                  | %          | абс. | %           | абс. |       |
| Покращення стану | 81,5       | 22   | 87,9        | 116  | 0,371 |
| Без змін         | 18,5       | 5    | 12,1        | 16   |       |
| Погіршення стану | 0          | 0    | 0           | 0    |       |

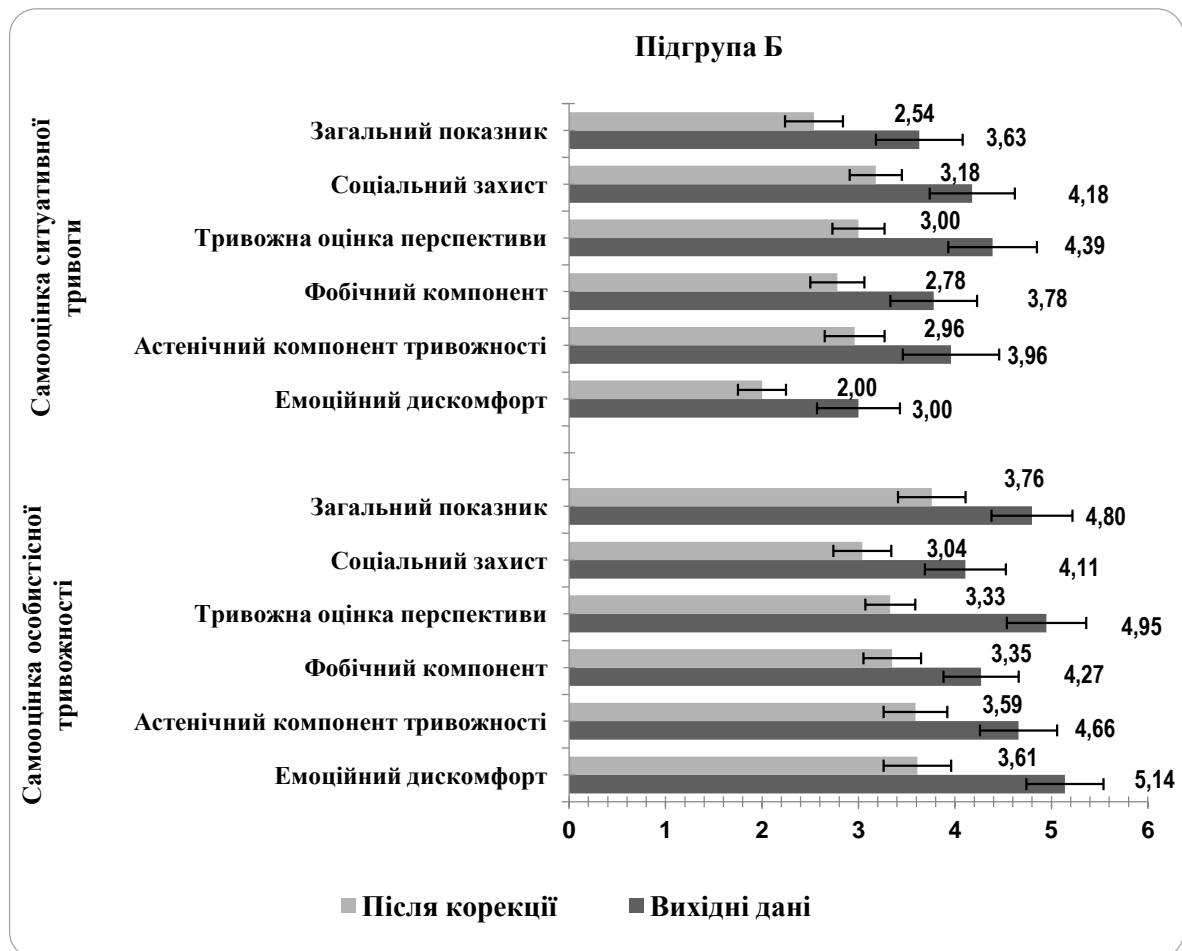
Примітка. \* p – рівень статистичної значущості відмінностей між показниками у підгрупах А і Б (за критерієм  $\chi^2$ )



Примітка.  $p < 0,001$  між вихідними і кінцевими показниками (за W-критерієм Вілкоксона)

Рисунок 4.6. Динаміка середніх рівнів (M (95% ДІ)) прояву особистісної тривожності і ситуативної тривоги за методикою ІТТ у студентів ПгА

Проведено аналіз змін показників особистісної тривожності і ситуаційної тривоги за методикою «Інтегративний тест тривожності» після проведення комплексних корекційних заходів дезадаптаційних станів у студентів ПгА і ПгБ. Встановлено суттєве зниження ( $p < 0,001$ ) як загальних показників особистісної тривожності ситуаційної тривоги, так й окремих компонентів в обох підгрупах (рис. 4.6, 4.7).

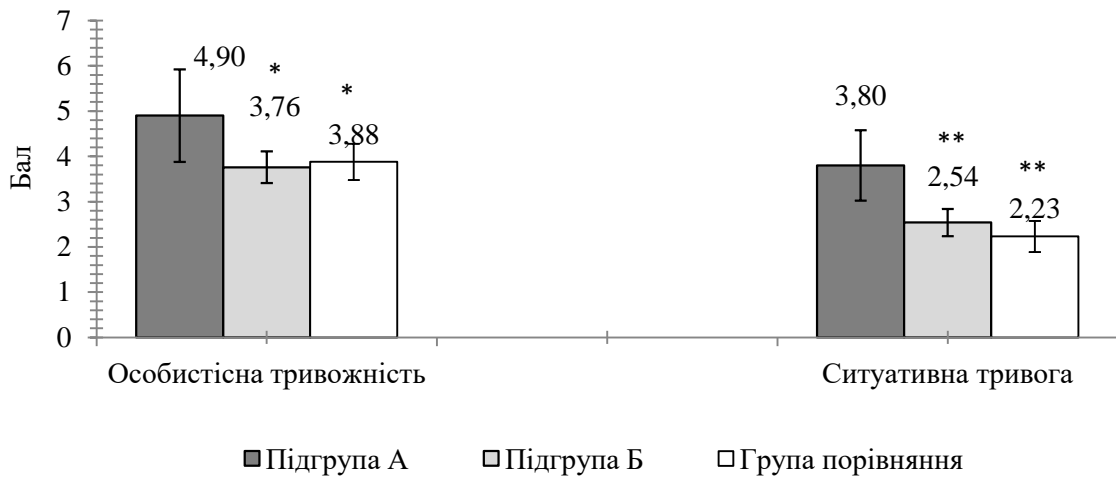


Примітка.  $p < 0,001$  між вихідними і кінцевими показниками (за  $W$ -критерієм Вілкоксона)

Рисунок 4.7. Динаміка середніх рівнів ( $M$  (95% ДІ)) прояву особистісної тривожності і ситуаційної тривоги за методикою ІТТ у студентів ПгБ

При цьому, загальні показники особистісної тривожності і ситуаційної тривоги після корекції у студентів підгрупи А залишились достовірно вищими (від  $p < 0,05$  до  $p < 0,001$ ) як відносно ПгБ, так й ГП (рис. 4.8). Натомість відповідні показники у студентів підгрупи Б не виходили за межі норми і були статистично зіставними з показниками ГП ( $p > 0,05$ ).

В цілому, у більшості студентів ПгА і ПгБ після проведення комплексних корекційних заходів спостерігалось суттєве покращення стану тривожності (табл. 4.8).



Примітка. \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$  порівняно з показниками підгрупи А (за t-критерієм Стьюдента з поправкою Бонфероні)

Рисунок 4.8. Середні рівні (М (95% ДІ)) особистісної тривожності та ситуативної тривоги після корекції у групах дослідження

Таблиця 4.8

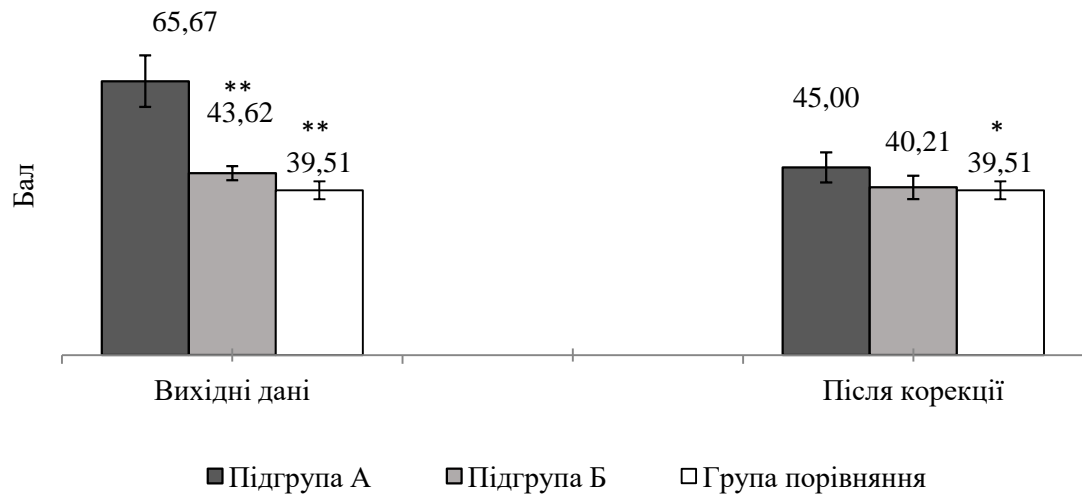
### Частка пацієнтів, в яких спостерігалось суттєве зменшення рівня особистісної тривожності та ситуативної тривоги

| Показник                | Підгрупа А<br>(n=27) |      | Підгрупа Б<br>(n=132) |      | p*    |
|-------------------------|----------------------|------|-----------------------|------|-------|
|                         | %                    | Абс. | %                     | Абс. |       |
| Особистісна тривожність | 74,1                 | 20   | 66,7                  | 88   | 0,452 |
| Ситуативна тривога      | 59,3                 | 16   | 78,0                  | 103  | 0,041 |

Примітка. \* p – рівень статистичної значущості відмінностей між показниками у підгрупах А і Б (за критерієм  $\chi^2$ )

Оцінюючі динаміку рівня астенії після проведеного лікування у студентів ПгА та ПгБ виявлено, що у більшості з них спостерігалось покращення показників. Зокрема, у 126 (80,3%) студентів виявили суттєве зниження рівня астенії, в тому числі у 22 (81,5%) студентів ПгА і 104 (78,8%) із ПгБ. Середні рівні бальної оцінки тяжкості проявів астенії у ПгА зменшились з  $65,67 \pm 3,10$  (16,11) до  $45,0 \pm 1,82$  (9,46) балів, тобто

на 31,5% ( $p < 0,001$  за W-критерієм Вілкоксона); в ПгБ – з  $43,62 \pm 0,84$  (9,67) до  $40,21 \pm 1,39$  (15,92) балів, тобто на 7,8% ( $p < 0,01$  за W-критерієм) (рис. 4.9).



Примітка. \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,001$  порівняно з показниками підгрупи А (за t-критерієм Стьюдента з поправкою Бонфероні)

Рисунок 4.9. Середні рівні (М (95% ДІ)) проявів астеничного стану після корекції у групах дослідження

Таким чином, після проведення заходів з корекції та профілактики за результатами проведеного дослідження встановлено суттєве зниження показників ( $p < 0,001$ ) за субшкалами опитувальника SCL-90-R у ГрА, а саме: міжособистісної сенситивності у 2,4 раза, депресії у 2,4 раза, соматичних симптомів у 2,5 раза, тривоги у 1,8 раза, фобічної тривоги у 3,2 раза, ворожості у 2,4 раза, паранояльні тенденції у 2,9 раза. У ПгБ після корекції середні показники вираженості психопатологічної симптоматики не виходили за межі норми і були статистично зіставними ( $p > 0,05$ ) з відповідними показниками у групі студентів, які не мали в анамнезі значущих психотравмуючих подій.

Узагальнення результатів ефективності корегуючих і профілактичних заходів показало, що у студентів ПгА і ПгБ встановлено суттєве зниження ( $p < 0,001$ ) як загальних показників особистісної тривожності ситуативної тривоги, так й окремих компонентів за ІТТ в обох підгрупах після проведення комплексних корекційних заходів дезадаптаційних станів.

При спостереженні у динаміці, рівень астенії після проведеного втручання у студентів ПгА та ПгБ достовірно зменшився.

Середні рівні бальної оцінки тяжкості проявів астенії у підгрупі А зменшились на 31,5% ( $p < 0,001$  за W-критерієм); в підгрупі Б – на 7,8% ( $p < 0,01$  за W-критерієм).

### **5.3. Ілюстрація клінічних випадків серед студентів, що перенесли психоемоційний стрес**

Нижче приводиться приклад взаємодії зі студентами з прогностично-несприятливими ознаками із ПгА для ілюстрації ефективності розробленої програми корекції та профілактики.

#### *Клінічне спостереження № 1.*

Студентка А., 19 років.

*Скарги.* Скарг активно не висловлює.

*Анамнез.* Спадковість психічними захворюваннями не обтяжена, ранній розвиток без особливостей. Закінчила ЗОШ, навчалась добре. Незаміжня. Дітей немає. Раніше проживала у місці Мирноград, Донецька область. Наразі мешкає у місті Дніпро з рідними в окремій квартирі. Повідомляє, що після переїзду, пов'язаного з військовими діями на Сході України була необхідність у прийомі заспокійливих засобів. У ході обстеження виявилось, що на тлі вищезгаданих обставин також знизився настрій, з'явилися втома, плаксивість, різкі зміни настрою, тривога, головні болі, неприємне почуття в області серця, відчуття, що навколишні люди її не розуміють.

*При огляді.* Виглядає напруженою, тривожною. У бесіді неохоче розповідає про себе, свої переживання, очний контакт не підтримує. Розповідає, що через тривогу має труднощі з навчанням, погано спить, багато плаче. На запитання щодо інших тем відповідає формально, фіксована на своїх переживаннях. Настрій знижений. Свідомість ясна. Маячні ідеї та обмани сприйняття не виявляються. Орієнтований всебічно правильно. Вживання заспокійливих засобів, алкогольних напоїв заперечує.

*Попередній діагноз:* розлад адаптації, змішана тривожна та депресивна

реакція.

*Оформлення.* В одиничному випадку використовувалось експериментальне оформлення з попередньою і подальшою оцінкою змін у відповідь на втручання.

*Процедура.* Попередня оцінка проводилася після вивчення симптомів, анамнезу, клінічних спостережень і психометричного обстеження (Таблиця 4.9). По завершенню програми послідувала пост-оцінка.

*Терапевтичні методи.*

*Психоосвіта.* Специфічний розлад представлявся клінічним експертом пацієнтові і/або його сім'ї з тим, щоб вони могли отримати необхідні знання і навички і покращувати довгострокове управління проблемами, пов'язаними з хворобою і психосоціальною адаптацією.

*ТФ-КПТ.* Програма складалася в середньому з 45-хвилинних сеансів, що спочатку проводились двічі на тиждень, а потім один раз в тиждень впродовж двох місяців та фармакотерапії. Всього було проведено 12 сеансів в амбулаторному режимі. Техніки коупінгу, стабілізації, емоційної регуляції, когнітивне опрацювання, робота з коморбідними розладами та проблемами, повернення до життя, відновлення.

*Фармакотерапія.* Прийом препарату Адаптол, з урахуванням наявності анксиолітичного, антифобічного, антидепресивного ефекту, ноотропної активності, в середніх дозах, разова — 0,6-0,9 г; добова — 1,8-2,4 г.

*Пост-оцінка:* вираженість психопатологічної симптоматики SOM — 0,6 бали, O-C — 1,8 бали, INT — 1,2 бали, DEP — 0,7 бали, ANX — 0,9 бали, NOS — 1 бали, PNOB — 0,8 бали, PAR — 0,6 бали, PSY — 0,7 бали. Виразність астенічних проявів 44 бали. Загальний показник особистісної тривожності склав — 6; для ситуативної тривоги — 3.

*Результат.* Скарг не пред'являє, стала спокійнішою, знайшла коло друзів, на «доброму рахунку» в учбовому закладі, повністю задоволена поточним положенням. результати показали помітне поліпшення усіх показників, незначний рівень стресу, депресії і тривоги і поліпшення самопочуття.

Таблиця 4.9

**Психологічний профіль студентки А., базова оцінка показників при проведенні психометричного обстеження**

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>Психометричні показники</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Оцінна шкала стресових подій Холмса-Раге (SRRS, Holmes Т.Н., Rahe R.Н. 1967):</b> 315 балів</li> </ul>   |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom CheckList-90-Revised, L.R. Derogatis, в адаптації Н.В. Тарабріної, 2001):</b> (SOM) — субшкала соматизації — 1, (O-C) — субшкала obsесивно-компульсивності — 2,1, (INT) — субшкала міжособистісної сенситивності — 3,4, (DEP) — субшкала депресії — 2,4, (ANX) — субшкала тривоги — 1,7, (HOS) — субшкала ворожості — 2, (PHOB) — субшкала фобічної тривоги — 1,1, (PAR) — субшкала паранояльних тенденцій — 2,2, (PSY) — субшкала психотизма — 0,8</li> </ul>  |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Шкала астеничного стану (Л. Д. Малкова, за адаптацією Т. Г. Чортова на основі MMPI):</b> 85 балів</li> </ul>   |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Оцінка якості життя (Mezzich et al., 1999, адаптація Н.О. Марути, 2001):</b> «фізичне благополуччя» — 7 балів, «емоційне благополуччя» — 4 балів, «самообслуговування» й «незалежність дій» — 4 бали, «працездатність» — 8 балів, «міжособистісна взаємодія» — 6 балів, «соціо — емоційна підтримка» — 4 бали, «суспільна і службова підтримка» — 8 балів, «особистісна реалізація» — 7 балів, «духовна реалізація» — 8 балів, «загальне сприйняття життя» — 7 балів</li> </ul>  |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Інтегративний тест тривожності (Бізюк А. П., Вассерман Л. Й., Ювлев Б. В., 2005):</b> для <i>особистісної тривожності</i> склали за відповідними шкалами: емоційний дискомфорт (ЕД) — 9, астеничний компонент тривожності (АСТ) — 8, фобічний компонент (ФОБ) — 9, тривожна оцінка перспективи (ОП) — 9, соціальні реакції захисту (СЗ) — 9, загальний показник — 9; для <i>ситуативної тривоги</i> відповідно ЕД — 7, АСТ — 8, ФОБ — 9, ОП — 9, СЗ — 9, загальний показник — 9</li> </ul>   |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Опитувальник опанування стресу COPE (в адаптації О.І. Рассказової, Т.О.Гордєєвої, Є.Н. Осина):</b> позитивне переформулювання і особистісний ріст — 10 балів, мисленневий відхід від проблеми — 9 балів, концентрація на емоціях і їх активне вираження — 12 балів, використання інструментальної соціальної підтримки — 13 балів, активне подолання — 10 балів, заперечення — 12 балів, звернення до релігії — 10 балів, гумор — 8 балів, поведінковий відхід від проблеми — 12 балів, стримування — 12 балів, використання емоційної соціальної підтримки — 15 балів, використання «заспокійливих» — 9 балів, прийняття — 11 балів, придушення/пригнічення конкуруючої діяльності — 14 балів, планування — 15 балів</li> </ul> |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Опитувальник визначення акцентуації характеру Г. Шмішека, К. Леонгарда (адаптація В.М. Блейхера):</b> гіпертимність — 8, ригідність — 12, емотивність — 9, педантичність — 10, тривожність — 8, циклотимність — 10, демонстративність — 6, неврівноваженість — 15, дистимічність — 12, екзальтованість — 15 балів</li> </ul>   |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Шкала психологічного благополуччя (К. Ріфф, 1989, адаптація Т. Д. Шевеленкової, П. П. Фесенко, 2005):</b> «позитивні стосунки з іншими» — 40 бали, «автономія» — 40 бали, «управління оточенням» — 58 балів, «особистісне зростання» — 51 бал, «ціль у житті» — 48 балів, «самоприйняття» — 44 балів, «балансу афекту» — 120 бал, «осмисленість життя» — 86 балів, «людина як відкрита система» — 60 бал, «індекс психологічного благополуччя» — 271 бал</li> </ul>  |

### *Клінічне спостереження № 2.*

Студент Д., 19 років.

*Анамнез.* Спадковість психічними захворюваннями родичів не обтяжена. Ріс і розвивався за віком, важких соматичних захворювань, лихоманок, травм в ранньому періоді життя не переносив. Дитячих дошкільних установ не відвідував. У школі вчився задовільно. Родом з середніх соціально-економічних міських шарів, представляє історію проблем адаптації, пов'язаних з зростанням стресу на тлі вимушеної зміни місця проживання у зв'язку із військовими діями на Сході України. Раніше проживав у м. Мирноград Донецької області. Наразі проживає в житлі у найм в м. Дніпро.

Він часто тривожиться, дратується, думає, що життя не виправдало його очікувань. Д. розповів про свої минулі стосунки, які були припинені через зміни місця проживання. Через деякий час він так і не зміг пристосуватися до способу життя і нового оточення, намагався впоратися з труднощами, не заперечував вживання безрецептурних заспокійливих засобів, але стрес посилювався. З точки зору терапії, позитивними прогностичними чинниками були рівень мотивації пацієнта до зміни життя. Негативним чинником виступали погані навички подолання. Пацієнт був обстежений в зв'язку з незадоволенням психічним самопочуттям і зниженням ЯЖ.

*Попередній діагноз:* розлад адаптації з тривалою депресивною реакцією.

*Оформлення.* В одиничному випадку використовувалось експериментальне оформлення з попередньою і подальшою оцінкою змін у відповідь на втручання.

*Процедура.* Попередня оцінка проводилася після вивчення симптомів, анамнезу, клінічних спостережень і психометричного обстеження (Таблиця 4.10). По завершенню програми послідувала пост-оцінка.

*Терапевтичні методи.*

Психоосвіта. Специфічний розлад представлявся клінічним експертом пацієнтові і/або його сім'ї з тим, щоб вони могли отримати необхідні знання і навички і покращувати довгострокове управління проблемами, пов'язаними з хворобою і психосоціальною адаптацією.



**Психологічний профіль студента Д., базова оцінка показників при проведенні  
психометричного обстеження**

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>Психометричні показники</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Оцінна шкала стресових подій Холмса-Раге (SRRS, Holmes Т.Н., Rahe R.Н. 1967):</b> 312 балів</li> </ul>   |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom CheckList-90-Revised, L.R. Derogatis, в адаптації Н.В. Тарабріної, 2001):</b> (SOM) — субшкала соматизації — 3,7, (О-С) — субшкала obsесивно-компульсивності — 2,9, (INT) — субшкала міжособистісної сенситивності — 2,9, (DEP) — субшкала депресії — 2,8, (ANX) — субшкала тривоги — 3,5, (HOS) — субшкала ворожості — 3,2, (PHOV) — субшкала фобічної тривоги — 2,6, (PAR) — субшкала паранояльних тенденцій — 2,7, (PSY) — субшкала психотизма — 2,5</li> </ul>  |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Шкала астеничного стану (Л. Д. Малкова, за адаптацією Т. Г. Чортова на основі MMPI):</b> 80 балів</li> </ul>   |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Оцінка якості життя (Mezzich et al., 1999, адаптація Н.О. Марути, 2001):</b> «фізичне благополуччя» — 7 балів, «емоційне благополуччя» — 5 балів, «самообслуговування» й «незалежність дій» — 4 бали, «працездатність» — 8 балів, «міжособистісна взаємодія» — 6 балів, «соціо — емоційна підтримка» — 4 бали, «суспільна і службова підтримка» — 8 балів, «особистісна реалізація» — 7 балів, «духовна реалізація» — 8 балів, «загальне сприйняття життя» — 7 балів</li> </ul>  |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Інтегративний тест тривожності (Бізюк А. П., Вассерман Л. Й., Іовлев Б. В., 2005):</b> для <i>особистісної тривожності</i> склали за відповідними шкалами: емоційний дискомфорт (ЕД) — 9, астеничний компонент тривожності (АСТ) — 8, фобічний компонент (ФОБ) — 9, тривожна оцінка перспективи (ОП) — 9, соціальні реакції захисту (СЗ) — 9, загальний показник — 9; для <i>ситуативної тривоги</i> відповідно ЕД — 6, АСТ — 8, ФОБ — 9, ОП — 9, СЗ — 9, загальний показник — 9</li> </ul>  |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Опитувальник опанування стресу COPE (в адаптації О.І. Рассказової, Т.О.Гордєєвої, Є.Н. Осина):</b> позитивне переформулювання і особистісний ріст — 11 балів, мисленневий відхід від проблеми — 9 балів, концентрація на емоціях і їх активне вираження — 13 балів, використання інструментальної соціальної підтримки — 15 балів, активне подолання — 13 балів, заперечення — 12 балів, звернення до релігії — 10 балів, гумор — 8 балів, поведінковий відхід від проблеми — 12 балів, стримування — 12 балів, використання емоційної соціальної підтримки — 16 балів, використання «заспокійливих» — 8 балів, прийняття — 11 балів, придушення/пригнічення конкуруючої діяльності — 14 балів, планування — 15 балів</li> </ul> |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Опитувальник визначення акцентуації характеру Г. Шмішека, К. Леонгарда (адаптація В.М. Блейхера):</b> гіпертимність — 9, ригідність — 14, емотивність — 15, педантичність — 16, тривожність — 6, циклотимність — 12, демонстративність — 6, неврівноваженість — 15, дистимічність — 12, екзальтованість — 15 балів</li> </ul>  |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Шкала психологічного благополуччя (К. Ріфф, 1989, адаптація Т. Д. Шевеленкової, П. П. Фесенко, 2005):</b> «позитивні стосунки з іншими» — 43 бали, «автономія» — 42 бали, «управління оточенням» — 60 балів, «особистісне зростання» — 51 бал, «ціль у житті» — 49 балів, «самоприйняття» — 46 балів, «балансу афекту» — 121 бал, «осмисленість життя» — 89 балів, «людина як відкрита система» — 61 бал, «індекс психологічного благополуччя» — 291 бал</li> </ul>  |

ТФ-КПТ. Програма складалася в середньому з 45-хвилинних сеансів, що спочатку проводились двічі на тиждень, а потім один раз в тиждень впродовж двох місяців та фармакотерапії. Всього було проведено 12 сеансів в амбулаторному режимі. Техніки коупінгу, стабілізації, емоційної регуляції, когнітивне опрацювання, робота з коморбідними розладами та проблемами, повернення до життя, відновлення.

Фармакотерапія. Прийом препарату Адаптол, з урахуванням наявності анксиолітичного, антифобічного, антидепресивного ефекту, ноотропної активності, в середніх дозах, разова — 0,6-0,9 г; добова — 1,8-2,4 г.

*Пост-оцінка:* вираженість психопатологічної симптоматики SOM — 0,9, O-C — 1,1, INT — 1,3, DEP — 2,0, ANX — 0,9, NOS — 0,5, PHOB — 0,1, PAR — 0,8, PSY — 0,7. Виразність астеничних проявів 48. Загальний показник особистісної тривожності склав — 6; для ситуативної тривоги — 7.

*Результат.* Після завершення інтеграційного втручання результати показали помітне поліпшення усіх показників, незначний рівень стресу, депресії і тривоги і поліпшення самопочуття.

### *Клінічне спостереження № 3.*

Студент Х., 19 років.

*Скарги.* Скарг активно не висловлює, але у процесі бесіди відмічає загальну слабкість, знижений настрій, розсіяність, дратівливість, тривогу, страх за своє майбутнє.

*Анамнез.* Спадковість, ранній розвиток, період навчання у дитячому садочку, школі – без особливостей. Стан змінився після зміни місця проживання (Луганська область, м. Хрустальний) після початку військових дій і участі батька у АТО, де, за словами Х., внаслідок важких та тривалих стресових умов, побутової невлаштованості, знизився настрій, порушився сон, став відчувати постійну тривогу, почуття безпорадності. Періодично стали снитися сні тривожного змісту, з'явилися головні болі, «здавалося, що божеволію від почуття безвиході». Сильно переживав і був роздратований тим, що не міг нічого змінити у сформованій ситуації. Наразі проживає у гуртожитку в м. Дніпро. Процес навчання характеризується негативно: не

здатний правильно організувати себе, керувати вільним часом не вміє, за характером замкнений, з товаришами у групі спілкується неохоче. Вигляд має замкнутий, бездіяльний, похмурий, пригнічений, час проводить, постійно змінюючи рід занять: намагається читати, дивитися серіали, однак, через нетривалий час припиняє діяльність та лягає у ліжку, потім усе повторюється. У контактах всі теми зводять до обговорення своєї життєвої ситуації.

*При огляді.* Свідомість не затьмарена. Маячні ідеї та обмани сприйняття не виявляються. Орієнтований всебічно правильно. Виглядає пригніченим, напруженим, тривожним. У бесіді плутано і коротко розповідає про себе, свої переживання, при цьому очима контакт не підтримує, обличчя і шия покриваються червоними плямами. Повідомляє, що «розчарувався у навчанні і не може повертатися у колишні умови». На запитання щодо інших тем відповідає односкладно, знову намагаючись повернути розмову в русло обговорення психотравмуючої ситуації. Настрій стійко знижений, фіксований на ситуації: «... варто тільки подумати про дім, батьків, стаю неспокійним, з'являється страх за своє майбутнє... не бачу виходу з ситуації...». Пацієнт намагався відволікатись, але стрес посилювався. Вживання заспокійливих засобів, алкогольних напоїв заперечує.

В даному випадку переживання психотравмуючої ситуації супроводжувались вираженими тривогою, зниженням настрою, вегетативними проявами, порушеннями сну, неможливістю довільного контролю переживань і перемикання на інші теми, що мало помітний вплив на повсякденне функціонування і дозволило винести судження про патологічний характер симптоматики та встановити діагноз та розпочати роботу. Пацієнт був обстежений на початку 2020 і 2021 років в зв'язку з незадоволенням психічним самопочуттям і зниженням ЯЖ.

*Попередній діагноз:* розлад адаптації, змішана тривожна та депресивна реакція.

*Оформлення.* Використовувалось експериментальне оформлення з попередньою і подальшою оцінкою змін у відповідь на втручання.

*Процедура.* Попередня оцінка проводилася після вивчення симптомів, анамнезу, клінічних спостережень і психометричного обстеження (Таблиця 4.11).

По завершенню програми послідувала пост-оцінка.

*Терапевтичні методи.*

Психоосвіта. Специфічний розлад представлявся клінічним експертом пацієнтові і/або його сім'ї з тим, щоб вони могли отримати необхідні знання і навички і покращувати довгострокове управління проблемами, пов'язаними з хворобою і психосоціальною адаптацією.

ТФ-КПТ. Програма складалася в середньому з 45-хвилинних сеансів, що спочатку проводились двічі на тиждень, а потім один раз в тиждень впродовж двох місяців та фармакотерапії. Всього було проведено 12 сеансів в амбулаторному режимі. Техніки коупінгу, стабілізації, емоційної регуляції, когнітивне опрацювання, робота з коморбідними розладами та проблемами, повернення до життя, відновлення.

Фармакотерапія. Прийом препарату Венлафаксин, СИЗСН, з урахуванням виразної антидепресивної дії з редукцією як рівня афективних, так і анкіозних розладів, в мінімальних дозах, разова — 37,5 мг; добова — 75 мг, протягом 6 місяців і більше, ефективність лікування слід регулярно переоцінювати.

*Пост-оцінка:* вираженість психопатологічної симптоматики SOM — 0,5, O-C — 2,3, INT — 0,8, DEP — 1,2, ANX — 1,2, NOS — 2,0, PHOB — 0,4, PAR — 1,2, PSY — 1,1.

Виразність астенічних проявів 49.

Загальний показник особистісної тривожності склав— 3; для ситуативної тривоги — 4.

*Результат.* Після завершення інтеграційного втручання результати показали помітне поліпшення усіх показників, що виражалися у суб'єктивному покращенні настрою, редукції ознак емоційної лабільності та проявів синдрому дратівливої слабкості, покращенні сну, підвищенні рівня продуктивності у повсякденних справах. Спостерігався прояв анкіолітичної дії: редукція ознак тривоги, занепокоєння, поява відчуття «контролю над ситуацією».

Таблиця 4.11

**Психологічний профіль студента Х., базова оцінка показників при проведенні психометричного обстеження**

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>Психометричні показники</b> | <b>Оцінна шкала стресових подій Холмса-Раге (SRRS, Holmes T.H., Rahe R.H. 1967):</b> 320 балів  |
|                                | <b>Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom CheckList-90-Revised, L.R. Derogatis, в адаптації Н.В. Тарабріної, 2001):</b> (SOM) — субшкала соматизації — 3,7, (O-C) — субшкала obsесивно-компульсивності — 3,5, (INT) — субшкала міжособистісної сенситивності — 3,9, (DEP) — субшкала депресії — 3,9, (ANX) — субшкала тривоги — 3,7, (HOS) — субшкала ворожості — 4,0, (PHOB) — субшкала фобічної тривоги — 2,7, (PAR) — субшкала паранояльних тенденцій — 3,2, (PSY) — субшкала психотизма — 3,6   |
|                                | <b>Шкала астеничного стану (Л. Д. Малкова, за адаптацією Т. Г. Чортова на основі MMPI):</b> 108 балів   |
|                                | <b>Оцінка якості життя (Mezzich et al., 1999, адаптація Н.О. Марути, 2001):</b> «фізичне благополуччя» — 4 балів, «емоційне благополуччя» — 6 балів, «самообслуговування» й «незалежність дій» — 6 бали, «працездатність» — 4 балів, «міжособистісна взаємодія» — 8 балів, «соціо — емоційна підтримка» — 7 бали, «суспільна і службова підтримка» — 2 балів, «особистісна реалізація» — 10 балів, «духовна реалізація» — 7 балів, «загальне сприйняття життя» — 10 балів   |
|                                | <b>Інтегративний тест тривожності (Бізюк А. П., Вассерман Л. Й., Іовлев Б. В., 2005):</b> для особистісної тривожності склали за відповідними шкалами: емоційний дискомфорт (ЕД) — 6, астеничний компонент тривожності (АСТ) — 9, фобічний компонент (ФОБ) — 9, тривожна оцінка перспективи (ОП) — 9, соціальні реакції захисту (СЗ) — 9, загальний показник — 9; для ситуативної тривоги відповідно ЕД — 6, АСТ — 9, ФОБ — 9, ОП — 8, СЗ — 9, загальний показник — 9   |
|                                | <b>Опитувальник опанування стресу COPE (в адаптації О.І. Рассказової, Т.О.Гордєєвої, Є.Н. Осина):</b> позитивне переформулювання і особистісний ріст — 14 балів, мисленневий відхід від проблеми — 13 балів, концентрація на емоціях і їх активне вираження — 14 балів, використання інструментальної соціальної підтримки — 14 балів, активне подолання — 13 балів, заперечення — 16 балів, звернення до релігії — 10 балів, гумор — 13 балів, поведінковий відхід від проблеми — 14 балів, стримування — 14 балів, використання емоційної соціальної підтримки — 10 балів, використання «заспокійливих» — 12 балів, прийняття — 14 балів, придушення/пригнічення конкуруючої діяльності — 12 балів, планування — 13 балів |
|                                | <b>Опитувальник визначення акцентуації характеру Г. Шмішека, К. Леонгарда (адаптація В.М. Блейхера):</b> гіпертимність — 15, ригідність — 20, емотивність — 12, педантичність — 4, тривожність — 6, циклотимність — 24, демонстративність — 16, неврівноваженість — 16, дистимічність — 21, екзальтованість — 6 балів   |
|                                | <b>Шкала психологічного благополуччя (К. Ріфф, 1989, адаптація Т. Д. Шевеленкової, П. П. Фесенко, 2005):</b> «позитивні стосунки з іншими» — 39 бали, «автономія» — 46 бали, «управління оточенням» — 47 балів, «особистісне зростання» — 63 бал, «ціль у житті» — 54 балів, «самоприйняття» — 32 балів, «балансу афекту» — 155 бал, «осмисленість життя» — 99 балів, «людина як відкрита система» — 70 бал, «індекс психологічного благополуччя» — 281 бал   |

*Клінічне спостереження № 4.*

Студентка Л., 19 років.

*Скарги.* Відмічає зниження настрою, плаксивість.

*Анамнез.* Спадковість психопатологічно не обтяжена, ранній розвиток без особливостей. Єдина дитина у родині, батько працював шахтарем, мати домогосподарка. Закінчила школу, у зв'язку із військовими діями на Сході України вимушена була змінити місце проживання (раніше проживала у м. Мирноград Донецької області). Після початку навчання через важке фінансове становище знайшла підробіток, але на місці роботи не склалися стосунки з новим керівником. Той без розуміння ставився до необхідності відпускати студентку на навчальні сесії, чи змінювати чергування, колеги з несхваленням ставилися до її відлучок. На цьому тлі протягом останніх двох місяців знизився настрій, з'явилися втома, головний біль, «неприємне почуття у ділянці шиї, що ніби клубок застряг». Проживає у гуртожитку в м. Дніпро. Напередодні стався конфлікт із керівником, який у категоричної форми не відпустив її на пересклад екзамену. Стан різко погіршився: відчула гнів, головний біль, потемніло в очах, бажання плакати. Без дозволу демонстративно пішла з роботи, безцільно ходила вулицями. Не могла впоратися з емоціями, з'явилося бажання «взяти та вдарити», «розправитись» з керівником. Вдома «ридала усі вихідні». Самостійно приймала Ново-Пасит, Валеріану, Гліцин. Ходила на заняття, в гуртожитку почувала себе задовільно. Проте, зберігалась фіксація на психотравмуючій ситуації, лабільність емоцій, заявляє, що не хоче повертатись до роботи, «не можу їх бачити, бо можу зірватись і наробити лиха».

*При огляді.* Під час огляду орієнтована вірно, у розмові демонстративна. Заявляє, що «не готова ось так розповідати про особисті проблеми», однак, тут же починає викладати суть психотравмуючої ситуації з акцентом на «грубість, бездушність керівництва». Займає звинувачувальну позицію, причому агресивно прагне викликати співчуття та підтримку. Настрій знижений. Емоційно лабільна, реакції поверхневі, нестійкі, легко змінюються. Мислення конкретно-образного типу. Судження поверхневі, егоцентричні. У вирішенні проблем цілком покладається на оточуючих, переважно на «країну і людей». Фіксована на «болісному стані». Без суїцидних та агресивних тенденцій. Критика ситуаційна, низька.

У цьому випадку на тлі конфліктної ситуації у особи із акцентуйованими особистісними рисами рекомендовано проведення психокорекційних заходів при формальній відповідності клінічної картини визначенню розладу адаптації.

*Попередній діагноз:* змішаний розлад емоцій і поведінки.

*Оформлення.* Використовувалось експериментальне оформлення з попередньою і подальшою оцінкою змін у відповідь на втручання.

*Процедура.* Попередня оцінка проводилася після вивчення симптомів, анамнезу, клінічних спостережень і психометричного обстеження (Таблиця 4.12).

По завершенню програми послідувала пост-оцінка.

*Терапевтичні методи.*

*Психоосвіта.* Специфічний розлад представлявся клінічним експертом пацієнтові і/або його сім'ї з тим, щоб вони могли отримати необхідні знання і навички і покращувати довгострокове управління проблемами, пов'язаними з хворобою і психосоціальною адаптацією.

*ТФ-КПТ.* Програма складалася в середньому з 45-хвилинних сеансів, що спочатку проводились двічі на тиждень, а потім один раз в тиждень впродовж двох місяців та фармакотерапії. Всього було проведено 12 сеансів в амбулаторному режимі. Техніки коупінгу, стабілізації, емоційної регуляції, когнітивне опрацювання, робота з коморбідними розладами та проблемами, повернення до життя, відновлення.

*Фармакотерапія.* Прийом препарату Адаптол, з урахуванням наявності анксиолітичного, антифобічного, антидепресивного ефекту, ноотропної активності, в середніх дозах, разова — 0,6-0,9 г; добова — 1,8-2,4 г.

*Пост-оцінка:* вираженість психопатологічної симптоматики SOM — 1,1, O-C — 1,6, INT — 2,4, DEP — 1,7, ANX — 1,1, NOS — 0,5, PNOB — 0,9, PAR — 0,8, PSY — 0,5. Виразність астеничних проявів 52. Загальний показник особистісної тривожності склав — 1; для ситуативної тривоги — 1.

*Результат.* Після завершення інтеграційного втручання студентка Л. скарг не пред'являє, була переведена до іншого відділення на роботі, де відчуває себе на своєму місці, повністю задоволена поточним становищем.

Таблиця 4.12

**Психологічний профіль студентки Л., базова оцінка показників при проведенні  
психометричного обстеження**

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>Психометричні показники</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Оцінна шкала стресових подій Холмса-Раге (SRRS, Holmes Т.Н., Rahe R.Н. 1967):</b> 317 балів</li> </ul>   |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom CheckList-90-Revised, L.R. Derogatis, в адаптації Н.В. Тарабріної, 2001):</b> (SOM) — субшкала соматизації — 2,3, (О-С) — субшкала obsесивно-компульсивності — 2,7, (INT) — субшкала міжособистісної сенситивності — 2,8, (DEP) — субшкала депресії — 2,5, (ANX) — субшкала тривоги — 2,7, (HOS) — субшкала ворожості — 2,2, (PHOV) — субшкала фобічної тривоги — 2,4, (PAR) — субшкала паранояльних тенденцій — 2,3, (PSY) — субшкала психотизма — 2,1</li> </ul>  |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Шкала астеничного стану (Л. Д. Малкова, за адаптацією Т. Г. Чортова на основі MMPI):</b> 90 балів</li> </ul>   |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Оцінка якості життя (Mezzich et al., 1999, адаптація Н.О. Марути, 2001):</b> «фізичне благополуччя» — 8 балів, «емоційне благополуччя» — 7 балів, «самообслуговування» й «незалежність дій» — 9 бали, «працевдатність» — 7 балів, «міжособистісна взаємодія» — 7 балів, «соціо — емоційна підтримка» — 6 бали, «суспільна і службова підтримка» — 6 балів, «особистісна реалізація» — 6 балів, «духовна реалізація» — 6 балів, «загальне сприйняття життя» — 7 балів</li> </ul>  |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Інтегративний тест тривожності (Бізюк А. П., Вассерман Л. Й., Іовлев Б. В., 2005):</b> для <i>особистісної тривожності</i> склали за відповідними шкалами: емоційний дискомфорт (ЕД) — 8, астеничний компонент тривожності (АСТ) — 9, фобічний компонент (ФОБ) — 9, тривожна оцінка перспективи (ОП) — 5, соціальні реакції захисту (СЗ) — 4, загальний показник — 9; для <i>ситуативної тривоги</i> відповідно ЕД — 8, АСТ — 9, ФОБ — 8, ОП — 5, СЗ — 2, загальний показник — 9</li> </ul>  |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Опитувальник опанування стресу COPE (в адаптації О.І. Рассказової, Т.О.Гордєєвої, Є.Н. Осина):</b> позитивне переформулювання і особистісний ріст — 11 балів, мисленневий відхід від проблеми — 10 балів, концентрація на емоціях і їх активне вираження — 12 балів, використання інструментальної соціальної підтримки — 11 балів, активне подолання — 11 балів, заперечення — 12 балів, звернення до релігії — 13 балів, гумор — 12 балів, поведінковий відхід від проблеми — 12 балів, стримування — 10 балів, використання емоційної соціальної підтримки — 12 балів, використання «заспокійливих» — 5 балів, прийняття — 11 балів, придушення/пригнічення конкуруючої діяльності — 10 балів, планування — 12 балів</li> </ul> |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Опитувальник визначення акцентуації характеру Г. Шмішека, К. Леонгарда (адаптація В.М. Блейхера):</b> гіпертимність — 12, ригідність — 14, емотивність — 21, педантичність — 10, тривожність — 12, циклотимність — 24, демонстративність — 24, неврівноваженість — 18, дистимічність — 12, екзальтованість — 21 бал</li> </ul>   |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Шкала психологічного благополуччя (К. Ріфф, 1989, адаптація Т. Д. Шевеленкової, П. П. Фесенко, 2005):</b> «позитивні стосунки з іншими» — 48 бали, «автономія» — 49 бали, «управління оточенням» — 46 балів, «особистісне зростання» — 60 бал, «ціль у житті» — 50 балів, «самоприйняття» — 48 балів, «балансу афекту» — 105 бал, «осмисленість життя» — 80 балів, «людина як відкрита система» — 54 бал, «індекс психологічного благополуччя» — 301 бал</li> </ul>  |



*Клінічне спостереження № 5.*

Студентка К., 19 років.

*Скарги.* У бесіді висловлює скарги на знижений настрій, нервозність, безсоння, почуття безвиході, розбитість, сльозливість, дратівливість, розсіяність, забудькуватість, періодичні головні болі.

*Анамнез.* Спадковість психічними захворюваннями не обтяжена. Росла і розвивалась за віком. У школі навчалась добре. За характером сформувалась веселою, товариською, спокійною, урівноваженою, працелюбною, уразливою. Закінчила 11 класів та художню школу. Зростала у повній родині, до недавня відносини у сім'ї були хороші. Проживала у м. Маріуполь Донецької області, поряді із зоною озброєних конфліктів. Багато колишніх друзів та знайомих батька брали участь у комплектуванні угруповань, що там воювали, сам батько тяжко переживав сам факт воєнних дій, сльози дружини, рідних, після вимушеної зміни місця проживання втратив роботу, почав вживати алкоголь. У цей період у К. часто погіршувався сон, настрій був зниженим. Через деякий час батько влаштувався на роботу, але на службі сам необґрунтовано провокував конфлікти, почастишили випадки вживання спиртного. Через скандали неохоче зголосився пройти лікування з приводу алкогольної залежності, на тлі якого відзначив деяке покращення, сам наполяв на виписці, заявляв, що «все минулося, – дуже багато справ чекає». Близько півроку не вживав, але на тлі скрутного фінансового становища і ненормованного графіку роботи чотири місяці тому знов почав пити. Вдома знов почались скандали. К. дуже втомлювалась на учобі, періодично підробляла фрілансом (малювала на замовлення), відпочинок не приносив бажаного полегшення у стані. Стійко знизився настрій, з'явилась дратівливість, тривога, втрату інтересу до того, що раніше приносило задоволення, знаходження вдома стало нестерпним тому, що «з-за самих незначних провин, батько зривався на крик, мати і сестра плакали». Не заперечує, що іноді вживала безрецептурні заспокійливі засоби, які конкретно, не пам'ятає.

Таблиця 4.13

**Психологічний профіль студентки К., базова оцінка показників при проведенні психометричного обстеження**

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>Психометричні показники</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Оцінна шкала стресових подій Холмса-Раге (SRRS, Holmes T.H., Rahe R.H. 1967):</b> 320 балів</li> </ul>   |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom CheckList-90-Revised, L.R. Derogatis, в адаптації Н.В. Тарабріної, 2001):</b> (SOM) — субшкала соматизації — 2,6, (O-C) — субшкала obsесивно-компульсивності — 2,7, (INT) — субшкала міжособистісної сенситивності — 1,8, (DEP) — субшкала депресії — 1,9, (ANX) — субшкала тривоги — 2,5, (HOS) — субшкала ворожості — 1,8, (PHOV) — субшкала фобічної тривоги — 2,0, (PAR) — субшкала паранояльних тенденцій — 1,3, (PSY) — субшкала психотизма — 0,5</li> </ul>  |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Шкала астеничного стану (Л. Д. Малкова, за адаптацією Т. Г. Чортова на основі MMPI):</b> 64 балів</li> </ul>   |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Оцінка якості життя (Mezzich et al., 1999, адаптація Н.О. Марути, 2001):</b> «фізичне благополуччя» — 5 балів, «емоційне благополуччя» — 6 балів, «самообслуговування» й «незалежність дій» — 10 бали, «працевдатність» — 9 балів, «міжособистісна взаємодія» — 10 балів, «соціо — емоційна підтримка» — 10 бали, «суспільна і службова підтримка» — 7 балів, «особистісна реалізація» — 5 балів, «духовна реалізація» — 8 балів, «загальне сприйняття життя» — 7 балів</li> </ul>   |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Інтегративний тест тривожності (Бізюк А. П., Вассерман Л. Й., Іовлев Б. В., 2005):</b> для особистісної тривожності склали за відповідними шкалами: емоційний дискомфорт (ЕД) — 8, астеничний компонент тривожності (АСТ) — 7, фобічний компонент (ФОБ) — 9, тривожна оцінка перспективи (ОП) — 7, соціальні реакції захисту (СЗ) — 1, загальний показник — 8; для ситуативної тривоги відповідно ЕД — 6, АСТ — 9, ФОБ — 5, ОП — 6, СЗ — 4, загальний показник — 7</li> </ul>  |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Опитувальник опанування стресу СОРЕ (в адаптації О.І. Рассказової, Т.О.Гордєєвої, Є.Н. Осина):</b> позитивне переформулювання і особистісний ріст — 14 балів, мисленневий відхід від проблеми — 13 балів, концентрація на емоціях і їх активне вираження — 11 балів, використання інструментальної соціальної підтримки — 14 балів, активне подолання — 14 балів, заперечення — 6 балів, звернення до релігії — 4 балів, гумор — 13 балів, поведінковий відхід від проблеми — 12 балів, стримування — 10 балів, використання емоційної соціальної підтримки — 13 балів, використання «заспокійливих» — 7 балів, прийняття — 14 балів, придушення/пригнічення конкуруючої діяльності — 12 балів, планування — 13 балів</li> </ul> |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Опитувальник визначення акцентуації характеру Г. Шмішека, К. Леонгарда (адаптація В.М. Блейхера):</b> гіпертимність — 14, ригідність — 16, емотивність — 18, педантичність — 12, тривожність — 12, циклотимність — 14, демонстративність — 14, неврівноваженість — 15, дистимічність — 9, екзальтованість — 18 бал</li> </ul>  |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Шкала психологічного благополуччя (К. Ріфф, 1989, адаптація Т. Д. Шевеленкової, П. П. Фесенко, 2005):</b> «позитивні стосунки з іншими» — 60 бали, «автономія» — 65 бали, «управління оточенням» — 64 балів, «особистісне зростання» — 70 бал, «ціль у житті» — 75 балів, «самоприйняття» — 64 балів, «балансу афекту» — 85 бал, «осмисленість життя» — 118 балів, «людина як відкрита система» — 73 бал, «індекс психологічного благополуччя» — 398 бал</li> </ul>  |

*При огляді.* Орієнтована вірно. Настрій залишається зниженим. Вираз обличчя похмурий. Фіксована на проблемах у своїй сім'ї, незадовільному стані почуття. У розмову вступає неохоче, але на запитання відповідає розгорнуто, з великою кількістю деталей. Мислення послідовне, не уповільнено за темпом. Під час обговорення ситуації вдома червоніє, з'являється виразний тремор пальців рук. Увага розсіяна, відволікається. До продовження проживання з батьками налаштована негативно, в планах на майбутнє якнайскоріше почати самостійне проживання, але через погане самопочуття боїться, що не зможе себе забезпечити.

У цьому випадку спостерігалася ознаки, що вказують на дезадаптаційні порушення, з приводу чого було рекомендовано проведення психокорекційних заходів.

*Попередній діагноз:* пролонгована депресивна реакція.

*Оформлення.* Використовувалось експериментальне оформлення з попередньою і подальшою оцінкою змін у відповідь на втручання.

*Процедура.* Попередня оцінка проводилася після вивчення симптомів, анамнезу, клінічних спостережень і психометричного обстеження (Таблиця 4.13).

По завершенню програми послідувала пост-оцінка.

*Терапевтичні методи.*

Психоосвіта. Специфічний розлад представлявся клінічним експертом пацієнтові і/або його сім'ї з тим, щоб вони могли отримати необхідні знання і навички і покращувати довгострокове управління проблемами, пов'язаними з хворобою і психосоціальною адаптацією.

ТФ-КПТ. Програма складалася в середньому з 45-хвилинних сеансів, що спочатку проводились двічі на тиждень, а потім один раз в тиждень впродовж двох місяців та фармакотерапії. Всього було проведено 12 сеансів в амбулаторному режимі. Техніки коупінгу, стабілізації, емоційної регуляції, когнітивне опрацювання, робота з коморбідними розладами та проблемами, повернення до життя, відновлення. Фармакотерапія. Прийом препарату Есцитам, селективного інгібітора зворотного захоплення серотоніна, з урахуванням наявності антидепресивного, анксиолітичного

ефекту, 10 мг 1 раз на добу зранку, протягом 6 місяців з метою запобігання рецидиву, враховуючи індивідуальні прояви.

*Пост-оцінка:* вираженість психопатологічної симптоматики SOM — 1,1, O-C — 1,6, INT — 2,4, DEP — 1,7, ANX — 1,1, NOS — 0,5, PHOB — 0,9, PAR — 0,8, PSY — 0,5. Виразність астеничних проявів 52. Загальний показник особистісної тривожності склав — 1; для ситуативної тривоги — 1.

*Результат.* Після завершення інтеграційного втручання студентка Л. скарг не пред'являє, була переведена до іншого відділення на роботі, де відчуває себе на своєму місці, повністю задоволена поточним становищем.

Таким чином, в ПгА та ПгБ після застосування комплексної диференційованої поетапної системи профілактики і корекції спостерігалось покращення показників психічного стану відносно попереднього обстеження.

### **Висновки до п'ятого розділу**

Визначення потенційних взаємозв'язків між способами адаптації та варіантами корекції неадаптивних форм поведінки у студентів-медиків при наявних РА чи їх високій ймовірності розвитку, та отримані у ході дійсного дисертаційного дослідження результати психопатологічних та психодіагностичних методів дослідження цих осіб, дозволили визначити пріоритетні напрями психокорекційної й профілактичної роботи, а саме - індивідуальна орієнтованість і персоніфікований підхід до профілактичних заходів; комплексність і системність профілактичних і психоосвітніх заходів та послідовність профілактичних заходів, оптимальність планування і здійснення втручань.

За допомогою діагностичного інструментарію та методів математичної статистики та моделювання (патогенетично обґрунтована модель РА) були відокремлені елементи, відповідно до яких нами розроблені персоніфіковані програми психологічної корекції, що враховували специфічні особливості у підгрупах дослідження (ПгА та ПгБ).

В практику охорони здоров'я запропонований мультимодальний алгоритм ведення та лікування студентів - здобувачів медичної освіти, які перенесли

психоемоційний стрес, структурований в чотири етапи – I етап - встановлення продуктивного контакту зі студентами, формування комплаєнсу, зниження емоційної напруги у процесі взаємодії з лікарем-психіатром, адаптація до терапевтичного процесу; II – психоедукація, проведення психоосвітніх програм, інформування студентів щодо розвитку стрес-асоційованих захворювань, санкціонуючих та лімітуючих їх формування факторах; III – психокорекція, в обсязі інформаційно-роз'яснювальної роботи, як в індивідуальному, так і в груповому режимі, зайняття (як правило, в групі) з використанням різного роду релаксаційних технік, спрямованих на створення умов для зниження емоційної напруги, вироблення навичок саморегуляції, формування внутрішніх засобів контролю і управління поточним станом; індивідуальні сесії психотерапії з використанням різних методів; IV – психофармакотерапія, коли тяжкість розладу студента не може бути коригована за допомогою тільки психотерапевтичних/психокорекційних методів; V – контроль, підтримка і закріплення результатів, формування адаптивних форм поведінки, нормалізація системи емоційно-вольового реагування, превенція рецидивів стрес-асоційованих розладів.

Ключовими мішенями впливу, які будуть забезпечувати високу якість профілактичних заходів для студентів із високим ризиком розвитку РА є наступні: порушення психосоціального функціонування під час навчання в ЗВО; низька проінформованість студентів, які зазнавали психоемоційного стресу у минулому, про причини й психологічні механізми виникнення РА та порушення соціального функціонування, шляхи їх усунення; неадаптивні та неконструктивні копінг-стратегії, що посилювали психоемоційний стрес і перешкоджали адаптації.

Аналіз динаміки психопатологічної симптоматики у студентів з РА при застосуванні розробленої поетапної системи профілактики і корекції демонструє наявну значну редукцію симптоматики тривожного та депресивного спектру, зменшення астенії, нормалізацію емоційного стану на тлі достовірного нівелювання клінічних симптомів.

## РОЗДІЛ 6

### АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Актуальність дослідження РА у студентів, що перенесли психоемоційний стрес, обумовлена негативною тенденцією щодо погіршення здоров'я осіб молодого віку. Згідно рекомендаціям ВООЗ, зберігання та підтримка здоров'я молоді є одним з пріоритетних напрямків подальшого розвитку практичної медицини у XXI столітті (Vivekananda K., Telley A., Trethowan S., 2011, Harrer M., Adam S.H., Baumeister H., 2019, Thorley C., 2017).

Враховуючи велику кількість досліджень, що присвячені різноманітним аспектам психічного здоров'я студентів, варто зазначити, що в більшості робіт аналізуються непатологічні дезадаптивні реакції, пов'язані із ситуаціями навчання (Волошин П.В., Марута Н.О, 2016, Заболотна В.О., 2015, Berking M., Wupperman P., 2012, Вьун В.В., 2016). У роботах, присвячених вивченню проблем психічного здоров'я студентів, акцентується увага дослідників на високій поширеності психічних порушень в цій когорті молоді. В загальній структурі психічної захворюваності в студентській популяції переважають неспсихотичні психічні розлади, поширеність яких коливається від 5,8% до 61,4% (Герасименко Л.О., 2018, Вьун В.В., 2017, Кожина Г.М., Маркова М.В., Маракушин Д.І., Зеленська К.О., Хаустов М.М., Зеленська Г.М., 2016, Юрценюк О.С., 2019). За даними дослідників (Пшук Н.Г., Слободянюк Д.П., 2015, Юрценюк О.С., 2019), серед невротичних розладів у студентів найпоширенішими є РА.

Ризик трансформації донозологічних проявів психічної дезадаптації в клінічно оформлені невротичні та пов'язані зі стресом розлади, при відсутності профілактичних і корекційних заходів зростає в 2,7 разів, що констатують різні дослідження (Перцева Т.О., Куюмчян М.С., Юр'єва Л.М., Дукельський О.О., 2018).

Виявлення, корекція та профілактика психічних розладів серед студентської популяції, що перенесли психоемоційний стрес, є однією з найбільш актуальних проблем, при цьому рішення даного завдання можливо шляхом динамічних досліджень, спрямованих на діагностику рівня психічного і соматичного здоров'я

студентів, виявлення клініко-психопатологічних, індивідуально-психологічних та інших факторів, що призводять до розвитку психічних порушень у даного контингенту. Зазначене вище визначило вибір напрямку, мету та задачі дослідження.

Метою роботи було на основі аналізу клініко-психопатологічних особливостей РА у студентів закладів медичної освіти, що перенесли психоемоційний стрес, і оцінки їх клініко-анамнестичних, соціально-демографічних й індивідуально-психологічних характеристик розробити програму профілактики та комплексної диференційованої поетапної системи корекції цих розладів.

Для досягнення поставленої мети було необхідно вирішити наступні задачі: вивчити клініко-психопатологічні особливості РА у студентів, що перенесли психоемоційний стрес, та визначити їх структуру; проаналізувати клініко-анамнестичні дані та дослідити соціально-демографічні характеристики студентів, що перенесли психоемоційний стрес; визначити індивідуально-психологічні особливості студентів, що перенесли психоемоційний стрес; дослідити якість життя студентів, що перенесли психоемоційний стрес; провести кореляційний аналіз міжінтегральних зв'язків клініко-психопатологічних особливостей РА та індивідуально-психологічних характеристик студентів, що перенесли психоемоційний стрес; розробити програму профілактики і комплексну диференційовану поетапну систему корекції РА у студентів, що перенесли психоемоційний стрес, та оцінити їх ефективність.

Відповідно до поставленої мети і завдань, дослідження проводилося на базі ДДМУ і ДБМК протягом 2018-2021 років відповідно до принципів GEВ, Гельсінської декларації прав людини, Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину, Міжнародної ради медичних наукових товариств, Міжнародного кодексу медичної етики. Можливість проведення даного дослідження була ухвалена комісією з питань біоетики ДДМУ.

На першому етапі дослідження проводився збір, аналіз, систематизація наукового матеріалу з питань формування РА у студентів, їх структури. Аналізувались вимоги керівних документів, що стосуються організації діагностики, експертизи, психопрофілактичних заходів при РА, асоційованих зі стресом. У рамках

дисертаційного дослідження були визначені основні критерії включення з метою детальнішого вивчення особливостей виникнення РА, до яких відносились: вік більше ніж 18 років; навчання у закладі медичної освіти; наявність інформованої згоди на проходження дослідження. Вищезазначеним критеріям включення відповідали 249 студентів.

На другому етапі дослідження, з загальної кількості вибірки були виділені окремі групи і підгрупи студентів. Було проведено клініко-діагностичне обстеження, яке включало клінічну бесіду, організовану за принципом клінічного інтерв'ю, під час якої з'ясовувалися й деталізувалися наявні скарги, проводилася оцінка наявності та вираженості психопатологічної симптоматики, рівня стресового реагування та якості життя обстежених. За результатами «Оцінної шкали стресових подій Холмса-Раге» (SRRS) студенти (n=90, 36,1%), які отримали менш як 150 балів згідно із SRRS і мали більшу опірність стресу і мінімальний ступінь стресового навантаження, увійшли до ГП (з низькою ймовірністю розвитку стрес-асоційованих розладів). 159 (63,9%) студентів мали помірну та виражену вірогідність розвитку стрес-асоційованих розладів і склали ОГ, серед яких були ВПО та діти воїнів АТО. Серед контингенту студентів ОГ, 27 осіб мали найгірші показники за шкалою SRRS (понад 300 балів) та наявні ознаки розвитку РА і були рекомендовані для терапевтичного втручання (ПгА); 132 студенти з ОГ мали помірну вірогідність розвитку стрес-асоційованих розладів і відповідно до критеріїв МКХ-10 (Z55-Z65) були рекомендовані для спостереження за результатами клініко-психодіагностичного обстеження (ПгБ).

На третьому етапі були визначені стратегії надання допомоги шляхом забезпечення диференційованого комплексного лікування, розробки системи активної психопрофілактики, психотерапевтичної та фармакологічної корекції. Студентам-медикам з ПгА була розроблена та рекомендована до проведення комплексна програма індивідуально-орієнтованих лікувально-корекційних заходів з використанням курсової фармакотерапії та психотерапії; в той час, як студенти з ПгБ були рекомендовані до динамічного спостереження з проведенням комплексу індивідуально-орієнтованих заходів медико-психологічного супроводу.



На четвертому етапі були обрані стратегії надання допомоги (ПгА і ПгБ) та була реалізована програма профілактики, комплексна поетапна диференційована система корекції у студентів, що перенесли психоемоційний стрес. Корекційні заходи реалізовувалися з опорою на психоосвітні та когнітивно-поведінкові техніки впливу.

Аналіз загальних характеристик обстежених студентів з високим і мінімальним рівнем стресового навантаження і вірогідності розвитку стрес-асоційованих розладів виявив статистичну однорідність виділених груп дослідження (ОГ і ГП) за основними показниками (вік, стать, сімейний стан, досвід отримання психологічної допомоги у минулому), а також достовірний зв'язок ризику розвитку РА з низкою соціально-демографічних характеристик (попереднім проживанням у Донецько-Луганському регіоні та АР Крим, статусом ВПО та дитини учасника АТО), стресовими подіями, пов'язаними як з навчальним процесом і особистісними проблемами, так й із зовнішніми факторами (бойові дії, вимушена зміна місця проживання) ( $p < 0,001$ ). Статистичний аналіз розподілу на групи та підгрупи дослідження дозволив констатувати гомогенність ОГ та ГП за основними показниками, що можуть впливати на результат, релевантність отриманих даних і репрезентативність оцінки результатів дослідження.

Аналіз клінічної симптоматики у студентів ОГ виявив високу частоту проявів тривоги (45,3%), нав'язливих думок чи дій (44,0%), побоювань (42,1%), порушень сну (40,9%), пригніченого настрою (35,2%). Водночас у ГП подібна симптоматика реєструвалась достовірно рідше ( $p < 0,001$ ). В основній групі студентів синдромальна характеристика невротичних розладів у відсотковому співвідношенні складала: тривожний синдром – 45,3%, астено-невротичний – 38,4%, депресивний – 35,2%, нав'язливих станів – 27,7%. Згідно з критеріями МКХ-10, кількість студентів ОГ з клінічною симптоматикою, відповідною до діагнозу «Реакція на тяжкий стрес і порушення адаптації» (F43) становила 27 осіб, що склало 17,0%. Умовно здоровими із загальної кількості респондентів ОГ були визнані 132 студенти (83,0%).

За результатами психопатологічних і психодіагностичних методів дослідження оцінювання студентів, що перенесли психоемоційний стрес, найбільш значущими складовими за силою та щільністю впливу на ризик формування РА були прояви

психопатологічної симптоматики за методики SCL-90-R ( $p < 0,001$ ). На підсилення психопатологічної симптоматики за інтегративними показниками (загальний індекс GSI, індекс проявів симптоматики PSI, індекс виразності дистресу PDSI) та за всіма субшкалами методики SCL-90-R (SOM; O-C; INT; DEP; ANX; NOS; PHOB; PAR; PSY) у студентів, які мають ризик розвитку РА, найбільший вплив мали виразність астенії за ШАС, високий рівень за загальним балом оцінювання, як особистісної тривожності, так і ситуативної тривоги за методикою ІТТ, та окремо емоційний дискомфорт та астенічний компонент тривожності ( $p < 0,001$ ). При дослідженні в основній групі високі показники за шкалами депресії, тривоги і obsесивно-компульсивності ( $p < 0,001$ ) помітно погіршували ЯЖ і психологічне благополуччя студентів.

За результатами дослідження у студентів з високими загальними показниками особистісної тривожності і ситуативної тривоги відмічались помітно вищі показники соматизації, obsесивно-компульсивності, міжособистісної сенситивності, депресії, тривоги, ворожості, фобічної тривоги за методикою SCL-90-R ( $p < 0,001$ ) та астенії ( $p < 0,001$ ), погіршувався загальний рівень якості життя і психологічного благополуччя ( $p < 0,001$ ). Отримані дані продемонстрували, що студенти, що перенесли психоемоційний стрес, з високим рівнем соматизації і тривоги помітно частіше як засіб подолання стресу використовували безрецептурні заспокійливі препарати ( $p < 0,001$ ).

Можна констатувати, що найвищий ризик формування наявних ознак розвитку дезадаптації з високим рівнем вірогідності відзначається у студентів з високим рівнем астенії за ШАС, який помітно корелював з вираженістю психопатологічної симптоматики за методикою SCL-90-R, загальним показником ситуаційної тривоги, особистісної тривожності і його окремих складових за методикою ІТТ; а також помітно погіршував загальну ЯЖ і психологічного благополуччя респондентів ( $p < 0,001$ ).

Окремі типологічні особливості характеру та/або наявність акцентуацій також мали причинно-наслідковий вплив на розвиток РА і виступали предиктами ризику формування РА. У студентів, що перенесли психоемоційний стрес, спостерігався

зв'язок між вираженою неврівноваженою/ збудливою акцентуацією характеру та особистості та вираженістю психопатологічної симптоматики за SCL-90-R ( $p < 0,001$ ). У студентів з дистимічною акцентуацією характеру та особистості виявлялась помірна пряма кореляція з вираженістю психопатологічної симптоматики за SCL-90-R, з рівнем астенії за ШАС ( $p < 0,001$ ), спостерігались достовірно гірші показники якості життя і психологічного благополуччя ( $p < 0,001$ ). Тривожний тип акцентуації очікувано корелював з високим рівнем конституційної тривожності та вираженістю психопатологічної симптоматики за SCL-90-R ( $p < 0,001$ ). З огляду на вірогідність причино-наслідкових взаємозв'язків між результатами методик обстеження, які були проведені у студентів, які пережили психоемоційний стрес, можливо констатувати, що типологічні особливості осіб з ризиком розвитку РА (тривожний тип акцентуації, застрягаючий тип, екзальтований тип) за отриманими даними можуть виступати підґрунтям підсилення психопатологічної симптоматики ( $p < 0,001$ ).

Встановлено, що серед студентів з ризиком стрес-асоційованих розладів використання копінг-стратегій «застосування "заспокійливих"», «поведінковий відхід від проблеми», «заперечення» та «уявне уникнення проблеми» ( $p < 0,001$ ) сприяло зниженню психологічного та психічного благополуччя. І навпроти, при реалізації сценаріїв таких копінгів, як «позитивне переформулювання», «активне подолання», «гумор» та «планування» ( $p < 0,001$ ) у студентів з ризиком розвитку РА формується позитивне психологічне відчуття.

Відповідно до результатів, у студентів-медиків з високим рівнем вірогідності розвитку РА спостерігалось зниження усіх базисних складових відчуття психологічного благополуччя, що значущо впливало на тяжкість психопатологічної симптоматики за всіма показниками і максимально за рахунок індексу GSI, індексу проявів симптоматики PSI та індексу виразності дістресу PDSI методики SCL-90-R ( $p < 0,001$ ), також на виразність астенії ( $p < 0,001$ ) та стан високої ситуативної тривоги та особистісної тривожності ( $p < 0,001$ ).

За узагальненням даних зниженню ЯЖ у студентів-медиків, що перенесли психоемоційний стрес, сприяли важкість психопатологічної симптоматики за SCL-90-R, виразність астенії за ШАС, високий рівень особистісної тривожності,

ситуаційної тривоги, і окремих їх складових за методикою ІТТ ( $p < 0,001$ ). Можна зробити висновок, що їх наявність на етапі діагностики стану психічного здоров'я студента з ризиком виникнення стрес-асоційованих розладів апріорі буде сприяти зниженню якості життя.

Отримані результати сприяли персоніфікації рекомендацій при проведенні заходів, спрямованих на відновлення рівня адаптованості студентів з групи ризику РА.

На основі результатів власних досліджень було розроблено систему втручань, що включала профілактичні, корекційні і терапевтичні заходи у групі студентів-медиків підвищеного ризику.

На першому етапі встановлювався контакт, формувалася компліанс, знижався рівень емоційної напруги у процесі взаємодії з лікарем-психіатром.

На другому проводилася психоедукація, у рамках навчального процесу надавалася інформація про специфіку РА та стрес-асоційованих захворювань.

На третьому етапі проводилася психокорекція, в обсязі інформаційно-роз'яснювальної роботи, як в індивідуальному, так і в груповому режимі, зайняття проходили з використанням технік, спрямованих на створення умов для зниження емоційної напруги, вироблення навичок саморегуляції, формування внутрішніх засобів контролю і управління поточним станом; індивідуальні сесії психотерапії з використанням різних методів.

На четвертому етапі, коли тяжкість розладу студента не могла бути коригована за допомогою тільки психотерапевтичних/психокорекційних методів призначалася психофармакотерапія. На п'ятому етапі проводився контроль, підтримка і закріплення результатів.

Виявлені в нашому дослідженні закономірності дозволили науково обґрунтувати й розробити програму профілактичної роботи зі студентами, що перенесли психоемоційний стрес. Були визначені базові принципи:

- індивідуальна орієнтованість і персоніфікований підхід до профілактичних заходів, що передбачав врахування індивідуально-психологічних та патохарактерологічних особливостей студентів-медиків з адаптаційними

розладами, їх відмінності в психологічному/ психопатологічному статусі, адаптаційному ресурсі та стресовому реагуванні;

- комплексність і системність профілактичних і психоосвітніх заходів, що передбачало використання різних форм і методів індивідуального та групового втручання, їх поєднання та взаємне потенціювання;
- послідовність профілактичних заходів, оптимальність планування і здійснення втручань.

Ключовими мішенями профілактичних заходів для студентів із високим ризиком розвитку РА були:

- порушення психосоціального функціонування під час навчання в ЗВО;
- низька проінформованість студентів, які зазнавали психоемоційного стресу у минулому, про причини й психологічні механізми виникнення РА та порушення соціального функціонування, шляхи їх усунення;
- неадаптивні та неконструктивні копінг-стратегії, що посилювали психоемоційний стрес і перешкоджали адаптації.

В системі первинної профілактики серед студентів з вірогідністю розвитку РА використовувались 3 основні напрямки роботи.

Першим було інформування, яке проводилось у форматі лекцій та семінарів. Обсяг роботи включав надання інформації щодо лімітуючих та санкціонуючих факторів розвитку стрес-асоційованих розладів; характеристик цих розладів, їх ознак; впливу професійної діяльності на особистість лікаря; динаміки розвитку РА і моделі його формування; особливостей РА у здобувачів вищої освіти.

Другий напрямок проведеної профілактичної роботи був едукативним. У фокус-групах кількістю 10-15 студентів проводились тренінги та заняття на яких учасники навчались технікам релаксації та технікам спрямованим на підвищення переносимості студентами стресу, а саме аутогенному тренуванню, систематичній десенсибілізації, техніці контролю власного часу, комунікаційним навичкам у професійній діяльності; виробляли впевненість в собі.

Третій напрямок первинної профілактики був консультативним. Згідно з передбаченою програмою у групах, які склались з 10-15 студентів проводився

аналіз та опанування адаптивних навичок поведінки в стресових ситуаціях; робота з внутрішніми ресурсами для подолання травмуючого досвіду; підвищення життєстійкості та опірності стресовим факторам; розширення спектра копінг-стратегій та формування навичок використання адаптивних копінгів.

Окремі тренінги були спрямовані на відновлення рівня адаптованості студентів з групи ризику виникнення РА, і підвищення їх стійкості до стресових впливів. На тренінгу розширялись знання щодо копінг-стратегій, їх ефективності, когнітивно-смыслових бар'єрів використання конструктивних стратегій поведінки, проводилось формування обізнаності щодо засобів подолання проблемних ситуацій у форматі мінілекцій, дискусій. На зустрічах обговорювалась мотивація до вдосконалення стрес-долаючої поведінки і її індивідуальні відмінності. Проводились вправи на розвиток мотивації по вдосконаленню копінг-поведінки, надавались персональні письмові завдання, а також проводились групові підбивання підсумків щодо вигоди від опанування нових конструктивних копінг-стратегій для усіх сфер життя. Під час тренінгів за допомогою дискусій підвищувалась усвідомленість переваг конструктивних способів подолання стресу для покращення якості життя.

Серед студентів-медиків із встановленими РА групова робота була ефективною при проведенні психоосвітніх заходів і психокорекційної роботи: груповий досвід легше переносився у реальне життя, зворотний зв'язок та підтримка допомагали усвідомити цінність інших людей і потребу в них. Проводилось 1 заняття на першому етапі психокорекційної роботи, 2 – на другому та 2 – на завершальному.

Індивідуальна ТФ- КПТ проводилась з частотою 2 рази на тиждень 10 сеансів протягом 5 тижнів студентам підгрупи А із найгіршими встановленими показниками. Додатково призначалась психофармакотерапія у мінімально можливих дозуваннях у разі потреби й згоди учасників. До групових занять в обсязі психоосвітніх заходів і психокорекційної роботи залучались студенти з ПгБ, 1 заняття на першому етапі дослідження, 2 на другому та 2 на завершальному.

Контроль ефективності запропонованої комплексної диференційованої поетапної системи корекції та програми профілактики здійснювався через 6 місяців після корекції.

Після застосування системи профілактичних і корекційних заходів аналіз динаміки психопатологічної симптоматики показав значну редукцію симптоматики тривожного та депресивного спектра, зменшення астенії, нормалізацію емоційного стану.

При оцінці динаміки психопатологічної симптоматики у ПгА отримано суттєве зниження показників ( $p < 0,001$ ) за усіма субшкалами опитувальника SCL-90-R, зокрема, вираженість міжособистісної сенситивності (INT) зменшилась у 2,4 раза, депресії (DEP) – у 2,4 раза, соматичних симптомів (SOM) – у 2,5 раза, тривоги (ANX) – у 1,8 раза, фобічної тривоги (PHOB) – у 3,2 раза, ворожості (HOS) – у 2,4 раза.

Показники вираженості психопатологічної симптоматики у підгрупі Б після корекції не виходили за межі норми та були статистично зіставними ( $p > 0,05$ ) з відповідними показниками у групі студентів, які не мали в анамнезі значущих психотравмуючих подій.

Встановлено суттєве зниження ( $p < 0,001$ ) за методикою ІТТ як загальних показників особистісної тривожності, ситуативної тривоги, так й окремих компонентів в обох підгрупах.

Після використання програми профілактики та комплексної системи корекції суттєве зниження рівня астенії з ШАС встановлено у 81,5% студентів ПгА і 78,8% із ПгБ ( $p < 0,05$ ).

Клінічно виражене покращення психопатологічного стану відзначалось у 22 (81,5 %) студентів ПгА та у 116 (87,9 %) ПгБ.

Відповідно до отриманих у ході роботи результатів і на підставі аналізу узагальнених даних, гіпотеза, що була покладена в основу роботи, підтвердилась. На підставі отриманих даних обґрунтовано й розроблено систему комплексних заходів медичного, учбово-професійного і психосоціального характеру. Отриманий алгоритм раннього виявлення студентів з ознаками РА та запропонована схема організації медико-психологічного моніторингу психічного здоров'я дозволяє знизити рівень захворюваності непсихотичними психічними розладами, у тому числі і дезадаптивними.

Таким чином, на підставі результатів дисертаційної роботи було науково обґрунтовано, розроблено і впроваджено в практику охорони здоров'я (*Додаток Г*) комплексну диференційовану поетапну систему корекції та програму профілактики РА у студентів, що перенесли психоемоційний стрес, яка спрямована на превенцію несприятливих наслідків дезадаптивних розладів медичного та соціального характеру у студентів закладів медичної освіти. Запропонована програма профілактики і комплексна диференційована поетапна система корекції відповідно до стандартів доказової медицини виявилась ефективною, що було підтверджено даними катamnестичних спостережень.



## ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні здійснено теоретичне обґрунтування та наведено практичне вирішення наукової задачі в галузі медицини, що полягає в розробці програми профілактики та комплексної диференційованої поетапної системи корекції розладів адаптації у студентів закладів медичної освіти, що перенесли психоемоційний стрес, на підставі їх клініко-психопатологічних особливостей і клініко-анамнестичних, соціально-демографічних та індивідуально-психологічних характеристик досліджених осіб.

1. Досліджено клініко-психопатологічні особливості розладів адаптації та визначено їх структуру у студентів, що перенесли психоемоційний стрес.

При дослідженні було встановлено, що провідним психопатологічним конструктом у студентів, що перенесли психоемоційний стрес, була тривожно-депресивна, депресивна та астенична психопатологічна симптоматика, а допоміжні психопатологічні конструкти були диференційованими. Аналіз та структуризація скарг та симптомів дозволили констатувати, що серед студентів, що перенесли психоемоційний стрес, синдромальна характеристика відповідала реєстру невротичних розладів. На основі результатів проведеного дослідження були виявлені феноменологічні особливості провідних психопатологічних синдромів у межах розладів, що відповідають критеріям класу «Реакція на тяжкий стрес і порушення адаптації» (F43).

2. Визначені притаманні студентам, що перенесли психоемоційний стрес, індивідуально-психологічні особливості.

2.1 Серед студентів, які перенесли психоемоційний стрес, вірогідно більше зустрічались такі ознаки психопатології, як, депресія, тривожність, ворожість, фобії та компульсивні розлади ( $p < 0,001$ ).

2.2 Студенти, які перенесли психоемоційний стрес, достовірно частіше реалізовували вищий за норму рівень особистісної тривожності та ситуаційної тривоги у порівнянні з групою контролю ( $p < 0,001$ ). Досліджено змістовний характер патологічної тривоги та встановлено переважання емоційного дискомфорту,

фобічного і астеничного компонентів ситуативної тривоги, а також таких компонентів особистісної тривожності як тривожна оцінка перспективи і емоційний дискомфорт.

2.3 Виявлено наявність більшої клінічної виразності астеничних симптомів у студентів, які перенесли психоемоційний стрес ( $p < 0,001$ ).

2.4 Встановлено наявність прямого зв'язку між зростанням ризику розвитку РА у студентів, що пережили психоемоційний стрес, і наявністю виражених особистісних акцентуацій тривожного, застрягаючого і екзальтованого типів.

2.5 Встановлено, що для студентів з доклінічними адаптивними порушеннями притаманні тенденції до використання наступних копінг-стратегій: труднощі планування дій, спрямованих на вирішення проблем, поєднання орієнтованості на активний опір проблемі з тенденцією до її ігнорування або до знецінення. Серед студентів з клінічно розгорнутою симптоматикою відмічалась тенденція до ухилення від реальних дій при вирішенні проблем.

2.6 Виявлені достовірно гірші показники психологічного благополуччя за даними порівняльного аналізу компонентів за такими складовими як: позитивні відносини, самоприйняття, управління середовищем, включаючи загальний показник.

2.7 Аналіз матриці кореляційних взаємозв'язків за результатами оцінки психічного здоров'я студентів, що перенесли психоемоційний стрес, показав, що найбільш значущі чинники ризику розвитку РА виявились індекс GSI, індекс PSI, індекс PDSI, вираженість астеничного стану, загальний рівень особистісної та ситуативної тривожності, наявність тривожного, застрягаючого або екзальтованого типу акцентуації, та загальні показники рівня якості життя та психологічного благополуччя ( $p < 0,001$ ).

3. При дослідженні якості життя студентів, які перенесли психоемоційний стрес, встановлено достовірні відмінності між середніми оцінками ЯЖ за сферами психологічне благополуччя, міжособистісна взаємодія, соціо-емоційна підтримка, загальне сприйняття життя ( $p < 0,001$ ). Загалом, студенти, що перенесли психоемоційний стрес, вірогідно частіше оцінювали свій суб'єктивний рівень якості життя як дуже низький і низький.

4. Проведено кореляційний аналіз міжінтегральних зв'язків клініко-психопатологічних особливостей розладів адаптації та індивідуально-психологічних характеристик студентів, що перенесли психоемоційний стрес. Виявлено найбільш значущі та впливові предикти поглиблення або компенсації розвитку розладів адаптації в групі студентів закладів медичної освіти, що перенесли психоемоційний стрес.

5. Розроблено, науково обґрунтовано і запропоновано для використання в практиці охорони здоров'я програму профілактики та комплексну диференційовану поетапну систему корекції розладів адаптації у студентів закладів медичної освіти, що перенесли психоемоційний стрес, які ґрунтуються на принципах комплексності, етапності та диференційованості заходів. Визначені стратегії профілактики розладів адаптації у студентів, що перенесли психоемоційний стрес, обґрунтована їх послідовність та методична змістовна наповненість.

6. На основі статистичного аналізу проаналізовано динаміку розвитку дезадаптивних станів у студентів, що перенесли психоемоційний стрес. Проведено оцінку і доведено ефективність запропонованої програми профілактики та комплексної диференційованої поетапної системи корекції розладів адаптації у студентів, що перенесли психоемоційний стрес, стосовно наміченої мети.

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. З метою визначення групи ризику щодо формування розладів адаптації серед студентів, що перенесли психоемоційний стрес, доцільно застосовувати розроблений алгоритм дослідження, з урахуванням комплексу клініко-психопатологічних, клініко-анамнестичних, соціально-демографічних і індивідуально-психологічних характеристик. Рекомендується застосування психодіагностичного методу, доповненого психометричними шкалами (опитувальник SCL - 90 - R, шкала стресових подій SRRS, опитувальник опанування стресу COPE, ІТТ, ШАС, шкала показник якості життя за методикою Mezzich et al., шкала психологічного благополуччя) для своєчасного раннього виявлення студентів з високою вірогідністю розвитку розладів адаптації.

2. Під час навчання у закладах медичної освіти рекомендовано виявлення осіб, схильних до розладів адаптації, які мають обтяжливі життєві й сімейні обставини та низьку стресостійкість, з метою проведення профілактичних заходів і психокорекційних тренінгів, що спрямовані на формування особистісних адаптивних ресурсів і відповідних комунікативних поведінкових навичок.

3. Рекомендується приділяти особливу увагу обсягу адаптивних ресурсів студентів і своєчасному розпізнаванню неадаптивних та неконструктивних копінг-стратегій. Стосовно осіб, що перенесли психоемоційний стрес, рекомендується система заходів, спрямованих на запобігання РА: вивчення особливостей особистості та ступеня її вразливості, комунікативних умінь, ступеня адаптивного напруження і застосування заходів психологічної підтримки.

4. В залежності від характеру порушень у студентів рекомендовано диференційований підхід до призначення корекційних заходів. Корекційні заходи мають реалізовуватися комплексно, поетапно, диференційовано, з опорою на психоосвітні та когнітивно-поведінкові техніки впливу.

5. У практичній діяльності лікарів-психіатрів, клінічних психологів, а також лікарів первинної ланки охорони здоров'я доцільно використання розроблених профілактичних та корекційних заходів, спрямованих на підвищення рівня

психічного здоров'я та своєчасне раннє виявлення розладів адаптації у студентів, що перенесли психоемоційний стрес, та поліпшення якості життя.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Хаустов ММ. Модель медико-психологічної підтримки студентів-медиків з порушеннями адаптації. Укр. вісн. психоневрології. 2018;26(Вип. 3):60-1.
2. Юрьева ЛН. Кризисы профессиональной деятельности врача и пути их преодоления. Здоров'я України. 2017;2(41):23-4.
3. Малахов ПС, Асеева ЮО, Харітонова АС. Проблемність адаптації студентів-медиків. Мед. психологія. 2016;2:3-5.
4. Пшук НГ, Слободянюк ДП. Роль психосоціальних чинників в генезі соціальної дезадаптації у студентської молоді. Укр. вісн. психоневрології. 2015;23, Вип. 2(83):86-91.
5. Пацкань ИИ. Современные научные взгляды на проблему адаптации у студенческой молодежи. Университетская клиника. 2019;2(31):112-7.
6. Вербицький ЄЮ, Євтушенко ЮО. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості реактивної депресії в структурі непсихотичних психічних стресасоційованих розладів у вимушених переселенців із зони антитерористичної операції в Луганській області. Архів психіатрії. 2016;2:16-9.
7. Кожина ГМ, Коростій ВІ, Зеленська КО, Платинюк ОБ. Патогенетично обґрунтована система психопрофілактики суїцидальної поведінки при депресивних розладах у внутрішньо переміщених осіб. Мед. психологія. 2017;2:59-61.
8. Волошин ПВ, Марута НО. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди. Укр. вісн. психоневрології. 2015;23, Вип. 1(82):5-11.
9. Линский ИВ, Кузьминов ВН, Позднякова НВ, Онищук СВ, Шестопалова ЛФ, Гриневич ЕГ. Расстройства адаптации среди гражданского населения, пережившего боевые действия, спустя месяц после их прекращения. Укр. вісн. психоневрології. 2014;22, Вип. 3(80):5-12.
10. Марута НО, Панько ТВ, Каленська ГЮ, Колядко СП, Явдак ІО, Волкова СО. Фактори психічної травматизації у внутрішньо переміщених осіб: їх структура та

- динаміка у часі. Здобутки клініч. і експеримент. медицини. 2020;1:120-7. DOI: 10.11603/1811-2471.2020.v.i1.110
11. Maruta N, Panko T, Fedchenko V, Semikina O. Internally displaced persons and their mental health status. *Eur Psychiatry*. 2021;64(S1):S406-6. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2021.1088/
  12. Maruta N, Panko T, Kalenskaya G, Semikina E, Denisenko M. Psycho-educational program in prevention of mental health of internally displaced persons. *Georgian Medical News*. 2020 Sep(306):92-8.
  13. Перцева ТО, Куюмчян МС, Юр'єва ЛМ, Дукельський ОО. Діагностика, терапія та реабілітація осіб, що перенесли психосоціальні стреси, та хворих на депресії в медичних установах, що надають первинну медичну допомогу: навч. посіб. Дніпро; 2018. 170 с. Доступно: <https://repo.dma.dp.ua/id/eprint/4058>
  14. Roberts B, Makhshvili N, Javakhishvili J, Karachevskyy A, Kharchenko N, Shpiker M, et al. Mental health care utilisation among internally displaced persons in Ukraine: results from a nation-wide survey. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2019;28(1):100-11. DOI: 10.1017/S2045796017000385
  15. Kuznetsova I, Mikheieva O, Mykhnenko V, Dragneva R, Gulyieva G. The social consequences of population displacement in Ukraine: the risks of marginalization and social exclusion. Policy brief. The University of Birmingham; 2018. 23 p. DOI:10.5281/zenodo.1217838
  16. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2025 р.: проект розпорядження Кабінету Міністрів України [Інтернет]. Київ; 2017 [цитовано 2022 Жовт 05]. Доступно: <https://neuronews.com.ua/ru/issue-article-1895/Proekt-KoncepciyiZagalnoderzhavnoyi-programi-ohoroni-psihichnogo-zdorov-ya-v-Ukrayini-naperiod-do-roku#gsc.tab=>
  17. Устінов ОВ. Психічне здоров'я як складова національної безпеки. *Укр. мед. часопис*. 2013;(1):16-8.
  18. McBain R, Salhi C, Morris JE, Salomon JA, Betancourt TS. Disease burden and mental health system capacity: WHO Atlas study of 117 low- and middle-income countries. *Br J Psychiatry*. 2012 Dec;201(6):444-50. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.112318

19. Про затвердження плану заходів на 2021-2023 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року від 6 жовтня 2021 р. № 1215-р [Інтернет]. Київ; 2021 [цитовано 2022 Жовт 10]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1215-2021-%D1%80>
20. Atwoli L, Stein DJ, Koenen KC, McLaughlin KA. Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Curr Opin Psychiatry*. 2015 Jul;28(4):307-11. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000167
21. Євдокимова НО, Зливков ВЛ, Лукомська СО, Федан ОВ. Особистість у кризових ситуаціях: огляд сучасних психодіагностичних методик: навч. посіб. Миколаїв: Іліон; 2016. 341 с.
22. Selye H. Stress and disease. *Science*. 1955;122:625-31.
23. Сельє Г. Стресс без дистресса. Пер. с англ. Москва: Прогресс; 1982. 126 с.
24. Goldstone B. The general practitioner and the general adaptation syndrome. *S Afr Med J*. 1952;26(88-92):106-9.
25. Schkade JK, Schultz S. *Perspectives in Human Occupation*. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore; 2003; с. 181-221.
26. Щербатых ЮВ. Психология стресса и методы коррекции. Санкт-Петербург: Питер; 2007. 256 с.
27. Бодров ВА. Психологический стресс. Развитие и преодоление. Москва: ПЕР СЭ; 2006. 311 с.
28. Китаев-Смык ЛА. Психология и концепция стресса. Хрестоматия по психологии: учеб. пособ. Москва: Просвещение; 1987; с. 250-260.
29. Медведев ОС. Эмоциональные напряжения и стресс. Физиология кровообращения. Ленинград: Наука; 1986; с. 507-525.
30. Бодров ВА. Информационный стресс: учеб. пособ. для вузов. Москва: ПЕР СЭ; 2000. 352 с.
31. Соснин ВА. Последствия террористических актов: проблема оценки и психологического реагирования (зарубежный опыт). *Психол. журнал*. 2010;1:100-12.



32. Федосеев ВА, Селюкова ТВ. Клинические особенности психических расстройств при экстремальных ситуациях. Пробл. экстрем. та криз. психології. 2013;14:372-81.
33. Fissette CL, Snyder DK, Balderrama-Durbin C, Balsis S, Cigrang J, Talcott GW, et al. Assessing posttraumatic stress in military service members: improving efficiency and accuracy. *Psychol Assess.* 2014 Mar;26(1):1-7. DOI: 10.1037/a0034315
34. Kukihara H, Yamawaki N, Uchiyama K, Arai S, Horikawa E. Trauma, depression, and resilience of earthquake/tsunami/nuclear disaster survivors of Hirono, Fukushima, Japan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2014 Jul;68(7):524-33. DOI: 10.1111/pcn.12159
35. Liberzon I, Abelson JL. Context processing and the neurobiology of post-traumatic stress disorder. *Neuron.* 2016 Oct 5;92(1):14-30. DOI: 10.1016/j.neuron.2016.09.039
36. Агаєв НА, Остапчук ВВ, Ткаченко ВВ, Лозінська НС. Психодіагностика негативних психічних станів військовослужбовців: метод. посіб. Київ: НДЦ ГП ЗСУ; 2016. 200 с.
37. Казміренко ЛІ. Психологічна сутність локального військового конфлікту. В: Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції : зб. матеріалів наук.-практ. конф.; 2015 Черв 03; Київ. Київ; 2015, с. 61-63.
38. Кравченко КО, Тімченко ОВ, Широбоков ЮМ. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції. Харків: НУЦЗУ; 2017. 256 с.
39. Лэндис Р. Продвинутые техники для работы с посттравматическими стрессовыми состояниями. Москва: Изд-во Наука; 1983. 316 с.
40. Волошин ПВ, Шестопалова ЛФ, Підкоритов ВС. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: метод. рек. Харків; 2002. 47 с.
41. Романовська ДД, Ілащук ОВ. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти: метод. посіб. Чернівці: Технодрук; 2014. 133 с.
42. Шестопалова ЛФ. Профілактика посттравматичних стресових розладів у жертв надзвичайних подій: медико-психологічні аспекти. Гуманітарний часопис. 2005;1:103-8.

43. Юр'єва ЛМ, Носов СГ, Мамчур ОЙ, Ніколенко АЄ, Огоренко ВВ, Шустерман ТЙ. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика: навч. посіб. Київ: Галерея Принт; 2017. 172 с.
44. Fernández A, Mendive JM, Salvador-Carulla L. Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *Br J Psychiatry*. 2012;201:137-42.
45. Каплан ГИ, Сэдок БД. Клиническая психиатрия. Москва: Медицина; 1994. Т. 1. 672 с.
46. Casey P, Dowrick C, Wilkinson G. Adjustment disorders. Fault line in the psychiatric glossary. *British J of Psychiatry*. 2001;179:479-81.
47. Casey P, Jabbar F. Adjustment disorder considered. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2013;19(2):99-107.
48. Kawa S, Giordano J. A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. *Philos Ethics Humanit Med*. 2012;7:2.
49. Федосеев ВА, Селюкова ТВ. Клинические особенности психических расстройств при экстремальных ситуациях. *Пробл. экстрем. та криз. психології*. 2013;(14):372-81.
50. Купер Дж, редактор. Карманное руководство к МКБ-10: классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями). Пер. с англ. Киев: Сфера; 2000. 416 с.
51. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 2000. 943 p.
52. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 2013. 946 p.
53. Волошин ПВ, Марута НО, Шестопалова ЛФ. Розлади адаптації: діагностика, клініка, лікування: метод. рек. Харків: ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»; 2009. 32 с.
54. Гореликов ИВ. Факторы риска и типология расстройств адаптации у жителей Камчатского региона [автореферат]. Москва; 2008. 24 с.

55. Лэндис Р. Продвинутое техники для работы с посттравматическими стрессовыми состояниями. Москва: Изд-во Наука; 1983. 316 с.
56. Краснов ВН. Острые стрессовые расстройства как проблема психиатрии катастроф: клинические и организационные аспекты (комментарии к статьям об оказании помощи пострадавшим в связи с террористическим актом в городе Беслане 1-3 сентября 2004 года). Социал. и клинич. психиатрия [Интернет]. 2005 [цитировано 2022 Окт 10];15(2). Доступно: <http://cyberleninka.ru/article/n/ostryestressovye-rasstroystva-kak-problema-psihiatrii-katastrof-klinicheskie-i-organizatsionnyeaspekty-kommentarii-k-statyam-ob#ixzz3RC9m16pv>
57. Семке ВЯ, Плешаков ВИ. Клинические аспекты формирования кардиофобического синдрома. Журн. невропатол. и психиатр. им. СС. Корсакова. 1988;88(11):55-9.
58. Хохлов ЛК, Ильина ВН, Горохов ВИ. Об условиях перехода состояний предболезни в пограничные формы патологии. Журн. невропатологии и психиатрии им. СС. Корсакова. 1985;85(11):1662-5.
59. Гиляровский ВА. Узловые моменты в проблеме неврозов. Сов. невропатол., психиатр. психогигиена. 1934;3(Вып. 2-3):74-86.
60. Гиляровский ВА. Избранные труды. Москва: Медицина; 1973. 328 с.
61. Корсаков СС. Курс психиатрии. Москва; 1913. Т. 1. 526 с.
62. Александровский ЮА. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. Москва; 1976. 272 с.
63. Апанасенко ГЛ, Ширяев ВН. Учение о здоровье: проблемы методологии. Философ. пробл. медицины и биологии. 1989;21:40-6.
64. Семке ВЯ, Нохрина ЛЯ. Динамика основных форм неврозов. Журн. невропатологии и психиатрии им. СС. Корсакова. 1986;86(11):1662-7.
65. Casey P. Diagnosing adjustment disorder with depressive features. Expert Rev Neurother. 2008;8(8):1203-8.
66. Strain JJ, Diefenbacher A. The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. Compr Psychiatry. 2008;49(2):121-30.

67. Evans SC. Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHO-IUPsyS Global Survey. *Int J Psychol.* 2013;48(3):177-93.
68. Lubar JF. Neocortical dynamics: implication for understanding the role of neurofeedback and related techniques for the enhancement of attention. *Applied Psychophysiology and Biofeedback.* 1997;22(2):111-26.
69. O'Donnell ML, Agathos JA, Metcalf O, Gibson K, Lau W. Adjustment Disorder: Current Developments and Future Directions. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(14):25-37.
70. Maercker A, Brewin C, Bryant R. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry.* 2013 Oct;12(3):198-206.
71. Casey P, Bailey S. Adjustment disorders: the state of the art. *Psychiatry.* 2011;10(Iss 1):11-8.
72. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(Suppl 20):22-3.
73. Maercker A, Einsle F, Kollner V. Adjustment disorders as stress response syndromes: a new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology.* 2007;40:135-46.
74. Cornelius LR, Brouwer S, de Boer MR, Groothoff JW, van der Klink JJ. Development and validation of the Diagnostic Interview Adjustment Disorder (DIAD). *Int J Methods Psychiatr Res.* 2014;23:192-207. DOI: 10.1002/mpr.1418
75. Мартынихин И. Новые критерии для расстройств непосредственно связанных со стрессом [Интернет]. 2014 [цитировано 2022 Окт 10]. Доступно: <http://psychiatr.ru/news/236>
76. O'Donnell ML, Metcalf O, Watson LA, Phelps T, Varker A. Systematic Review of Psychological and Pharmacological Treatments for Adjustment Disorder in Adults. *J Trauma Stress.* 2018;31:321-31. DOI: 10.1002/jts.22295

77. Шифнер НА, Бобров АЕ, Кулыгина МА. Клинико-динамическая характеристика расстройств адаптации у студентов. Ученые записки. 2011;18(4):64-6.
78. Кекелидзе ЗИ. Клиническая картина психических расстройств, возникающих при чрезвычайных ситуациях. В: Солдаткин ВА, редактор. Посттравматическое стрессовое расстройство. Ростов-на-Дону; 2015, с. 60-75.
79. Свечников ДВ. Расстройства адаптации у военнослужащих (клиника, диагностика) [автореферат]. Санкт-Петербург; 2015. 18 с.
80. Grassi L, Mangelli L, Fava GA, Grandi S, Ottolini F, Porcelli P, et al. Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestion for DSM-V. *J Affect Dis.* 2007 Aug;101(1-3):251-4. DOI: 10.1016/j.jad.2006.11.011
81. Михайлов БВ. Психогенно обусловленные нарушения психической сферы в условиях чрезвычайных ситуаций. *Укр. вісн. психоневрології.* 2015;23, Вип. 2(83):71-5.
82. Jounger M, Frasch K, Becker T. Adjustment disorders – nosological state and treatment options. *Psychiat Prax.* 2008;35(5):219-25.
83. Kawa S, Giordano J. A brief historicity of the diagnostic and statistical manual of mental disorders: issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. *Philos Ethics Humanit Med.* 2012;13(7):2-10.
84. Pierre JM. The borders of mental disorder in psychiatry and the DSM: past, present, and future. *J Psychiat Pract.* 2010;16(6):375-86.
85. Мирошник ИМ, Гаврилин ЕВ, Михайлов БВ. Информационно-энергетический язык продуктивного межличностного взаимодействия. В: Материалы междунар. конф. Информоэнергетика третьего тысячелетия; Киев – Кривой Рог. 2003, с. 128-130.
86. Корольчук МС, Корольчук ВМ, Миронець СМ. Психологічні особливості віддалених наслідків стресогенних впливів. Київ: Київ. нац. торг.-екон. ун-т; 2014. 276 с.
87. Kasper S. Understanding and treating depression. In: Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry; Prague; 2012. *Eur Psychiatry.* 2012;27(Suppl 1):SOA03-01.

88. Жупанова ДА. Улучшение комплайенса у пациентов с депрессиями (комплексная система терапии и оценка ее эффективности). Укр. вісн. психоневрології. 2015;23, Вип. 3(84):68-73.
89. Брюханов АВ, Жовнерчук ЕВ, Жовнерчук ИЮ. Анализ вегетативных нарушений при дезадаптациях. В: Сб. материалов XI Всерос. науч.-практ. конф. Москва; 2015, с. 74-76.
90. Pierre JM. The borders of mental disorder in psychiatry and the DSM: past, present, and future. J Psychiatr Pract. 2010;16(6):375-86.
91. Москаленко ВФ, Гульчій ОП, Грузева ТС. Громадське здоров'я: підруч. для студ. вищих мед. навч. закладів. Вид. 3. Вінниця: Нова Книга; 2013, с. 163-164.
92. Собенникова ВВ. Расстройства адаптации в общесоматической сети [Интернет]. 2011 [цитировано 2022 Окт 10]. Доступно: <http://therapy.irkutsk.ru/lec/sobver.pdf>
93. Литвинцев СВ, Успенский ЮП, Давыдов АТ. Использование афобазола в лечении расстройства адаптации у военнослужащих, уволенных из Вооружённых Сил. Воен.-мед. журнал. 2007;11:28-9.
94. Lung FW, Lee FY, Shu BC. The premorbid personality in military students with adjustment disorder. Military Psychology. 2006;18(1):77-88.
95. O'Connor BP, Cartwright H. Adjustment Disorder. In: Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology [Internet]. 2012; Wiley Online Library [cited 2022 Oct 10]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118156391.ebcp002021/abstract;jsessionid=3B05ADE90432EC480D8E32B44790723E.f04t01?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>
96. Шамрей ВК, Марченко АА, Абриталин ЕЮ. Резидуально-дефицитарные состояния при расстройствах невротического спектра. Социал. и клинич. психиатрия. 2013;23(4):14-8.
97. Ласый ЕВ, Паровая ОИ. Гендерные различия психических расстройств, клиничко-психопатологических характеристик и обращаемости за помощью лиц,

- предприймавших парасуїцид. Психіатрія, психотерапія і клініч. психологія. 2011;3(05):4-21.
98. Іванцова ГВ. Пов'язані зі стресом невротичні розлади у військовослужбовців, які отримали механічну травму (клініка, принципи профілактики) [автореферат]. Київ; 2008. 19 с.
99. Антипова ОС. Расстройства адаптации: современные подходы к диагностике и терапии. Неврология и психиатрия. 2013;1:2-8.
100. Semprini F, Fava GA, Sonino N. The spectrum of adjustment disorders: too broad to be clinically helpful. CNS spectrums. 2010;15(6):382-88.
101. Einsle F, Koullner V, Dannemann S. Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders. Psychol Health Med. 2010;15(5):584-95.
102. Шифнер НА. Расстройства адаптации у студентов (их клиника и динамика) [автореферат]. Москва; 2011. 25 с.
103. Шифнер НА, Бобров АЕ, Кулыгина МА. Клинические особенности и варианты динамики расстройств адаптации у студентов. Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. 2012;8:43-61.
104. Bley S, Einsle F, Maercker A. Evaluation of a new concept for diagnosing adjustment disorders in a psychosomatic setting. Psychotherapie, Psychosomatik Medizinische Psychologie. 2008;58(12):446-53.
105. Pelkonen M, Marttunen M, Henriksson M. Adolescent adjustment disorder: precipitant stressors and distress symptoms of 89 outpatients. Eur Psychiatry. 2007;22(5):288-95.
106. Соколова ИМ. Психофизиологические механизмы адаптации студентов. Харьков; 2007. 412 с.
107. Vivekananda K, Telley A, Trethowan S. A five year study on psychological distress within a university counselling population. J Aust N Z Stud Serv Assoc. 2011;37:39-57.
108. Harrer M, Adam SH, Baumeister H, Cuijpers P, Karyotaki E, Auerbach RP, et al. Internet interventions for mental health in university students: a systematic review and meta-analysis. Int J Methods Psychiatr Res [Internet]. 2019 [cited 2022 Sep 30];28(2):e1759.

Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6877279/pdf/MPR-28-e1759.pdf> DOI: 10.1002/mpr.1759

109. Марценковский ИА. Приоритетные вопросы охраны психического здоровья. О результатах совещания европейских национальных координаторов программы психического здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ (Люцерн, 16-18 июня 2010 г.). *НейроNews*. 2010;5:8-10.

110. Thorley C. Not by degrees: improving student mental health in the UK's universities. London; Institute for Public Policy Research [Internet]. 2017 [cited 2022 Aug 20]. Available from: <https://www.ippr.org/files/2017-09/not-by-degrees-summarysept-2017.pdf>

111. Маркова МВ. Психопрофілактика порушення функціонування студентської сім'ї (медико-психологічні аспекти) [автореферат]. Харків; 2007. 36 с.

112. Murray CJ, Lopez AD, Wibulpolprasert S. Monitoring global health: time for new solutions. *BMJ*. 2004;329:1096-100. DOI: 10.1136/bmj.329.7474.1096

113. Evans SW, Serpell ZN, Schultz BK, Pastor DA. Cumulative benefits of secondary school-based treatment of students with attention deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review*. 2007;36(2):256-73. DOI: 10.1080/02796015.2007.12087943

114. Stallman HM. Psychological distress in university students: a comparison with general population data. *Aust Psychol*. 2010;45(4):249-57. DOI: 10.1080/00050067.2010.4821009

115. Напреєнко ОК, Марчук ТЕ. Клінічні варіанти перебігу стійких змін особистості після перенесеного катастрофічного переживання, як варіанти несприятливого перебігу посттравматичних стресових розладів. *Укр. вісн. психоневрології*. 2002;10(1):132-4.

116. Юрценюк ОС. Психологічні та соціальні чинники розвитку невротичних розладів у студентів (огляд літератури). *Буков. мед. вісник*. 2016;20(1):236-39. DOI: 10.24061/2413-0737.XX.1.77.2016.51

117. Пшук НГ, Слободянюк ДП. Роль психосоціальних чинників в генезі соціальної дезадаптації у студентської молоді. *Укр. вісн. психоневрології*. 2015;23(2):86-91.



118. Кожина ГМ, Маркова МВ, Гриневич ЄГ. Проблеми адаптації студентів до навчальної діяльності у ВУЗі в умовах кредино-модульної системи освіти. *Наук.-інформ. вісн. Академії наук вищої освіти України*. 2013;3:87-93.
119. Пашковський ВМ, редактор. Удосконалення ранньої діагностики та диференційованого лікування пацієнтів з непсихотичними психічними розладами з урахуванням стану нервової системи. Чернівці: Технодрук; 2019. 323 с.
120. Табачников СІ, Мельник АВ. Роль громадського суспільства у формуванні державної політики щодо охорони психічного здоров'я населення України. *Архів психіатрії*. 2005;11(1):17-21.
121. Мещерякова ИН. Особенности мотивации учебной деятельности студентов-психологов различных курсов. *Изв. Воронеж. гос. пед. университета*. 2015;269(4):137-9.
122. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні. Інформаційно-аналітичний огляд за 2008-2012 рр. Київ; 2013. 202 с.
123. Марута НО, Каленська ГЮ, Явдак ІО, Малюта ЛВ. Розлади психічного здоров'я у внутрішньо переміщених осіб. *Укр. вісн. психоневрології*. 2018;26(2):68-71.
124. Кожина АМ, Маркова МВ, Гриневич ЄГ, Зеленская ЕА. К проблеме адаптационного синдрома студентов младших курсов ВУЗов III–IV уровней аккредитации. *Архів психіатрії*. 2011;17(4):32-5.
125. Башкиров АА, Седова ЛМ. Методы и средства повышения умственной работоспособности студентов в процессе адаптации к учебной деятельности (методические указания). Казань; 1986. 23 с.
126. Пшук НГ. Предиктори формування процесу психосоціальної реабілітації психічно хворих. *Укр. вісн. психоневрології*. 2010;18(3):145.
127. Клепач ЮВ, Разуваева ОО. Особенности учебно-профессиональной мотивации и тревожности у студентов-психологов и студентов медицинского колледжа. *Изв. Воронеж. гос. пед. университета*. 2015;269(4):140-3.
128. Смирнова СВ. Актуальные вопросы адаптации и психологического сопровождения обучения студентов высших медицинских учебных заведений.

- Научное обозрение. Медицинские науки [Интернет]. 2016 [цитировано 2022 Авг 30];3:128-33. Доступно: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=898>
129. Бойко СТ, Царенко ЛГ. Трансформація традиційних уявлень про здоров'я та добробут в умовах збройних конфліктів в Україні. В: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. Особистість, сім'я та суспільство: питання педагогіки, психології, політології та соціології; 2017 Черв 16-17; Шумен. Шумен; 2017, с. 164-167.
130. Пинчук ИЯ. Распространенность психических расстройств в Украине. Журн. Нац. акад. мед. наук України. 2010;16(1):168-76.
131. Соловьёв ВН. Влияние адаптации и мотивации учебной деятельности на успеваемость студентов. Фундамент. исследования. 2004;5:81-3.
132. Алексеева ТВ, Луньов ВС. Молодіжні субкультури: розбіжності у світогляді і способі життя. В: Девіантологія: навч. посіб. У 2-х ч. Київ: Планер; 2018. Ч 1; 674 с.
133. Mayer S, van der Gaag RJ, Dom G, Wassermann D, Gaebel W, Falkai P, et al. European Psychiatric Association. European Psychiatric Association (EPA) guidance on post-graduate psychiatric training in Europe. Eur Psychiatry. 2014;29(2):101-6. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2014.01.002
134. Гавенко ВЛ, Бітенський ВС, редактори. Психіатрія і наркологія: підруч. 2-ге вид., перероб. і допов. Київ: Медицина; 2015. 512 с.
135. Хаустов ММ. Клініко-психологічні та патопсихологічні особливості станів психічної дезадаптації у студентів медичного закладу вищої освіти. Архів психіатрії. 2019;25(2):98-101. DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.2.98-101
136. Дубина МІ, Табачников СІ, Волошин ПВ. Психічне здоров'я як передумова здоров'я нації. Міжнар. психіатр., психотерапевт. та психоаналіт. журнал. 2014;7(4):6-11.
137. Лобунець ГЮ. Проблема розладів психічної сфери студентів, які мають інвалідність. Мед. психологія. 2012;7(4):48-50.
138. Гавенко ВЛ, Лещина ІВ, Мозговая ТП. Скринінгова діагностика непсихотичних психічних розладів у студентів-медиків. Вісн. пробл. біології і медицини. 2014;1(3):59-63.

139. Тимербулатов ВМ, Кайбышев ВТ, Зулькарнаев ТР, Савлуков АИ, Юлдашев ВЛ. Роль вуза в формировании врачебных кадров и сохранении их здоровья. Медицина труда и промышленная экология. 2005;7:17-20.
140. Марута НА, Явдак ИА, Козидубова СМ, Смольская ЭЛ, Канцедал ТВ. Эпидемиология психических расстройств в Украине на современном этапе. В: Материалы науч.-практ. конф. Вопросы пограничной психиатрии, психотерапии, медицинской психологии; 1999; Харьков. Харьков; 1999, с. 72-5.
141. Волошин ПВ, Марута НО, редактори. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика). Харків; 2016. 335 с.
142. Заболотна ВО. Соціально-психологічні технології корекції рівня стресу в організаціях. Акт. пробл. соціології, психології, педагогіки. 2015;2:26-34.
143. Berking M, Wupperman P. Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Curr Opin Psychiatry*. 2012;25(2):128-34. DOI: 10.1097/YCO.0b013e3283503669
144. Шифнер НА, Бобров АЕ, Кулыгина МА. Клинико-динамическая характеристика расстройств адаптации у студентов. *Ученые записки*. 2011;18(4):64-6.
145. Тимербулатов ВМ, Кайбышев ВТ, Зулькарнаев ТР, Савлуков АИ, Юлдашев ВЛ. Роль вуза в формировании врачебных кадров и сохранении их здоровья. *Мед. труда и промышленная экология*. 2005;7:17-20.
146. Харченко СВ. Деадаптація студентів в умовах навчання у вищій школі як фактор прояву стресу. *Пробл. сучас. психології*. 2009;6(Ч. 2):323-32. DOI: 10.32626/2227-6246.2009-6.%p
147. Вьюн ВВ. Система медико-психологічної підтримки лікаря у період адаптації до професійної діяльності. *Архів психіатрії*. 2016;22(4):64-7.
148. Кожина ГМ, Маркова МВ, Гриневич ЄГ. Проблеми адаптації студентів до навчальної діяльності у ВУЗі в умовах кредино-модульної системи освіти. *Наук.-інформ. вісн. Академії наук вищої освіти України*. 2013;3:87-93.

149. Соловьев ГМ, Соловьев НИ. Здоровьесберегающая система в обеспечении качества образования, здоровья и формирования культуры здорового образа жизни учащейся молодежи. Москва; 2009. 264 с.
150. Калошин ВФ. Стрес у педагогічній діяльності. В: Павлютенкова ЄМ, Крижко ВВ. Конфлікти: сутність і подолання. Харків: Основа; 2008, с. 107-220.
151. Чуркин АА, Берсенев АВ. Клинико-динамические особенности формирования пограничных психических расстройств у учащейся молодежи. Рос. психиатр. журнал. 2003;5:21-4.
152. Lungu A, Sun M. Time for a change: college students' preference for technology-mediated versus face-to-face help for emotional distress. *Telemed J E Health*. 2016;22(12):991-1000. DOI: 10.1089/tmj.2015.0214
153. Лазовская ОЕ. Актуальные проблемы в изучении депрессивных расстройств у студентов вузов. *Мед. журнал*. 2010;2:15-9.
154. Ang RP, Huan VS. Relationship between Academic Stress and Suicidal Ideation: Testing for Depression as a Mediator Using Multiple Regression. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2006;37(2):133-43. DOI: 10.1007/s10578-006-0023-8
155. Александровский ЮА. Пограничные психические расстройства. Москва: Медицина; 2000. 496 с.
156. Cai D, Zhu M, Lin M, Zhang XC, Margraf J. The bidirectional relationship between positive mental health and social rhythm in college students: a three-year longitudinal study. *Front Psychol* [Internet]. 2017 [cited 2022 Aug 21];8:1119. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5492866/pdf/fpsyg-08-01119.pdf> DOI: 10.3389/fpsyg.2017.01119
157. Christensson A, Vaez M, Dickman PW, Runeson B. Self-reported depression in first-year nursing students in relation to socio-demographic and educational factors: a nationwide cross-sectional study in Sweden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46(4):299-310. DOI: 10.1007/s00127-010-0198-y
158. Belfeld C, Britton J, Dearden L, van der Erve L. Higher Education in England: past, present and options for the future. IFS Briefing Note BN211 [Internet]. Institute for Fiscal

- Studies; 2017 [cited 2022 Apr 12]. 42 p. Available from: <https://dera.ioe.ac.uk/33177/1/BN211.pdf>
159. Кожина ГМ, Гуменюк ЛМ, Зеленська КО. Психопрофілактика порушень адаптації першокурсників до навчальної діяльності у вищому навчальному закладі в умовах кредитно-модульної системи освіти. Мед. психологія. 2011;6(4):78.
160. Цивилько МА, Ильин МА. Клинические особенности пограничных психических нарушений у студентов. Вестн. Рос. ун-та Дружбы народов. Сер.: Медицина. 2003;5:71-3.
161. Shepard JD. Additive pressor effects of caffeine and stress in male medical students at risk for hypertension. Am J Hypertens. 2000;13(5 Pt 1):475-81. DOI: 10.1016/S0895-7061(99)00217-4
162. Левина ИЛ. Педагогический мониторинг как основа инновационной технологии психолого-педагогического сопровождения процесса обучения. В: Чеченин ГИ, редактор. Среда обитания, состояние здоровья населения г. Новокузнецка в 2008-2009 гг. Новокузнецк; 2010, с. 30-51.
163. Пашковський ВМ, редактор. Удосконалення ранньої діагностики та диференційованого лікування пацієнтів з непсихотичними психічними розладами з урахуванням стану нервової системи. Чернівці: Технодрук; 2019. 323 с.
164. Rasing SP, Creemers DH, Janssens JM, Scholte RH. Depression and Anxiety Prevention Based on Cognitive Behavioral Therapy for At-Risk Adolescents: A Meta-Analytic Review. Front Psychol [Internet]. 2017 [cited 2022 Aug 10];8:1066. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5487592/pdf/fpsyg-08-01066.pdf> DOI: 10.3389/fpsyg.2017.01066
165. Брагина КР. Тревожная и депрессивная симптоматика в рамках невротических и адаптационных расстройств у студентов-медиков на различных этапах обучения. Вісн. Вінниц. держ. мед. університету. 2003;7(2-2):849-51.
166. Гавенко НВ. Пограничні психічні розлади у студентів (клініка, діагностика, систематика). Укр. вісн. психоневрології. 2002;10(4):51-3.
167. Гавенко НВ. Принципи психотерапії у студентів-медиків з порушенням психічної адаптації. Експеримент. і клініч. медицина. 2006;2:134-7.

168. Юрценюк ОС, Карвацька НС, Савка СД, Ротар СС, Курик ВІ. Психопрофілактика та психокорекція неспсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів (огляд літератури). Буков. мед. вісник. 2017;21(1):235-8. DOI: 10.24061/2413-0737.XXI.1.81.2017.50
169. Чабан ОС, Хаустова ОО, Трачук ЛЄ. Шляхи підвищення ефективності навчання студентів за спеціальністю «Медична психологія». Мед. психологія. 2016;11(1):3-8.
170. Юрценюк ОС. Частота та структура неспсихотичних психічних розладів у студентів залежно від статі, курсу, форми навчання та спеціалізації. Буков. мед. вісник. 2019;23(3):107-11. DOI: 10.24061/2413-0737.XXIII.3.91.2019.69
171. Maercker A, Bachem RC, Lorenz L, Moser CT, Berger T. Adjustment Disorders Are Uniquely Suited for eHealth Interventions: Concept and Case Study. JMIR Ment Health [Internet]. 2015 [cited 2022 Aug 18];2(2):e15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4607384/> DOI: 10.2196/mental.4157
172. Brailovskaia J, Schönfeld P, Zhang XC, Bieda A, Kochetkov Y, Margraf J. Across-cultural study in Germany, Russia, and China: are resilient and social supported students protected against depression, anxiety, and stress? Psychol Rep. 2018;121(2):265-81. DOI: 10.1177/0033294117727745
173. Svedberg P, Eriksson M, Boman E. Associations between scores of psychosomatic health symptoms and health-related quality of life in children and adolescents. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2013 [cited 2022 Sep 15];11:176. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3831247/pdf/1477-7525-11-176.pdf> DOI: 10.1186/1477-7525-11-176
174. Швидкий ОВ. Гігієнічна оптимізація навчання і заходи щодо охорони здоров'я студентів медичних училищ в умовах реформованої освіти [автореферат]. Донецьк; 2003. 18 с.
175. Юрценюк ОС. Психологічні та соціальні чинники розвитку невротичних розладів у студентів (огляд літератури). Буков. мед. вісник. 2016;20(1):236-39. DOI: 10.24061/2413-0737.XX.1.77.2016.51
176. Герасименко ЛО. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). Укр. вісн. психоневрології. 2018;26(1):62-5.

177. Вьюн ВВ. Принципи та алгоритми психотерапевтичної корекції розладів адаптації у лікарів-інтернів. Укр. вісн. психоневрології. 2017;25(3):26-8.
178. Кожина ГМ, Маркова МВ, Маракушин ДІ, Зеленська КО, Хаустов ММ, Зеленська ГМ. Комплексна система психопрофілактики розвитку станів дезадаптації у студентів перших років навчання. Архів психіатрії. 2016;22(4):51-5.
179. Юрценюк ОС. Діагностика та лікування депресивних та тривожних розладів у студентів. Клініч. та експеримент. патологія. 2019;18(3):101-6. DOI: 10.24061/1727-4338.XVIII.3.69.2019.17
180. Goldstein LE, Fisher AM, Tagge ChA, Zhang XL, Velisek L, Sullivan JA, et al. Chronic Traumatic Encephalopathy in Blast-Exposed Military Veterans and a Blast Neurotrauma Mouse Model. *Sci Transl Med* [Internet]. 2012 [cited 2022 Aug 27];4(134):134ra60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3739428/pdf/nihms484012.pdf> DOI: 10.1126/scitranslmed.3003716
181. Kessing LV, Bukh JD. The clinical relevance of qualitatively distinct subtypes of depression. *World Psychiatry*. 2017;16(3):318-9. DOI: 10.1002/wps.20461
182. Красик ЕД, Положий БС, Крюков ЕА. Нервно-психические заболевания у студентов. Томск; 1982. 115 с.
183. Алексеева ТВ, Луньов ВС. Молодіжні субкультури: розбіжності у світогляді і способі життя. В: Девіантологія: навч. посіб. У 2-х ч. Київ: Планер; 2018. Ч 1; 674 с.
184. Gunnell D, Caul S, Appleby L, John A, Hawton K. The incidence of suicide in University students in England and Wales 2000/2001–2016/2017: record linkage study. *J Affect Disord*. 2020;261:113-20. DOI: 10.1016/j.jad.2019.09.079
185. Юрценюк ОС. Шляхи подолання стресу в навчальній діяльності студента. Архів психіатрії. 2019;25(3):160-3.
186. Pashkovskyy VM, Yurtsenyuk OS. Comorbidity of non-psychotic mental disorders and neurologic symptoms among young people. *Wiadomości Lekarskie*. 2020;8:1605-9. DOI: 10.36740/WLek202008103
187. Yurtsenyuk O, Antofijchuk I. The anxiety level of medical students. *Акт. питання суспільних наук та іст. медицини*. 2015;2:70-4.

188. Пипа ЛВ, Лисиця ЮМ, Свістільник РВ. Соматоформні (психосоматичні) розлади у дітей. Актуальність проблеми в сучасній педіатричній практиці (частина II). *Соврем. педиатрия*. 2015;4:135-9. DOI: 10.15574/SP.2015.68.135
189. Батрымбетова СА. Самооценка здоровья и основные проблемы студенческой молодежи. В: *Материалы межрегион. науч.-практ. юбилей. конф. Проблемы здоровьесбережения школьников и студентов. Новые научные тенденции в медицине и фармации*; 2008 Фев 6-7; Воронеж. Воронеж: ВГУ; 2008, с. 46-48.
190. Смирнов ММ. Динамика и распространенность пограничных психических расстройств у студентов юношеского возраста [автореферат]. Москва; 1994. 19 с.
191. Юрценюк ОС. Рівень тривожності у студентів-медиків. *Клін. Та експеримент. патологія*. 2015;14(4):190-4. DOI: 10.24061/1727-4338.XIV.4.54.2015.43
192. Auerbach RP, Alonso J, Axinn WG, Cuijpers P, Ebert DD, Green JG, et al. Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychol Med*. 2016;46:2955-70. DOI: 10.1017/S0033291716001665
193. Марута НО, Панько ТВ, Каленська ГЮ. Структура психопатологічних проявів у внутрішньо переміщених осіб. *Укр. вісн. психоневрології*. 2019;27(Вип. 2):33-7. Доступно: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp\\_2019\\_27\\_2\\_10](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2019_27_2_10)
194. Ощепкова ВС. Особенности социально-психологической адаптации вынужденных мигрантов из Украины. *Гуманитар. науч. исследования*. 2017;12:23-33.
195. Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб. Закон України від 29.10.2022 № 2622-IX. [Інтернет]. [цитовано 2022 Жовт 10]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1706-18#Text>
196. Assessing mental health and psychosocial needs and resources: Toolkit for humanitarian settings. World Health Organization (WHO) and United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Geneva: WHO; 2012. 82 с.
197. Frankova I. Огляд матеріалів 29-го конгресу Європейської колегії нейропсихофармакології: Життя на межі: стрес, травма та психопатологія. *Психосоматична мед. та загальна практика* [Інтернет]. 2017 [цитовано 2022 Квіт 28];2(1). Доступно: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/15>



198. Cameron A, Palm K, Follette V. Reaction to stressful life events: What predicts symptom severity? *J of Anxiety Disorders*. 2010;24(6):645-9. DOI: 10.1016/j.janxdis.2010.04.008
199. De Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M. Mental disorders in postconflict settings. *Lancet*. 2003;361(9375):2128-30.
200. Hollander AC, Dal H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride JB, Dalman C. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ*. 2016;352:i1030.
201. Bramsen IP, Ploeg HM. Fifty years later: the long-term psychological adjustment of ageing World War II survivors. *Acta Psychiatr Scand*. 1999;100(5):350-58.
202. Londeborg PD, Wolkow R, Smith WT, DuBoff E, England D, Ferguson J, et al. Sertraline in the treatment of panic disorder. A multisite, double-blind, placebocontrolled, fixed-dose investigation. *British J of Psychiatry*. 1998;173:54-60.
203. Strine TW, Chapman DP, Kobau R, Balluz L. Associations of self-reported anxiety symptoms with health-related quality of life and health behaviors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(6):432-8.
204. Broers T, Hodgetts G, Batic-Mujanovic O, Petrovic V, Hasanagic M, Godwin M. Prevalence of mental and social disorders in adults attending primary care centres in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J*. 2006;47(3):478-84.
205. Silove D, Bateman CR, Brooks RT, Fonseca CZ, Steel Z, Rodger J, et al. Estimating clinically relevant mental disorders in a rural and an urban setting in postconflict Timor-Leste. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(10):1205-12.
206. Sato S, Yamakawa Y, Terashima Y, Ohta H, Asada T. Efficacy of milnacipran on cognitive dysfunction with post-stroke depression: preliminary openlabel study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2006;60(5):584-9.
207. Spinhoven P, Penninx BW, Van Hemert AM, De Rooij M, Elzinga BM. Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: Prevalence and shared risk factors. *Child Abuse & Neglect*. 2014;38(8):1320-30. DOI: 10.1016/j.chiabu.2014.01.017

208. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2008;S(1):37-85. DOI: 10.1037/1942-9681.S.1.37
209. Wasserstein RL, Schirm AL, Lazar NA. Moving to a world beyond “ $p < 0.05$ ”. *Am Stat* [Internet]. 2019 [cited 2022 Aug ];73(1):1-19. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00031305.2019.1583913> DOI: 10.1080/00031305.2019.1583913
210. Harvey AG, Gumpert NB. Evidence-based psychological treatments for mental disorders: Modifiable barriers to access and possible solutions. *Behaviour research and therapy*. 2015;68:1-12. DOI: 10.1016/j.brat.2015.02.004
211. Караваева ТА, Васильева АВ, Полторак СВ. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожнофобических, панического и генерализованного тревожного расстройств). *Обзор психиатр. и мед. психологии им. ВМ. Бехтерева*. 2016;4:42-52.
212. Мартынюк ЮО. Когнитивная терапия депрессивных состояний. *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. 2016;2:29-33.
213. Крадинова ЕА, Кулик ЕИ, Назарова ЕВ. Физические факторы в комплексном лечении пограничных психических расстройств. *Вестн. физиотерапии и курортологии*. 2018;2:77-82.
214. Gaebel W, Zäske H, Cleveland HR, Zielasek J, Stuart H, Arboleda-Florez J, et al. Measuring the stigma of psychiatry and psychiatrists: development of a questionnaire. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2011;261(Suppl 2):S119-23. DOI: 10.1007/s00406-011-0252-0
215. Janouskova M, Weissova A, Formanek T, Pasz J, Motlova LB. Mental illness stigma among medical students and teachers. *Int J Soc Psychiatry*. 2017;63(8):744-51. DOI: 10.1177/0020764017735347
216. Takeuchi J, Sakagami Yu. Stigma among international students is associated with knowledge of mental illness. *Nagoya J Med Sci*. 2018;80(3):367-78. DOI: 10.18999/nagjms.80.3.367

217. Milin R, Kutcher S, Lewis SP, Walker S, Wei Y, Ferrill N, et al. Impact of a Mental Health Curriculum on Knowledge and Stigma Among High School Students: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(5):383-91. DOI: 10.1016/j.jaac.2016.02.018
218. Hankir AK, Northall A, Zaman R. Stigma and mental health challenges in medical students. *BMJ Case Rep [Internet]*. 2014 [cited 2022 Aug 20]:bcr2014205226. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4158203/pdf/bcr-2014-205226.pdf> DOI: 10.1136/bcr-2014-205226
219. Табачников СІ, Мельник АВ. Роль громадського суспільства у формуванні державної політики щодо охорони психічного здоров'я населення України. *Архів психіатрії*. 2005;11(1):17-21.
220. Москаленко ВФ, Горбань ЄМ, Табачников СІ. Роль і місце соціальної психіатрії у сучасному суспільстві. *Укр. вісн. психоневрології*. 2002;10(1):9-11.
221. Чабан ОС. Неврозы: патоморфоз, концепция, пространство и территория. Тернополь: Збруч; 1997. 161 с.
222. Margraf J, Lavallee K, Zhang XC, Schneider S. Social rhythm and mental health: a cross-cultural comparison. *PLoS One [Internet]*. 2016 [cited 2022 Sep 21];11(3):e0150312. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4783111/pdf/pone.0150312.pdf> DOI: 10.1371/journal.pone.0150312
223. Юрценюк ОС. Комплексне лікування неспихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів. *Клін. та експеримент. патологія*. 2020;19(1):127-32. DOI: 10.24061/1727-4338.XIX.1.71.2020.19
224. Руженкова ВВ. Динамика значимости учебных стрессовых факторов и проявлений стресса у студентов медиков после реализации программы «Стрессменеджмент». *Вестн. психотерапии*. 2019;70:130-44.
225. Melaku L, Mossie A, Negash A. Stress among Medical Students and Its Association with Substance Use and Academic Performance. *J of Biomedical Education [Internet]*. 2015 [cited 2022 Aug 18];2015:ID149509. Available from: <http://downloads.hindawi.com/archive/2015/149509.pdf> DOI: 10.1155/2015/149509

226. Кожевникова НГ. Особенности заболеваемости студентов вуза. Гигиена и санитария. 2011;4:59-62.
227. Кожина АМ, Гайчук ЛМ, Шикова ВВ. Ефективність психоосвітніх програм в наданні допомоги особам, що перенесли екстремальні події. Укр. вісн. психоневрології. 2015;23(2):109-10.
228. Kötter T, Tautphäus Y, Obst KU, Voltmer E, Scherer M. Health-promoting factors in the freshman year of medical school: a longitudinal study. *Med Educ*. 2016;50(6):646-56. DOI: 10.1111/medu.12987
229. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Москва: Академический проект; 2009. 208 с.
230. Tran A, Tran L, Geghre N, Darmon D, Rampal M, Brandone D, et al. Health assessment of French university students and risk factors associated with mental health disorders. *PLoS One* [Internet]. 2017 [cited 2022 Sep 26];12(11):e0188187. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5703533/pdf/pone.0188187.pdf> DOI: 10.1371/journal.pone.0188187
231. Швидкий ОВ. Гігієнічна оптимізація навчання і заходи щодо охорони здоров'я студентів медичних училищ в умовах реформованої освіти [автореферат]. Донецьк; 2003. 18 с.
232. Юрценюк ОС, Поліщук ОЮ, Ротар СС. Соціально-психологічні фактори, що впливають на розвиток непсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів. В: Матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф. Медична психологія: здобутки, розвиток та перспективи; 2015 Жов 22-24; Київ. Київ; 2015, с. 82-83.
233. Forbes D, Creamer M, Bisson JI. A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. *J of Traumatic Stress*. 2010;23:537-52.
234. Haagen JF, Smid GE, Knipscheer JW. The efficacy of recommended treatments for veterans with PTSD: A metaregression analysis. *Clinical Psychology Review*. 2015;40:184-94.
235. Hensley BJ. *An EMDR Therapy Primer. Second Edition. From Practicum to Practice*. New York: Springer Publishing Company; 2016. 520 p.

236. EMDRIA'S Definition of EMDR. EMDR International Association [Internet]. 2012 [cited 2022 Oct 10]. Available from: [https://c.ymcdn.com/sites/emdria.site-ym.com/resource/resmgr/2018\\_CFP/PDF/02\\_EMDRIA\\_Definition\\_of\\_EMDR.pdf](https://c.ymcdn.com/sites/emdria.site-ym.com/resource/resmgr/2018_CFP/PDF/02_EMDRIA_Definition_of_EMDR.pdf)
237. Arellano MA, Lyman DR, Jobe-Shields L. Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents: Assessing the Evidence. *Psychiatr Serv.* 2014;65(1.5):591-602.
238. Юрценюк ОС. Сім'я, як фактор формування непсихотичних психічних розладів (огляд літератури). *Буков. мед. вісник.* 2015;19(4):237-40. DOI: 10.24061/2413-0737.XIX.4.76.2015.251
239. Гавенко ВЛ, Гавенко НВ, Бойко ВВ. Дезадаптивныe расстройства у студентов медиков. В: *Материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием. Новые подходы к диагностике, лечению и реабилитации психических заболеваний;* 2010 Ноябрь 9-12; Харьков. Харьков; 2010, с. 112-113.
240. Markova M, YaruJ V. Behavioral addiction as a codependence's manifestation of wife men with alcohol dependence. In: *Materials WPA Congress Psychiatric epidemiology meets genetics: the public health consequences;* 2016 Mar 29-Apr 01; Munich. Munich; 2016, p. 54-55.
241. Колотильщикова ЕА. Психотерапия невротических расстройств: психологические факторы и механизмы. *Вестн. психиатр. и психологии Чувашии.* 2015;11(2):146-70.
242. Михайлов БВ, Табачников СИ, Витенко ИС, Чугунов ВВ. *Психотерапия: учеб.* Харьков: Око; 2002. 768 с.
243. Эльзессер АС, Кадыров РВ, Маркелова ЕВ. Эффективность краткосрочной психотерапии депрессивных и тревожных расстройств. *Вестник Кемеров. гос. университета.* 2018;2:122-30.
244. Рахман ЛВ. Концептуальні чинники розвитку та принципи лікування терапевтично резистентних депресій. *Укр. вісн. психоневрології.* 2016;24, Вип. 1(86):104-10.
245. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder, Second Edition. *Am J Psychiatry* 2009 January:1-90. [Internet]. [cited

- 2022 Oct 10]. Available from: [http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/panicdisorder.pdf](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/panicdisorder.pdf)
246. Brown JS. Student mental health: some answers and more questions. *Ment Health*. 2018;27(3):193-6. DOI: 10.1080/09638237.2018.1470319
247. Иванец НН, Кинкулькина МА, Тартынский КМ, Кренкель ГЛ. Особенности психофармакотерапии депрессивных состояний с паническими атаками. *Журн. неврологии и психиатрии им. СС. Корсакова*. 2018;118(4):65-9. DOI: 10.17116/jnevro20181184165-69
248. Ólason M, Andrason RH, Jónsdóttir IH, Kristbergisdóttir H, Jensen MP. Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in an Interdisciplinary Rehabilitation Program for Chronic Pain: a Randomized Controlled Trial with a 3-Year Follow-up. *Int J Behav Med*. 2018;25(1):55-66. DOI: 10.1007/s12529-017-9690-z
249. Напреевко ОК, Юрценюк ОС. Особливості діагностики, профілактики, психотерапії та фармакотерапії непсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів. *Укр. вісн. психоневрології*. 2020;28(1):64-8. DOI: 10.36927/20790325-V28-is1-2020-14
250. Аксенов ММ, Гычев АВ, Белокрылова МФ, Семке ВЯ, Ветлугина ТП, Никитина ВБ, и др. Стрессоустойчивость и дезадаптация при непсихотических психических расстройствах (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СОРАМН, 2009-2012 гг.). *Сибир. вестн. психиатрии и наркологии*. 2013;4:11-8.
251. Тукаев РД, Кузнецов ВЕ, Москаленко ДА, Петраш НМ. Оценка эффективности психотерапии при расстройствах невротического регистра: проблемы, ограничения, возможности. *Социал. и клин. психиатрия*. 2013; 23(3): 92-8.
252. Bottesi G, Spoto A, Freeston MH, Sanavio E, Vidotto G. Beyond the score: clinical evaluation through formal psychological assessment. *J Pers Asses*. 2015;97(3):252-60. DOI: 10.1080/00223891.2014.958846
253. Малышев ИВ. Характеристика социально-психологической адаптации и копинг-стратегий личности в разных условиях социализации. *Современные исследования социальных проблем [Интернет]*. 2012 [цитировано 2022 Авг 26];12.

Доступно: <https://cyberleninka.ru/article/n/harakteristika-sotsialno-psihologicheskoyadaptatsii-i-koping-strategiy-lichnosti-v-raznyh-usloviyah-sotsializatsii/viewer>

254. Юрценюк ОС, Ротар СС. Предиктори тривожних розладів у студентів вищих навчальних закладів. В: Матеріали XXIV Всеукр. наук.-практ. інтернетконф. Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку; 2016 Черв 25-26; Переяслав-Хмельницький. Переяслав-Хмельницький; 2016:132-135.
255. Кіосєва ОВ. Адаптивний кейс-менеджмент у системі психопревенції адаптивних порушень психоосвітньої спрямованості щодо студентської молоді, яка має досвід вживання психоактивних речовин. Архів психіатрії. 2016;22(4):59-63.
256. Кожина ГМ, Маркова МВ. Діагностика порушень адаптації у студентів молодших курсів ВНЗ. В: Матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвяч. 150-річчю курорту «Березівські мінеральні води» та 50-річчю кафедри психотерапії ХМАПО; 2012 Жовт 10-12; Харків. Т. 2, Сучасні методи діагностики, лікування і реабілітації психічних і соматичних розладів психогенного походження (XV Платонівські читання); 2012, с. 117-118.
257. Hope V, Henderson M. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. Med Educ. 2014;48(10):963-79. DOI: 10.1111/medu.12512
258. Киосєва ЕВ. Психопатологическая характеристика эмоциональной сферы у студентов младших курсов. Укр. вісн. психоневрології. 2016;24(1):60-3.
259. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. J Psychosom Res. 1967 Aug;11(2):213-8. Шевеленкова ТД, Фесенко ПП. Психологическое благополучие личности. Психолог. диагностика. 2005;3:95-121.
260. Derogatis LR. SCL-90-R: Administration, Scoring of Procedures Manual-II for the R (Revised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series. Clinical Psychometric Research Incorporated. 1992:5-71.
261. Бизюк АП, Вассерман ЛИ, Иовлев БВ. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): метод. рек. Санкт-Петербург; 1997. 23 с.

262. Малкова ЛД. Шкала астенического состояния (ШАС) [Интернет]. [цитировано 2022 Авг 26]. Доступно: <http://psycabi.net/testy/129-test-dlya-diaagnostiki-astenii-shkala-astenicheskogosostoyaniya-shas-l-d-malkovoj>
263. Schmieschek H. Questionnaire for the determination of accentuated personalities. *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie*. 1970;22(10): 378-81.
264. Рассказова ЕИ, Гордеева ТО, Осин ЕН. Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции: психометрические характеристики и возможности применения методики СОРЕ. *Психология. Журн. Высшей шк. экономики*. 2013;10(1):82-118.
265. Марута НА, Панько ТВ, Явдак ИА, Семькина ЕЕ. Критерий качества жизни в психиатрической практике. Харьков: РИФ Арсис ЛТД; 2004. 240 с.
266. Шевеленкова ТД, Фесенко ПП. Психологическое благополучие личности. *Психолог. диагностика*. 2005;3:95-121.
267. Антомонов МЮ. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных. 2-е изд. К.: МИЦ «Мединформ»; 2018. 579 с.
268. Сторожук ВП, Кустовська ОВ, Ткач ЄІ, Шост ІМ та ін. Теорія статистики : курс лекцій; За ред. Є.І. Ткача. Тернопіль : Економічна думка; 2006. Ч.1. 224 с.



## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

*Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:*

1. Yuryeva L.M., Sharun A.I. Adjustment disorder among students, who has suffered psychoemotional stress: systematic review of diagnostics, treatment and preventive care // Медичні перспективи. 2021. Т. 26, № 4. С. 47 – 51. *(Дисертантом особисто проведено аналіз літературних джерел, описані матеріали, сформульовано висновки, підготовлено матеріал до публікації).*

2. Шарун А.І. Особливості психосоціальної адаптації студентів медичного коледжу, що перенесли психоемоційний стрес // Український медичний часопис. 2021. №3(143) - V/VI. С. 89 – 92. DOI:10.32471/umj.1680-3051.143.208967

3. Sharun A.I., Yuryeva L.M. Clinical-Psychopathological and Psychometric Features of Maladaptive Disorders which are a Characteristic of Students who Have Experienced Psycho-Emotional Stress // Медичні перспективи. 2022. Т. 27, № 2. С. 88 – 95. *(Особистий внесок дисертанта складався з проведення дослідження, формального аналізу, ресурсів, курації, написання початкового проекту, рецензування та редагування, візуалізації).*

4. Шарун А.І. Комплексна корекція стрес-асоційованих розладів у студентів закладів вищої освіти, що мали в анамнезі психотравмуючі події // Український медичний часопис. 2022. №1-2 (147-148) – I/II. С. 54 – 57. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.147.225986

*Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертаційної роботи:*

5. Юр`єва Л.М., Шарун А.І. Превенція розладів адаптації у студентів, що перенесли психоемоційний стрес // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Гендерні та вікові аспекти надання психіатричної допомоги», м. Харків, 15 – 16 травня 2019 року. *(Дисертантом особисто здійснено теоретичне обґрунтування дизайну дослідження, проведено клінічне обстеження, статистично опрацьовані результати, обґрунтовано висновки, підготовлено матеріал до публікації, здійснено підбір літератури та її узагальнення).*

6. Шарун А.І. Психосоціальна адаптація студентів медичного коледжу, що перенесли психоемоційний стрес // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Психіатрія, наркологія, клінічна психологія та загальна медична практики: міждисциплінарні питання сучасності», м. Київ, 22 – 23 квітня 2021 року.

7. Шарун А.І. Оцінка і аналіз психометричних показників якості життя студентів медичного університету, що перенесли психоемоційний стрес // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Якість медичних послуг в сфері психічного здоров'я», м. Харків, 20 – 21 травня 2021 року.

8. Шарун А.І. Профілактика розладів адаптації у студентів медичних закладів вищої освіти, що перенесли психоемоційний стрес // Матеріали науково-практичного симпозіуму з міжнародною участю «Персоніфіковані підходи щодо неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги», м. Харків, 7 – 8 жовтня 2021 року.

9. Sharun A.I. Adjustment disorder as a stress-related disorder in the community: a longitudinal study of medical students, who has suffered psycho-emotional stress // Proceedings of V International Scientific and Practical Conference Modern scientific research: achievements, innovations and development prospects. Berlin, Germany, 24 – 26 October 2021. P. 35 – 39.

10. Шарун А.І. Клініко-статистичний аналіз тривожності в рамках станів дезадаптації у студентів, що перенесли психоемоційний стрес // Матеріали XV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини», м. Запоріжжя, 19 листопада 2021 року.

11. Шарун А.І. Організація медико-психопатологічного моніторингу психічного здоров'я з точки зору персоніфікованого мультимодального підходу // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Психіатрія, наркологія, клінічна психологія та загальна медична практика: міждисциплінарні питання сучасності», м. Київ, 21 – 22 квітня 2022 року.

12. Шарун А.І. Особливості надання лікувально-реабілітаційної допомоги студентам з розладами адаптації, які зазнали психосоціального стресу // Матеріали VI Національного конгресу неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологія,

психіатрія та наркологія у сучасному світі: глобальні виклики та шляхи розвитку», м. Харків, 6 – 7 жовтня 2022 року.

13. Sharun A.I. Influence of high level of stress on the quality of life of medical students of higher education institutions // Proceedings of X International Scientific and Practical Conference “Modern research in world science”. Lviv, Ukraine, 25 – 27 December 2022. P. 67 – 72.

14. Шарун А.І. Клініко-статистичний аналіз тривожності в рамках станів дезадаптації у студентів, що перенесли психоемоційний стрес // Proceedings of IV International Scientific and Practical Conference “Progressive research in the modern world”, Boston, USA, 28 – 30 December 2022. P. 119 – 128.

**Додаток Б****Особова картка опитуваного**

1. Прізвище, ім'я, по батькові: \_\_\_\_\_
2. Дата народження: \_\_\_\_\_
3. Категорія, за якою призначена соціальна стипендія (за наявності необхідне підкреслити):
  - внутрішньо переміщена особа
  - дитина учасника АТО
4. Сімейний стан (необхідне підкреслити):
  - неodrужений/незаміжня
  - одружений/заміжня
  - розлучений(а)
  - інше
5. Початок навчання у ЗВО: \_\_\_\_\_
6. Де проживали раніше: \_\_\_\_\_
7. Де почались раніше: \_\_\_\_\_
8. Місце проживання на теперешній час (необхідне підкреслити):
  - гуртожиток
  - житло в найм
  - з рідними
  - інше
9. Скарги: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Стресогенний фактор, який є найбільш вагомим за останній час? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Чи звертались раніше за психологічною допомогою? \_\_\_\_\_
12. Чи була необхідність прийому заспокійливих засобів? \_\_\_\_\_

## Стресогенні життєві події

| №  | Життєві події                            | Кількість балів |
|----|--|-----------------|
| 1  | Смерть чоловіка (дружини)                | 100             |
| 2  | Розлучення                               | 73              |
| 3  | Смерть близького друга, родича           | 63              |
| 4  | Травма або хвороба                       | 53              |
| 5  | Одруження                                | 50              |
| 6  | Звільнення з роботи                      | 47              |
| 7  | Вихід на пенсію                          | 45              |
| 8  | Зміни у стані здоров'я члена родини      | 44              |
| 9  | Вагітність                               | 40              |
| 10 | Сексуальні проблеми                      | 39              |
| 11 | Поява нового члена сім'ї                 | 39              |
| 12 | Реорганізація на роботі                  | 39              |
| 13 | Зміни фінансового становища              | 38              |
| 14 | Зміна професії                           | 36              |
| 15 | Посилення конфліктності відносин         | 35              |
| 16 | Позика на велику покупку (велика позика) | 31              |
| 17 | Закінчення терміну виплати позики        | 30              |
| 18 | Син або дочка залишили сім'ю             | 29              |
| 19 | Проблеми з родичами чоловіка (дружини)   | 29              |
| 20 | Видатне особисте досягнення              | 28              |
| 21 | Початок або закінчення навчання          | 26              |
| 22 | Зміна умов життя                         | 25              |
| 23 | Відмова від певних звичок                | 24              |
| 24 | Проблеми з керівництвом                  | 23              |
| 25 | Зміна умов або годин роботи              | 20              |
| 26 | Невелика позика грошей у борг            | 17              |
| 27 | Зміна звичок, пов'язаних зі сном         | 16              |
| 28 | Зміна звичок, пов'язаних з харчуванням   | 15              |
| 29 | Відпустка                                | 13              |
| 30 | Новий рік                                | 12              |

## Акти впровадження

«ЗАТВЕРДЖУЮ»


Заступник директора  
з навчально-виробничої роботи  
Дніпровського базового  
медичного коледжу

 О.С. Федорин  
« 30 » вересня 2021 року



## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції:** Особливості формування і клініко-психопатологічні критерії дезадаптаційних розладів у студентів, що перенесли психоемоційний стрес.
2. **Установа-розробник:** Дніпровський державний медичний університет м. Дніпро, вул. Вернадського, 9  
Автори: Л.М. Юр'єва, А.І. Шарун  
**Джерело інформації:** Шарун А.І. Особливості психосоціальної адаптації студентів медичного коледжу, що перенесли психоемоційний стрес // Український медичний часопис. – 2021. – Випуск 3 (143). – С. 89-93.
3. **Де впроваджено:** В педагогічний процес за професійно-орієнтованою дисципліною медсестринство в психіатрії та наркології Дніпровського базового медичного коледжу.
4. **Термін впровадження:** з квітня 2021 року по теперішній час.
5. **Ефективність впровадження:** Впровадження в освітній процес запропонованої інформації при підготовці і проведенні лекцій та практичних занять із здобувачами освіти дозволило підвищити рівень теоретичних уявлень щодо виявлення критеріїв адаптаційних розладів у студентів груп підвищеного ризику, зокрема що зазнали психосоціального стресу.
6. **Зауваження, пропозиції:** зауважень немає.

зав. медсестринським відділенням Рибалка А.П.   
відповідальний за впровадження, посада, П.І.Б., підпис

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 Директор  
 Криворізького фахового  
 медичного коледжу  
 Л.О.Козенко  
 «\_\_\_\_\_» 20\_\_ року

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції:** Особливості формування і клініко-психопатологічні критерії дезадаптаційних розладів у студентів, що перенесли психоемоційний стрес.
2. **Установа-розробник:** Дніпровський державний медичний університет м. Дніпро, вул. Вернадського, 9  
 Автори: Л.М. Юр'єва, А.І. Шарун  
**Джерело інформації:** Шарун А.І. Особливості психосоціальної адаптації студентів медичного коледжу, що перенесли психоемоційний стрес // Український медичний часопис. – 2021. – Випуск 3 (143). – С. 89-93.
3. **Де впроваджено:** В навчально-виховний процес Криворізького фахового медичного коледжу.
4. **Термін впровадження:** з квітня 2021 року по теперішній час.
5. **Ефективність впровадження:** Впровадження в освітній процес запропонованої інформації при проведенні лекцій та практичних занять, а також при виховній роботі із здобувачами освіти дозволило знизити рівень дезадаптаційних розладів у студентів груп підвищеного ризику, зокрема тих, що зазнали психосоціального стресу.
6. **Зауваження, пропозиції:** зауважень немає.

*заступник керівника  
 з виховної роботи*   
 зав. відділенням  
 відповідальний за впровадження, посада, П.І.Б., підпис

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор  
 Нікопольського фахового  
 медичного коледжу



В.А.Капіпус

« 14 » 09 2022 року

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції:** Особливості формування і клініко-психопатологічні критерії дезадапційних розладів у студентів, що перенесли психоемоційний стрес.
2. **Установа-розробник:** Дніпровський державний медичний університет м. Дніпро, вул. Вернадського, 9  
 Автори: Л.М. Юр'єва, А.І. Шарун  
**Джерело інформації:** Шарун А.І. Особливості психосоціальної адаптації студентів медичного коледжу, що перенесли психоемоційний стрес // Український медичний часопис. – 2021. – Випуск 3 (143). – С. 89-93.
3. **Де впроваджено:** В навчально-виховний процес Нікопольського фахового медичного коледжу.
4. **Термін впровадження:** з квітня 2021 року по теперішній час.
5. **Ефективність впровадження:** Впровадження в освітній процес запропонованої інформації при проведенні лекцій та практичних занять, а також при виховній роботі із здобувачами освіти дозволило знизити рівень дезадапційних розладів у студентів груп підвищеного ризику, зокрема тих, що зазнали психосоціального стресу.
6. **Зауваження, пропозиції:** зауважень немає.

зав. відділенням Говоруха С.В.   
 відповідальний за впровадження, посада, П.І.Б., підпис



«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 Директор  
 Кам'янського фахового  
 медичного коледжу  
 Т.М.Тимченко  
 \_\_\_\_\_ 20\_\_ року



### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції:** Особливості формування і клініко-психопатологічні критерії дезадаптаційних розладів у студентів, що перенесли психоемоційний стрес.
2. **Установа-розробник:** Дніпровський державний медичний університет м. Дніпро, вул. Вернадського, 9  
 Автори: Л.М. Юр'єва, А.І. Шарун  
**Джерело інформації:** Шарун А.І. Особливості психосоціальної адаптації студентів медичного коледжу, що перенесли психоемоційний стрес // Український медичний часопис. – 2021. – Випуск 3 (143). – С. 89-93.
3. **Де впроваджено:** В навчально-виховний процес Кам'янського фахового медичного коледжу.
4. **Термін впровадження:** з квітня 2021 року по теперішній час.
5. **Ефективність впровадження:** Впровадження в освітній процес запропонованої інформації при проведенні лекцій та практичних занять, а також при виховній роботі із здобувачами освіти дозволило знизити рівень дезадаптаційних розладів у студентів груп підвищеного ризику, зокрема тих, що зазнали психосоціального стресу.
6. **Зауваження, пропозиції:** зауважень немає.

зав. відділенням Оксана Куцєва  
 відповідальний за впровадження, посада, П.І.Б., підпис

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор  
 Павлоградського фахового  
 медичного коледжу  
 В.І.Демиденко  
 « 3 » березня 2022 року



### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції:** Особливості формування і клініко-психопатологічні критерії дезадаптаційних розладів у студентів, що перенесли психоемоційний стрес.
2. **Установа-розробник:** Дніпровський державний медичний університет м. Дніпро, вул. Вернадського, 9  
 Автори: Л.М. Юр'єва, А.І. Шарун  
**Джерело інформації:** Шарун А.І. Особливості психосоціальної адаптації студентів медичного коледжу, що перенесли психоемоційний стрес // Український медичний часопис. – 2021. – Випуск 3 (143). – С. 89-93.
3. **Де впроваджено:** В навчально-виховний процес Павлоградського фахового медичного коледжу.
4. **Термін впровадження:** з квітня 2021 року по теперішній час.
5. **Ефективність впровадження:** Впровадження в освітній процес запропонованої інформації при проведенні лекцій та практичних занять, а також при виховній роботі із здобувачами освіти дозволило знизити рівень дезадаптаційних розладів у студентів груп підвищеного ризику, зокрема тих, що зазнали психосоціального стресу.
6. **Зауваження, пропозиції:** зауважень немає.

зав. відділенням *Назар Михайло Іванович*  
 відповідальний за впровадження, посада, П.І.Б., підпис