

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
Міністерство охорони здоров'я України

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
Міністерство охорони здоров'я України

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

Юрценюк Ольга Сидорівна

УДК: 616.89-008.454:616.127-005.8]-085

ДИСЕРТАЦІЯ

**Непсихотичні психічні розлади у студентів закладів вищої освіти
(закономірності формування, діагностика, профілактика, лікування та
реабілітація)**

14.01.16 – психіатрія

22 – охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук

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

_____ О.С. Юрценюк
(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий консультант Напреевко Олександр Костянтинович, доктор медичних
наук, професор

Київ – 2021

АНОТАЦІЯ

Юрценюк О. С. Непсихотичні психічні розлади у студентів закладів вищої освіти (закономірності формування, діагностика, профілактика, лікування та реабілітація). – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», Київ, 2021.

Дисертацію присвячено проблемі формування неспсихотичних психічних розладів (НПР) у студентів закладів вищої освіти (ЗВО), вивченню їх факторів ризику, поширеності, клінічної структури та динаміки протягом всього періоду навчання в ЗВО, лікуванню, профілактиці та реабілітації.

В ході роботи проведено комплексне обстеження 1235 студентів ЗВО. Клінічно окреслені форми НПР діагностовано у 317 (25,67 %) осіб. Структура неспсихотичних психічних розладів представлена невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F 40-48.1) 187 (58,99 %), афективними розладами настрою (F30-34.1) - 79 (24,92 %), розладами зрілої особистості і поведінки у дорослих (F60-60.7) - 31 (9,78 %), поведінковими синдромами, пов'язаними із фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками (F50-51.4) - 20 (6,30 %), що мають свою специфіку і варіанти плину. В статевому розподілі афективні розлади діагностовано у 23 чоловіків (23,71 %) та 56 жінок (25,45 %), невротичні розлади були виявлені у 62 Ч (63,92 %) та 125 Ж (56,82 %), поведінкові синдроми - у 3 (3,09 %) та 17 (7,73 %) відповідно, розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих діагностовано у 9 Ч (9,28 %) та 22 Ж (10,0 %).

На всіх курсах переважали студенти з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F40-48.1) – на першому та третьому курсі були найвищі частки - 18,28 %, на четвертому та п'ятому курсі – 14,17 % відповідно, і найменша частка хворих з F40-48.1 була виявлена на другому курсі – 8,54 %. Найвищий відсоток хворих з афективними розладами (F 30.0-34.1) навчався на п'ятому та шостому курсах, і склав – 10,60 % та 20,00 % відповідно. Поведінкові синдроми, пов'язані із фізіологічними порушеннями і

фізичними чинниками (F50-51.4) найчастіше діагностували у студентів другого курсу 3,05 % обстежених, а розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих (F60-60.7) - діагностовано у 3,97 % студентів V курсу, що було найвищим показником з усіх курсів навчання.

Найбільшу схильність до розвитку НПР мають студенти спеціальностей «Педіатрія» та «Медична психологія» - 48,48 %, а найменшу - студенти філософсько-теологічного факультету - 9,68 %. Що, відповідно до нашої гіпотези, пояснюється особистісними характеристиками молодих людей, що обирають ту чи іншу спеціальність.

Серед основних скарг у чоловіків з НПР були: знижений настрій - 33 (86,84 %), млявість, тривожність і занепокоєння про майбутнє - 30 осіб (78,95 %); вегетативні прояви: тахікардія, тахіпное, пітливість, сухість у роті, епігастральний біль, нудота, гіперемія, утруднене ковтання) у 28 студентів (73,68%); внутрішня напруга (тремтіння, відчуття ознобу, неможливість розслабитися, головний біль) – 24 (63,16 %); порушення сну – 27 (71,05 %). У жінок серед скарг переважали: знижений настрій – 77 осіб (90,59 %), втомлюваність - 74 (87,06 %); зниження енергійності і працездатності – 74 (87,06 %); інтелектуальна загальмованість – 68 (80,00 %) ; порушення сну – 70 (82,35 %); зниження апетиту і схуднення - 56 (65,88 %); фобії – 48 (56,47 %); вегетативні прояви: тахікардія, тахіпное, пітливість, сухість у роті, епігастральний біль, нудота, гіперемія, утруднене ковтання) – 45 (52,94 %).

Встановлено, що для моделі мультиноміальної логістичної регресії, значимими предикторами розвитку НПР є сімейний стан, наявність дітей, стосунки в сім'ї, нездатність пристосуватися до середовища, якість сну, низька продуктивність, підвищена втомлюваність, тютюнопаління, оцінка власного здоров'я, необхідність консультації лікаря, рівень тривоги, депресії, нейротизму. Модель дерева рішень, побудована на тих же предикторах, що і модель мультиноміальної регресії, дає точність прогнозу 89,95 % на навчальній вибірці і 87,10 % на тестовій вибірці. Зважаючи на досить високу точність, обидві моделі (мультиноміальної логістичної регресії та дерева рішень) можуть бути

рекомендовані для використання при комплексному оцінюванні анкет респондентів.

Розроблена нами математична модель впливу різних чинників на рівень психічного здоров'я, підтвердила свою адекватність і дозволила розглядати динаміку психічного стану студентів у взаємозв'язку з психологічними, соціально-психологічними, преморбідними і особистісними факторами. Згідно регресійній моделі були виділені фактори, які неоднозначно впливають на рівень психічного здоров'я студентів, зокрема на формування непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти. На підставі проведеного багатфакторного регресійного аналізу розроблені математичні моделі, що з високим ступенем вірогідності ($p < 0,01$) дозволяють прогнозувати зміну психічного стану студентів на кожному курсі.

Система діагностики, профілактики, психотерапії та фармакотерапії непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти базується на концепції комплексного, багаторівневого впливу, побудованого на основі біопсихосоціальної моделі, а також пов'язаних з нею принципів системності, етапності, сукупності, диференційованості та індивідуальності терапевтичних втручань. Такий підхід достовірно ($p < 0,01$) підвищує рівень допомоги даному контингенту хворих студентів у 2,23 рази ($PmA > PmB$ ($3,27 > 1,47$) в 2,23 рази), що підтверджує доцільність його практичного використання.

Новизна роботи полягає в наступному. Вперше за допомогою суцільного клініко-психопатологічного обстеження досліджено стан психічного здоров'я студентів, що навчаються в вищих навчальних закладах різної спеціалізації, з вивченням закономірностей формування, динаміки та феноменологічних особливостей основних варіантів невротичних проявів.

Встановлено розповсюдженість патології, що вивчається. При цьому поглиблено уявлення про клінічні прояви і клінічну структуру непсихотичних психічних розладів у студентів ЗВО різних спеціальностей. Визначено специфіку феноменології НПР у студентів.

Вперше в Україні визначено вплив віку, статі та соціального статусу

студентів на розвиток НПР. Досліджено психогігієнічні умови навчання в вищих навчальних закладах та їх вплив на стан психічного здоров'я студентів.

Вперше розроблено, впроваджено і здійснено порівняльну оцінку ефективності нової системи диференційної діагностики та диференційованих підходів до лікування, профілактики та реабілітації НПР у студентів ЗВО, що комплексно враховує особистісно-типологічні, психопатологічні та соціальні фактори.

Вперше на підставі створення регресійних математичних моделей доведено комплексний вплив індивідуально-психологічних, соціально-психологічних і преморбідних факторів на психічний стан студентів і його особливості в динаміці всього періоду навчання у ВУЗі.

Ключові слова: непсихотичні психічні розлади, студенти, вищі навчальні заклади, фактори ризику, стрес, діагностика, клініка, лікування, профілактика, реабілітація.

ANNOTATION

Yurtsenyuk O. S. Nonpsychotic Psychic Disorders of Students at Higher Educational Establishments (Regularities of Formation, Diagnostics, Prevention, Treatment and Rehabilitation). – Qualification scientific work with the manuscript copyright.

The dissertation on competition of a scientific degree of the doctor of medical sciences on a specialty 14.01.16 – psychiatry. – Research Institute of psychiatry Ministry of Health of Ukraine. - Kyiv, 2021.

The thesis deals with the issues of formation of nonpsychotic psychic disorders (NPD) of students at higher educational establishments (HEE), investigation of their risk factors, occurrence, clinical structure and dynamics during the whole period of studies at HEE, treatment, prevention and rehabilitation.

Clinically substantiated forms of NPD were diagnosed in 317 (25,67 %) individuals. The structure of nonpsychotic psychic disorders includes neurotic forms associated with stress and somatoform disorders (F 40-48.1) 187 (58,99 %), affective mood disorders (F30-34.1) - 79 (24,92 %), disorders of the mature personality and adult behavior (9,78 %), behavioral syndromes associated with physiological disorders and physical factors (F50-51.4) - 20 (6,30 %), possessing their specificity and variants of development. As to the gender distribution affective disorders are diagnosed among 23 men (M) (23,71 %) and 56 women (W) (25,45 %), neurotic disorders were found in 62 M (63,92 %) and 125 W (56,82 %), behavioral syndromes - in 3 (3,09 %) and 17 (7,73 %) respectively, disorders of the mature personality and adult behavior were diagnosed in 9 M (9,28 %) and 22 W (10,0 %).

Students with neurotic forms associated with stress and somatoform disorders prevailed on all the courses (F40-48.1) – the highest percentage was found at the first and third years - 18,28 %, at the fourth and fifth – 14,17 % respectively, and the smallest amount of patients F40-48.1 was found at the second year – 8,54 %. The highest percentage of patients with affective disorders (F 30.0-34.1) were found at the fifth and sixth years – 10,60% and 20,00% respectively. Behavioral syndromes associated with physiological disorders and physical factors (F50-51.4) were most often diagnosed among the second-year students – 3,05 % of the examined, disorders of the

mature personality and adult behavior (F60-60.7) – were diagnosed in 3,97 % fifth-year students, which appeared to be the highest value among all the years of studies.

The students of specialties “Pediatrics” and “Medical Psychology” were characterized by the highest susceptibility to NPD development – 48,48 %, and the lowest susceptibility was found among the students of Philosophical-Theological Faculty – 9,68 %. According to our hypothesis it can be explained by individual characteristics of people who choose this or that specialty.

The major complaints of men with NPD were the following: reduced mood – 33 people (86,84 %), inertness, anxiety and worries about future – 30 individuals (78,95 %); vegetative signs: tachycardia, tachypnea, sweating, dry mouth, epigastric pain, nausea, hyperemia, difficult swallowing in 28 students (73,68%); internal tension (tremor, chills, inability to relax, headache) – 24 (63,16 %); sleep disorders – 27 (71,05 %). The following complaints prevailed among women: reduced mood – 77 (90,59 %), fatigue – 74 (87,06 %); reduced energy and ability to work – 74 (87,06 %); intellectual slowness – 68 (80,00 %) ; sleep disorders – 70 (82,35 %); poor appetite and weight loss – 56 (65,88 %); phobias – 48 (56,47 %); vegetative signs: tachycardia, tachypnea, sweating, dry mouth, epigastric pain, nausea, hyperemia, difficult swallowing – 45 (52,94 %).

Considerable predictors of NPD development for the model of multi-nominal logistic regression were found to be: family status, available children, relations in the family, inability to adapt to the surrounding, quality of sleep, low productivity, increased fatigue, smoking, the assessment of one’s own health, necessity to see a doctor, levels of anxiety, depression and neurotism. The model of decision tree developed on the same predictors as the model of multi-nominal regression, gives prediction accuracy of 89,95 % on the educational sampling and 87,10 % on the test sampling. Considering rather high accuracy both models (multi-nominal logistic regression and decision tree) can be recommended to be used in a comprehensive evaluation of questionnaires filled in by respondents.

Our mathematical model considering the effect of various factors on the level of psychic health proved to be adequate and enabled us to consider the dynamics of

students' psychic condition in relations with psychological, social-psychological, premorbid and personality factors. According to the regression model the factors were isolated producing different effect on the level of psychic health of students, and on the formation of nonpsychotic psychic disorders among students of higher educational establishments in particular. On the basis of multivariate regression analysis the mathematical models were developed that enable to predict changes of psychic condition of students at every year of their studies with a high degree of confidence ($p < 0,01$).

The system of diagnostics, prevention, psychotherapy and pharmacotherapy of nonpsychotic psychic disorders among students of higher educational establishments are based on the conception of a comprehensive, multi-level effect, formed on the base of biopsychosocial model, and on the associated principles of systemacy, staging, totality, differentiation and individuality of therapeutic measures. Such an approach increases reliably ($p < 0,01$) the aid given to this group of students 2,23 times ($PmA > PmB$ ($3,27 > 1,47$) 2,23 times), which confirms reasonability of its practical use.

The originality of the work is as follows. For the first time with the help of a continuous clinical and psychopathological examination the state of mental health of students studying in higher educational institutions of various specializations was studied, studying the patterns of formation, dynamics and phenomenological features of the main variants of neurotic manifestations.

The prevalence of the studied pathology has been established. At the same time, the idea of clinical manifestations and clinical structure of non-psychotic mental disorders in university students of different specialties is deepened. The specifics of the phenomenology of NPD in students are determined.

For the first time in Ukraine, the influence of age, gender and social status of students on the development of NPD was determined. Psychohygienic conditions of education in higher educational institutions and their influence on the state of mental health of students are investigated.

For the first time, a comparative evaluation of the effectiveness of the new system of differential diagnosis and differentiated approaches to treatment, prevention and

rehabilitation of NPD in university students was developed, implemented and implemented, which comprehensively takes into account personal-typological, psychopathological and social factors.

For the first time on the basis of creation of regression mathematical models the complex influence of individual-psychological, social-psychological and premorbid factors on a mental condition of students and its features in dynamics of all period of training in university is proved.

Key words: nonpsychotic psychic disorders, students, higher educational establishments, risk factors, stress, diagnostics, clinical signs, treatment, prevention, rehabilitation.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Пашковський В. М., Юрценюк О. С. та ін. Удосконалення ранньої діагностики та диференційованого лікування пацієнтів з непсихотичними психічними розладами з урахуванням стану нервової системи: **Монографія**. Чернівці: техnodрук, 2019. -324 с. Рекомендовано до друку Вченою радою ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», протокол №10 від 23 травня 2019 р. ISBN 978-617-7611-40-9 *(дисертантом написано розділ монографії, проведено аналіз та статистичну обробку результатів дослідження, сформульовано висновки, підготовлено роботу до друку)*.
2. Юрценюк О. С., Антофійчук І. Я. The anxiety level of medical students / О. С. Юрценюк, І. Я. Антофійчук // Щоквартальний спільний українсько-румунський науковий журнал «**Актуальні питання суспільних наук та історії медицини**». - 2015. - № 2 (6). - С. 70-74 *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, написанні статті)*.
3. Юрценюк О. С. Сім'я, як фактор формування непсихотичних психічних розладів (огляд літератури) / О. С. Юрценюк // **Буковинський медичний вісник**. - 2015. - № 4 (76). – Том 19. - С. 237-240.
4. Юрценюк О. С. Рівень тривожності у студентів-медиків / О. С. Юрценюк // **Клінічна та експериментальна патологія**. – 2015. - № 4 (54). – Том XIV. - С. 190-194.
5. Юрценюк О. С. Students' level of anxiety / О. С. Юрценюк // «**MEDICUS**» **International medical scientific journal**. - 2015. - № 6 (6). - P. 105-106.
6. Юрценюк О. С. Психологічні та соціальні чинники розвитку невротичних розладів у студентів / О. С. Юрценюк // **Буковинський медичний вісник**. - 2016. - № 1 (77).– Том 20. - С. 236-240.
7. Юрценюк О. С. Психопрофілактика та психокорекція непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти / О. С. Юрценюк, Н. С. Карвацька, С. Д. Савка, С. С. Ротар, В. І. Курик // **Буковинський медичний**

вісник. - 2017. - № 1 (81). - Том 21. - С. 235-238 *(дисертантом обґрунтовано та сформульовано мету, задачі дослідження, проведено набір матеріалу, проведено експеримент, проведено аналіз та статистичну обробку результатів дослідження, сформульовано висновки, підготовлено роботу до друку).*

8. Юрценюк О. С. Соціально-психологічні фактори, що впливають на розвиток невротичних розладів у студентів / О. С. Юрценюк // **Клінічна та експериментальна патологія.** - 2016. - № 4 (58). - Том XV. - С. 135-138.

9. Юрценюк О. С. Influence of teaching load on the peculiarities of psychic status of students of higher educational institutions / О. С. Юрценюк // **Georgian medical news.** - 2018. - № 9 (282). - P. 107-112. **Scopus ISSN 1512-0112**

10. Юрценюк О. С. Клініко-психопатологічні особливості непсихотичних психічних розладів у студентів на різних етапах навчання / О. С. Юрценюк // **Архів психіатрії.** - 2018. - № 3 (94). - Том 24. - С. 149-153. ISSN 2410-7484.

11. Юрценюк О. С. Частота та структура непсихотичних психічних розладів у студентів залежно від статі, курсу, форми навчання та спеціалізації / О. С. Юрценюк // **Буковинський медичний вісник.** - 2019. - Т.23, №3 (91) - С. 107-111. ISSN 1684-7903

12. Pashkovskyy V.M., Yurtsenyuk O.S. Comorbidity of non-psychotic mental disorders and neurologic symptoms among young people / Valeriy M. Pashkovskyy, Olha S. Yurtsenyuk // **Wiadomości Lekarskie.** - 2020. - Vol. LXXIII. – ISSUE 8. – p.1605-1609. *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, формулюванні висновків, написанні статті).*

13. Юрценюк О. С. Діагностика та лікування депресивних та тривожних розладів у студентів / О. С. Юрценюк // **Клінічна та експериментальна патологія.** - 2019. Т.18, №3 (69). – С. 101-107.

14. Юрценюк О.С. Шляхи подолання стресу в навчальній діяльності студента / О.С. Юрценюк // **Архів психіатрії.** – 2019. - №25 (3). – С.160-163.

15. Юрценюк О. С. Значення рівня нейротизму у діагностиці непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти / О. С. Юрценюк // **Медична психологія**. - 2019. - Т.14, №3 (55). – С. 45-48.
16. Юрценюк О. С. Гендерні відмінності рівня алекситимії у студентів з непсихотичними психічними розладами / О. С. Юрценюк // **Психіатрія, неврологія та медична психологія**. -. 2019. - №11. – С. 25-29.
17. Yurtsenyuk O.S. Personality and behavioural health resources in ukrainian medical sciences students / B.Stelcer, M. Cybulski, O. Yurtsenyuk, I. Kryvenko, M. Kachmarska, N. Ryshkovska, H. Katolyk, P. Lisicki // Наукові студії із соціальної та політичної психології. - 2019. - Вип. 44 (47). – С.103-117 *(дисертантом обґрунтовано та сформульовано мету, задачі дослідження, проведено набір матеріалу, проведено експеримент, проведено аналіз та статистичну обробку результатів дослідження, сформульовано висновки, підготовлено роботу до друку)*.
18. Юрценюк О. С., Пашковський В. М. Особистісні особливості студентів закладів вищої освіти (стаття присвячена 75-річчю ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет») / О. С. Юрценюк, В. М. Пашковський // **Клінічна та експериментальна патологія**. - 2019. - Т. XVIII, №4 (70). – С.104-109 *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, формулюванні висновків, написанні статті)*.
19. Юрценюк О. С. Поширеність та комплексне лікування невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів у студентів різних курсів та спеціальностей навчання / О. С. Юрценюк // **Психіатрія, неврологія та медична психологія**. -. 2020. - №13. – С. 43-48.
20. Юрценюк О. С. Гендерні відмінності особистісних особливостей студентів з непсихотичними психічними розладами / О. С. Юрценюк // **Здобутки клінічної і експериментальної медицини**. – 2020. - №1(41).- С. 202-207.
21. Напрєєнко О. К., Юрценюк О. С. Особливості діагностики, профілактики, психотерапії та фармакотерапії непсихотичних психічних розладів у студентів

закладів вищої освіти / О.К. Напрєєнко, О.С. Юрценюк // **Український вісник психоневрології.**– 2020. - №1. – Т 28 (102).- С. 64-68. *(дисертантом обґрунтовано та сформульовано мету, задачі дослідження, проведено набір матеріалу, проведено експеримент, проведено аналіз та статистичну обробку результатів дослідження, сформульовано висновки, підготовлено роботу до друку).*

22. Wasilewski B, Yurtsenyuk O., Egan E. Depression as a civilization-deformed adaptation and defence mechanism / Wasilewski B, Yurtsenyuk O., Egan E. // **Insights Depress Anxiety.** – 2020. - № 4. – P. 008-011. ISSN: 2640-2882 DOI:10.29328/journal.ida.1001013 *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, написанні статті).*

23. Yurtsenyuk O. S. Variants for overcoming stress in students with non-psychotic mental disorders / Yurtsenyuk O. S. // **East European science journal.** - 2020. - № 01 (53). Part 1. – P. 19-23.

24. Юрценюк О. С. Комплексне лікування непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти / О. С. Юрценюк // **Клінічна та експериментальна патологія.** - 2020. - Т. XIX, №1 (71). – С.127-132. DOI:10.24061/1727-4338.XIX.1.71.2020.323.

25. Юрценюк О. С. Динаміка рівнів тривожності, депресії, алекситимії та нейротизму у студентів в залежності від курсу навчання / О. С. Юрценюк // **Буковинський медичний вісник.** - 2020. - Т.24, №1 (93)- с. 202-206. DOI: 10.24061/2413-0737. XXIV.1.93.2020.27 ISSN 1684-7903

26. Юрценюк О. С. Інтегративна характеристика факторів ризику розвитку непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти / О. С. Юрценюк // **East European science journal.** - 2020. - № 02 (54). Part 2. – P. 64-70.

27. Юрценюк О. С. Особливості непсихотичних психічних розладів у студентів в залежності від спеціальності навчання / О.С. Юрценюк // **Український вісник психоневрології.**– 2020. – Т. 28. - №2 (103).- С. 52-54.

28. Юрценюк О. С. Модель мультиноміальної логістичної регресії та побудова дерева рішень для визначення факторів ризику розвитку неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти / О. С. Юрценюк // **Психіатрія, неврологія та медична психологія.** -. 2020. - №14. – С. 26-32.

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

29. Юрценюк О. С., Рудницький Р. І. Проблема вживання психоактивних речовин студентами закладів вищої освіти / Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції «Медичні науки: історія розвитку, сучасний стан та перспективи дослідження» (м. Львів, 25-26 жовтня 2014 р.). – С. 78-80. *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних, узагальненні матеріалів, написанні тез).*

30. Юрценюк О. С., Поліщук О. Ю., Ротар С. С. Соціально-психологічні фактори, що впливають на розвиток неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти / Матеріали IV міжнародної науково-практичної конференції «Медична психологія: здобутки, розвиток та перспективи» (м. Київ, 22-24 жовтня 2015 р.). - С. 82-83. *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних, узагальненні матеріалів, написанні тез).*

31. Yurtsenyuk O. S., Rotar S. S. Students' level of situational anxiety and personal anxiety / Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Світова медицина: тенденції та фактори розвитку», (м. Львів, 29-30 січня 2016 р.). – С. 68-71. *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних, узагальненні матеріалів, написанні тез).*

32. Юрценюк О. С., Ротар С. С. Предиктори тривожних розладів у студентів закладів вищої освіти / Матеріали XXIV Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку» (м. Переяслав-Хмельницький, 25-26 червня 2016 р.). - С. 132-135. *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних, узагальненні матеріалів, написанні тез).*

33. Юрценюк О. С. Students' level of personality and situation anxiety / Збірник матеріалів 98-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, 15 лютого 2017 р.). – С. 233.
34. Юрценюк О. С. Депресивні та тривожні розлади у студентів / О. С. Юрценюк // Український вісник психоневрології. - 2017. №. 1 (90). - Том. 25. - С. 165.
35. Юрценюк О. С. Депресивні та тривожні розлади у студентів / Доповідь на V національному конгресі неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологічна, психіатрична та наркологічна допомога в Україні: тенденції розвитку та сучасні виклики», (м. Харків, 16-17 березня 2017 р.).
36. Yurtsenyuk O. S. Problems of adaptation of foreign students / Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Інноваційні технології в медицині: досвід Польщі та України» (м. Люблін, Республіка Польща, 28-29 квітня 2017 р.). – С. 141-144.
37. Yurtsenyuk O. S. Depression and students / Збірник матеріалів 99-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці. – 12, 14, 19 лютого 2018 р.). – С. 201.
38. Юрценюк О. С. Психосоціальна реабілітація студентів з непсихотичними психічними розладами / Журнал «Архів психіатрії». - 2018. - № 1 (92). - Том. 24. - С. 63-64. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Українська психіатрія в світі, що швидко змінюється», (м. Київ, 25-27 квітня 2018р.).
39. Yurtsenyuk O. S. Clinical-psychopathological structure of non-psychotic mental disorders in students / Матеріали науково-практичної конференції молодих вчених за участю міжнародних спеціалістів «Профілактична медицина сьогодні: внесок молодих спеціалістів», (м. Харків, 24 травня 2018 р.). - С. 83.
40. Юрценюк О. С. Вивчення структури та феноменології непсихотичних психічних розладів у студентів / Матеріали XXXVII міжнародної науково-

практичної інтернет-конференції «Тенденції та перспективи розвитку науки і освіти в умовах глобалізації», (м. Переяслав-Хмельницький, 27 червня 2018 р.).- С. 361-364.

41. Юрценюк О. С., Пашковський В. М. Психотерапія непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти / Збірник матеріалів XXIV науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання психотерапії та психології», (м. Чернівці, 29 червня – 1 липня 2018 р.). – С. 167-169. *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних, узагальненні матеріалів, написанні тез).*

42. Yurtsenyuk O. S. Psychotherapy phobias / Збірник матеріалів XXIV науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання психотерапії та психології», (м. Чернівці, 29 червня – 1 липня 2018 р.). – С. 170-171.

43. Юрценюк О. С. Сучасні погляди на проблему непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти / Матеріали міжнародної наукової конференції Advanced of science Perspectives of science and education (Czech Republic, Karlovy Vary – Ukraine, Kyiv, 28 September 2018). - P. 146-155. ISBN 978-80-534-078-8.

44. Yurtsenyuk O. S. Clinical-psychopathological peculiarities of non-psychotic mental disorders in students at different stages of studying / Збірник матеріалів 100-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». – (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.). – С. 291.

45. Юрценюк О. С. Исследование уровня личностной тревожности и ситуативной тревоги у студентов / Збірник матеріалів науково-практичної конференції молодих вчених за участю міжнародних спеціалістів «Досягнення профілактичної медицини як основа збереження здоров'я і благополуччя» (м. Харків, 23 травня 2019 р.). – С. 67.

46. Юрценюк О. С. Рівень тривоги у студентів в умовах сучасного освітнього процесу / Осіння школа з медичної освіти. Українсько-швейцарський проект

«Розвиток медичної освіти» (м. Чернівці, 07-08 жовтня 2019 р.), постерна доповідь.

47. Юрценюк О. С. Вплив техногенних (антропогенних) чинників на психічне здоров'я студентів закладів вищої освіти / Матеріали науково-практичної інтернет-конференції «Розвиток природничих наук як основа новітніх досягнень у медицині» (м. Чернівці, 27 листопада 2019 р.). – С. 121-124.

48. Юрценюк О. С. Personality features of students at higher educational institutions / Матеріали II міжнародної науково-практичної конференції «Priority directions of science development» (м. Львів, 25-26 листопада 2019 р.). - С. 52-53.

49. Yurtsenyuk O. S. Options for stress management in university students / Матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції «Problems and perspectives of modern science and practice» (м. Грац, Австрія, 30-31 січня 2020). – С. 214-216.

50. Yurtsenyuk O. S. Features of diagnosis and treatment of depressive and anxiety disorders among university students / Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції «Man and environment, trends and prospects» (м. Токіо, Японія, 10-11 лютого 2020). – С. - 237-240.

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

51. Юрценюк О. С., Ротар С. С. Рівень особистісної тривожності та ситуативної тривоги у студентів закладів вищої освіти / О. С. Юрценюк, С. С. Ротар // Південноукраїнський медичний науковий журнал. - 2015. - № 10. - С. 103-105 *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, підготовці роботи до друку).*

52. Юрценюк О. С., Ротар С. С. Рівень депресії та тривоги у студентів-медиків на різних етапах навчання / О. С. Юрценюк, С. С. Ротар // Південноукраїнський медичний науковий журнал. - 2015.- № 11. - С. 136-139 *(дисертантом обґрунтовано та сформульовано мету, задачі дослідження, проведено збір та аналіз матеріалу, статистичну обробку отриманих результатів, написано статтю).*

53. Юрценюк О. С., Антофійчук І.Я., Ротар С.С. Students' level of personal anxiety and situational anxiety / О. С. Юрценюк, І.Я. Антофійчук, С.С. Ротар // Науковий журнал «Медичний форум». – 2015. - № 4 (04). – С. 100-102 *(дисертантом обґрунтовано та сформульовано мету, задачі дослідження, проведено збір та аналіз матеріалу, статистичну обробку отриманих результатів, написано статтю).*
54. Юрценюк О. С., Ротар С. С. Фактори, що впливають на розвиток непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти / О. С. Юрценюк, С. С. Ротар // Науковий журнал «Медичний форум». – 2015. - № 5 (05). – С. 89-91 *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, підготовці роботи до друку).*
55. Юрценюк О. С., Ротар С. С. Проблема алекситимії в структурі особистості / О. С. Юрценюк, С. С. Ротар // Південноукраїнський медичний науковий журнал. - 2016. - № 13. - С. 160-161 *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, підготовці роботи до друку).*
56. Юрценюк О. С. Significance of the study levels of personality and situational anxiety in the diagnostic of non-psychotic mental disorders in students of higher educational institutions / О. С. Юрценюк // Матеріали IV Міжнародної наукової конференції «Perspectives of Science and Education» (м. Нью Йорк, США, 2018). - С. 333-339.
57. Юрценюк О. С. Сучасні погляди на проблему непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти / О. С. Юрценюк // Матеріали міжнародної наукової конференції Advanced of science Perspectives of science and education (Czech Republic, Karlovy Vary – Ukraine, Kyiv, 28 September 2018). - P. 146-155. ISBN 978-80-534-078-8.
58. Yurtsenyuk O. S., Rotar S. S. Influence of different types of stress related on studying on the development of non-psychotic mental disorders in higher education students / O. S. Yurtsenyuk, S. S. Rotar // Матеріали I міжнародної науково

практичної конференції «Scientific achievements Of modern society» (Ліверпуль, Великобританія 11-13 вересня 2019 р.). – С. 87-95 *(дисертантом обґрунтовано та сформульовано мету, задачі дослідження, проведено набір матеріалу, проведено експеримент, проведено аналіз та статистичну обробку результатів дослідження, сформульовано висновки, підготовлено роботу до друку).*

Патенти

59. Спосіб лікування депресивних розладів у осіб молодого віку: Патент на корисну модель №117817 від 10.07.2017 Україна, МПК А61К 9/22; А61К 31/135; А61К 25/24. ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» / О.С. Юрценюк. - и 2017 00599; Заявл. 23.01.2017; Опубл.10.07.2017, Бюл. №13/2017.

60. Спосіб лікування тривожних розладів у осіб молодого віку: Патент на корисну модель №117822 від 10.07.2017 Україна, МПК А61К 31/00; А61Р 25/00. ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» / О.С. Юрценюк, С.С. Ротар. - и 2017 00611; Заявл. 23.01.2017; Опубл.10.07.2017, Бюл. №13/2017. *(особистий внесок дисертанта полягав у розробці ідеї роботи, патентному пошуку, проведенні експериментальних досліджень, підготовці патенту до друку).*

61. Спосіб комплексного лікування соматоформних розладів у осіб молодого віку: Патент на корисну модель №136472 від 27.08.2019 Україна, МПК А61К 9/00; А61Р 25/24 (2006,0). ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» / О.С. Юрценюк. – и 2019 00766; Заявл. 24.01.2019; Опубл. 27,08,2019, Бюл. №16/2019.

62. Спосіб комплексного лікування obsесивно-компульсивного розладу у осіб молодого віку: Патент на корисну модель №136470 від 27.08.2019 Україна, МПК А61К 9/22; А61К 31/135, А61Р25/24 (2006,01). ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» / О.С. Юрценюк. – и 2019 00750; Заявл. 24.01.2019; Опубл.27,08,2019, Бюл. №16/2019.

63. Спосіб послідовної психодіагностики, психокорекції та/або лікування розладів міжгендерних стосунків: Патент на корисну модель №136134 від 12.08/2019 Україна, МПК А61К 45/00; А61К 45/08 (2006,01). А61Р25/24 (2006,01).

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» / О.С. Юрценюк. - и
2019 00700; Заявл. 23.01.2019; Опубл.12.08.19, Бюл. №15/2019.

ЗМІСТ	
АНОТАЦІЯ	2
ANNOTATION	6
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА	10
ЗМІСТ	21
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	25
ВСТУП	27
РОЗДІЛ 1 СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ	39
1.1. Закономірності формування неспсихотичних психічних розладів	39
1.2 Психологічний стрес, його класифікація, типи перебігу. Значення стресу у формування неспсихотичних психічних розладів.....	43
1.3. Вплив макросоціальних та мікросоціальних чинників на виникнення та перебіг неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти...48	
1.3.1 Макросоціальні чинники розвитку неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти.....	48
1.3.2 Інформаційні чинники розвитку неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти.....	53
1.3.3 Сім'я, як фактор формування неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти.....	55
1.3.4 Вплив навчального навантаження розвиток неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти.....	59
1.4. Сучасні погляди на проблему неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти.....	67

1.5. Принципи психопрофілактики, психокорекції та психотерапії неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти.....	81

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ	92

РОЗДІЛ 2 ОБ'ЄКТИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	93

2.1 Програма та методи дослідження	93

2.2. Загальна характеристика обстежених студентів.....	93

2.3 Загальна характеристика методів дослідження.....	109

2.3.1 Клініко-анамнестичний метод	109

2.3.2 Клініко-психопатологічний метод.....	110

2.3.3 Соціально-демографічний метод.....	113

2.3.4 Психодіагностичні методи	113

2.3.5 Статистична обробка цифрових даних.....	130

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ	132

РОЗДІЛ 3 ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ (РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ).....	133

3.1 Закономірності формування неспсихотичних психічних розладів серед студентів закладів вищої освіти, враховуючи спеціалізацію.....	133

3.2 Модель мультиноміальної логістичної регресії та побудова дерева рішень для визначення предикторів розвитку неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти.....	155

ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ.....	180

РОЗДІЛ 4 КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТА ФЕНОМЕНОЛОГІЯ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ.....	182

ВИСНОВКИ ДО ЧЕТВЕРТОГО РОЗДІЛУ	203
РОЗДІЛ 5 ВІКОВА ДИНАМІКА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ І СТРУКТУРИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ.....	204
5.1. Вікова динаміка розповсюдженості і структури непсихотичних психічних розладів серед студентів закладів вищої освіти.....	204
5.2 Дослідження частоти нових випадків непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти.....	223
ВИСНОВКИ ДО П'ЯТОГО РОЗДІЛУ	227
РОЗДІЛ 6 ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАД....	274
ВИСНОВКИ ДО ШОСТОГО РОЗДІЛУ	301
РОЗДІЛ 7 ВПЛИВ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ НА РОЗВИТОК НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ.....	275
7.1 Аналіз факторів, що впливають на формування непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти	275
7.2 Інтегративна характеристика факторів ризику розвитку непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти.....	304
ВИСНОВКИ ДО СЬОМОГО РОЗДІЛУ	325
РОЗДІЛ 8 ВИДИ ТА ПРОЯВИ СТРЕСУ ПОВ'ЯЗАНОГО З НАВЧАННЯМ ТА ШЛЯХИ ЙОГО ПОДОЛАННЯ У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ.....	329
ВИСНОВКИ ДО ВОСЬМОГО РОЗДІЛУ.....	359

РОЗДІЛ 9 КОМПЛЕКСНА СИСТЕМА ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ, ПСИХОКОРЕКЦІЇ/ПСИХОТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАПРОПОНОВАНОЇ СИСТЕМИ ЗАХОДІВ.....361

9.1 Система корекції та профілактики неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти 361

9.2 Система комплексного лікування неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти.....373

9.3 Принципи психосоціальної реабілітації студентів з неспсихотичними психічними розладами.....390

9.4 Оцінка ефективності комплексної системи діагностики, профілактики, психокорекції/психотерапії та реабілітації неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти.....400

ВИСНОВКИ ДО ДЕВ'ЯТОГО РОЗДІЛУ.....423

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ.....425

ВИСНОВКИ.....449

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....454

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....457

ДОДАТКИ.....510

Додаток А 510

Додаток Б.....523

Додаток В 533

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

ВНЗ	вищий навчальний заклад
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГТР	генералізований тривожний розлад
ДТР	депресивні та тривожні розлади
Ж	жінки
ЗВО	Заклад вищої освіти
КБТ	когнітивно-біхевіоральна психотерапія
МКХ–10	Міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
НПР	непсихотичні психічні розлади
ОКР	обсесивно-компульсивний розлад
ПР	панічний розлад
ПТ	психотерапія
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад
РА	рівень алекситимії
РН	рівень нейротизму
РОТ	рівень особистісної тривожності
ВРОТ	високий рівень особистісної тривожності
СРОТ	середній рівень особистісної тривожності
НРОТ	низький рівень особистісної тривожності
РСТ	рівень ситуативної тривоги
ВРСТ	високий рівень ситуативної тривоги
СРСТ	середній рівень ситуативної тривоги
НРСТ	низький рівень ситуативної тривоги
РД	рівень депресії
СІЗЗС	селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну

СВД	соматоформна вегетативна дисфункція
ССС	серцево-судинна система
ТДР	тривожно-депресивний розлад
ТР	тривожні розлади
ТЦА	трициклічні антидепресанти
Ч	чоловіки
ШКТ	шлунково-кишковий тракт

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Загальні тенденції сучасності – прискорення темпу життя, зростання числа комунікативних зв'язків, посилення соціально-економічної напруги в суспільстві, урбанізація – призводять до підвищення поширеності психічних та психосоматичних захворювань, насамперед межового, невротичного рівня, що висуває задачі їх ранньої діагностики, корекції та профілактики в число першочергових (О. К. Напрєєнко, 2020; Н. О. Марута, 2019; В. С. Бітенський, Е. В. Мельник, 2012; О. С. Чабан та ін., 2019; Н. Г. Пшук, 2018; С. І. Табачников, В. В. Домбровська, Є. Г. Гриневич, 2018; Л. М. Юр'єва, 2018; Б. В. Михайлов та ін., 2015).

Значна поширеність непсихотичних психічних розладів (НПР) серед молоді ставить до числа пріоритетних проблеми їх ранньої діагностики, профілактики і корекції (В. Л. Гавенко, 2010, Н. О. Марута, 2018, Г. М. Кожина, М. В. Маркова, 2019; І. Я. Пінчук, 2017). В структурі психічної патології у студентів, розлади межового спектру займають провідне місце (В. М. Сінайко, 2015; А. А. Чуркин, А. В. Берсенев, 2013), що призводить до зниження навчальної адаптації та погіршення успішності навчання. Негативні тенденції щодо погіршення здоров'я молоді, які навчаються в закладах вищої освіти (ЗВО) обумовлені впливом медико-соціальних, психологічних та інших факторів (Б. В. Михайлов, 2016, Н. О. Дзеружинська, 2016; Г. М. Кожина, 2019, О. П. Саннікова, 2012).

Пріоритетними завданнями сучасної медицини є розробка комплексних, інтегрованих систем охорони та укріплення психічного здоров'я, профілактика психічних порушень, лікування та реабілітація психічно хворих, а охорону психічного здоров'я слід розглядати як невід'ємний та необхідний компонент соціальної політики в галузі освіти та забезпечення трудової діяльності (ВООЗ, 2015).

Сучасні дослідження, пов'язані із проблемою ранньої діагностики психічних захворювань, проводяться в рамках концепцій про «істинний початок» хвороби,

передхворобливі психічні порушення, донозологічну діагностику, функціональний діагноз; стани психічної дезадаптації, міру психічного здоров'я, резерв психічного здоров'я, функціональний бар'єр психічної адаптації, вони також пов'язані із визначенням понять психічного здоров'я, психічної норми та її критеріїв, розробкою психогігієнічних та психопрофілактичних заходів (В. І. Коростій, 2015; Є. М. Харченко, 2015).

До особливостей донозологічного періоду відносять відсутність явних ознак психічних розладів, хоча окремі клінічні феномени та симптоми, що виявляються в обстеженого, не дозволяють кваліфікувати його стан як абсолютну норму. Це особливо важливо у відношенні соціальних груп, які знаходяться під впливом несприятливих факторів, у тому числі і студентів ЗВО (М. В. Кривоносов, Л. В. Подригало, Г. Н. Даниленко, 2010; М. В. Маркова, 2018).

У клінічній структурі межових (непсихотичних) психічних розладів (НПР) переважають порушення невротичного кола, зокрема, невротичні реакції (астенічного, істеричного та obsесивно-фобічного типів) (М. М. Пустовойт, 2018). У більшості випадків причинами невротичних, що пов'язані зі стресом, розладів у студентів є психогенно травмуючі впливи, спричинені навчальною діяльністю. Безумовно, навчання у вищій є специфічною розумовою працею, що вимагає постійної тривалої активної напруги інтелектуальних, емоційних, вольових та інших психічних функцій (М. А. Рогозина, 2009, В. М. Сінайко, 2015, В. Д. Мішиєв, 2018.).

Набуття знань і вмінь у вищих та середніх спеціальних навчальних закладах можна віднести до специфічного виду діяльності, що відрізняється постійним зростанням і ускладненням інформації, дефіцитом часу, підвищеними вимогами до рішення проблемних ситуацій, жорсткістю контролю та іншими факторами (А. К. Бурцев, 2009; Ю. А. Прокопенко, 2011; В. М. Сінайко, 2015). Серед основних причин розвитку НПР у студентів ряд авторів виділяють також труднощі адаптації до нового мікросоціального середовища, високий рівень вимог, які висуваються до студентів у процесі навчальної діяльності (І.В. Лещина, 2013), що посилюється різними психологічними кризами, серед яких:

- проблеми професійного вибору, коли свідомий вибір професії відбувається вже після початку навчання у вузі за іншою спеціальністю;
- кризи, пов'язані з відносинами в батьківській родині, що є характерними як для студентів зі зрілою особистістю і тенденцією до самостійності, які обмежені матеріальною залежністю від батьків, так і для емоційно-залежних молодих людей;
- вади сексуальних відносин, які виникають у зв'язку зі 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, успішністю навчання, ситуацією розподілу на роботу (О. Е. Лазовская, 2010).

Багато авторів відзначають велику поширеність екзогенно-органічних психічних розладів в популяції студентської молоді (М. А. Рогозіна, 2009; Т. Ю. Алієва, 2017; В. В. Чугунов, 2017), які в загальній структурі психічної патології займають до 44%. Клінічна картина неврозоподібних і психопатоподібних розладів екзогенно-органічної природи у студентів найбільш часто проявляється астеничним (63%) і експлозивним (15%) синдромами (Ю. А. Зорко, 1998; М. В. Маркова, 2018; І. Я. Пінчук 2017). Найчастіше увагу дослідників привертає вивчення стану психічного здоров'я школярів, учнів випускних класів та студентів перших років навчання у ЗВО (О. Ю. Майоров та ін., 2015; С. І. Табачніков, 2005; О. С. Осуховська, 2014).

Але залишається недостатньо дослідженим аспект щодо чинників формування НПР у студентів ЗВО, врахування яких допоможе розробити принципи та методи ранньої діагностики (О. К. Напрєєнко, 2016), комплексні програми профілактики, реабілітації та превенції психічних порушень. Визначення чинників формування НПР у студентів ЗВО є необхідним для своєчасного виявлення, ефективних заходів лікування та психологічної корекції психічних розладів непсихотичного регістру для забезпечення високого рівня

якості життя та соціальної адаптації (Б. В. Михайлов, 2016; Н. К. Агішева, 2015; О. С. Чабан та ін., 2018).

Все це обумовлює необхідність приділити увагу розробці комплексного диференційованого підходу до ранньої діагностики, лікування, профілактики та реабілітації непсихотичних психічних розладів у студентів ЗВО.

Усе вищезазначене свідчить не лише про медичну, але й соціальну значущість проблеми НПР у студентів ЗВО й зумовлює необхідність та актуальність проведення даної роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами, грантами. Дисертаційна робота виконувалась у відповідності до теми науково-дослідної роботи кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця «Невідкладна психіатрична допомога при аутоагресивній поведінці, що асоційована з нециркулярною депресією в осіб із основними формами психічних розладів» (№ державної реєстрації 0118U003696), та у відповідності до теми науково-дослідної роботи кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» «Удосконалення ранньої діагностики та диференційованого лікування пацієнтів з непсихотичними психічними розладами з урахуванням стану нервової системи» (№ державної реєстрації 0115U002764).

Мета і завдання дослідження. Мета дисертаційного дослідження - підвищення ефективності медичної допомоги при непсихотичних психічних розладах у студентів закладів вищої освіти шляхом розробки та впровадження системи комплексних заходів щодо своєчасної діагностики, профілактики, корекції, лікування та реабілітації зазначених порушень, які враховують клінічні особливості наявної нервово-психічної патології та дозволяють виявити закономірності формування і динаміки непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти.

Для досягнення даної мети поставлено наступні **завдання дослідження:**

1. Опрацювати програму вивчення закономірностей формування непсихотичних психічних розладів серед студентів закладів вищої освіти, враховуючи їх спеціалізацію.
2. Виявити клініко-психопатологічну структуру та феноменологію непсихотичних психічних розладів у студентів ЗВО .
3. Вивчити вікову динаміку розповсюдженості і структури непсихотичної психічної патології у студентів закладів вищої освіти.
4. Виявити психологічні особливості студентів закладів вищої освіти, що страждають на непсихотичні психічні розлади.
5. Визначити вплив соціально-психологічних факторів на розвиток непсихотичних психічних розладів у зазначеної когорти населення.
6. Проаналізувати закономірності формування вказаних психічних розладів серед студентів закладів вищої освіти.
7. Розробити і впровадити комплексну систему діагностики, профілактики, психокорекції/психотерапії, лікування непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти та оцінити ефективність запропонованої системи заходів.

Об'єкт дослідження – непсихотичні психічні розлади у студентів закладів вищої освіти.

Предмет дослідження – фактори ризику, закономірності формування та динаміки, клініко-психопатологічна та феноменологічна структура, психологічні особливості непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти; оптимізація системи диференційної діагностики та диференційованих підходів до психокорекції/психотерапії, лікування, профілактики при цих розладах, із комплексним врахуванням особистісно-типологічних, психопатологічних та соціальних факторів.

Методи дослідження Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, соціально-демографічний, статистичний.

Клініко-анамнестичний метод використовувався для отримання інформації та аналізу даних щодо спадковості, анамнезу життя та захворювання.

Клініко-психопатологічний метод базувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження пацієнтів шляхом розгорнутого напівструктурованого клінічного інтерв'ю із застосуванням критеріїв МКХ – 10. З метою створення умов для коректного порівняння отриманих результатів дані вносили в спеціально розроблену «Уніфіковану карту обстеження студента», що складається з таких розділів: паспортної частини; даних про сімейний стан та стосунки у сім'ї, навчальну діяльність; анамнестичний, клінічний, клініко-психопатологічний та психодіагностичний блоки із відповідним діагностичним інструментарієм і результатами експериментально-психологічних та клінічних досліджень. На основі цієї карти було сформовано базу даних обстежених (у форматі Microsoft Excel XP для Windows) для подальшої статистичної обробки отриманої цифрової інформації.

У процесі психодіагностичного дослідження, з метою оцінки ступеня вираження тривожної симптоматики використовували шкали особистісної тривожності та реактивної тривоги Ч. Спілбергера, яка є єдиною методикою, що дозволяє диференційовано вимірювати тривожність як особистісну рису та як стан. Ми використовували модифікацію Ю. Л. Ханіна. Ступінь виразності депресивної симптоматики оцінювали за допомогою шкали самооцінки депресії Цунга (W.K.Zung). Стандартизований багатофакторний опитувальник особистості (СБОО) – модифікація Міннесотського багатопрофільного опитувальника (Minnesota Multiphase Personality Inventory – MMPI), який розроблений S. R. Hathaway, J. Mc. Kinly та адаптований Л. М. Собчик– використовували для кількісної та якісної характеристики базисної структури особистості студента. З метою визначення рівня алекситимії застосовували Торонтську алекситимічну шкалу, адаптовану в інституті імені В. М. Бехтерева. Методику експрес-діагностики невроту К. Хека та Х. Хесса використовували для визначення ймовірної наявності невротичних розладів.

Соціально-демографічний метод (розподіл за сімейним станом, рівнем освіти, спеціалізацією, матеріально-побутовими умовами і т.п.) було використано для аналізу впливу цих чинників на формування НПР у студентів.

Статистичну обробку цифрових даних здійснено за допомогою комп'ютерних пакетів «STATISTICA 6.0» StatSoft Inc. та Excel XP для Windows на персональному комп'ютері з використанням параметричних і непараметричних методів обчислення. Вірність нульової гіпотези визначали з урахуванням рівня значущості «Р», достовірностей розходжень за критеріями t-Ст'юдента, χ^2 , точного методу Фішера. Оцінку ефективності лікування визначали з позицій клінічної епідеміології. Для оцінки взаємного впливу основних чинників на ефективність запропонованого лікування використовували кластерний аналіз, розрахунок множинної лінійної регресії, показник відносного значення регресорів β -коефіцієнт. Для визначення предикторів розвитку, формування неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти ми використали розроблену нами модель мультиноміальної логістичної регресії та побудували дерево рішень. Для кількісної оцінки ефективності лікування вираховували коефіцієнт медичної ефективності.

Обґрунтування комплексу діагностичних методів, розроблені нами нові методики обстеження і модифікації відомих методів оформлені нами в 5 Патентах України на корисну модель і 28 рацпропозиціях БДМУ.

Наукова новизна отриманих результатів. Вперше за допомогою суцільного клініко-психопатологічного обстеження досліджено стан психічного здоров'я студентів, що навчаються в закладах вищої освіти різної спеціалізації, з вивченням закономірностей формування, динаміки та феноменологічних особливостей основних варіантів невротичних проявів.

Встановлено розповсюдженість патології, що вивчається. При цьому поглиблено уявлення про клінічні прояви і клінічну структуру неспсихотичних психічних розладів у студентів ЗВО різних спеціальностей. Визначено специфіку феноменології НПР у студентів.

Вперше в Україні визначено вплив віку, статі та соціального статусу студентів на розвиток НПР. Досліджено психогігієнічні умови навчання в закладах вищої освіти та їх вплив на стан психічного здоров'я студентів.

Вперше розроблено, впроваджено і здійснено порівняльну оцінку

ефективності нової системи диференційної діагностики та диференційованих підходів до лікування, профілактики та реабілітації НПР у студентів ЗВО, що комплексно враховує особистісно-типологічні, психопатологічні та соціальні фактори.

Вперше на підставі створення регресійних математичних моделей доведено комплексний вплив індивідуально-психологічних, соціально-психологічних і преморбідних факторів на психічний стан студентів і його особливості в динаміці всього періоду навчання у ЗВО.

Вперше для визначення предикторів розвитку, формування непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти побудовано модель мультиноміальної логістичної регресії та побудовано дерево рішень.

Практичне значення отриманих результатів. Практична значущість результатів дисертаційного дослідження полягає у поліпшенні якості діагностики та медико-психологічної та психіатричної допомоги студентам з НПР (зокрема кваліфікованої, спеціалізованої). В ході дисертаційної роботи розроблено та впроваджено у клінічну практику методи комплексного діагностичного дослідження різних форм і типів НПР. Проаналізовано та використано в лікувально-діагностичній роботі методи системного аналізу факторів ризику формування НПР.

Створено та модифіковано методики, спрямовані на оцінку психічного стану студентів, їх психологічних властивостей та соціально-психологічних факторів в умовах масового обстеження, уточнено межі їх нормативних значень, що дозволяє використовувати їх для виділення груп осіб із підвищеним ризиком формування психічних розладів (5 патентів України на винахід та 28 рацпропозицій БДМУ).

Виділено індивідуально-психологічні, соціально-психологічні фактори ризику формування НПР у студентів із урахуванням статі, віку, курсу навчання та спеціальності.

Вдосконалено методику лікування депресивних, тривожних, obsesивно-компульсивних та соматоформних розладів (патенти на корисну модель №117817

від 10.07.2017 Україна; №117822 від 10.07.2017 Україна; №136470 від 27.08.2019 Україна; №136472 від 27.08.2019 Україна).

Розроблено принципи та основні напрямки системи психіатричної, психотерапевтичної і медико-психологічної допомоги студентам, зокрема у рамках роботи медико-психологічної служби ВУЗу.

З позиції біопсихосоціальної моделі у психіатрії отримано дані щодо клініко-психопатологічної структури НПР у студентів різних ЗВО. Встановлено вплив віку, статі, спеціальності та курсу навчання, соціального статусу студентів на розвиток НПР. Широке використання запропонованої системи диференційованої діагностики та диференційованих підходів до лікування і профілактики НПР у студентів ЗВО, що комплексно враховує особистісно-типологічні, психологічні, соціальні фактори, підвищує рівень медико-соціальної допомоги даному контингенту хворих.

Розроблену систему диференційної діагностики та диференційованих підходів до лікування і профілактики НПР у осіб молодого віку впроваджено в лікувальну практику КМУ «Чернівецька обласна психіатрична лікарня» (м. Чернівці) (акт впровадження від 20.03.2019), КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня» (м. Київ) (акт впровадження від 10.02.2018), державного закладу «Український науково-практичний центр екстренної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України» (м. Київ) (акт впровадження від 26.02.2018), ОКУ «Лікарня швидкої медичної допомоги» (м. Чернівці) (акт впровадження від 21.02.2018), КУ «Заставнівська центральна районна лікарня» (Чернівецька обл., м. Заставна) (акт впровадження від 10.03.2018), КЗ «Путильська центральна районна лікарня» (Чернівецька обл., с. м. т. Путила) (акт впровадження від 22.02.2018), КП «Рівненський обласний центр психічного здоров'я населення» (м.Рівне) (акт впровадження від 04.03.2020), ДУ «Спеціалізований санаторій «Приморський»» (м. Одеса) (акт впровадження від 10.03.2020), КЗ ЛОР «Львівський обласний медичний центр превенції та терапії uzалежнень» (м. Львів) (акт впровадження від 26.02.2020) (додаток Б).

Отримані наукові дані використовуються в навчальному процесі кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка Буковинського державного медичного університету (акт впровадження від 24.11.2020); кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (акт впровадження від 29.09.2020), кафедри психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти ЛНМУ імені Данила Галицького (акт впровадження від 24.11.2020).

Особистий внесок здобувача. Усі наукові узагальнення, положення, результати, висновки та рекомендації, викладені у дисертації, виконані автором особисто. Дисертантом особисто проведено вивчення літературних джерел, підібрано та адаптовано існуючі методи дослідження, а також розроблено нові методики, що були використані в роботі. Автором було особисто проведено клініко-психопатологічні, клініко-анамнестичні, психодіагностичні, дослідження, їх статистична обробка та інтерпретація отриманих результатів. Визначено фактори ризику розвитку НПР у студентів різних ЗВО, розроблено і впроваджено систему диференційної діагностики та диференційованих підходів до лікування і профілактики НПР у студентів, оцінено її ефективність. Самостійно написано розділи дисертації, оформлено таблиці, рисунки, сформульовано висновки.

Особистий внесок автора в публікаціях у наукових спеціалізованих виданнях, які написані у співавторстві, був наступним: Особистий внесок автора в публікаціях у наукових спеціалізованих виданнях, які написані у співавторстві, був наступним: в статті № 1 (у відповідності до списку публікацій, представленого наприкінці автореферату), автором було розроблено ідею роботи, аналіз вихідних даних та узагальнення матеріалів, написання статті; в праці № 6 дисертантом обґрунтовано та сформульовано мету, задачі дослідження, проведено набір матеріалу, проведено експеримент, проведено аналіз та статистичну обробку результатів дослідження, сформульовано висновки, підготовлено роботу до друку; № 13 дисертантом написано розділ монографії, проведено аналіз та статистичну обробку результатів дослідження, сформульовано висновки, підготовлено роботу до друку; у роботі № 17 дисертантом обґрунтовано та

сформульовано мету, задачі дослідження, проведено набір матеріалу, проведено експеримент, проведено аналіз та статистичну обробку результатів дослідження, сформульовано висновки, підготовлено роботу до друку; у праці № 18 особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, формулюванні висновків, написанні статті; у роботі; № 21 дисертантом обґрунтовано та сформульовано мету, задачі дослідження, проведено набір матеріалу, проведено експеримент, проведено аналіз та статистичну обробку результатів дослідження, сформульовано висновки, підготовлено роботу до друку; у праці № 22 особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, написанні статті.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації доповідалися та обговорювалися на наступних наукових форумах: міжнародній науково-практичній конференції «Медичні науки: історія розвитку, сучасний стан та перспективи дослідження» (м. Львів, 25-26.10.2014 р.); IV міжнародній науково-практичній конференції «Медична психологія: здобутки, розвиток та перспективи» (м. Київ, 22-24.10.2015 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Світова медицина: тенденції та фактори розвитку», (м. Львів, 29-30.01.2016 р.); XXIV Всеукраїнській науково-практичній інтернет-конференції «Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку» (м. Переяслав-Хмельницький, 25-26.06.2016 р.); 98-й підсумковій науковій конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, 15.02.2017 р.); V національному конгресі неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологічна, психіатрична та наркологічна допомога в Україні: тенденції розвитку та сучасні виклики», (м. Харків, 16-17.03.2017 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Інноваційні технології в медицині: досвід Польщі та України» (м. Люблін, Республіка Польща, 28-29.04.2017 р.); 99-й підсумковій науковій конференції професорсько-викладацького персоналу ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, 14.02.2018 р.); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Українська психіатрія в світі, що

швидко змінюється», (м. Київ, 25-27.04.2018р.); науково-практичній конференції молодих вчених за участю міжнародних спеціалістів «Профілактична медицина сьогодні: внесок молодих спеціалістів», (м. Харків, 24.05.2018 р.); XXXVII міжнародній науково-практичній інтернет-конференції «Тенденції та перспективи розвитку науки і освіти в умовах глобалізації», (м. Переяслав-Хмельницький, 27.06.2018 р.); XXIV науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання психотерапії та психології», (м. Чернівці, 29 06 – 01.07.2018 р.); міжнародній науковій конференції Advanced of science Perspectives of science and education (Czech Republic, Karlovy Vary – Ukraine, Kyiv, 28.09.2018); 100-й підсумковій науковій конференції професорсько-викладацького персоналу ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, 13.02.2019 р.); науково-практичній конференції молодих вчених за участю міжнародних спеціалістів «Досягнення профілактичної медицини як основа збереження здоров'я і благополуччя» (м. Харків, 23.05.2019 р.); осінній школі з медичної освіти, українсько-швейцарський проект «Розвиток медичної освіти» (м. Чернівці, 07-08.10.2019 р.); науково-практичній інтернет-конференції «Розвиток природничих наук як основа новітніх досягнень у медицині» (м. Чернівці, 27.11.2019 р.); II міжнародній науково-практичній конференції «Priority directions of science development» (м. Львів, 25-26.11.2019 р.); II міжнародній науково-практичній конференції «Problems and perspectives of modern science and practice» (Грац, Австрія, 30-31 січня 2020); III Міжнародній науково-практичній конференції «Man and environment, trends and prospects» (Токіо, Японія, 10-11 лютого 2020).

Обсяг і структура дисертації. Дисертацію викладено на 539 сторінках машинописного тексту (420 сторінок основного тексту). Робота складається із вступу, огляду літератури, 8 розділів із описом результатів власних досліджень, висновків, списку використаної літератури, що містить 475 найменувань (з них 228 вітчизняних і 247 закордонних). Дисертацію ілюстровано 93 таблицями та 31 малюнками.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ (Огляд літератури)

1.1 Загальні закономірності формування непсихотичних психічних розладів

На сьогоднішній день в Україні та світі найбільш поширена та прийнята модель формування непсихотичних психічних розладів (НПР) включає сукупність наступних факторів: преморбідні характерологічні особистісні особливості; різні діючі протягом життя шкідливі фактори, які можуть змінити реактивність організму, ослабити, сенсibilізувати нервову систему, зробити її вразливішою [1].

Літературні дані вказують на стрімкий ріст невротичних розладів та інших межових розладів психіки у останні десятиріччя. Причина цього зростання у поєднанні особливостей життя, характерних для країн розвиненого промислового та науково - технічного рівня з високими показниками інформаційного потоку індивідуально значимої інформації, прискоренні темпу життя, порушенні біологічних добових ритмів, міграції населення, лінгвістичній депривації, зниженні біологічної активності, насамперед – рухової [2, 3], а також у міжособових конфліктах (сімейних, вікових, побутових, службових), негативних емоціях, що виникли на базі незадоволення біологічних потреб, зіткненні емоційно значимих особистісних стосунків, в життєво значимій ситуації [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10].

Проте головною причиною НПР, на думку більшості авторів, є фактори психологічні: психологічний стрес, психоемоційний дистрес, те, що називають психічними травмами. Психічні травми, що ведуть до виникнення невротичних розладів, можуть бути найрізноманітнішими: переживання пов'язані з психологічним кліматом, втратами, конфліктами, неприємностями в сім'ї, і т.д. Це

можуть бути будь-які нерядові екстремальні події, що викликають переляк: ситуації депривації (емоційна, сенсорна, соціальна) [1, 3, 10, 11, 12].

Літературні дані про проблему етіології НПР на даний час є досить дискусійними. Багатофакторна обумовленість невротичних розладів визнається більшістю дослідників [4, 5, 13, 14, 15]. Ними визнається фактор психічної травматизації основним у розвитку НПР, наслідувачі даної концепції надають важливого значення факторам біологічної та соціальної природи.

Традиційно склалося розуміння НПР, як патології переважно молодого віку, що зустрічається у осіб віком від 20 до 45 років. При цьому ряд авторів приходять до висновку, що захворюваність даними розладами у віці після 45 років знижується, а психотравма є лише пусковим чинником, що провокує початок різних, частіше за все судинних захворювань [16, 17, 18]. Значне число дослідників вказує, що хворі з НПР середнього віку, через своєрідність клінічних проявів і соматизацію клінічної картини рідко звертаються до психіатрів, а в основному – до лікарів-терапевтів, що утруднює своєчасну діагностику і лікування цієї патології [13, 19, 20].

Більшість хворих з несприятливим затяжним перебігом НПР, на відміну від випадків з гострим перебігом, при обстеженні виявляли спадкову обтяженість якими-небудь психічними (невротичний розлади, синдром алкогольної залежності, розлади особистості, психози та ін.) або соматичними (бронхіальна астма, виразкова та гіпертонічна хвороби, ендокринопатії) захворюваннями з розвитком резидуальних станів [13, 16, 21, 22].

Ряд досліджень підтверджують біологічну причину виникнення та обтяження НПР, внаслідок схильності до формування несприятливого затяжного перебігу з високим ступенем хронізації [16, 23, 24, 25].

Проблема соматичних захворювань та роль мозкових захворювань у генезі НПР, стала підставою для виділення категорії «судинно-невротичний розладоподібних» розладів, яка з одного боку, відображає певну подібність

формування НПР і початкових стадій судинної патології головного мозку, та свідчить про складність розмежування цих форм патології [25-28].

Особливість емоційних порушень при різних формах НПР детерміновано характером взаємодії системи ендогенних опіоїдних пептидів з катехоламінергічною системою; переважання вищих емоцій при неврастенії формується в умовах тісної взаємодії бета-ендорфіну з норадреналіном; домінування біологічних емоцій при дисоціативних розладах реалізується в умовах вираженої кореляції лей- і мет- енкефалінів з адреналіном; наявність обох типів взаємодії при тривожно-фобічних розладах обумовлює наявність у емоційному спектрі як вищих (психічних) так і нижчих (біологічних) емоцій [29-31].

Вивчення психологічного аспекту патогенезу невротичних розладів базується на психології стосунків В.Н. М'ясищева, який розкриває внутрішньоособистісні та міжособистісні аспекти в умовах психотравмуючої ситуації. Проблема психологічного конфлікту розглядається ним з позиції єдності факторів соціальної, нейрофізіологічної і психологічної природи, які призводять до його виникнення. Згідно теорії В.Н. М'ясищева, структура і динаміка клінічних проявів НПР, які присутні у вигляді афективної реакції, залежить від характеру психотравмуючої ситуації [32].

Б.Д. Карвасарський [9, 33], базуючись на патогенетичній концепції, визначив невротичний розлад, як функціональний, психогенний (як правило, конфліктогенний) нервово-психічний розлад, який виникає в результаті порушення особливо значимих життєвих стосунків особистості, що проявляється у специфічних клінічних феноменах і характеризується відсутністю психотичних явищ.

Разом з тим патогенез невротичних розладів, останнього десятиріччя зумовлений впливом екзогенних факторів, серед яких значне місце належить синдрому алкогольної залежності [34, 35] тісно пов'язаному з емоційними проявами на всіх етапах свого зародження, формування та розвитку [13, 36].

Етіопатогенез розладів визначається дією багатьох факторів: інтенсивність стресу, соціальна ситуація, в якій він діє, особистісні особливості жертви та її біологічна ранимість. Соціальна підтримка грає велику роль в попередженні стресових реакцій. Чутливість до стресу особливо велика в наймолодшій і найстаршій вікових групах [37-39].

У ряді робіт закордонних авторів розвивається дискусійна ідея взагалі про вплив стресового фактору на виникнення та перебіг невротичних розладів. При цьому, одні автори пов'язують його (невротичний розлад) безпосередньо з кількістю стресів та зниженням адаптації до них, інші - з фактором подолання цих стресів, тобто приходять до висновку, що кожна людина створює свої власні стреси, труднощі для себе, а не в собі - свої власні стресові фактори, які викликають властиві тільки даній людині психічні або соматичні порушення. Таким чином, робиться висновок, що вміння переборювати життєві труднощі визначає зрештою, чи стають пацієнти на шлях невротичного реагування, чи ні [40-42].

При цьому, інтенсивність стресу не завжди обумовлює важкість розладу. Стреси можуть бути поодинокі або накладатися один на одного, бути періодичними (аврали на виробництві) або постійними (бідність). Різним станам життя властива своя специфіка стресових ситуацій (початок навчання, відхід від батьків, вступ у шлюб, поява дітей та їх відхід з дому, недосягнення професійної мети, вихід на пенсію) [43, 44].

Особливо сильно піддаються стресовому впливу люди, виховані в системі жорстких правил і установок по відношенню до себе і оточення. Усілякі відхилення від звичного сприймання можуть викликати у свідомості такої людини безліч небажаних уявлень. Людина стає психічно напруженою, шукає способи захисту або виходу з виниклих ситуацій, і одним з них є хвороба.

Вивчення динаміки НПР показує, що на етапах виникнення та формування клінічної картини захворювання важливе значення має місце вплив двох факторів – особистісного складу особи та величини значимості психогенної травми, що відноситься до глибинних шарів особистості, а подальший розвиток невротичного

синдромокомплексу, в основному, визначається адаптивно-компенсаторними можливостями особи та організму в цілому [1, 5, 10, 45-48].

Вивчався в умовах природного експерименту вплив психотравмуючих соціально-психологічних факторів, які приводять до формування психічних та психосоматичних розладів у студентів. У результаті обстеження встановлено, що більше 2/3 студентів скаржилися на стан свого здоров'я, серед яких переважають астеничні прояви [49-51].

Переживання травми стає центральним у житті хворого, змінює стиль його життя і соціальне функціонування. Більш інтенсивною і тривалою виявляється реакція на людський стресор (згвалтування) ніж на природну катастрофу (затоплення, повінь). В затяжних випадках пацієнт стає фіксованим вже не на самій травмі, а на її наслідках (інвалідність і т. ін.). Поява симптоматики іноді буває на різний період часу, це стосується і різних неспсихотичних психічних розладів, де симптоми не обов'язково знижуються при припиненні стресу[49, 52, 53].

1.2 Психологічний стрес, його класифікація, типи перебігу. Значення стресу у формування неспсихотичних психічних розладів.

Вивчення процесу стійкості до стресу набуває останнім часом особливої актуальності в зв'язку зі зростанням в сучасних умовах інтенсивності дії і збільшенням числа несприятливих мікро- і макросоціальних факторів, які зумовлюють підвищення вимог до рівня функціональної організації особистості, її стресостійкості [44- 46, 54]. Особливої актуальності дана проблема набула у зв'язку з зростанням, в останній час, частоти психічних розладів, які є одним з важливих факторів інвалідизації населення, знижують рівень соціального благополуччя хворих [1, 5, 13, 42,43, 53, 55].

Формування і розвиток вчення про стрес насамперед пов'язано з ім'ям Г.Сельє [40], який описав морфологічні, біохімічні та фізіологічні зміни як прояви неспецифічної реакції організму на вплив різних патогенних факторів. Таким чином, вперше було показано, що пристосування організму до зміни факторів

зовнішнього середовища проходить ряд стадій (тривоги, резистентності і виснаження), і залежить від особливостей реагування фізіологічних систем організму, а саме від рівня синтезу кортикостероїдних гормонів в корі наднирників [56, 57].

В даний час поняття «стрес» означає не тільки загальну неспецифічну реакцію організму в рамках загального адаптаційного синдрому, але і стану особистості в екстремальних умовах, і їх прояви на фізіологічному, психологічному і поведінковому рівні [55, 58, 59].

Стрес визначають як напругу, що виникає при появі загрозливих або неприємних чинників в життєвій ситуації [45], або як загальну адаптивну реакцію організму, що розвивається у відповідь на загрозу порушення гомеостазу [46].

Існують різні класифікації стресу. Так, запропоновано виділяти периферичний і церебральний стрес [40], причому периферичний стрес виникає при порушеннях гомеостазу за типом загального адаптаційного синдрому Сельє, в той час як виникнення церебрального стресу обумовлено негативним впливом на процеси вищої нервової діяльності та функції першої або другої сигнальних систем. З нашої точки зору важливим є вивчення так званого «Другосигнальних стресу», що виникає за участю другої сигнальної системи і соціальних механізмів, пов'язаного з емоційним станом особистості. Запропоновано вважати різні види навчального стресу варіантами другосигнального церебрального стресу [60].

Залежно від впливу на діяльність розрізняють дві форми стресу: сприятливу (еустресс) і несприятливу (дистрес), хоча традиційне розуміння стресу пов'язане саме з негативними впливами зовнішнього середовища [40, 45, 54, 61].

У практичному сенсі є важливим виділення фізіологічного та психологічного стресу, причому останній поділяють на інформаційний і емоційний. Інформаційний стрес є наслідком підвищених інформаційних перевантажень, необхідністю вирішення завдань великого об'єму і інтенсивності в обмежений період часу, при високій відповідальності за результати прийнятих рішень і зроблених висновків. Емоційний стрес супроводжується відчуттям образи, загрози, небезпеки і включає як первинні емоційні та поведінкові реакції

на екстремальні впливи біологічного або соціального середовища, так і фізіологічні механізми, що лежать в їх основі. Найчастіше під емоційним стресом розуміють негативні афективні переживання, які супроводжують стрес [44, 62].

Важливою особливістю психологічного стресу є його формування вже перед впливом реального подразника, якщо майбутня ситуація оцінюється як загрозово важка, особливо щодо найбільш значущих для особистості цінностей [63].

Роль стресових ситуацій в генезі психічних і психосоматичних розладів не викликає сумніву, загальновизнаним є важлива патогенна роль емоційного стресу у формуванні невротичних розладів, артеріальної гіпертензії, виразкової хвороби шлунка, деяких ендокринних захворювань, імунодефіцитних станів, що на думку деяких експертів складає близько 70% всіх захворювань, а 65-90% всіх хворих з психічними розладами спочатку звертаються до лікарів загальної практики [11, 13, 64].

Основним етіологічним і патогенетичним фактором при формуванні емоційно-стресових розладів можна вважати емоційну напругу, підвищену внутрішньо- і міжособистісну конфліктність. Роль емоційних розладів в зниженні працездатності в даний час настільки ж істотна, як і значення фізичних, соматичних факторів [2, 11, 53, 65, 66].

Психофізіологічні механізми стресу детально розглянуті в працях І. П. Павлова [67], Л. А. Орбелі [68]. Зокрема, роботи зі створення теорії експериментального невротичний розладу були спрямовані на вивчення закономірностей перебігу основних нервових процесів в критичних умовах [67, 69]. Була підтверджена важлива етіологічна і патогенетична роль стресових ситуацій в формуванні виражених фізіологічних порушень, тоді як клінічна картина експериментального невротичний розладу багато в чому визначалася індивідуальними факторами, особливо вродженим типом вищої нервової діяльності.

У ряді робіт виділяють важливу роль внутрішньо- і міжособистісної конфліктності, фрустрації у формуванні невротичних розладів, які можуть

призводити до виникнення психосоматичних захворювань, зокрема церебровісцеральних порушень [12, 13, 44, 54].

У розвитку психологічного стресу, пов'язаного з психоемоційним напруженням на тлі несприятливих чинників навчальної діяльності, можна виділити три стадії розвитку, що відповідають стадіям адаптаційного синдрому Сельє [40]. Це стадія мобілізації чи тривоги, яка проявляється мобілізацією всіх ресурсів організму, почастищенням частоти серцевих скорочень, загальною перебудовою метаболізму. Під час другої стадії (опору або адаптації), організм за рахунок попередньої мобілізації успішно справляється з несприятливими впливами. При виснаженні ресурсів організму і незадовільному пристосуванні до екстремальних факторів середовища, настає стадія виснаження. При цьому важливо відзначити, що інтенсивність адаптаційної реакції у людини, як правило, залежить як від характеристики стресового чинника, так і від особистісної значимості даного чинника, що обумовлює різноманіття психофізіологічних і соматичних проявів у студентів, які перебувають в умовах тривалого інтенсивного навчального стресу [28, 70, 71].

Ще одна особливість психоемоційного стресу, яка проявляється у великому різноманітті реакцій у різних індивідів на подібні стресові подразники - це їх оцінка своєї участі в активному впливі на цю ситуацію з метою її нейтралізації. Показано, що активна життєва позиція або хоча б усвідомлення можливості впливати на стресорний фактор призводить до активації переважно симпатичного відділу вегетативної системи, в той час як пасивна роль суб'єкта в ситуації обумовлює переважання парасимпатичних реакцій [54].

До психологічних стресорів відносять фактори, пов'язані з професійною і навчальною діяльністю, підвищені вимоги до її виконання, дефіцит часу, збільшення темпу діяльності, винесення перешкод в виконувану роботу, введення елементів змагання [44, 59, 66, 72].

Стресогенний вплив призводить до зміни рівня соціального функціонування особистості, що в свою чергу може проявлятися у вигляді різних психічних

порушень переважно з переважанням тривожної і депресивної симптоматики, посттравматичних стресових розладів [73-77].

У сучасних умовах з напруженим «конвеєрним» ритмом життя стрес набуває хронічного перебігу і нерідко грає важливу роль в етіології і патогенезі психічних і соматичних розладів. Серед основних факторів, що викликають хронічний стрес, виділяють постійну нестачу часу (цейтнотність), психологічну схильність індивіда до стресу (рівень стресогенності), хронічно неповноцінний сон [78-82].

Серед психологічних методик, які найбільш часто використовуються для діагностики психоемоційного стресу, виділяють вивчення конфліктності; визначення рівня особистісної тривожності, самооцінку самопочуття, активності і настрою за методикою САН та інші методики, спрямовані на вивчення емоційного стану [84].

На підставі проведеного огляду літератури можна стверджувати, що проблема вивчення факторів, що визначають стійкість до стресу, є актуальною і до кінця не вивченою. Визначена важлива роль стресу у виникненні і розвитку ряду психічних і соматичних захворювань. Наявність різних класифікацій стресу відображає різноманіття підходів до його діагностики та розуміння патогенетичних механізмів формування. У той же час в психіатрії основна увага дослідників прикута до вивчення психологічного стресу, причому сучасний стан даної проблеми характеризується підвищенням інтересу дослідників з одного боку до питань динаміки емоційного стану і ролі негативних емоцій в етіопатогенезі стресу, а з іншого - в досить великій кількості робіт описані соматичні реакції на стресову ситуацію, перш за все з боку серцево-судинної системи.

Дані напрямки представляються нам найбільш важливими, тому що навчальну діяльність студентів можна розглядати як природну модель емоційного та інформаційного психологічного стресу, який може супроводжуватися не тільки афективними, але і сомато-вегетативними проявами [85].

Таким чином, вивчення особливостей формування і перебігу неспсихотичних психічних розладів в умовах хронічного стресу, пов'язаного з навчальною діяльністю, на нашу думку, є перспективним і повинно бути засноване на результатах комплексних досліджень, що включають в себе динамічний аналіз психічного і соматичного стану студентів, їх психологічних особливостей, мікросоціальних умов життя і навчання.

1.3 Вплив макросоціальних та мікросоціальних чинників на виникнення та перебіг неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти

1.3.1 Макросоціальні чинники розвитку неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти

Відомо, що соціально-стресові фактори є причиною розвитку НПР. Соціальні фактори, що оточують людину, суттєво впливають на її реагування на стрес. Слід звернути увагу, що стресові механізми включаються організмом автоматично, минаючи в початковій стадії свідомість, і тільки пізніше набувають емоційно-усвідомленого забарвлення. Соціально-стресові розлади (ССР) спостерігаються, напевно, у більшості жителів різних країн при зміні масової свідомості і звиклого способу життя. Життєва катастрофа у цих випадках дещо розтягується в часі, необхідному для усвідомлення того, що відбувається, що відрізняє розлади, які спостерігаються, від посттравматичних стресових розладів – ПТСР (МКХ-10, F-4) і гострих реакцій на стрес.

На думку науковців [86, 87], значним та потужним фактором першопричин психологічних особливостей формування та проявів хвороб невротичного діапазону, є сучасна соціокультуральна ситуація, яка створює високий рівень емоційної напруги, а контроль власних реакцій, «пропускання» їх через конверсійні норми ускладнюється та обтяжується, що пов'язується, за даними тих же авторів, з надмірним ростом в останні роки у суспільстві емоційної напруги, якої пацієнт вже не в змозі обмежити або трансформувати. Хворі стають менш невротичними, у традиційному розумінні та більш психопатичними (домінують

непсихотичні особистісні розлади). У зв'язку з ускладненнями, зростанням вимог соціального середовища, вираженою гіперстимуляцією, необхідністю тверезої оцінки складних інтерперсональних стосунків та проявами стриманості, навантаження на відносно слабку другу сигнальну систему істеричної акцентуованої особи стає індивідуально непереносимим, надмірним.

Ю. А. Александровський [12] висловив думку про наявність групи так званих соціально-стресових розладів (ССР) у 1991 р. на основі аналізу стану психічного здоров'я населення Росії та республік минулого СРСР під час початку перебудови суспільства у 80-х роках. ССР на його думку, розвиваються під впливом психогенно-актуальної для великого числа людей соціально-економічної та політичної ситуації. Соціально-психологічна ситуація, призвела до зміни суспільної свідомості і життєвої орієнтації десятків мільйонів людей. Внаслідок цього у багатьох людей розвиваються стани психоемоційного перенапруження і психічної дезадаптації, які по суті являються колективною травмою, природною «експериментальною моделлю» ССР. Аналогічні моделі можна спостерігати при аналізі психічного здоров'я населення різних країн в критичні і специфічні періоди .

Цей же автор у своїх роботах звертає увагу, що людині молодого віку в нових умовах легше оволодіти новими знаннями і набути нової спеціальності, ніж людині зрілій, яка має відповідну освіту і кваліфікацію, і багато років пропрацювала по спеціальності в своєму професійному колективі. Поряд з цим відбуваються значні зміни в політичному і економічному житті нашого оточення, до якого далеко не кожна людина в змозі швидко пристосуватися. Рівень життя більшості населення став нижчим, ніж колись і водночас з цим наше суспільство набуло всіх негативних властивостей капіталістичного суспільства: і безробіття, і невпевненість в своєму майбутньому, і розподіл суспільства на дуже багатих і дуже бідних, що породжує почуття соціальної несправедливості, і багато іншого. Все це створює ситуацію хронічного стресу для багатьох людей. Постійний стрес, який зараз охоплює багатьох наших співвітчизників, пов'язаний із неможливістю отримати нормальну роботу, із статусом безробітного, із малою зарплатою, на яку

неможливо утримувати сім'ю, із затримкою зарплати місяцями, із загрозою позбутися навіть такої роботи, із необхідністю змінювати свій попередній стереотип життя і займатись зовсім іншою діяльністю, яка не відповідає набутій освіті.

На думку деяких авторів [88, 89], постійні стресові дії відчувають не тільки бідні люди, а й матеріально забезпечені, і з точки зору людини середнього достатку, багаті люди. У них свої проблеми, яких теж немало – ризиковані фінансові операції, непорядність ділових партнерів, постійне банкрутство банків, незаконні справи і багато іншого. Переосмислення життєвої мети і розпад встановлених ідеалів і авторитетів, нерідко призводить до втрати «змісту життя», зубожіння, що торкається основних шарів населення, недовіра до обіцянок керівництва, відсутність реальних надій на покращання ситуації – все це, сприяло розвитку кризи ідентичності особистості. Ця криза визначається ригідністю особистісних установок і стереотипів поведінки в умовах швидко мінливих суспільних і економічних відносин. Хоча це положення, з точки зору особистісної типологічної і характерологічної стабільності людини протягом всього життя, є спірним і потребує вагомих доказів, воно підкреслює гостроту та серйозність ситуації, що склалася [90].

Принесені перебудовою суспільства можливості демократизації, гласності, зняття політичної цензури не змогли бути швидко реалізовані через непідготовленість більшості населення до творчої діяльності в нових умовах, відсутність відповідної політичної культури, активної протидії, тривале зберігання структур тоталітарної влади. Індивідуальні конфлікти в силу своєї масовості створили величезний конгломерат, який важко класифікується, соціально-психологічної напруженості, на фоні якого у багатьох людей формуються психологічні (доклінічні) і клінічно сформовані варіанти невротичного розладу [88, 90, 91].

У часи масової міграції населення, пов'язаним з соціальними катаклізмами, економічною ситуацією, явищем проживання у іншомовному, іншій вірі середовищі, стає дуже розповсюдженим явищем та безумовно, накладає відбиток

на патогенез психогенних розладів, та насамперед - на особливості невротичних розладів у населення, переміщеного у культуральні, релігійні, інформаційно деприваційні та іншомовні особливості інших країн [88-91].

На особливості психогенних реакцій, які виникають у період адаптації до іншомовного середовища, вказує у своїй роботі автор [92-95], відзначаючи, що у обстежених іноземних громадян, протягом перших місяців, розвиваються різні по клінічних проявах психогенні розлади - найчастішими з яких були невротичні прояви, а саме - істеричні та афективні синдроми.

До першопричин виникнення невротичних розладів відносяться, на думку багатьох авторів - соціальні катастрофи [76, 90, 96-98] у найрізноманітніших варіантах. На такий потужний фактор як соціально-стресовий розлад при виникненні психічних проявів, внаслідок революційної зміни масової свідомості та способу життя, вказує у своєму дослідженні [12]. На його думку, до числа основних соціально-стресових розладів можна віднести непатологічні (психофізіологічні реакції, які характеризуються невротичним рівнем розладів з перевагою астеничних, депресивних та істеричних синдромів, невротичного стану невротичний розладів), зі стабілізацією симптоматики, характерної для психічних адаптованих реакцій та її ускладненням, тобто розвитку невротичних розладів (невротичний розлад виснаження, невротичний розладу нав'язливих станів, істерії, депресивного невротичний розладу та ін.).

Найчастіше психогенні розлади виникають при життєво небезпечних ситуаціях, які характеризуються катастрофічною раптовістю. Поведінка людини при цьому переважно визначається страхом, який до певної межі може вважатись фізіологічно нормальним і пристосовано корисним. По суті, напруженість і страх виникають при будь-якій усвідомленій людиною катастрофі. «Безстрашних» психічно нормальних людей в загальноприйнятому розумінні цих слів не буває. Справа у часі, необхідному для переборення розгубленості, прийняття рішення і початку дій. У підготовленої до екстремальної ситуації людини цей часовий проміжок значно менший; у повністю не підготовленої зберігається розгубленість,

яка визначає тривалу бездіяльність, метушливість, і є найважливішим показником ризику розвитку психогенного розладу [8, 19, 99, 100].

Соціальні катаклізми, а особливо війни, завжди виявляють вплив на появу хвилі невротичних проявів та невротичних розладів, особливо у солдат та населення, що знаходяться у зоні конфлікту або задіяних навіть на емоційному рівні у цій катастрофі. Особливості невротичних проявів внаслідок участі у військових діях перебувають у мозаїчній синдромальній структурі захворювання з переважанням експлозивних та obsесивно-фобічних розладів, відсутністю чіткої етапності у динаміці розвитку та зв'язку з психотравмуючою ситуацією. Формування невротичного розвитку у обстежуваного контингенту через 1,5 - 2,5 роки з появою виражених дезадаптивних характерологічних рис, високого ризику суїцидальної поведінки, інших девіантних форм реагування та поведінки [21, 38, 101-103].

За даними дослідження авторів [38, 104], вплив травматичних подій розповсюджується не лише на безпосередні жертви, а набагато ширше, ефекти травматизації охоплюють їхні сім'ї, оточення, працівників рятувальних служб. Виділяють наступні основні фактори та умови, значимі для формування невротичних розладів, які містять сім основних груп:

1. Особливості пережитої психотравмуючої екстремальної ситуації.
2. Професійні фактори (для професій підвищеного ризику).
3. Соціально-демографічні фактори.
4. Фактори, пов'язані із станом здоров'я .
5. Соціальні фактори.
6. Соціально-психологічні фактори.
7. Індивідуально-психологічні фактори.

Типовими важкими стресорами є бойові дії, природні та транспортні катастрофи, нещасні випадки, присутність при насильницькій смерті інших, розбійний напад, тортури, зґвалтування, пожежа [105-107].

Психологічні наслідки психічної травми, що виникають в результаті впливу на людину екстремальних, тих що “виходять за рамки” звичайного людського

досвіду, травматичних подій притягують і у теперішній час дедалі більше уваги вчених і практиків області медицини, психології, соціальної політики. До нашого часу очевидний підтверджений клінічною практикою і багатьма науковими дослідженнями, в тому числі соціологічними і психологічними, а також даними державної статистики, довготривалий характер несприятливого впливу наслідків техногенних катастроф на психічне і соматичне здоров'я потерпілих, їх соціальну адаптацію. Значну роль відіграє психічна травматизація, пов'язана з фрустрацією потреби в безпеці, обумовленій направленими в майбутнє впливом екологічних чинників, неясністю екологічної ситуації та ін. [19, 104, 106-108].

Виявлення посттравматичних стресових розладів у постраждалих від техногенних катастроф є соціально значимим фактором. Відомо, що особи у яких виникає цей розлад, більше ніж інші, схильні до різних форм дезадаптивної поведінки, у них частіше виникає синдром алкогольної залежності, наркоманія, суїциди і т. ін. Ці люди потребують особливої соціальної і медико-психологічної підтримки. Про те, що серед постраждалих часто починається «хвиля» суїцидів, можна судити не тільки з публікацій в засобах масової інформації [109-113].

1.3.2 Інформаційні чинники розвитку непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти

Окрім негативних особистісних хвилювань, які доводиться переносити кожній людині, негативний вплив на психіку має і постійний, швидко зростаючий потік інформації, пов'язаний з науково-технічним прогресом.

Сучасна людина повинна переробляти великий об'єм нових відомостей, оскільки вимоги, які пред'являють їй, дуже високі, і потрібно їм відповідати.

Темпи росту потоку інформації дуже значні, на людину звалюється багато перемін і невідкладних задач, які людина повинна швидко вирішувати. Ще недавно комп'ютер у нашій країні був рідкістю, а тепер роботу над ним освоїли мільйони людей. З'явилися нові поняття і нові професії – біржа, акції, цінні папери, дилер, брокер, менеджер, банкір, і тому подібне. І все це людина повинна освоювати в найкоротші строки, а якщо вона не буде відповідати цим вимогам,

вона виявиться несаможитливою, а це для сучасної людини теж стрес [50, 66, 79, 114].

Дослідження показали, що телебачення стало не інструментом, який пробуджує добрі почуття у людини, а зброєю, яка відчиняє дорогу низьким інстинктам, агресивності, неправді. Багато спеціалістів прирівнюють ЗМІ (засоби масової інформації) до зброї масового ураження, здатної змінити поведінку цілих народів, руйнувати державу без застосування бомб та ракет. Негативна інформація діє на психіку поступово, розгальмовуючи глибинні інстинкти і потяги. Так формуються стереотипи: «все дозволено», «єдиний шлях вирішення конфліктів - це сила». Зникає гострота протесту проти насильства, вбивства [13, 19, 50].

Рівень усвідомлення підвищується під впливом вторинного інформаційного фактору. Це виникає по мірі того, як після ліквідації людина збільшує коло раціональних знань про дію радіації на організм людини. Розширення знань не завжди веде до його адекватності, на його сприймання впливають індивідуально-особистісні, інтелектуальні та емоційні особливості, їхня якісна своєрідність визначає або формування посттравматичного розладу, або розвиток механізмів кореляції з наслідками травматичної дії. Ці стресові фактори соціального значення накладаються на мікросоціальні стресові дії: у сім'ї при такому непевному становищі теж може бути конфліктна обстановка через постійну нестачу грошей на найнеобхідніше. Нервовість батьків в такій ситуації дуже відчують і діти. У ще більшій мірі всі негативні дії відбиваються на дитині. Багато дітей позбавлені необхідного, навіть у харчуванні, не кажучи уже про розваги та іграшки. Діти бачать переповнені вітрини магазинів, де виставлені різні ігри, про які можна лише мріяти, але ці ігри недоступні їм [115-117].

На думку ж інших авторів, жоден соціальний фактор (національність, сімейний стан, втрата батьків та ін.) не корелювався з розвитком психічних хвороб в т.ч. – невротичних розладів [16, 118- 120]. У цей же час, інші дослідження підтверджують такі значимі фактори для виникнення невротичних розладів, як самотність, втрата батьків у дитинстві, хронічні хвороби.

1.3.3 Сім'я, як фактор формування неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти

Нестабільність суспільства в цілому породжує нестабільність сім'ї, як окремої суспільної одиниці. Це відображається на усіх рівнях сімейного існування : економічному, комунікативному, побутовому, духовному.

Фінансова незахищеність сім'ї послаблює партнерські зв'язки, руйнує відчуття впевненості один в одному, що тягне за собою розпад сімейних відносин.

У теперішній час сім'я стала нуклеарною, тобто: діти і батьки. З одного боку, життя в такій сім'ї стало простішим, демократичнішим, вільнішим від старших поколінь і мобільнішим. З іншого боку на передній план виходять міжособистісні відносини. Для дитини прикладом стає життєва стратегія двох головних дорослих людей у його житті - матері та батька, на відміну від патріархальної сім'ї, де було багато дорослих та більший вибір варіантів поведінки та реагування. Практично виходить, що обоє батьків мають проблеми у взаємовідносинах, що створює у сім'ї напруження. Першою це відчуває і реагує на це дитина [121].

За останніми даними вік укладання шлюбу знизився, а соціальне дозрівання подовжилось, тобто сім'ю створюють люди, які ще не повністю для цього готові. Більшість людей, що страждають на невротичні розлади, виховувались у неповних сім'ях, інші відмічали, що батько практично не брав участі у вихованні, піддавав їх фізичному насиллю та моральному приниженню, також спостерігались епізоди внутрішньосімейної агресії. Цей же автор відзначає, що часто зустрічаються типи виховання у вигляді гіпоопіки та гіперопіки. Все це закладає основи для виникнення комплексів неповноцінності, і гнів може переноситися на батьків, які не можуть забезпечити нормальні умови в дитинстві. Частішають конфлікти не тільки між дорослими, але і між дітьми і батьками. Багато підлітків і навіть діти в сучасних умовах змушені самі заробляти на прожиття мийкою машин, продажем газет і книг на вулиці чи розноскою гарячого чаю з бутербродами на базарах , коли їм належало бути у школі [122-124].

Спостереження з області емоційної готовності, у вигляді ступеню встановлення сімейних зв'язків у ситуаціях соматичної (вітальнозначимої) катастрофи - для подальшого невротичного відреагування описують ряд зарубіжних авторів з висновком про те, що відновлення та ідеальна поведінка хворого у сімейній ситуації (поза домом) помітно збільшує оцінку загрози, а звідси всі невротичні прояви, які є значно більшими, ніж у хворих з неповноцінним (сімейним) життям. Одним з потужних факторів патогенезу невротичний розладу нашого часу (залежно від ступеню значимості, усвідомлення, фоновості, реальності та перспективи) є безробіття. У роботах ряду авторів [122, 123, 125] цей фактор оцінюється як особливий, що відмічається у теперішній час. При цьому авторами зазначається, що безробіття одного з членів сім'ї може бути високим травмуючим фактором, як самого безробітного, так і інших членів. Тут має значення стан психологічної самооцінки, хворобливе порівняння, почуття «сторонності», утриманство. Авторами зазначається, що рівень дистресу у жінок, що проживають у сім'ях з одним або декількома членами, безробітними - з часом різко зростає.

Серед соціально-психологічних впливів найбільш істотну роль у патогенезі дисоціативних (конверсійних) розладів відіграє значне перетворення умов суспільного життя – значне зростання у країні рівня освіти, створення або навіть підвищення добробуту народу, відновлення релігійності, зміна методів виховання та шкільного навчання, формування нової соціальної моралі або жорстких законів виживання в умовах капіталістичної дійсності [63, 90, 126, 127]. Серед інших факторів, що впливали на виникнення тих чи інших форм істеричного реагування, слід згадати помітні ускладнення міжособових (насамперед сексуальних) стосунків, поява нових установок, необхідність виконання широкого кола задач, зростання темпу життя та психічних перевантажень [127].

Має місце також зміна відносин суспільства до дисоціативної патології - у сучасних умовах стало «невигідно» виглядати «тягарем», інвалідом (за рахунок примітивних функціональних неврологічних розладів), що визначило появу більш складних форм психологічного захисту. Серед основних ситуаційних

шкідливостей останнього десятиріччя зросла роль внутрішньосімейних (у тому числі сексуальних) конфліктів. Вони викликались надмірними претензіями істеричної особи, невдачами у спробах висунутись на передній план та диктувати свої умови. Внаслідок цього, емоційний клімат у сім'ї поступово набуває наростаючої напруженості, обтяжуючи конфлікт між подружжям та призводячи до втрати довіри, взаєморозуміння, відчуття духовної близькості. Іноді збереження зовнішньої структури сім'ї тривало підтримується за рахунок умілого маневрування, демонстрації розкаяння та гіркої розради, дачі клятвених запевнень у виправленні своєї поведінки і т.п. Виробничі шкідливості, навпаки, займають дедалі менше місце у генезі дисоціативних розладів. Взаємовідносини у побуті, з сусідами, носять нерівномірний характер, цілком визначаючись емоційною оцінкою оточуючого. Представлені зміни у клінічній картині істерії складають соціогенні прояви її патоморфозу та знаходяться у тісному зв'язку з ускладненнями емоційного реагування у соціальному середовищі [13, 67].

Психоаналітики основну причину невротичного відреагування вбачають у конфлікті між ідеалом і «ідеальним особистим Я» Хорні проводить важливу різницю: якщо до першого необхідно прагнути, крок за кроком покращувати себе, то образ, створений в свідомості невротика, в його уяві, “одягається” на особистість в ту ж саму секунду, як він був створений. Невротик не просто, скажімо, прагне стати суперспівачом. Він уже готовий суперспівач. Але оскільки зштовхування зі своїми реальними здібностями неминуче, неминуча і фрустрація, сила якої пропорційна «реальності» створеного в уяві образу. В кращому випадку невротик уникатиме перевірки реальністю, але, навіть торкаючись з нею, він не буде «знищений», тому що бажаний образ, який він ототожнює з особистістю, реальніший для нього, ніж те, що бачать його очі [128-129].

За Фрейдом, «невротичний розлад завжди виникає там, де не зовсім вдався перехід від прямої до загальмованої по суті мети сексуального первинного поклику, відповідно конфлікту між поглинутими Я первинними покликами, які через такий розвиток пройшли, і частинками тих самих первинних покликів, що з витісненої несвідомої сфери – так само, як і інші повністю витіснені інстинктивні

поклики, - прагнуть до свого прямого задоволення. Невротичний розлад незвично багатий змістом, тому що охоплює всілякі відносини між Я і об'єктом, як ті, де об'єкт збережений, так і інші, в яких він залишений або встановлюється в самому Я, але так само і конфліктні відносини між Я і його Я – ідеалом». З. Фрейд вважав, що «невротичний розлади не мають будь-якого їм тільки властивого змісту, якого ми не могли б знайти у здорового, або як висловився [41], невротики страждають на ті ж комплекси, з якими ведемо боротьбу і ми, здорові люди. Все залежить від кількісних відносин, від взаємовідносин сил, що борються, до чого призведе боротьба: до здоров'я, до невротичний розладу, або до компенсуючої вищої творчості». За З.Фрейдом, невротичний розлади «зобов'язані своїм виникненням конфлікту між Я і сексуальністю», «конфліктом між Я і Воно» і розвиваються в результаті боротьби між інтересами самозбереження і вимогами лібідо. Люди хворіють на невротичний розлад, якщо у них відбирають можливість задовольнити лібідо, так як в результаті «вимушеної відмови», і симптоми невротичний розладів є «замісниками неотриманого задоволення». Це «важлива і обов'язкова умова захворювання». В загальному, до числа умов невротичний розладу відносяться: 1. «Вимушена відмова»; 2. Фіксація лібідо. 3. Схильність до конфліктів. Симптоми невротичний розладу обумовлюються лібідо і його використанням. Захворювання на невротичний розлад, за З.Фрейдом, виникає тільки тоді, коли Я втрачає здатність до розподілу лібідо. З.Фрейд вважав, що «кожен невротичний розлад будь-яким чином порушує ставлення хворого до реальності, що невротичний розлад є для нього засобом відмови від реальності і у важких випадках досягає втечі з реального життя».

На інші причини виникнення невротичних станів, з області психології неусвідомленого, витісненого (позиція аналітичної психології) та особистісних причин, що відзначаються (з позицій глибинної психології), вказують достатньо велика кількість робіт [130, 131].

Аналізуючи літературні дані, ми можемо відмітити, що більшість авторів дедалі частіше починають звертатися до особливостей впливу мікросоціальних чинників в етіопатогенезі невротичних розладів. Відмічаючи, що актуальність

макросоціальних подій в житті пацієнта в останні роки зменшилася і в той же час компенсаторно зросла роль сім'ї друзів, товаришів, мікроколективу на роботі та інших значимих людей в житті пацієнта в тому, що в нього може формуватись патологічний гомеостаз на рівні невротичного відреагування, або розладу [132]. На нашу думку, особливе теоретичне значення має виділення патогенетичного рівня невротичних відреагувань, оскільки саме цей рівень має безпосередні стосунки до інтимних внутрішніх механізмів даного явища. Проте, вказаний рівень майже абсолютно не вивчений. Практично у кожній роботі по невротичним розладам, авторами відмічається значення соціальних чинників для патогенетичних механізмів цієї патології. Тільки у одиничних дослідженнях робляться спроби встановити окремі механізми патогенезу невротичних розладів в залежності від конкретного того чи іншого чинника соціуму [131, 133]. Проте ці дані не є деталізованими, систематизованими і тим більше не є узагальненими, що нівелює їхню цінність в поясненні як самих механізмів виникнення невротичних станів, так і варіантів перебігу та виходу невротичних розладів, а отже, зменшує можливість прицільної та ефективної психотерапії та адаптації хворих з невротичними порушеннями. На основі вивчених літературних даних і поставленої проблеми була сформульована мета дослідження.

1.3.4 Вплив навчального навантаження розвиток неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти

Вирішення задач пошуку закономірностей і механізмів пристосування студентів до навчання у вищому навчальному закладі, динаміки їх психічного стану неминує призводить до необхідності аналізу всього комплексу чинників, що визначають особливості навчальної діяльності учнів [8, 10, 49, 125, 134-136]. Специфіка навчання у ЗВО, що дозволяє говорити про студентські роки як про особливу професійно-виробничій групі, об'єднаної специфічними умовами праці і життя, може бути чинником, що знижує рівень соматичного і психічного здоров'я [27, 137].

До специфічних особливостей розумової праці студентів відносять одночасне вивчення багатьох навчальних дисциплін, яке супроводжується частим

і швидким перемиканням з одного об'єкта або предмета на інший; необхідність переробки інформації та прийняття відповідальних рішень в умовах гострого дефіциту часу, що характеризується почуттям підвищеної відповідальності за прийняті рішення і частим виникненням станів нервово-психічної напруги. Як правило, значний обсяг розумової роботи студенти виконують у вечірній і нічний час, що призводить до порушення режиму сну і неспання і перешкоджає повноцінному відпочинку. Крім того, навчальний процес в більшості вузів пов'язаний з гіподинамією, тому що основний обсяг розумового навантаження виконується сидячи, а заняття з фізичної підготовки передбачені лише на молодших курсах. При цьому загальний обсяг навчального навантаження у студентів може становити до 12 годин на добу, зростаючи в сесійний період до 15-16 годин на добу, що дозволяє віднести працю студентів за показником напруженості до 4-ї категорії (дуже напружена праця) [90, 125, 138-141].

Розумова діяльність багатьох працівників виражається в реалізації інтелектуальних здібностей при вирішенні різних виробничих і наукових завдань, у студентів вона визначається процесом навчання і полягає в засвоєнні дедалі більшого обсягу навчального матеріалу, тобто в накопиченні знань і розвитку інтелектуально-емоційної сфери [137, 141-148].

Початок навчально-трудової діяльності пов'язаний з переходом організму студентів на новий рівень функціонального стану, що забезпечує можливість виконання цієї діяльності. Даний період становить значний інтерес для багатьох авторів, які, розглядаючи особливості розумової праці студентів, зупиняються на стресогенних психологічних і соціальних факторах, що характеризують особливості навчання саме на молодших курсах. До них належать випускні іспити в школі, підготовка і вступ до інституту, які відбуваються за короткий термін і пов'язані зі значною розумовою напругою і навантаженням на центральну нервову систему. У той же час перехід від шкільного типу навчання до вузівського типу самонавчання характеризується відсутністю регулярного контролю за ходом навчання, наявністю нових форм навчання (лекцій, практичних, семінарських занять); труднощами адаптації в новому навчальному

колективі, зростанням кількості викладачів і відсутністю індивідуального підходу з їх боку. При вступі до вузу у більшості молодих людей, які прийшли на навчання зі шкільної лави, відбувається порушення шкільного стереотипу, змінюються форми і методи викладання, підвищуються педагогічні вимоги, збільшується обсяг навчального навантаження, виникає необхідність самостійно планувати навчальний час. Часто навчання в вузі супроводжується відривом від сім'ї, переїздом в інше місто і проживанням в гуртожитку [41, 90, 149-151].

Вважається, що основним етапом формування адаптації до навчання у вузі є молодші курси, і стійка адаптація настає на 2-му або 3-му курсі [125, 152]. Перехід на вузівські форми навчання є найбільш відчутним для студентів першого курсу (труднощі відчують 70% опитаних), другого (55%) і третього курсу (53%) [152-154]. У той же час виявлено погіршення стану здоров'я студентів за час навчання: прогресування артеріальної гіпертензії, зростання частоти гіпотоній та інших серцево-судинних порушень [10, 22, 25, 155-158] та розвитку несприятливих психічних розладів.

Важливим є також виявлення методологічних особливостей діагностики психічних і соматичних розладів у студентів, чим пояснюють різну поширеність патології: встановлено, що студенти старших курсів набагато рідше, ніж на молодших курсах, звертаються за медичною допомогою в студентські поліклініки, вважаючи за краще самостійне лікування або консультації на клінічних кафедрах, що призводить до заниження даних про реальну захворюваність студентів [127].

Особливу увагу багато авторів приділяють питанням вивчення психічних, соматичних і фізіологічних змін в організмі студентів, що знаходяться в умовах екзаменаційного стресу, який є стресовою ситуацією, часто характеризується дефіцитом часу і підвищеною відповідальністю за результати іспиту. Під час екзаменаційної сесії до інтелектуально-емоційної сфери студентів висуваються підвищені вимоги, причому ступінь напруги в період іспитів залежить як від підготовленості студента, так і від його особистісних особливостей [41, 44, 82, 164-168].

Вивчення ролі різних чинників у визначенні рівня психічного і соматичного здоров'я студентів пропонується проводити в рамках системного підходу у взаємозв'язку з вивченням способу життя: режимів праці та відпочинку, емоційного і функціонального стану організму, матеріальної забезпеченості, бюджету часу і планового регулювання трудової діяльності студентів [13, 20, 42, 90, 169-171].

Таким чином, до основних факторів, що викликають перевтому у студентів, належать: великий обсяг навчального матеріалу, недостатня організація навчального процесу, неритмічність роботи, особливо під час відсутності регулярного контролю підготовки студентів до занять, неправильний режим праці і відпочинку, робота в нічний час.

Аналіз літератури, присвяченої вивченню ролі різних чинників у формуванні соматичної патології в учнів, показав, що найбільш частими розладами у них є захворювання серцево-судинної системи, органів травлення, патологія органів зору та опорно-рухового апарату [25, 172, 173].

Відзначено негативний вплив супутньої соматичної патології на регуляцію судинного тону під впливом розумового навантаження [21, 174 - 178]. На думку ряду авторів, тенденція до зниження артеріального тиску у студентів свідчить про розвиток стомлення, яке в подальшому змінюється адаптацією до навчальної діяльності, і поверненням показників артеріального тиску до норми [179].

Таким чином, оцінка функціонального стану студентів може бути проведена шляхом аналізу варіабельності серцевого ритму, параметри якої визначаються функціональним станом загальних регуляторних систем організму, що і дозволяє оцінювати як стан вегетативної системи, так і ступінь стомлення, що розвивається [182]. Виявлено, що при розумовому стомленні на тлі навчального навантаження відбувається різке зниження таких показників серцевого ритму, як індекс напруженості, амплітуда моди і варіаційний розмах, в той час як при емоційній нарузі, навпаки, відзначається значне підвищення цих показників [114, 117, 180-183].

У той же час описано поліпшення деяких параметрів функціонального стану центральної нервової системи, на тлі високої навчальної активності можливе поліпшення деяких параметрів функціонального стану центральної нервової системи (вкорочення латентного періоду зорово-моторної реакції, збільшення критичної частоти світлових мерехтінь [184].

Можна не сумніватися, що навчальну діяльність можна вважати стрессогенною, маючи на увазі наявність емоційного та інформаційного стресу. У той же час деякими авторами стрес навчальної діяльності і розумове стомлення вважаються різними поняттями, що мають різну фізіологічну основу і психічні прояви [24, 123, 185-190]. Так, розвиток стресу опосередковано гуморальними і вегетативними змінами, тоді як стомлення визначається функціональним станом центральної нервової системи, перш за все кори великих півкуль. У той же час існують і загальні психофізіологічні механізми цих станів, встановлено, що розвиток стомлення пов'язаний з виснаженням симпатичного тону, що викликає підвищення активності парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи, необхідної для відновлення витрачених ресурсів. Клінічним проявом парасимпатикотонії при цьому є зниження мовної активності, прагнення до спокою і виникнення сонливості. У той же час лише сильне стомлення може сприяти розвитку симпатичних реакцій з перепорушенням і порушенням сну [191, 192].

Розумова втома проявляється в зниженні інтенсивності праці при збереженні величини початкового напруження його фізіологічних функцій (зниження продуктивності праці) або в збільшенні ступеня напруженості фізіологічних функцій при незмінних показниках кількості і якості праці (зростання «ціни результату праці»), однак найчастіше розвиток стомлення супроводжується деяким зниженням показників працездатності з одночасним збільшенням напруги фізіологічних функцій, при цьому розвивається найбільш глибоке стомлення, що вимагає для відновлення нормального функціонального стану організму тривалого відпочинку [193-194].

Виділяють також стан розумової перевтоми, який розвивається при недостатньому для повного відновлення працездатності відпочинку. Перевтома визначається як хронічна втома, що не ліквідується за звичайні періоди відпочинку (щоденний і щотижневий). З практичної точки зору важливо, що синдром розумової та емоційної перевтоми або синдром хронічного адаптаційного перенапруження деякими авторами розцінюються як преднозологічні стани, які в несприятливих умовах можуть переходити у хворобу [183]. За даними А.К.Бурцева [195], поширеність непатологічних станів психічної дезадаптації серед студентів різних вузів становить 30-33%.

Серед факторів, що визначають стійкість студентів до дії несприятливих умов навчання, необхідно виділити спадково-конституціональні, генотипичні особливості, що пояснюють різноспрямовані психофізіологічні зміни, що виникають в екстремальних ситуаціях у різних індивідуумів, зокрема наявність конституційно обумовленої вегетативної лабільності [196]. Серед психологічних факторів найбільший вплив на рівень стресостійкості виявляє наявність акцентуації особистості, нейротизм, підвищена конфліктність, агресивність, тривожність, інтровертність, особливо поєднання таких особистісних якостей, як підвищена сензитивність, тривожність, імпульсивність [78, 197, 198].

До соціально-психологічних факторів, що визначають стійкість студентів до стресу навчальної діяльності, відносять соціальні зміни, підвищену відповідальність у роботі, постійний дефіцит часу, хронічну втому, порушення режиму праці та відпочинку, падіння особистого престижу, відсутність елементів творчості в навчанні або роботі, часті зміни робочого стереотипу з тривалими очікуваннями в процесі роботи, нічні чергування або підготовку до занять в нічний час, нестачу вільного часу для задоволення особистих потреб, зниження рухової активності, порушення якості нічного сну, нераціональне та незбалансоване харчування, куріння і систематичне вживання алкоголю [5, 13, 49, 84, 199-202].

Для розробки психогігієнічних і психокорекційних заходів важливим є визначення закономірностей динаміки психічного стану і психофізіологічних

показників протягом певних часових проміжків. Нерівномірність навчальної діяльності студентів характеризується мінімальними навантаженнями на початку семестру, підвищеними в його кінці і надвисокими під час сесії, що забезпечує можливість поступової адаптації студентів до стресових факторів, але в той же час створює передумови для розвитку перевтоми і формування станів психічної дезадаптації. За даними Коркіної М.В., Лакосіної Н.Д., Личко А.Є. [203] серед студентів хворі на невротичний розлади складають 54,6%. В роботі Ц.Б. Абдрахімової показана роль умов довузівської навчання в поширеності невротичних, пов'язаних зі стресом розладів у студентів молодших курсів: у колишніх випускників ліцеїв дані розлади зустрічаються в 15,6%, тоді як серед колишніх випускників звичайних шкіл вони відзначаються частіше - в 23,3% [204].

Виявлено певну циклічність психічного стану студентів, вважається, що знижується число помилок і поліпшуються показники уваги до третьої години занять (денні цикли) і в середу-четвер (тижневі цикли) [33, 205].

Можна не сумніватися, що заліки та іспити є найбільш вираженим стресогенним фактором для всіх студентів [80, 125, 206]. Екзаменаційний стрес починається з моменту усвідомлення студентом неминучої необхідності найближчим часом скласти іспит і проявляється низкою психічних і психофізіологічних розладів [16, 207-209]. На тлі екзаменаційного стресу виявлялися зміни вегетативного балансу у вигляді симпатико- або парасимпатикотонії, вегетативна лабільність, а серед скарг студентів під час іспитів найбільш частими були прискорене серцебиття, порушення сну, неприємні відчуття в грудній клітці (стискання, біль), порушення апетиту головні болі, «утруднене дихання» [210]. Ризик виникнення фізіологічних і гормональних змін в організмі на тлі екзаменаційного стресу зростає у студентів зі слабким типом ВНД, з уже наявними порушеннями адаптивних механізмів або таких, що страждають на хронічні захворювання серцево-судинної і нервової системи [207-209, 211].

Таким чином, у вивченій нами літературі показані специфічні особливості розумової праці студентів, що дозволяють розцінювати її як особливий вид діяльності, що характеризується наявністю несприятливих соціально-психологічних факторів, сумарний вплив яких може призводити до зниження рівня психічного і соматичного здоров'я та розвитку несприятливих психічних розладів.

Найбільша кількість робіт, присвячених вивченню особливостей психічного і соматичного стану студентів різних вузів, відноситься до періоду 1974-1990 рр. [54, 89, 92, 212 - 217]. В останні роки кількість публікацій з даної проблеми дещо знизилася, що на нашу думку обумовлено не зниженням інтересу до вивчення стану здоров'я учнів, а певними труднощами організації і проведення масових динамічних досліджень організованих популяцій, до яких можна віднести і студентів вузів. У той же час в сучасній літературі розглядаються особливості психічного стану учнів навчальних закладів різних типів, проводиться аналіз психогігієнічних аспектів розумового стомлення і факторів візуального оточення, оцінюється вікова динаміка психічного стану учнів. Особлива увага приділяється вивченню психічного і соматичного стану студентів при максимальному стресорному напруженні в період сесії. Багатьма авторами підкреслюється недостатність рівня гігієнічних навичок і умінь сучасних студентів, несформованість мотивації на збереження і зміцнення свого психічного і соматичного здоров'я, що знижує стійкість до стресів студентів і підвищує ризик формування у них психічних розладів [1, 96, 97, 218-221].

Таким чином, провівши аналіз літератури, присвяченої проблемі впливу навчального навантаження на особливості психічного стану студентів, необхідно відзначити важливість і перспективність даного наукового напрямку. У той же час недостатньо робіт, присвячених вивченню динаміки психічного і соматичного стану студентів різних вузів протягом усього періоду навчання.

1.4 Сучасні погляди на проблему непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти

Тенденція збільшення психічних розладів, особливо за рахунок межових, яка простежується останні роки, вимагає пошуків нових підходів до збереження психічного здоров'я, профілактики та ранньої діагностики психічних порушень [39, 62, 162, 180, 197, 219].

У структурі зареєстрованої захворюваності України в 2015 році переважали психічні розлади непсихотичного характеру, які становили 73,9% (або 171,8 на 100 тис. населення) від загальної кількості зареєстрованих психічних розладів та мали стабільно найвищий відсоток у структурі поширеності розладів психіки та поведінки в динаміці - 49,9% (1221,0 на 100 тис. населення у 2000 р. і 1272,9 у 2017 р.) [162].

Проблема здоров'я осіб молодого віку названа одним з пріоритетних напрямків діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у XXI сторіччі [119, 127, 153, 191, 222-225]. Відповідно до класифікації ВООЗ, термін «молодь» поєднує людей у віці від 15 до 24 років. Робота з цим контингентом вимагає врахування деяких особливостей. З одного боку - це раннє настання біологічної зрілості, з іншого - соціальний, психологічний та економічний стан, який не дозволяє цю зрілість реалізувати. Таким чином, наявність відмінностей за духовним та фізичним розвитком від дорослої людини, емоційна, юридична та фінансова залежність від батьків, відсутність необхідної кількості адекватної інформації та ін. робить осіб молодого віку вразливими до впливу негативних чинників [47, 226-228]. Негативні тенденції щодо погіршення здоров'я молоді обумовлені впливом медико-соціальних, демографічних, психологічних та інших факторів [19, 43, 90, 125, 229-231]. Показово, що найбільш тривожні темпи росту захворюваності відзначаються у віці від 19 до 25 років, коли захворюваність практично подвоюється [232].

Студентство є специфічною соціальною групою молоді, що характеризується особливими умовами життя, праці і побуту, системою ціннісних орієнтацій і певними соціально-психологічними особливостями [12, 59, 150, 233].

Слід зазначити, що студентський вік - це особливий період в розвитку особистості як по «кризовій насиченості» (періодичний екзаменаційний стрес, проблеми віку, усвідомлення сенсу професійної діяльності як самореалізації і самоактуалізації та ін.), так і по насиченості можливостей максимального розвитку здібностей й потенціалу [115, 167, 170, 212, 234].

У сучасних умовах отримання освіти у вищих навчальних закладах можна віднести до специфічного виду діяльності, пов'язаного з високим рівнем психічних і фізичних навантажень, що вкрай зростають у сесійний період, необхідністю засвоювати в стислий термін великий обсяг інформації, підвищеними вимогами до вирішення проблемних ситуацій, суворим контролем і регламентацією режиму [235-237]. Пристосування до процесу навчання визначається особистісними особливостями студентів, сукупністю мікросоціальних факторів, специфічністю вікового періоду, що відрізняється кризовою насиченістю, глибокою психологічною переорієнтацією особистості при відсутності конструктивного досвіду виходу із кризової ситуації [13, 18, 81, 82, 105, 121, 147, 238].

Адаптація до комплексу нових факторів, специфічних для вищої школи, являє собою складний процес і супроводжується значною напругою компенсаторно-пристосувальних систем організму студентів. А в умовах постійної психоемоційної напруженості й недосконалості психофізіологічних систем, можуть призводити до зриву процесу адаптації й розвитку цілого ряду захворювань, у тому числі психічних [9, 71, 239-241].

Специфіка вузівської освіти визначає високу поширеність психічних розладів у студентів, що обумовлено значними стресовими навантаженнями, які створюють додаткові умови для маніфестації схильності до захворювання або для активного прояву доти латентного хворобливого процесу [21, 94, 210, 242-244], тоді як психічне здоров'я, студентської молоді є необхідною умовою якісного та ефективного навчання у ЗВО [245].

Різноманітним аспектам психічного здоров'я студентів присвячена величезна кількість досліджень. Однак варто зазначити, що в більшості робіт

аналізуються непатологічні дезадаптивні реакції, пов'язані із ситуаціями навчання [5, 8, 20, 40, 45, 77, 148, 183, 245-247].

Непсихотичні психічні розлади (НПР) є однією з основних причин зниження успішності та працездатності студентів та часто приводять до академічних відпусток або відрахувань [125, 248].

Абдрахимова Ц.Б. виділяє неспецифічні й специфічні та об'єктивні й суб'єктивні фактори, що впливають на стан здоров'я студентів у період навчання. Серед неспецифічних об'єктивних факторів виділяються наступні: суспільні відносини; матеріально-економічні умови життєдіяльності; соціальне середовище; економічні й кліматогеографічні умови стану системи охорони здоров'я й освіти. Об'єктивні специфічні фактори характерні конкретному ЗВО та властиві саме соціальній групі студентів. Суб'єктивні фактори, що визначають стан здоров'я й рівень культури здорового способу життя студента, являють собою сукупність якостей і властивостей особистості, які саморегулюються й визначають спрямованість та схильність студента. Їх також можна підрозділити на загальні індивідуально-неспецифічні, властиві всій соціальній групі студентів, та індивідуально-специфічні, які відбивають індивідуальність особистості окремого студента, її специфіку якостей і властивостей [249-250].

Серед основних причин розвитку НПР у студентів виділяють труднощі адаптації до нової мікросоціального середовищі, високий рівень вимог, що висуваються до психіки студентів у процесі навчальної діяльності [66, 251], що посилюється різними психологічними кризами, серед яких:

- 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 [15, 90, 252-253].

Найбільш патогенні соціально-психологічні фактори для осіб молодого віку є втрата родини, неправильна стратегія виховання, різка зміна способу життя. Найбільш значимими біологічними факторами ризику виникнення психічних розладів у студентів є генетична обумовленість психічних захворювань й патологічно змінене підґрунтя [251]. Р.С. Низамутдинова виділяє серед основних причин порушення психічного функціонування у студентів психогенні фактори: психогенії, пов'язані переважно з навчальною діяльністю, і психогенії, обумовлені особистим життям студентів. Підкреслюючи, що у випадку виникнення несприятливих станів на тлі соматогенної або постінфекційної астеної, досить складно виділити конкретні психотравмуючі фактори, які не виступають на перший план, а прикриваються фасадом астеної [254]

При аналізі причин НПР, що мають відношення до навчальної ситуації багато авторів [12, 21, 78, 81, 82, 90, 91, 107, 255], поряд з академічною неуспішністю, невдалою здачею іспитів, вказують на провідну роль перевтоми при навчанні, до якої можуть призводити: недостатність шкільної підготовки до вступу у ЗВО, тривала перерва в навчанні, вік прийому абітурієнтів, зі збільшенням показників хворобливості й захворюваності пропорційно віку, відсутність навичок систематичної інтелектуальної праці, і здорового способу життя [61, 113, 171], що обумовлює інтенсивну, часто в нічний час, роботу з ліквідації академічної заборгованості, особливо в період заліків, з різким збільшенням розумового напруження. Разом з тим, академічна неуспішність може розглядатися не тільки як причина психічних розладів у студентів, але й бути їх наслідком [82]. За даними А.З. Белоусова зі співавторами, серед студентів з академічною заборгованістю від 38% до 42% мають психічну патологію [256].

Частина студентів ще до вступу до ЗВО страждають на психічні порушення того чи іншого ступеню вираженості.

В роботах М.А. Цивілько, М.А. Ільїної відмічено взаємозв'язок між клінічними особливостями перебігу НПР у студентів та умовами, що їх викликають. При переважній дії облігатних чинників (зміна соціокультуральних та кліматогеографічних умов), прояви НПР обмежувалися в більшості випадків астеничною симптоматикою й вегетативними кризами. При поєднаній дії облігатних і факультативних (психотравмуючих) факторів клінічна картина психічних розладів була більш різноманітною: крім астеничних проявів відмічалася вегетативна, депресивна, істерична, obsesивно-фобічна симптоматика. При переважній дії факультативних чинників, НПР протікали по типу психогенії [257].

Велика кількість публікацій присвячена вивченню невротичних розладів і дезадаптивних реакцій, викликаних екзаменаційним стресом. Отримано переконливі докази того, що екзаменаційний стрес впливає на нервову, серцево-судинну й імунну системи студентів [13, 26, 70, 133, 231, 258], а також може бути пусковим чинником реактивної депресії [259].

Багато авторів вивчали роль особистісних особливостей студентів, що лімітують можливість їхнього навчання й опосередковано впливають на психосоматичний статус. В дослідженнях І.Л. Левиної встановлено, що наявність парціального психічного інфантилізму, навіть при мінімальному розумовому навантаженні або емоційній напрузі сприяє розвитку астеничного стану з вираженим фізичним компонентом астенії [260].

Оцінка факторів ризику біологічної природи показала, що роль цих чинників, у порівнянні із соціальними, більше складна й неоднозначна. Якщо соціальні фактори, навіть відрізняючись за механізмами дії, ступенем патогенності, спорідненістю («таксису») до певних форм захворювань, в основному відіграють роль екзогенного етіологічного чинника, то біологічні «шкідливості» не тільки беруть безпосередню участь в етіопатогенезі

захворювання, але й впливають на його патокінез, клінічне оформлення, динаміку, результат і прогноз [261].

Відзначимо, що соціальна ситуація, що впливає на розвиток студентів, не є стабільною, вона змінюється залежно від курсу навчання, що необхідно враховувати в процесі надання медико-профілактичної допомоги. У періоді навчання можна виділити три основних критичних періоди, які припадають на перший, третій і п'ятий курси [262-264], та перший, третій та шостий в медичних ЗВО [229, 265]. Найбільший ризик виникнення психічних захворювань у досліджуваній студентській популяції зустрічається на молодших курсах (1 і 2), [62, 125, 266] досягаючи максимуму до 3 курсу. Це пов'язане із труднощами адаптації до нових професійних і побутових умов. А потім знижується, виявляючись мінімальною на V курсі [139]. Схожа динаміка виявлена К.Р. Брагіною в дослідженнях студентів медичних вузів, за результатами яких визначається значне зниження частоти клінічно окреслених невротичних реакцій на шостому курсі, у порівнянні з першим - відповідно 8,83% і 58,06%, але при цьому спостерігається збільшення частоти реакцій дезадаптації, які носили субклінічний рівень - 91,17% у шестикурсників і 41,94% у першокурсників. Реакції адаптації у студентів мали характер тривожних або тривожно-депресивних проявів [267]. Таким чином, дія факторів, пов'язаних із початком навчання у ЗВО, призводить до найбільшої імовірності формування станів психічної дезадаптації саме у студентів молодших курсів. Студенти середніх курсів максимально адаптовані до умов навчання, тому частота зазначених розладів як клінічного, так і субклінічного рівня серед них мінімальна, тоді як на старших курсах спостерігається чергова хвиля поширеності розладів адаптації з її подальшим зниженням [268]. В публікаціях Н.В. Гавенко відмічається підвищення поширеності симптомів психічної дезадаптації у вигляді порушень з боку емоційної, ефektorно-вольової сфер, мислення та вегетативної системи у студентів медиків на 3 курсі. Така динаміка проявів психічної дезадаптації певно обумовлена зростанням навантаження та зміною набутого стереотипу навчання в умовах початку роботи на клінічних кафедрах, підвищенням відповідальності при

спілкуванні з хворими та переживанням «хвороб 3-го курсу», коли будь-які ознаки фізичного або психологічного дискомфорту сприймаються як хвороба, яка зараз вивчається [269-270].

Результати дослідження динаміки станів психічної дезадаптації студентів протягом всього періоду навчання у ЗВО показали, що існують загальні закономірності динаміки психічного стану студентів, що не залежать від профілю ЗВО та тривалості навчання, а пов'язані тільки із його періодами [31, 51, 90, 271].

За даними інших джерел, динаміка рівнів невротизації в процесі навчання в різних ЗВО відрізняється. Е.Н. Юрасова, Е.І. Чехлатий в своїх роботах встановили, що у студентів-педагогів рівень невротичності вірогідно зростає від першого до п'ятого курсу, а в студентів-психологів навпроти, зменшується на п'ятому курсі, у порівнянні з першим. Висловлюється припущення, що зниження рівня невротичності на п'ятому курсі у психологів викликане психотерапевтичним впливом змісту навчання, що включає курси основ психотерапії, психологічного консультування й корекції, а також тренінги [272, 273].

Кількість досліджень по проблемі дезадаптації, невротизації студентства із психологічних і соціально-психологічних позицій за останні роки зросло [34, 94, 96, 206, 218, 274]. Сплеск публікацій, імовірно, обумовлений мінливим соціально-економічним рівнем життя та змінами, що відбуваються в системі освіти. Активна інтеграція українського суспільства до Європейської співдружності визначили необхідність глибокого реформування системи освіти в цілому, і зокрема, галузі підготовки медичних кадрів. В рамках переходу до істотно нового кредитно-модульного принципу організації навчального процесу, істотно змінився режим і підвищилася інтенсивність навчання, збільшилися обсяги навчального навантаження [239, 275, 276].

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 [66, 76, 84, 131, 184, 277].

Заслуговує на увагу точка зору, відповідно до якої в умовах модернізації вищої школи можуть загострюватися три основні кризи професійно-особистісного розвитку студента у ЗВО [278]. До них відносяться: 1) криза 1-го курсу - криза учбово-професійних очікувань. Породжується протиріччям між очікуваннями недавніх абітурієнтів щодо обраної професії, навчання у ЗВО (що носять часто ідеалізований характер) та реальними умовами навчального процесу, поступово нейтралізуючу первинну ейфорію; 2) криза 3-го курсу - криза індивідуально-професійного самовизначення, що нерідко збігається за часом з початком спеціалізації студентів. Ґрунтується на протиріччі між отриманими знаннями про професію, особистості професіонала (ведучими до появи якогось ідеального образу фахівця) і уявою про власні професійні здатності, якості особистості, далеко не в усьому співпадаючими з ідеалом; 3) криза 5-6-го курсів - криза працевлаштування. Ґрунтується на протиріччі між бажанням знайти місце роботи, плануванням своєї кар'єри й переживанням психологічної неготовності почати самостійну трудову діяльність. На думку автора зазначеної роботи, у сучасних умовах ринково-економічних відносин і реформування системи освіти очікується більш гостре протікання кризи 5-6-го курсів, тому що в системі вищої освіти усе ще не відбулася переорієнтація на «особистісну складову освітнього процесу», у той час як роботодавці приділяють підвищену увагу особистості випускників ЗВО. Вихід з описаних ситуацій бачиться в пошуку й впровадженні в практику вищої школи нових засобів і технологій, здатних підвищити психологічну стійкість студентів до можливих негативних наслідків нововведень, у активному впровадженні у навчальних закладах вищої школи психологічної служби.

У роботах вітчизняних і закордонних авторів, присвячених вивченню проблем психічного здоров'я студентів, вказується на високу поширеність у цьому контингенті психічних порушень [43, 96, 97, 162, 180]. В загальній структурі психічної захворюваності в студентській популяції переважають непсихотичні психічні розлади, цифри поширеності яких варіюють від 5,8% до 61,35% [268, 279].

Широкий діапазон даних обумовлений насамперед обліком не лише, клінічно окреслених форм психічної патології, але й дохворобливих станів, реакцій, а іноді й одиничних симптомів «рівень ризику виникнення психічних розладів» [180, 279], що перш за все визначається специфікою досліджуваного контингенту.

До НПР студентської молоді більшість дослідників відносить невротичні розлади, реакції дезадаптації, афективні розлади, розлади особистості, невротичний розладоподібні та психопатоподібні порушення, психосоматичні захворювання, реакції екзаменаційного стресу [25, 268, 280]. Е.Д. Красик, Б.С. Положий та Е.А. Крюков, в результаті проведення аналізу захворюваності студентів у різних багатoproфільних ЗВО, встановили, що поширеність межових нервово-психічних розладів на технічних, медико-біологічних, фізико-математичних й гуманітарних факультетах різнилась та склала пропорцію 1:1,5:2:6 [281].

Важлива роль у виникненні неспсихотичних психічних розладів у студентів належить порушенням адаптації [90, 125, 268]. І цей фактор особливо є значимим в розвитку психічної патології у приїжджих студентів [282]. Питанням адаптації присвячена велика кількість досліджень, однак, найбільш повно визначити це поняття можливо, розглядаючи адаптацію як стійкий рівень активності й взаємозв'язку функціональних систем, а також механізмів керування, що забезпечує нормальну життєдіяльність цілісного організму та повноцінну фізичну й розумову, трудову активність у нових, умовах існування [10, 15, 19, 46, 53, 165, 283].

Психічна адаптація являє собою процес, що забезпечує оптимальну відповідність особистості й навколишнього середовища [23, 284]. Адаптаційні механізми, що сформувалися в процесі індивідуального розвитку, забезпечують відповідність психічної діяльності людини, її поведінки, вимогам середовища. Кількість та різноманітність впливів, що змінюють цю відповідність і в такий спосіб впливають на якість психічної адаптації, досить велика навіть при відносно стабільному способі життя; при зміні життєвих стереотипів збереження психічної

адаптації залежить від здатності суб'єкта інтегрувати вимоги середовища, власні потреби та цілі з урахуванням мінливих умов [36]. Процес навчання в ЗВО характеризується втратою сформованих контактів, зміною стереотипу, соціального статусу, порушенням звичних форм спілкування, необхідністю створення нових міжособистісних відносин [71, 268, 285].

У публікаціях останніх років зустрічаються одиничні роботи, присвячені вивченню НПР у студентів медичних ЗВО [43, 90, 286]. За даними В.М. Сінайко, в залежності від рівня психічного здоров'я студенти медицини розподіляються на три клінічні групи: 1-а - особи з клінічно окресленими невротичними розладами, 2-а - особи з психічною субадаптацією чи ризиком їхнього розвитку, 3-я - практично здорові; при цьому перша і друга групи склали більшу половину обстежених. Динаміка поширеності психічних розладів у студентів має хвилеподібний характер. Найчастіше клінічно оформлені стани психічної дезадаптації зустрічаються на перших курсах, на 3-му та 4-му курсах їх розповсюдженість зменшується, а на 5-му знову зростає. В клінічній структурі станів НПР у студентів-медиків переважали тривожні та депресивні розлади в межах рубрик F43,2 (59,8%) та F41.2 (18,5%), а також соматоформна вегетативна дисфункція (16,3%) [268]. Дослідження А.В. Мурашова встановили, що рівень невротичних розладів з кожним роком навчання зростає з 3,8% на першому курсі до 21,1% на шостому [287].

А.А. Чуркін, А.В. Берсєнев [251] демонструють відмінну структуру й поширеність психічних розладів у студентів. За результатами клініко-епідеміологічного дослідження 1820 учнів медичного училища у віці 14-25 років виявлено в 37,5% випадків ознаки психічної патології невротичного регістру різного ступеню вираженості. У структурі психічних розладів провідне місце займали невротичні - 51,69% від загального числа обстежених, однак більше половини з них становили порушення дохворобливого рівня. У структурі невротичних розладів на першому місці виявилася неврастенія (24,11%), далі відповідно в порядку зменшення - соціальна фобія, змішаний тривожний і депресивний розлад, генералізований тривожний розлад, посттравматичний

стресовий розлад, обсесивно-компульсивний розлад, вегетативний соматоформний розлад, панічний розлад.

Звертає увагу високий рівень тривожності серед студентів, що зазначається багатьма дослідниками [288-290]. У світі сучасних представлень про тривогу, як найпоширенішому й типовому для невротичних розладів симптомі, зазначену інформацію можна розглядати як опосередкований показник невротизму студентів. 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 [291].

На думку М.М. Смирнова, висока поширеність невротичних розладів у студентів значною мірою обумовлена характерологічними особливостями вивчаемого контингенту, акцентуйовані особистості серед яких було виявлено в 27,73% [292] та, в більшості випадків, психогеніями, що пов'язані з навчальною діяльністю.

Слід зазначити, що серед невротичних розладів у студентів найпоширенішими є розлади адаптації, раніше позначувані як невротичні реакції. Згідно МКХ-10 під розладами адаптації розуміють стан суб'єктивного дистресу та емоційного розладу, за звичай перешкоджаючому соціальному функціонуванню, продуктивності й виникаючій в період адаптації до значних змін в житті або стресовій події [90, 293]. Ця група розладів відрізняється від інших груп тим, що в неї включені розлади, які ідентифікуються не лише на основі симптоматики й характеру перебігу, але й очевидності впливу однієї або навіть обох причин: винятково несприятливої події в житті, що викликала гостру стресову реакцію, або значної зміни в житті, що призвела до тривалих несприятливих обставин й спричиняє порушення адаптації. В механізмі порушень психічної адаптації провідне місце займають порушення в емоційно-вольовій сфері [13, 125, 294].

Результати дослідження Н.В. Гавенко, направлені на вивчення клінічно окреслених форм невротичних психічних розладів у студентів медичних ЗВО показали, що найбільша питома вага належала розладам адаптації: короткочасна депресивна реакція (F43.20), змішана тривожно-депресивна реакція (F43.22), порушення адаптації з переважанням інших емоцій (F43.23), з яких найбільш поширеною формою, що зустрічалася на всіх етапах обстеження як у чоловіків, так і в жінок, є порушення адаптації з переважанням інших емоцій (F43.23), а наймалочисельнішою є короткочасна депресивна реакція (F43.20) [269]. Частими проявами станів психічної дезадаптації є емоційні порушення: зниження настрою, поява пов'язаних із цим думок про свою невисоку значимість, нездатність справитися з навчальним навантаженням [270].

Серед особистісних характеристик, що сприяють розвитку депресії слід зазначити ціннісні орієнтації, самовідношення, акцентуації характеру, копінг-стратегії, й оцінку особистістю якості свого життя. Депресивні розлади неспихотичного рівня в студентській популяції мають різну нозологічну природу, головна особливість яких є рідкість відносно простих синдромів. Частіше клінічна картина субдепресивних розладів поліморфна психопатологічними симптомами, і в ній, крім властиво афективного компонента присутні розлади мислення, іпохондрична налаштованість, виражений сомато-вегетативний компонент з чітко окресленим приступоподібним перебігом та сезонною залежністю [45, 295].

Б.С. Положий відмічає серед основних рис юнацької депресії виражену гіпертрофію ідеаторного компонента (когнітивні розлади у вигляді проблем осмислення, зосередження, концентрації уваги, порушень пам'яті) на тлі стертого тимічного компонента депресії, підкреслюючи, що в 1/3 студентів, що звертаються за медичною допомогою, виявляється атиповість субдепресії з перевагою астенії, адинамії або тривоги з провідними порушеннями мислення [296]. Зазначена клінічна картина депресивних розладів, характерних саме для студентського контингенту, визначає не тільки труднощі розпізнавання цих станів, як хворобливих, але й складності в навчанні, які стають основним чинником в розвитку навчальної дезадаптації студентів [268, 295].

Особливості депресивних станів у підлітків та їх своєрідність можливо пояснювати істотним внеском пубертатних психобіологічних факторів їх формування, що приводить до виходу на перший план характерних для підлітково-юнацького віку когнітивних, поведінкових і сомато-вегетативних розладів, які не тільки маскують їх депресивну основу, але й роблять важчим правильне трактування окремих симптомів хвороби. У зв'язку із цим найбільші проблеми при діагностиці викликають не розгорнуті форми депресій, а відносно неглибокі депресивні стани, що обмежуються афективними, невротичними, надцінними й психопатоподібними розладами, при яких взаємодія між хворобою і юнацьким етапом онтогенезу носить найбільш складний характер [70, 127, 186, 297].

Розлади особистості в студентській популяції за даними А.А. Чуркіна, А.В. Берсенева зустрічаються в 38,92% та в більшості випадків не досягають рівня клінічно окресленої патології. Найбільш специфічними для студентства є ананкастний, тривожний і залежний розлади особистості, зважаючи, на велику поширеність їх в клінічно оформленій формі. Розгорнута картина синдрому розладу особистості частіше виявлялась у випадках декомпенсації, під впливом несприятливих зовнішніх факторів, таких як значні інтелектуальні навантаження під час сесій, конфліктні відносини в родині або у колі товаришів, зміна місця проживання [251]. Наявність акцентуації характеру у студентів зумовлює не тільки специфіку соціальної й навчальної дезадаптації, але й сприяє виникненню психічних розладів несприятливого рівня й ранній алкоголізації [292]. При цьому такі типи акцентуацій характеру, як дистимічний, афективно-лабільний, тривожно-боязкий збільшують ризик розвитку преневротичних субдепресивних станів [63].

Результати вибіркового і клініко-епідеміологічних досліджень свідчать про велику поширеність екзогенно-органічних психічних розладів в популяції студентської молоді [298, 299], які в загальній структурі психічної патології займають до 44% [282]. Клінічна картина невротичний розладоподібних й психопатоподібних розладів екзогенно-органічної природи у студентів найбільш

часто проявляється астенічним (63%) і експлозивним (15%) синдромами [300]. Астенічні стани у студентів є найбільш поширеними проявами психічних розладів [132, 150, 239]. Згідно з даними Е.Д. Красика зі співавторами [281] у студентів, що страждають невротичний розладами, астенічний синдром спостерігався в 92,7% випадках, а при невротичний розладоподібних станах в 98,5% хворих.

Єдиної думки про частоту виникнення психічних розладів у студентів залежно від статті немає, хоча більшість авторів [13, 46, 108, 217, 259] схильні констатувати, що жінки-студентки частіше потребують допомоги психіатра, ніж чоловіки (ВООЗ, 2001) [301].

Крім неспсихотичних психічних розладів у студентів спостерігаються і нервово-психічні захворювання ендogenousного регістру [302-306]. Стан розумової перевтоми, підвищеного емоційного навантаження, зміни звичних стереотипів поведінки та оточення може стати поштовхом до порушення психічного гомеостазу й призвести до загострення або маніфесту проявів ендogenousних психічних захворювань [307-311].

Таким чином, як свідчить аналіз літературних даних, 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. Найчастіше увагу дослідників привертає вивчення стану психічного здоров'я школярів, учнів випускних класів та студентів перших років навчання у ЗВО. У той час як робіт, присвячених вивченню проблем розвитку, клініко-психопатологічних особливостей, клінічної структури, лікування, динаміки неспсихотичних психічних розладів з урахуванням гендерних та організаційних чинників у студентів ЗВО, небагато і ця проблема потребує подальшого вивчення з позиції системного підходу з метою розробки та впровадження в практику заходів ранньої діагностики, клініки, лікування та корекційно-профілактичних впливів.

1.5 Принципи психопрофілактики, психокорекції та психотерапії непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти

Формування адекватної методології та методів психопрофілактики та корекції психічних та поведінкових розладів у студентів, неможливе без встановлення закономірностей їх виникнення та оцінки динаміки під впливом множинних причин та ефектів. Складність цього питання підтверджується численними науковими дослідженнями з проблем визначення категорій норми, патології та їх взаємоперетворень в психіатрії [27, 44, 58, 61, 88, 258, 293, 312].

У сучасний період велика кількість вчених приділяє значну увагу біопсихосоціальної моделі, запропонованої J. Uexkull (1920), Th. Uexkull, W. Wesiak (1990) [313]. На її основі сформульовано низку нормоцентричних концепцій виникнення НПР. Серед них слід виділити теоретичні підходи щодо визначення: адаптаційного бар'єру, як інтегрованого динамічно-функціонального прояву біосоціальної основи особи [12] (концепція адаптації), передхвороби, моделі перехідних станів [314, 315] (концепція рівнів психічного здоров'я) «становлення» синдрому, як наслідку взаємодії конституційних та соціокультуральних чинників [35, 316] та ін. [15, 92, 140, 196, 250, 317, 318] (соціально-орієнтований підхід). Поєднання цих та інших поглядів вказує на функціонально-динамічний характер взаємодії індивіда та оточуючого середовища, а також підкреслює необхідність сукупної медикосоціопсихологічної оцінки рівнів його пізнавальних процесів, самопочуття, спрямованості інтересів особистості, її соціальної активності, міжособистісних відносин, поведінки в мікро- і мікросоціальних сферах, психосоматичних відношень, засобів адаптації та психологічного захисту [230, 319-320].

Як видно з літературних джерел останніх років [321-324] лікувально-реабілітаційна тактика при психічних порушеннях у осіб молодого віку будується на комплексній системі корекційно-профілактичних заходів, що включає заходи, спрямовані на ранню діагностику, психопрофілактику та корекцію психічних та поведінкових розладів у студентів-медиків, що базується на концепції комплексного, багаторівневого впливу [325-327], побудованій на основі

біопсихосоціальної моделі [326], а також пов'язаних з нею принципах системності, етапності, сукупності, які полягають у послідовних заходах впливу, у трьох напрямках:

- біологічному – ієрархічний фізіологічний (інтеграційні рівні клітин, органів, фізіологічних систем, організму в цілому, наприклад, дихальні вправи або сугестія спокійної роботи серця);
- психічному – ієрархічний психічний (психологічний) (інтеграційні рівні окремих властивостей сфер психіки, психічних сфер, особистості, наприклад, корекція моральних настанов, або уваги, пам'яті, або потенціювання упевненості, спокою);
- соціальному – ієрархічні суспільні роль, статус (інтеграційні рівні ауто-мікро- та мікросоціальних середовищ, наприклад, відновлення або корекція рольових позицій у мікро- або мікросоціальному оточенні).

А диференційованість та індивідуальність терапевтичних втручань включає урахування усіх властивих конкретному пацієнту психічних, психодіагностичних, соціальних ознак [176, 327].

Для ефективного лікування непсихотичних психічних розладів необхідно в кожному окремому випадку вивчити причини захворювання, патогенетичні механізми, активізувати компенсаторні механізми, котрі будуть сприяти формуванню пристосування до мінливих умов середовища. Метою терапевтичного втручання повинен бути при цьому оптимальний вплив як на порушену ланку в підсистемі, так і на інші ланки й підсистеми, для того щоб підсилити їх компенсаторну роль, відносно порушеної активності певної ланки системи [326-329].

Як показує практика, більшість студентів із донозологічними й навіть клінічно окресленими психічними розладами невротичного рівня самостійно не звертаються за медичною допомогою до психолога, лікаря-психотерапевта, а тим паче, психіатра. У чималій мірі усвідомленій або неусвідомленій відмові студентів від психіатричної або психологічної допомоги сприяє стигматизація

психіатрії, страх перед психіатричним обстеженням й психіатричним діагнозом [330].

Одним з актуальних питань клінічної психіатрії сьогодення, якому присвячена велика кількість публікацій, є низька зверненість населення до психіатричних закладів та психотерапевтичних центрів. Дотепер центральною проблемою залишається проблема стигматизації [304-308, 331-332]. В публікаціях С.І. Табачнікова узагальнено основні причини низької зверненості населення до фахівців психіатричного профілю, серед яких слід виділити: недостатня медична освіченість, нерозуміння природи свого дискомфортного або хворобливого стану, традиційне для нашої культури насторожене ставлення до психіатрії, острах піддатися соціально-правовим обмеженням, що мали місце в минулому, недостатній розвиток самої спеціалізованої мережі, відсутність установ проміжного профілю, у яких потенційний пацієнт може отримати консультацію з психологічних проблем [230, 333].

Проблема своєчасного розпізнавання і раціональної терапії НПР у осіб молодого віку в організованих контингентах може бути вирішена шляхом застосування сучасних скринінг-технологій та моніторингу донозологічних розладів [13, 20, 323, 327-329, 334]. Проведення регулярних масових обстежень при дотриманні всіх морально-етичних норм, на думку ряду авторів, робить можливим визначення рівня психічного здоров'я і груп ризику, що включають студентів з підвищеним ризиком розвитку станів дезадаптації, сприяти визначенню нормативних показників та уточненню їх границь у конкретному навчальному закладі, що надалі може служити підставою для здійснення психопрофілактичної та психокорекційної роботи, а також підвищення рівня «психологічної освіченості» студентів-медиків, формування у них достатньої «культури інтроспекції» [302, 320].

При проведенні профілактичних і психотерапевтичних заходів відносно факторів ризику розвитку психічних розладів у підлітків необхідно приділяти увагу врегулюванню режиму праці й відпочинку, нормалізації сну, попередженню, а при їх виникненні вирішенню психотравмуючих ситуацій;

комплекс психопрофілактики повинен містити в собі компоненти психотерапії та психоосвіти [10, 95, 128, 335].

Надзвичайно важливу у захисті від психологічного стресу може відігравати соціальна підтримка студентів, у якій виділено три елементи: емоційна підтримка; допомога у вирішенні проблем; соціальна підтримка. За даними В.І. Носкова розрізняють також формальну й неформальну підтримку. Перша включає низку заходів, спрямованих на забезпечення студентської діяльності: бібліотека, стипендії, куратори та ін. У більшості західних університетів функціонують створені консультаційні пункти для студентів, що допомагають їм вирішити проблеми, пов'язані з організацією студентського життя. У рамках проблематики стресу й психічного здоров'я на перший план виступає другий вид підтримки - неформальна соціальна підтримка, до якої відноситься підтримка з боку самих студентів, а також викладачів [185, 190].

На думку Гавенко В.Л., Сінайко В.М., Соколової І.М., 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. До основних функцій якої автори даної роботи відносять: психодіагностичну оцінку психічного та соматичного стану, ступеню адаптованості в мікросоціальному оточенні студентів залежно від статі, віку та періоду навчання; проведення психокорекційних заходів; реалізацію психогігієнічних і психопрофілактичних заходів у студентській популяції; здійснення консультативної допомоги студентам; залучення студентів до науково-дослідної діяльності в галузі медико-психологічних наук [336].

Робота медико-психологічної служби вузу забезпечує діагностику, корекцію й профілактику донозологічних та клінічно окреслених форм психічних розладів у студентів, що виникають під впливом несприятливих стресогенних факторів навчальної діяльності. При цьому обсяг і конкретний зміст психокорекційних та профілактичних заходів можуть відрізнятися в навчальних закладах різної

спрямованості (гуманітарних, технічних) [337-339]. Правильно організована та проведена психогігієнічна і психопрофілактична робота не тільки сприяє оптимізації порушених психічних функцій у студентів, але й підвищує їх стійкість до дії несприятливих стресогенних факторів, а також дозволяє поліпшити їх соматичний стан [122, 277, 340].

Неодмінною умовою успішності терапії непсихотичних психічних розладів є принцип комплексності підходу, що включає в себе широкий спектр психофармакотерапевтичних, психотерапевтичних, фізіотерапевтичних і соціально-реабілітаційних заходів [341-345]. Визначений цілий ряд психотерапевтичних, фізіологічних, психологічних та соціотерапевтичних методик, що довели свою ефективність у студентів: раціональна психотерапія, аутогенне тренування, гіпнотерапія, методи поведінкової, особистісно-орієнтованої терапії, аналіз взаємовідносин, психодрама, нейролінгвістичне програмування, гештальт-терапія, "ериксонівський гіпноз", розумова гімнастика, культтерапія, музикотерапія, данстерапія, арттерапія, техніка релаксації, дихальна гімнастика, оптимізація рухового режиму, фізіотерапевтичні заходи, розвантажувальна дієтотерапія [346-348].

Більшість вітчизняних і зарубіжних авторів відводять провідну роль в лікуванні НПР у студентів різноманітним формам психотерапії [349-360]. Традиційно вважається, що терапевтичний ефект при цьому досягається не фізичним або хімічним впливом, а інформацією, яку він передає [8, 48, 58, 345, 347, 349-352, 361]. При психотерапевтичному втручанні велику роль відіграє емоційний вплив на хворого. Різні види психотерапії - це різні види введення, переробки або впливу інформації. Основними видами психотерапії є переконування (раціональна психотерапія), навіювання, самонавіювання і казуальна психотерапія [50, 99, 345, 349, 358-360]. При виборі конкретних методів психотерапії необхідно враховувати:

- особистісні особливості пацієнта та реакцію його на хворобу;
- психологічні чинники етіопатогенезу захворювання;
- нозологічну приналежність хвороби та її етапи;

- структурно-організаційні рамки, у яких проводиться психотерапія. [57, 111, 112, 153, 352-354, 362]

Система психотерапевтичної допомоги ґрунтується на принципах комплексності, диференційованості, послідовності та етапності психотерапевтичних заходів [135, 176, 213, 261, 363-364]. У структурі психокорекційних заходів відносно НПР у студентів важливе місце займають різні методи психотерапії та соціально-психологічні тренінги, які можуть проводитися як індивідуально, так і в групах, та спрямовані на усвідомлення і формулювання реальних труднощів, ідентифікацію «Я», підвищення впевненості, створення толерантності до депресії, тривоги, реорганізацію захисних механізмів [350]. Для проведення психотерапевтичної корекції в студентському середовищі необхідно враховувати, що в якості психокорекційних заходів із численного переліку психотерапевтичних впливів варто вибирати ті методики, які можуть бути адаптовані в студентському контингенті [365]. Необхідно враховувати фактори, які можуть перешкоджати проведенню поширених форм психотерапії, серед яких слід відзначити: неможливість публічного обговорення особистих проблем через мікросоціальні особливості спілкування студентів, дефіцит часу, специфічні взаємини між викладачем і студентами. [75, 195, 229, 366]

Необхідність медикаментозної корекції непсихотичних психічних розладів у студентів визначається їх вираженістю та особливостями психопатологічної симптоматики. У комплексі терапевтичних заходів можливе застосування адаптогенів (екстракту родіоли рожевої, елеутерококу, настойки лимоннику й ін.), антидепресантів, седативних засобів рослинного походження, ноотропів [53, 219, 263, 267, 326-327, 356-359].

На підставі аналізу літератури можна виділити основні методи психотерапії, що підтвердили свою ефективність у роботі зі студентською молоддю.

Рациональна психотерапія є однієї з найпоширеніших психотерапевтичних методик. Основою раціональної психотерапії, поза сумнівом, є логічна аргументація. Крім того метод включає роз'яснення, навіювання, емоційну дію, вивчення і корекцію особистості. І, зрозуміло, стрижнем раціональної

психотерапії є правильне, доступне розумінню хворого, трактування характеру, причин виникнення і прогнозу захворювання [131, 212, 367]

Необхідно відмітити, що в деяких випадках ефективність раціональної психотерапії може бути недостатньою, що пояснюється неможливістю свідомого регулювання активності симпатичної нервової та ендокринної систем, а також вибірковістю сприйняття людини, що перебуває в стані афективного звуження свідомості. Проте, раціональна терапія може бути використана в комплексі з іншими методами корекції НПР у студентів [229].

Одним з ефективних методів терапії НПР можна вважати різні варіанти самонавіювання, зокрема, аутогенне тренування [368], лікувальний ефект якого пов'язаний як з релаксацією, так і з цілеспрямованим самонавіюванням. При аутогенному тренуванні вплив спрямований на вегетативну нервову систему, що приводить до відновлення вегетативного дисбалансу, що є частим супутником психічних розладів невротичного кола. Цей вид психотерапії має заспокійливий вплив на емоційну сферу. Тренувальна психотерапія потребує від хворого більш активного ставлення до свого лікування, завдяки чому її результати її застосування кращі, ніж від одного навіювання [362, 368].

Аутогенне тренування може широко застосовуватися для роботи зі студентами, що перебувають під впливом несприятливих стресогенних факторів навчальної діяльності. Проведення АТ у студентів сприяє зниженню почуття тривоги, стурбованості, емоційної напруженості, корекції деяких характерологічних особливостей, мобілізації інтелектуальних ресурсів, а також може використовуватися для короткочасного відпочинку [59, 370].

Сугестивна терапія, тобто навіювання в гіпнотичному або безсонному стані, використовується для відволікання від хворобливих переживань, для закріплення позитивного емоційного відношення до середовища і самого себе та ін. Особливо ефективний у хворих з підвищеною навіюваністю, істеричних, тривожно-боязких, сенситивних осіб [14, 96, 223, 365-370].

В основу ігрової психотерапії покладено розуміння того, що гра може моделювати діяльність, що відтворює за аналогією з реальністю уявлювану,

бажану дійсність. В умовах обставинах гра дає дитині або підлітку можливість переживати удачі, успіх у боротьбі, розкрити свої фізичні й розумові здібності [129, 371].

Сімейна психотерапія спрямована на зміну міжособистісних відносин і усунення емоційних розладів в родині. У процесі психотерапії виявляються та виправляються порушення в таких сферах життєдіяльності родини, як сімейні уяви, міжособистісне спілкування в родині, сімейна інтеграція й система ролей [121, 159, 201, 372].

Для проведення психокорекційних заходів можливо використовувати соціально-психологічні тренінги з метою розвитку самосвідомості й особистісного росту студентів, розробляти та проводити програми корекції виявлених відхилень їхньому поведінки з можливим залученням батьків, родичів та викладачів [362, 368]. Слід зазначити, що застосування соціально-психологічних тренінгів найбільше ефективно в когорті практично здорових студентів для зниження ступеню ризику формування НПР. Організація тренінгів відповідає принципам групової терапії, вони проводяться в малих групах (10-15 осіб), у комфортній обстановці, що сприяє формуванню в студентів відчуття психологічної безпеки [326, 335, 373].

Сучасний етап розвитку медицини, в тому числі й психіатрія, носить профілактичну спрямованість, в публікаціях останніх років широко висвітлені питання профілактики психічних розладів неспсихотичного регістру [79, 276, 374]. Відповідно до класифікації ВООЗ, виділяють первинну, вторинну й третинну профілактику.

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 планово, з постійним пошуком усе нових шляхів здійснення профілактики;

- ефективність: при проведенні будь-яких заходів психопрофілактики слід орієнтуватися на головний критерій - їх ефективність [170, 375].

Основні багаторівневі концепції профілактичної роботи зі студентами містять у собі наступні компоненти: формування культури здоров'я у студентів; оптимізація навчального навантаження; соціально-психологічна допомога; раннє виявлення й корекція порушень психічного здоров'я, формування внутрішньовузівського середовища, що протидіє небезпеці наркотизації, алкоголізації [119, 277, 377, 378].

Оскільки однією з основних причин розвитку НПР є психогенії, попередження їх відіграє важливу роль у профілактиці цих станів [374]. В окремих роботах пропонується використовувати психотерапевтичні методики з метою зміни ставлення хворого до психотравмуючих подій, впливу на характерологічні особливості, для профілактики рецидивів невротичних розладів [25, 123]. Крім того необхідно враховувати й фактори, що ведуть до астенізації нервової системи - інфекційні захворювання, травми мозку, хронічні інтоксикації, порушення режиму харчування, сну, що часто присутні в житті осіб молодого віку та в умовах дії різноманітних психотравмуючих чинників сприяють виникненню нервово-психічних захворювань [13, 49, 90, 379, 380].

У рамках психогігієнічних заходів ряд авторів звертає увагу на необхідність під час розробки навчальних планів і програм враховувати психологічні аспекти навчального процесу, майбутньої професійної діяльності, міжособистісних відносин, взаємин у навчальному і виробничому колективі [268, 273, 283]. Психогігієнічна та психопрофілактична робота в студентській популяції повинна бути комплексною, диференційованою та максимально наближеною до студентів [10, 65, 138, 155, 265, 267, 374].

Таким чином, як показав аналіз літературних даних, незважаючи на велику кількість робіт присвячених вивченню психічного здоров'я і психічних розладів

студентської молоді, проблеми їх ранньої діагностики, психопрофілактики, корекції та лікування з позиції системного підходу залишаються не до кінця розкритими й потребують подальшого вивчення поширеності, структури, особливостей клінічних проявів психічної патології студентської молоді з урахуванням сучасних реалій системи вищої освіти.

Виходячи із викладеного та базуючись на проблемно-цільовому аналізі фахової літератури і висвітлених в ній сучасних результатів досліджень з проблеми НПР у студентів, можна дійти висновку, що комплексне урахування клініко-психопатологічних, психодіагностичних, гендерних відмінностей осіб молодого віку з НПР дозволить визначитись стосовно потреби і напрямків діагностики, профілактики, лікування й сприятиме збереженню здоров'я у його фізичному та психічному аспектах, включаючи соціальне та професійне функціонування особистості.

Базовими складовими дослідження щодо розробки системи ранньої діагностики, психопрофілактики, лікування та корекції неспсихотичних психічних розладів у осіб молодого віку в умовах професійної освіти повинні бути:

- Проаналізувати частоту та структуру неспсихотичних психічних розладів у студентів залежно від статі, віку та спеціальності.
- Виявити клініко-анамнестичні та соціально-демографічні особливості неспсихотичних психічних розладів у студентів залежно від статі, віку та спеціальності.
- Визначити клініко-психопатологічні, психодіагностичні особливості неспсихотичних психічних розладів у студентів залежно від статі, віку та спеціальності.
- Проаналізувати структуру неспсихотичних психічних розладів та частоту нових випадків НПР протягом навчання у студентів залежно від статі, віку та спеціальності.

– Визначити маркери ризику-антиризика неспсихотичних психічних розладів та мішені психопрофілактичного, психокорекційного та терапевтичного впливу, а також налаштованість студентів на отримання медичної допомоги.

– Розробити, впровадити та оцінити ефективність системи діагностики, психопрофілактики, психокорекції та лікування неспсихотичних психічних розладів у студентів різних спеціальностей.

Все перелічене, у системному взаємозв'язку, дозволить підвищити ефективність діагностики, профілактики, реабілітації та удосконалити методи лікування осіб молодого віку з НПР в умовах професійної освіти.

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

1. Проведено аналіз літературних джерел з питань закономірностей формування непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти.
2. Проаналізовані літературні дані, щодо психологічного стресу, його класифікації, типів перебігу. Встановлено значення стресу у формування непсихотичних психічних розладів.
3. Знайдено літературні дані, щодо впливу макросоціальних, мікросоціальних інформаційних чинників на виникнення та перебіг непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти.
4. Проаналізовано літературні джерела, що описують вплив навчального навантаження розвиток непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти.
5. Проведено аналіз літературних джерел щодо принципів психопрофілактики, психокорекції та психотерапії непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти.

Аналіз наукової літератури з проблеми формування, діагностики лікування та профілактики непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти свідчить про потребу визначення ефективних шляхів вирішення окресленої проблеми.

Матеріали, що увійшли до розділу, опубліковано автором у наукових працях [43], [44], [49], [50], [121], [152], [197], [206], [229], [271], [274], [279], [286], [288], [293], [294], [295], [326], [327], [337], [338], [339], [340], [341], [342], [348], [356], [357], [358], [359], [360], [363], [364], [366], [378], [379], [380].

РОЗДІЛ 2

ОБ'ЄКТИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Програма та методи дослідження

Вибір методів дослідження був обумовлений метою і задачами дисертаційного дослідження.

Застосовані методи: клінічний, клініко-психопатологічний, клініко-епідеміологічний, клініко-анамнестичний, експериментально-психологічний та статистичний методи.

Нами, протягом 2015-2017 рр., з дотриманням принципів біоетики та деонтології (на початку у кожного обстеженого отримувалася інформована згода на проведення дослідження) проведено суцільне комплексне обстеження студентів I – V курсів медичних факультетів Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (БДМУ) та студентів I – IV курсів факультету педагогіки, психології та соціальної роботи, філологічного факультету, інституту фізико-технічних та комп'ютерних наук, факультету математики та інформатики, філософсько-теологічного факультету Чернівецького національного університету.

Нами була розроблена спеціальна «Уніфікована карта обстеження студента» (далі «Карта...») для збору матеріалу, реєстрації даних спостережень та досліджень.

Мету, завдання, об'єкт, предмет, а також дизайн роботи (матеріал, структура та обсяг вибірки, принцип формування груп порівняння, методи дослідження (МД) та аналізу отриманих даних) визначали виходячи з робочої гіпотези.

Провідним критерієм включення особи до дослідження було її навчання у вищому навчальному закладі. Обстеження проводили в міжсесійний період.

Дослідження проводили за відповідною програмою в декілька етапів (рис. 2.1). Дослідження проводили за відповідною програмою в декілька етапів.

На першому етапі здійснювали суцільне скринінгове поперечне дослідження студентів ЗВО різних спеціальностей. Такий підхід дозволив, запобігти систематичних помилок, помилкових відхилень, недостовірній оцінці

розбіжностей за частотою виходів по групах. Дослідити зміни у психічному, соматичному, соціальному станах студентів за допомогою відповідних «поперечних зрізів». Так, скринінг загальної когорти виконували два рази з інтервалом в один рік.

Другий етап дослідження полягав у розподілі обстежених на групи (основну, що включала 317 студентів з НПР та порівняльну – 918 практично здорових студенти), систематизації отриманих даних, комплексному аналізі клінічних проявів, встановленні закономірностей формування та структури НПР у студентів ЗВО різних спеціальностей.

На третьому етапі дослідження студенти основної групи були рандомізовані на дві групи: терапевтичну (210 осіб з НПР, які дали згоду на лікування) та контрольну (107 осіб з НПР, які відмовились від запропонованого лікування). Визначення стратегій надання допомоги.

Четвертий етап дослідження полягав у розподілі хворих терапевтичної групи на дві: 1А комплексну групу (177 осіб) та 1Б стандартну групу (33 особи). Пацієнти комплексної групи отримували диференційоване комплексне лікування розроблене автором і представлене в 5 патентах та 28 рацпропозиціях, а також систему активної психопрофілактики, психотерапевтичної корекції та медико-психологічної реабілітації, розроблені автором. Пацієнти стандартної групи отримували лише стандартне лікування (у відповідності зі стандартами медичної допомоги при даному захворюванні).

П'ятий етап дослідження присвячений підтримуючій психотерапії та реабілітації студентів, оцінці ефективності «Уніфікованої карти обстеження студента», яка включала до себе блоки ранньої діагностики НПР, комплексних психопрофілактичних втручань, комплексних психокорекційних та терапевтичних програм та реабілітаційних заходів. На цьому ж етапі було побудовано модель мультиноміальної логістичної регресії та дерева рішень для визначення предикторів розвитку несприятливих психічних розладів у студентів закладів вищої освіти (використано χ^2 -квадрат (χ^2) тест та ANOVA, точність

передбачення на загальній вибірці становила 86,35%, а на тестовій вибірці (основна група - 88,52%).

Шостий етап дослідження полягав у оцінці ефективності запропонованої автором системи комплексного диференційованого лікування, профілактики, реабілітації студентів з НПР.

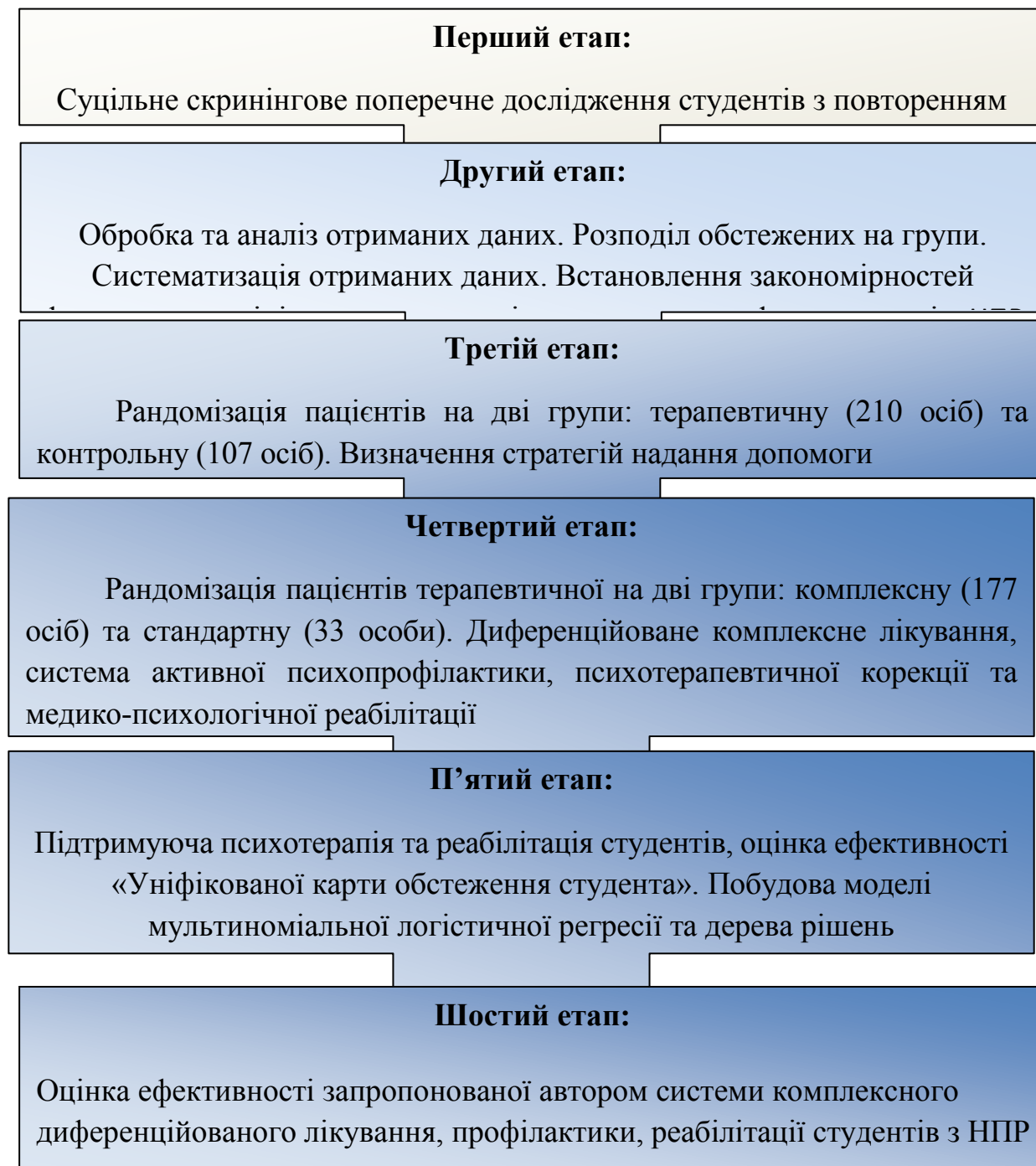


Рис. 2.1 Схема етапів дослідження

Для проведення суцільного скринінгового обстеження було підготовлено і роздано для заповнення 2000 уніфікованих карт обстеження студента, в результаті

студенти повністю заповнили і здали 1679 анкет, решта 321 анкета, або не була здана, або її заповнення не відповідало критеріям включення до групи обстеження (критерій - заповнення анкети на 90 %).

В результаті першого скринінгового обстеження ми отримали вихідну групу кількістю 1679 студентів. Через рік при повторному загальному обстеженні вихідної групи студентів (1679 осіб), ми зібрали 1235 уніфікованих карт, що відповідали загальному критерію включення в дослідження. Отже, надалі, ми аналізували результати обстеження 1235 студентів.

Усіх студентів (1235 осіб) було розподілено на дві групи – **основну** (І-шу) та **порівняльну** (ІІ-гу). До **основної** групи увійшли 317 (25,67%) студентів, у яких було діагностовано несприятливі психічні розлади (НПР), вони в свою чергу також були поділені на дві групи - **терапевтичну** групу, яка включала студентів з НПР (N=210, 66,25%), які отримували лікування, ця група в свою чергу була поділена на дві підгрупи: **ІА, (комплексна)** група, яка включала 177 (84,29%) студентів, яким було проведено створену нами комплексну оригінальну систему діагностики, лікування, профілактики та **ІБ (стандартна)** група, яка включала 33 (15,71%) студентів, яким було проведено стандартну систему лікування, профілактики та **контрольну** групу (N=107, 33,75%) до якої увійшли 107 осіб з НПР, які за певних обставин відмовилися від лікування та профілактики. Для верифікації клінічних особливостей НПР, в якості **ІІ порівняльної** групи було обстежено 918 (74,33%) студентів без НПР, практично здорових (див. рис.2.2).

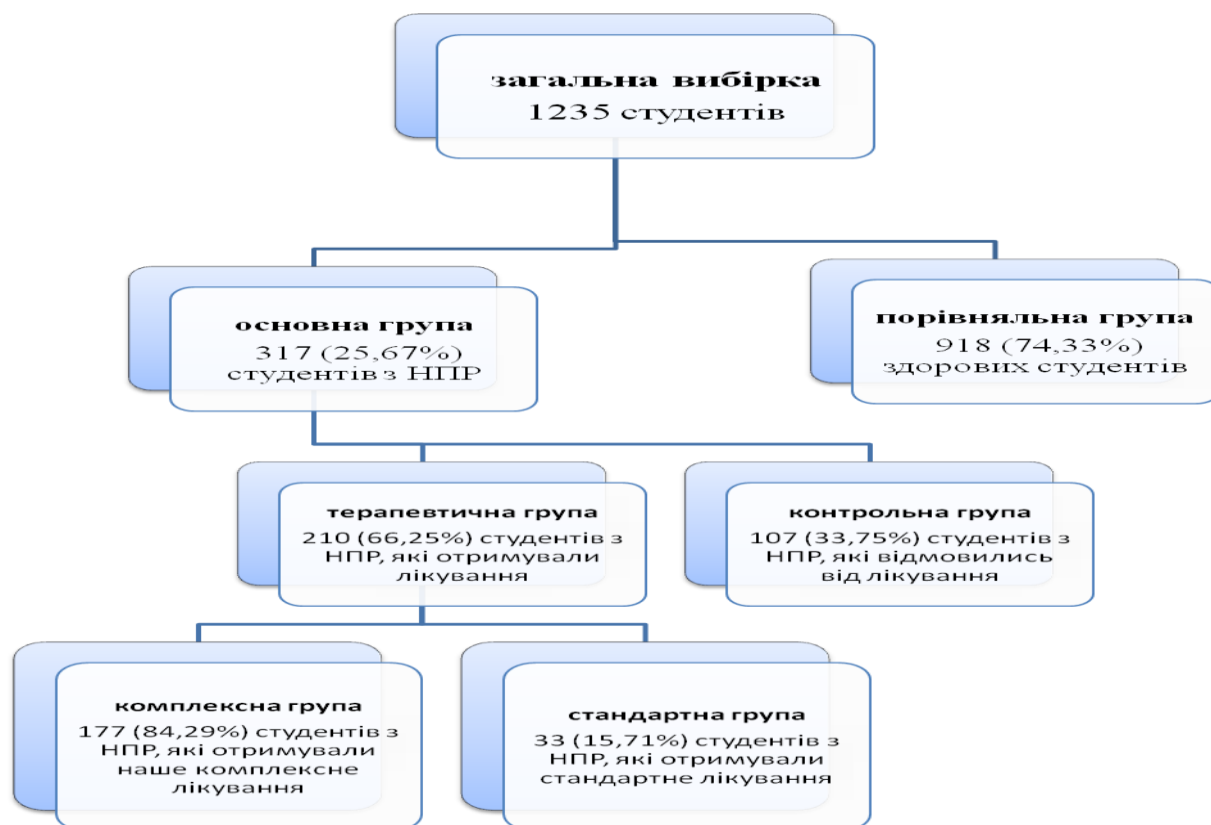


Рис.2.2 Схематичний поділ на групи

2.2 Загальна характеристика обстежених студентів

У дослідженні брали участь 852 студенти (68,99%) Буковинського державного медичного університету та 383 студенти (31,01%) Чернівецького національного університету.

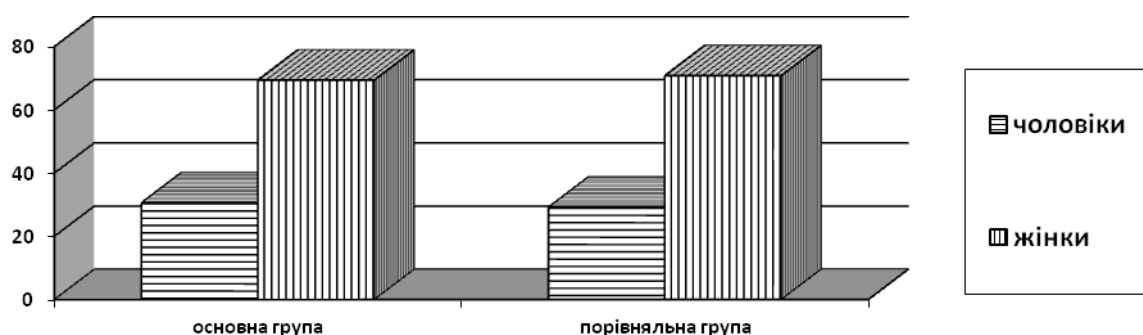
Середній вік обстежених $20,15 \pm 0,05$ років.

	Середнє значення	-95% ДІ	+95% ДІ	min	max	Стандартна похибка середнього
Середній вік	20,15	20,05	20,25	18,00	29,00	0,0504

В гендерному розподілі серед усіх обстежених було 365 чоловіків та 870 жінок, відповідно 29,55 % та 70,45 %.

За статтю пацієнти основної групи розподілилися наступним чином: чоловіки – 97 (30,6 %), жінки – 220 (69,4 %) обстежених. В порівняльній групі було 268 (29,2 %) чоловіків та 650 (70,8 %) жінок ($p \geq 0,05$). Отже в статевому

розподілі групи були однорідними. Цей розподіл представлено на рисунку



2.3.

Рис. 2.3 Розподіл обстежених хворих за статтю

Абсолютні значення кількості обстежених студентів по курсах навчання можна побачити на рис. 2.4. і в таблиці 2.1.

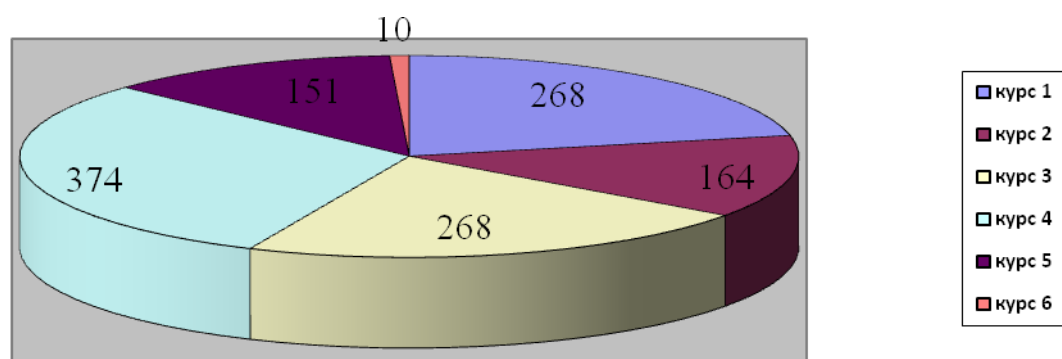


Рис. 2.4 Розподіл студентів за курсами навчання (абс.)

Таблиця 2.1

Розподіл обстеженого контингенту за курсами навчання

Курс	Кількість осіб, абс.	%
1	268	21,70
2	164	13,28
3	268	21,70
4	374	30,28
5	151	12,23
6	10	0,81
Всього	1235	100

Серед усіх обстежених студентів на державній формі навчалися 519 студентів (42,02%), на контрактній формі навчання було 716 студентів (57,98%). В основній групі на бюджетній формі навчалися 135 (42,59%) студенти, в порівняльній групі – 384 (41,83%) особи ($p \geq 0,05$) (див.рис.2.5).

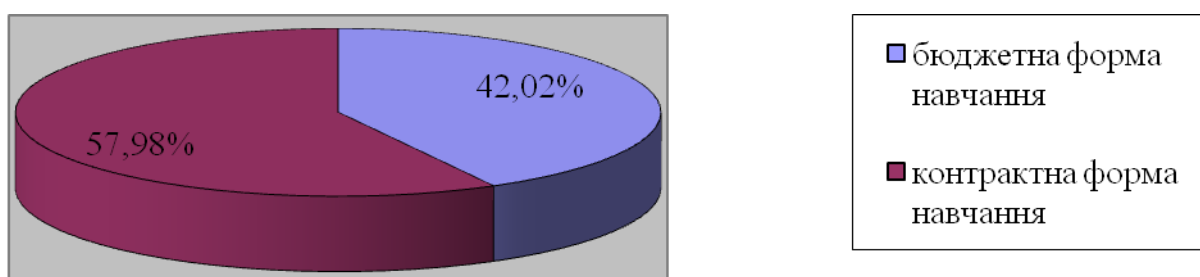


Рис. 2.5 Розподіл студентів залежно від форми навчання

Розподіл всіх обстежених студентів за факультетами навчання:

- Медичний факультет №1 (спеціальність «Лікувальна справа») – 157 (12,71%)
- Медичний факультет №2 (спеціальність «Лікувальна справа») – 415 (33,60%)
- Медичний факультет №4 (спеціальність «Медична психологія», «Педіатрія») – 66 (5,34%)
- Стоматологічний факультет (спеціальність «Стоматологія») – 214 (17,33%)
- Факультет математики та інформатики – 73 (6,23%)
- Філософсько-теологічний факультет – 31 (2,51%)
- Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи (спеціальність «Психологія») – 162 (13,36%)
- Економічний факультет – 21 (1,70%)
- Інститут фізико-технічних та комп'ютерних наук – 58 (4,70%)
- Історичний факультет – 38 (3,08%).

Серед усіх обстежених студентів в місті проживало – 628 (50,85%), в селищі міського типу (с.м.т.) – 236 (19,11%) і в селі – 371 (30,04%) студентів. Зауважимо,

що вдома проживали 513 (41,54 %) осіб, в гуртожитку – 380 (30,77 %), винаймали кімнату/квартиру – 342 (27,69%) студентів.

В основній групі в місті проживали 167 (52,68%) студентів, в селищі міського типу – 69 (21,77%), в сільській місцевості – 81 (25,55%). Відповідно у порівняльній групі розподіл пацієнтів за місцем проживання був наступним: 461 (50,22 %) осіб проживало у місті, 167 (18,19%) - в селищі міського типу, в селі мешкало 290 (31,6 %) студентів ($p \geq 0,05$). Розподіл обстежених за місцем проживання представлено в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Розподіл обстежених за місцем проживання, абс та %

Місце проживання	Основна група (n= 317)		Порівняльн а група (n=918)		t	M1	M2
	Абс.	%	Абс.	%			
Місто	59	55,14	108	51,43	0,46	6,47	1,23
Селище міського типу	26	24,30	43	20,48	0,37	8,41	6,15
Село	22	20,56	59	28,10	-0,72	8,62	5,85

Отже, в обох групах переважали жителі міст.

Прикметно, що серед студентів основної групи проживали вдома 153 (48,26%) особи, в гуртожитку – 99 (31,23%) та знімали кімнату/квартиру – 65 (20,51%). Більшість студентів порівняльної групи також проживали вдома – 360 (39,22%) ($p < 0,05$), в гуртожитку - 281 (30,61%) та на квартирі – 277 (30,17%).

За сімейним статусом досліджувані розподілилися наступним чином (див.табл.2.3): у шлюбі – 82 (6,64 %), стосунки на відстані – 131 (10,61 %), розлучені – 17 (1,38 %), віртуальні стосунки – 21 (1,70%), громадянський шлюб – 17 (1,38%), самотні – 558 (45,18%), серйозні дошлюбні стосунки – 303 (24,53%), свій варіант – 106 (8,58%).

Достовірні відмінності ($p < 0,05$) були виявлені в основній групі у студентів, що перебували в шлюбі – 49 (15,46 %) та тих, що мали стосунки на відстані – 90

(28,39 %), були самотні – 110 (34,70 %), мали серйозні дошлюбні стосунки – 29 (9,15 %) в порівняльній групі відповідно: в шлюбі – 33 (3,59 %), стосунки на відстані – 41 (4,47 %), самотні – 434 (49,15 %), серйозні дошлюбні стосунки – 265 (30,01 %), свій варіант – 105 (11,89 %).

В основній групі розлучених було – 16 (5,05 %), в громадянському шлюбі – 11 (3,47 %), віртуальні стосунки – 12 (3,79 %), , в той час як у студентів порівняльної групи: розлучені – 1 (0,11 %), віртуальні стосунки – 9 (0,98 %), громадянський шлюб – 6 (0,65 %), достовірних відмінностей не виявлено ($p \geq 0,05$).

Таблиця 2.3

Розподіл обстежених хворих за сімейним станом

Сімейний стан	Основна група (n=317)		Порівняльна група (n=918)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Шлюб	49	15,46	33	3,59	<0,05
Стосунки на відстані	90	28,39	41	4,47	<0,05
Розлучені	16	5,05	1	0,11	> 0,05
Віртуальні стосунки	12	3,78	9	0,98	> 0,05
Громадянський шлюб	11	3,47	6	0,65	> 0,05
Самотні	110	34,70	448	48,80	<0,05
Серйозні дошлюбні стосунки	29	9,15	275	29,96	<0,05
Свій варіант	0	0	106	11,55	<0,05

Таким чином, як в основній так і в порівняльній групі (ПГ) переважали самотні особи 34,7% та 48,80% відповідно, що можна пояснити досить молодим віком обстежуваних. Виявлено достовірні відмінності між сімейним станом хворих основної групи та респондентів порівняльної: так в основній групі було значно більше осіб які перебували у шлюбі – 15,46 %, а в групі порівняння лише 3,59 %, мали стосунки на відстані – 28,39%, в ПГ - 4,47 % відповідно. В той же час у порівняльній групі було достовірно більше осіб, що перебували в серйозних

дошлюбних стосунках – 29,96%, в основній групі ця когорта становила лише 9,15%. Свій варіант запропонували лише обстежувані порівняльної групи – 11,55%, і це були (повторний шлюб, одноразові зустрічі, дружба тощо.)

Розглядаючи аспект наявності дітей у обстежуваних виявлено, що: 1200 студентів не мали дітей, що складає 97,16%; одну дитину мали – 33 (26,72%); і лише 2 студентів (0,16%) мали двоє і більше дітей.

Суб'єктивна оцінка стосунків у сім'ї мала наступні достовірні відмінності в результатах: студенти основної групи частіше оцінювали стосунки у своїй сім'ї як спокійні, холодні, а студенти порівняльної групи - спокійні, доброзичливі ($p < 0,05$). Результати наведено в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Характеристика стосунків у сім'ї

Характеристика стосунків у сім'ї	Основна група (n = 317)		Порівняльна група (n = 918)		t	M1	M2	p
	N	%	N	%				
спокійні, доброзичливі	168	53	761	82,9	-7,32	3,85	1,36	<0,05
спокійні, холодні	63	19,87	38	4,14	2,63	5,03	3,23	<0,05
конфлікти епізодичні	65	20,5	105	11,4	1,54	5,01	3,11	$\geq 0,05$
конфлікти систематичні	21	6,625	14	1,53	0,80	5,43	3,28	$\geq 0,05$

Отже можна розглядати «спокійні, холодні» стосунки, як предиктор розвитку НПР у студентів закладів вищої освіти.

В таблиці 2.5 представлено розподіл обстеженого контингенту за результатами клініко-анамнестичного дослідження з урахуванням статі в загальній вибірці (N=1235), терапевтичній (N=210) та контрольній (N=107) групах.

Таблиця 2.5

Розподіл обстеженого контингенту за результатами клініко-анамнестичного дослідження з урахуванням статі (абс., %)

Загальна вибірка							
Показник	Всі (n=1235)		Чоловіки (n=365)		Жінки (n=870)		P
1	2	3	4	5	6	7	8
Суб'єктивна оцінка стану власного здоров'я							
Гарний	400	32,39	128	35,07	272	31,26	>0,05
Задовільний	723	58,54	214	58,63	509	58,51	>0,05
Незадовільний	112	9,07	23	6,30	89	10,23	>0,05
Частота відвідування лікарів загальної практики							
Щороку	657	53,20	175	47,95	482	55,40	>0,05
Раз на 2-3 роки	508	41,13	164	44,93	344	39,54	>0,05
Ніколи	70	5,67	26	7,12	44	5,06	>0,05
Наявність травм голови							
Ні	980	79,35	282	77,26	698	80,23	>0,05
Одна	215	17,41	68	18,63	147	16,90	>0,05
Декілька	40	3,24	15	4,11	25	2,87	>0,05
Простудні захворювання протягом останніх років							
Ні	139	11,26	57	15,62	82	9,43	>0,05
1-2 рази на рік	871	70,53	257	70,41	614	70,57	>0,05
3-4 рази на рік	225	18,22	51	13,97	174	20,00	>0,05
Соматичні захворювання							
не хворів	95	7,69	39	10,68	56	6,44	>0,05
зрідка епізодичні	936	75,79	281	76,99	655	75,29	>0,05
хронічні захворювання	204	16,52	45	12,33	159	18,28	>0,05
Звернення до психіатра протягом навчання							
Ні	1185	95,95	348	95,34	837	96,21	>0,05
один раз	40	3,24	13	3,56	27	3,10	>0,05
більше ніж 1 раз	10	0,81	4	1,10	6	0,69	>0,05
Звернення до психіатра до навчання							
Ні	1189	96,28	352	96,44	837	96,21	>0,05
один раз	32	2,59	6	1,64	26	2,99	>0,05
більше ніж 1 раз	14	1,13	7	1,92	7	0,80	>0,05

Продовження таблиці 2.5							
1	2	3	4	5	6	7	8
У результаті оцінки стану свого здоров'я чи вважаєте Ви необхідним проконсультуватися в лікаря							
Терапевта	623	50,45	176	48,22	447	51,38	>0,05
Психоневролога	129	10,45	40	10,96	89	10,23	>0,05
Психолога	317	25,67	83	22,74	234	26,90	>0,05
Терапевтична група							
Показник	Всі (n=210)		Чоловіки (n=63)		Жінки (n=147)		P
1	2	3	4	5	6	7	8
Суб'єктивна оцінка стану власного здоров'я							
Гарний	34	16,19	11	17,46	23	15,65	>0,05
Задовільний	133	63,33	44	69,84	89	60,54	>0,05
Незадовільний	43	20,48	8	12,70	35	23,81	>0,05
Частота відвідування лікарів загальної практики							
Щороку	113	53,81	28	44,44	85	57,82	>0,05
Раз на 2-3 роки	89	42,38	33	52,38	56	38,10	>0,05
Ніколи	8	3,81	2	3,17	6	4,08	>0,05
Наявність травм голови							
Ні	166	79,05	49	77,78	117	79,59	>0,05
Одна	37	17,62	11	17,46	26	17,69	>0,05
Декілька	7	3,33	3	4,76	4	2,72	>0,05
Простудні захворювання протягом останніх років							
Ні	21	10,00	10	15,87	11	7,48	>0,05
1-2 рази на рік	148	70,48	44	69,84	104	70,75	>0,05
3-4 рази на рік	41	19,52	9	14,29	32	21,77	>0,05
Соматичні захворювання							
не хворів	13	6,19	5	7,94	8	5,44	>0,05
зрідка епізодичні	167	79,52	52	82,54	115	78,23	>0,05
хронічні захворювання	30	14,29	6	9,52	24	16,33	>0,05
Звернення до психіатра протягом навчання							
Ні	199	94,76	61	96,83	138	93,88	>0,05
один раз	10	4,76	2	3,17	8	5,44	>0,05
більше ніж 1 раз	1	0,48	0	0,00	1	0,68	>0,05

Продовження таблиці 2.5							
1	2	3	4	5	6	7	8
Звернення до психіатра до навчання							
Ні	201	95,71	62	98,41	139	94,56	>0,05
один раз	8	3,81	0	0,00	8	5,44	>0,05
більше ніж 1 раз	1	0,48	1	1,59	0	0,00	>0,05
У результаті оцінки стану свого здоров'я чи вважаєте Ви необхідним проконсультуватися в лікаря							
Терапевта	52	24,76	14	22,22	38	25,85	>0,05
Психоневролога	63	30,00	20	31,75	43	29,25	>0,05
Психолога	88	41,90	24	38,10	64	43,54	>0,05
Контрольна група							
Показник	Всі (n=107)		Чоловіки (n=97)		Жінки (n=220)		P
Суб'єктивна оцінка стану власного здоров'я							
Гарний	20	18,69	7	20,59	13	17,81	>0,05
Задовільний	61	57,01	20	58,82	41	56,16	>0,05
Незадовільний	26	24,30	7	20,59	19	26,03	>0,05
Частота відвідування лікарів загальної практики							
Щороку	56	52,34	16	47,06	40	54,79	>0,05
Раз на 2-3 роки	46	42,99	18	52,94	28	38,36	>0,05
Ніколи	5	4,67	0	0,00	5	6,85	>0,05
Наявність травм голови							
Ні	87	81,31	27	79,41	60	40,82	>0,05
Одна	17	15,89	7	20,59	10	6,80	>0,05
Декілька	3	2,80	0	0,00	3	2,04	>0,05
Простудні захворювання протягом останніх років							
Ні	9	8,41	3	8,82	6	8,22	>0,05
1-2 рази на рік	85	79,44	28	82,35	57	78,08	>0,05
3-4 рази на рік	13	12,15	3	8,82	10	13,70	>0,05
Соматичні захворювання							
не хворів	4	3,74	0	0,00	4	5,48	>0,05
зрідка епізодичні	77	71,96	27	79,41	50	68,49	>0,05
хронічні захворювання	26	24,30	7	20,59	19	26,03	>0,05
Звернення до психіатра протягом навчання							
Ні	101	94,39	33	97,06	68	93,15	>0,05
один раз	4	3,74	0	0,00	4	5,48	>0,05

Продовження таблиці 2.5							
1	2	3	4	5	6	7	8
більше ніж 1 раз	2	1,87	1	2,94	1	1,37	>0,05
Звернення до психіатра до навчання							
Ні	106	99,07	33	97,06	73	100,00	>0,05
один раз	0	0,00	0	0,00	0	0,00	>0,05
більше ніж 1 раз	1	0,93	1	2,94	0	0,00	>0,05
У результаті оцінки стану свого здоров'я чи вважаєте Ви необхідним проконсультуватися в лікаря							
Терапевта	45	42,06	13	38,24	32	43,84	>0,05
Психоневролога	11	10,28	6	17,65	5	6,85	>0,05
Психолога	27	25,23	8	23,53	19	26,03	>0,05

Достовірних гендерних відмінностей в кожній групі не було виявлено, що також свідчить про однорідність вибірки.

Серед 317 студентів основної групи було діагностовано: афективні розлади настрою (F30-34) у 79 студентів, що складає 24,92%; невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-48) виявлено у 187 студентів (58,99%); поведінкові синдроми пов'язані із фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками (F50-51.4) – у 20 осіб (6,31%); розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих (F60) діагностовано у 31 студента (9,78%). Результати розподілу хворих за діагнозами представлено в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Розподіл хворих за діагнозами в залежності від статі

Діагноз, рубрика за МКХ 10	Загальна кількість, абс.	Чоловіки		Жінки	
		абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5	6
Афективні розлади настрою (F30-34.1)	79	23	23,71	56	25,45
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-48.1)	187	62	63,92	125	56,82
Поведінкові синдроми пов'язані із фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками (F50-51.4)	20	3	3,09	17	7,73

<i>Продовження таблиці 2.6</i>					
1	2	3	4	5	6
Розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих (F60-60.7)	31	9	9,28	22	10,0
Всього	317	97	100,0	220	100,0

Як видно з таблиці 2.6 в основній групі переважали студенти з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F40-48.1) 187 (58,99%). В статевому розподілі виявлено наступні результати: афективні розлади у 23 чоловіків (23,71 %) та 56 жінок (25,45%), невротичні розлади були виявлені у 62 хлопців (63,92 %) та 125 дівчат (56,82%), поведінкові синдроми – у 3 (3,09%) та 17 (7,73%) відповідно, розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих діагностовано у 9 (9,28%) студентів та 22 (10,0%) студенток. Таким чином в гендерному розподілі діагнози були фактично однорідними.

Програма дослідження включала збір матеріалу, обробку та аналіз отриманих даних; розробку, впровадження і оцінку ефективності нового підходу до комплексної диференційної діагностики, терапії, корекції та профілактики НПР у студентів.

Збір матеріалу включав визначення досліджуваного явища – факторів ризику, закономірностей формування та динаміки, клініко-психопатологічної та феноменологічної структури непсихотичних психічних розладів та психологічних особливостей студентів закладів вищої освіти різного профілю навчання, об'єкту дослідження – непсихотичні психічні розлади у студентів закладів вищої освіти.

При проведенні дисертаційного дослідження нами використані наступні методи: клінічний, клініко-психопатологічний, клініко-епідеміологічний, клініко-анамнестичний, експериментально-психологічний та статистичний (усі застосовували при поперечних обстеженнях). Їх вибір базувався на висунутих нами наукових гіпотезах, меті та завданнях дослідження, а також трьох провідних вимогах, що дозволяють досягти найбільшої точності оцінки результатів. Так, з позицій доказової медицини, методи дослідження повинні охоплювати усі аспекти об'єкту дослідження і нічого крім них. Результати повинні співпадати з

іншими оцінками за іншими методами, а також відповідати «контекстним» очікуванням.

Ретельно проводили збір анамнезу. За допомогою клінічного, клініко-психопатологічного методу вивчали скарги, анамнез, соціальний статус, клінічні прояви непсихотичних психічних розладів. При цьому, враховували місце проживання, сімейний стан, наявність дітей, характер стосунків у сім'ї. З метою вивчення факторів ризику розвитку НПР, фіксували дані про наявність в житті наступних соціальних проблем: безробіття, загроза безробіття, відсутність перспективи, нездатність пристосуватися до середовища переживання воєнних дій, негативний вплив засобів масової інформації, політичні події, які створюють ситуацію тривоги в індивідуума, стихійне лихо, кримінальні події (пограбування, напад, зґвалтування), вимушена міграція, міжособистісні конфлікти у колективі, труднощі в засвоєнні нових норм і правил, відчуття ізоляції серед оточуючих, серйозні залякування і глузування, небажана вагітність, звертання до ворожок, знахарів та ін., проживання на самоті, сімейні конфлікти, розлучення, погіршення матеріально-побутових умов, матеріальна скрута, проблеми з житлом, конфлікти з друзями, конфлікти службові в мікрогрупі, погіршення відносин з дітьми, погіршення відносин з батьками, вимушені зміни в сімейному статусі (тимчасові розлучення), релігійний фактор (міжконфесійні чвари), хвороби близьких, алкоголізм близьких людей (сім'я, товариші, наркоманія), порушення сексуальних стосунків, конфлікти в навчанні, вимушена зміна професії, власні захворювання (хронічні хвороби), смерть рідних та близьких, ятрогенії, осуд по цивільній чи кримінальній справі без позбавлення волі, тюремне ув'язнення чи інакше позбавлення волі. Враховували також розпорядок дня, харчування, якість сну.

Проводили детальний аналіз даних про задоволеність вибором професії, адаптацію до навчання, труднощі в процесі навчання, рейтинг навчання, участь у суспільній роботі. З'ясовували особливості взаємин у колективі, наявність шкідливостей та незадовільних санітарно-технічних умов навчання. Багато уваги приділяли вивченню окремих проблем студентів, прояву стресу, пов'язаного з навчанням та методам подолання стресу. Ретроспективно вивчали соціальні

проблеми, які мали місце в дитинстві обстежуваних. Оцінювали соматичний, неврологічний та психічний стан.

Виходячи з вищевказаного, запропонований комплекс методів дослідження дозволив всебічно дослідити непсихотичні психічні розлади у студентів, а саме: нозологічну структуру, фактори ризику розвитку НПР, а також соціально-психологічний, біологічний аспекти психічного здоров'я та рівні соціалізації й адаптації обстеженого контингенту.

Необхідними критеріями при визначенні методів дослідження були наступні характеристики їх результатів [381]:

- відтворюваність (reliability) (незалежність значень показників від змін у процедурі експерименту);
- чутливість (responsiveness) (можливість ранжування ознак відповідно до змін);
- інтерпретація (interpretability) (достатність оціночних шкал).

Урахування вищезазначеного дозволило забезпечити достовірність (validity) отриманих в ході обстеження даних.

Усі дані, заносили до комп'ютерної бази.

2.3 Загальна характеристика методів дослідження

Нами проведений розгляд літературних (вітчизняних та іншомовних) джерел з питань: визначення та впливу особливостей і різноманітних соціальних чинників на стан психічного здоров'я й формування НПР у студентів закладів вищої освіти; психологічних особливостей обстежених осіб; структури, методології та засобів надання їм психологічної, психокорекційної, психотерапевтичної та психіатричної (амбулаторної) допомоги. Отримані відомості лягли в основу визначення напрямку дисертаційної роботи, наукових гіпотез та її дизайну.

2.3.1 Клініко-анамнестичний метод

Клініко-анамнестичний метод використовувався для отримання інформації та аналізу даних щодо спадковості, анамнезу життя, збору даних про соматичний, неврологічний, психіатричний стан протягом життя, наявності чи відсутності підстав

звернення до лікарів-психіатрів (особливу увагу приділяли наявності травм голови в минулому).

З'ясовували спадковий анамнез дослідженого, його соціальний статус та сімейний стан. Значний інтерес викликало вивчення родин обстежених: загальна характеристика сім'ї, особливості стосунків між її членами, матеріально-побутові умови, тощо.

2.3.2 Клініко-психопатологічний метод

Основним завданням клініко-психопатологічного методу дослідження була комплексна оцінка психічного статусу обстеженого. Даний метод базувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження шляхом інтерв'ювання та спостереження. Опитування здійснювали із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10.

З метою створення умов для коректного порівняння отриманих результатів дані вносились в спеціально розроблену «Уніфіковану карту обстеження студента» (далі «Карта...») (див. додаток А), що складається з таких розділів: паспортної частини; даних про сімейний стан та стосунки у сім'ї, навчальну діяльність; соціально-психологічні проблеми, матеріально-побутовий стан, шкідливості, шляхи подолання стресу, анамнестичний ретроспективний блок, психодіагностичний блок із відповідним діагностичним інструментарієм та результатами експериментально-психологічних досліджень.

Окрім того, визначали загальну оцінку власного самопочуття студентами. При цьому, високі показники депресії, особистісної та/або реактивної тривожності, нейротизму (див. додаток А) слугували підставою для проведення розширеного психіатричного огляду з використанням дослідницьких діагностичних критеріїв МКХ-10: ДДК-10. [382].

Вивчення клініко-психопатологічних особливостей психічних розладів у обстеженого нами контингенту при масових дослідженнях проводилося з використанням розробленого нами «Способу ранньої діагностики й виявлення

груп ризику неспсихотичних психічних розладів серед студентів» (рацпропозиція БДМУ №20/16 від 15.02.2016 року).

Запропонований нами спосіб дозволяє кількісно і якісно оцінити загальне самопочуття обстежуваного і його психічний стан як шляхом оцінки експериментатором, так і внаслідок самооцінки з подальшою обробкою результатів. При розробці методики були передбачені не тільки питання, які передбачають лише один відповідь («Так» або «Ні»), а й питання, що мають кілька можливих варіантів відповіді, що було необхідно для підвищення достовірності результатів, отриманих при використанні даної методики.

Спосіб був створений на основі «Шкали оцінки психічного стану» (ШОПС) (В.М. Сінайко, В.Л. Гавенко, 2002). При розробці даної методики нами було оформлено 14 рацпропозицій БДМУ:

1. Юрценюк О.С., Ротар С.С. Спосіб ранньої діагностики й виявлення груп ризику неспсихотичних психічних розладів серед студентів – БДМУ, № 20/16 від 15.02.2016 року.
2. Юрценюк О.С. Спосіб діагностики та корекції алекситимії у студентів – БДМУ, № 158/16 від 05.12.2016 року.
3. Юрценюк О.С. Проективний спосіб діагностики та корекції міжгендерних стосунків – БДМУ, №153/17 від 23.11.2017 року.
4. Юрценюк О.С. Комплексний спосіб діагностики та лікування obsесивно-компульсивного розладу у осіб молодого віку – БДМУ, № 1/18 від 04.01.2018 року.
5. Юрценюк О.С. Спосіб ранньої діагностики соматоформних розладів у осіб молодого віку – БДМУ, № 21/18 від 19.02.2018 року.
6. Юрценюк О.С. Спосіб діагностики розладів харчової поведінки у осіб молодого віку – БДМУ, № 91/18 від 26.07.2018 року.
7. Юрценюк О.С. Спосіб діагностики афективних розладів настрою без психотичних включень – БДМУ, №90/18 від 26.07.2018 року.
8. Юрценюк О.С. Шкала оцінки соціально-психологічних проблем та матеріально побутових умов студентів для виявлення чинників ризику

формування непсихотичних психічних розладів – БДМУ, № 33/19 від 28.03.2019 року.

9. Юрценюк О.С. Спосіб ранньої діагностики розладів харчової поведінки у студентів закладів вищої освіти – БДМУ, № 13/20 від 16.01.2020 року.
10. Юрценюк О.С., Напреєнко О.К. Спосіб ранньої діагностики генералізованого тривожного розладу у студентів закладів вищої освіти – БДМУ, № 10/20 від 16.01.2020 року.
11. Юрценюк О.С., Пашковський В.М. Спосіб ранньої діагностики неврастенії у студентів закладів вищої освіти – БДМУ, № 9/20 від 16.01.2020 року.
12. Юрценюк О.С., Ротар С.С. Спосіб ранньої діагностики адаптації у студентів закладів вищої освіти – БДМУ, № 8/20 від 16.01.2020 року.
13. Юрценюк О.С. Спосіб ранньої діагностики дисоціативних (конверсійних) розладів у студентів закладів вищої освіти – БДМУ, № 7/20 від 16.01.2020 року.
14. Юрценюк О.С. Спосіб ранньої діагностики тривожно-фобічних розладів у студентів закладів вищої освіти – БДМУ, № 6/20 від 16.01.2020 року.

Усім обстеженим проводилося напівструктуроване інтерв'ю. Воно враховувало індивідуальний підхід до кожного хворого і було спрямовано на виявлення клінічних симптомів НПР відповідно до діагностичних критеріїв Розділу V «Психічні розлади» МКХ-10. Дані клініко-психопатологічного обстеження реєстрували у додатку до карти обстеження студента. На основі обох карт формувалася база даних обстежених (у форматі Microsoft Excel XP для Windows) для подальшої статистичної обробки отриманих даних.

Використання клініко-психопатологічного методу у такий спосіб дозволило:

- формалізувати відомості, що були отримані протягом скринінгу за розробленою нами «Картою...»;
- верифікувати клінічний діагноз;
- отримати дані щодо динаміки стану психічного здоров'я студентів по сферах, у тому числі визначити найбільш/найменш уразливі з урахуванням статі, курсу навчання, спеціальності студентів.

2.3.3 Соціально-демографічний метод

Соціально-демографічний метод (розподіл за сімейним станом, рівнем освіти, професійною діяльністю, матеріально-побутовими умовами і т.п.) було використано для аналізу впливу цих чинників на формування НПР у студентів.

Проводився аналіз даних про соціальну, навчальну діяльність обстежених. З'ясовувався її характер, особливості взаємин у колективі, курс, форму навчання, наявність шкідливостей та незадовільних санітарно-технічних умов навчання. Також на етапі структурованого інтерв'ю проводився аналіз даних про наявність факторів ризику розвитку НПР (зокрема відношення обстежених до вживання алкоголю та паління), перенесені соматичні хвороби, інфекційні та нервово-психічні захворювання, чинники способу життя (схильність до занять фізичною культурою, режимом відпочинку та праці) й навчання (зокрема задоволеність вибором професії, навчальна адаптація, суспільна робота та ін.) тощо. Вивчалися сомато-неврологічні скарги.

Процедура дослідження включала розгорнуте клінічне інтерв'ю, яке надало змогу провести аналіз психічного стану, клінічних показників та анамнестичних даних. При цьому враховувалися синдромальні і нозологічні характеристики НПР. Оцінювали умови маніфестації НПР, їх тривалість та динаміку.

2.3.4 Психодіагностичні методи

Психодіагностичне дослідження проводилося за допомогою експериментально-психологічних методик.

Визначення рівня особистісної тривожності та ситуативної тривоги.

Ступінь вираження тривожної симптоматики вивчався за допомогою тесту Спілбергера-Ханіна. Цей опитувальник складається з 20 висловлювань, що відповідають тривозі як стану (стан тривоги, реактивна або ситуативна тривога) та з 20 висловлювань на визначення тривожності як диспозиції, особистісної особливості (властивість тривожності). Шкала особистісної тривожності та реактивної тривоги Спілбергера є єдиною методикою, що дозволяє диференційовано вимірювати тривожність як особистісну рису, і як стан. Ми

використовували модифікацію Ю. Л. Ханіна (1976), яка адаптована до російської мови [383].

Дана методика дозволяє зробити перші істотні уточнення про якість інтегральної самооцінки особистості: чи є нестабільність цієї самооцінки ситуативною чи постійною, тобто особистісною. Результати цієї методики вказують не лише на психодинамічні особливості особистості, але й на загальні питання взаємозв'язку параметрів реактивності та активності особистості, її темпераменту та характеру. Ця методика є розгорнутою суб'єктивною характеристикою особистості, що зовсім не зменшує її цінності в психодіагностичному плані.

З 1950 року в світовій науковій літературі з'явилося більше 5000 статей і монографій з різних питань дослідження тривожності як особистісної якості і тривоги як стану. З роками ці два поняття поступово зближувалися в найменуванні «тривожність», розділившись в той же час у визначеннях: «реактивна» і «активна», «ситуативна» і «особистісна».

1. По Ю. Л. Ханіну, стани тривоги (або ситуативна тривожність) виникають як реакція людини на різні, найчастіше, соціально-психологічні стресори (очікування негативної оцінки або агресивної реакції, сприйняття негативного до себе відношення, загрози своїй самоповазі, престижу). Навпаки, особистісна тривожність як риса, якість, диспозиція, дає уявлення про індивідуальні відмінності в схильності до дії різних стресорів. Отже, тут йдеться про відносно стійку схильність людини сприймати загрозу своєму «Я» в різних ситуаціях і реагувати на ці ситуації підвищенням ситуативної тривожності. Величина особистісної тривожності характеризує минулий досвід індивіда, тобто наскільки часто йому доводилося відчувати ситуативну тривожність [384].

Особистісна тривожність характеризує тривожність як особистісну рису. Це стійка схильність сприймати велике коло ситуацій як загрозливі та реагувати на такі ситуації станом тривоги. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними та невротичними зривами і психосоматичними захворюваннями.

Реактивна тривога - це стан на даний момент. Характеризується напругою, занепокоєнням, нервозністю. Дуже висока реактивна тривога викликає порушення уваги, інколи порушення тонкої координації [385].

Поняття ситуативної (актуальної), тобто реактивної тривоги і поняття особистісної, тобто активної тривожності мають не лише спеціальний, описаний вище, але й більш загальний психологічний сенс. Діагностика реактивної та активної тривоги дозволяє визначати прояв двох основних особливостей поведінки особистості в плані її відношення до діяльності, а саме:

- За значеннями в балах, отриманими для реактивної тривоги, відкривається можливість оцінки параметру реактивності особистості в сенсі її включеності, зануренні в діяльність, в ситуацію взаємодії внутрішнього та зовнішнього. Зокрема, в реактивності можна бачити прояв індивідуальних властивостей людини, а саме прояв психодинаміки і темпераменту в структурі властивостей його особистості. Висока реактивність, по Я. Стреляу відповідає темпераменту меланхоліка, менш висока - флегматика, а низька реактивність - холерика і вслід за ним - сангвініка.

- Якщо подібно оцінювати значення в балах активної, особистісної тривожності, можна попередньо оцінити активність особистості в плані її характерологічних якостей. Висока активність особистості відповідає сангвінії та меланхолії, а низька - флегматії та холерії - особистісним станам та якостям, що відповідають мислительному і практико-мислительному, а також художньому і практико-художньому типам характеру.

Оцінка результатів:

до 30 балів - низька тривожність; 31-45 - помірна тривожність, 46 і більше балів - висока тривожність.

Значні відхилення від рівня помірної тривожності вимагають особливої уваги, висока тривожність передбачає схильність до появи стану тривоги у людини в ситуаціях оцінки його компетентності. В цьому випадку слід знизити суб'єктивну значущість ситуації і завдань та перенести акцент на осмислення діяльності і формування відчуття впевненості в успіху [384].

Ступінь вираженості депресивної симптоматики оцінювали за допомогою шкали самооцінки депресії Цунга (W.K.Zung). Тест адаптований у відділенні наркології НДІ ім. Бехтерева Р.І. Балашовою. Опитувальник розроблений для диференціальної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії, для скринінг-діагностики при масових дослідженнях і з метою попередньої, долікарської діагностики.

Повне тестування з обробкою займає 20-30 хв. Випробовуваний відзначає відповіді на бланку [383-385].

У тестуванні враховується 20 чинників, які визначають чотири рівні депресії. У тесті присутні десять позитивно сформульованих і десять негативно сформульованих питань. Кожне питання оцінюється за шкалою від 1 до 4 (на основі відповідей: «ніколи», «іноді», «часто», «постійно»).

Результати діляться на чотири діапазони:

25-49 - Нормальний стан

50-59 - Легка депресія

60-69 - Помірна депресія

70 і вище - Важка депресія

За допомогою «Шкали Цунга» досліджуваний може провести самооцінку власного стану. Також лікарі загальної практики можуть провести скринінг депресії. Тест Цунга має високу чутливість і специфічність і дозволяє уникнути додаткових економічних і тимчасових витрат, етичних проблем.

Загальні переваги даної методики:

- свобода відповіді – відсутність дихотомії «так-ні», відповідь за бажанням обстежуємого побудована будь-яким чином;
- існує маскування за цілями метода – особа не знає які твердження є «поганими», які «гарними», тому при стурбованості ходом експерименту відповідь не є очевидною для нього;
- ефективна при групових, масових обстеженнях – відсутня втрата цінності результату за умов численності контингенту;

- немає необхідності у спеціальній підготовці, хоча слід враховувати стривоженість суб'єкта;
- економічна за часом;
- гнучка – нові початки речень можуть бути пристосовані до відповідних клінічних завдань, контингентів (дослідження особистості студентів).

Вивчення особистісних особливостей проводили з використанням скороченого багатофакторного опитувальника особистості (СБОО), розробленого на підставі тесту MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) [385, 386].

MMPI був запропонований американськими психологами в 40-50 роках. Адаптація була проведена в СРСР в 60-х роках в інституті ім. В. Н. Бехтерева Ф. Б. Березіним і М. П. Мірошниковим. Опитувальник «Міні-мульт» або СБОО являє собою скорочений варіант MMPI, містить 71 питання, 11 шкал.

Перші 3 оціночні шкали вимірюють щирість досліджуваного, міру достовірності результатів тестування і величину корекції, що вноситься надмірною обережністю. Решта 8 шкал є базовими й оцінюють властивості особистості.

Оціночні шкали

Шкала брехні (L) - оцінює щирість досліджуваного. *Низькі значення.* Особи надмірно відкриті, які не приховують своїх труднощів, слабкостей і психопатологічних розладів. Добре усвідомлюють свої труднощі, схильний швидше перебільшувати, ніж недооцінювати ступінь міжособистісних конфліктів, тяжкість відмічених симптомів, ступінь особистісної неадекватності. Схильність критично ставитися до себе і оточуючих - призводить до скептицизму. Незадоволеність і схильність перебільшувати істотність конфліктів робить досліджуваного легко вразливим і породжує незручність у міжособистісних стосунках. *Високі значення.* Тенденція досліджуваного уявити себе в більш вигідному світлі, продемонструвавши суворе дотримання соціальних норм. Це прагнення може бути обумовлено деякими причинами: обмеженістю кругозору досліджуваного або ситуацією, або викликане наявністю патології, або у тих випадках, коли індивід слідує встановленому стандарту поведінки, дотримуючись

часом незначних і немаючих істотних цінностей, або належність до певної професійної групи, у якій, через її специфіку, необхідний надзвичайно високий стандарт поведінки (юристи, педагоги). У осіб з високим інтелектом і великим життєвим досвідом цей показник не можна розглядати, як прагнення виглядати в сприятливому світлі. У разі, якщо відзначаються також піки на інших шкалах, - профіль особистості можна проаналізувати лише в поєднанні з відомими клінічними даними хворого.

Шкала вірогідності (F) - виявляє недостовірні відповіді: чим більше значення за цією шкалою, тим менш достовірні результати. ***Низькі значення.*** Результати говорять про достовірність. ***Високі значення.*** Високі показники за шкалою «F» можливі в наступних випадках: 1) неконформність особистості, пов'язана з своєрідністю сприйняття і логіки (шизоїдний тип особистості); 2) аутична особистість, яка має труднощі в міжособистісних контактах; 3) психопатоподібна поведінка, схильність до неупорядкованої поведінки чи виражене відчуття протесту проти загальноприйнятих норм; 4) виражена тривожність і потреба в допомозі з боку оточуючих. У кожному конкретному випадку до оцінки профілю за шкалою «F» треба підходити індивідуально: 1) результати тестування в цілому викликають сумніви через навмисне спотворення результатів самим досліджуваних; 2) слід порівнювати показники за шкалою «F» з клінічним станом досліджуваного.

Шкала корекції (K) - згладжує спотворення, що вносяться надмірною обережністю і контролем досліджуваного під час тестування. Високі показники за цією шкалою говорять про неусвідомлений контроль поведінки. Шкала (K) використовується для корекції базових шкал, які залежать від її величини. ***Низькі значення.*** Справляє враження людини розсудливої, доброзичливої, товариської, що має широке коло інтересів. Великий досвід міжособистісних контактів і заперечення утруднень обумовлює у нього більш-менш високу адаптивність і вміння знаходити правильну лінію поведінки. Оскільки такі якості покращують соціальну адаптацію, помірне підвищення профілю за шкалою «K» може розглядатися як прогностично сприятлива ознака. ***Високі значення.*** Високий

показник за шкалою «К» говорить про можливість, що особистість визначає свою поведінку залежно від соціального схвалення і стурбована своїм соціальним статусом. У разі клініки: виражене занепокоєння, невпевненість у собі в поєднанні з бажанням домогтися доброзичливого до себе ставлення.

Базові шкали.

1. Іпохондрія (Hs) - близькість досліджуваного до астено-невротичного типу. Досліджувані з високими оцінками повільні, пасивні, приймають все на віру, покірні владі, повільно пристосовуються, погано переносять зміну обстановки, легко втрачають рівновагу в соціальних конфліктах. *Низькі значення.* Досліджуваний не стурбований станом свого здоров'я, більш діяльний і енергійний і більш успішно вирішує свої труднощі, використовуючи більш адаптивні форми поведінки. *Високі значення.* Тривога сприймається суб'єктом не за рахунок якихось зовнішніх соціальних причин, а за рахунок стану свого фізичного здоров'я. Відзначається емоційна значимість для досліджуваного його соматичних відчуттів: загальне самопочуття, працездатність, порушення соматичних функцій, больових відчуттів. Динаміка розвитку соматизації тривоги: 1) неспокій за стан свого фізичного здоров'я виникає на тлі високого рівня тривоги взагалі. Тривога починає проектуватися на порушення серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту - таким чином, тривога соматизується і знаходить конкретність, тобто змінюється страхом. 2) підвищена увага до себе, що обумовлює перенесення відчуття загрози з міжособистісних відносин на процеси, що відбуваються у власному організмі, поєднується з недостатньою здатністю контролювати свої емоції. 3) вершина розвитку соматизації тривоги - схильність до скарг, заклопотаність своїм фізичним станом, песимізм і зневіра в успіх, особливо щодо медичної допомоги, розвивається тривале і ретельне самоспостереження за своїм організмом, що зовні проявляється в непоступливості, впертості, скептицизмі.

2. Депресія (D). Високі оцінки мають чутливі, сенситивні особи, схильні до тривог, боязкі, сором'язливі. У справах вони старанні, сумлінні, високоморальні і обов'язкові, але не здатні прийняти рішення самостійно, немає впевненості в собі,

при найменших невдачах вони впадають у відчай. *Низькі значення.* Низький рівень тривоги, активність, товариськість, відчуття своєї значущості, сили, енергії та бадьорості. *Високе значення.* Високий показник за шкалою «D» говорить про те що можливо у досліджуваного відзначається більше тривога, ніж депресія. Відчуття невизначеної загрози, характер і час виникнення якої не піддається передбаченню, дифузними побоюваннями і тривожними очікуваннями. Динаміка розвитку тривоги: 1) відчуття внутрішньої напруженості, готовність до виникнення якого-небудь несподіваного явища, яке однак, не оцінюється ще як загрозливе. Наростання почуття внутрішньої напруженості часто призводить до утруднення у виділенні значимих подразників, що проявляється в неприємному емоційному настрої; 2) потім тривога змінюється страхом - відчуттям вже конкретної загрози, невідворотності катастрофи, що насувається. Оточуючим досліджуваний представляється як песиміст, замкнутий, мовчазний, сором'язливий, надмірно серйозний. Може виглядати як аутичний. Однак, насправді, особистість відчуває потребу в глибоких і міцних контактах з оточуючими. Особистість легко ідентифікує себе з окремими людьми, явищами, і якщо це ототожнення порушується, то особистість сприймає це як катастрофу, що приводить її до зниження настрою. Вже лише одна загроза розриву гармонійних відносин може викликати у таких осіб тривогу. Тому їх відгородженість - це прагнення уникнути розчарування. Насправді ж ці особистості прагнуть залучити й утримати увагу оточуючих, дорожать їх оцінкою, прагнуть отримати і зберегти їх. На ситуацію дезадаптації реагує астеною, інертністю, пасивністю, відмовою від реалізації егоцентричних установок у складній конфліктній ситуації.

3. Істерія (Hy). Виявляє осіб, схильних до невротичних захисних реакцій конверсійного типу. Вони використовують симптоми соматичного захворювання як засіб уникнення відповідальності. Всі проблеми вирішуються відходом у хворобу. Головною особливістю таких людей є прагнення здаватися більше, значущіше, ніж є насправді, прагнення звернути на себе увагу. Почуття таких людей поверхневі й інтереси неглибокі. *Низьке значення.* Інтроверсія, скептицизм, недостатня здатність до спонтанності в соціальних контактах. *Високе*

значення. У досліджуваного відзначається здатність до витіснення факторів, що викликають тривогу; демонстративне підкреслення соматичного неблагополуччя з тенденцією заперечувати труднощі в соціальній адаптації. Висока здатність до витіснення, що дозволяє ефективно усувати тривогу, в той же час ускладнює формування досить стійкої поведінки: постійно виникають нові ролі, завдання та оцінки. Люди цього типу не мають багатого внутрішнього світу, їх переживання орієнтовані на зовнішнього спостерігача. Ігнорування негативних сигналів ззовні дозволяє зберігати високу самооцінку, що переходить в самолюбубання. Така поведінка може призвести до безцеремонності, некритичності в оцінці ситуації. Особистість прагне бути в центрі уваги, шукає визнання і підтримки і домагається цього наполегливими діями. Схильність до фантазування, егоцентризму, незрілість і поверхневність у контактах. Зазвичай ускладнює діяльність групи, яка повинна планомірно і тривалий час вирішувати якусь проблему. Проявляються частіше декларації, неможливість тривалого і впорядкованого зусилля з виконання тривалої діяльності. Краще проявляє себе в ситуаціях, де треба швидко змінювати свою роль, де присутні короточасні контакти, уміння пристосовуватися до різних людей. У конфліктах найчастіше використовуються для самозахисту соматичні скарги, які носять поверхневий характер. У разі клініки - може спостерігатися повна втрата здатності до формування стійких установок та побудові поведінки на основі попереднього досвіду, живе методом «проб і помилок», виходячи з задоволення своїх сьогохвилинних бажань. Відзначається слабкість затримки своїх бажань, в результаті виникає безплановість і хаотичність поведінки. Декомпенсація особистості виникає в ситуаціях підвищених вимог і навантажень, а також порушення відносин, які за соціальним нормам повинні підтримуватися (наприклад, в сім'ї). Виникає груба конверсійна симптоматика або більш тонка - зміни вегетативної регуляції, яка є «копією» раніше бачених або почутих «страшних» захворювань (наприклад, інфаркту). Основна мета поведінки хворого - потреба в увазі та підтримці, в милуванні своїми стражданнями і своєю волею, стійкістю при цьому.

4. Психопатія (Pd). Високі оцінки по цій шкалі свідчать про соціальну дезадаптацію, такі люди агресивні, конфліктні, нехтують соціальними нормами і цінностями. Настрій у них нестійкий, вони уразливі, збудливі і чутливі. Можливий тимчасовий підйом по цій шкалі, викликаний якою-небудь причиною. *Низьке значення.* Високий рівень ідентифікації зі своїм соціальним статусом, тенденція до збереження постійних інтересів, установок, цілей. *Високе значення.* Психопатоподібна поведінка, схильність до асоціальних вчинків. За сприятливих умов в проміжках між декомпенсацією психопатичні риси можуть не виявлятися. Характеризується зневагою до прийнятих суспільних норм, моральних і етичних цінностей. Залежно від рівня активності це зневага проявляється в гнівних і агресивних реакціях або виражається більш-менш пасивно. Протест проти прийнятих норм може обмежуватися сім'єю і найближчим оточенням, але може набувати генералізований характер. Поведінка погано передбачувана, невміння планувати майбутні вчинки і зневагу наслідками своїх дій. Недостатня здатність отримувати користь з досвіду приводить їх до повторних конфліктів з оточуючими. Безпосередня реалізація виникаючих спонукань і недостатня здатність прогнозувати приводить до відсутності тривоги і страху перед потенційним покаранням. Ситуації, які не спричинили тяжких наслідків, також не викликають тривоги або депресії. Тільки реально значуще покарання може провокувати агресію або субдепресію і то тільки проти самого факту покарання, а не ситуації. У міжособистісних відносинах (навіть в інтимних) особистість відрізняється поверхневим і нестійким ставленням, рідко виникає почуття глибокої прихильності. Особистість ненадійна в тривалому спілкуванні, оскільки схильна до дисфорій. Загалом - егоцентризм, імпульсивність, емоційна незрілість, конфліктність.

6. Паранойяльність (Pa). Основна риса людей з високими показниками за цією шкалою - схильність до формування надцінних ідей. Це люди односторонні, агресивні і злопам'ятні. Хто не згоден з ними, хто думає інакше, той чи дурна людина, чи ворог. Свої погляди вони активно насаджують, тому мають часті конфлікти з оточуючими. Власні найменші удачі вони завжди переоцінюють.

Низьке значення. Можливі такі варіанти: 1) досліджуваний недовірливий і обережний, боїться неприємних наслідків своїх дій; 2) у досліджуваного гнучке мислення і він швидко змінює точку зору. **Високе значення.** Ригідність, схильність до систематизації накопиченого досвіду, підозрілість, образливість, завзятість у досягненні мети, педантизм, схильність звинувачувати інших у недружньому ставленні, ворожість і ригідність афекту. Динаміка ригідності афекту: 1) фрустрація і тривога, що виникає у зв'язку з нею, переживаються як імпульс, що спонукає до тієї чи іншої форми поведінки, що дозволяє прямо чи опосередковано задовольнити блоковану потребу; 2) цей імпульс лежить в основі емоції, як привід від потреби індивіда до відповідної форми поведінки; 3) в умовах суспільства емоція не завжди реалізується, тому згасання її відбувається повільно; 4) у ригідних особистостей при одній думці про фрустраційній ситуації знову виникає невідреагована емоція. Риси особистості: поєднання сензитивності й уразливості зі скаргами на недоліки оточуючих, їх ворожі дії, затвердження моральних устоїв. Ригідність афекту зазвичай пов'язана з егоїстичними спонуканнями. Супроводжується інтенсивною розробкою концепції, яка покликана пояснити його виникнення і в той же час зберегти приємне для індивіда уявлення про власну особистість. Ця вторинна ідеаторна розробка створює враження незалежної позиції, вірності своїм критеріям. Проте насправді вчинки визначаються зовнішнім впливом, так як вони є відповіддю на дії оточуючих, які сприймаються афективно, як такі, що обмежують особистість досліджуваного. Міркування їх внутрішньо логічні. З ригідністю афекту пов'язано також тривале переживання власних успіхів, причому це переживання включає гордість за свою особисту цінність, егоцентризм і невдоволення відсутністю визнання з боку оточуючих. Для особистості властиві впертість, раціональна життєва платформа, виражене відчуття суперництва, прямолінійність. Клініка: надцінні ідеї або маячні концепції. Навіть за відсутності марення поведінку їх все одно важко корегувати, схильні з недовірою ставитися до лікування і прагнуть раціоналістично обґрунтувати свою недовіру до медицини.

7. Психастенія (Pt). Діагностує осіб з тривожно-недовірливим типом характеру, яким властиві тривожність, боязкість, нерішучість, постійні сумніви. **Низьке значення.** Рішучість, гнучкість поведінки з низьким рівнем тривожності, впевненість при прийнятті рішення. **Високе значення.** Конституційна схильність до виникнення тривожних реакцій, а усунення цієї тривоги досягається шляхом формування обмеженої поведінки. Сензитивність, страх, тривога, немотивовані побоювання, невпевненість у собі і у своїй компетентності, занижена самооцінка, нав'язливість. Тривожно-недовірлива особистість, низький поріг фрустрацій, напруженість, самокритичність, емпатійність, труднощі соціального пристосування, сором'язливість, боязкість. Низька здатність до витіснення і підвищена увага до негативних сигналів. Прагнення утримати в центрі уваги навіть несуттєві факти, враховувати і передбачити навіть малоймовірні можливості. В результаті ситуація ніколи не представляється досить визначеною, що ще більше посилює постійну тривожність. Тому нездатність відокремлювати фон від сигналу, збільшення емоційної значущості фону призводить до ослаблення концентрації уваги, до сумнівів і коливань при необхідності прийняти рішення, тривогу і страхи з приводу можливих наслідків своїх дій. Оскільки кожен новий сигнал сприймається як загроза, то особистість дотримується вже досліджуваних прийомів діяльності. У своїй діяльності керується головним чином не потребою досягти успіху, а прагненням уникнути неуспіху і поведінка досліджуваного визначається страхом перед можливістю наразити себе на небезпеку якимось невірним вчинком. Цей страх лежить в основі обмежень своєї поведінки, особливо там, де успіх не гарантований. У тих же областях, де доводиться діяти, досліджуваний прагне контролювати успішність своєї діяльності за допомогою розробки високого внутрішнього стандарту, з яким зіставляється дія і результат. Такі особи сприймаються оточуючими як сумлінні, ретельно виконують свої обов'язки, стримані у зовнішніх проявах і нерішучі. Клініка: схильність до нав'язливого неспокою, напруженість, нерішучість, знижена стійкість по відношенню до стресу, декомпенсація особистості супроводжується нав'язливими страхами і ритуалами.

8. Шизоїдність (Sc). Особам з високими показниками за цією шкалою властивий шизоїдний тип поведінки. Вони здатні тонко відчувати і сприймати абстрактні образи, але повсякденні радощі й прикрощі не викликають у них емоційного відгуку. Таким чином, спільною рисою шизоїдного типу є поєднання підвищеної чутливості з емоційною холодністю і відчуженістю в міжособистісних стосунках. *Низьке значення.* Відсутність шизоїдних рис характеру (емоційної холодності і відчуженості). *Високе значення.* формується в тих випадках, коли навіть незначні фрустрації ведуть до виникнення стійких і тривалих негативних емоцій, а компенсація досягається шляхом втечі у свій внутрішній світ. Емоційна холодність, своєрідність сприйняття і суджень, незвичайність думок і вчинків, вибірковість або поверхневність контактів. Орієнтування на внутрішні критерії, втрата здатності до інтуїтивного розуміння оточуючих, до програвання їх ролей і в зв'язку з цим порушення адекватного емоційного реагування. Для особистості важко, а часом неможливо поглянути на себе з боку і включити себе в навколишній світ. Поведінка часто ексцентрична, позбавлена емоційного забарвлення або гордовита. Хоча негативні сигнали і не доходять до особистості, але якщо сигнал дійшов, то він несподівано викликає велику вразливість. Вони уникають ясних і чітких формулювань і у них відсутнє чітке уявлення про те, як саме вони повинні вести себе в тій чи іншій ситуації або чого саме чекають від них оточуючі. Хоча висловлювання таких особистостей логічні й правильно побудовані граматично, у оточуючих вони можуть створити враження двозначності або недостатньої зрозумілості. Причина може ховатися в тому, що особистість втрачає контроль над поняттями в результаті порушень соціальної комунікації. Однак особистість дуже посилено проявляє себе в областях знань, де використовується символіка (наприклад, математика). Утруднення соціалізації все більше може посилити відчуття внутрішньої напруженості, звідси посилюються труднощі в реальній оцінці ситуації і загальної картини світу. Тому їх активна діяльність зазвичай протікає поза ситуацією, оскільки ці особи нерідко відчують свою відчуженість і незрозумілість, нездатність стати дійсним членом групи, до якої вони належать формально. Як наслідок цього - амбівалентність у

відносинах: очікування уваги з боку оточуючих і боязнь холодності з їхнього боку. Вони виявляють то надмірну дружелюбність, то незрозумілу ворожість, причому надмірно інтенсивні контакти можуть змінюватися раптовими розривами. Недостатність контактів призводить також до фантазування й формуванню афективно насичених ідей.

9. Гіпотонія [манії] (Ма). Для осіб з високими оцінками за цією шкалою характерний піднесений настрій незалежно від обставин. Вони активні, діяльні, енергійні та життєрадісні. Вони люблять роботу з частими змінами, охоче контактують з людьми, проте інтереси їх поверхневі і нестійкі, їм не вистачає витримки і наполегливості. *Низьке значення.* Зниження активності і контактів з людьми. *Високе значення.* Підвищений настрій, надмірна активність, велика кількість і легкість виникнення планів та ідей, які часто не здійснюються в силу підвищеного відволікання і переоцінки своїх можливостей, різноманітності інтересів, широким і поверхневим контактом. Клініка: дезадаптація поведінки, надмірно і погано спрямована активність, емоційне збудження, дратівливість, образливість і недостатня стриманість. Діяльність у цих випадках може виявитися неефективною або у зв'язку з тим, що вона не доводиться до кінця, через перемикання уваги на інші об'єкти, або у зв'язку з тим, що перебільшення своїх можливостей дозволяє планувати її свідомо на нереальні терміни. Діагноз: маніакально-депресивна реакція, манія; Скарги, риси особистості та симптоми: докладність, погане фінансове становище, марення величі, ворожість, гіперактивність, домінування матері, релігійність, балакучість, алкоголізм, зниження працездатності; Провідні риси: гіперактивність, пихатість, балакучість в анамнезі напади депресії і манії. Схильність до ретроспективного аналізу.

Тест ММРІ і його скорочені варіанти (СБОО) є одними з найбільш відомих і поширених методик визначення особливостей особистості, які мають велику цінність як для характеристики особистості досліджуваного, так і для оцінки його психічного стану. Застосування скороченого варіанту СБОО дозволяє проводити такі обстеження в умовах природного експерименту на індивідуальному, груповому та популяційному рівні, а також легко повторювати дослідження для

визначення динаміки психологічних особливостей та психічного стану під впливом різних зовнішніх і внутрішніх факторів.

Вибір нами методики СБОУ, а не ММРІ був обумовлений особливістю проведення скринінгових досліджень, які були пов'язані з обмеженням часу. У той же час попередні дослідження показали достовірність і валідність методики СБОУ для оцінки особливостей особистості досліджуваних.

Для підвищення достовірності оцінки профілю особистості ми додатково до оцінними шкалами L, F і K додатково враховували показник, аналогічний індексу Уелша (G.Welsh), запропонований Сінайко В.М., 2002, який підраховується як різниця між «сирими» показниками шкал F і K. Високі значення показника F-K свідчать про неврівноваженість, емоційний дискомфорт або агравації випробовуваних, низькі - про негативне ставлення до тестування, закритості. Індекс Уелша традиційно використовується при тестуванні за допомогою методик ММРІ і СБОУ. Впровадження даного показника при оцінці профілю СБОУ дозволяє більш точно проводити аналіз особливостей особистості, що має важливе значення при масових дослідженнях в умовах природного експерименту.

Рівень алекситимії визначали за допомогою Торонтської Алекситимічної Шкали (TAS) створеної G. J. Taylor і співавт. (1985). Алекситимія - психологічна характеристика особистості, яка полягає в зниженні або відсутності здатності до розпізнавання, диференціювання і вираження емоційних переживань і тілесних відчуттів. Іноді в це поняття також включають низьку емоційну чутливість по відношенню до інших людей, низьку емоційну залученість в повсякденному житті і т.д. Таким чином, поняття алекситимії близьке за понятійним простором до емоційного інтелекту.

На думку автора алекситимія визначається наступними когнітивно-афективними психологічними особливостями: труднощами у визначенні (ідентифікації) і описі власних почуттів; труднощами в проведенні відмінностей між почуттями і тілесними відчуттями; зниженням здатності до символізації (бідність фантазії та інших проявів уяви); фокусуванням в більшій мірі на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях.

Визначивши основні сфери, що відображають, на думку авторів, сутність концепції алекситимії, було розроблено 41 твердження, за допомогою яких досліджуваний міг характеризувати себе, застосовуючи шкалу Лікерта (від «абсолютно не згоден» до «цілком згоден»), при цьому половина пунктів мала позитивний код, а інша половина - негативний, щоб уникнути односпрямованого згоди у відповідях. Опитувальник був розданий 542 студентам. Після аналізу пунктів і факторного аналізу було відібрано 26 пунктів для остаточного варіанту шкали за принципом їх високих кореляцій пункт-підсумок і / або кореляції пункт-фактор за шкалою, а також низьких кореляцій з показником соціальної бажаності. Остаточна шкала мала високу надійність. Аналіз шкали з виокремленням головних чинників і ротацією дав в результаті факторну структуру, конгруентність побудови концепції алекситимії. Подальші дослідження показали, що факторна структура TAS характеризується стабільністю і надійністю. Структурна валідність TAS отримала підтвердження в роботах, які вивчали співвідношення даної шкали з рядом інших методик дослідження особистості і психопатологічних розладів, що дозволили підтвердити її конвергентну і дивергентну валідність.

Незважаючи на задовільні психометричні властивості TAS-26, в подальшому її автори виявили ряд недоліків, наприклад, пункти щодо зниження здатності до уяви погано корелювали з сумарним балом (СБ) і були схильні до впливу «соціальної бажаності». Згодом автори усунули ці пункти, додавши кілька нових, і тим самим створивши нову шкалу - TAS-20.

Російською мовою TAS-26 була адаптована в НДІ ім. Бехтерева.

Тест складається з 26 питань – тверджень. Сума балів, отримана в результаті складання за всіма пунктами, є підсумковий показник «алекситимічності». Результати можуть розподілитися в інтервалі від 26 до 130 балів. «Алекситимічний» тип особистості отримує 74 бали і вище. Тих, хто опинилися в інтервалі від 62 до 74 балів відносять до групи ризику. «Неалекситимічний» тип особистості набирає 62 бали і нижче.

Вважається, що особливо схильні до психосоматичних захворювань алекситимічні суб'єкти. Вони відрізняються бідною життєвою уявою та недостатньою емоційною включеністю в об'єктивну ситуацію, нездатністю до співпереживання, вони зазвичай не можуть описати тонкі нюанси своїх почуттів і часто взагалі не знаходять слів для самовисловлення. Вони можуть казати тільки про конкретні факти або предмети, тому вони не усвідомлюють свої емоційні конфлікти і не можуть вербалізувати їх, таким чином психосоматичні розлади можуть бути результатом нагромадження емоційного подразнення.

Деякі автори виділяють первинну та вторинну алекситимію:

- 1) первинна - за тими чи іншими причинами нерозвинена здатність до усвідомлення і висловлення почуттів;
- 2) вторинна - домінування у процесі розвитку захисних механізмів уникнення, заперечення та ізоляції афекту.

З метою **визначення рівня нейротизму** використовували методику експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса.

Методика експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса (шкала скарг BFB, К. Нёск, Н. Хесс, 1975) спочатку розроблялася як опитувальник скринінгу неврозу, який використовується з метою попередньої долікарської діагностики, а також для епідеміологічних обстежень масового характеру [385].

При створенні методики автори виходили з того, що скарги хворих неврозами носять специфічний характер і в них, на відміну від хворих з органічної соматичною патологією, переважають вказівки на вегетативні розлади і скарги психічного характеру. Оригінальний варіант методики включає перелік 63 симптомів неврозу. Обстежуваному дається лист з переліком соматичних (порушення зору, двоїння в очах, напади астми, тахікардія, скарги на роботу серця і органів дихання, тремтіння рук і т. П.) І психічних (порушення мови, заїкання, труднощі контакту, апатичність, страх залишатися одному і т. п.) скарг.

Відповіді досліджуваних інтерпретуються за кількісними показниками з урахуванням статі, а для жінок і віку. Є три інтерпретаційних градації результатів: «норма», «можлива діагностика неврозу», «невроз». Крім діагностики можливого

невротичного стану обчислюється також індекс емоційності, який може вказувати на переважання психосоматичних або психоневротичних розладів. Цьому показнику автори надають значення у виборі методик психотерапії. Аналіз характерних для обстежуваного скарг проводиться з урахуванням наступних факторів: надмірна вегетативна збудливість (симпатикотонія), апатичність, фобії, ваготонія, астенія, надчутливість, порушення сенсомоторики, шизоїдні реакції, страхи.

Методика стандартизована для дорослих осіб (у віці від 16 до 60 років). Опитувальник вкрай простий, тривалість обстеження з його допомогою становить 5-10 хв, підрахунок «сирих» балів проводиться за допомогою ключа, потім «сирі» оцінки переводяться за допомогою спеціальної шкали в стандартні.

У практичній психодіагностиці використовується спрощений варіант методики. Опитувальник складається з 40 тверджень, на які обстежуваний повинен відповісти «так» або «ні». При обробці результатів підраховується кількість позитивних відповідей, і якщо сума отриманих балів більше 24, це дозволяє зробити припущення про наявність вираженого неврозу у обстежуваного. В цілому методика дає лише попередню і узагальнену інформацію. Остаточні висновки можна робити лише після більш ретельного обстеження.

2.3.5 Статистична обробка цифрових даних

Одержані результати дослідження аналізували за допомогою комп'ютерних пакетів «STATISTICA 6.0» StatSoft Inc. та Excel XP для Windows на персональному комп'ютері з використанням параметричних і непараметричних методів обчислення (критерії вірогідності за методами Стьюдента, кутового перетворення Фішера, точного методу Фішера) [387]. Вірність нульової гіпотези визначали з урахуванням рівня значущості «Р».

Оцінку ефективності лікування визначали з позицій клінічної епідеміології з обчисленням зниження абсолютного (ЗАР) та відносного ризиків (ЗВР), мінімальної кількості хворих, яких необхідно пролікувати для отримання одного позитивного результату (МКХ) [388]. Для оцінки взаємного впливу основних

чинників на ефективність запропонованого лікування використовували кластерний (з обчисленням k-середнього) аналіз.

Для кількісної оцінки ефективності лікування вираховували коефіцієнт медичної ефективності за формулою:

$$P_m = n_m : N_m, \text{ де}$$

P_m – коефіцієнт медичної ефективності

n_m – кількість пацієнтів, у яких відзначали редукцію психопатологічної симптоматики

N_m – загальна кількість обстежених даної групи наприкінці лікування.

Коефіцієнт медичної ефективності (КМЕ) розраховується як відношення кількості пацієнтів з позитивним медичним результатом (позитивна динаміка здоров'я на день виписки) за звітний період (МРф) до загального числа пацієнтів, які вибули із закладу за цей же період (n): $KMP = MPф : n$.

Для кількісних параметрів оцінювали середні величини та вірогідність відмінностей між ними за допомогою непараметричного критерію Уїлкоксона, Манна-Уїтні. Відносно якісних параметрів проведений частотний аналіз представленості окремих ознак (відповідно до статі) з оцінкою достовірності їх частот точним методом Фішера з метою визначення впливу різноманітних факторів на стан психічного здоров'я обстежених.

Здійснений аутокореляційний (порівняння в групі за різноманітними параметрами) аналіз рядів кількісних ознак для оцінки їх стабільності/лабільності та відтворюваності в одній групі, а також кроскореляційний аналіз – визначення подоби різних груп по сукупності досліджених ознак.

Для оцінки взаємного впливу основних чинників на ефективність запропонованого лікування використовували кластерний аналіз, розрахунок множинної лінійної регресії, показник відносного значення регресорів β -коефіцієнт. Для визначення предикторів розвитку, формування непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти ми використали розроблену нами модель мультиноміальної логістичної регресії та побудували дерево рішень.

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

В даному розділі представлено програму та методи дослідження. Зображено та описано дизайн дослідження. Описано загальну характеристику обстеженого контингенту.

Таким чином, обрані методи дослідження дозволяють отримати репрезентативні результати та вирішити поставлені задачі:

- 1 Опрацювати програму вивчення закономірностей формування неспсихотичних психічних розладів серед студентів закладів вищої освіти, враховуючи їх спеціалізацію.
2. Виявити в даного контингенту клініко-психопатологічну структуру та феноменологію неспсихотичних психічних розладів.
3. Вивчити вікову динаміку розповсюдженості і структури неспсихотичної психічної патології у даного контингенту хворих.
4. Виявити психологічні особливості студентів закладів вищої освіти, що страждають на неспсихотичні психічні розлади.
5. Визначити вплив соціально-психологічних факторів на розвиток неспсихотичних психічних розладів у зазначеної когорти населення.
6. Проаналізувати закономірності формування вказаних психічних розладів серед студентів закладів вищої освіти.
7. Розробити і впровадити комплексну систему діагностики, профілактики, психокорекції/психотерапії, лікування та реабілітації неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти та оцінити ефективність запропонованої системи заходів.

РОЗДІЛ 3

ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Розділ 3.1 Закономірності формування непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти

Особливістю сучасного етапу розвитку медичної науки є розширення трактування терміну «епідеміологія», який в даний час широко застосовується щодо неінфекційних захворювань, в тому числі психічних розладів; використання епідеміологічного підходу дозволяє вивчити не окремі, а всі випадки захворювання в конкретній популяції, що сприяє більш глибокому розумінню сутності даної патології та дозволяє простежити особливості формування захворювань в динамічному аспекті, при цьому методологічні принципи епідеміологічних досліджень в психіатрії передбачають не тільки нозологічну, але і феноменологічну (симптоматологічну), і синдромологічну оцінку психічного стану [389].

Всі психічні порушення поділяються на реєстри: психотичний (стан характеризується наявністю хоча б однієї з наступних ознак: потьмарення свідомості, маячні ідеї, галюцинації, відсутність критичного осмислення свого хворобливого стану та дійсності), непсихотичний (межові стани, характеризуються переважно порушенням емоцій та ефекторно-вольової сфери; хворі критично усвідомлюють свій хворобливий стан). Соматогенно обумовлені психічні хвороби і психічні розлади можуть носити психотичний, невротичний і психопатичний характер. Таким чином, правильно буде говорити не про характер психічних розладів, а про рівень психічних порушень [390].

Серед дослідженого контингенту непсихотичні психічні розлади були діагностовані нами у 317 осіб (25,67 %), практично здоровим виявилися 918 (74,33 %) студентів.

Абсолютна кількість хворих студентів в залежності від діагнозу відповідно до МКХ-10 зображено на рис. 3.1.2. та 3.1.3. У найбільшій кількості студентів

діагностовано F 43.2 розлади адаптації – у 54 особи, F48.0 неврастенія - у 22 осіб, F34.0 циклотимія – у 20 обстежених.

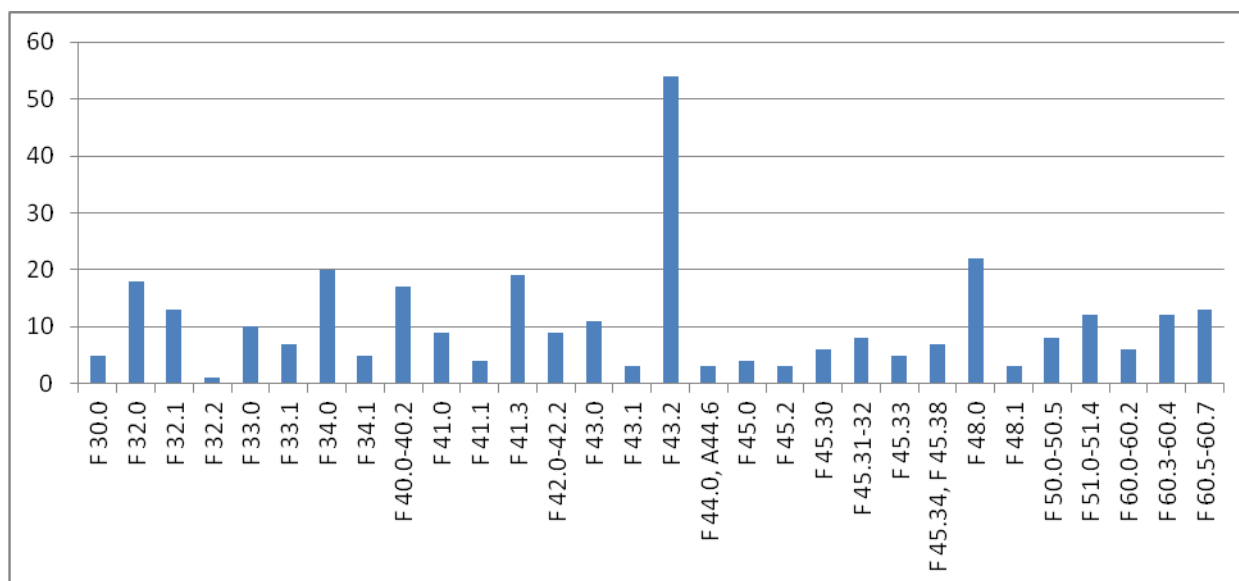


Рис. 3.1.2 Кількість студентів з різними діагнозами відповідно до МКХ-10, абс.

Аналізуючи частки різних непсихотичних психічних розладів у обстежених студентів виявлено (рис. 3.1.3), що найбільшою була частка – 17,03% студентів з розладами адаптації (F43.2), циклотимією – 6,31% та неврастенією – 6,94%.

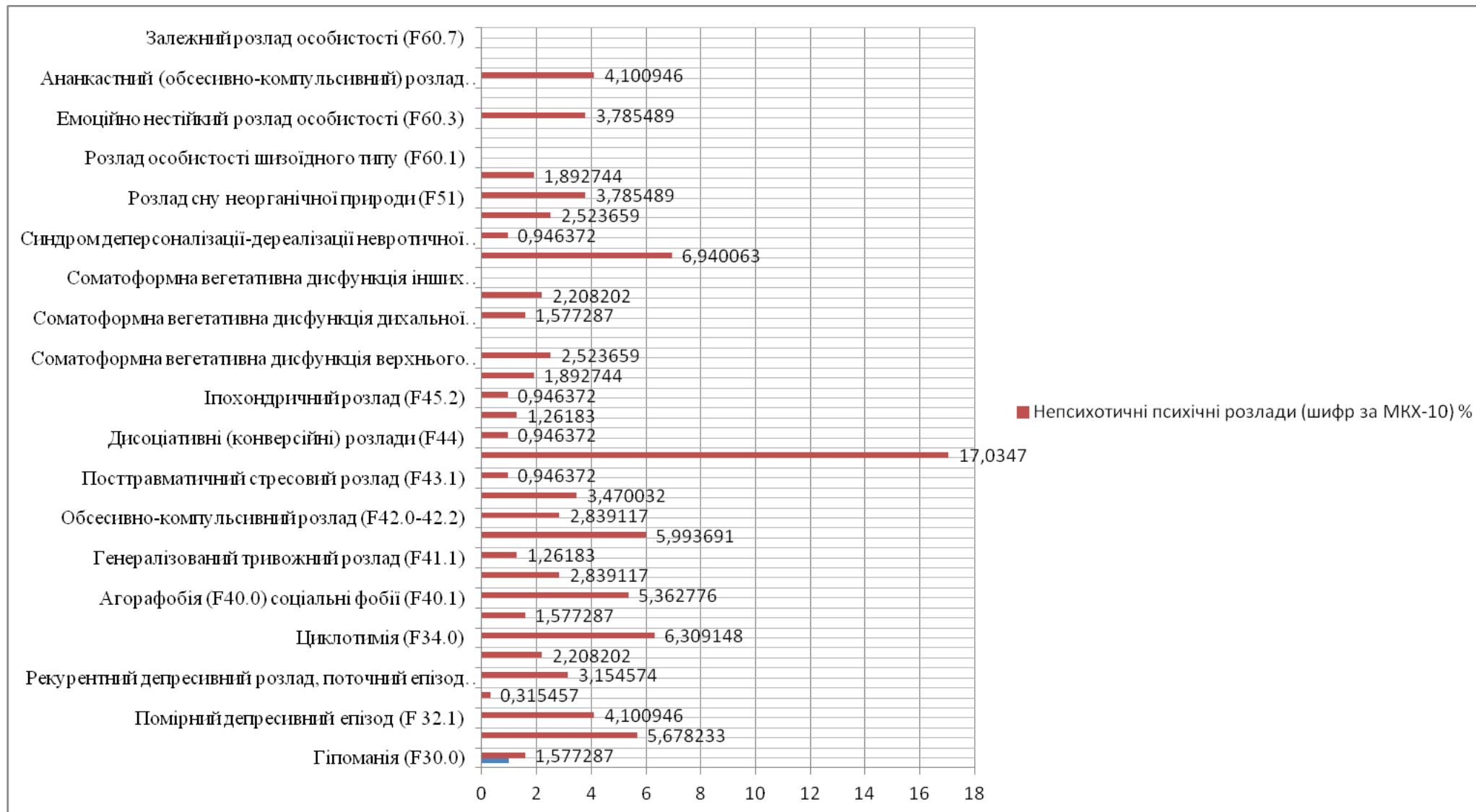


Рис. 3.1.3 Частки неpsychотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти.

«Студентський невроз» - збірне поняття хвороби в осіб певної вікової категорії 18-25 років, що включає: неврастенію, невроз нав'язливих станів, панічні розлади, соматоформні розлади, фобічні та тривожні розлади. Розвиток цих невротичних розладів в період пізньої юності цілком обґрунтований, тому що в цей віковий діапазон відбувається формування розумової і моральної діяльності, а також підвищена потреба в соціалізації та нових видах відповідальності [391]. Необхідно враховувати, що саме в цей період відзначається пік інтелектуальних можливостей і інтелектуальної діяльності, підвищена самокритичність і схильність до самоаналізу, проходження кризи ідентичності.

Велика кількість зовнішніх подразників, необхідність здійснення навчальних програм, а також набуття особистісної незалежності - це лише частина того, що переживає психіка молодих людей. Надмірний вплив подібних факторів негативно позначається на відповідальних і недовірливих студентах, які приділяють багато часу не тільки навчанню, а й власному становленню в соціумі. Саме у таких людей і можуть починати проявлятися подібні розлади, або бути вже вираженими, якщо стресові фактори починали свій вплив ще в шкільному віці [392, 393].

Необхідність дослідження НПР у студентів визначається їх широким розповсюдженням в популяції, а своєчасне виявлення потенційних груп, де частіше зустрічаються певні категорії невротичних розладів, допоможе виділити їх структуру.

В результаті дослідження неспсихотичні психічні розлади було діагностовано у 97 (30,60%) чоловічої статі (Ч) та 220 (69,40%) жіночої статі (Ж).

Як видно з таблиці 3.1 в основній групі переважали студенти з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F40-48.1) 187 (58,99%), на другому місці були афективні розлади настрою (F30-34.1) - 79 (24,92%) осіб, далі розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих (F60-60.7) - діагностовано у 31 (9,78%) студента і нарешті поведінкові синдроми, зв'язані із фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками (F50-51.4) - 20 (6,30%) відповідно.

Таблиця 3.1

**Розподіл хворих за діагностичними рубриками МКХ 10
з урахуванням статі**

Діагноз, рубрика за МКХ 10	Загальна кількість, абс.	Чоловіки		Жінки	
		абс.	%	абс.	%
Афективні розлади настрою (F30-34.1)	79	23	23,71	56	25,45
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-48.1)	187	62	63,92	125	56,82
Поведінкові синдроми, зв'язані із фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками (F50-51.4)	20	3	3,09	17	7,73
Розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих (F60-60.7)	31	9	9,28	22	10,0
Всього	317	97	100,0	220	100,0

В статевому розподілі виявлено наступні результати: афективні розлади діагностовано у 23 чоловіків (Ч) (23,71 %) та 56 жінок (Ж) (25,45%), невротичні розлади були виявлені у 62 Ч (63,92 %) та 125 Ж (56,82%), поведінкові синдроми - у 3 (3,09%) та 17 (7,73%) відповідно, розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих діагностовано у 9 Ч (9,28%) та 22 Ж (10,0%).

Таким чином в гендерному розподілі діагнози були фактично однорідними. Хоча у чоловіків незначно, але переважали невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-48.1) - 63,92%, суттєвими компонентами яких є зміни з боку вегетативної нервової системи, в той час як для жінок більш притаманними були афективні розлади настрою (F30-34.1) - 25,45%. Дані результати отримані з урахуванням загальної кількості обстежених жінок та чоловіків та їх часток.

Аналізуючи розподіл обстеженого контингенту за результатами клініко-анамнестичного дослідження, виявлено, що більшість студентів обох груп оцінювали стан власного здоров'я, як задовільний 58,54%. Достовірно частіше здорові студенти вважали, що мають гарний стан власного здоров'я 37,69% (II група) та 17,03% (I група), а незадовільно почували себе 21,77% (I) та 4,68% (II) ($p < 0,05$). За рештою показників, стосовно частоти відвідування лікарів, наявних травм голови, перенесеної застуди, соматичних захворювань, в обох групах достовірних розбіжностей не було виявлено ($p > 0,05$) (табл.3.2).

Таблиця 3.2

Розподіл обстеженого контингенту за результатами клініко-анамнестичного дослідження (абс., %)

Показник	Всі обстежені (n=1235)		Основна група (I) (n=317)		Порівняльна група (II) (n=918)		P
1	2	3	4	5	6	7	8
Суб'єктивна оцінка стану власного здоров'я							
Гарний	400	32,39	54	17,03	346	37,69	<0,05
Задовільний	723	58,54	194	61,20	529	57,63	>0,05
Незадовільний	112	9,07	69	21,77	43	4,68	<0,05
Частота відвідування лікарів загальної практики							
Щороку	657	53,20	169	53,31	488	53,16	>0,05
Раз на 2-3 роки	508	41,13	135	42,59	373	40,63	>0,05
Ніколи	70	5,67	13	4,10	57	6,21	>0,05
Наявність травм голови							
Ні	980	79,35	253	79,81	727	79,19	>0,05
Одна	215	17,41	54	17,03	161	17,54	>0,05
Декілька	40	3,24	10	3,15	30	3,27	>0,05
Застуда протягом останніх років							
Ні	139	11,26	30	9,46	109	11,87	>0,05
1-2 рази на рік	871	70,53	233	73,50	638	69,50	>0,05
3-4 рази на рік	225	18,22	54	17,03	171	18,63	>0,05

Продовж. табл. 3.2

1	2	3	4	5	6	7	8
Соматичні захворювання							
не хворів	95	7,69	17	5,36	78	8,50	>0,05
зрідка епізодичні	937	75,87	244	76,97	693	75,49	>0,05
хронічні захворювання	203	16,44	56	17,67	147	16,01	>0,05
Звернення до психіатра протягом навчання							
Ні	1185	95,95	300	94,64	885	96,41	>0,05
один раз	40	3,24	14	4,42	26	2,83	>0,05
більше ніж 1 раз	10	0,81	3	0,95	7	0,76	>0,05
Звернення до психіатра до навчання							
Ні	1189	96,28	307	96,85	882	96,08	>0,05
один раз	32	2,59	8	2,52	24	2,61	>0,05
більше ніж 1 раз	14	1,13	2	0,63	12	1,31	>0,05
У результаті оцінки стану свого здоров'я чи вважаєте Ви необхідним проконсультуватися в лікаря							
Терапевта	623	50,45	97	30,60	526	57,30	<0,05
Психоневролога	129	10,45	74	23,34	55	5,99	<0,05
Психолога	317	25,67	116	36,59	201	21,90	<0,05

Після проведеного опитування і оцінки стану власного здоров'я достовірно більша частина здорових студентів вирішили проконсультуватися з терапевтом – 526 (57,30%). А от з психіатром та лікарем-психологом проконсультуватись вирішило достовірно більше студентів з НПР – 23,34% та 36,59% відповідно ($p < 0,05$), хоча до проведення скринінгу до психіатра зверталось лише 5,4% студентів основної групи, що може свідчити про позитивний вплив скринінгового обстеження на ставлення обстежуваних до стану власного здоров'я і мотивує до необхідних консультацій.

Цікавими виявилися дослідження розподілу обстеженого контингенту за результатами клініко-анамнестичного дослідження з урахуванням статі (табл. 3.3).

Більшість студентів основної групи оцінювали стан свого здоров'я, як задовільний 61,20%, причому достовірних відмінностей між чоловіками та жінками не було 65,98% (Ч) та 59,09% (Ж) ($p > 0,05$). Наявність травм голови в анамнезі мали

17,03% студентів. Застудними захворюваннями хворіли 1-2 рази на рік 74,23% (Ч) та 73,18% (Ж), частіше хворіло 12,37% (Ч) та 19,09% (Ж).

Таблиця 3.3

**Розподіл обстеженого контингенту за результатами клініко-анамнестичного дослідження з урахуванням статі (абс., %)
(основна група)**

Показник	Всі (n=317)		Чоловіки (n=97)		Жінки (n=220)		Р
1	2	3	4	5	6	7	8
Суб'єктивна оцінка стану власного здоров'я							
Гарний	54	17,03	18	18,56	36	16,36	>0,05
Задовільний	194	61,20	64	65,98	130	59,09	>0,05
Незадовільний	69	21,77	15	15,46	54	24,55	>0,05
Частота відвідування лікарів загальної практики							
Щороку	169	53,31	44	45,36	125	56,82	>0,05
Раз на 2-3 роки	135	42,59	51	52,58	84	38,18	>0,05
Ніколи	13	4,10	2	2,06	11	5,00	>0,05
Наявність травм голови							
Ні	253	79,81	76	78,35	177	80,45	>0,05
Одна	54	17,03	18	18,56	36	16,36	>0,05
Декілька	10	3,15	3	3,09	7	3,18	>0,05
Простудні захворювання протягом останніх років							
Ні	30	9,46	13	13,40	17	7,73	>0,05
1-2 рази на рік	233	73,50	72	74,23	161	73,18	>0,05
3-4 рази на рік	54	17,03	12	12,37	42	19,09	>0,05
Соматичні захворювання							
не хворів	17	5,36	5	5,15	12	5,45	>0,05
зрідка епізодичні	244	76,97	79	81,44	165	75,00	>0,05
хронічні захворювання	56	17,67	13	13,40	43	19,55	>0,05
Звернення до психіатра протягом навчання							
Ні	300	94,64	94	96,91	206	93,64	>0,05
один раз	14	4,42	2	2,06	12	5,45	>0,05

Продовж. табл. 3.3

1	2	3	4	5	6	7	8
більше ніж 1 раз	3	0,95	1	1,03	2	0,91	>0,05
Звернення до психіатра до навчання							
Ні	307	96,85	95	97,94	212	96,36	>0,05
один раз	8	2,52	0	0,00	8	3,64	>0,05
більше ніж 1 раз	2	0,63	2	2,06	0	0,00	>0,05
У результаті оцінки стану свого чи вважаєте Ви необхідним проконсультуватися в лікаря							
Терапевта	97	30,60	27	27,84	70	31,82	>0,05
Психіатра	74	23,34	26	26,80	48	21,82	>0,05
Психолога	116	36,59	33	34,02	83	37,73	>0,05

Щороку відвідували лікарів загальної практики (переважно в рамках обов'язкових медичних оглядів) 53,31% студентів з НІР і раз на 2-3 роки звертались до лікарів – 42,59%) хворих, а от до психіатра до початку навчання звертались лише 3,15% студентів, і протягом навчання до психіатра звернулись лише 5,37% обстежених основної групи, достовірних гендерних відмінностей за даним и критеріями виявлено не було ($p>0,05$). Що може свідчити про недостатню підготовку сімейних лікарів у діагностиці непсихотичних психічних розладів. І на нашу думку, з метою покращення ситуації, варто проводити курси тематичного удосконалення з психіатрії для лікарів загальної практики.

З метою виявлення факторів формування НІР ми провели обстеження відповідно до обраних критеріїв і нами відмічено, що в основній групі суб'єктивні загальні оцінки самопочуття, окремі психічні скарги та симптоми (за сферам психічної діяльності) за результатами скринінгового обстеження виявлено результати, які представлено в таблиці 3.4. Так, зберігалася тенденція щодо позитивної характеристики самопочуття у 284 (89,59 %) осіб, а також переважання оцінки «гарне» у чоловіків (55,67% Ч, 18,64% Ж, $p<0,001$), «задовільне» – у жінок (70,45% Ж, 35,05% Ч, $p<0,001$), але модулі її відносних значень були відмінними від таких, що були отримані при опитуванні стосовно загального стану здоров'я, так як і

розподіл обстежених за цією категорією. Тобто усі обстежені розрізняли поняття стан здоров'я і самопочуття.

Таблиця 3.4

**Розподіл обстежених студентів за результатами оцінки
власного самопочуття з урахуванням статі**

Показник	Всі (n=317)		Чоловіки (n=97)		Жінки (n=220)		РТМФ
1	2	3	4	5	6	7	8
Суб'єктивна оцінка власного самопочуття							
гарне	95	29,97	54	55,67	41	18,64	<0,05
задовільне	189	59,62	34	35,05	155	70,45	<0,05
незадовільне	33	10,41	9	9,28	24	10,91	$\geq 0,05$
Неуважність							
постійно	46	14,51	22	22,68	24	10,91	$\geq 0,05$
ввечері	112	35,33	24	24,74	88	40,00	$\geq 0,05$
при втомі	159	50,15	51	52,58	108	49,09	$\geq 0,05$
Млявість, розбитість							
постійно	28	8,83	12	12,37	16	7,27	$\geq 0,05$
ввечері	88	27,76	48	49,48	40	18,18	<0,05
при втомі	201	63,41	37	38,14	164	74,55	<0,05
Розумова втома							
постійно	44	13,88	8	8,25	36	16,36	$\geq 0,05$
з ранку	78	24,61	44	45,36	34	15,45	<0,05
ввечері	195	61,51	45	46,39	150	68,18	<0,05
Зниження продуктивності в навчанні							
фізичний	153	48,26	43	44,33	110	50,00	$\geq 0,05$
розумовий	119	37,54	32	32,99	87	39,55	$\geq 0,05$
Відчуття втоми від розваг							
так	212	66,88	67	69,07	145	65,91	$\geq 0,05$
ні	105	33,12	30	30,93	75	34,09	$\geq 0,05$
Підвищена сонливість							
з ранку	176	55,52	28	28,87	148	67,27	<0,05
у день	83	26,18	18	18,56	65	29,55	$\geq 0,05$

Продовж. табл. 3.4

1	2	3	4	5	6	7	8
Ввечері	196	61,83	51	52,58	145	65,91	$\geq 0,05$
Чутливий сон з частими пробудженнями							
так	185	58,36	69	71,13	116	52,73	<0,05
ні	132	41,64	28	28,87	104	47,27	$\geq 0,05$
Сон без відчуття відпочинку							
так	132	41,64	45	46,39	87	39,55	$\geq 0,05$
ні	185	58,36	52	53,61	133	60,45	$\geq 0,05$
Пробудження							
спокійне	216	68,14	43	44,33	173	78,64	<0,05
з почуттям тривоги, неспокою	101	31,86	54	55,67	47	21,36	<0,05
Головний біль							
так	165	52,05	53	54,64	112	50,91	$\geq 0,05$
ні	152	47,95	44	45,36	108	49,09	$\geq 0,05$
Зв'язок виникнення головного болю з/зі							
змінами погоди	84	26,50	26	26,80	58	26,36	$\geq 0,05$
фізичним навантаженням	120	37,85	30	30,93	90	40,91	$\geq 0,05$
розумовим навантаженням	202	63,72	62	63,92	140	63,64	$\geq 0,05$
хвилюванням	172	54,26	33	34,02	139	63,18	<0,05
Неприємні відчуття в області серця							
так	73	23,03	17	17,53	56	25,45	$\geq 0,05$
ні	244	76,97	80	82,47	164	74,55	$\geq 0,05$
Зниження апетиту							
так	178	56,15	38	39,18	140	63,64	<0,05
ні	139	43,85	59	60,82	80	36,36	<0,05
Печія, відрижка, важкість у шлунку							
так	63	19,87	18	29,14	45	20,45	$\geq 0,05$
ні	254	80,13	79	63,25	175	79,55	$\geq 0,05$
Біль та інші відчуття у животі							
так	67	21,14	15	15,46	52	23,64	$\geq 0,05$
ні	250	78,86	82	84,54	168	76,36	$\geq 0,05$

Між тим, у значної кількості студентів реєстрували неухвалюваність: постійно (22,68% (Ч) та 10,91% (Ж) ($p < 0,05$)); ввечері (24,74% (Ч) та 40,00% (Ж) ($p \geq 0,05$)); при втомі (52,58% (Ч) та 49,09% (Ж) ($p \geq 0,05$)).

Млявість, розбитість при стомленні відчували - 63,41 % хворих на НПП, при чому жінки достовірно частіше (74,55%) відчували її при втомі, а чоловіки ввечері (49,48%) ($p < 0,05$).

Зниження продуктивності при фізичній та розумовій роботі (72,47 %), розумову втому ввечері (61,51 %). Ці скарги достовірно частіше виникали у жінок у порівнянні з чоловіками (відповідно 68,18 % Ж та 46,39 % Ч, $p < 0,05$). Вірогідні гендерні розбіжності спостерігали за симптомом підвищеної сонливості: жінки переважно відчували її вранці і вдень (67,27% (Ж) та 28,87% (Ч), $p < 0,05$; 29,55% (Ж) та 18,56% (Ч), $p < 0,05$).

Чутливий сон з частими пробудженнями вірогідно частіше був притаманний хлопцям (71,13 % (Ч) і 52,73% (Ж), $p < 0,05$). Достовірні гендерні розбіжності спостерігали за наявністю неприємних відчуттів в області серця (17,53 % (Ч), 25,45% (Ж)) та головним болем, що пов'язаний з хвилюванням (34,02 % (Ч), 63,18 % (Ж), $p < 0,05$), зниженим апетитом (39,18% (Ч), 63,64% (Ж), $p < 0,05$), які також частіше зустрічались у жінок.

Відповідно до нашої гіпотези абсолютні та відносні значення показників симптомів за сферами психічної діяльності у студентів з урахуванням статі мали достовірні відмінності, результати дослідження представлені в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

**Гендерний розподіл обстеженого контингенту за психопатологічною
симптоматикою відповідно до сфер психічної діяльності**

Показник	Всі (n=317)		Чоловіки (n=97)		Жінки (n=220)		РТМФ
1	2	3	4	5	6	7	8
Свідомість							
Короткочасні бурхливі реакції на незначні подразники							
так	73	23,03	17	17,53	56	25,45	<0,05
ні	244	76,97	80	82,47	164	74,55	$\geq 0,05$
Стани запаморочення							
так	62	19,56	8	8,25	54	24,55	<0,05
ні	255	80,44	89	91,75	166	75,45	<0,05
Відчуття							
гіперстезія	54	17,03	32	32,99	22	10,00	<0,05
гіпостезія	32	10,09	6	6,19	26	11,82	$\geq 0,05$
астезія	16	5,05	8	8,25	8	3,64	$\geq 0,05$
Сприйняття							
парестезії	155	48,90	25	25,77	130	59,09	<0,05
сенестопатії	34	10,73	16	16,49	18	8,18	$\geq 0,05$
Миготіння мушок перед очима							
так	122	38,49	44	45,36	78	35,45	$\geq 0,05$
ні	195	61,51	53	54,64	142	64,55	$\geq 0,05$
Сприйняття зображень фантастичного змісту у візерунках килима, шпалер, тріщинах на стінах і т.п.							
так	48	15,14	19	19,59	29	13,18	$\geq 0,05$
ні	269	84,86	78	80,41	191	86,82	$\geq 0,05$
Епізоди сприйняття без наявності реального подразника							
так	6	1,89	2	2,06	4	1,82	$\geq 0,05$
ні	311	98,11	95	97,94	216	98,18	$\geq 0,05$
Відчуття змін соматичного «Я»							
так	8	2,52	4	4,12	4	1,82	$\geq 0,05$
ні	309	97,48	93	95,88	216	98,18	$\geq 0,05$
Відчуття зміни психічного «Я»							
так	19	5,99	10	10,31	9	4,09	$\geq 0,05$
ні	298	94,01	87	89,69	211	95,91	$\geq 0,05$

Продовж. табл. 3.5

Пам'ять							
Періоди, коли погіршується запам'ятовування поточних подій							
1	2	3	4	5	6	7	8
так	79	24,92	26	26,80	53	24,09	$\geq 0,05$
ні	238	75,08	71	73,20	167	75,91	$\geq 0,05$
Найчастіше гірше запам'ятовується							
побачене	83	26,18	23	23,71	60	27,27	$\geq 0,05$
прочитане	177	55,84	66	68,04	111	50,45	<0,05
почуте	207	65,30	68	70,10	139	63,18	$\geq 0,05$
Утруднення при пригадуванні							
так	132	41,64	28	28,87	104	47,27	$\geq 0,05$
ні	185	58,36	69	71,13	116	52,73	<0,05
Увага							
Підвищене відволікання уваги							
так	134	42,27	18	18,56	116	52,73	<0,05
ні	183	57,73	79	81,44	104	47,27	<0,05
Прикутість уваги до неприємних переживань							
так	84	26,50	30	30,93	54	24,55	$\geq 0,05$
ні	233	73,50	67	69,07	166	75,45	$\geq 0,05$
Мислення							
Сповільненість мислення й мови							
так	108	34,07	45	46,39	63	28,64	$\geq 0,05$
ні	209	65,93	52	53,61	157	71,36	<0,05
Важкість зрозуміти сенс прочитаного, почутого							
Так	142	44,79	47	48,45	95	43,18	$\geq 0,05$
ні	175	55,21	50	51,55	125	56,82	$\geq 0,05$
Зниження стійкості думки							
так	74	23,34	14	14,43	60	27,27	$\geq 0,05$
ні	243	76,66	83	85,57	160	72,73	<0,05
Періоди зниження кмітливості							
так	142	44,79	47	48,45	95	43,18	$\geq 0,05$
ні	175	55,21	50	51,55	125	56,82	$\geq 0,05$
Нав'язливі думки і побоювання							
так	54	17,03	14	14,43	40	18,18	$\geq 0,05$
ні	263	82,97	83	85,57	180	81,82	$\geq 0,05$
Надцінні ідеї							
так	42	13,25	25	25,77	17	7,73	$\geq 0,05$
ні	275	86,75	72	74,23	203	92,27	<0,05

Продовж. табл. 3.5

1	2	3	4	5	6	7	8
Схильність до деталізації							
так	51	16,09	20	20,62	31	14,09	$\geq 0,05$
ні	266	83,91	57	58,76	209	95,00	<0,05
Думки про власну малоцінність							
так	101	31,86	35	36,08	66	30,00	$\geq 0,05$
ні	216	68,14	62	63,92	154	70,00	$\geq 0,05$
Схильність до абстрактних міркувань, безплідного мудрування							
так	88	27,76	41	42,27	47	21,36	<0,05
ні	229	72,24	56	57,73	173	78,64	<0,05
Зниження інтелектуальних здібностей							
так	42	13,25	25	25,77	17	7,73	<0,05
ні	275	86,75	72	74,23	203	92,27	$\geq 0,05$
Емоційна сфера							
Перепади настрою							
так	230	72,56	47	48,45	183	83,18	<0,05
ні	87	27,44	50	51,55	37	16,82	<0,05
Підвищена емоційна чутливість, вразливість							
так	132	41,64	23	23,71	109	49,55	<0,05
ні	185	58,36	74	76,29	111	50,45	<0,05
Слабкодухість, плаксивість							
Так	91	28,71	13	13,40	78	35,45	<0,05
ні	226	71,29	84	86,60	142	64,55	<0,05
Відчуття провини після спалаху емоцій							
так	117	36,91	42	43,30	75	34,09	$\geq 0,05$
ні	200	63,09	55	56,70	145	65,91	$\geq 0,05$
Схильність до занурення в себе							
так	108	34,07	33	34,02	75	34,09	$\geq 0,05$
ні	209	65,93	64	65,98	145	65,91	$\geq 0,05$
Занепокоєння, відчуття внутрішньої напруженості							
так	194	61,20	47	48,45	147	66,82	<0,05
ні	123	38,80	50	51,55	73	33,18	<0,05
Нав'язливі страхи, що виникають раптово, з повною критикою але неможливістю їх побороти							
так	52	16,40	15	15,46	37	16,82	$\geq 0,05$
ні	265	83,60	82	84,54	183	83,18	$\geq 0,05$
Періоди ослаблення емоцій, байдужості до себе і оточуючих							
так	89	28,08	47	48,45	42	19,09	<0,05

Продовж. табл. 3.5

1	2	3	4	5	6	7	8
Ні	228	71,92	50	60,82	169	76,82	<0,05
Звуження кола інтересів							
так	64	20,19	22	22,68	42	19,09	$\geq 0,05$
ні	253	79,81	75	77,32	178	80,91	$\geq 0,05$
Зниження почуття прихильності до близьких							
так	52	16,40	15	15,46	37	16,82	$\geq 0,05$
ні	265	83,60	82	84,54	183	83,18	$\geq 0,05$
Почуття ворожості до близьких							
так	42	13,25	25	25,77	17	7,73	$\geq 0,05$
ні	275	86,75	72	74,23	203	92,27	$\geq 0,05$
Егоїстичність							
так	142	44,79	47	48,45	95	43,18	$\geq 0,05$
ні	175	55,21	50	51,55	125	56,82	$\geq 0,05$
Відчуття залежності від інших							
так	111	35,02	32	32,99	79	35,91	$\geq 0,05$
ні	206	64,98	65	67,01	141	64,09	$\geq 0,05$
Вольова сфера							
Загальмованість							
так	80	25,24	26	26,80	54	24,55	$\geq 0,05$
ні	237	74,76	71	73,20	166	75,45	$\geq 0,05$
Нав'язливі рухи, дії							
так	38	11,99	10	10,31	28	12,73	$\geq 0,05$
ні	279	88,01	87	89,69	192	87,27	$\geq 0,05$
Періоди імпульсивних вчинків							
так	64	20,19	34	35,05	30	13,64	<0,05
ні	253	79,81	63	64,95	190	86,36	<0,05
Зниження працездатності							
так	163	51,42	55	56,70	108	49,09	$\geq 0,05$
ні	154	48,58	42	43,30	112	50,91	$\geq 0,05$
Млявість, бездіяльність							
так	150	47,32	47	48,45	103	46,82	$\geq 0,05$
ні	167	52,68	50	51,55	117	53,18	$\geq 0,05$
Нетерплячість							
так	177	55,84	36	37,11	141	64,09	<0,05
ні	140	44,16	61	62,89	79	35,91	<0,05
Невпевненість у собі							
так	158	49,84	33	34,02	125	56,82	<0,05

Продовж. табл. 3.5

1	2	3	4	5	6	7	8
Ні	159	50,16	64	65,98	95	43,18	<0,05
Схильність до прийому алкогольних напоїв							
так	122	38,49	55	56,70	67	30,45	<0,05
ні	195	61,51	42	43,30	153	69,55	<0,05

Як видно з таблиці 3.5 при порівнянні психопатологічної симптоматики чоловіків та жінок, достовірні відмінності ($p < 0,05$) були виділені за наступними психопатологічними ознаками.

Стани запаморочення частіше виникали у жінок (24,55 % Ж, 8,25 % Ч, $p < 0,05$). Гіперестезія була характерна для більшої кількості чоловіків (32,99% Ч та 10,00% Ж, $p < 0,05$). Симптоми порушень сприйняття у вигляді парестезій достовірно переважали у студенток (25,77 % Ч, 59,09 % Ж, $p < 0,05$). Цікаво, що епізоди сприйняття без наявності реального подразника підтвердили 1,89% студентів основної групи, переважно це були слухові гіпнагогічні та гіпнопомпичні галюцинації, що виникали переважно під впливом психотравмуючих ситуацій, перевтоми. Відчуття змін соматичного «Я» виникало у 4,12 % студентів та у 1,82% студенток, $p \geq 0,05$.

З боку порушень пам'яті для студентів найбільш характерними були зниження запам'ятовування почутого матеріалу - 65,30%, прикметно, що чоловіки вірогідно частіше гірше запам'ятовували прочитане (68,04%Ч та 50,45% Ж, $p < 0,05$).

У переважної більшості жінок з НПР спостерігалось підвищене відволікання уваги (52,73% жінок та 18,56% чоловіків, $p < 0,05$)

Сповільнення мислення частіше спостерігалось у чоловіків 46,39% аніж у жінок 28,64% (відповідь «ні» (53,61 % Ч, 71,36 % Ж, $p < 0,05$) на це запитання надала більшість жінок).

Порушення розумової діяльності у вигляді зниження стійкості думки переважали у жінок (27,27 % Ж; 14,43 % Ч, відповідь «ні» (85,57 % Ч, 72,73 % Ж, $p < 0,05$) на це запитання надала більшість чоловіків). Надцінні ідеї були притаманними

переважно чоловікам (25,77% Ч, 7,73% Ж), заперечували їх наявність достовірно більша кількість жінок (92,27% Ж та 74,23% Ч, $p<0,05$).

Схильність до деталізації та абстрактних міркувань була більшою мірою притаманна чоловікам (20,62% Ч та 14,09% Ж) та (42,27 % Ч, 21,36 % Ж, $p<0,05$) відповідно. Зниження інтелектуальних здібностей відмічали в себе достовірно більша кількість чоловіків (25,77% Ч та 7,73% Ж, $p<0,05$).

Порушення з боку емоційної сфери такі як: перепади настрою* (48,45% Ч та 83,18% Ж, $p<0,05$), підвищена емоційна чутливість, вразливість* (23,71% Ч, 49,55 % Ж, $p<0,05$), слабкодухість, плаксивість* (35,45 % Ж, 13,40 % Ч, $p<0,05$), занепокоєння, внутрішню напруженість* (66,82 % Ж, 48,45 % Ч, $p<0,05$) – значною мірою реєстрували у жінок.

В той час як в 2,5 рази більше чоловіків відмічали байдужість до себе і оточуючих (48,45 % Ч, 19,09 % Ж, $p<0,05$).

Примітка. * - відповідь «ні» на дані запитання достовірно ($p<0,05$) частіше надавали чоловіки.

Зазначену тенденцію спостерігали при оцінці стану ефекторно-вольовій сфері. Так, нетерплячість* (64,09 % Ж, 37,11 % Ч, $p<0,05$), невпевненість у собі* (56,82 % Ж, 34,02 % Ч, $p<0,05$) частіше визначали у жінок. А періоди імпульсивних вчинків* (35,05 % Ч, 13,64 % Ж, $p<0,05$), схильність до прийому алкоголю* (56,70 % Ч, 30,45 % Ж, $p<0,05$) – у чоловіків, жінки більшою мірою заперечували ці прояви.

Аналізуючи рівень емоційної стійкості, депресії, особистісної та ситуативної тривожності у обстежених студентів, встановлено, що тільки 9,09% обстежених на першому, 13,11% на четвертому й 15,07% на шостому (п'ятому для студентів ЧНУ) курсі показали високу емоційну стійкість. Рівень тривожності й депресії не виходив за межі психологічної норми відповідно в 18,18%, 57,37% й 53,83%. Серед них на першому курсі в 83,33% випадках, на четвертому - в 91,42%, на шостому (п'ятому) - в 82,35% мала місце тільки особистісна тривога. В інших випадках спостерігалось поєднання особистісної й реактивної тривожності.

При вивченні послідовності проявів афективних порушень було встановлено, що в більшості випадків тривожний розлад передує депресії.

Прикметно, що Wittchen H.U. та співавтори виявили, у 90% випадків хворі на генералізований тривожний розлад протягом життя переносять і інші психічні захворювання [394]. Найбільш часто серед них зустрічаються депресія і дистимія, потім у порядку зменшення - зловживання психоактивними речовинами, проста і соціальна фобія. Серед хворих на генералізований тривожний розлад 62,4% пацієнтів в анамнезі страждали на депресію, а 39,5% - на дистимію.

Студенти, що за скринінговими шкалами показали підвищені результати, були розподілені на 3 групи: 1-а група - студенти зі станом підвищеного ризику в плані розвитку тривожних і депресивних реакцій - 9,09% (від загального числа обстежених) навчалися на першому курсі, 16,39% - на четвертому й 19,35% - на шостому. У цю групу віднесені особи із підвищеними результатами по шкалах тривоги й (або) депресії, проте при клінічному обстеженні, у них не виявили виразної афективної симптоматики. Разом з тим, у них спостерігалось виражене внутрішнє напруження, що супроводжувалося потребою в постійній мобілізації й підвищеному самоконтролі.

2-а група - особи з афективними розладами субклінічного рівня - відповідно по курсам, 45,46%, 9,85% й 6,46%. У них були окремі прояви тривоги й (або) депресії, які по ступені виразності не вкладалися в клінічно окреслені психопатологічні синдроми. У студентів, що увійшли в дану групу, працездатність зберігалася, але на зниженому рівні.

3-я група - студенти із клінічно оформленими проявами тривоги й депресії, що відповідають стандартам МКХ-10. До неї увійшли 24,72% (79 осіб), серед них 18,18% студентів навчалася на першому курсі, 3,28% - на четвертому й 4,96% - на шостому (п'ятому для студентів ЧНУ).

Результати, отримані за шкалами депресії та тривоги (особистісної й реактивної) у кожній із груп у різні періоди навчання були наступними: питома вага

тривожних і депресивних порушень найбільш висока на першому курсі й поступово знижується, змінюючись за структурою на наступних. Відповідно, частка клінічно окреслених афективних порушень на першому курсі значно перевищує відповідні показники у студентів старших курсів.

У першій групі, групі ризику, у студентів першого та четвертого курсів особистісна тривога з різною частотою поєднувалася із завищеними результатами за шкалою депресії, чого не спостерігалось у студентів старших курсів. При цьому поєднання високого рівня особистісної тривожності та схильності до розвитку депресії в першокурсників зустрічається у 6 разів частіше, ніж на четвертому курсі.

У 2-ій групі, субклінічних розладів, у всіх випадках був зафіксований підвищений результат по шкалі особистісної тривожності. Серед першокурсників в 60,01% випадків особистісна тривожність поєднувалася зі схильністю до розвитку депресії, в 13,33% - було поєднання особистісної й реактивної тривожності, а ще в 13,33% випадків - показники виявилися підвищеними за всіма скринінговими шкалами (депресії, особистісної й реактивної тривожності). На відміну від студентів першого курсу, у більшій частини четвертокурсників (66,67%) і шестикурсників (50,0%) спостерігалися тільки підвищені результати за шкалою особистісної тривожності. У психопатологічній структурі субклінічних афективних розладів у студентів першого курсу переважали депресивно-тривожні реакції, на четвертому курсі - тривожно-депресивні, на шостому - чітко переважали тривожні реакції.

У осіб, що склали 3-тю групу із клінічно вираженими НПР, при обстеженні виявлено наступні результати: клінічний рівень депресії, високий рівень особистісної тривожності та реактивну тривогу різної виразності (серед студентів всіх курсів). У психопатологічній структурі даної групи було виявлено тривожно-депресивний, обсесивно-компульсивний, неврастенічний, депресивний, тривожний синдроми. Цим студентам було запропоновано створений нами курс комплексного лікування (фармакологічного та психотерапевтичного).

Виявляється закономірність між поширенням невротичних реакцій і реакцій розладів адаптації залежно від тривалості навчання у Вузi: на першому курсі виявлено відповідно 58,06% й 41,94% випадків, на четвертому - 27,88% й 72,12%, на шостому - 8,83% й 91,17%. На відміну від дезадаптивних розладів, невротичні розлади супроводжувалися різними вегетативними проявами (тахікардією, гіпергідрозом або почуттям сухості в роті, зміною перистальтики, частим сечопуском, ядухою й ін.).

Подібні результати отримали L. Clark і D. Watson в 1991 [395], вони запропонували згрупувати симптоми депресії і тривоги в три підгрупи: неспецифічні симптоми загального дистресу; симптоми прояву соматичної напруги і збудження; симптоми, що характеризують тривогу і депресію (трійчата модель). При цьому специфічними ознаками депресії вважають явища ангедонії, а для тривожних розладів - непосидючість, напруга; зниження настрою характерно як для тривожних, так і депресивних розладів.

Таким чином, в процесі дослідження формування неспсихотичних психічних розладів встановлено, що структура неспсихотичних психічних розладів представлена невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F40-48.1) 187 (58,99%), афективними розладами настрою (F30-34.1) - 79 (24,92%), розладами зрілої особистості і поведінки у дорослих (F60-60.7) - 31 (9,78%), поведінковими синдромами, пов'язаними із фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками (F50-51.4) - 20 (6,30%). У значної частини студентів виявлені НПР різного ступеня виразності, що вимагає їхнього своєчасного розпізнання й адекватної психокорекції, психопрофілактики та терапії. В статевому розподілі виявлено: афективні розлади 23 (Ч) (23,71 %) та 56 (Ж) (25,45%), невротичні розлади 62 Ч (63,92 %) та 125 Ж (56,82%), поведінкові синдроми - 3 (Ч) (3,09%) та 17 (Ж) (7,73%), розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих 9 (Ч) (9,28%) та 22 (Ж) (10,0%).

У психопатологічній структурі тривожних і депресивних реакцій виявлений зсув від депресивно-тривожних розладів – на початку навчання, до тривожних – на

останніх курсах. Виявлено закономірність між поширенням невротичних реакцій і реакцій розладів адаптації залежно від тривалості навчання у Вузi: на першому курсі виявлено відповідно 58,06% й 41,94% випадків, на четвертому - 27,88% й 72,12%, на шостому - 8,83% й 91,17%. На відміну від дезадаптивних розладів, невротичні розлади супроводжувалися різними вегетативними проявами (тахікардією, гіпергідрозом або почуттям сухості в роті, зміною перистальтики, частим сечопуском, ядухою й ін.).

Переважаання високого рівня особистісної тривоги в групі ризику в порівнянні із частим поєднанням особистісної й реактивної тривоги в субклінічній і клінічній групах вказує на значну роль психогенного фактору в розвитку НПР у студентів закладів вищої освіти, що необхідно враховувати при плануванні профілактичних заходів.

3.2 Модель мультиноміальної логістичної регресії та побудова дерева рішень для визначення предикторів розвитку, формування неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти

Для того, щоб перевірити наявність статистично значимого зв'язку між категорійною змінною «Група І» (N=1235) та іншими змінними (N=152), які були використані в розробленій нами «Уніфікованій карті обстеження студента» проведено тест χ^2 (хі-квадрат тест). Тут ми перевірили нульову гіпотезу: $H_0: \{\text{змінні є незалежними (між двома змінними не існує асоціації)}\}$.

при альтернативній гіпотезі

$H_1: \{\text{змінні не є незалежними (між змінними є зв'язок)}\}$

Ми отримали статистично значимі результати χ^2 -тесту, що підтверджували альтернативну гіпотезу, тобто наявність залежності між змінними – категорійною змінною «група І» та віком, $p=0,0001$; спеціальністю, $p=2,569 \cdot 10^{-8}$; місцем проживання, $p=0,02$; сімейним статусом, $p<2,2 \cdot 10^{-16}$; наявністю дітей, $p=5,509 \cdot 10^{-5}$; стосунків у сім'ї, $p<2,2 \cdot 10^{-16}$; відсутністю перспективи, $p=0,0004$; нездатністю пристосуватися до середовища, $p<2,2 \cdot 10^{-16}$; негативним впливом засобів масової інформації, $p<4,112 \cdot 10^{-6}$; міжособистісними конфліктами в групі, $p<5,665 \cdot 10^{-5}$; складністю в засвоєнні нових норм і правил, $p=1,518 \cdot 10^{-8}$; відчуттям ізоляції серед оточуючих, $p<2,939 \cdot 10^{-8}$; звертанням до ворожок, знахарів, $p<2,2 \cdot 10^{-16}$; проживанням насамоті, $p=0,006$; конфліктами в сім'ї, $p<9,642 \cdot 10^{-6}$; проблемами з житлом, $p=0,04$; конфліктами з друзями, $p=9,658 \cdot 10^{-11}$; конфліктами в мікрогрупі, $p=3,715 \cdot 10^{-9}$; проблемами в стосунках з дітьми, $p=0,02$; проблемами в стосунках з батьками, $p<5,137 \cdot 10^{-5}$; вимушеними змінами в сімейному статусі (тимчасові розлучення), $p=0,02$; релігійним фактором (міжконфесійними чварами), $p=1,847 \cdot 10^{-10}$; сексуальними проблемами, $p<2,2 \cdot 10^{-16}$; конфліктами в навчанні, $p=0,001$; ятрогеніями, $p=0,05$; якістю сну, $p<1,414 \cdot 10^{-8}$; адаптації до навчання, $p<2,2 \cdot 10^{-16}$; результатами навчання, $p=2,559 \cdot 10^{-8}$; підготовкою до занять в нічний час, $p=0,03$;

самопочуттям після навчання, $p=1,144 \cdot 10^{-10}$; участю у суспільній роботі, $p=0,03$; великого навчального навантаження, $p=0,0004$; невмінням правильно розпорядитися обмеженими фінансами $p=0,04$; конфліктами в групі, $p=0,0007$; відчуттям безпорадності, неможливістю впоратися з проблемами, $p=1,148 \cdot 10^{-6}$; підвищеним відволіканням, поганою концентрацією уваги, $p=0,004$; дратівливістю, образливістю, $p=2,152 \cdot 10^{-5}$; поганим настроєм, $p=5,447 \cdot 10^{-8}$; страхом, тривогою, $p=4,147 \cdot 10^{-8}$; втратою впевненості, зниження самооцінки, $p=1,048 \cdot 10^{-10}$; поганим сном, $p=9,523 \cdot 10^{-6}$; порушенням соціальних контактів, проблемами в спілкуванні, $p < 2,2 \cdot 10^{-16}$; прискореним серцебиттям, болями в серці, $p=0,01$; утрудненим диханням, $p=1,313 \cdot 10^{-5}$; проблемами з шлунково-кишковим трактом, $p=0,05$; напругою або тремтінням м'язів, $p=0,03$; низькою працездатністю, підвищеною стомлюваністю, $p=0,0008$; рівня постійного стресу за останні три місяці навчання, $p=0,0004$; кількістю викурених цигарок за день, $p=5,787 \cdot 10^{-7}$; оцінкою власного здоров'я, $p < 2,2 \cdot 10^{-16}$; спеціальністю лікарів для консультації, $p < 2,2 \cdot 10^{-16}$.

В якості засобів подолання стресу: отримали достовірні результати χ^2 тесту, що підтверджували альтернативну гіпотезу, тобто наявність залежності між категорійною змінною «група І» та прийомом алкоголю, $p=1,826 \cdot 10^{-6}$; тютюнопалінням, $p=7,461 \cdot 10^{-14}$; вживанням наркотиків, $p=6,444 \cdot 10^{-6}$; сексом, $p=0,03$; спілкуванням з батьками, $p=0,03$.

Також, в результаті дослідження отримали статистично значимі результати χ^2 тесту, що підтверджували альтернативну гіпотезу, тобто наявність залежності між категорійною змінною «група І» та змінними, що характеризували як преморбідні фактори формування НПР - нещасливим дитинством, $p=0,0005$; шкільними проблемами, $p=0,0001$; емоційними проблемами, $p=8,54 \cdot 10^{-5}$; поведінкові проблеми, $p=0,006$; проблеми в стосунках з матір'ю, $p=1,267 \cdot 10^{-6}$; проблеми в стосунках з бабусею, дідусем, $p=4,748 \cdot 10^{-14}$; правопорушеннями, $p=0,001$; сильними релігійними переконаннями, $p=0,04$; проблемами зі здоров'ям, $p=0,01$; вживанням алкоголю, $p=0,0001$; відчуттям ізоляції серед однолітків, $p=0,002$; суворими покараннями,

$p=2,46 \cdot 10^{-7}$; надмірною батьківською опікою, $p=0,0002$; сексуальним насильством, $p=0,0009$; емоційним ігноруванням в родині, $p=3,638 \cdot 10^{-11}$; порушенням харчуванням, $p=1,643 \cdot 10^{-6}$ [396].

Якщо одна із змінних є категорійною, а інша числовою (інтервальною) яка у групах за категорійною змінною є нормально розподіленою (нормальність перевіряється за допомогою тесту Шапіро-Уїлка), то для виявлення залежностей між змінними ми використовували ANOVA-тест, який перевіряє нульову гіпотезу $H_0: \{\text{усі групові середні рівні}\}$

при альтернативній гіпотезі $H_1: \{\text{не всі групові середні рівні}\}$

Дисперсійний аналіз є сукупністю статистичних методів, призначених для перевірки гіпотез про зв'язок між певною ознакою та досліджуваними факторами, які не мають кількісного опису, а також для встановлення ступеня впливу факторів та їх взаємодії. У спеціальній літературі дисперсійний аналіз часто називають ANOVA (від англomовної назви Analysis of Variations). Вперше цей метод було розроблено Р. Фішером в 1925 р. Факторами називають контрольовані чинники, що впливають на кінцевий результат. Рівнем фактора, або способом обробки, називають значення, що характеризують конкретний прояв цього фактора. Ці значення зазвичай подають у номінальній або порядковій шкалі вимірювань. Значення вимірюваної ознаки називають відгуком. Часто вихідні значення факторів вимірюють у кількісних або порядкових шкалах. Тоді постає проблема групування вихідних даних у ряди спостережень, що відповідають приблизно однаковим значенням фактора. Якщо кількість груп взяти надмірно великою, то кількість спостережень у них може виявитися недостатньою для отримання надійних результатів. Якщо її взяти надмірно малою, це може призвести до втрати суттєвих особливостей впливу досліджуваного фактора на систему. Вибір конкретного способу групування даних залежить від їх обсягу і характеру варіювання значень фактора. Кількість і розміри інтервалів при однофакторному аналізі найчастіше визначають за принципом рівних

інтервалів або за принципом рівних частот. При багатofакторному аналізі застосовують три типи групування:

- групи з рівною кількістю спостережень;
- групи з різною кількістю спостережень;
- групи, кількості спостережень у яких відповідають певній пропорції

Тест Шапіро-Уїлка

Нульова гіпотеза H_0 тесту Шапіро-Уїлка полягає в тому, що випадкова величина, вибірка x якої відома, розподілена за нормальним законом. Альтернативна гіпотеза H_1 полягає в тому, закон розподілу не є нормальним.

Для виконання тесту Шапіро-Уїлкі призначена функція `shapiro.test (x)`, приймаючи на вхід вибірку x об'єму не менше 3 і не більше 5000.

Функція повертає список з наступними компонентами:

- `statistic` - значення статистики тесту, яку прийнято позначати буквою W ;
- `p.value` - апроксимация p -value для отриманого значення статистики;
- `method` - рядок з назвою тесту;
- `data.name` - ім'я змінної, що містить вибірку, яка була передана функції `shapiro.test` як аргумент.

Слід зазначити, що незважаючи на те, що значення яке повертається є списком, його висновок на екрані обробляється особливим чином, дозволяючи більш компактно представити дані про виконаний тест.

В результаті проведення дисперсійного аналізу ми отримали статистично значимі результати (ANOVA-тесту) між категорійною змінною «група І» та змінними що позначають всі шкали СБОО: 1. іпохондрії (H_s), $p < 2,2 \cdot 10^{-16}$; 2. депресії (D), $p < 2 \cdot 10^{-16}$; 3. істерії (H_y) , $p < 2 \cdot 10^{-16}$; 4. психопатії (P_d), $p < 2,89 \cdot 10^{-14}$; 6. паранояльності (P_a) , $p < 2 \cdot 10^{-16}$; 7. психастенії (P_t), $p < 2 \cdot 10^{-16}$; 8. шизоїдності (S_c), $p < 7,04 \cdot 10^{-16}$; 9. гіпотонії [манії] (M_a), $p < 1,95 \cdot 10^{-10}$; шкалою брехні (L), $p < 2,74 \cdot 10^{-11}$; шкалою вірогідності (F), $p < 4,66 \cdot 10^{-8}$; шкалою корекції (K), $p < 3,6 \cdot 10^{-13}$.

Також, ми отримали статистично значимі результати (ANOVA-тесту) між категорійною змінною «група І» та абсолютними значеннями рівня ситуативної тривожності, $p < 2 \cdot 10^{-16}$; рівнем ситуативної тривожності, $p < 2 \cdot 10^{-16}$; абсолютними значеннями рівня особистісної тривоги, $p < 2 \cdot 10^{-16}$; POT $p < 2 \cdot 10^{-16}$; абсолютними значеннями алекситимії, $p < 2 \cdot 10^{-16}$; рівнем алекситимії, $p < 2 \cdot 10^{-16}$; абсолютними значеннями депресії, $p < 2 \cdot 10^{-16}$; рівнем депресії, $p < 2 \cdot 10^{-16}$; абсолютними значеннями нейротизму, $p < 2 \cdot 10^{-16}$; рівнем нейротизму, $p < 2 \cdot 10^{-16}$.

Проведені вище χ^2 (χ^2) тест та ANOVA-тест дозволили нам визначити ті змінні, які мають статистично значимий взаємозв'язок зі змінною «Група І» і виявлено наступні потенційно впливові фактори:

1. Вік
2. Спеціальність
3. Місце проживання
4. Сімейний стан
5. Наявність дітей
6. Стосунки у сім'ї
7. Відсутність перспективи
8. Нездатність пристосуватися до середовища
9. Негативний вплив засобів масової інформації
10. Міжособистісні конфлікти в групі
11. Складність в засвоєнні нових норм і правил
12. Відчуття ізоляції серед оточуючих
13. Звертання до ворожок, знахарів
14. Проживання насамоті
15. Конфлікти в сім'ї
16. Проблеми з житлом
17. Конфлікти з друзями
18. Конфлікти в мікрогрупі
19. Проблеми в стосунках з дітьми
20. Проблеми в стосунках з батьками
21. Вимушені зміни в сімейному статусі (тимчасові розлучення)
22. Релігійний фактор (міжконфесійні чвари)
23. Сексуальні проблемами
24. Конфлікти в навчанні
25. Ятрогенії
26. Якість сну

27. Адаптація до навчання
28. Результати навчання
29. Підготовка до занять в нічний час
30. Самопочуття після навчання
31. Участь у суспільній роботі
32. Значне навчальне навантаження
33. Невміння правильно розпорядитися обмеженими фінансами
34. Конфлікти в групі
35. Відчуття безпорадності, неможливість впоратися з проблемами
36. Підвищене відволікання, погана концентрація уваги
37. Дратівливість, образливість
38. Поганий настрій
39. Страх, тривога
40. Втрата впевненості, зниження самооцінки
41. Поганий сон
42. Порушення соціальних контактів, проблеми в спілкуванні
43. Прискорення серцебиття, болі в серці
44. Утруднене дихання
45. Проблеми з шлунково-кишковим трактом
46. Напруга або тремтіння м'язів
47. Низька працездатність, підвищена стомлюваність
48. Рівень постійного стресу за останні три місяці навчання
49. Кількість викурених цигарок за день
50. Оцінка власного здоров'я
51. Спеціальність лікарів для консультації
52. Прийом алкоголю
53. Тютюнопаління
54. Вживання наркотиків
55. Секс
56. Спілкування з батьками
57. Нещасливе дитинство
58. Шкільні проблеми
59. Емоційні проблеми
60. Поведінкові проблеми
61. Проблеми в стосунках з матір'ю
62. Проблеми в стосунках з бабусею, дідусем
63. Правопорушення
64. Сильні релігійні переконання
65. Проблеми зі здоров'ям
66. Вживання алкоголю
67. Відчуття ізоляції серед однолітків

68. Суворими покарання в дитинстві
69. Надмірна батьківська опіка
70. Сексуальне насильство
71. Емоційне ігнорування в родині
72. Порушене харчування
73. Шкала СБОУ 1. іпохондрії (Hs)
74. Шкала СБОУ 2. депресії (D)
75. Шкала СБОУ 3. істерії (Hy)
76. Шкала СБОУ 4. психопатії (Pd)
77. Шкала СБОУ 6. паранояльності (Pa)
78. Шкала СБОУ 7. психастенії (Pt)
79. Шкала СБОУ 8. шизоїдності (Sc)
80. Шкала СБОУ 9. гіпотонії [манії] (Ma)
81. Шкала СБОУ брехні (L)
82. Шкала СБОУ вірогідності (F)
83. Шкала СБОУ корекції (K)
84. Абсолютні значеннями рівня ситуативної тривожності
85. Рівень ситуативної тривожності
86. Абсолютні значення рівня особистісної тривоги
87. ROT
88. Абсолютні значення алекситимії
89. Рівень алекситимії
90. Абсолютні значення депресії
91. Рівень депресії
92. Абсолютні значення нейротизму
93. Рівень нейротизму

З метою прогнозування значень «Групи І» ми побудували модель мультиноміальної логістичної регресії. Мультиноміальна логістична регресія використовується для моделювання змінних номінальних результатів, в яких коефіцієнти журналу результатів моделюються як лінійна комбінація змінних предиктора.

Встановлено, що для моделі мультиноміальної логістичної регресії, метою якої є оцінка ймовірності належності респондента до однієї з груп (значення змінної "group.I"), значимими предикторами є сімейний стан, наявність дітей, стосунки в сім'ї, нездатність пристосуватися до середовища, якість сну, низька продуктивність,

підвищена втомлюваність, тютюнопаління, оцінка власного здоров'я, необхідність консультації лікаря, рівень тривоги, депресії, нейротизму.

Отримана модель мультиноміальної логістичної регресії має вигляд:

$$\ln \left(\frac{P(\text{group.I} = \text{complex})}{P(\text{group.I} = \text{healthy})} \right) = 3,336 - 0,819 * \text{Marital.status} - 2,959 * \text{Have.children} +$$

$$+0,52 * \text{Relationships.in.the.family} -$$

$$-2,544 * \text{Failure.to.adapt.to.the.environment} +$$

$$+0,45 * \text{Your.sleep.is.usually.} -$$

$$-0,16 * \text{Low.performance..increased.fatigue.I} +$$

$$+1,65 * \text{cigarettes.I} +$$

$$+0,965 * \text{You.evaluate.your.health.as..I} +$$

$$+0,76 * \text{Which.doctor.do.you.want.to.consult..I} +$$

$$+0,02 * X7 + 0,02 * X8 + 0,174 * \text{Depression..level..I} +$$

$$0,23 * \text{Neurotism..level..I}$$

$$\ln \left(\frac{P(\text{group.I} = \text{contr})}{P(\text{group.I} = \text{healthy})} \right) = 2,95 - 0,76 * \text{Marital.status} - 3,01 * \text{Have.children} +$$

$$+0,61 * \text{Relationships.in.the.family} -$$

$$-2,34 * \text{Failure.to.adapt.to.the.environment} +$$

$$+0,75 * \text{Your.sleep.is.usually.} -$$

$$-0,06 * \text{Low.performance..increased.fatigue.I} +$$

$$+1,5 * \text{cigarettes.I} +$$

$$+0,74 * \text{You.evaluate.your.health.as..I} +$$

$$+0,15 * \text{Which.doctor.do.you.want.to.consult..I} +$$

$$+0,02 * X7 + 0,02 * X8 + 0,19 * \text{Depression..level..I} +$$

$$0,24 * \text{Neurotism..level..I}$$

$$\ln \left(\frac{P(\text{group.I} = \text{st})}{P(\text{group.I} = \text{healthy})} \right) = 8,52 - 0,46 * \text{Marital.status} - 15,28 * \text{Have.children} +$$

$$+0,47 * \text{Relationships.in.the.family} -$$

$$-1,8 * \text{Failure.to.adapt.to.the.environment} +$$

$$+0,28 * \text{Your.sleep.is.usually.} -$$

$$-0,1 * \text{Low.performance..increased.fatigue.I} +$$

$$+1,1 * \text{cigarettes.I} +$$

$$+0,94 * \text{You.evaluate.your.health.as..I} +$$

$$+0,84 * \text{Which.doctor.do.you.want.to.consult..I} +$$

$$+0,02 * X7 + 0,03 * X8 + 0,21 * \text{Depression..level..I} +$$

$$0,29 * \text{Neurotism..level..I}$$

Збільшення змінної *Marital.status* (сімейний стан) на одну одиницю пов'язане зі зменшенням коефіцієнта відношення шансів перебування в групі *st* (стандартна група) проти групи *healthy* (порівняльна група) на 0,46.

Коефіцієнти моделі визначають величину зміни логарифму шансу перебування у тій чи іншій групі («комплексній», «контрольній», «стандартній») проти («порівняльної») групи здорових, якщо значення предиктора збільшиться на одиницю.

Точність передбачення на загальній вибірці становила 86,35%, а на тестовій вибірці (основна група, що включала хворих на НІР) - 88,52%.

Приклад, як було пораховано точність передбачення:

```
# Calculate z-values and p-values
zvaluesr <- summary(rd)$coefficients / summary(rd)$standard.errors
pnorm(abs(zvaluesr), lower.tail=FALSE)*2
##      (Intercept) Marital.status Have.children Relationships.in.the.family
## complex 1.197927e-01 7.264654e-15 1.451077e-03      0.015461926
## contr 1.804973e-01 1.262667e-12 2.311555e-03      0.006265315
## st 5.020093e-12 7.298107e-04 3.341034e-35      0.087384741
##      Failure.to.adapt.to.the.environment Your.sleep.is.usually.
## complex      2.119032e-06      0.11008202
## contr      1.954471e-05      0.01085103
## st      7.962000e-03      0.47485781
##      Low.performance..increased.fatigue.I cigarettes.I
## complex      0.03212367 0.0002580569
## contr      0.43579717 0.0012363096
## st      0.31435673 0.0786272451
##      You.evaluate.your.health.as..I Which.doctor.do.you.want.to.consult..I
## complex      0.002225694      8.943378e-05
## contr      0.024209006      4.803715e-01
## st      0.029343983      1.502668e-03
##      X7      X8 Depression..level..I Neurotism..level..I
## complex 2.183633e-06 0.5911724      1.719264e-15      2.960321e-09
## contr 1.206436e-04 0.9706559      1.284441e-13      1.220024e-08
## st 2.652369e-04 0.2238443      6.205075e-05      1.574693e-05
# Predicting the values for train dataset
train$precticed <- predict(rd, newdata = train, "class")
# Building classification table
ctable <- table(train$group.I, train$precticed)
# Calculating accuracy - sum of diagonal elements divided by total obs
round((sum(diag(ctable))/sum(ctable))*100,2)
## [1] 86.35 ----- точність моделі мультиноміальної регресії на навчальній вибірці
```

```
# Predicting the values for train dataset
```

```
test$predicted <- predict(rd, newdata = test, "class")
```

```
# Building classification table
```

```
ctable <- table(test$group.I, test$predicted)
```

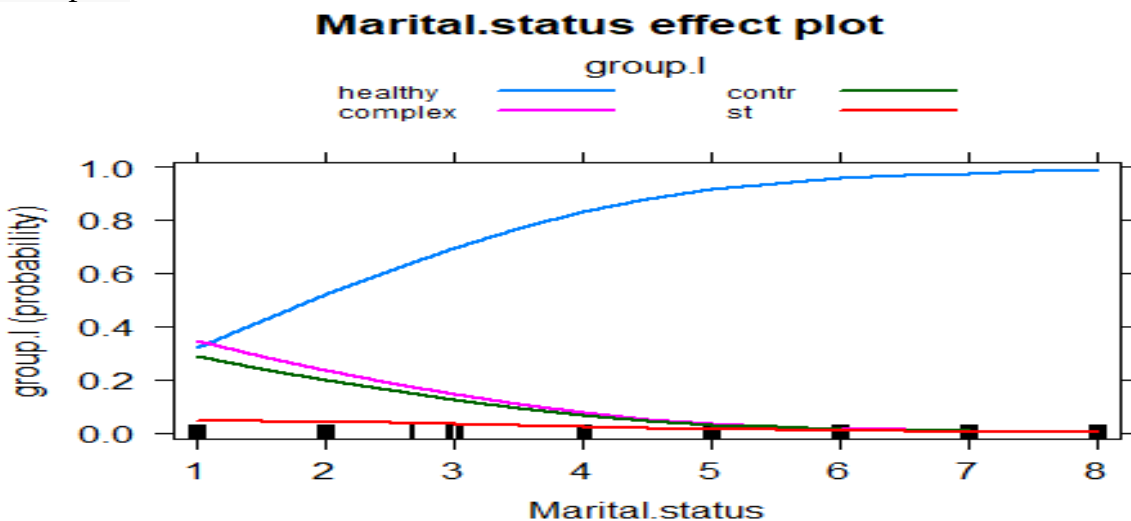
```
# Calculating accuracy - sum of diagonal elements divided by total obs
```

```
round((sum(diag(ctable))/sum(ctable))*100,2)
```

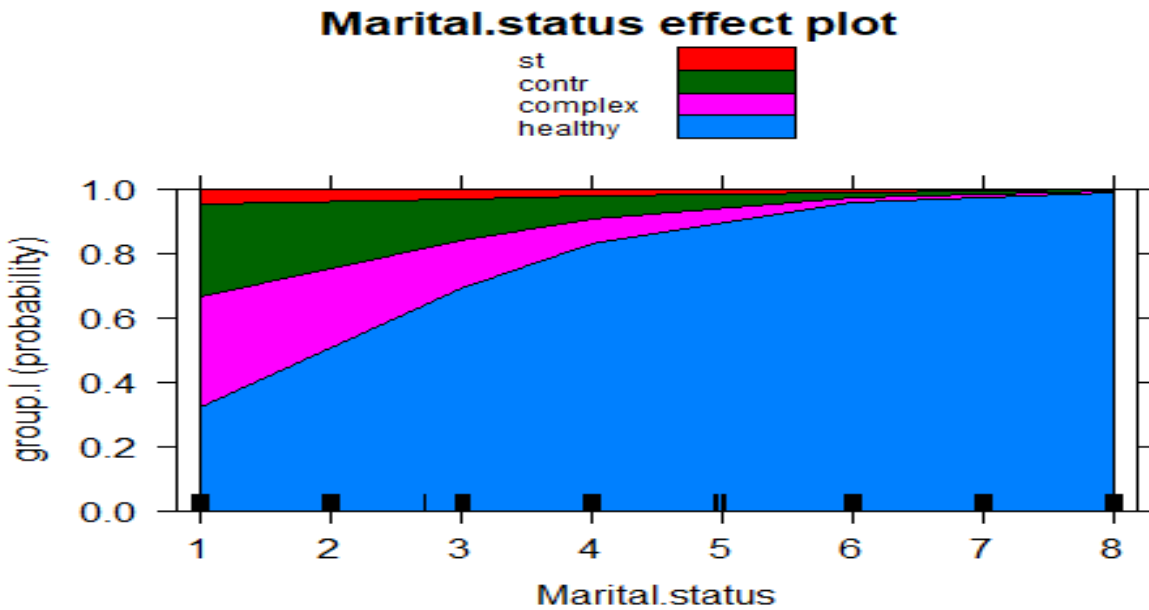
```
## [1] 88.52 ----- точність моделі мультиноміальної регресії на тестовій вибірці
```

Отримано графіки та гістограми прогнозів з накопиченням за кожним предиктором прогнозних ймовірностей для кожного значення «group.I» (категорійної змінної «Група I» (N=1235)):

```
plot(Effect("Marital.status",rd),multiline=T) #shows multiple lines of predictions in the same plot
```

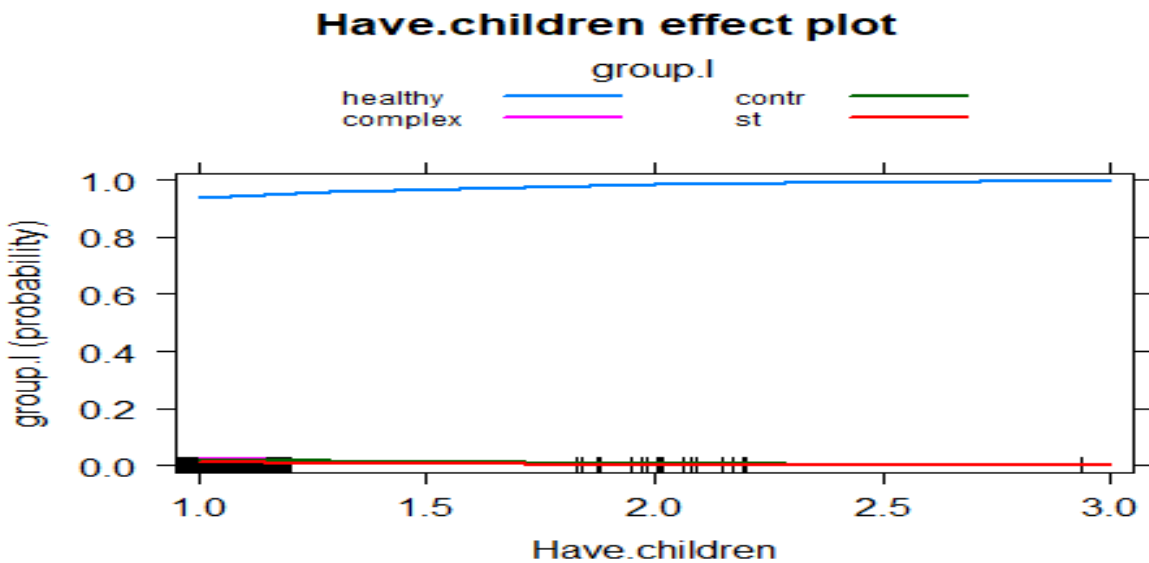


```
plot(Effect("Marital.status",rd),style="stacked") # shows a stacked vertical bar chart of predictions
```

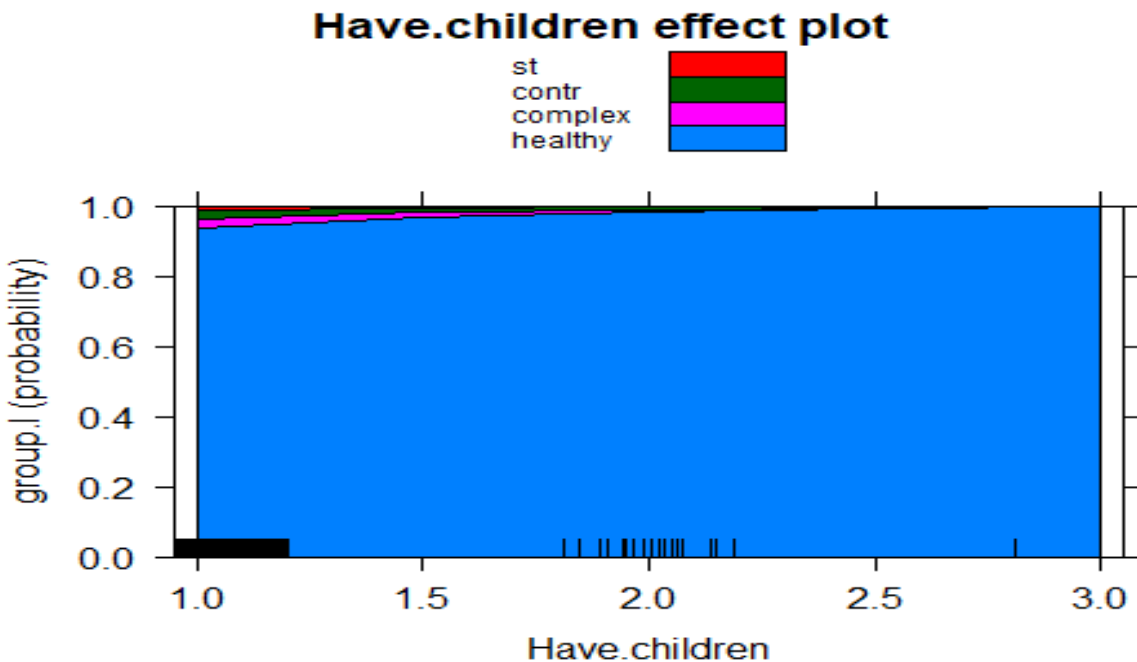



Примітка: графік та гістограма взяті із створеної нами комп'ютерної програми, тому переклад надаємо в примітці. Marital status - сімейний стан. Тут і далі*. Group I - Група I. healthy - здорові, complex - комплексна, contr - контрольна, st - стандартна групи. Probability – ймовірність. 1 шлюб; 2 стосунки на відстані; 3 розлучені; 4 віртуальні стосунки; 5 громадянський шлюб; 6 самотні; 7 серйозні дошлюбні стосунки; 8 свій варіант.

plot(Effect("Have.children",rd)) *#shows predictions with confidence bands*

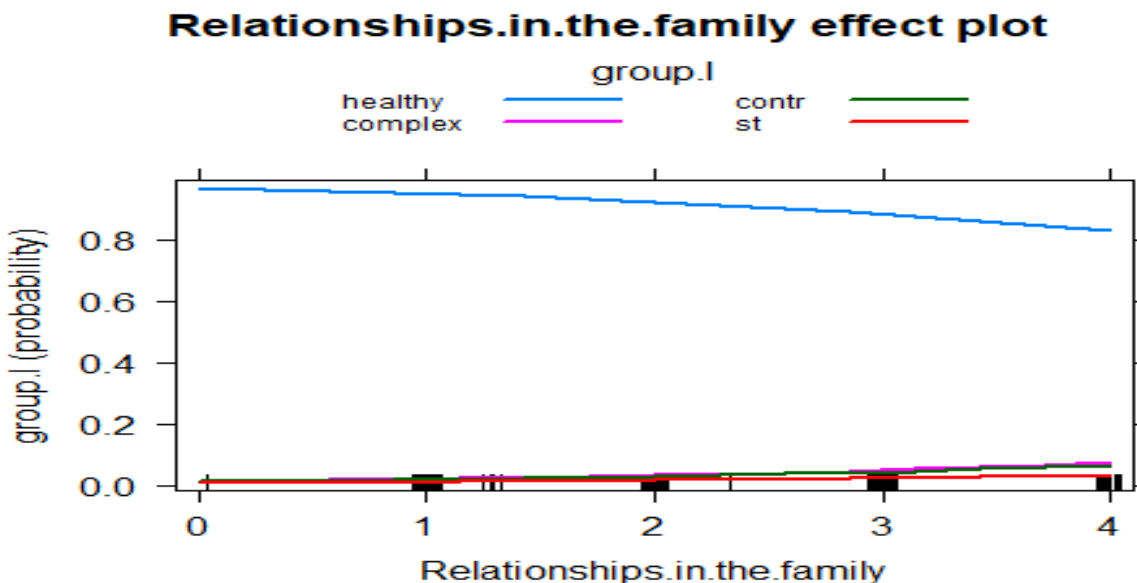


plot(Effect("Have.children",rd),style="stacked") *# shows a stacked vertical bar chart of predictions*

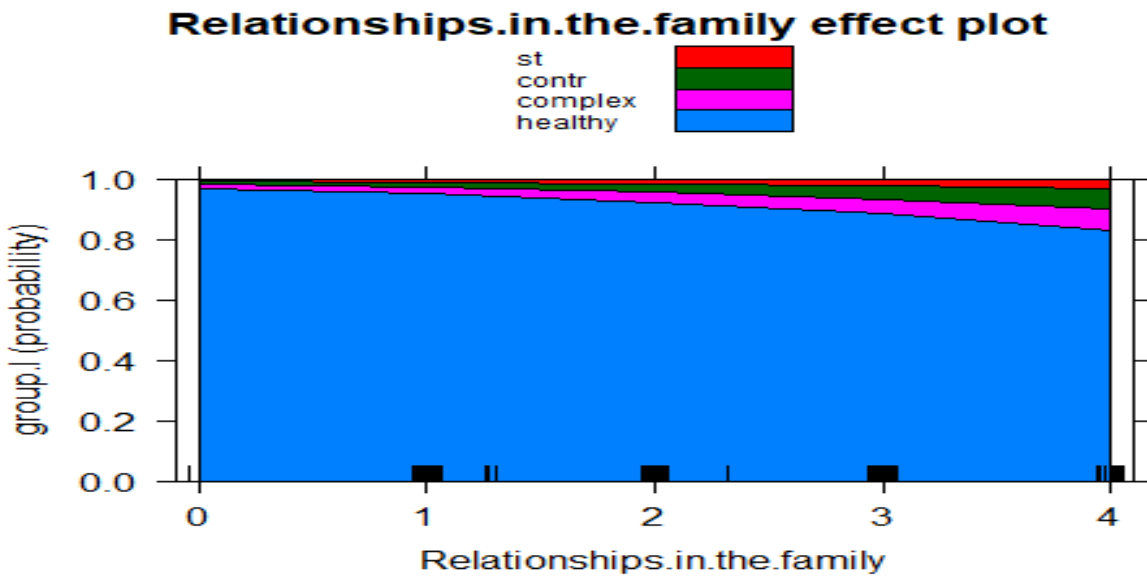


Примітка: графік та гістограма взяті із створеної нами комп'ютерної програми, тому переклад надаємо в примітці. Have children – наявність дітей. Назви груп дивись вище*. 1- немає дітей; 2 – одна дитина; 3 – двоє і більше дітей.

```
plot(Effect("Relationships.in.the.family",rd)) #shows predictions with confidence bands
```

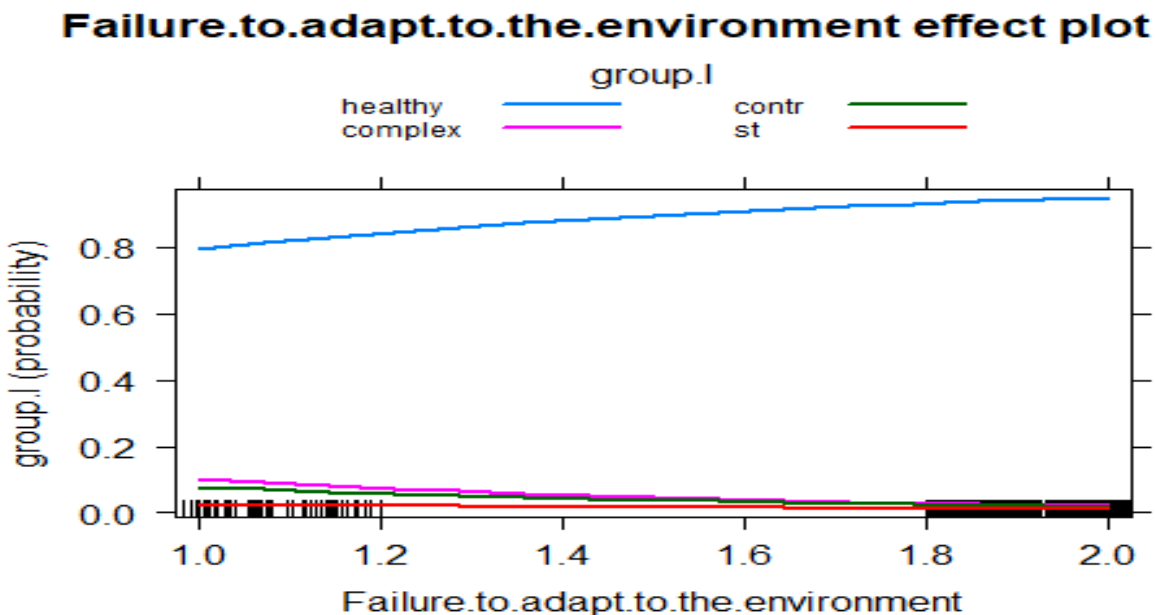


```
plot(Effect("Relationships.in.the.family",rd),style="stacked") # shows a stacked vertical bar chart of predictions
```

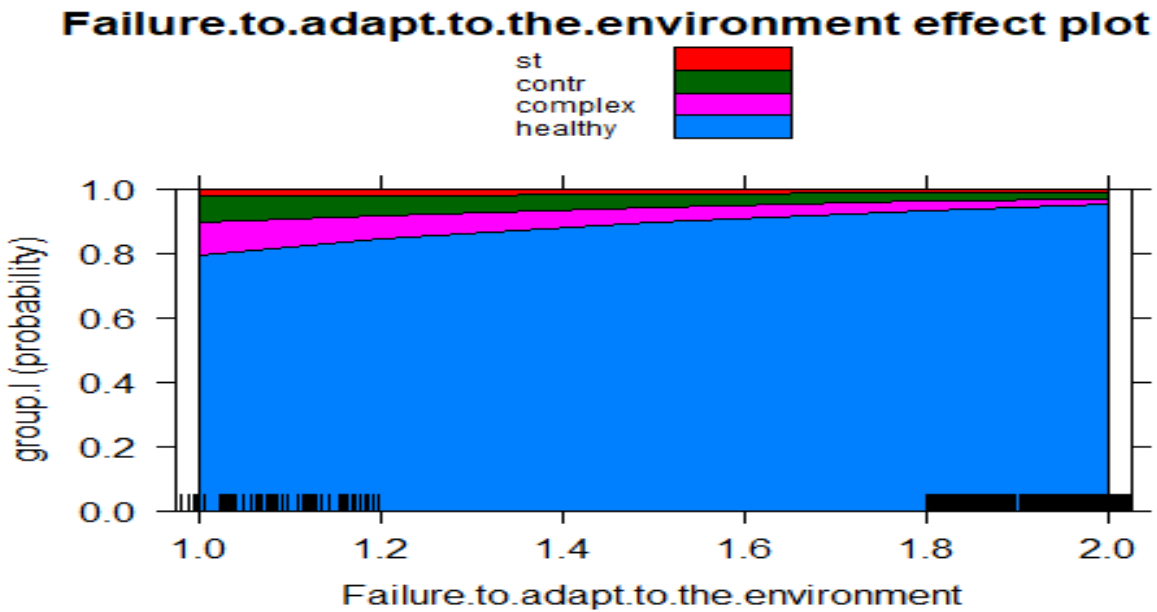


Примітка: графік та гістограма взяті із створеної нами комп'ютерної програми, тому переклад надаємо в примітці. Relationships in the family - стосунки у сім'ї. Назви груп дивись вище*. 1 спокійні, доброзичливі; 2 спокійні, холодні; 3 конфлікти епізодичні; 4 конфлікти систематичні.

plot(Effect("Failure.to.adapt.to.the.environment",rd)) *#shows predictions with confidence bands*

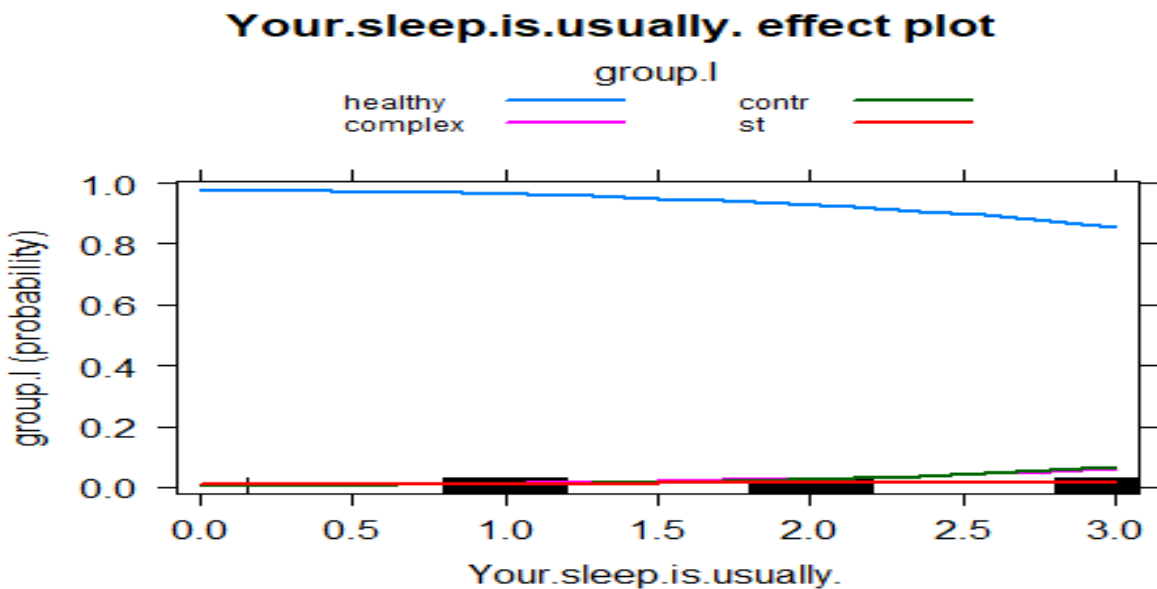


plot(Effect("Failure.to.adapt.to.the.environment",rd),style="stacked") *# shows a stacked vertical bar chart of predictions*

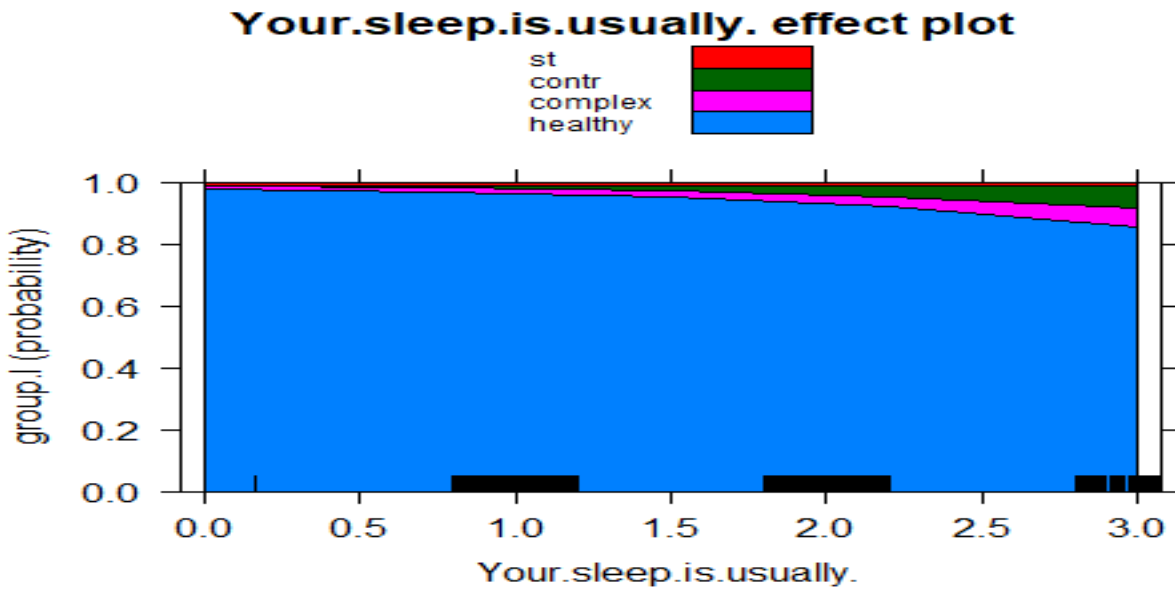


Примітка: графік та гістограма взяті із створеної нами комп'ютерної програми, тому переклад надаємо в примітці. Failure.to.adapt.to.the.environment - нездатність пристосуватися до середовища. Назви груп дивись вище*. 1 так; 2 ні.

plot(Effect("Your.sleep.is.usually.",rd)) *#shows predictions with confidence bands*

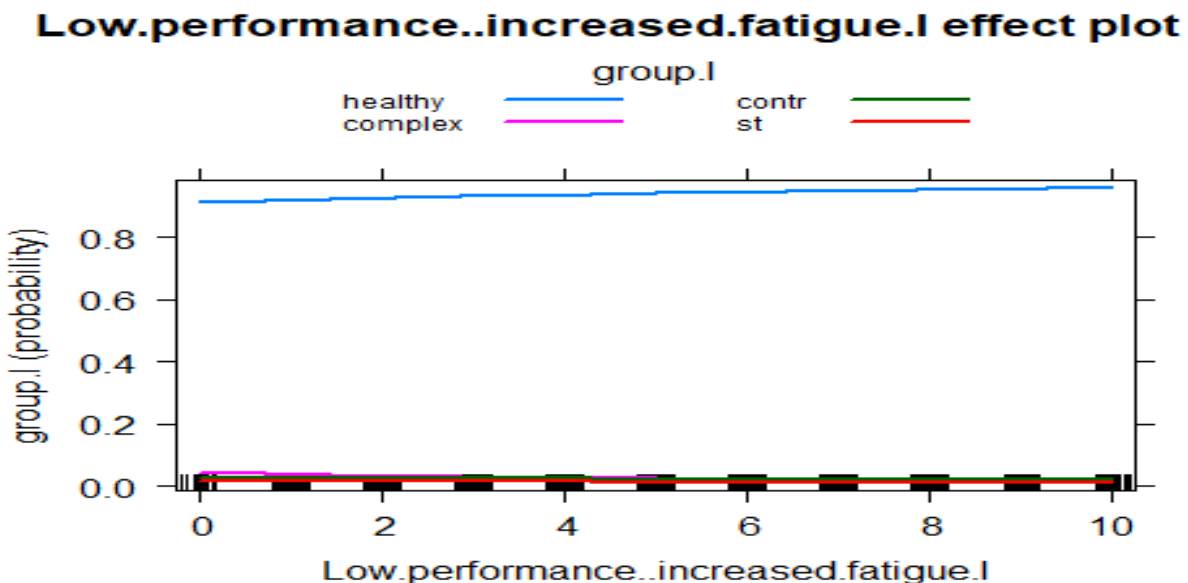


plot(Effect("Your.sleep.is.usually.",rd),style="stacked") *# shows a stacked vertical bar chart of predictions*



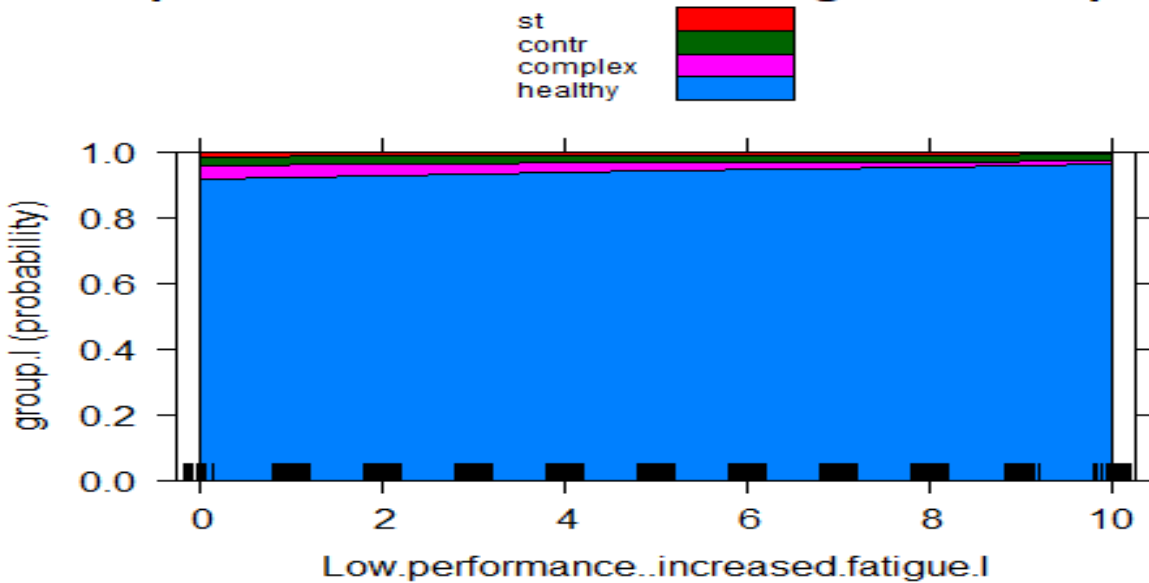
Примітка: графік та гістограма взяті із створеної нами комп'ютерної програми, тому переклад надаємо в примітці. "Your.sleep.is.usually."- ваш сон зазвичай. Назви груп дивись вище*. 1 міцний; 2 задовільний; 3 поганий.

```
plot(Effect("Low.performance..increased.fatigue.I",rd),multiline=T) #shows multiple lines of predictions in the same plot
```



```
plot(Effect("Low.performance..increased.fatigue.I",rd),style="stacked") # shows a stacked vertical bar chart of predictions
```

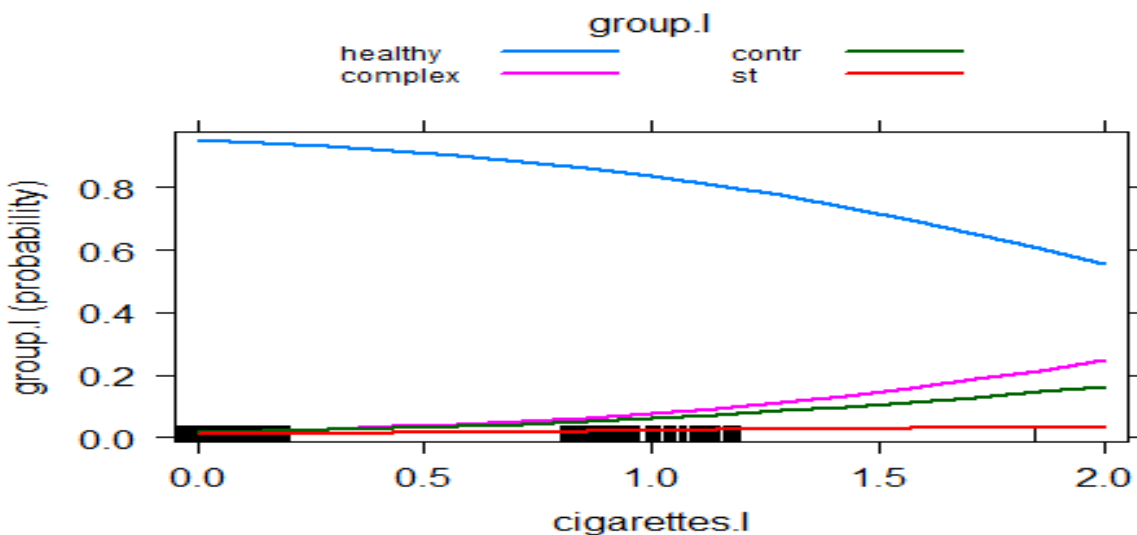
Low.performance..increased.fatigue.I effect plot



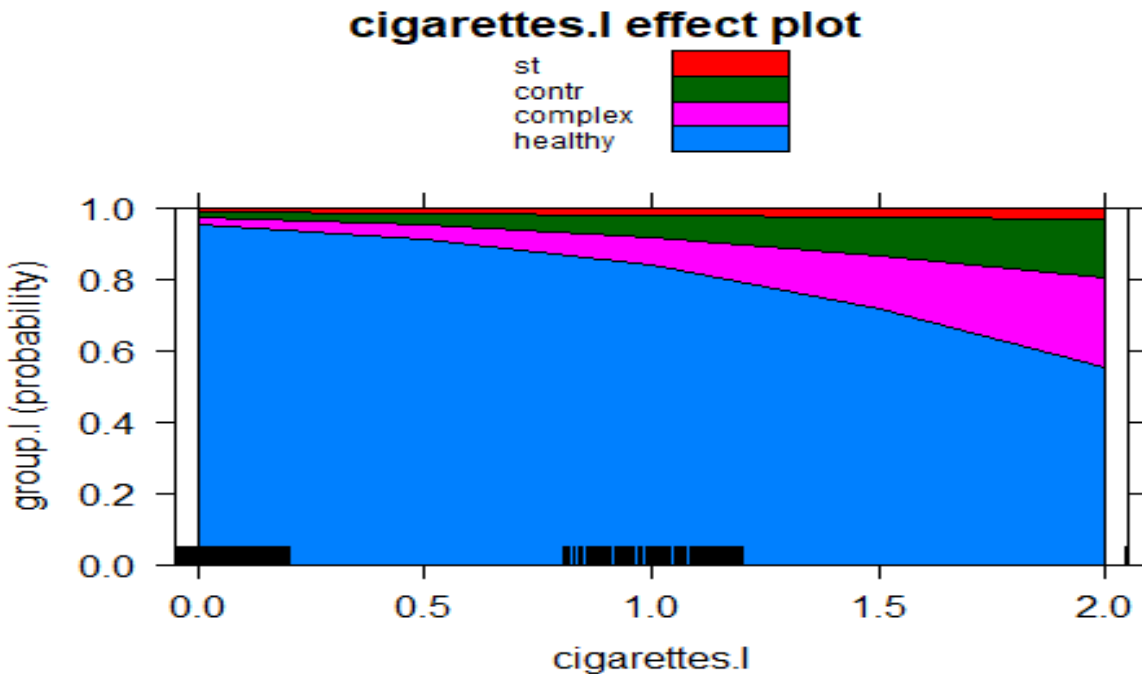
Примітка: графік та гістограма взяті із створеної нами комп'ютерної програми, тому переклад надаємо в примітці. "Low.performance..increased.fatigue.I"- низька продуктивність, підвищена втомлюваність. Назви груп дивись вище*.

`plot(Effect("cigarettes.I",rd),multiline=T) #shows multiple lines of predictions in the same plot`

cigarettes.I effect plot

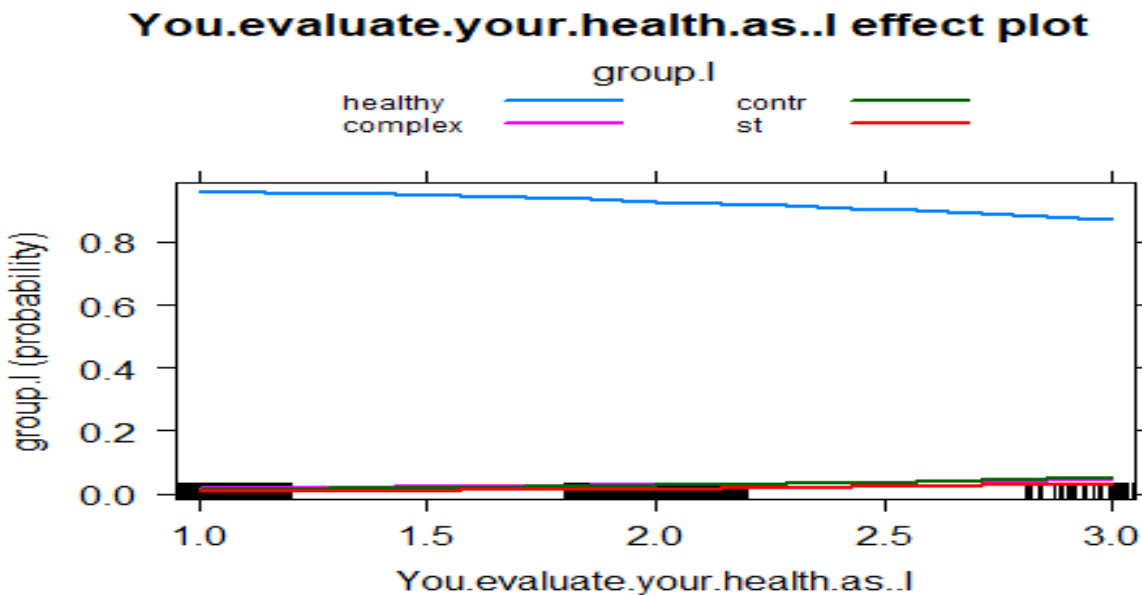


`plot(Effect("cigarettes.I",rd),style="stacked") # shows a stacked vertical bar chart of predictions`

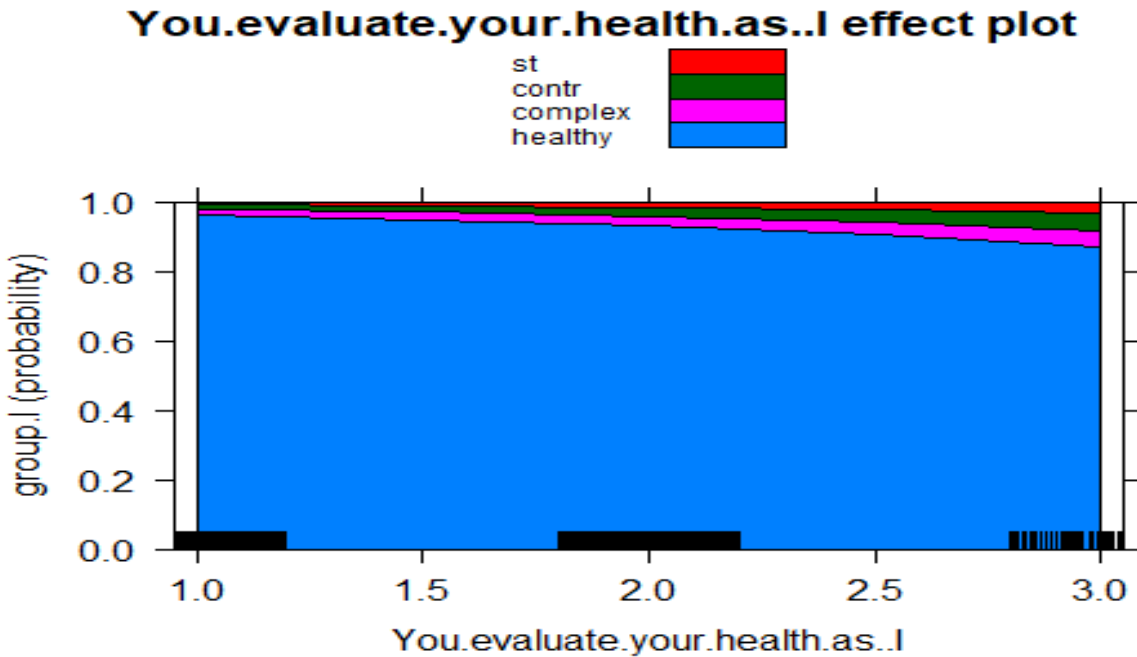


Примітка: графік та гістограма взяті із створеної нами комп'ютерної програми, тому переклад надаємо в примітці. «Cigarettes.I» - цигарки, тютюнопаління. Назви груп дивись вище*.1 так; 2 ні.

plot(Effect("You.evaluate.your.health.as..I",rd),multiline=T) #shows multiple lines of predictions in the same plot

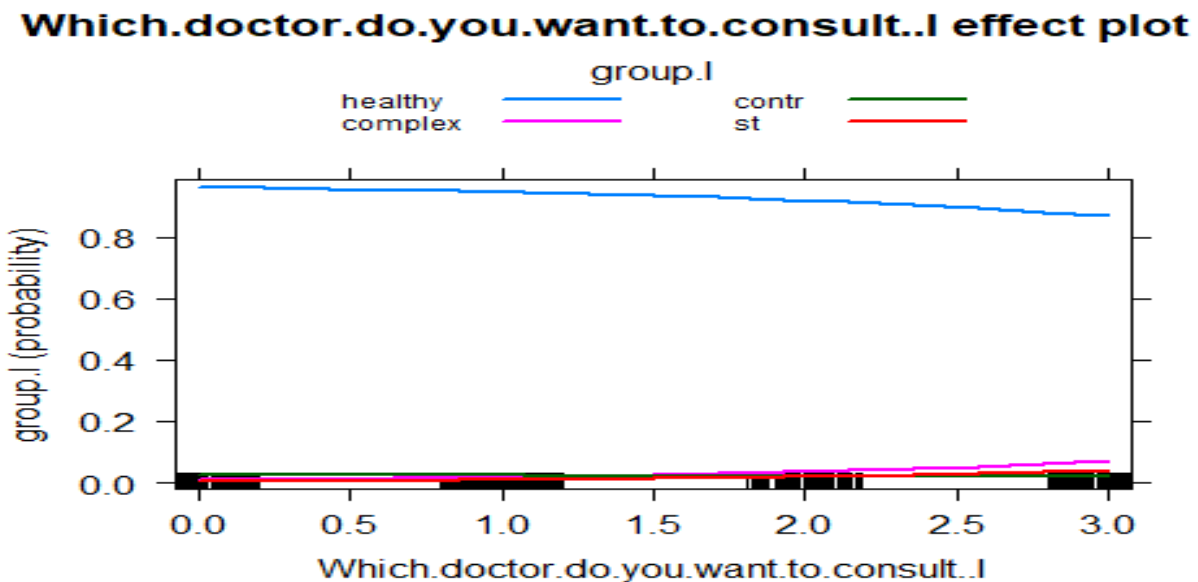


plot(Effect("You.evaluate.your.health.as..I",rd),style="stacked") # shows a stacked vertical bar chart of predictions



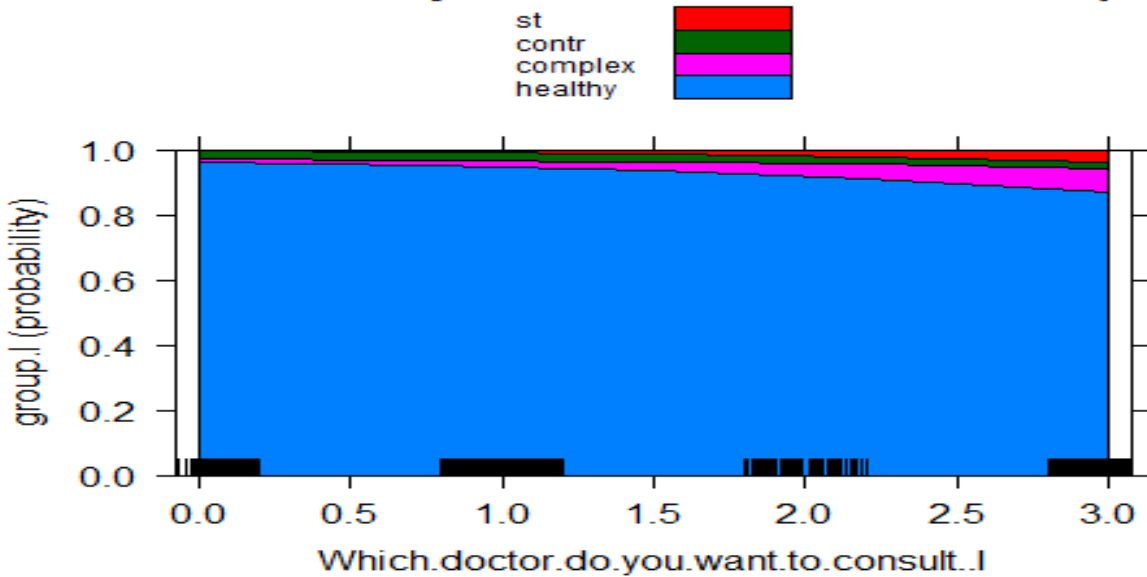
Примітка: графік та гістограма взяті із створеної нами комп'ютерної програми, тому переклад надаємо в примітці. "You.evaluate.your.health.as..I" – своє здоров'я оцінюєте як... Назви груп дивись вище*.1 хороше; 2 задовільне; 3 погане.

`plot(Effect("Which.doctor.do.you.want.to.consult..I",rd),multiline=T)` #shows multiple lines of predictions in the same plot



`plot(Effect("Which.doctor.do.you.want.to.consult..I",rd),style="stacked")` # shows a stacked vertical bar chart of predictions

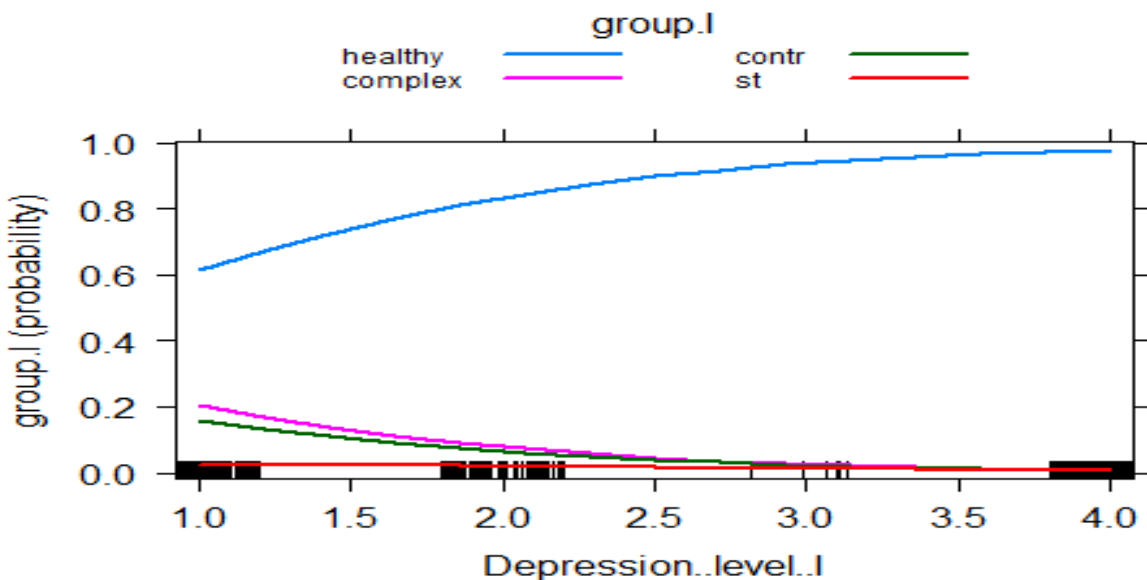
Which.doctor.do.you.want.to.consult..I effect plot



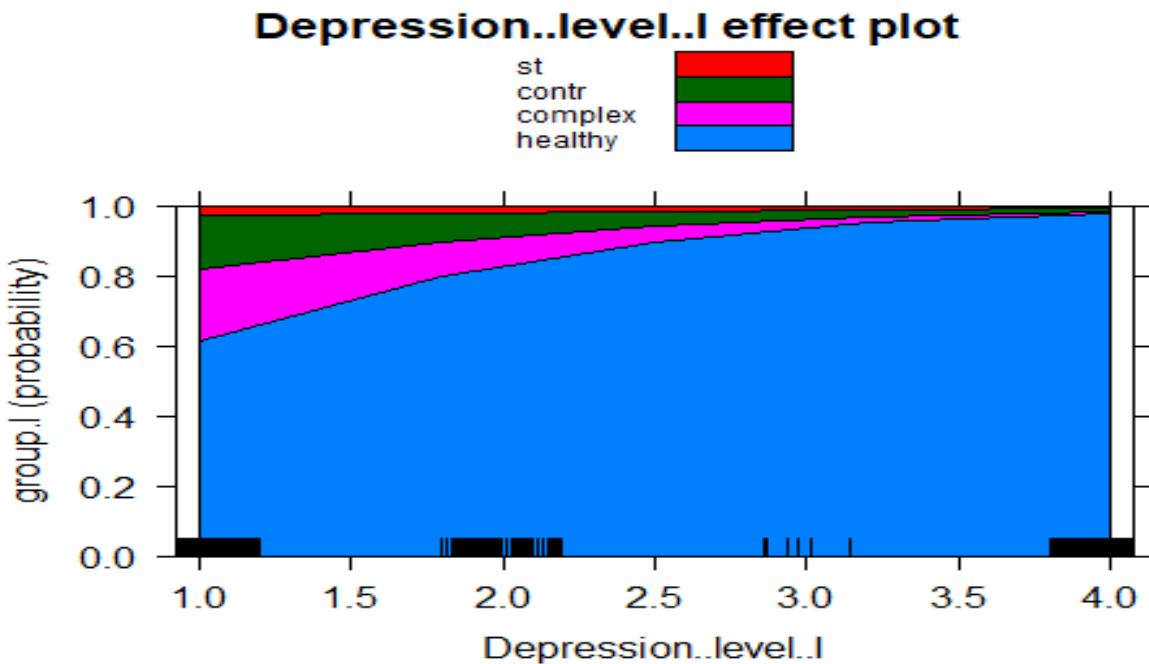
Примітка: графік та гістограма взяті із створеної нами комп'ютерної програми, тому переклад надаємо в примітці. "Which.doctor.do.you.want.to.consult..I" – з яким лікарем Ви б хотіли проконсультуватися. Назви груп дивись вище*. 1 терапевтом; 2 психіатром; 3 психологом.

plot(Effect("Depression..level..I",rd),multiline=T) #shows multiple lines of predictions in the same plot

Depression..level..I effect plot

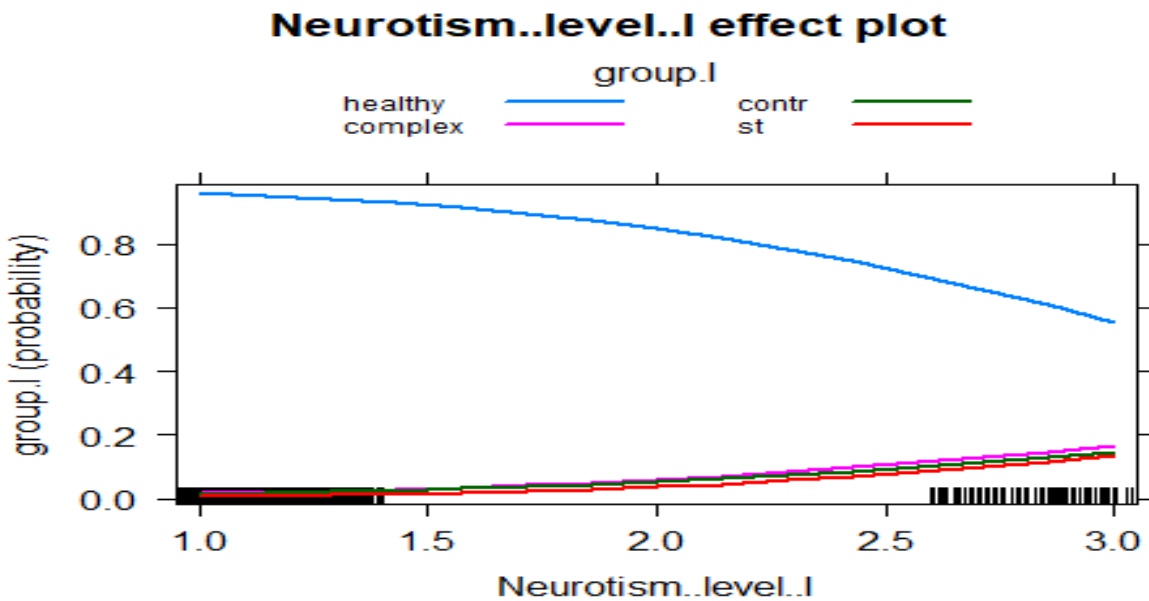


plot(Effect("Depression..level..I",rd),style="stacked") # shows a stacked vertical bar chart of predictions

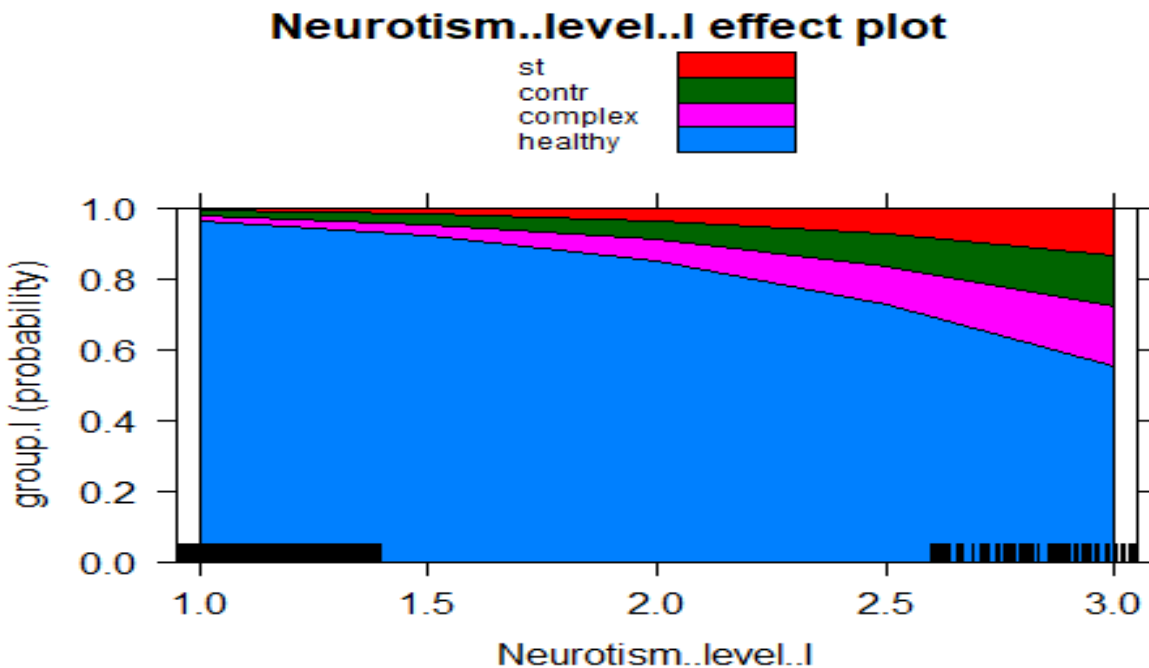


Примітка: графік та гістограма взяті із створеної нами комп'ютерної програми, тому переклад надаємо в примітці. "Depression..level..I" – рівень депресії. Назви груп дивись вище*. 1 легка депресія; 2 помірна; 3 важка; 4 відсутня депресія

plot(Effect("Neurotism..level..I",rd),multiline=T) #shows multiple lines of predictions in the same plot



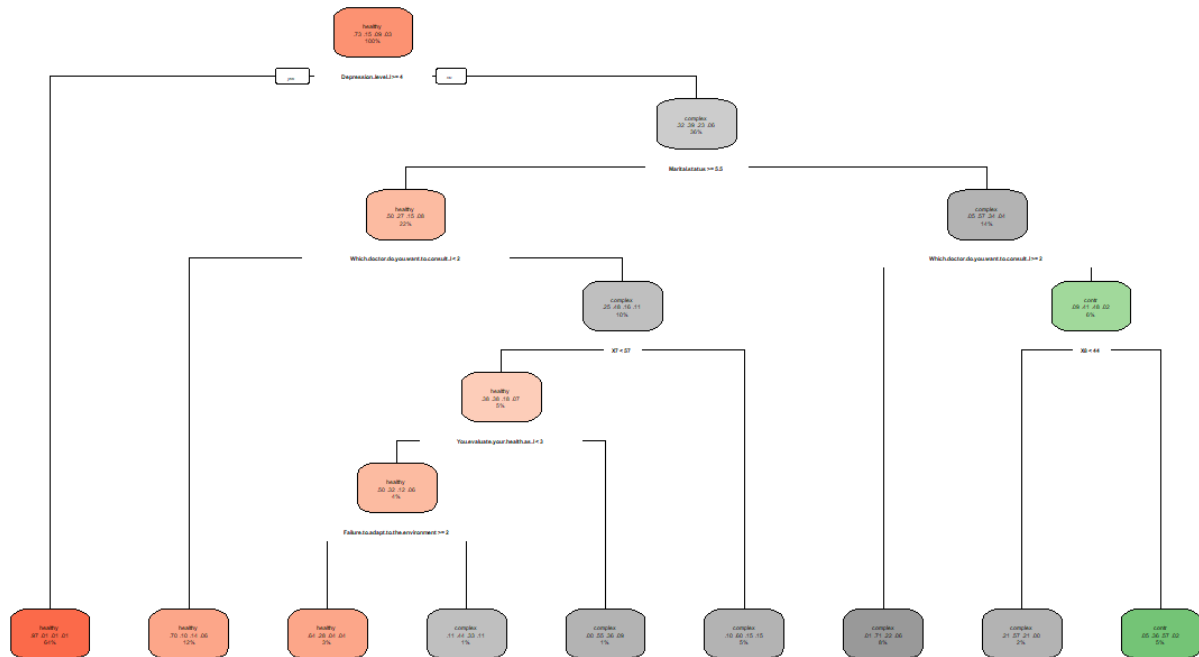
plot(Effect("Neurotism..level..I",rd),style="stacked") # shows a stacked vertical bar chart of predictions



Примітка: графік та гістограма взяті із створеної нами комп'ютерної програми, тому переклад надаємо в примітці. "Neurotism..level..I" – рівень нейротизму. Назви груп дивись вище*. 1 відсутній невроз; 3 невроз.

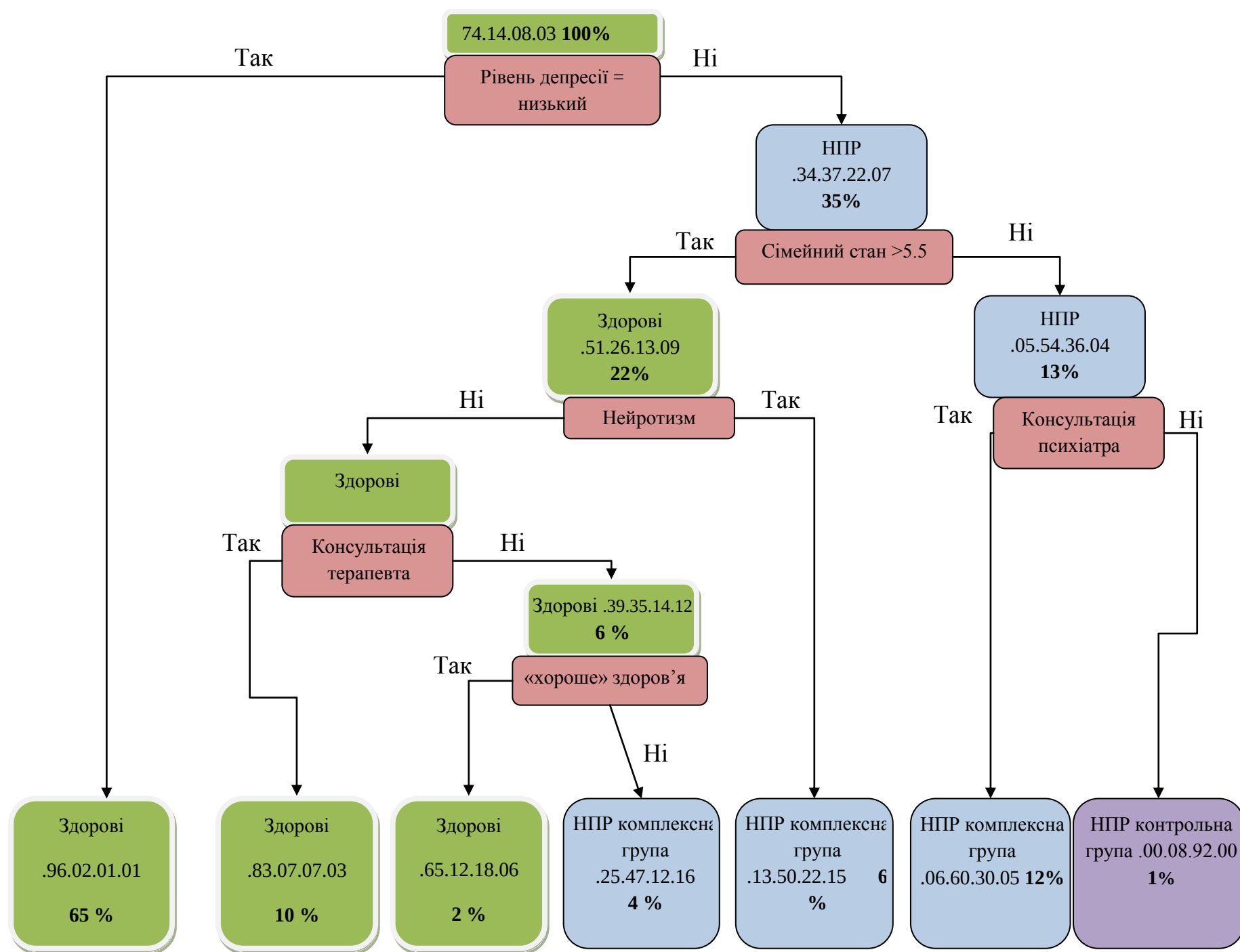
Decision tree

```
fitr <- rpart(group.I~Marital.status+
  Have.children+
  Relationships.in.the.family+
  Failure.to.adapt.to.the.environment+
  Your.sleep.is.usually.+
  Low.performance..increased.fatigue.I+
  cigarettes.I+
  You.evaluate.your.health.as..I+
  Which.doctor.do.you.want.to.consult..I+
  X7+X8+Depression..level..I+
  Neurotism..level..I, data = train, method = 'class')
rpart.plot(fitr)
```



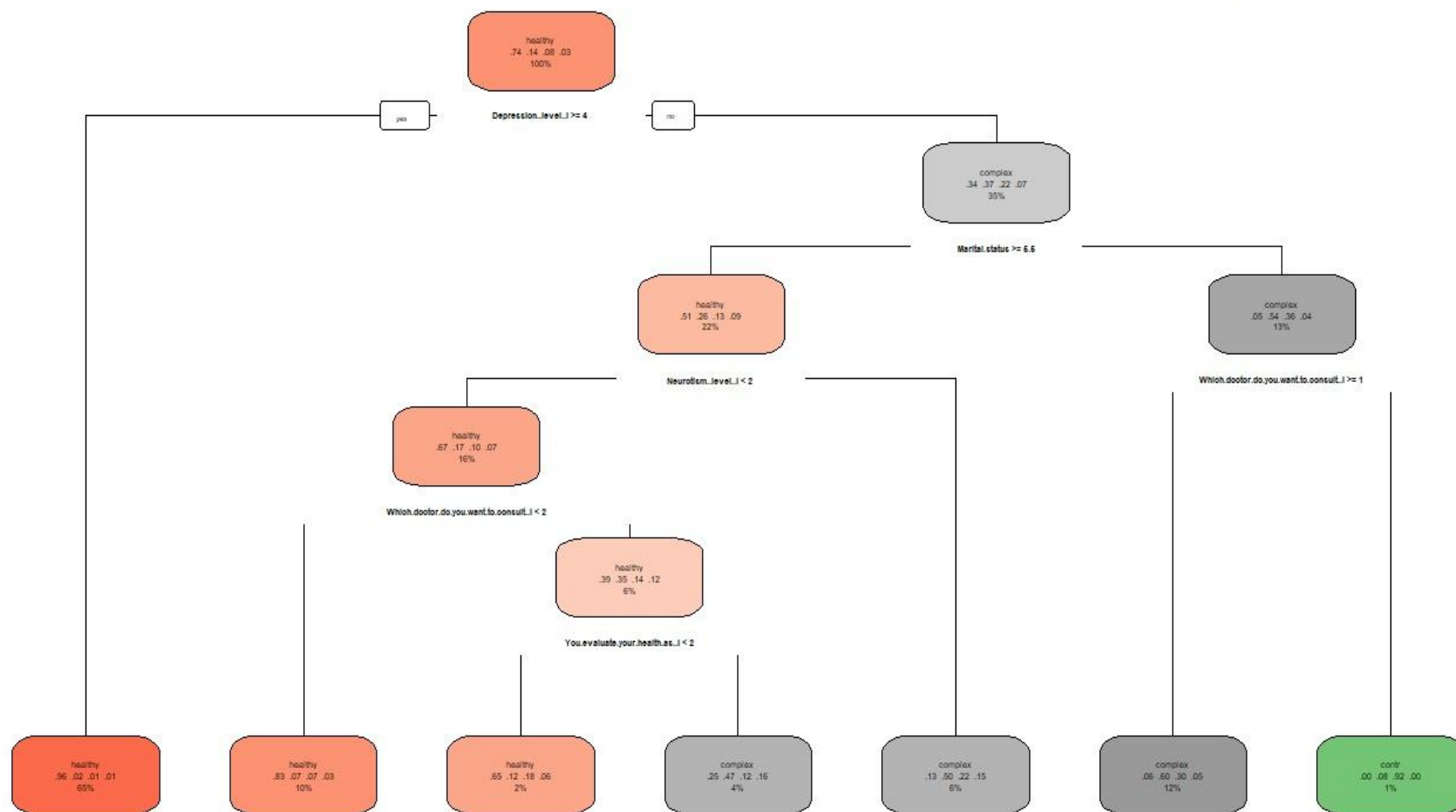
```
t_pred = predict(fitr,train,type="class")
confMat <- table(train$group.I,t_pred)
accuracy <- sum(diag(confMat))/sum(confMat)
print(accuracy)
## [1] 0.849537 -----  точність моделі дерева рішень на загальній вибірці
# Accuracy on test data
t_pred = predict(fitr,test,type="class")
confMat <- table(test$group.I,t_pred)
accuracy <- sum(diag(confMat))/sum(confMat)
print(accuracy)
## [1] 0.8706199 -----  точність моделі дерева рішень на тестовій вибірці(основна група)
```

Модель дерева рішень, побудована на тих же предикторах, що і модель мультиноміальної регресії, (схематичний рисунок) дає точність прогнозу 89,95% на навчальній вибірці і 87,1% на тестовій вибірці.



Plot Zoom

contr
st (unused)



Таким чином, проведені χ^2 тест та ANOVA дали змогу визначити ті змінні, які мають взаємозв'язок за змінною "group.I". Такими змінними є: вік, спеціальність і т.д. (загалом їх 92).

В результаті проведення дисперсійного аналізу ми отримали статистично значимі результати (ANOVA-тесту) між категорійною змінною «група I» та змінними що позначають всі шкали СБОО: 1. іпохондрії (Hs), $p < 2,2 \cdot 10^{-16}$; 2. депресії (D), $p < 2 \cdot 10^{-16}$; 3. істерії (Hy), $p < 2 \cdot 10^{-16}$; 4. психопатії (Pd), $p < 2,89 \cdot 10^{-14}$; 6. паранояльності (Pa), $p < 2 \cdot 10^{-16}$; 7. психастенії (Pt), $p < 2 \cdot 10^{-16}$; 8. шизоїдності (Sc), $p < 7,04 \cdot 10^{-16}$; 9. гіпотонії [манії] (Ma), $p < 1,95 \cdot 10^{-10}$; шкалою брехні (L), $p < 2,74 \cdot 10^{-11}$; шкалою вірогідності (F), $p < 4,66 \cdot 10^{-8}$; шкалою корекції (K), $p < 3,6 \cdot 10^{-13}$.

Встановлено, що для моделі мультиноміальної логістичної регресії, метою якої є оцінка ймовірності належності респондента до однієї з груп (значення змінної "group.I"), значимими предикторами є сімейний стан, наявність дітей, стосунки в сім'ї, нездатність пристосуватися до середовища, якість сну, низька продуктивність, підвищена втомлюваність, тютюнопаління, оцінка власного здоров'я, необхідність консультації лікаря, рівень тривоги, депресії, нейротизму.

Коефіцієнти моделі визначають величину зміни логарифму шансу перебування у тій чи іншій групі («комплексній», «контрольній», «стандартній») проти («порівняльної») групи здорових, якщо значення предиктора збільшиться на одиницю. Точність передбачення на загальній вибірці становила 86,35%, а на тестовій вибірці (основна група, що включала хворих на НПР) - 88,52%.

Модель дерева рішень, побудована на тих же предикторах, що і модель мультиноміальної регресії, (схематичний рисунок) дає точність прогнозу 89,95% на навчальній вибірці і 87,1% на тестовій вибірці.

Зважаючи на досить високу точність, обидві моделі (мультиноміальної логістичної регресії та дерева рішень) можуть бути рекомендовані для використання при комплексному оцінюванні анкет респондентів.

ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ

Таким чином, в процесі дослідження формування неспсихотичних психічних розладів встановлено, що структура неспсихотичних психічних розладів представлена невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F40-48.1) 187 (58,99%), афективними розладами настрою (F30-34.1) - 79 (24,92%), розладами зрілої особистості і поведінки у дорослих (F60-60.7) - 31 (9,78%), поведінковими синдромами, пов'язаними із фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками (F50-51.4) - 20 (6,30%). У значної частини студентів виявлені НПР різного ступеня виразності, що вимагає їхнього своєчасного розпізнання й адекватної психокорекції, психопрофілактики та терапії. В статевому розподілі виявлено: афективні розлади 23 (Ч) (23,71 %) та 56 (Ж) (25,45%), невротичні розлади 62 Ч (63,92 %) та 125 Ж (56,82%), поведінкові синдроми - 3 (Ч) (3,09%) та 17 (Ж) (7,73%), розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих 9 (Ч) (9,28%) та 22 (Ж) (10,0%).

У психопатологічній структурі тривожних і депресивних реакцій виявлений зсув від депресивно-тривожних розладів – на початку навчання, до тривожних – на останніх курсах. Виявлено закономірність між поширенням невротичних реакцій і реакцій розладів адаптації залежно від тривалості навчання у Вузi: на першому курсі виявлено відповідно 58,06% й 41,94% випадків, на четвертому - 27,88% й 72,12%, на шостому - 8,83% й 91,17%. На відміну від дезадаптивних розладів, невротичні розлади супроводжувалися різними вегетативними проявами (тахікардією, гіпергідрозом або почуттям сухості в роті, зміною перистальтики, частим сечопуском, ядухою й ін.).

Переважає високого рівня особистісної тривоги в групі ризику в порівнянні із частим поєднанням особистісної й реактивної тривоги в субклінічній і клінічній групах вказує на значну роль психогенного фактору в розвитку НПР у студентів закладів вищої освіти, що необхідно враховувати при плануванні профілактичних заходів.

Встановлено, що для моделі мультиноміальної логістичної регресії, метою якої є оцінка ймовірності належності респондента до однієї з груп (значення

змінної "group.I"), значимими предикторами є сімейний стан, наявність дітей, стосунки в сім'ї, нездатність пристосуватися до середовища, якість сну, низька продуктивність, підвищена втомлюваність, тютюнопаління, оцінка власного здоров'я, необхідність консультації лікаря, рівень тривоги, депресії, нейротизму.

Модель дерева рішень, побудована на тих же предикторах, що і модель мультиноміальної регресії, (схематичний рисунок) дає точність прогнозу 89,95% на навчальній вибірці і 87,1% на тестовій вибірці. Зважаючи на досить високу точність, обидві моделі (мультиноміальної логістичної регресії та дерева рішень) можуть бути рекомендовані для використання при комплексному оцінюванні анкет респондентів.

Результати експериментальних досліджень даного розділу наведено в таких публікаціях: [43], [229], [338], [366], [397], [398], [399].

РОЗДІЛ 4

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТА ФЕНОМЕНОЛОГІЯ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ.

У даному розділі представлені результати дослідження структури неспсихотичних психічних розладів у студентів I – V курсів медичних факультетів Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (БДМУ) та студентів I – IV курсів факультету педагогіки, психології та соціальної роботи, філологічного факультету, інституту фізико-технічних та комп'ютерних наук, факультету математики та інформатики, філософсько-теологічного факультету Чернівецького національного університету. Також проведений порівняльний аналіз відносних частот НПР в обстеженому контингенті, а саме: диференціація за статтю та спеціальністю навчання.

Серед дослідженого контингенту (1235 студентів) неспсихотичні психічні розлади верифіковані нами у 317 осіб (25,67 %), практично здоровим виявилися 918 (74,33 %) студент.

Структура НПР: афективні розлади настрою (F30-34) було діагностовано у 79 студентів, що складає 24,92% в групі студентів з НПР; невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-48) виявлено у 187 студентів (58,99%); поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними чинниками (F50-51.4) – у 20 осіб (6,31%); розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих (F60) діагностовано у 31 студента (9,78%). Структура НПР відображено в рисунку 4.1.

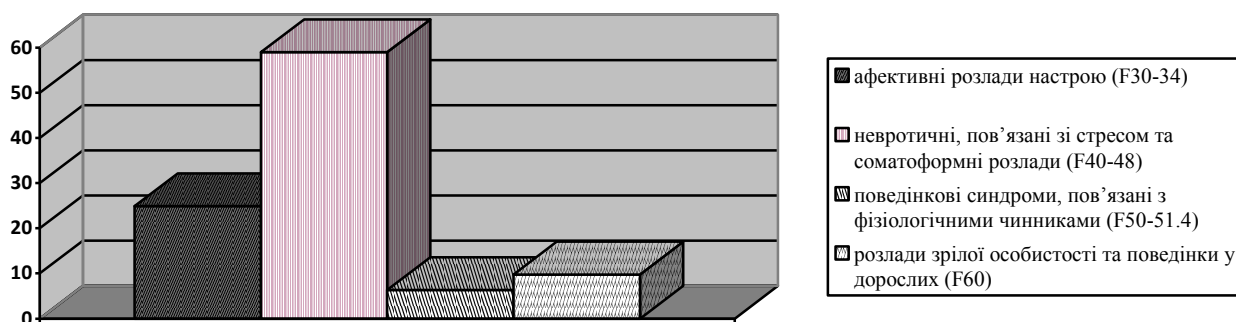


Рис. 4.1 Структура неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти

В структурі психічної патології найбільша питома вага належала невротичним, пов'язаним зі стресом та соматоформним розладам, при меншому значенні афективних, розладів зрілої особистості та поведінки, та поведінкових, що пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами, психічних розладів (рис. 4.1).

Детальна структура непсихотичних психічних розладів відповідно до МКХ 10 представлена в таблиці 4.1.

Таблиця 4.1

**Структура непсихотичних психічних розладів
у студентів закладів вищої освіти (абс., %)**

Непсихотичні психічні розлади (шифр за МКХ-10)	Студенти з НІР (n=317)	
	Абс.	%
1	2	3
Афективні розлади (F30-39) у т.ч.		
Гіпоманія (F30.0)	5	1,577287
Легкий депресивний епізод (F32.0)	18	5,678233
Помірний депресивний епізод (F 32.1)	13	4,100946
Важкий депресивний епізод (F 32.2)	1	0,315457
Рекурентний депресивний розлад, поточний епізод легкий (F 33.0)	10	3,154574
Рекурентний депресивний розлад, поточний епізод середньої важкості (F 33.1)	7	2,208202
Циклотимія (F34.0)	20	6,309148
Дистимія (F34.1)	5	1,577287
Разом (F30-39)	79	24,92113
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-49) у т.ч.		
Агорафобія (F40.0) соціальні фобії (F40.1)	17	5,362776
Панічний розлад (F41.0)	9	2,839117

Продовж. табл. 4.1

1	2	3
Генералізований тривожний розлад (F41.1)	4	1,26183
Змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2)	19	5,993691
Обсесивно-компульсивний розлад (F42.0-42.2)	9	2,839117
Гостра реакція на стрес (F43.0)	11	3,470032
Посттравматичний стресовий розлад (F43.1)	3	0,946372
Адаптаційні розлади. короткочасна депресивна реакція (F43.20)	54	17,0347
Дисоціативні (конверсійні) розлади (F44)	3	0,946372
Соматизований розлад (F45.0)	4	1,26183
Іпохондричний розлад (F45.2)	3	0,946372
Соматоформна вегетативна дисфункція серця та серцевосудинної системи (F45.30)	6	1,892744
Соматоформна вегетативна дисфункція верхнього відділу шлунково-кишкового тракту (F45.31) Соматоформна вегетативна дисфункція нижнього відділу шлунково-кишкового тракту (F45.32)	8	2,523659
Соматоформна вегетативна дисфункція дихальної системи (F45.33)	5	1,577287
Соматоформна вегетативна дисфункція сечовивідної системи (F45.34) Соматоформна вегетативна дисфункція інших органів та систем (F45.38)	7	2,208202
Неврастенія (F48.0)	22	6,940063

Продовж. табл. 4.1

1	2	3
Синдром деперсоналізації-дереалізації невротичної (F48.1)	3	0,946372
Разом (F40-49)	187	58,99054
Поведінкові розлади, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (F50-59) у т.ч.		
Розлади прийому їжі (F50)	8	2,523659
Розлад сну неорганічної природи (F51)	12	3,785489
Разом (F50-59)	20	6,309148
Розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих (F 60– F 69)		
Параноїдний розлад особистості (F60.0) Розлад особистості шизоїдного типу (F60.1) Дисоціальний розлад особистості (F60.2)	6	1,892744
Емоційно нестійкий розлад особистості (F60.3) Демонстративний розлад особистості (F60.4)	12	3,785489
Ананкастний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості (F60.5) Тривожний розлад особистості (F60.6) Залежний розлад особистості (F60.7)	13	4,100946
Разом (F 60– F 69)	31	9,779179
Разом	317	100

Клінічна картина непсихотичних психічних розладів у обстежених повністю відповідала діагностичним критеріям МКХ-10, але мали місце особливості клінічної типології НПР, що визначалися наявністю певних ознак (в структурі

дослідницьких діагностичних критеріїв МКХ-10:ДДК-10) та відсутності інших при загальному задовольненні критерію.

Так, наприклад, при легкому депресивному епізоді клінічна картина (при повному задоволенні критеріїв А, Б2, Б3, В1, В4, В7 (з урахуванням необхідних 3 за В), відсутності ознак В2, В3, В5, В6) характеризувалася переважно наступними проявами за такими критеріями (тут і далі аналізуються ДДК-10):

Б1 – знижений настрій, туга, песимістичність, буркотливість;

Б2 – періоди ослаблення емоцій, байдужості до себе, оточуючих, власних долі, стану, зниження кола інтересів до зовнішнього вигляду, розваг, професійних, улюблених занять, домашніх справ, навчання;

Б3 – зниження працездатності, млявість, розбитість, бездіяльність, швидка втомлюваність, відчуття розумової втоми, значної розумової напруженості при навчанні, зниження продуктивності: психічної, при розумовій та фізичній роботі, думки про непрацездатність, її кількісне, якісне зниження;

В1 – невпевненість у собі, думки про власну малоцінність;

В4 – сповільненість мислення або мови;

В7 – зниження апетиту.

Аналогічним чином верифіковані усі форми патології НПР, які представлені у зведеній таблиці 4.2.

Таблиця 4.2

Особливості деяких ознак непсихотичних психічних розладів у студентів ЗВО за діагностичними критеріями МКХ-10:ДДК-10

Діагностична категорія	Діагностичні критерії, що повністю задовольняються	Відсутні діагностичні ознаки	Специфічні прояви діагностичних ознак
1	2	3	4
Гіпоманія (F30.0)	А-Г	Б2	А – підвищений настрій, дурашливість; Б1 – підвищена активність; Б3 – підвищена відволікаємість; Б4 – нічний сон зазвичай становить 3-6 та менше годин, у сполученні з відсутністю відчуття сну

1	2	3	4
Легкий депресивний епізод (F32.0)	A-B	B2, B3	B1 – знижений настрій, туга, песимістичність, буркотливість; B2 – періоди ослаблення емоцій, байдужості до себе, оточуючих, власних долі, стану, зниження кола інтересів до зовнішнього вигляду, розваг, професійних, улюблених занять, домашніх справ, навчання; B3 – зниження працездатності, млявість, розбитість, бездіяльність, швидка втомлюваність, відчуття розумової втоми, значної розумової напруженості при навчанні, зниження продуктивності: психічної, при розумовій та фізичній роботі, думки про непрацездатність, її кількісне, якісне зниження; B1 – невпевненість у собі, думки про власну малоцінність; B4 – сповільненість мислення або мови; B7 – зниження апетиту.
Циклотимія (F34.0)	A-Г	B7, B8	B5 – замкнутість;
Дистимія (F34.1)	A-B	B7, B8	B5 – слабкодухість, плаксивість; B10 – замкнутість; B11 – сповільненість мислення і мови
Агорафобія (F40.0)	A-Д		A1 – страх має характер нав'язливого, раптовий, з повною критикою; B1 – неприємні відчуття в області серця у вигляді болю, серцебиття, завмирання, «зупинки», важкості; B2 – супроводжується почервонінням або зблідненням обличчя; B9 – непритомність (втрата свідомості або відчуття її втрати); B8 – відчуття перистальтики; B14 – відчуття мурашок на шкірі, оніміння або похолодання пальців (або цілком) кистей, стоп.

1	2	3	4
Соціальні фобії (F40.1)	А-Д	Б2	А – сильна або помірна невпевненість у собі, думки про власну малоцінність, схильність до уходу в себе, замкнутість. А1 – страх має характер нав'язливого, раптовий, з повною критикою; Б – см. F40.0.
Панічний розлад (F41.0)	А-В		Б – см. F40.0.
Змішаний тривожно – депресивний розлад (F41.2)	відповідає критеріям МКХ-10	см. F32.0 - В2, В3	см. F32.0 за виключенням Б1 (туга), Б2, Б3; включення: занепокоєність, відчуття внутрішньої напруженості, сильна або помірна тривожність.
ОКР. Переважно нав'язливі думки або роздуми («розумова жуйка») (F42.0)	А-Г		А – нав'язливі спогади пережитого, думки і побоювання, страхи, що виникають раптом, проти власного бажання, з повною критикою та, від яких неможливо позбутися самостійно.
Адаптаційні розлади. Короткочасна депресивна реакція (F43.20)	А-В		А – погана (незадовільна) переносимість відриву від домашніх умов, труднощі в адаптації в навчальному колективі; Б – знижений настрій, песимістичність, туга.

1	2	3	4
Адаптаційні розлади. Пролонгована депресивна реакція (F43.21)	А, Б	В	див. F43.20
Адаптаційні розлади. Змішана тривожно - депресивна реакція (F43.22)	А-В		см. F43.20 у сполученні з занепокоєністю, відчуттям внутрішньої напруженості, сильною або помірною тривожністю.
Соматизований розлад (F45.0)	відповідає критеріям МКХ-10		Незадовільна оцінка стану власного здоров'я та власного самопочуття як поганого; наявність періодів ослаблення емоцій, байдужості до себе, оточуючих, власних долі, зниження кола інтересів до зовнішнього вигляду, розваг, професійних, улюблених занять, домашніх справ, навчання; зниження працездатності, млявість, розбитість, бездіяльність, швидка втомлюваність, відчуття втоми, значної розумової напруженості при навчанні, зниження продуктивності: психічної, при розумовій та фізичній роботі, думки про непрацездатність, її кількісне або якісне зниження; невпевненість у собі, думки про власну малоцінність; замкнутість.

1	2	3	4
СВД. Серця та CCC (F45.30)	A-Д	A2-5, B5, B4- 7	Незадовільна оцінка стану власного здоров'я та власного самопочуття як поганого; B1 – неприємні відчуття в області серця у вигляді болю, серцебиття, завмирання, «зупинка», важкості.
СВД. Верхніх відділів ШКТ (F45.31)	A-Д	A1,3-5, B1,2,4, B1,2,6	Незадовільна оцінка стану власного здоров'я та власного самопочуття як поганого; B5 печія, відрижка, важкість у шлунку.
СВД. Нижніх відділів ШКТ (F45.32)	A-Д	A1,2,4, 5, B1,2,4, B1,2,3, 6	Незадовільна оцінка стану власного здоров'я та власного самопочуття як поганого; B5 біль та інші відчуття у животі, схильність до запорів, проносів, «здуття» живота.
Неврастенія (F48.0)	A-Д		A – причини труднощів у навчанні – важкість учбового матеріалу, зазвичай поганий рівень самопочуття перед та після занять, навчання потребує значного розумового напруження; зниження працездатності, млявість, розбитість, бездіяльність, швидка втомлюваність, відчуття розумової втоми, значної розумової напруженості при навчанні, зниження продуктивності: психічної, при розумової та фізичної роботи, думки про непрацездатність, її кількісне або якісне зниження; відчуття втоми від розваг; знижений настрій; невпевненість у собі, думки про власну малоцінність; замкнутість; дратівливість; схильність до короточасних бурхливих реакцій.

Продовж. табл. 4.2

1	2	3	4
Атипова нервова анорексія (F50.1)	А-Г		Наявність до навчання та у теперішній час зниження апетиту, нудоти, блювання, неприємних відчуттів в області шлунку, запорів, поносів, зокрема таких, що власноруч стимулюються

Примітка. Тут і далі. ОКР – obsесивно-компульсивний розлад, СВД – соматоформна вегетативна дисфункція, ССС – серцево-судинна система, ШКТ – шлунково-кишковий тракт.

Аналізуючи розподіл діагнозів за МКХ 10 в залежності від статі (табл. 4.3), цікавим виявився той факт, що серед чоловіків взагалі не було хворих з F 30.0 гіпоманія, F 32.2 депресивний епізод важкий без психотичних симптомів, F 34.1 дистимія, F 41.1 генералізований тривожний розлад, F 45.0 соматизований розлад, F 45.31 соматоформна вегетативна дисфункція верхнього відділу шлунково-кишкового тракту; F45.32 соматоформна вегетативна дисфункція нижнього відділу шлунково-кишкового тракту, F 45.34 соматоформна вегетативна дисфункція сечовивідної системи, F 45.38 соматоформна вегетативна дисфункція інших органів та систем, F 50.0-50.5 розлади прийому їжі. А для жінок абсолютно неприйнятними були наступні діагнози: F 45.2 іпохондричний розлад, F 45.30 соматоформна вегетативна дисфункція серця та серцевосудинної системи. Розподіл студентів, що мали НПР, за діагностованими формами патології за рубриками МКХ-10 представлений в таблиці 4.3.

Таблиця 4.3

**Структура неспсихотичних психічних розладів у студентів
в залежності від статі (N=317), абс., %**

Шифр діагнозу за МКХ 10	Загальна кількість обстежених	Чоловіки		Жінки		p
		абс.	%	абс.	%	
1	2	3	4	5	6	7
F 30.0	5	0	0,00	5	100,00	N/A
F 32.0	18	3	16,67	15	83,33	-2,83
F 32.1	13	2	15,38	11	84,62	-2,50
F 32.2	1	0	0,00	1	100,00	N/A
F 33.0	10	8	80,00	2	20,00	1,90
F 33.1	7	3	42,86	4	57,14	-0,38
F 34.0	20	7	35,00	13	65,00	-1,34
F 34.1	5	0	0,00	5	100,00	N/A
F 40.0-40.2	17	3	17,65	14	82,35	-2,67
F 41.0	9	3	33,33	6	66,67	-1,00
F 41.1	4	0	0,00	4	100,00	N/A
F 41.2	19	9	47,37	10	52,63	-0,23
F 42.0-42.2	9	3	33,33	6	66,67	-1,00
F 43.0	11	5	45,45	6	54,55	-0,30
F 43.1	3	2	66,67	1	33,33	0,58
F 43.2	54	14	25,93	40	74,07	-3,54
F 44.0, F 44.6	3	1	33,33	2	66,67	-0,58
F 45.0	4	0	0,00	4	100,00	N/A
F 45.2	3	3	100,00	0	0,00	N/A
F 45.30	6	6	100,00	0	0,00	N/A
F 45.31-32	8	0	0,00	8	100,00	N/A
F 45.33	5	1	20,00	4	80,00	-1,34

Продовж. табл. 4.3

1	2	3	4	5	6	7
F 45.34, F 45.38	7	0	0,00	7	100,00	N/A
F 48.0	22	11	50,00	11	50,00	0,00
F 48.1	3	1	33,33	2	66,67	-0,58
F 50.0-50.5	8	0	0,00	8	100,00	N/A
F 51.0-51.4	12	3	25,00	9	75,00	-1,73
F 60.0-60.2	6	2	33,33	4	66,67	-0,82
F 60.3-60.4	12	2	16,67	10	83,33	-2,31
F 60.5-60.7	13	5	38,46	8	61,54	-0,83
Разом	317	97		220		

Примітка. Жирним шрифтом виділені статистично значимі відмінні результати.

*N/A – не можливо вірогідно порахувати, адже в одній з груп 0, а в іншій 100%.

Як видно з таблиці 4.3 достовірно частіше у чоловіків діагностували рекурентний депресивний розлад, поточний епізод легкий (F 33) – 80,00 %, а у жінок - легкий депресивний епізод (F32.0) – 83,33 %; помірний депресивний епізод (F 32.1) – 84,62 %; агорафобію (F40.0), соціальні фобії (F40.1) – 82,45 %; адаптаційні розлади. короткочасну депресивну реакцію (F43.20) – 74,07 % та емоційно нестійкий розлад особистості (F60.3), демонстративний розлад особистості (F60.4) – 83,33% ($p < 0,05$).

Для кращої візуалізації різниці діагнозів чоловіків та жінок, ми підготували рис. 4.2.

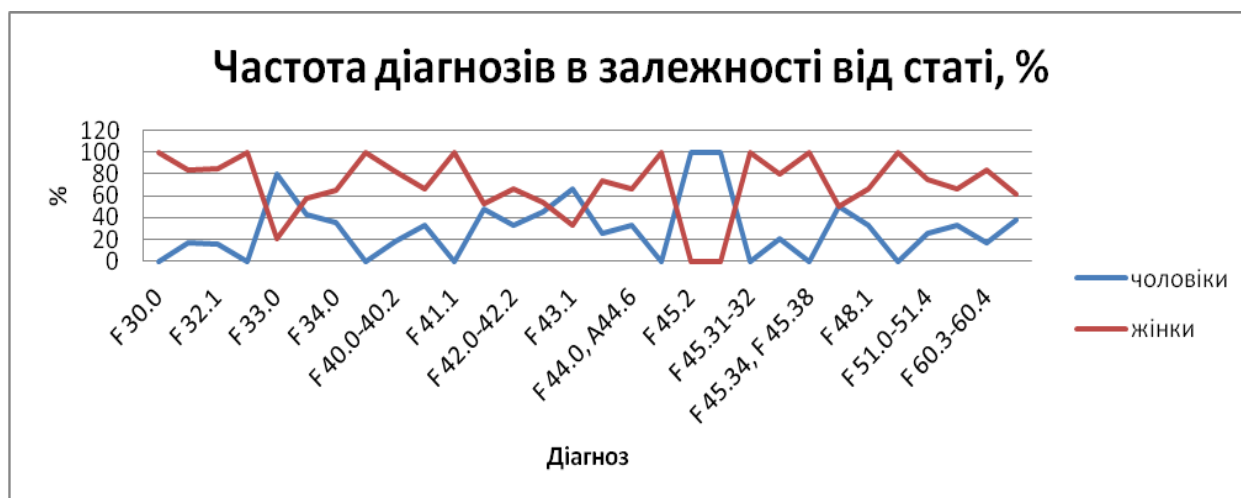


Рис. 4.2 Структура діагнозів у студентів в залежності від статі, %

Важливою частиною нашого дослідження було визначення клінічних особливостей неспсихотичних психічних розладів у студентів ЗВО.

Таким чином, депресивні розлади було діагностовано у 49 (15,46 %) студентів. Клінічна картина визначалася наявністю депресивного афекту, зниженням спонукань, песимістичною оцінкою перспектив і власної особистості, порушення концентрації уваги, легкою психомоторною загальмованістю і вегетативними порушеннями. При цьому депресивний афект характеризувався непостійністю, залежністю від ситуації, відсутністю «вітальності». Зниження спонукань стосувалося обмеженого кола інтересів і захоплень, ангедонія не була вираженою, не відзначалося уповільнення асоціативного процесу. У багатьох пацієнтів значне місце в клінічній картині займала зміна самооцінки, переживання втрати, а також редуковані ідеї провини.

В цілому динаміка депресивних розладів характеризувалася формуванням і тривалим збереженням комплексу психогенних переживань з фіксацією на психотравмуючій події, приєднанням і посиленням астенічних проявів, які домінували на початку захворювання і зберігалися в подальшому. На пізніх етапах у клінічній картині провідне місце починали займати афективні порушення у вигляді депресивних станів різного ступеня вираженості, а комплекс психогенних переживань відсувався на задній план.

Вивчення клінічних проявів розладів адаптації у студентів дозволило виявити ряд загальних для даної групи особливостей. Облігатною психопатологічною характеристикою у обстежених пацієнтів був специфічний реактивний симптомокомплекс ідеаторно-мнестичних та афективно-мотиваційних розладів, який полягав в стійких інтрузивних переживаннях, які були пов'язані зі зміною самооцінки пацієнтів і їх ставлення до себе. Зазначені переживання виражалися почуттям незахищеності, відкидання, провини, безпорадності і розгубленості, а також вторинними реакціями заперечення, протесту, фатальною пасивністю, зміщеною активністю. При цьому у студентів спостерігали вибіркоче зниження здатності до багатосторонньої і об'єктивної оцінки ситуації з фокальним посиленням наглядно-образного і наочно-дієвого мислення, домінуванням

афективної логіки, оціночних суджень і появою вибірових дисмнезій. Все це створювало умови для порушення здатності до переоцінки і асиміляції травматичного досвіду. Психопатологічна симптоматика розвивалася в безпосередньому зв'язку зі стресовими подіями, а психотравмуюча ситуація була яскраво представлена в переживаннях і висловлюваннях пацієнтів. Клінічні прояви розладів адаптації у студентів відрізнялися поліморфністю, неоднорідністю і порівняно неглибокою виразністю симптоматики. Вони супроводжувалися погіршенням успішності і труднощами соціального функціонування.

У 49 (15,46 %) пацієнтів діагностували тривожні розлади (ТР) . Слід зазначити, що в МКХ-10 тривожні розлади заcodedані в рубриках F40 – 41 (тривожно-фобічні розлади F40.0-40.2, інші тривожні розлади F41.0-41.2). Найчастіше проявами в клінічній картині були переживання внутрішньої напруги, несвідомого невмотивованого занепокоєння і нездатність розслабитися. Слід відзначити і характерну для пацієнтів з ТР добову динаміку самопочуття: так, тривожні очікування в поєднанні з дратівливістю і невдоволенням, а також відчуття фізичного і психічного дискомфорту наростали у вечірній час, перед сном. Почуття тривоги часто ініціювалося думками про майбутнє, очікуванням змін, станом невизначеності. Поряд з епізодично виникаючими очікуваннями неприємностей, відчуттями безпредметною тривоги і страху за себе і близьких, деякі пацієнти відзначали появу тривоги, боязні і нерішучості в ситуаціях, в яких раніше відчували себе спокійно. Особливо значимими були ситуації, пов'язані з навчальним процесом, – відповіді на семінарах, іспитах, виконання письмових контрольних. У студентів знижувалась «якість» мислення з періодичними мимовільними перемиканнями на психотравмуючу ситуацію, з'являлася боязнь неправильних відповідей, неадекватної оцінки викладача, іноді формувалися уникаючі форми поведінки. У частини обстежуваних у випадках незадовільних результатів і невдач на фоні наростаючої тривоги з'являлися відчуття невпевненості в собі, які супроводжувалися спалахами дратівливості, спрямованими на себе. Поведінка студентів, незважаючи на почуття

невпевненості і зниження самооцінки характеризувалась прагненням до спілкування з оточуючими, пошуком соціальної підтримки та уваги. У більшості випадків ТР супроводжувалися вираженою психовегетативною симптоматикою. Найчастіше скаржились на головний біль напруги, труднощі засинання і поверхневий сон, відмічалися розлади прийому їжі, коливання маси тіла.

Змішаний тривожно-депресивний розлад (ТДР) був діагностований у 19 (5,99%) студентів. Афективні прояви в клінічній картині у пацієнтів цієї групи характеризувалися гіпотимією, пригніченістю, а також наявністю відчуття внутрішнього напруження і неспокою. На тлі зниженого настрою хворі відзначали ослаблення інтересів, бажань, відгородженість і байдужість, зниження самооцінки. Особливістю ТДР було поєднання і вираженість як психічної, так і соматичної компоненти тривоги. В рамках психічної компоненти переважали занепокоєння, тривожні побоювання, передчуття, думки, спрямовані в майбутнє; нерішучість у діях, прийнятті рішень. Соматична компонента включала в себе різноманітні порушення психовегетативного рівня, такими як, відчуття серцебиття, нестачі повітря або дискомфорту в грудній клітці, вазомоторна лабільність, підвищена пітливість, легке запаморочення, нестійкість при ходьбі. Соматичні прояви тривоги посилювалися при спогадах про психотравмуючі події, хвилюванні, підвищенні розумового і емоційного навантаження. Характерними були також астеничні симптоми, порушення сну у вигляді частих пробуджень серед ночі, неможливість відволіктися від неприємних думок при засинанні. Частина пацієнтів з ТДР, а саме 7 (36,84 %), були пасивні щодо пропонованої допомоги, а стиль їх реагування на зміну обставин відрізнявся неконструктивністю і дезадаптивністю. У 11 (57,89 %) пацієнтів клінічна картина змішаного тривожного та депресивного розладу вже на початкових етапах характеризувалася наявністю як депресивного, так і тривожного компонентів. Велика частина ТДР тривала від трьох до 12 місяців (у 51,34 % пацієнтів, з них у 26,31 % – більше 6 місяців). Середня тривалість розладу становила $4,6 \pm 1,5$ місяця.

Діагноз соматоформна вегетативна дисфункція (СВД) був встановлений у 26 (8,20%) пацієнтів. Соматоформна вегетативна дисфункція характеризувалася

скаргами загальноневротичного характеру (зниження загального самопочуття, втомлюваність, головний біль), на тлі яких були виражені суб'єктивні ознаки вегетативних розладів, які найчастіше пов'язані з серцево-судинною системою (коливання артеріального тиску, серцебиття, підвищена пітливість), що дозволяло припускати діагноз вегето-судинної (нейроциркуляторної) дистонії, який розглядається в рамках рубрики F45.3 [382]. Всі студенти з виявленими скаргами зазначеного характеру проходили поглиблене клінічне обстеження для виключення органічної патології серцево-судинної системи.

Іпохондричний розлад проявлявся в стурбованості рівнем власного соматичного або психічного здоров'я, фіксації на функціонуванні окремих органів або систем, що супроводжувалося наявністю вторинних тривожних або депресивних розладів. У студентів медичного університету найбільш часто зазначені розлади виникали у студентів на 2 - 3, а також на 5 - 6 курсах. На нашу думку, наявність іпохондричних розладів у студентів молодших курсів в основному пов'язано з початком вивчення ними базових клінічних дисциплін на кафедрах пропедевтики і факультетської терапії та хірургії, коли тільки що вивчені симптоми різних захворювань студенти можуть «приміряти» до себе (т.зв. «хвороба третього курсу»). У той же час наявність зазначених розладів на старших курсах може бути пояснено не тільки їх поглибленим вивченням на госпітальних кафедрах, і під час роботи в клінічних відділеннях, а й бути опосередковано посиленням ролі соціально-психологічних факторів, пов'язаних із закінченням навчання у ЗВО, необхідністю пошуку роботи, а також можливою наявністю сімейних проблем. У студентів національного університету також іпохондричні розлади зустрічалися частіше на 4-5 курсі, що вони пояснювали необхідністю знайти роботу, майбутньою зміною стилю життя.

Неврастенія у обстежених нами студентів характеризувалася наявністю скарг на загальну слабкість, підвищену розумову стомлюваність, зниження концентрації уваги, дратівливість, відчуття внутрішньої напруги і нездатність розслабитися, головні болі, порушення сну, вегетативні розлади. Даний стан розвивалося на тлі тривалого інтенсивного розумового напруження, а також в

результаті емоційного стресу, найчастіше пов'язаного з сімейними або особистими проблемами.

Значну частку в структурі неспсихотичних психічних розладів складали тривожні та депресивні розлади, тому ми вирішили детальніше проаналізувати їх структуру та особливості.

В результаті дослідження депресивні та тривожні розлади (ДТР) було діагностовано у 123 (9,96%) студентів, що склало 38,80 % від усіх діагностованих неспсихотичних психічних розладів (N=317). В гендерному аспекті отримано наступні результати: ДТР виявлено у 38 (30,89%) чоловіків та 85 (69,11%) жінок.

Таблиця 4.4

**Структура депресивних та тривожних розладів в залежності від статі,
(абс., %)**

Діагноз, рубрика за МКХ 10	Загальна кількість, абс.	Чоловіки		Жінки	
		абс.	%	абс.	%
F32.0	18 (14,63%)	3	2,44	15	12,20
F32.1	13 (10,57%)	2	1,63	11	8,94
F32.2	1 (0,81%)	0	0	1	0,81
F33.0	10 (8,1%)	8	6,50	2	1,63
F33.1	7 (5,69%)	3	2,44	4	3,25
F34.0	20 (16,26%)	7	5,69	13	10,57
F34.1	5 (4,06%)	0	0	5	4,07
F40.0	4 (3,25%)	0	0	4	3,25
F40.1	4 (3,25%)	0	0	4	3,25
F40.2	9 (7,32%)	3	2,44	6	4,88
F41.0	9 (7,32%)	3	2,44	6	4,88
F41.1	4 (3,25%)	0	0	4	3,25
F41.2	19 (15,45%)	9	7,32	10	8,13
Разом	123 (100%)	38	30,89	85	69,11

Як видно з таблиці 4.4 у чоловіків найчастіше діагностували змішаний тривожний та депресивний розлад (F41.2) -7,32% від загальної кількості хворих та 23,68% серед чоловіків з афективними розладами, а у жінок – легкий депресивний епізод F32,0 – 12,20% та 17,65% відповідно.

Прикметно, що F34.1 дистимію, F40.0 агорафобію, F40.1 соціальні фобії та F41.1 генералізований тривожний розлад у чоловіків не було діагностовано взагалі.

Серед основних скарг у чоловіків були: знижений настрій – 33 (86,84%), млявість, тривожність і занепокоєння про майбутнє - 30 осіб (78,95%); вегетативні прояви: тахікардія, тахіпное, пітливість, сухість у роті, епігастральний біль, нудота, гіперемія, утруднене ковтання) у 28 студентів (73,68%) ; внутрішня напруга (тремтіння, відчуття ознобу, неможливість розслабитися, головний біль) – 24 (63,16%); порушення сну – 27 (71,05%).

У жінок серед скарг переважали: знижений настрій – 77 осіб (90,59%) , втомлюваність - 74 (87,06%); зниження енергійності і працездатності – 74 (87,06%); інтелектуальна загальмованість – 68 (80,00%) ; порушення сну – 70 (82,35%); зниження апетиту і схуднення - 56 (65,88%); фобії – 48 (56,47%); вегетативні прояви: тахікардія, тахіпное, пітливість, сухість у роті, епігастральний біль, нудота, гіперемія, утруднене ковтання) – 45 (52,94%).

Аналізуючи ступінь вираженості депресивної симптоматики, який оцінювали за допомогою шкали самооцінки депресії Цунга, виявлено наступні результати: високий рівень депресії виявлено у 4 осіб (3,25%), помірний рівень – 49 студентів (39,84%), легку депресію діагностовано у 62 осіб (50,41%) і низький рівень депресії був у 8 молодих людей (6,50%), середнє абсолютне значення – 58,63 бали, що свідчить про достатню діагностичну ефективність даної методики і в подальшому її можна використовувати при підготовці скринінгових анкет.

Ступінь вираження тривожної симптоматики визначали за допомогою тесту Спілбергера-Ханіна. Визначаючи рівень особистісної тривожності (РОТ), яку ми розглядаємо, як рису, якість, диспозицію, яка дає нам уявлення про індивідуальні відмінності в схильності до дії різних стресорів, тобто тривожності фонові,

характерної для кожної конкретної особистості. Встановлено наступні результати: високий РОТ був притаманний 92 особам (74,80%), помірний РОТ – 30 (24,39%), низький РОТ був виявлений лише у однієї студентки (0,81%). При цьому абсолютні середні значення для низького РОТ – 27 балів, для середнього та високого РОТ – 39,43 бали та 53,73 бали відповідно. Стани тривоги (або ситуативна тривога) виникають як реакція людини на різні, найчастіше, соціально-психологічні стресори (очікування негативної оцінки або агресивної реакції, сприйняття негативного до себе ставлення, загрози своїй самоповазі, престижу тощо).

В результаті нашого дослідження виявлено, що низький рівень ситуативної тривоги (РСТ) також був притаманний лише одному студенту (0,81%) з абсолютним значенням 26 балів. Помірний РСТ виявлено у 47 студентів (38,21%) з середнім балом 40,02. Високий РСТ було діагностовано у 75 осіб (60,98%), середній бал 52,72.

Отже можна розцінювати РОТ та РСТ, як високочутливі індикатори формування НПР у осіб молодого віку, що необхідно враховувати при побудові скринінгових програм.

Аналізуючи поширеність НПР серед студентів в залежності від форми навчання виявлено, що 135 (42,58%) студентів навчалися на бюджетній формі та 182 (57,42%) - на контрактній формі навчання, що підтверджує гіпотезу про незначний вплив форми навчання на формування НПР у молоді.

Розглядаючи аспект впливу обраної спеціальності на розвиток НПР у студентів-медиків отримано наступні результати: спеціальність «Стоматологія» - 47 осіб з НПР і це становить 21,96% від 214 обстежених стоматологів; спеціальність «Лікувальна справа» - 142 (24,82%) з 572 обстежених; спеціальність «Педіатрія», «Медична психологія» - 32 (48,48%) хворих з 66 обстежених студентів цих спеціальностей (табл. 4.5).

Таблиця 4.5

Частота непсихотичних психічних розладів у студентів в залежності від спеціальності навчання, (абс., %)

Спеціальність навчання	Загальна кількість обсежених	Кількість студентів з НПР	
	абс.	абс.	%
Економіка (теорія та кібернетика)	21	6	28,57
Інформатика (в т.ч. міжнародна інформатика)	15	7	46,67
Історія	42	9	21,43
Лікувальна справа	572	142	24,83
Математика (в т.ч. мат.аналіз, прикладна математика)	65	12	18,46
Медична психологія	23	9	39,13
Педіатрія	43	23	53,49
Політологія	19	3	15,79
Початкова освіта	14	3	21,43
Практична психологія	148	43	29,05
Соціальне забезпечення	8	2	25,00
Соціологія	11	1	9,09
Стоматологія	214	47	21,96
Технічна освіта	12	4	33,33
Фізика	16	3	18,75
Філософія	12	3	25,00
ВСЬОГО	1235	317	25,67

Студентів національного університету, для зручності, ми згрупували за спеціальностями (факультетами) та отримали наступні результати: інженерно-

технічний факультет - у 7 студентів з 28 обстежених виявлено НПР, що склало 25,0%; факультет математики та інформатики - 19 (26,02%) хворих з 73 обстежених; філософсько-теологічний факультет - 3 (9,68%) осіб з НПР з 31 обстеженого; факультет педагогіки, психології та соціальної роботи - 48 (29,63%) студентів з НПР з 162 обстежених; факультет історії, політології та міжнародних відносин - 13 (19,12%) хворих з 68 обстежених; економічний факультет - 6 (28,57%) студентів з НПР з 21 обстеженого.

Отже, найбільшу схильність до розвитку НПР виявили у студентів спеціальностей «Педіатрія» та «Медична психологія» - 48,48%, а найменшу - у студентів філософсько-теологічного факультету - 9,68%. Що, відповідно до нашої гіпотези, пояснюється особистісними характеристиками молодих людей, що обирають ту чи іншу спеціальність.

Підводячи підсумок результатів дослідження, що відображені у даному розділі, треба відмітити наступне.

НПР у було діагностовано в 25,67% випадків, які представлені переважно невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформним розладами та повністю відповідають загальним діагностичним критеріям МКХ-10, але мають певні особливості, що притаманні студентам, за деякими ознаками та симптомами ДДК-10.

Найбільшу схильність до розвитку НПР виявили у студентів спеціальностей «Педіатрія» та «Медична психологія» - 48,48%, а найменшу - у студентів філософсько-теологічного факультету - 9,68%.

Абсолютні та відносні значення за провідними скаргами і симптомами стосовно сфер психічної діяльності (за результатами скринінгу усієї когорти обстежених) практично відповідали кількості осіб, що мали НПР, та відносилися здебільше до емоційної, ефекторно-вольової сфер і супроводжувались вегетативними змінами та порушеннями.

ВИСНОВКИ ДО ЧЕТВЕРТОГО РОЗДІЛУ

Аналізуючи частоту та структуру непсихотичних психічних розладів у студентів різних спеціальностей закладів вищої освіти залежно від статі, курсу, форми навчання та спеціалізації виявлено, що для більшості характерні невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади. Форма навчання не має суттєвого впливу на розвиток НПР. Найбільш схильними до розвитку НПР виявились студенти 1 та 5 курсів навчання. Отримані результати необхідно враховувати при побудові системи профілактичних заходів та для своєчасного виявлення та лікування вищезгаданих розладів.

Отримані дані свідчать про те, що НПР у студентів мають складну психопатологічну структуру, яка включає облігатні порушення (афективно-мотиваційні і парціальні когнітивні порушення, інтрузивні переживання, пов'язані з психотравмуючою ситуацією, зміна самооцінки) і факультативну симптоматику (астенічні стани, зміни настрою, соматоформні і психовегетативні дисфункції). Крім невротичних, пов'язаних зі стресом соматоформних синдромів при НПР у студентів, значно поширені афективні синдроми, поведінкові синдроми, розлади особистості, що корелює з віковими особливостями досліджуваного контингенту. Незважаючи на те що для НПР була характерна легка та помірна вираженість психопатологічної симптоматики і сприятливий перебіг, ці стани суттєво порушують соціальне функціонування студентів і призводять до навчальної дезадаптації. Все вищесказане підвищує вимоги до своєчасної ранньої діагностики НПР і їх диференціації від інших психічних розладів. Крім того, з урахуванням розробки нової міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) виникає необхідність виявлення більш чітких клінічних критеріїв НПР з метою їх ранньої діагностики, своєчасної корекції і профілактики.

Результати досліджень даного розділу наведено в таких публікаціях: [50], [152], [197], [229], [271], [274], [338], [400], [401], [402], [403].

РОЗДІЛ 5

ВІКОВА ДИНАМІКА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ І СТРУКТУРИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

5.1 Вікова динаміка розповсюдженості і структури непсихотичних психічних розладів серед студентів закладів вищої освіти.

В даному розділі ми проаналізували вікову динаміку розповсюдженості і структури непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти. Формування адекватної методології та методів психопрофілактики та психокорекції непсихотичних психічних розладів (НПР) у студентів закладів вищої освіти, неможливо без встановлення закономірностей їх виникнення та оцінки динаміки під впливом множинних причин та ефектів. Складність цього питання підтверджується численними науковими дослідженнями з проблем визначення категорій норми, патології й їх взаємоперетворень в психіатрії.

У сучасний період велика кількість вчених приділяє значну увагу біопсихосоціальной моделі, запропонованій Th. Uexkull, W. Wesiak (1990) [404]. На її основі сформульовано низку нормоцентричних концепцій виникнення НПР. Серед них, відповідно до цієї дисертаційної роботи, слід виділити теоретичні підходи щодо визначення: адаптаційного бар'єру, як інтегрованого динамічно-функціонального прояву біосоціальної основи особи (концепція адаптації), передхвороби, моделі перехідних станів (концепція рівнів психічного здоров'я) «становлення» синдрому, як наслідку взаємодії конституційних та соціокультуральних чинників та ін. [404] (соціально-орієнтований підхід).

Поєднання цих та інших поглядів вказує на функціонально-динамічний характер взаємодії індивіда та оточуючого середовища, а також підкреслює необхідність сукупної медикосоціопсихологічної оцінки рівнів його пізнавальних процесів, самопочуття, спрямованості інтересів особистості, її соціальної активності, міжособистісних відносин, поведінки в мікро- і макросоціальних сферах, психосоматичних відношень, засобів адаптації та психологічного захисту

[405]. Зазначені положення постали підґрунтям розробки системи діагностичних, психопрофілактичних та психокорекційних заходів.

Враховуючи вищевказане ми вважали за доцільне прийняти у якості нульової гіпотези сукупну дію конституційних, анамнестичних чинників до обстеження (зокрема стать, курс, спеціальність) через певні труднощі у розмежуванні їх відокремленого впливу на студентів. Це дозволило встановити НПР, які виникають у молоді протягом навчання у вищому навчальному закладі (ЗВО).

Аналізуючи вікову динаміку розповсюдженості НПР серед студентів закладів вищої освіти, виявлено, що найчастіше на НПР страждали 20 річні студенти – 28,39%, а найрідше – 24-28 річні – 2,84%. Це можна пояснити тим, що у вищих навчальних закладах навчаються переважно молоді люди віком від 17 до 22 років. Кількість та частка студентів з НПР в залежності від віку представлені в таблиці 5.1.1 та для кращої візуалізації на рисунку 5.1.1.

Таблиця 5.1.1

Кількість та частка студентів з неспсихотичними психічними розладами в залежності від віку

Вік	Кількість студентів з НПР, абс.	Частка студентів з НПР, %
18	54	17,03
19	44	13,88
20	90	28,39
21	64	20,19
22	39	12,30
23	17	5,36
24-28	9	2,84

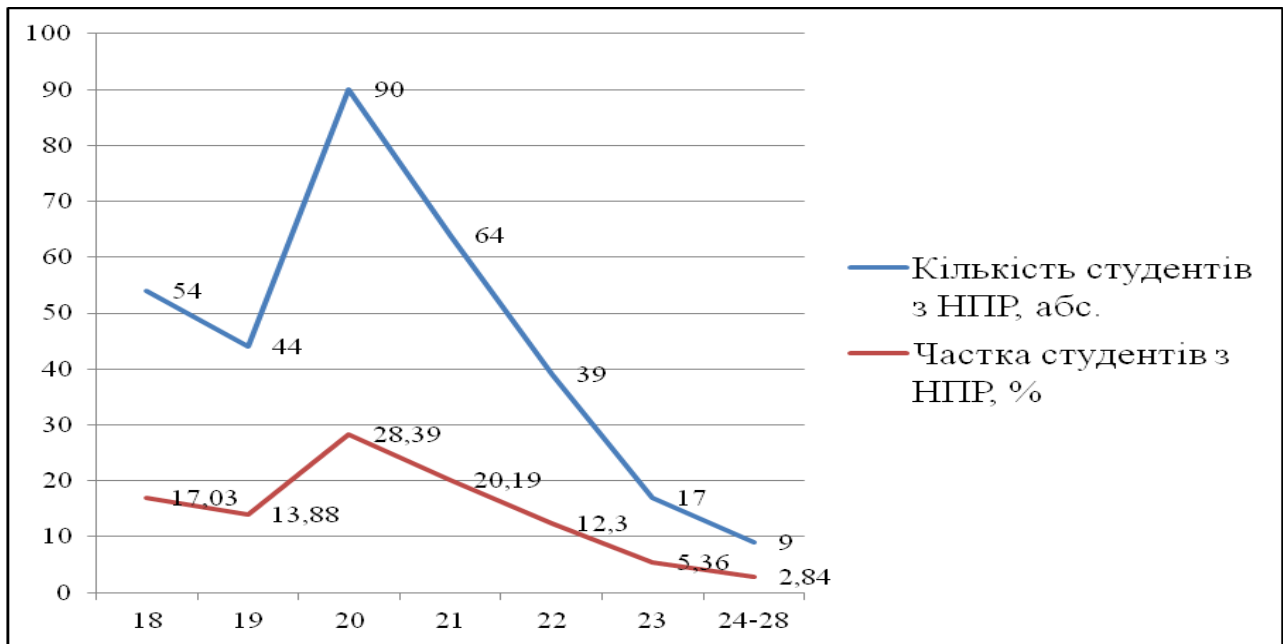


Рис. 5.1.1 Кількість та частка студентів з непсихотичними психічними розладами в залежності від віку

Аналізуючи вікову структуру НПР, встановлено, що у студентів 18 років найчастіше діагностували невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F 40.0-48.1) – 39 (72,22%) осіб, а от афективні розлади виявляли у них найрідше – 4 (7,41%), всі результати представлені в таблиці 5.1.2.

Таблиця 5.1.2

Розподіл діагнозів у вісімнадцятирічних студентів

Діагностична рубрика МКХ 10	Кількість спостережень, абс.	Питома вага, %
F 30.0-34.1	4	7,41
F 40.0-48.1	39	72,22
F 50.0-51.4	5	9,26
F 60.0-60.7	6	11,11
Разом	54	100,00

У групі 19-ти річних студентів найбільшу питому вагу мали також невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F 40.0-48.1) – 30 (68,18%) осіб, а найменша кількість страждала на розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих (F60-60.7) – 1 (2,27%) студентів (табл. 5.1.3).

Таблиця 5.1.3

Розподіл діагнозів у дев'ятнадцятирічних студентів

Діагностична рубрика МКХ 10	Кількість спостережень, абс.	Питома вага, %
F 30.0-34.1	10	22,73
F 40.0-48.1	30	68,18
F 50.0-51.4	3	6,82
F 60.0-60.7	1	2,27
Разом	44	100,00

У студентів 20 років найчастіше діагностували невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F 40.0-48.1) – 53 (58,89%) осіб, це менша частка, аніж у молодших колег, а от найрідше виявляли у них поведінкові синдроми, пов'язані із фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками (F50-51.4) – 5 (5,56%), всі результати представлені в таблиці 5.1.4.

Таблиця 5.1.4

Розподіл діагнозів у двадцятирічних студентів

Діагностична рубрика МКХ 10	Кількість спостережень, абс.	Питома вага, %
F 30.0-34.1	23	25,56
F 40.0-48.1	53	58,89
F 50.0-51.4	5	5,56
F 60.0-60.7	9	10,00
Разом	90	100,00

Цікаво, що у студентів віком 21 рік, були подібні результати до 20-ти річних, а саме: найчастіше діагностували невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F 40.0-48.1) – 36 (56,25%) осіб, це ще менша частка, аніж у молодших обстежених, а от найрідше виявляли у них поведінкові синдроми, пов'язані із фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками (F50-51.4) – 5 (7,81%), всі результати представлені в таблиці 5.1.5.

Таблиця 5.1.5

Розподіл діагнозів у двадцятидворічних студентів

Діагностична рубрика МКХ 10	Кількість спостережень, абс.	Питома вага, %
1	2	3
F 30.0-34.1	16	25,00

Продовж. табл. 5.1.5

1	2	3
F 40.0-48.1	36	56,25
F 50.0-51.4	5	7,81
F 60.0-60.7	7	10,94
Разом	64	100,00

Аналізуючи структуру НПР у студентів 22 років, встановлено, що кількість невротичних розладів (F 40.0-48.1) нижча ніж у молодших обстежених. І склала 18 (46,15%), а от частка афективних розладів значно зросла, і була діагностована у 14 (35,90%) осіб (табл. 5.1.6).

Таблиця 5.1.6

Розподіл діагнозів у двадцятидворічних студентів

Діагностична рубрика МКХ 10	Кількість спостережень, абс.	Питома вага, %
F 30.0-34.1	14	35,90
F 40.0-48.1	18	46,15
F 50.0-51.4	1	2,56
F 60.0-60.7	6	15,38
Разом	39	100,00

У студентів 23-ох років найчастіше діагностували невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F 40.0-48.1) – 9 (52,94%) осіб, а от найрідше виявляли у них поведінкові синдроми, пов'язані із фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками (F50-51.4) – 1 (5,88%), всі результати представлені в таблиці 5.1.7.

Таблиця 5.1.7

Розподіл діагнозів у двадцятитрирічних студентів

Діагностична рубрика МКХ 10	Кількість спостережень, абс.	Питома вага, %
F 30.0-34.1	5	29,41
F 40.0-48.1	9	52,94
F 50.0-51.4	1	5,88
F 60.0-60.7	2	11,76
Разом	17	100,00

Цікавими виявились результати студентів віком 24-28 роки, у 77,78% діагностовано афективні розлади (F 30.0-34.1) і у 22,22% невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F 40.0-48.1). це можна пояснювати невеликою кількістю вибірки контингенту даного віку, а також віковим зростанням тенденції до розвитку афективних розладів, всі результати представлені в таблиці 5.1.8.

Таблиця 5.1.8

Розподіл діагнозів у студентів 24-28 років

Діагностична рубрика МКХ 10	Кількість спостережень, абс.	Питома вага, %
F 30.0-34.1	7	77,78
F 40.0-48.1	2	22,22
F 50.0-51.4	-	-
F 60.0-60.7	-	-
Разом	9	100,00

Таблиця 5.1.9

Розподіл діагностичних рубрик у студентів в залежності від віку

Діагностична рубрика МКХ 10	18 років	19 років	20 років	21 рік	22 роки	23роки	24-28 років
	%	%	%	%	%	%	%
F 30.0-34.1	7,41	22,73	25,56	25,00	35,90	29,41	77,78
F 40.0-48.1	72,22	68,18	58,89	56,25	46,15	52,94	22,22
F 50.0-51.4	9,26	6,82	5,56	7,81	2,56	5,88	0
F 60.0-60.7	11,11	2,27	10,00	10,94	15,38	11,76	0
Разом	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Отже, аналізуючи віковий розподіл студентів з НІР відповідно діагностичних рубрик МКХ-10 (табл. 5.1.9) виявлено, що для більшості

характерні невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F 40.0-48.1). З віком зростає частка афективних розладів (F 30.0-34.1).

Діагностичні підходи до вивчення формування НПР залежать від наукової позиції дослідника і визначають комплекс діагностичних методик, що застосовуються в кожному конкретному випадку. Традиційно в наукових дослідженнях використовуються клініко-психопатологічні, патопсихологічні і психофізіологічні методи, представлені об'єктивними, суб'єктивними і проєктивними методиками. Їх поєднання в єдиний комплекс дозволяє розширити уявлення про механізми формування НПР, процесах перенапруги і зриву компенсаторно-адаптаційних психічних механізмів. Такий комплексний клінічний підхід дозволяє дати системну оцінку впливу різноманіття біологічних, психологічних і соціальних факторів, що визначають ризик розвитку хворобливих психічних розладів на індивідуальному, груповому та популяційному рівнях.

Нами було проведено динамічне вивчення клінічної структури та поширеності НПР у студентів протягом усього періоду навчання у вузі. За результатами обстеження всі студенти на кожному курсі були нами розділені на 2 групи (рис. 5.1.2).

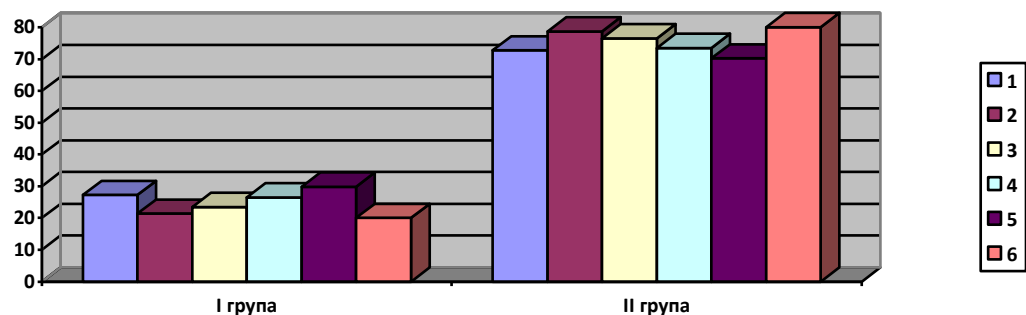


Рис. 5.1.2 Розподіл студентів різних курсів навчання на основну (I) та порівняльну (II) групи

Перша група (основна) була представлена студентами, психічний стан яких можна було класифікувати в рамках клінічно оформлених непсихотичних психічних розладів, відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10 [382]. Такі розлади могли приводити до зміни і порушення соціального функціонування,

крайнім ступенем якого для студентів була незадовільна навчальна діяльність, необхідність академічної відпустки або відрахування з вузу.

У 2-у групу (порівняльну) були включені студенти, які вважали себе абсолютно здоровими, вони могли мати лише поодинокі скарги, в основному на загальне самопочуття при напруженому навчанні. Дана група була найчисельнішою і склала 72,76 % від загального числа студентів 1-го курсу, 78,66% від загального числа студентів 2 курсу, 76,49% на 3 курсі, 73,53% на 4-му курсі, 70,20% від усіх студентів 5-го курсу і 80,00% на шостому курсі.

Вивчаючи частоту нозологій в загальній когорті обстежених студентів (N=1235) виявлено, що на всіх курсах переважали студенти з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F40-48.1) – на першому та третьому курсі були найвищі частки - 18,28%, на четвертому та п'ятому курсі – 14,17% відповідно, і найменша частка хворих з F40-48.1 була виявлена на другому курсі – 8,54%. Частота студентів основної та порівняльної групи в залежності від діагнозу та курсу навчання представлена в таблиці 5.1.10 та на рис. 5.1.3.

Таблиця 5.1.10

Розподіл студентів основної та порівняльної групи в залежності від діагнозу та курсу навчання

Курс	Загальна кількість	II група (здорові)		I група (студенти з НПР)							
				F 30.0-34.1		F 40.0-48.1		F 50.0-51.4		F 60.0-60.7	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	268	195	72,76	12	4,48	49	18,28	4	1,49	8	2,99
II	164	129	78,66	14	8,54	14	8,54	5	3,05	2	1,22
III	268	205	76,49	10	3,73	49	18,28	0	0,00	4	1,49
IV	374	275	73,53	25	6,68	53	14,17	10	2,67	11	2,94
V	151	106	70,20	16	10,60	22	14,57	1	0,66	6	3,97
VI	10	8	80,00	2	20,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Разом	1235	918	74,33	79	6,40	187	15,14	20	1,62	31	2,51

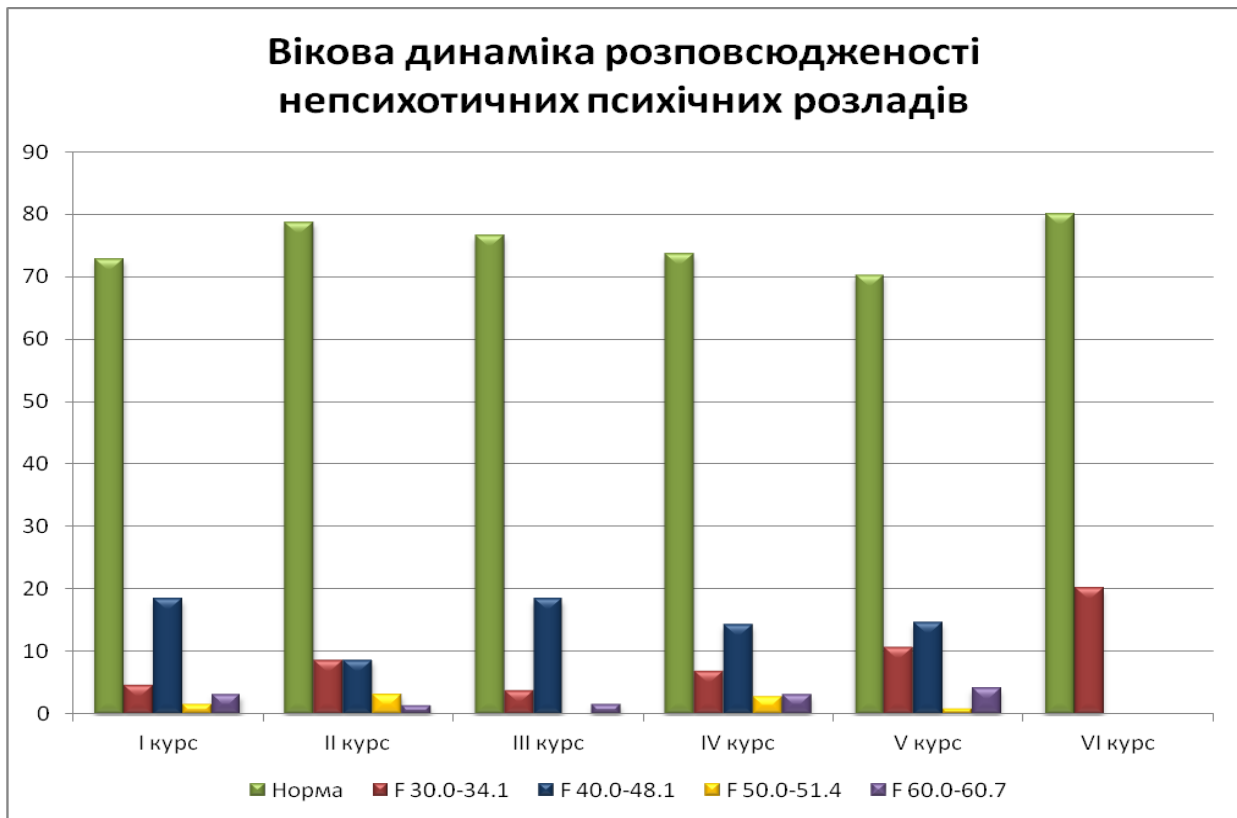


Рис. 5.1.3 Розподіл студентів основної та порівняльної групи в залежності від діагнозу та курсу навчання

Найвищий відсоток хворих з афективними розладами (F 30.0-34.1) навчався на п'ятому та шостому курсах, і склав – 10,60% та 20,00% відповідно. Що свідчить про вікову залежність даних розладів та підвищений рівень стресу, який пов'язаний із закінченням навчання у ВУЗі та необхідність виходу на роботу.

Поведінкові синдроми, пов'язані із фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками (F50-51.4) найчастіше діагностували у студентів другого курсу 3,05%, а розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих (F60-60.7) - діагностовано у 3,97% студентів V курсу, що було найвищим показником по курсах навчання.

Цікавим виявився фрагмент нашої роботи де ми проводили аналіз частоти виявлення НПР у студентів в залежності від кількості обстежених студентів на курсі (табл. 5.1.11), можна зауважити, що найбільша кількість студентів з НПР навчалися на 5 курсі - 45 осіб, що становило 29,80% від 151 обстеженого студента п'ятого курсу і 14,20% від 317 студентів у яких виявлено НПР, це можна

пояснити підвищенням рівня дистресу у даної когорти студентів у зв'язку з необхідністю вибору вузької спеціалізації, відповідальністю перед майбутньою роботою, випускними іспитами, частою необхідністю додаткової роботи в поєднанні з навчанням.

Також високою виявилась поширеність НПР серед студентів I курсу - 73 особи, що становило 27,24% від 268 обстежених студенти I курсу і 23,03% від усіх студентів основної групи. Прикметно, що переважали невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади - 67,12%, що можна пояснити зміною умов навчання, проживання, новою системою освіти, високими вимогами до сучасного студента, розладами адаптації.

Таблиця 5.1.11

Поширеність нозологій в залежності від кількості обстежених студентів на курсі, (абс., %)

Курс навчання	Кількість обстежених студентів, абс.	Кількість осіб з НПР, абс.	Питома вага, %	F 30.0- 34.1		F 40.0- 48.1		F 50.0- 51.4		F 60.0- 60.7	
				абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	268	73	27,24	12	16,44	49	67,12	4	5,48	8	10,96
II	164	35	21,34	14	40,00	14	40,00	5	14,29	2	5,71
III	268	63	23,51	10	15,87	49	77,78	0	0,00	4	6,35
IV	374	99	26,47	25	25,25	53	53,54	10	10,10	11	11,11
V	151	45	29,80	16	35,56	22	48,89	1	2,22	6	13,33
VI	10	2	20,00	2	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Разом	1235	317	100,0	79	24,92	187	58,99	20	6,31	31	9,78

Серед студентів третього курсу у 77,78% було діагностовано невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, що можна пояснити високим рівнем стресу пов'язаного зі складанням ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 1».

Аналізуючи поширеність НПР серед студентів в залежності від форми навчання виявлено, що 135 (42,58%) студентів навчалися на бюджетній формі та 182 (57,42%) - на контрактній формі навчання, що підтверджує гіпотезу про незначний вплив форми навчання на формування НПР у молоді.

Вивчаючи динаміку рівнів особистісної тривожності, ситуативної тривоги, депресії, алекситимії у здорових студентів в залежності від курсу навчання (табл. 5.1.12) виявлено наступні результати: при повторному обстеженні у 57 (29,23%) студентів спостерігали підвищення рівня ситуативної тривоги, тобто студенти у яких при первинному обстеженні був низький РСТ через рік став помірний рівень, а помірний перейшов у високий. За збільшенням абсолютного показника (за балами) стосовно РСТ у 88 (45,13%) першокурсників діагностовано збільшення кількості балів. Різниця у відсоткових значеннях пов'язана з тим, що не завжди збільшення кількості балів призводило до підвищення рівня ситуативної тривоги. Зменшення РОТ було у 64 (32,82%) осіб, абсолютні значення знизились у 101 (51,79%).

Рівень особистісної тривожності підвищився у 57 (29,23%) студентів I курсу, знизився у 54 (27,69%), абсолютні показники за РОТ збільшилися у 100 (51,28%) осіб, а зменшилися у 90 (46,15%).

Підвищення рівня алекситимії при повторному обстеженні було виявлено у 44 (22,56%) студентів, абсолютні значення піднялися у 93 (47,69%) обстежених. Зниження рівня алекситимії на порядок спостерігали у 50 (25,64%).

Таблиця 5.1.12

Частота студентів I курсу порівняльної групи, в яких спостерігалися зміни рівня та балів за психодіагностичними шкалами

Показники	Збільшення				Зменшення			
	За рівнем		За балами		За рівнем		За балами	
	I курс (195)		I курс (195)		I курс (195)		I курс (195)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Продовж. табл. 5.1.12

1	2	3	4	5	6	7	8	9
РСТ	57	29,23	88	45,13	64	32,82	101	51,79
РОТ	57	29,23	100	51,28	54	27,69	90	46,15
Рівень алекситимії	44	22,56	93	47,69	50	25,64	95	48,72
Рівень депресії	25	12,82	86	44,10	34	17,44	100	51,28
Рівень нейротизму	7	3,59	90	46,15	6	3,08	97	49,74

Як видно з таблиці 5.1.12 рівень депресії за тестом Цунга підвищився на порядок у 25 (12,82%) першокурсників, зростання абсолютних значень депресії спостерігали у 86 (44, 10%) осіб, а зниження – у 34 (17,44%) та 100 (51,28%) студентів відповідно.

У 7 (3,59%) студентів рівень нейротизму досяг значення в 24 бали, що свідчить про наявність неврозу, і у 90 (46,15%) спостерігали лише підвищення рівня нейротизму на кілька балів в межах норми. Зниження рівня нейротизму спостерігали у 6 (3,08%), і у 97 (49,74%) студентів діагностували зниження балів за шкалою нейротизму.

У здорових студентів II курсу при повторному обстеженні виявлено, більше підвищення рівнів тривожності і менше – рівнів алекситимії, депресії, нейротизму в порівнянні зі студентами I курсу. Так, РСТ зріс на порядок у 42 (32,56%) студентів, а за кількістю балів – у 61 (47,29%). Рівень особистісної тривожності підвищився на порядок у 45 (34,88%) осіб, за абсолютними значеннями РОТ збільшився у 65 (50,39%). Збільшення рівня алекситимії було у 19 (14,73%) другокурсників, за балами, підвищення спостерігалось у 55 (42,64%) студентів. Збільшення рівня депресії, через рік після первинного обстеження, було діагностовано у 13 (10,08%) обстежених. Рівень нейротизму зріс у 4 (3,10%) студентів II курсу. Результати частоти студентів II курсу порівняльної групи, в

яких спостерігалось збільшення рівня та балів за психодіагностичними шкалами представлено в таблиці 5.1.13.

Таблиця 5.1.13

Частота студентів II курсу порівняльної групи, в яких спостерігалися зміни рівня та балів за психодіагностичними шкалами

Показники	Збільшення				Зменшення			
	За рівнем		За балами		За рівнем		За балами	
	II курс (129)		II курс (129)		II курс (129)		II курс (129)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
РСТ	42	32,56	61	47,29	49	37,98	65	50,39
РОТ	45	34,88	65	50,39	36	27,91	61	47,29
Рівень алекситимії	19	14,73	55	42,64	31	24,03	68	52,71
Рівень депресії	13	10,08	55	42,64	26	20,16	71	55,04
Рівень нейротизму	4	3,10	52	40,31	2	1,55	71	55,04

В таблиці 5.1.14 представлено результати дослідження частоти студентів III курсу порівняльної групи, в яких спостерігалось збільшення рівня та балів за психодіагностичними шкалами.

Таблиця 5.1.14

Частота студентів III курсу(N=205) порівняльної групи, в яких спостерігалися зміни рівня та балів за психодіагностичними шкалами

Показники	Збільшення				Зменшення			
	За рівнем		За балами		За рівнем		За балами	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
РСТ	46	22,44	77	37,56	59	28,78	116	56,59

Продовж. табл. 5.1.14

1	2	3	4	5	6	7	8	9
РОТ	80	39,02	124	60,49	49	23,90	73	35,61
Рівень алекситимії	43	20,98	83	40,49	55	26,83	95	46,34
Рівень депресії	21	10,24	89	43,41	35	17,07	107	52,20
Рівень нейротизму	7	3,41	95	46,34	4	1,95	102	49,76

Як видно з таблиці 5.1.14 рівень ситуативної тривоги збільшився на порядок у 46 (22,44%) студентів III курсу, це менше ніж на першому та другому курсах, а от РОТ зріс у 80 (39,02%) осіб і це найвищий показник по всіх курсах. У 21 (10,24%) студентів підвищився рівень депресії та у 7 (3,41%) – рівень нейротизму. Рівень алекситимії підвищився у 43 (20,98%) студентів.

На четвертому курсі спостерігалась наступна динаміка змін за психодіагностичними шкалами: РСТ збільшився у 52 (18,09%) студентів, РОТ – у 48 (17,45%) обстежених. Рівень алекситимії зріс у 22 (8,00%) третьокурсників. У 24 (8,72%) осіб збільшився на порядок рівень депресії і у 8 (2,90%) – зріс рівень нейротизму (табл. 5.1.15).

Таблиця 5.1.15

Частота студентів IV курсу(N=275) порівняльної групи, в яких спостерігалися зміни рівня та балів за психодіагностичними шкалами

Показники	Збільшення				Зменшення			
	За рівнем		За балами		За рівнем		За балами	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
РСТ	52	18,09	76	27,63	82	29,82	143	52,00
РОТ	48	17,45	70	25,45	55	20,00	97	35,27
Рівень алекситимії	22	8,00	56	20,36	88	32,00	146	53,09
Рівень депресії	24	8,72	51	18,54	62	22,55	137	49,82
Рівень нейротизму	8	2,90	37	13,45	11	4,00	125	45,45

Як видно з таблиць 5.1.14-5.1.15 зростання рівнів тривоги, депресії, алекситимії, нейротизму були найнижчими у студентів 4 курсу. Наші результати резонують із результатами Лещини І.В., які у своєму дослідженні отримали подібні результати хоча обстежували лише студентів медиків [406]. Це можна пояснити, що студенти на четвертому курсі сприймають цей період навчання, як найстабільніший час (між комплексними іспитами).

В таблиці 5.1.16 представлені результати обстеження здорових студентів п'ятого курсу.

Таблиця 5.1.16

Частота студентів V курсу(N=106) порівняльної групи, в яких спостерігалися зміни рівня та балів за психодіагностичними шкалами

Показники	Збільшення				Зменшення			
	За рівнем		За балами		За рівнем		За балами	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
РСТ	28	26,42	45	42,45	37	34,91	58	54,72
РОТ	26	24,52	59	55,66	22	20,75	43	40,57
Рівень алекситимії	17	16,04	51	48,11	33	31,13	51	48,11
Рівень депресії	24	22,64	47	44,34	31	29,25	55	51,89
Рівень нейротизму	1	0,94	40	37,74	5	4,72	58	54,72

Рівень ситуативної тривоги збільшився на порядок у 28 (26,42%) студентів, РОТ – у 26 (24,52%) відповідно. Рівень алекситимії зріс у 17 (16,04%) обстежених. У 24 (22,64%) студентів констатували зростання рівня депресії на порядок і у 47 (44,34%) виявили зростання кількості балів за даною психодіагностичною шкалою.

Аналіз результатів анкетування респондентів без психічних розладів (контрольної групи), що навчалися на I курсі, за психодіагностичними шкалами вказав на збільшення важкості рівня ситуативної тривоги (РСТ) у 57 (29,23%)

осіб, рівня особистісної тривожності (РОТ) у 57 (29,23%) студентів, алекситимії у 44 (22,56%) опитаних. Збільшення рівня депресії, на порядок – тобто з легкого рівня депресії до помірного, з помірного рівня – до високого; виявили у 25 (12,82%) першокурсників. Рівень нейротизму підвищився у 7 (3,59%) осіб. Результати представлені в таблиці 5.1.17. На II курсі погіршення показників РСТ було виявлено у 42 (32,56%) студентів без НПП, що більше ніж на першому курсі. Збільшення РОТ спостерігалось у 45 (34,88%) студентів II курсу, що також більше, аніж на I курсі. Проте збільшення рівня депресії у студентів II курсу виявляли рідше ніж на I курсі – у 13 (10,08%) студентів.

Таблиця 5.1.17

Частота студентів контрольної групи, в яких спостерігалось збільшення важкості (рівня) за психодіагностичними шкалами в залежності від курсу навчання

Показники	I (195)		II (129)		III (205)		IV (275)		V (106)	
	Абс.	Відн. %	Абс.	Відн. %	Абс.	Відн. %	Абс.	Відн. %	Абс.	Відн. %
РСТ	57	29,23	42	32,56	46	22,44	52	18,09	28	26,42
РОТ	57	29,23	45	34,88	80	39,02	48	17,45	26	24,52
Алекситимія	44	22,56	19	14,73	53	25,85	22	8,00	17	16,04
Депресія	25	12,82	13	10,08	21	10,24	24	8,72	24	22,64
Нейротизм	7	3,59	4	3,10	7	3,41	8	2,90	1	0,94

Для кращої наочності ми підготували рисунок 5.1.4 до таблиці 5.1.17, на якій легко прослідкувати динаміку зростання рівнів депресії, тривоги, алекситимії та нейротизму.

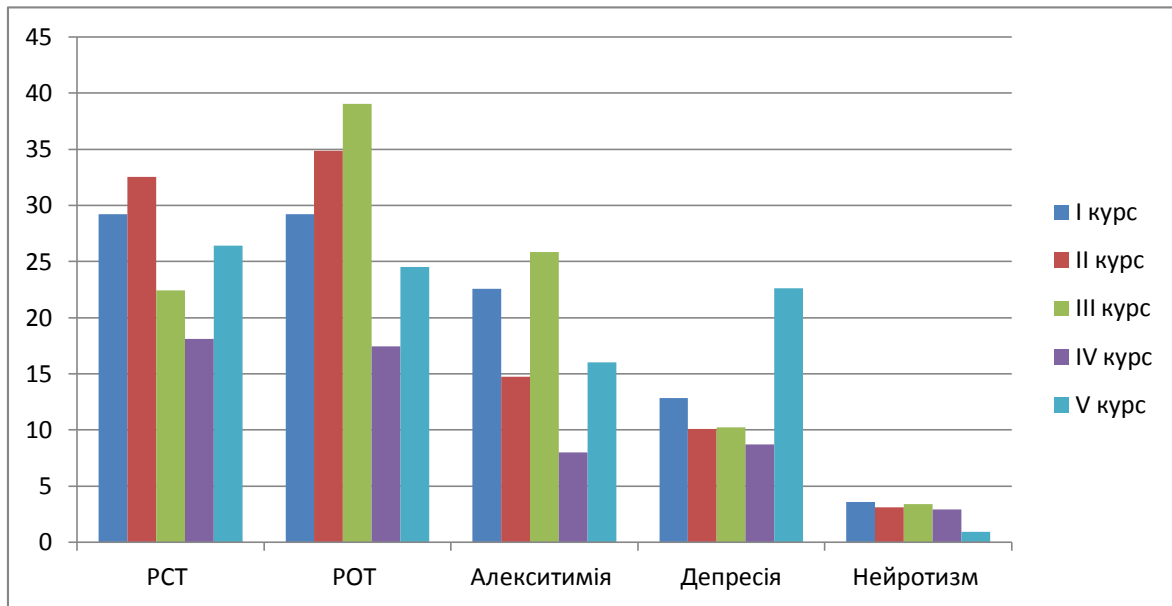


Рис. 5.1.4 Динаміка частоти студентів всіх курсів порівняльної групи, в яких спостерігалось збільшення рівня за психодіагностичними шкалами

Як видно з таблиці 5.1.17 найбільше рівень ситуативної тривоги підвищився на порядок (тобто з легкого рівня до помірного, з помірного рівня – до високого) за 1 рік спостереження в динаміці, серед студентів II курсу – 32,56%, а найменше у студентів IV курсу – 18,09% осіб.

Найбільше рівень особистісної тривожності збільшився на порядок у студентів III курсу – 39,02%, а найрідше POT підвищувався у студентів IV курсу – 17,45%.

Аналізуючи частоту посилення алекситимії серед студентів контрольної групи встановлено, що її рівень найчастіше підвищувався на III курсі навчання - 25,85%, а найрідше, даний показник підвищувався у студентів IV курсу – 8,00%.

Рівень депресії за шкалою Цунга найчастіше підвищувався у студентів IV курсу – 13,82% осіб, а найрідше на IV курсі – у 8,72% студентів порівняльної групи.

Рівень нейротизму підвищився на порядок у 7,64% студентів IV курсу, і це був найбільший показник серед усіх обстежених студентів контрольної групи. Прикметно, що нарідше рівень нейротизму зростав у студентів V курсу – 0,94%.

Отже, проаналізувавши частоту студентів контрольної групи, в яких спостерігалось збільшення важкості рівня тривожності, депресії, алекситимії та

нейротизму за психодіагностичними шкалами в залежності від курсу навчання достовірні відмінності встановлені лише на четвертому курсі навчання, зниження зростання рівнів тривоги, депресії, алекситимії можна пояснити відносно спокійним періодом у навчанні (адаптація відбулася, комплексний іспит позаду, міжособистісні конфлікти в колективі залагоджені).

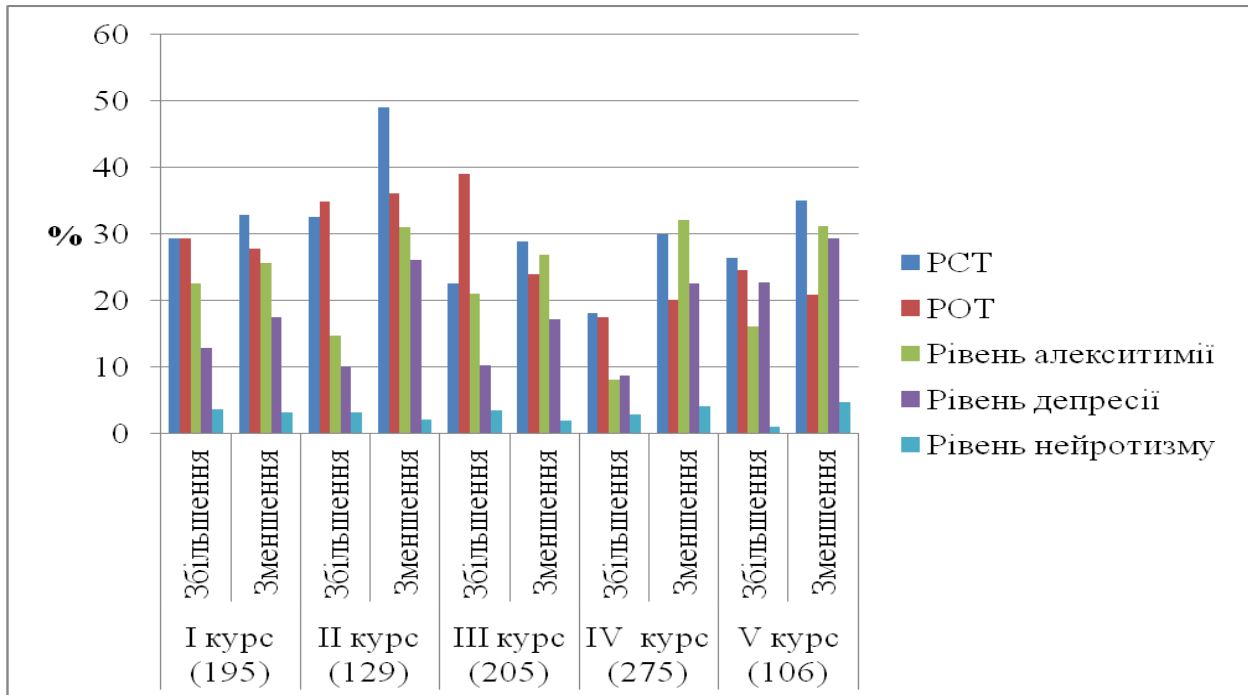


Рис. 5.1.5 Динаміка зміни рівнів за психодіагностичними шкалами в залежності від курсу навчання

Як видно з рисунку 5.1.5 між результатами студентів усіх курсів достовірних відмінностей виявлено не було, що свідчить про достатню психічну стійкість здорових студентів на всіх курсах навчання. Незначні коливання показників можуть свідчити про переживання студентів на тому чи іншому курсі навчання певних психотравмуючих ситуацій, з якими більшість порастається за рахунок внутрішніх ресурсів, не виходячи за межі норми, тобто не переходячи в патологічний стан (НПР).

Таким чином, проаналізувавши вікову динаміку розповсюдженості і структури непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти, можна сформулювати наступні висновки:

1. Найчастіше НПР діагностували у 20 річних студентів – 28,39%, а найрідше – у 24-28 річних – 2,84%.

2. Віковий розподіл студентів з НПР відповідно діагностичних рубрик МКХ-10 - для більшості студентів характерні невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F 40.0-48.1). З віком зростає частка афективних розладів (F 30.0-34.1).
3. Найвищий відсоток хворих з афективними розладами (F 30.0-34.1) навчався на п'ятому та шостому курсах, і склав – 10,60% та 20,00% відповідно.
4. Поширеність НПР серед студентів I курсу - 73 особи, що становило 27,24% від 268 обстежених студентів I курсу і 23,03% від усіх студентів основної групи. Прикметно, що переважали невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади - 67,12%.
5. Найбільша кількість студентів з НПР навчалися на 5 курсі - 45 осіб, що становило 29,80% від 151 обстеженого студента п'ятого курсу і 14,20% від 317 студентів у яких виявлено НПР.
6. Динаміка рівнів особистісної тривожності, ситуативної тривоги, депресії, алекситимії у здорових студентів в залежності від курсу навчання:
 - найбільше рівень ситуативної тривоги підвищився на порядок за 1 рік спостереження в динаміці, серед студентів II курсу – 32,56%, а найменше у студентів IV курсу – у 18,09% осіб.
 - найбільше рівень особистісної тривожності збільшився на порядок у студентів III курсу – 39,02%, а найрідше РОТ підвищувався у студентів IV курсу – 17,45%.
 - рівень алекситимії найчастіше підвищувався на III курсі навчання - 25,85%, а найрідше, даний показник підвищувався у студентів IV курсу – 8,00%.
 - рівень депресії за шкалою Цунга найчастіше підвищувався у студентів IV курсу – 13,82% осіб, а найрідше на IV курсі – у 8,72% студентів.
 - рівень нейротизму підвищився на порядок у 7,64% студентів IV курсу, і це був найбільший показник серед усіх обстежених студентів контрольної групи. Прикметно, що найрідше рівень нейротизму зростав у студентів V курсу – 0,94%.

5.2 Дослідження частоти нових випадків непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти

Дослідження частоти виникнення нових випадків НПР протягом року та порівняння її з зазначеними показниками при першому обстеженні дозволили скласти уявлення про те, які непсихотичні психічні розлади виникали у студентів впродовж навчання. Отже прийнявши за нульову гіпотезу відсутність впливу обставин, що діяли до початку навчання, нам вдалося виділити такі НПР, що виникли протягом року навчання.

Оцінку первинних випадків НПР, що були виявлені при повторному обстеженні, проводили серед практично здорових студентів за результатами I-ного обстеження й порівнювали отримані дані зі структурою НПР, які було діагностовано нами в усій когорті досліджених при I-му поперечному зрізі. Результати представлені в табл. 5.2.1.

Як видно з таблиці більшість студентів у яких при первинному обстеженні не було виявлено психічної патології залишилися практично здоровими і через рік (858 осіб, 93,46 %). Аналізуючи структуру НПР, що виникли за вказаний період у даного контингенту, був вужчим у порівнянні з виявленими хворими при первинному обстеженні. Головним чином, НПР були представлені афективними розладами (F30.0, F32.0, F34.0) та невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F40.1, F41.2, F42.0, F43.20, F43.21, F43.22) (примітка 1, табл. 5.2.1).

Таблиця 5.2.1

Частота нових випадків непсихотичних психічних розладів протягом року навчання серед студентів (N 918) (абс., %)

НПР (шифр за МКХ – 10)*	Частота вперше діагностованих випадків непсихотичних психічних розладів (повторне обстеження) (N=918)						
	всі (n=918)		чоловіки (n=268)		жінки (n=650)		РТМФ
1	2		3		4		5
F30.0	4	0,44	1	0,37	3	0,46	p>0,05
F32.0	4	0,44	1	0,37	3	0,46	p>0,05

Продовж. табл. 5.2.1

1	2		3		4		5
F34.0	3	0,33	0	0,00	3	0,46	p>0,05
Разом F30-39	11	1,20	2	0,75	9	1,38	p>0,05*
F40.0	1	0,11	1	0,37	0	0,00	p>0,05
F40.1	4	0,44	1	0,37	3	0,46	p>0,05
F41.2	3	0,33	1	0,37	2	0,31	p>0,05
F42.0	3	0,33	0	0,00	3	0,46	p>0,05
F42.1	1	0,11	1	0,37	0	0,00	p>0,05
F43.0	5	0,54	1	0,37	4	0,62	p>0,05
F43.20	6	0,65	2	0,75	4	0,62	p>0,05
F43.22	5	0,54	2	0,75	3	0,46	p>0,05
F43.23	4	0,44	2	0,75	2	0,31	p>0,05
F45.30	3	0,33	2	0,75	1	0,15	p>0,05*
F45.31	5	0,54	2	0,75	3	0,46	p>0,05
F45.33	4	0,44	1	0,37	3	0,46	p>0,05
F48.0	5	0,54	2	0,75	3	0,46	p>0,05
Разом F40-49	49	5,34	18	6,72	31	4,77	p>0,05
Разом	60	6,54	20	7,46	40	6,15	p>0,05
Без ознак НІР		93,4		92,5		93,8	p>0,05
	858	6	248	4	610	5	

Примітки до табл. 5.2.1:

1. * – шифри неспсихотичних психічних розладів за МКХ-10: F30.0 – гіпоманія, F32.0 – легкий депресивний епізод, F34.0 – циклотимія, F30-39 – усі афективні розлади, F40.0 – агорафобія, F40.1 – соціальні фобії, F41.2 – змішаний тривожно - депресивний розлад, F42.0 – ОКР. Переважно нав'язливі думки або роздуми («розумова жуйка»), F42.1 – ОКР. Переважно компульсивні дії, F43.20 – адаптаційні розлади. короткочасна депресивна реакція, F43.22 – адаптаційні розлади. змішана тривожно - депресивна реакція, F43.23 – адаптаційні розлади. З переважанням емоційних порушень, F45.30 - соматоформна вегетативна дисфункція серця та серцевосудинної системи, F45.31 - соматоформна вегетативна дисфункція верхнього відділу шлунково-кишкового тракту, F45.33 - соматоформна вегетативна дисфункція дихальної системи, F48.0 – неврастенія, F40-49 – усі невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади.

2. * – значення $P_{\text{ТМФ}}$, що наближаються до 0,05 але достовірні відмінності відсутні.

Цікавим фактом виявилось те, що в структурі НПР виявлених при повторному обстеженні були відсутні інші, крім діагностованих раніше при первинному обстеженні, категорії психічної патології за МКХ-10.

В свою чергу, помірний депресивний епізод (F 32.1), важкий депресивний епізод (F 32.2), рекурентний депресивний розлад (F 33.0), дистимія (F34.1), панічний (F41.0), соматизований розлад (F45.0), СВД нижніх відділів ШКТ (F45.32), СВД сечовивідної системи (F 45.34), СВД інших органів та систем (F 45.38), поведінкові синдроми пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (F50-59), розлади зрілої особистості і поведінки (F 60-69) не були верифіковані взагалі.

Слід вказати, що достовірних відмінностей між частотою нових випадків НПР у чоловіків та жінок виявлено не було. Це підтверджує нашу гіпотезу про те, що стать студентів не впливає на частоту формування НПР.

Прикметно, що невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади разом (F40-49), які діагностовано вперше, частіше виникали у студентів, що навчались на першому та п'ятому курсах (36,43 %, 43,57 % відповідно, $p < 0,05$).

Структура нових випадків НПР, діагностованих протягом року навчання, представлена переважно НПР афективного та невротичного регістрів (у співвідношенні $\approx 1/5$ відповідно), отже інші форми психічної патології швидше виникають в період до початку навчання або при тривалому навчанні. Тобто доцільною є спрямованість заходів психопрофілактики у напрямках підвищення стресостійкості студентів та їх адаптаційних можливостей.

Аналіз структури НПР у студентів відповідно до статі дозволив, з одного боку, враховувати вплив цього чинника при побудові психопрофілактичної та корекційної (включно психотерапії, психо-, фармакотерапії) допомоги, з іншого – визначити психічну патологію, при якій спостерігалася відмова студентів від участі у терапевтичних програмах, що обумовлено зниженням, при певних НПР, рівню критичності, реальної оцінки «перспективи» та стійка впевненість у власних переконаннях, які порушують інсайт (усвідомлення власного стану) [407]

та знижують готовність, бажання, внутрішній обов'язок пацієнта виконувати призначення лікаря.

Слід відмітити, що така характеристика (за згодою-відмовою) обстеженого контингенту була необхідною умовою для грамотного формування груп порівняння з метою подальшої оцінки ефективності системи профілактики та лікування НПР.

При перевірці гіпотез дисертаційної роботи стосовно впливу статі на динаміку структури НПР у студентів з психічною патологією при I поперечному зрізі, виявилось, що гендерні розбіжності не відігравали істотної ролі при більшості окремих категорій НПР за МКХ-10.

Виключення склали невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади разом (F40-49). Так, діагноз залишався незмінним протягом року здебільше у чоловіків (в 1,3 рази), ніж у жінок ($p < 0,05$).

Докладний аналіз частоти нових випадків НПР доцільно проводити задля обґрунтування необхідності та адекватного прогнозу ефективності психопрофілактичних та психокорекційних втручань.

Психопрофілактичні та психокорекційні заходи в структурі системи діагностики, психопрофілактики та психокорекції непсихотичних психічних розладів у студентів включали засоби та методи впливу переважно на адаптаційні розлади (F43.20-22), що пов'язані зі структурою НПР та рівнем налаштованості обстеженого контингенту до запропонованої психопрофілактичної та психокорекційної роботи.

Таким чином, структура нових випадків НПР, діагностованих протягом року навчання, представлена переважно НПР афективного (1,2%) та невротичного реєстрів (5,34%) (у співвідношенні $\approx 1/5$ відповідно), отже інші форми психічної патології швидше виникають в період до початку навчання або при тривалому навчанні. Тобто доцільною є спрямованість заходів психопрофілактики у напрямках підвищення стресостійкості студентів та їх адаптаційних можливостей.

ВИСНОВКИ ДО П'ЯТОГО РОЗДІЛУ

Таким чином, проаналізувавши вікову динаміку розповсюдженості і структури непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти, можна сформулювати наступні висновки:

7. Найчастіше НПР діагностували у 20 річних студентів – 28,39%, а найрідше – у 24-28 річних – 2,84%.
8. Віковий розподіл студентів з НПР відповідно діагностичних рубрик МКХ-10 - для більшості студентів характерні невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F 40.0-48.1). З віком зростає частка афективних розладів (F 30.0-34.1).
9. Найвищий відсоток хворих з афективними розладами (F 30.0-34.1) навчався на п'ятому та шостому курсах, і склав – 10,60% та 20,00% відповідно.
10. Поширеність НПР серед студентів I курсу - 73 особи, що становило 27,24% від 268 обстежених студенти I курсу і 23,03% від усіх студентів основної групи. Прикметно, що переважали невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади - 67,12%.
11. Найбільша кількість студентів з НПР навчалися на 5 курсі - 45 осіб, що становило 29,80% від 151 обстеженого студента п'ятого курсу і 14,20% від 317 студентів у яких виявлено НПР.
12. Динаміка рівнів особистісної тривожності, ситуативної тривоги, депресії, алекситимії у здорових студентів в залежності від курсу навчання:
 - найбільше рівень ситуативної тривоги підвищився на порядок за 1 рік спостереження в динаміці, серед студентів II курсу – 32,56%, а найменше у студентів IV курсу – у 18,09% осіб.
 - найбільше рівень особистісної тривожності збільшився на порядок у студентів III курсу – 39,02%, а найрідше РОТ підвищувався у студентів IV курсу – 17,45%.
 - рівень алекситимії найчастіше підвищувався на III курсі навчання - 25,85%, а найрідше, даний показник підвищувався у студентів IV курсу – 8,00%.
 - рівень депресії за шкалою Цунга найчастіше підвищувався у студентів IV курсу – 13,82% осіб, а найрідше на IV курсі – у 8,72% студентів.

- рівень нейротизму підвищився на порядок у 7,64% студентів IV курсу, і це був найбільший показник серед усіх обстежених студентів контрольної групи. Прикметно, що нарідше рівень нейротизму зростав у студентів V курсу – 0,94%.

13. Структура нових випадків НПР, діагностованих протягом року навчання, представлена переважно НПР афективного (1,2%) та невротичного регістрів (5,34%) (у співвідношенні $\approx 1/5$ відповідно), отже інші форми психічної патології швидше виникають в період до початку навчання або при тривалому навчанні. Тобто доцільною є спрямованість заходів психопрофілактики у напрямках підвищення стресостійкості студентів та їх адаптаційних можливостей.

Матеріали, що увійшли до розділу, опубліковано автором у наукових працях: [229], [288], [274], [380], [408], [295], [152], [409], [410].

РОЗДІЛ 6

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

Інтенсивність сучасного життя на психологічному рівні сприяє появі негативних емоційних переживань і стресових реакцій, які, накопичуючись, викликають формування виражених та тривалих станів тривоги, депресії. Молода людина, що починає студентське життя, одночасно переживає вплив декількох стресових чинників: зміна референтного та мікросоціального середовища в закладі освіти, нерідко зміна житлових умов, зміна звичного устрою життя, у тому числі особливості навчання та контролю в університеті в порівнянні зі шкільним навчанням тощо. Тому молоді люди потребують допомоги в адаптації до студентського життя [411].

Тривожність – підвищена схильність людини переживати занепокоєння в будь-яких ситуаціях життя, у тому числі й тоді, коли причин для цього немає. Тривожна людина відрізняється від малотривожної тим, що в неї занадто часто виникають пов'язані з занепокоєнням емоційні переживання: страх, побоювання, страхи. Їй здається, що багато чого з того, що її оточує, несе в собі загрозу для її власного «Я». Поняття тривожності близько до поняття нейротизму (Г. Айзенк). Невротики схильні до депресивних станів навіть у звичайних ситуаціях життя [412].

Комплексне дослідження тривожності особистості повинно починатися з вивчення її причин, що криються в розвитку людини з дитинства. Саме тривожність лежить в основі низки психологічних труднощів дитинства, зокрема багатьох порушень розвитку, що стають приводом для звернення до психологічної служби.

Аналізуючи рівень ситуативної тривоги (РСТ) у студентів закладів вищої освіти встановлено достовірні відмінності між показниками у студентів основної та порівняльної групи (табл. 6.1), так низький РСТ був діагностований у 13 (4,10%) осіб I групи та 188 (20,5%) студентів II групи ($p < 0,05$); помірний РСТ – 125 (39,43%) та 536 (58,4%) ($p < 0,05$) відповідно; високий РСТ виявлено у 179

(56,47%) студентів з НПР та у 194 (21,1%) здорових студентів ($p < 0,05$). Середнє абсолютне значення РСТ у студентів основної групи 46,37 бала у студентів порівняльної групи – 37,51 бала ($p < 0,05$). Отже, для студентів з НПР достовірно вищими були абсолютні значення ситуативної тривоги та достовірно частіше діагностували високий РСТ, такі результати дають нам можливість розглядати РСТ як важливий діагностичний критерій НПР у осіб молодого віку.

Таблиця 6.1

Рівень ситуативної тривоги в основній та порівняльній групах

№	Рівень ситуативної тривоги	група I (n = 317)		група II (n = 918)		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1.	Низький	13	4,10	188	20,50	-2,63	5,50	2,94
2.	Помірний	125	39,43	536	58,40	-3,90	4,37	2,13
3.	Високий	179	56,47	194	21,10	7,48	3,71	2,93

В статевому розподілі виявлено, що загалом серед жінок переважали особи з помірним РСТ - 468 (53,79%), з високим РСТ було 252 (28,96%), з низьким РСТ – 150 (17,24%). Для чоловіків були характерні наступні результати: високий РСТ – 86 (23,56%), помірний РСТ – 187 (51,23%) та низький РСТ виявили у 86 (23,56%) хлопців. Отже в переважній більшості студентів було діагностовано помірний РСТ, хоча високий РСТ був більше характерний для студенток – 28,96% проти 23,56% у хлопців, а низький РСТ – для студентів – 23,56% проти 17,24% у дівчат ($p < 0,05$). Прикметно, що абсолютні середні значення РСТ також були вищими у жінок – 39,48 бали аніж у чоловіків – 38,6 бали.

В основній групі переважали жінки з високим РСТ -121 (55,01%), з помірним РСТ – 90 (40,90%), з низьким РСТ – 9 (4,09%) студенток. Серед чоловіків основної групи також переважали особи з високим РСТ 58 (59,79%), помірний РСТ 35 (36,08%) та низький рівень ситуативної тривоги виявили лише у 4 осіб (4,12%). Середні абсолютні значення РСТ у жінок – 45,9 бали, у чоловіків основної групи – 47,44 бали. Отже для чоловіків з НПР характерним є вищий РСТ в порівнянні з жінками цієї ж групи, що підтверджує нашу гіпотезу стосовно того,

що жінки легше переносять стресові ситуації, хоча мають вищий рівень фонові, особистісної тривожності.

В терапевтичній групі (n=210) середнє абсолютне значення було 46,55 балів.

Рівень особистісної тривожності (РОТ) визначали за шкалою Спілбергера-Ханіна і виявили наступні результати (табл. 6.2): високий РОТ був притаманний 212 (66,88%) студентам основної групи та 250 (27,20%) осіб порівняльної групи ($p < 0,05$). Помірний РОТ діагностовано у 97 (30,60%) хворих з НІР та у 512 (55,80%) ($p < 0,05$) здорових молодих людей. Низький РОТ виявлено у 8 (2,52%) студентів I групи та 156 (17,00%) обстежених II групи ($p < 0,05$).

Таблиця 6.2

Рівень особистісної тривожності в основній та порівняльній групах

№	Рівень особистісної тривожності	група I (n = 317)		група II (n = 918)		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1.	Низький	8	2,52	156	17,00	-2,29	5,55	3,01
2.	Помірний	97	30,60	512	55,80	-4,87	4,68	2,19
3.	Високий	212	66,88	250	27,20	9,25	3,23	2,82

Наочно порівняння рівнів особистісної тривожності та ситуативної тривоги в основній та порівняльній групах представлено на рис. 6.1

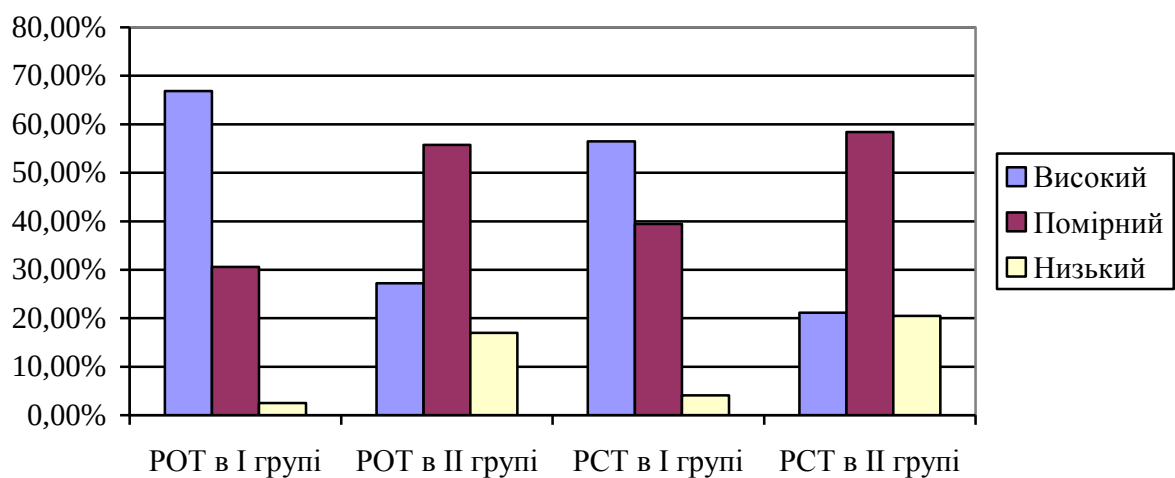


Рис.

6.1 Рівні особистісної тривожності та ситуативної тривоги в основній та порівняльній групах

Таким чином, в основній групі переважали студенти з високим РОТ 66,88% та високим РСТ 56,47%, а в порівняльній групі значно більше було студентів з середніми РОТ (55,8%) та РСТ (58,4%).

В статевому розподілі РОТ мав наступні особливості (табл. 6.3): при первинному обстеженні високий РОТ виявлено у 70,10% чоловіків основної групи та 29,48% - порівняльної ($p < 0,05$); помірний РОТ був діагностований у більшій кількості здорових студентів - 54,85% та у 28,87% чоловіків з НПР ($p < 0,05$). При повторному обстеженні статистично вірогідні відмінності виявлено за низьким РОТ у 9,28% хлопців I групи та у 35,07% студентів II групи ($p < 0,05$).

Таблиця 6.3

Динаміка рівнів особистісної тривожності в залежності від статі

РОТ (при первинному обстеженні, чоловіча стать)								
	Рівень	Основна група (N=97)		Порівняльна група (N=268)		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Низький	1	1,03	42	15,67	-1,27	10,10	5,61
2.	Помірний	28	28,87	147	54,85	-2,74	8,56	4,10
3.	Високий	68	70,10	79	29,48	5,37	5,55	5,13
РОТ (при повторному обстеженні, чоловіча стать)								
	Рівень	Основна група (N=97)		Порівняльна група (N=268)		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1.	Низький	9	9,28	94	35,07	-2,38	9,67	4,92
2.	Помірний	55	56,70	124	46,27	1,30	6,68	4,48
3.	Високий	33	34,02	50	18,66	1,55	8,25	5,51

РОТ (при первинному обстеженні, жіноча стать)								
	Рівень	Основна група (N=220)		Порівняльна група (N=650)		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1.	Низький	7	3,18	114	17,54	-1,91	6,63	3,56
2.	Помірний	69	31,36	365	56,15	-4,02	5,59	2,60
3.	Високий	144	65,45	171	26,31	7,53	3,96	3,37
РОТ (при повторному обстеженні, жіноча стать)								
	Рівень	Основна група (N=220)		Порівняльна група (N=650)		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1.	Низький	36	16,36	145	22,31	-0,84	6,17	3,46
2.	Помірний	106	48,18	364	56,00	-1,42	4,85	2,60
3.	Високий	78	35,45	141	21,69	2,14	5,42	3,47

Примітка: жирним шрифтом виділені статистично значимі результати.

Як видно з таблиці 6.3, що при первинному обстеженні ВРОТ діагностовано у 65,45% жінок основної групи та у 26,31% - порівняльної групи ($p < 0,05$). Помірний РОТ переважав серед дівчат порівняльної групи – 56,15% та був виявлений лише у 31,36% дівчат основної групи ($p < 0,05$). Низький РОТ був виявлений у 3,18% осіб з НПР та у 17,54% здорових дівчат ($p < 0,05$). Прикметно, що при повторному обстеженні у жінок, на відміну від чоловіків, достовірні відмінності були виявлені лише за ВРОТ – 35,45% в основній групі та 21,69% в порівняльній групі ($p < 0,05$).

При повторному обстеженні, через рік, виявлено наступні результати низький РСТ був діагностований у 106 (33,43%) осіб I групи та 161 (17,54%) студентів II групи ($p < 0,05$); помірний РСТ – 147 (46,37%) та 525 (57,19%) ($p < 0,05$) відповідно; високий РСТ виявлено у 64 (20,18%) студентів з НПР та у 232 (25,27%) здорових студентів ($p \geq 0,05$).

В межах основної групи при первинному обстеженні було виявлено наступні результати (табл. 6.4):

Таблиця 6.4

Рівень особистісної тривожності та ситуативної тривоги в терапевтичній та контрольній групах при первинному обстеженні

№	Рівень особистісної тривожності	група ІА (n = 210)		група ІБ (n = 107)		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1.	Низький	6	2,86	2	1,87	-0,08	9,58	6,80
2.	Помірний	59	28,10	38	35,51	0,76	7,76	5,85
3.	Високий	145	69,05	67	62,62	-0,91	5,91	3,84
	Рівень ситуативної тривоги							
1.	Низький	8	3,81	5	4,67	0,07	9,44	6,77
2.	Помірний	80	38,10	45	42,06	0,43	7,36	5,43
3.	Високий	122	58,10	57	53,27	-0,60	6,61	4,47

Достовірних відмінностей в терапевтичній та контрольній групах при первинному опитуванні не виявлено ($p \geq 0,05$), що вказує на те, що у осіб з НПР переважає високий рівень особистісної тривожності та ситуативної тривоги.

Після проведеного лікування, при повторному тестуванні виявлено наступні результати в ІА та ІБ групах відповідно (табл. 6.5) : високий РОТ - 49 (23,33%) та 62 (57,59%) ($p < 0,05$); помірний РОТ – 120 (57,14%) та 41 (38,32%) ($p < 0,05$); низький РОТ – 41 (19,52%) та 4 (3,74%) ($p \geq 0,05$). Високий РСТ – 5 (2,38%) та 59 (55,14%) ($p < 0,05$); помірний РСТ – 101 (48,10%) та 46 (42,99%) ($p \geq 0,05$); низький РСТ – 104 (49,52%) та 2 (1,87%) ($p < 0,05$). Що вказує на високу ефективність проведеного комплексного лікування.

Таблиця 6.5

Рівень особистісної тривожності та ситуативної тривоги в терапевтичні та контрольній групах при повторному обстеженні

№	Рівень особистісної тривожності	група ІА (n = 210)		група ІБ (n = 107)		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1.	Низький	41	19,52	4	3,74	-1,39	9,48	6,19
2.	Помірний	120	57,14	41	38,32	-2,13	7,59	4,52
3.	Високий	49	23,33	62	57,94	3,98	6,27	6,04
	Рівень ситуативної тривоги							
1.	Низький	104	49,52	2	1,87	-4,43	9,58	4,90
2.	Помірний	101	48,10	46	42,99	-0,58	7,30	4,97
3.	Високий	5	2,38	59	55,14	5,61	6,47	6,82

Примітка: жирним шрифтом виділені статистично значимі результати.

Таким чином, проведене лікування достовірно знизило рівень особистісної тривожності та ситуативної тривоги у студентів ІА групи, в порівнянні з РОТ та РСТ студентів ІБ групи ($p < 0,05$).

Великим фрагментом нашого дослідження стало вивчення такого психологічного феномену, як алекситимія. Алекситимія - це полідетерміноване явище, що може мати різне походження і природу. Так, Б. Бермонд, ґрунтуючись на даних нейробіології, в 1997 р виділив два її типи: тип І («афективний») характеризується низьким рівнем емоційного порушення і низьким рівнем усвідомлення цих емоцій; тип ІІ («когнітивний») характеризується нормальним емоційним тонусом, однак низьким рівнем розпізнавання і позначення почуттів

Таким чином, на природу алекситимії впливали, як нездатність до переживання, так і нездатність до рефлексії почуттів при їх наявності [413]. Однак нещодавно на вибірці в 1696 чоловік було показано, що, швидше за все, ці два типи не вичерпують усього розмаїття алекситимічних проявів, і було виділено п'ять емпіричних підтипів, як досі, ще не отримали назви [414-415].

У вітчизняній науці та практиці виділяють наступні різновиди алекситимії:

- органічна і функціональна;
- педагогічна (в разі якщо дитина не змогла опанувати емотивної лексики через педагогічну занедбаності);
- психологічна (що з'являється у вигляді психотравматичної або ситуативної алекситимії);
- лінгвістична, пов'язана з принциповою неможливістю знайти вербальне позначення для власного внутрішнього досвіду, в силу чого виникає необхідність звертатися до інших, метафоричних або взагалі несловесних кодувань переживань [416].

У 1992 році Левантом була висловлена гіпотеза, що в силу обмежень емоційності у чоловіків рівень алекситимії буде вище, ніж у жінок; в експерименті ця гіпотеза підтвердилася [417].

У психології особистості алекситимію часто розглядають як явище, пов'язане з психологічними захистами, наприклад, розщепленням: людина, будучи не в силах винести власне амбівалентне ставлення до якихось явищ, починає частіше використовувати дисоціацію і в результаті втрачає особистісну цілісність [418].

У той же час широко досліджується і зв'язок рівня алекситимії з психологічним благополуччям і різними параметрами соціального статусу особистості. Показано, що алекситимія має істотний вплив на здоров'я студентів педагогічних університетів [419], що вона пов'язана з незадоволенням якістю життя [420]. Вивчаючи алекситимію у представників допомагаючих професій, дослідники виявили, що її можна розглядати, як індикатор емоційного вигорання педагогів [421] і предиктор розладу поведінки типу А, що приводить до розвитку серцево-судинних захворювань, у лікарів похилого віку [422]. Алекситимія являє собою важливий критерій відбору в професію психіатра [423]. Перевіряючи гіпотезу, що алекситимія може бути пов'язана зі змістом основної діяльності, чеські психологи припустили, що її рівень може бути різним у студентів різних спеціалізацій [424]. І дійсно, дослідження показало, що найбільш високим він виявився у студентів природничих спеціальностей, найнижчим у

психологів, а медики за цією ознакою зайняли проміжне місце, причому найбільші відмінності були отримані за субшкалою «Екстернальне мислення».

С. К. Нартова-Бочавер та А. В. Потапова в своєму дослідженні дійшли висновку, що алекситимія дійсно поєднується з різними неблагоприємними психологічними проявами. Що ж стосується дослідження гендерних і професійних відмінностей, то, незважаючи на те, що за рівнем алекситимії відмінностей виявлено не було.

Алекситимія - популярний предмет клінічних досліджень. Термін «алекситимія» використовують для позначення провідного психічного розладу, що лежить в основі психосоматичних захворювань - обмеженої здатності індивіда до сприйняття власних почуттів та емоцій, їх адекватної вербалізації і експресивної передачі [425].

Актуальність вивчення феномену алекситимії, початок дослідження якого було покладено в 80-х рр. минулого століття, визначається її участю в патогенезі психосоматичних розладів. Дослідження останніх років показують, що у пацієнтів з різною нозологічною патологією соматоформні переживання і афективна патологія мають загальні механізми [426-427].

Важливість сучасних досліджень, опосередковано пов'язаних з алекситимією і її надлишковими проявами в молодому віці, визначається необхідністю зміни освітніх програм і пошуків нових форм психологічного супроводу, спрямованого на соціальну адаптацію і гармонійний особистісний розвиток в молодому віці [428-429].

У сучасному світі збільшується навантаження у вищих навчальних закладах, підвищується рівень напруги. У даних умовах студенти часто не приділяють належну увагу емоційній стороні життя. При цьому в суспільстві намагаються закріпити культ раціональності, емоційної холодності, часто цинічності. Негативна оцінка дається тим, хто висловлює свої емоції відкрито. Емоції витісняються зі свідомості, виключається можливість їх переробки і розуміння. За даними сучасних досліджень, збіднення емоцій і порушення емоційного контакту між людьми сприяє широко поширене в сучасному світі

надмірне захоплення інтернетом, а саме заміною реального спілкування віртуальним і зануренням в життя в мережі. Все це приводить до порушень емоційного здоров'я, що тягне за собою порушення в психічному, соматичному здоров'ї, і зниження якості життя в цілому.

Ситуація, що склалася сприяє формуванню емоційної безграмотності, і як наслідок веде до розвитку алекситимії і це є актуальною проблемою сучасності.

Для визначення рівня алекситимії використовували Торонтську алекситимічну шкалу (TAS-26) Г. Тейлора.

В результаті проведеного дослідження виявлено, що при первинному обстеженні в загальній групі (N=1235) високий рівень алекситимії (ВРА) виявлено у 204 (16,52%) студентів, при повторному обстеженні – у 176 (14,52%) ($t=0,61$). Тенденція до розвитку алекситимії (ТРА) виявлена у 323 (26,15%), низький рівень алекситимії (НРА) у 708 (57,33%) студентів при первинному обстеженні та у 316 (25,6%) і 743 (60,20%) – при повторному обстеженні відповідно. (табл. 6.6).

Таблиця 6.6

Рівень алекситимії у студентів в динаміці

№	Рівень алекситимії	I обстеження		II обстеження		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1	Низький (немає)	708	57,33	743	60,2	-1,10	1,86	1,80
2	Тенденція до розвитку	323	26,15	316	25,6	0,16	2,45	2,45
3	Високий	204	16,52	176	14,3	0,61	2,60	2,64

Вище наведені дані свідчать про помірно виражену алекситимію серед студентів, тобто більше половини обстежених осіб вміють розрізняти свої емоції та правильно їх описувати, висловлювати, виражати.

В основній групі (N=317) ВРА виявлено у 127 (40,06%) при первинній діагностиці та у 62 (19,60%) студентів через рік ($p<0,05$), що вказує на ефективність проведеної нами терапії (табл. 6.7). При первинному обстеженні

студентів з неспсихотичними психічними розладами ТРА виявлена у 96 (30,28%) студентів та у 94 (29,65%) осіб не виявлено ознак алекситимії. При повторному обстеженні виявлені наступні результати – ТРА діагностовано у 81 (25,60%) студентів та НРА – у 174 (54,90%) ($p < 0,05$), така позитивна динаміка є наслідком проведеного комплексного лікування.

Серед студентів без НПР більшість були без проявів алекситимії – 614 (66,88%), ТРА виявлено у 227 (24,73%) осіб, ВРА діагностовано у 77 (8,39%) здорових молодих людей. (табл. 2).

Таблиця 6.7

Рівні алекситимії в основній та порівняльній групах в динаміці

Первинне обстеження								
Рівень алекситимії		Основна група		Порівняльна група		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1	Низький (немає)	94	29,65	614	66,9	-7,33	4,71	1,90
2	Тенденція до розвитку	96	30,28	227	24,7	1,01	4,69	2,86
3	Високий	127	40,06	77	8,39	5,89	4,35	3,16
Повторне обстеження								
1	Низький (немає)	174	54,89	569	62	-1,65	3,77	2,04
2	Тенденція до розвитку	81	25,55	235	25,6	-0,01	4,85	2,85
3	Високий	62	19,56	114	12,4	1,21	5,04	3,09

Дещо відмінні результати отримав Taylor G.J. у 200 році, він відзначив, що алекситимія частіше зустрічається серед населення з низьким соціальним статусом і доходом, а також невисоким рівнем освіти. У студентському середовищі ознаки алекситимії характерні для 10% студентів - 1,8% дівчат і 8,2% юнаків [430].

Аналізуючи гендерний аспект алекситимії в загальній вибірці виявлено, що ВРА притаманний в більшій мірі чоловікам – 65 (17,81%) в порівнянні з 139 (15,98%) жінок при первинному обстеженні, прикметно, що при повторному обстеженні ВРА був діагностований у незначно більшої кількості жінок 14,37% проти 13,97% хлопців (табл. 6.8).

Таблиця 6.8

Рівні алекситимії у чоловіків і жінок загальної вибірки в динаміці

Чоловіки (N=365)								
Рівень алекситимії		Первинне обстеження		Повторне обстеження		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1	Низький (немає)	194	53,15	226	61,92	-1,82	3,58	3,23
2	Тенденція до розвитку	106	29,04	85	23,29	0,90	4,41	4,58
3	Високий	65	17,81	51	13,97	0,56	4,75	4,85
Жінки (N=870)								
Рівень алекситимії		Первинне обстеження		Повторне обстеження		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1	Низький (немає)	514	59,08	514	59,08	0,00	2,17	2,17
2	Тенденція до розвитку	217	24,94	231	26,55	-0,39	2,94	2,91
3	Високий	139	15,98	125	14,37	0,36	3,11	3,14

Виявлено достовірні відмінності у частоті ВРА у чоловіків в основній та порівняльній групах – 42,27% та 8,96% відповідно (табл. 6.9). Серед здорових юнаків переважали особи з НРА 64,18%, в той час як НРА був діагностований лише у 22,68% студентів з НПР. Серед жінок були виявлені подібні результати: НРА у 32,73% осіб I групи та 68,00% - II групи, а ВРА відповідно у 39,09% та 8,15% ($p < 0,05$).

Таблиця 6.9

Гендерні аспекти рівнів алекситимії в основній та порівняльній групах

Чоловіки								
№	Рівень алекситимії	Основна група		Порівняльна група		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1	Низький (немає)	22	22,68	172	64,18	-4,30	8,93	3,66
2	Тенденція до розвитку	34	35,05	72	26,87	0,84	8,18	5,22
3	Високий	41	42,27	24	8,96	3,45	7,71	5,83
Жінки								
1	Низький (немає)	72	32,73	442	68,00	-5,92	5,53	2,22
2	Тенденція до розвитку	62	28,18	155	23,85	0,65	5,71	3,42
3	Високий	86	39,09	53	8,15	4,78	5,26	3,76

Прикметно, що в основній групі ВРА був більше притаманний чоловікам 42,27% аніж жінкам 39,09%. Що свідчить про те, що жінки легше знаходять слова для вираження власних переживань. Хоча яскраві описові характеристики, які використовуються алекситимічними особистостями в текстах, дають можливість не ототожнювати алекситимію тільки з відсутністю слів для опису свого стану, що, на наш погляд, спрощує розуміння феномену. Важлива змістовна сторона характеристик, їх виражена негативна забарвленість і зміщення в бік опису «хворобливих симптомів», які часто використовують люди з соматичними захворюваннями.

Аналізуючи частоту виявлення ВРА у студентів з НПР виявлено, що найбільше схильні до алекситимічних проявів пацієнти з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F 40.0-48.1) – 55,12% (табл. 6.10), а найменше – з поведінковими синдромами пов'язаними з фізіологічними порушеннями та фізичними чинниками (F 50.0-51.4) – 7,87%.

Цікаві результати отримали при повторному обстеженні: фактично у всіх студентів спостерігали зниження частоти ВРА, і лише в групі F 40.0-48.1 виявлено незначне підвищення, що можна пояснити вищим числом відмов від лікування у хворих даної категорії і відповідно погіршенням їхнього стану взагалі і загострення алекситимічних рис зокрема.

Таблиця 6.10

Частота високого рівня алекситимії залежно від діагнозу (в динаміці).

Діагностичні рубрики МКХ 10	Первинне обстеження		Повторне обстеження		t	M1	M2
	N	%	N	%			
F 30.0-34.1	36	28,35	17	27,42	0,07	7,51	10,82
F 40.0-48.1	70	55,12	38	61,29	-0,62	5,94	7,90
F 50.0-51.4	10	7,87	2	3,23	0,31	8,52	12,49
F 60.0-60.7	11	8,66	5	8,06	0,04	8,48	12,18

За даними дослідження можна зробити висновок про труднощі в емоційній сфері у деяких студентів, про невпевненість в собі і труднощі у вербалізації своїх емоцій. Позитивним моментом є те, що студенти розуміють важливість емоцій, їх адекватного усвідомлення та вираження.

Отже в результаті проведеного дослідження виявлено, що для студентів закладів вищої освіти характерний помірний прояв алекситимії. Жінки менше схильні до алекситимії ніж чоловіки. Високий рівень алекситимії частіше виявляли у студентів з НПР, зокрема з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F 40.0-48.1). Отримані результати необхідно враховувати при проведенні скринінгової діагностики НПР у осіб молодого віку, їх лікуванні та реабілітації.

Значним фрагментом нашого дослідження був аналіз зміни рівня алекситимії в різних групах в динаміці і залежності від статі (табл. 6.11; 6.12). Так у загальній вибірці достовірних відмінностей в рівнях алекситимії при первинному та повторному обстеженні виявлено не було, отже алекситимія є досить сталим показником у студентів закладів вищої освіти. У студентів з НПР

(основної групи) було виявлено, що при первинному обстеженні достовірно більше студентів мали високий рівень алекситимії – 40,06% (I) та 19,6% (II) ($p < 0,05$). При повторному обстеженні, навпаки достовірно переважав низький рівень (відсутність) алекситимії – 54,9% (II) та 29,65% (I) ($p < 0,05$). В порівняльній групі також достовірних відмінностей в рівні алекситимії при обох обстеженнях виявлено не було ($p \geq 0,05$).

При порівнянні рівня алекситимії у студентів основної та порівняльної груп виявлено достовірні відмінності: низький рівень алекситимії (НРА) переважав серед здорових студентів (II група) – 66,9% проти 29,65% (I група); ВРА переважає серед студентів основної групи – 40,06%, а в порівняльній групі – 8,39% ($p < 0,05$).

Таким чином в основній групі ми прослідкували достовірну позитивну динаміку рівня алекситимії, це можна пояснити ефектом від проведених нами психокорекційних та терапевтичних заходів.

Таблиця 6.11

Рівні алекситимії в динаміці

Рівні алекситимії (в динаміці) (N=1235, загальна вибірка)							
Рівень	Первинне обстеження		Повторне обстеження		t	M1	M2
	N	%	N	%			
1	2	3	4	5	6	7	8
Низький (немає)	708	57,33	743	60,2	-1,10	1,86	1,80
Тенденція до розвитку	323	26,15	316	25,6	0,16	2,45	2,45
Високий	204	16,52	176	14,3	0,61	2,60	2,64
Рівні алекситимії (в динаміці) (N=317, основна група)							
Рівень	Первинне обстеження		Повторне обстеження		t	M1	M2
	N	%	N	%			

Продовж. табл. 6.11

1	2	3	4	5	6	7	8
Низький (немає)	94	29,65	174	54,9	-4,18	4,71	3,77
Тенденція до розвитку	96	30,28	81	25,6	0,70	4,69	4,85
Високий	127	40,06	62	19,6	3,08	4,35	5,04
Рівні алекситимії (в динаміці) (N=918, порівняльна група)							
Рівень	Первинне обстеження		Повторне обстеження		t	M1	M2
	N	%	N	%			
Низький (немає)	614	66,88	569	62	1,76	1,90	2,04
Тенденція до розвитку	227	24,73	235	25,6	-0,22	2,86	2,85
Високий	77	8,38	114	12,4	-0,91	3,16	3,09
Рівні алекситимії (при первинному обстеженні)							
Рівень	Основна група		Порівняльна група		t	M1	M2
	N	%	N	%			
Низький (немає)	94	29,65	614	66,9	-7,33	4,71	1,90
Тенденція до розвитку	96	30,28	227	24,7	1,01	4,69	2,86
Високий	127	40,06	77	8,39	5,89	4,35	3,16
Рівні алекситимії (при повторному обстеженні)							
Рівень	Основна група		Порівняльна група		t	M1	M2
	N	%	N	%			
Низький (немає)	174	54,89	569	62	-1,65	3,77	2,04
Тенденція до розвитку	81	25,55	235	25,6	-0,01	4,85	2,85
Високий	62	19,56	114	12,4	1,21	5,04	3,09

Примітка: жирним шрифтом виділено достовірно відмінні результати ($p < 0,05$)

Аналізуючи гендерні відмінності рівнів алекситимії в загальній вибірці достовірних відмінностей виявлено не було. У чоловіків з НПР достовірно більший відсоток осіб з НРА був виявлений при повторному обстеженні – 55,67% (II) та 22,68% (I обстеження) ($p < 0,05$). Прикметно, що при первинному обстеженні виявлено достовірні відмінності рівня алекситимії у чоловіків: НРА в основній групі – 22,68% та в порівняльній групі – 64,18% ($p < 0,05$); ВРА мав протилежну тенденцію – 42,27 % в основній групі та 8,96% ($p < 0,05$). Отже для чоловіків з НПР характерним було достовірне зниження рівня алекситимії в процесі проведеного лікування, в порівняльній групі подібної тенденції виявлено не було.

Таблиця 6.12

Рівні алекситимії в динаміці в залежності від статі

Чоловіча стать (N=365, загальна вибірка)							
Рівень	Первинне обстеження		Повторне обстеження		t	M1	M2
	N	%	N	%			
1	2	3	4	5	6	7	8
Низький (немає)	194	53,15	226	61,92	-1,82	3,58	3,23
Тенденція до розвитку	106	29,04	85	23,29	0,90	4,41	4,58
Високий	65	17,81	51	13,97	0,56	4,75	4,85
Чоловіча стать (N=97, основна група)							
Рівень	Первинне обстеження		Повторне обстеження		t	M1	M2
	N	%	N	%			
Низький (немає)	22	22,68	54	55,67	-2,95	8,93	6,76
Тенденція до розвитку	34	35,05	23	23,71	0,94	8,18	8,87
Високий	41	42,27	20	20,62	1,82	7,71	9,05

Продовж. табл. 6.12

Чоловіча стать (N=268, порівняльна група)							
Рівень	Первинне обстеження		Повторне обстеження		t	M1	M2
	N	%	N	%			
1	2	3	4	5	6	7	8
Низький (немає)	172	64,18	175	65,30	-0,22	3,66	3,60
Тенденція до розвитку	72	26,87	62	23,13	0,50	5,22	5,36
Високий	24	8,96	31	11,57	-0,32	5,83	5,74
Рівні алекситимії при первинному обстеженні (чоловіча стать)							
Рівень	Основна група		Порівняльна група		t	M1	M2
	N	%	N	%			
Низький (немає)	22	22,68	172	64,18	-4,30	8,93	3,66
Тенденція до розвитку	34	35,05	72	26,87	0,84	8,18	5,22
Високий	41	42,27	24	8,96	3,45	7,71	5,83
Рівні алекситимії при повторному обстеженні (чоловіча стать)							
Рівень	Основна група		Порівняльна група		t	M1	M2
	N	%	N	%			
Низький (немає)	54	55,67	172	64,18	-1,11	6,76	3,66
Тенденція до розвитку	23	23,71	72	26,87	-0,31	8,87	5,22
Високий	20	20,62	24	8,96	1,08	9,05	5,83
Жіноча стать (N=870, загальна вибірка)							
Рівень	Первинне обстеження		Повторне обстеження		t	M1	M2
	N	%	N	%			
Низький (немає)	514	59,08	514	59,08	0,00	2,17	2,17

Продовж. табл. 6.12

1	2	3	4	5	6	7	8
Тенденція до розвитку	217	24,94	231	26,55	-0,39	2,94	2,91
Високий	139	15,98	125	14,37	0,36	3,11	3,14
Жіноча стаття (N=220, основна група)							
Рівень	Первинне обстеження		Повторне обстеження		t	M1	M2
	N	%	N	%			
Низький (немає)	72	32,73	120	54,55	-3,05	5,53	4,55
Тенденція до розвитку	62	28,18	58	26,36	0,22	5,71	5,79
Високий	86	39,09	42	19,09	2,49	5,26	6,06
Жіноча стаття (N=650, порівняльна група)							
Рівень	Первинне обстеження		Повторне обстеження		t	M1	M2
	N	%	N	%			
Низький (немає)	442	68,00	394	60,62	2,23	2,22	2,46
Тенденція до розвитку	155	23,85	173	26,62	-0,58	3,42	3,36
Високий	53	8,15	83	12,77	-0,88	3,76	3,66
Рівні алекситимії при первинному обстеженні (жіноча стаття)							
Рівень	Основна група		Порівняльна група		t	M1	M2
	N	%	N	%			
Низький (немає)	72	32,73	442	68,00	-5,92	5,53	2,22
Тенденція до розвитку	62	28,18	155	23,85	0,65	5,71	3,42
Високий	86	39,09	53	8,15	4,78	5,26	3,76

Рівні алекситимії при повторному обстеженні (жіноча стать)							
Рівень	Основна група		Порівняльна група		t	M1	M2
	N	%	N	%			
Низький (немає)	120,00	54,55	394,00	60,62	-1,17	4,55	2,46
Тенденція до розвитку	58,00	26,36	173,00	26,62	-0,04	5,79	3,36
Високий	42,00	19,09	83,00	12,77	0,89	6,06	3,66

Примітка: жирним шрифтом виділено достовірно відмінні результати ($p < 0,05$)

Як видно з таблиці 6.12 у жінок, як і у чоловіків достовірних відмінностей в загальній вибірці – виявлено не було ($p \geq 0,05$). У жінок основної групи достовірно більший відсоток осіб з НРА був виявлений при повторному обстеженні – 54,55% та 32,73% (I обстеження) ($p < 0,05$); ВРА також мав достовірні відмінності у жінок основної групи при первинному 39,09% та при повторному обстеженні – 19,09% ($p < 0,05$). На відміну від чоловіків у жінок порівняльної групи було виявлено достовірні відмінності в НРА при певинному – 68,00% та повторному обстеженні – 60,62% ($p < 0,05$), що може свідчити про негативний вплив навчання у ЗВО на рівень алекситимії у дівчат.

При первинному обстеженні виявлено достовірні відмінності рівня алекситимії у жінок: НРА в основній групі – 32,73% та в порівняльній групі – 68,00% ($p < 0,05$); ВРА мав протилежну тенденцію – 39,09 % в оновній групі та 8,15% ($p < 0,05$). Отже для жінок характерним було достовірне зниження рівня алекситимії в основній групі, ймовірно, як результат проведеного нами лікування, в порівняльній групі виявлено достовірне зменшення НРА при повторному обстеженні.

Е. Ю. Брель, І. Я. Стоянова отримали подібні результати при вивченні структури алекситимічних складових [426-427]. Розглядали за допомогою застосування факторного аналізу образів. У вибірці «практично здорових студентів» емпірично виявлено, що 32 факторизованих параметри можна

згрупувати у 8 змістових факторів, що пояснюють 60% всієї можливої дисперсії змістів. До першого фактору з позитивними високими значеннями увійшли такі шкали, як агресивність (0,87), негативізм (0,68), дратівливість (0,66), фізична агресія (0,65) і вербальна агресія (0,61). Семантична єдність цих шкал дозволяє дати назву даному фактору «Виявлена агресивність». По відношенню до алекситимії цей фактор можна вважати проявом компенсаторних механізмів: недостатня емоційна чутливість і, можливо, усвідомлення деякої неадекватності своїх реакцій по відношенню до інтересів і переживань партнерів по комунікації породжує внутрішнє збудження. Це збудження створює когнітивний резонанс поведінкових реакцій у вигляді фізичної і вербальної агресії, спрямованої на найближче оточення. Швидше за все, каузальність власних дій не усвідомлюється, а «винними» виявляються партнери по комунікації. Це підтверджується вираженням негативізмом і збільшеною дратівливістю.

До другого фактору можна віднести всі показники емпатійного опитувальника І. М. Юсупова: загальна емпатія (0,98), емпатія по відношенню до незнайомих (0,70) і до дітей (0,70), емпатійне переживання по відношенню до тварин (0,66), до людей похилого віку (0,59), героям художніх творів (0,58) і до батьків (0,55). Крім цих показників у другому факторі з великим внеском знаходиться показник емотивності (0,43). даний фактор можна назвати «Гіпоемпатійне переживання». Очевидно, що у значній частини респондентів алекситимія проявляється у зниженій здатності до співчуття до всього, що їх оточує. На наш погляд, це обумовлено такою психологічною характеристикою алекситимії, як загальне зниження емоційної чутливості людини по відношенню до себе і, як наслідок, по відношенню до навколишнього світу. Емоційно тонке сприйняття чужого стану стає неможливим при відсутності здатності до ідентифікації власних емоцій.

Третій фактор структури алекситимії пов'язує високу гіпертимність (0,81), екстравертованість (0,76), виражену демонстративність (0,63) і відсутність дистимічних реакцій (-0,47). Назвали цей фактор "Екстравертований гіпертимний», так як екстравертована спрямованість особистості задає

«зовнішній» вектор емоційних переживань, а підвищена чутливість до стимулів, перед найближчим оточенням, створює зміст і насиченість цих переживань. Можна стверджувати наявність ефекту «емоційного віддзеркалення», який проявляється в поверхнево-демонстративній поведінці в ситуації рефлексії - алекситимічності. Це спроба збереження особистісної автентичності, яка, судячи з відсутності дистимічних реакцій, є досить успішною.

Четвертий фактор був названий «Вікові особливості» прояви алекситимії. містить шкали вікового інтервалу (0,84) і рівня освіченості (0,69). Додаткові недостовірні, але все ж високі значення виявлені за шкалами демонстративності (0,30), емпатії до незнайомих людей (0,23), емпатії до людей літнього віку (0,21), почуття провини (-0,21) і емпатії до батьків (0,21). На певному етапі дорослішання у респондентів з'являється демонстративність поведінки, але разом з цим молоді люди навчаються емпатії. У більш ранньому віці (12-13 років) підлітки не здатні зрозуміти переживань і почуттів людей старшого покоління, в тому числі і своїх батьків. Відсутність емпатії до батьків в ранньому підлітковому віці просто неминуче. Цією ж особливістю можна пояснити і відсутність емпатії до незнайомих і малознайомих людей: позначаються установки, що формуються в дитинстві, - «з незнайомими не можна розмовляти», «довіряти незнайомим людям небезпечно» і т. д. Складається суперечлива ситуація: старим відносинам вже не довіряють, а новим ще не довіряють. І те й інше виходить з області співпереживання. Із завершенням підліткового віку повертається емпатія до батьків і людей похилого віку і з'являється емпатія до незнайомих людей. Вікова динаміка переживання почуття провини полягає в його зменшенні зі збільшенням віку респондентів від 12 до 20 років. Феноменологія провини, можливо, пов'язана з усвідомленням невідповідності власним або чужим очікуванням. Зі зміною референтної групи в індивідуальному комунікативному просторі особистості відбувається переоцінка значущості очікувань з боку, і акцент зміщується все більше в сторону внутрішнього локусу контролю.

П'ятий фактор включає наступні шкали: неврівноваженості (0,77), циклоїдну (0,55), педантичності (0,52), почуття провини (0,51), екзальтованості

(0,44), дистимічних реакції (0,41), цей фактор був названий «Екзальтована невірноваженість». Алекситимічні розлади характеризуються різноманітними особливостями. Семантичний простір розуміння алекситимії, позначений в п'ятому факторі, швидше за все, свідчить про активне усвідомлення респондентами власної емоційної нечутливості, що і знаходить відображення в підвищеному почутті провини, циклоїдності і невірноваженості. Таке поєднання характеристик можна назвати особистісним аутопоезом системи психологічних особливостей комунікації. Інакше кажучи - це відчайдушна спроба самозбереження психологічної рівноваги і гармонії. Цілком ймовірно, ця стратегія компенсації не є ефективною: відчуваючи провину і проявляючи екзальтовану педантичність, неможливо вибудувати «рівні» емоційні комунікації.

У шостий фактор увійшли такі шкали, як тривожність за Шмішеком (0,76), нейротизм (0,72), тривожність по Спілбергеру-Ханіну (0,72) і екзальтованість (0,47). Тому цей фактор був названий «Тривожні переживання». Тривожність присутня в структурі алекситимії як один з важливих факторів, який пов'язаний із сильною нервовою системою і впливає на інтерсуб'єктивність переживання особистістю власної емоційної нечутливості. Поява високої тривожності, швидше за все, пов'язана з ситуативними, а з особистісними особливостями, більш стійкими по природі і типологічними по етимології. Комунікативна активність, в силу високого нейротизму, здатна викликати домінуючі тенденції, які мають або екстернальну, або інтернальну спрямованість. У разі інтровертованості особистості респондентів фактор «Тривожні переживання» залишається зовні не проявленим і здатний привести до депресивних станів. При екстравертованості, навпаки, тривожність матиме зовнішнє вираження у вигляді підвищеного занепокоєння про себе і про партнера по комунікації.

Сьомий фактор представлений всього трьома факторами - це образа (0,80), ворожість (0,64) і непрямая агресія (0,40). Назвали цей фактор алекситимії «Ворожа образа», так як відповідні шкали мають найбільші і достовірні результати. Деякі учасники дослідження виражають образу на партнерів по комунікації, що може бути пов'язано з не вмінням диференціювати власні емоційні

переживання. Швидше за все, емоційний вплив з боку сприймається неадекватно, породжуючи ворожість і непрямую агресію. Така агресивність виявляється у вигляді зовнішніх реакцій, а має тенденцію накопичуватися в якості внутрішнього переживання, що, в свою чергу, створює ефект пригніченості і відстороненості і сприймається оточуючими як загальна ворожа налаштованість.

Восьмий фактор об'єднує в єдине семантичне поле шкали підозрілості (0,79), ворожості (0,62) і вербальної агресії (0,43).

За смисловим змістом цей фактор схожий на перший, з невеликими відмінностями в способі прояви агресії. Він був названий «Підозріла ворожість»: деякі респонденти з алекситимією створили оборонну реакцію на емоційну область комунікативних взаємодій, вони як би спочатку готові негативно відреагувати на емоційний вплив з боку. Такі юнаки підозріло ставляться до глибоких емоційних контактів

Оскільки ми припускали вивчити розгорнуту структуру алекситимії за корелюючими параметрами, додатково було проведено аналіз взаємодії-зв'язку факторів алекситимії (табл. 6.13).

Аналізуючи кореляцію рівня алекситимії та шкал СБОО в загальній вибірці (N=1235) виявлено достовірну залежність за всіма шкалами СБОО, і лише за шкалою брехні (L) та шкалою корекції (K) – виявлено від'ємну кореляцію ($p < 0,05$), що свідчить про те, що при підвищенні балів за СБОО (результат прямує до більшої виразності тієї чи іншої риси особистості) збільшується і рівень алекситимії (не вміння виражати словами власні почуття і емоції) і навпаки (табл.6.13).

Таблиця 6.13

Кореляція рівня алекситимії та шкал СБОО (загальна вибірка, N=1235)

Шкали тесту СБОО	Алекситимія (бали)	p
1	2	3
1. Іпохондрія (Hs)	0,17	<0,05
2. Депресія (D)	0,35	<0,05

Продовж. табл. 6.13

1	2	3
3. Істерія (Hy)	0,23	<0,05
4. Психопатія (Pd)	0,11	<0,05
6. Паранояльність (Pa)	0,29	<0,05
7. Психастенія (Pt)	0,26	<0,05
8. Шизоїдність (Sc)	0,22	<0,05
9. Гіпотонія [манії] (Ma).	0,15	<0,05
Шкала брехні (L)	-0,14	<0,05
Шкала вірогідності (F)	0,16	<0,05
Шкала корекції (K)	-0,26	<0,05

В основній групі, у студентів з НПР достовірний кореляційний зв'язок рівня алекситимії встановлено лише з шкалою депресії (D) – 0,22; шкалою паранояльності (Pa) – 0,22; шкалою шизоїдності (Sc) – 0,23 ; шкалою вірогідності (F) – 0,14 та негативна кореляція – зі шкалою корекції (K) – (-0,18) ($p<0,05$), таким чином, необхідно враховувати вище згадані достовірні зв'язки при діагностиці НПР у осіб молодого віку (табл. 6.14).

Таблиця 6.14

Кореляція рівня алекситимії та шкал СБОО (основна група, N=317)

Шкали тесту СБОО	Алекситимія (бали)	p
1. Іпохондрія (Hs)	0,07	$\geq 0,05$
2. Депресія (D)	0,22	<0,05
3. Істерія (Hy)	0,08	$\geq 0,05$
4. Психопатія (Pd)	0,01	$\geq 0,05$
6. Паранояльність (Pa)	0,22	<0,05
7. Психастенія (Pt)	0,11	$\geq 0,05$
8. Шизоїдність (Sc)	0,23	<0,05
9. Гіпотонія [манії] (Ma).	0,06	$\geq 0,05$
Шкала брехні (L)	-0,02	$\geq 0,05$
Шкала вірогідності (F)	0,14	<0,05
Шкала корекції (K)	-0,18	<0,05

Примітка: жирним шрифтом виділені статистично значимі результати ($p<0,05$)

Як видно з таблиці 6.15 достовірні кореляційні зв'язки між рівнем алекситимії та шкалами СБОО виявлено за всіма шкалами, окрім шкали психопатії (Pd) $-0,04$ ($p \geq 0,05$), що свідчить про те, що дві величини (алекситимія і будь-яка шкала СБОО) перебувають у лінійному відношенні між собою. При цьому зміна однієї або кількох цих величин призводить до систематичної зміни іншої або інших величин. Від'ємна кореляція - кореляція, при якій збільшення однієї змінної пов'язане зі зменшенням іншої, при цьому коефіцієнт кореляції від'ємний. Додатна кореляція - кореляція, при якій збільшення однієї змінної пов'язане зі збільшенням іншої, при цьому коефіцієнт кореляції додатний [387].

Таблиця 6.15

Кореляція алекситимії та шкал СБОО (порівняльна група, N=918)

Шкали тесту СБОО	Алекситимія (бали)	p
1. Іпохондрія (Hs)	0,07	$<0,05$
2. Депресія (D)	0,18	$<0,05$
3. Істерія (Hy)	0,14	$<0,05$
4. Психопатія (Pd)	0,04	$\geq 0,05$
6. Паранояльність (Pa)	0,14	$<0,05$
7. Психастенія (Pt)	0,14	$<0,05$
8. Шизоїдність (Sc)	0,11	$<0,05$
9. Гіпотонія [манії] (Ma).	0,09	$<0,05$
Шкала брехні (L)	-0,10	$<0,05$
Шкала вірогідності (F)	0,09	$<0,05$
Шкала корекції (K)	-0,20	$<0,05$

Цікавим виявився і той факт, що рівень алекситимії достовірно корелює з рівнями особистісної тривоги, ситуативної тривожності та рівнем депресії як при первинному обстеженні, так і через рік, при повторному обстеженні у всіх групах (табл. 6.16). Встановлено статистично значимі результати щодо зв'язку рівня

алекситимії з рівнями особистісної тривоги, ситуативної тривожності та рівнем депресії, тобто при зростанні рівня алекситимії зростає рівень депресії та тривоги, і це ми враховували при побудові профілактичних заходів у студентів та при лікуванні НПР та оцінці його ефективності.

Таблиця 6.16

Кореляція рівня алекситимії з рівнями особистісної тривоги, ситуативної тривожності та рівнем депресії

Загальна вибірка, N=1235		
Первинне обстеження		
	r	p
1	2	3
РСТ (бали)	0,41	<0,01
РОТ (бали)	0,47	<0,01
РД (бали)	0,57	<0,01
Через рік (повторне обстеження)		
	r	p
РСТ (бали)	0,39	<0,01
РОТ (бали)	0,43	<0,01
РД (бали)	0,53	<0,01
Основна група, N=317		
Первинне обстеження		
	r	p
РСТ (бали)	0,27	<0,01
РОТ (бали)	0,34	<0,01
РД (бали)	0,42	<0,01
Через рік (повторне обстеження)		
	r	p
РСТ (бали)	0,49	<0,01
РОТ (бали)	0,47	<0,01
РД (бали)	0,52	<0,01
Порівняльна група, N=918		
Первинне обстеження		
	r	p

Продовж. табл. 6.16

1	2	3
РСТ (бали)	0,33	<0,01
РОТ (бали)	0,39	<0,01
РД (бали)	0,49	<0,01
Через рік (повторне обстеження)		
	г	р
РСТ (бали)	0,36	<0,01
РОТ (бали)	0,40	<0,01
РД (бали)	0,53	<0,01

Особливості особистості студента необхідно враховувати в процесі виховання, навчання і керівництва в умовах вузу. Для визначення необхідної студенту системи знань, навичок, умінь не можна обмежуватись врахуванням профілю вузу і вимог окремих професій [431]. Треба ще правильно врахувати потреби всебічного формування властивостей і особливостей особистості студента як спеціаліста з вищою освітою. Швидкість і міцність оволодіння знаннями, навичками, вміннями, труднощі, помилки залежать від індивідуальних особливостей як пізнавальних процесів, так і мотивів навчальної діяльності, здібностей та інших властивостей особистості студента. Отже, проблема спеціальної діагностики рівня готовності студентів до вивчення основних навчальних дисциплін, визначення їх індивідуальних особливостей є актуальною протягом всіх років навчання [432-433].

Вивчення особистісних особливостей проводили з використанням скороченого багатофакторного опитувальника особистості (СБОО), розробленого на підставі тесту MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Вибір нами методики СБОО, а не MMPI був обумовлений особливістю проведення скринінгових досліджень, які були пов'язані з обмеженням часу. У той же час попередні дослідження показали достовірність і валідність методики СБОО для оцінки особливостей особистості досліджуваних.

Перші 8 шкал є базовими й оцінюють властивості особистості. Останні 3 оціночні шкали вимірюють щирість досліджуваного, міру достовірності результатів тестування і величину корекції, що вноситься надмірною обережністю.

Шкала брехні (L) - оцінює щирість досліджуваного. Шкала вірогідності (F) - виявляє недостовірні відповіді: чим більше значення за цією шкалою, тим менш достовірні результати. Шкала корекції (K) - згладжує спотворення, що вносяться надмірною обережністю і контролем досліджуваного під час тестування. Високі показники за цією шкалою говорять про неусвідомлений контроль поведінки. Шкала (K) використовується для корекції базових шкал, які залежать від її величини.

В результаті проведеного дослідження виявлено, що в основній групі (студенти з НПР) спостерігались вищі абсолютні значення фактично за всіма шкалами ($p < 0,005$). Найвищі показники встановлені за 2 (депресія) та 7 (психастенія) шкалами – $60,41 \pm 0,83$ та $60,20 \pm 0,81$ балів в основній групі ($N=317$) та $44,58 \pm 0,30$ та $47,14 \pm 0,37$ балів в порівняльній групі відповідно ($N=918$) (табл. 6.17).

Таблиця 6.17

Абсолютні значення шкал СБОО в основній та порівняльній групах.

Шкали СБОО	Середнє значення в основній групі	Середнє значення в порівняльній групі	+95% ДІ в основній групі	Стандарт на похибка середнього в основній групі	+95%ДІ в порівняльній групі	Стандартна похибка середнього в порівняльній групі	p
1	2	3	4	5	6	7	8
1	54,97	49,19	56,18	0,61	49,62	0,22	0,005
2	60,41	44,58	62,04	0,83	45,17	0,30	0,005
3	56,84	48,06	58,21	0,70	48,70	0,33	0,005
4	47,68	40,77	49,44	0,89	41,56	0,40	0,005
6	56,59	44,84	58,18	0,81	45,49	0,33	0,005

Продовж. табл. 6.17

1	2	3	4	5	6	7	8
7	60,20	47,14	61,79	0,81	47,86	0,37	0,005
8	52,22	46,48	53,43	0,62	47,12	0,33	0,005
9	51,41	46,43	52,63	0,62	47,14	0,36	0,005
L	46,20	49,89	47,09	0,45	50,42	0,27	0,005
F	51,03	48,02	52,05	0,52	48,48	0,24	0,005
K	46,22	50,26	47,08	0,44	50,77	0,26	0,005

Примітка: 1. Іпохондрія (Hs), 2. Депресія (D), 3. Істерія (Hy), 4. Психопатія (Pd), 6. Паранояльність (Pa), 7. Психастенія (Pt), 8. Шизоїдність (Sc), 9. Гіпотонія [манії] (Ma), Шкала брехні (L), Шкала вірогідності (F), Шкала корекції (K)

Як видно з таблиці 6.17 абсолютні показники за шкалою брехні (L) - $46,20 \pm 0,45$ в основній групі та $49,89 \pm 0,27$ балів в порівняльній групі вказують на високий коефіцієнт щирості опитуваних.

Таблиця 6.18

Показники за шкалою депресії (D) СБОО в основній та порівняльній групах

Показник в балах	Основна група (N=317)		Порівняльна група (N=918)		t	M1	M2	p
	N	%	N	%				
<35	9	2,839	50	5,45	-0,41	5,54	3,21	$\geq 0,05$
35-70	216	68,14	851	92,7	-7,46	3,17	0,89	$< 0,05$
>70	92	29,02	17	1,85	4,72	4,73	3,27	$< 0,05$

Як видно з таблиці 6.18 у студентів з НПР достовірно частіше спостерігалися високі показники (>70 балів) за шкалою депресії, що говорить про те що можливо у досліджуваних відзначається більше тривога, аніж депресія. Оточуючим досліджуваний представляється як песиміст, замкнутий, мовчазний, сором'язливий, надмірно серйозний. Може виглядати як аутичний. Однак, насправді, особистість відчуває потребу в глибоких і міцних контактах з оточуючими. Особистість легко ідентифікує себе з окремими людьми, явищами, і якщо це ототожнення порушується, то особистість сприймає це як катастрофу, що приводить її до зниження настрою. Вже лише одна загроза розриву гармонійних

відносин може викликати у таких осіб тривогу. Тому їх відгородженість - це прагнення уникнути розчарування.

Таблиця 6.19

Показники за шкалою істерії (Ну) СБОО в основній та порівняльній групах

Показник в балах	Основна група (N=317)		Порівняльна група (N=918)		t	M1	M2	p
	N	%	N	%				
<35	5	1,577	61	6,64	-0,79	5,57	3,19	$\geq 0,05$
35-70	263	82,97	846	92,2	-3,68	2,32	0,92	$< 0,05$
>70	49	15,46	11	1,2	2,33	5,16	3,28	$< 0,05$

За шкалою істерії високі показники (>70) виявлено у достовірно більшій кількості студентів основної групи 49 (15,46%) проти 11 (1,2%) здорових студентів (табл. 6.19). Високі значення свідчать про те, що у досліджуваних відзначається здатність до витіснення факторів, що викликають тривогу; демонстративне підкреслення соматичного неблагополуччя з тенденцією заперечувати труднощі в соціальній адаптації. Особистість прагне бути в центрі уваги, шукає визнання і підтримки і домагається цього наполегливими діями. Схильність до фантазування, егоцентризму, незрілість і поверхневність у контактах. У разі клініки - може спостерігатися повна втрата здатності до формування стійких установок та побудові поведінки на основі попереднього досвіду, живе методом «проб і помилок», виходячи з задоволення своїх сьогохвилинних бажань.

Таблиця 6.20

Показники за шкалою паранояльності (Pa) СБОО в основній та порівняльній групах

Показник в балах	Основна група (N=317)		Порівняльна група (N=918)		t	M1	M2	p
	N	%	N	%				
<35	16	5,047	145	15,8	-1,72	5,47	3,03	$\geq 0,05$
35-70	229	72,24	759	82,7	-3,20	2,96	1,37	$< 0,05$
>70	72	22,71	14	1,53	3,58	4,94	3,28	$< 0,05$

Як видно з таблиці 6.20, за шкалою паранояльності високі показники (>70) виявлено у достовірно більшій кількості студентів основної групи 72 (22,71%) проти 14 (1,53%) студентів порівняльної групи. Високі значення свідчать про ригідність, схильність до систематизації накопиченого досвіду, підозрілість, образливість, завзятість у досягненні мети, педантизм, схильність звинувачувати інших у недружньому ставленні, ворожість і ригідність афекту. Ригідність афекту зазвичай пов'язана з егоїстичними спонуваннями. Для особистості властиві впертість, раціональна життєва платформа, виражене відчуття суперництва, прямолінійність. Клініка: надцінні ідеї або маячні концепції. Навіть за відсутності марення поведінку їх все одно важко корегувати, схильні з недовірою ставитися до лікування і прагнуть раціоналістично обґрунтувати свою недовіру до медицини.

Таблиця 6.21

Показники за шкалою психастенії (Pt) СБОО в основній та порівняльній групах

Показник в балах	Основна група (N=317)		Порівняльна група (N=918)		t	M1	M2	p
	N	%	N	%				
<35	6	1,893	76	8,28	-1,00	5,56	3,16	$\geq 0,05$
35-70	237	74,76	816	88,9	-4,66	2,82	1,10	$< 0,05$
>70	74	23,34	26	2,83	3,48	4,92	3,25	$< 0,005$

Як видно з таблиці 6.21 високі показники (>70 балів) за шкалою психастенії виявлено у достовірно більшій кількості студентів основної групи 74 (23,34%) проти 26 (2,83%) студентів порівняльної групи. Високі значення за даною шкалою свідчать про конституційну схильність до виникнення тривожних реакцій, а усунення цієї тривоги досягається шляхом формування обмеженої поведінки. Сензитивність, страх, тривога, немотивовані побоювання, невпевненість у собі і у своїй компетентності, занижена самооцінка, нав'язливість. Такі особи сприймаються оточуючими як сумлінні, ретельно виконують свої обов'язки, стримані у зовнішніх проявах і нерішучі. Клініка: схильність до нав'язливого неспокою, напруженість, нерішучість, знижена стійкість по відношенню до стресу, декомпенсація особистості супроводжується нав'язливими страхами і ритуалами.

Отже в результаті дослідження встановлено, що серед студентів з неспсихотичними психічними розладами достовірно частіше в зустрічалися особи з депресивними (29,02 %), паранояльними (22,71 %), психастенічними (23,34 %) та істеричними (15,46 %) рисами особистості, що необхідно враховувати при ранній діагностиці та побудові психотерапевтичної програми для даного контингенту хворих.

Аналізуючи кореляційні зв'язки шкал СБОО з рівнем особистісної тривоги, ситуативної тривожності, алекситимії, депресії та нейротизму в загальній вибірці (табл. 6.22), виявлено достовірний прямий кореляційний зв'язок за всіма позиціями і лише за шкалою брехні (L) та шкалою кореляції (K) – достовірний зворотній зв'язок, що свідчить про високий рівень достовірності отриманих результатів. Таким чином необхідно враховувати, що при збільшенні рівнів за шкалами СБОО зростають рівні тривожності, депресії та нейротизму, тобто всі показники є взаємозалежними.

Таблиця 6.22

Кореляція шкал СБОО з рівнем особистісної тривоги, ситуативної тривожності, алекситимії, депресії та нейротизму (загальна вибірка, N=1235)

СБОО (шкали)	РСТ (бали)	РОТ (бали)	Алекситимія (бали)	Депресія (бали)	Нейротизм (бали)
1	0,28	0,23	0,17	0,31	0,24
2	0,42	0,46	0,35	0,55	0,49
3	0,34	0,30	0,23	0,38	0,32
4	0,18	0,16	0,11	0,22	0,12
5	0,36	0,35	0,29	0,39	0,42
6	0,28	0,35	0,26	0,39	0,30
7	0,23	0,19	0,22	0,27	0,25
8	0,14	0,15	0,15	0,20	0,27
L	-0,18	-0,21	-0,14	-0,23	-0,31
F	0,15	0,18	0,16	0,20	0,26
K	-0,26	-0,34	-0,26	-0,30	-0,46

Примітка до табл. 6.22-6.24: жирним шрифтом позначений достовірний кореляційний зв'язок ($p < 0,05$). Знак «-» перед цифрами означає – зворотній взаємозв'язок (зворотна кореляція), відсутність будь-якого знаку – прямий взаємозв'язок (пряма кореляція). 1. Іпохондрія (Hs), 2. Депресія (D), 3. Істерія (Hy), 4. Психопатія (Pd), 6. Паранояльність (Pa), 7. Психастенія (Pt), 8. Шизоїдність (Sc), 9. Гіпотонія [манії] (Ma), Шкала брехні (L), Шкала вірогідності (F), Шкала корекції (K)

В основній групі достовірні прямі кореляційні зв'язки виявлено майже за всіма позиціями окрім: шкалою іпохондрії (1) і РОТ, алекситимією, депресією ($p \geq 0,05$); шкалою істерії (3) та алекситимією; шкалою психопатії (4) та алекситимією і нейротизмом; шкалою паранояльності та алекситимією, депресією та негативні значення з РСТ та нейротизмом; шкалою шизоїдності та РСТ, алекситимією та депресією (табл. 6.23). Достовірні позитивні зв'язки свідчать про значущість всіх використаних методик в діагностиці НПР у студентів ЗВО.

Таблиця 6.23

Кореляція шкал СБОО з рівнем особистісної тривоги, ситуативної тривожності, алекситимії, депресії та нейротизму (основна група, N=317)

СБОО (шкали)	РСТ (бали)	РОТ (бали)	Алекситимія (бали)	Депресія (бали)	Нейротизм (бали)
1	0,17	0,10	0,07	0,10	0,13
2	0,22	0,29	0,22	0,40	0,26
3	0,22	0,15	0,08	0,20	0,19
4	0,18	0,15	0,01	0,18	0,06
5	0,27	0,19	0,22	0,20	0,22
6	-0,02	0,15	0,11	0,08	-0,04
7	0,22	0,16	0,23	0,21	0,25
8	0,05	0,12	0,06	0,01	0,20
L	-0,11	-0,11	-0,02	-0,09	-0,26
F	0,15	0,14	0,14	0,11	0,21
K	-0,15	-0,29	-0,18	-0,19	-0,42

В порівняльній групі також фактично за усіма шкалами СБОО та рівнями тривоги, депресії, алекситимії і нейротизму виявлено достовірні кореляційні зв'язки ($p < 0,05$). І лише 4 шкала психопатії не має достовірної кореляції з РОТ, алекситимією та нейротизмом (табл. 6.24)

Таблиця 6.24

Кореляція шкал СБОО з рівнем особистісної тривоги, ситуативної тривожності, алекситимії, депресії та нейротизму (порівняльна група, N=918)

СБОО (шкали)	РСТ (бали)	РОТ (бали)	Алекситимія (бали)	Депресія (бали)	Нейротизм (бали)
1	0,21	0,13	0,07	0,21	0,08
2	0,32	0,35	0,18	0,34	0,31
3	0,25	0,21	0,14	0,25	0,16
4	0,08	0,05	0,04	0,08	-0,02
5	0,23	0,23	0,14	0,20	0,29
6	0,22	0,24	0,14	0,24	0,17
7	0,14	0,09	0,11	0,15	0,10
8	0,08	0,07	0,09	0,15	0,20
L	-0,12	-0,16	-0,10	-0,17	-0,24
F	0,07	0,11	0,09	0,14	0,20
K	-0,21	-0,28	-0,20	-0,23	-0,41

Отже, у студентів ЗВО виявлено достовірний прямий кореляційний зв'язок шкал СБОО з рівнем особистісної тривоги, рівнем ситуативної тривожності, алекситимії, депресії та нейротизму. Отримані результати ми враховували при проведенні психокорекційних та психотерапевтичних заходів.

Нейротизм - це риса характеру, що сприяє переживанню негативних емоцій, включаючи гнів, тривогу, сором'язливість, дратівливість, емоційну нестабільність і депресію [434-435]. Особи з підвищеним рівнем нейротизму погано реагують на стресові впливи навколишнього середовища, розцінюють звичайні ситуації як загрозливі, і можуть переживати незначні фруструючі стани як безнадійно непереборні. Нейротизм є однією з найвідоміших і емпірично обґрунтованих рис особистості, при цьому значна частина досліджень вказує на її спадковий характер, наявність провісників в дитячому віці, тимчасову стабільність протягом всього життєвого циклу і значне поширення [436, 437].

Нейротизм має великий вплив на здоров'я населення [438]. Він забезпечує вразливість до широкого спектру різних форм психопатології, включаючи тривожні розлади, розлади настрою, хімічні залежності, соматичні симптоми і розлади прийому. Багато випадків вживання психоактивних речовин є спробами придушити або ліквідувати смуток, тривожність, дисфорію і емоційну нестабільність, які виникли завдяки нейротизму. Клінічно значущі епізоди тривоги і депресії часто являють собою взаємодію між нейротизмом як особистісної рисою і життєвими стрессорами [434, 439].

Нейротизм також пов'язаний зі зниженням якості життя, в тому числі з переживанням ворожості, надмірним занепокоєнням, професійним та подружнім незадоволенням. Високий рівень нейротизму сприяє низькій продуктивності праці через емоційну стурбованість, виснаження і відволікання уваги, а для студентів – низькій успішності навчання, конфліктності, депресії.

Враховуючи суттєве значення нейротизму у формуванні неспсихотичних психічних розладів рекомендовано проведення скринінгу для виявлення клінічно значущих рівнів нейротизму для всього населення в ході планових медичних оглядів [434]. Все вище сказане обумовлює актуальність даного дослідження.

З метою визначення рівня нейротизму використовували методику експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса.

В результаті проведеного первинного обстеження загальної вибірки (N=1235) виявлено високий рівень нейротизму (ВРН) у 193 студентів (15,63%). В основній групі ВРН діагностовано у 151 особи (47,63%), в порівняльній групі – у 42 студентів (4,57%) ($p < 0,05$), що свідчить про достовірно вищий рівень нейротизму у молодих людей з непсихотичними психічними розладами. При повторному обстеженні ВРН виявили у 61 особи (19,24%) основної групи та у 30 (3,27%) – порівняльної ($p < 0,05$), що вказує на достовірно значуще зниження нейротизму після проведеного комплексного лікування НПР (рис. 6.2). Нейротизм є однією з основних загальноособистісних сфер, що формують п'ятифакторну модель або Велику П'ятірку [434]. Ця модель складається з п'яти широких доменів, що включають негативну афективність, байдужість, психотизм, ворожість і розгальмованість.

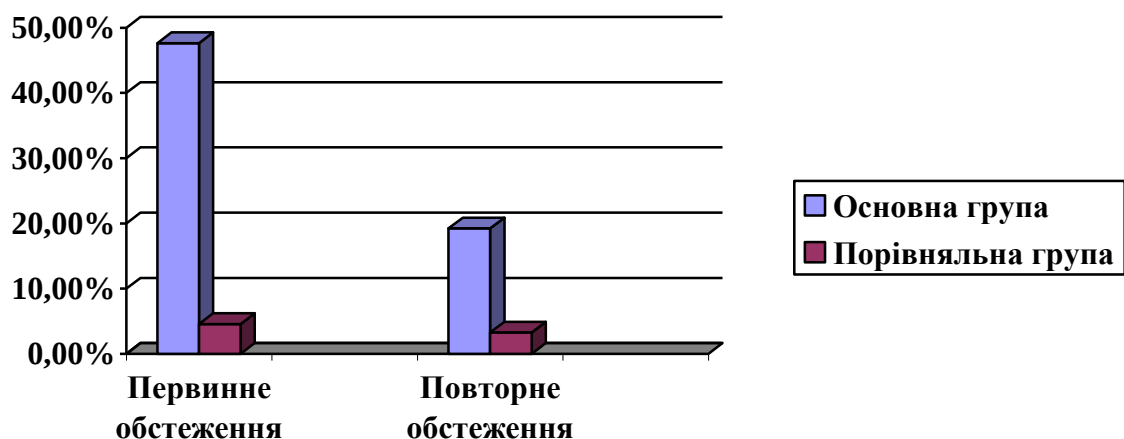


Рис. 6.2 Частота високого рівня нейротизму в основній та порівняльній групах при первинному та повторному обстеженні, %.

Аналізуючи гендерні особливості нейротизму, було виявлено ВРН у 60 хлопців (16,44%) та у 133 (15,29%) дівчат. У 105 (47,72%) дівчат з НПР діагностовано високий рівень нейротизму. Серед мужчин основної групи ВРН діагностовано у 46 (47,42%). В порівняльній групі були подібні результати: 28 (4,31%) студенток та 14 (5,22%) студентів. Отже достовірних розбіжностей у рівні

нейротизму в гендерному аспекті не виявлено, проте достовірно більше студентів обох статей основної групи мали ВРН ($p<0,05$).

Нейротизм – риса особистості, яка проявляється в підвищеній тривожності і низькій самооцінці. Оскільки він може супроводжуватися вегетативними порушеннями, особи з ВРН нерідко повідомляють про погане здоров'я. Більше того, численні спостереження показали, що нейротизм асоціюється з підвищеним ризиком смертності, і це узгоджується з даними про зв'язок психічних захворювань з коротшою тривалістю життя. У той же час інші роботи подібної кореляції не виявили, або вона була позитивною. Це можна пояснити тим, що останній ефект може бути пов'язаний з захисною поведінкою, характерною для тривожних людей [436].

Середні значення нейротизму в динаміці в основній та порівняльній групах представлені в таблиці 6.25. При первинному обстеженні виявлено достовірні відмінності в середніх значеннях нейротизму в основній групі $21,39\pm0,49$ бали, в порівняльній групі $10,17\pm0,25$ бали ($p<0,001$). При повторному обстеженні отримано подібні результати: $17,54\pm0,43$ бали та $10,37\pm0,23$ бали відповідно ($p<0,001$). Таким чином, можна розглядати рівень нейротизму як достовірний фактор формування НПР у студентів закладів вищої освіти.

Таблиця 6.25

Середні значення нейротизму в динаміці в основній та порівняльній групах

	Середнє значення в I групі	Середнє значення в II групі	+95% ДІ в I групі	Стандартна похибка середнього в I групі	+95% ДІ в II групі	Стандартна похибка середнього в 2 групі	p
При первинному обстеженні							
нейротизм (бали)	21,39	10,17	22,35	0,49	10,66	0,25	<0,001
При повторному обстеженні							
нейротизм (бали)	17,54	10,37	18,38	0,43	10,82	0,23	<0,001

Аналізуючи частоту ВРН в основній групі залежно від діагнозу при первинному та повторному обстеженнях виявлено достовірно значимі результати позитивної динаміки майже у всіх нозологічних групах (табл. 6.26).

Таблиця 6.26

Динаміка частоти високого рівня нейротизму залежно від нозології в основній групі (N=317)

№	Нозологія	I обстеження		II обстеження		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1	F 30.0-34.1 (N=79)	38	48,1	16	20,3	2,16	8,11	10,05
2	F 40.0-48.1 (N=187)	91	48,66	37	19,8	3,44	5,24	6,55
3	F 50.0-51.4 (N=20)	13	65	2	10	2,20	13,23	21,21
4	F 60.0-60.7 (N=31)	9	29,03	6	19,4	0,44	15,13	16,13

Зокрема при первинному обстеженні хворих з афективними розладами (F 30.0-34.1) ВРН було виявлено у 38 (48,1%) студентів, а при повторному обстеженні (через 1 рік) – у 16 (20,3%) осіб ($p < 0,05$). В групі пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F 40.0-48.1) ВРН було діагностовано у 91 (48,66%), а при повторному обстеженні – у 37 (19,7%) студентів ($p < 0,05$). Серед хворих з поведінковими синдромами пов'язаними з фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками при першому обстеженні ВРН було виявлено у 13 (65,0%) осіб, а при повторному обстеженні – у 2 (10,0%) студентів ($p < 0,05$). І лише в групі пацієнтів з розладами зрілої особистості та поведінки у дорослих, було виявлено також позитивну динаміку щодо зниження рівня нейротизму, але вона не мала достовірного показника: 9 (29,03%) та 6 (19,4%) при первинному та повторному обстеженнях відповідно ($p \geq 0,05$). Дані результати вказують на високу ефективність нашого комплексного лікування студентів з непсихотичними психічними розладами. А також на те, що

шкалу нейротизму необхідно використовувати при побудові скринінгових програм з виявлення НПР у осіб молодого віку, так як дана методика має достовірно значимі показники динаміки захворювань.

Цікаві результати отримали при аналізі частоти виявлення високого рівня нейротизму серед студентів різних курсів навчання при первинному та повторному обстеженні (табл. 6.27).

Таблиця 6.27

**Динаміка частоти високого рівня нейротизму залежно від курсу
навчання в загальній вибірці, N=1235**

№	Курс	I обстеження		II обстеження		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1.	I (N=268)	44	16,42	21	7,84	1,06	5,58	5,86
2.	II (N=164)	17	10,37	9	5,49	0,46	7,39	7,59
3.	III (N=268)	37	13,81	16	5,97	0,96	5,67	5,92
4.	IV (N=374)	75	20,05	33	8,82	1,66	4,62	4,94
5.	V (N=151)	18	11,92	11	7,28	0,42	7,64	7,84
6.	VI (N=10)	2	20	1	10	0,24	28,28	30,00
	Всього (N=1235)	193	15,63	91	7,37	2,18	2,61	2,74

Найбільша кількість осіб з ВРН при первинному обстеженні була виявлена на четвертому – 75 (20,05%) та шостому 2 (20,0%) курсах; при повторному обстеженні ВРН було діагностовано у 33 (8,82%) та 1 (10,0%) студентів відповідно ($p \geq 0,05$). Найменша частота виявлення ВРН була серед студентів другого курсу – 17 (10,37%) при I обстеженні та 9 (5,49%) при II обстеженні ($p \geq 0,05$).

Достовірні результати зниження рівня нейротизму ми отримали при дослідженні його динаміки на загальній вибірці (N=1235) – 195 (15,63%) студентів з ВРН при первинному обстеженні та 91 (7,37%) осіб з ВРН при повторному обстеженні ($p < 0,05$). Такі результати можна пояснити проведеним

нами комплексним лікуванням студентів у яких було діагностовано НПР, бо саме у цих хворих рівень нейротизму переважно був високим.

Отже в результаті проведеного дослідження встановлено суттєве значення рівня нейротизму у діагностиці непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти. Високий рівень нейротизму характерний для студентів з непсихотичними психічними розладами, зокрема з поведінковими синдромами пов'язаними з фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками у 65,0% осіб. Враховуючи суттєве значення нейротизму у формуванні непсихотичних психічних розладів рекомендовано проведення скринінгу для виявлення клінічно значущих рівнів нейротизму для осіб молодого віку в ході планових медичних оглядів.

Аналізуючи гендерні особливості рівня депресії в динаміці (табл. 6.28), виявлено достовірні відмінності за легким та помірним РД, при первинному обстеженні чоловіків та жінок основної (I) та порівняльної (II) групи: легкий РД 61,86% Ч (I) та 13,81% Ч (II); 57,73% Ж (I) та 13,85% Ж (II) ($p < 0,05$). Помірний РД діагностовано у 26,80% Ч (I) та 2,61% Ч (II); 31,82% Ж (I) та 1,85% Ж (II) ($p < 0,05$).

Таблиця 6.28

Динаміка рівня депресії в залежності від статі

РД (при первинному обстеженні, чоловіча стать)								
	Рівень	Основна група (N=97)		Порівняльна група (N=268)		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Немає	8	8,25	224	83,58	-7,51	9,73	2,48
2.	Легкий	60	61,86	37	13,81	5,68	6,27	5,67
3.	Помірний	26	26,80	7	2,61	2,29	8,69	6,03
4.	Високий	3	3,09	0	0,00	0	10,00	0

РД (при повторному обстеженні, чоловіча стать)								
	Рівень	Основна група (N=97)		Порівняльна група (N=268)		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1.	Немає	57	58,76	206	76,87	-2,53	6,52	2,94
2.	Легкий	30	30,93	55	20,52	1,04	8,44	5,45
3.	Помірний	9	9,28	7	2,61	0,58	9,67	6,03
1	2	3	4	5	6	7	8	9
4.	Високий	1	1,03	0	0,00	0	10,10	0
РД (при первинному обстеженні, жіноча стать)								
	Рівень	Основна група (N=220)		Порівняльна група (N=650)		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1.	Немає	20	9,09	546	84,00	-11,32	6,43	1,57
2.	Легкий	127	57,73	90	13,85	7,70	4,38	3,64
3.	Помірний	70	31,82	12	1,85	4,41	5,57	3,89
4.	Високий	3	1,36	2	0,31	0,14	6,70	3,92
РД (при повторному обстеженні, жіноча стать)								
	Рівень	Основна група (N=220)		Порівняльна група (N=650)		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1.	Немає	149	67,73	485	74,62	-1,60	3,83	1,98
2.	Легкий	45	20,45	143	22,00	-0,22	6,01	3,46
3.	Помірний	25	11,36	22	3,38	1,07	6,35	3,86
4.	Високий	1	0,45	0	0,00	0	6,73	0

Примітка: жирним шрифтом виділені статистично відмінні результати ($p < 0,05$)

При повторному обстеженні, достовірних відмінностей в рівнях депресії в залежності від статі виявлено не було, що можна пояснити зниженням РД в

основній групі внаслідок проведеного комплексного лікування, а в порівняльній групі РД зріс внаслідок впливу студентського стресу.

Підводячи підсумки досліджень наведених у даному розділі, варто зазначити, що в переважній більшості студентів було діагностовано помірний РСТ, хоча високий РСТ був більше характерний для студенток – 28,96% проти 23,56% у хлопців, а низький РСТ – для студентів – 23,56% проти 17,24% у дівчат ($p < 0,05$). Прикметно, що абсолютні середні значення РСТ також були вищими у жінок – 39,48 бали аніж у чоловіків – 38,6 бали.

Для чоловіків з НІР характерним є вищий РСТ в порівнянні з жінками цієї ж групи, середні абсолютні значення РСТ у жінок – 45,9 бали, у чоловіків основної групи – 47,44 бали, що підтверджує нашу гіпотезу стосовно того, що жінки легше переносять стресові ситуації, хоча мають вищий рівень фонові, особистісної тривожності.

В основній групі переважали студенти з високим РОТ 66,88% та високим РСТ 56,47%, а в порівняльній групі значно більше було студентів з середніми РОТ (55,8%) та РСТ (58,4%).

Достовірних відмінностей в терапевтичній та контрольній групах при первинному опитуванні не виявлено ($p \geq 0,05$), що вказує на те, що у осіб з НІР переважає високий рівень особистісної тривожності та ситуативної тривоги. Проведене лікування достовірно знизило рівень особистісної тривожності та ситуативної тривоги у студентів ІА групи, в порівнянні з РОТ та РСТ студентів ІБ групи ($p < 0,05$).

В основній групі ($N=317$) ВРА виявлено у 127 (40,06%) при первинній діагностиці та у 62 (19,60%) студентів через рік ($p < 0,05$), що вказує на ефективність проведеної нами терапії. Серед студентів без НІР більшість були без проявів алекситимії – 614 (66,88%), ТРА виявлено у 227 (24,73%) осіб, ВРА діагностовано у 77 (8,39%) здорових молодих людей.

Аналізуючи гендерний аспект алекситимії в загальній вибірці виявлено, що ВРА притаманний в більшій мірі чоловікам – 65 (17,81%) в порівнянні з 139 (15,98%) жінок при первинному обстеженні, прикметно, що при повторному

обстеженні ВРА був діагностований у незначно більшій кількості жінок 14,37% проти 13,97% хлопців.

Виявлено достовірні відмінності у частоті ВРА у чоловіків в основній та порівняльній групах – 42,27% та 8,96% відповідно. Серед жінок були виявлені подібні результати: НРА у 32,73% осіб I групи та 68,00% - II групи, а ВРА відповідно у 39,09% та 8,15% ($p < 0,05$).

Аналізуючи частоту виявлення ВРА у студентів з НПР виявлено, що найбільше схильні до алекситимічних проявів пацієнти з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F 40.0-48.1) – 55,12% (табл. 6.10), а найменше – з поведінковими синдромами пов'язаними з фізіологічними порушеннями та фізичними чинниками (F 50.0-51.4) – 7,87%.

Аналізуючи гендерні відмінності рівнів алекситимії в загальній вибірці достовірних відмінностей виявлено не було. У чоловіків з НПР достовірно більший відсоток осіб з НРА був виявлений при повторному обстеженні – 55,67% (II) та 22,68% (I обстеження) ($p < 0,05$). Прикметно, що при первинному обстеженні виявлено достовірні відмінності рівня алекситимії у чоловіків: НРА в основній групі – 22,68% та в порівняльній групі – 64,18% ($p < 0,05$); ВРА мав протилежну тенденцію – 42,27 % в основній групі та 8,96% ($p < 0,05$). При первинному обстеженні виявлено достовірні відмінності рівня алекситимії у жінок: НРА в основній групі – 32,73% та в порівняльній групі – 68,00% ($p < 0,05$); ВРА мав протилежну тенденцію – 39,09 % в основній групі та 8,15% ($p < 0,05$). Отже для жінок характерним було достовірне зниження рівня алекситимії в основній групі.

Аналізуючи кореляцію рівня алекситимії та шкал СБОО в загальній вибірці (N=1235) виявлено достовірну залежність за всіма шкалами СБОО, і лише за шкалою брехні (L) та шкалою корекції (K) – виявлено від'ємну кореляцію ($p < 0,05$), що свідчить про те, що при підвищенні балів за СБОО (результат прямує до більшої виразності тієї чи іншої риси особистості) збільшується і рівень алекситимії (не вміння виражати словами власні почуття і емоції) і навпаки.

Встановлено статистично значимі результати щодо зв'язку рівня алекситимії з рівнями особистісної тривоги, ситуативної тривожності та рівнем

депресії, тобто при зростанні рівня алекситимії зростає рівень депресії та тривоги, і це ми враховували при побудові профілактичних заходів у студентів та при лікуванні НПР та оцінці його ефективності.

ВИСНОВКИ ДО ШОСТОГО РОЗДІЛУ

В результаті дослідження встановлено, що серед студентів з непсихотичними психічними розладами достовірно частіше в зустрічалися особи з депресивними (29,02 %), паранояльними (22,71 %), психастенічними (23,34 %) та істеричними (15,46 %) рисами особистості, що необхідно враховувати при ранній діагностиці та побудові психотерапевтичної програми для даного контингенту хворих.

Аналізуючи кореляційні зв'язки шкал СБОО з рівнем особистісної тривоги, ситуативної тривожності, алекситимії, депресії та нейротизму в загальній вибірці, виявлено достовірний прямий кореляційний зв'язок за всіма позиціями і лише за шкалою брехні (L) та шкалою кореляції (K) – достовірний зворотній зв'язок, що свідчить про високий рівень достовірності отриманих результатів.

Достовірних розбіжностей у рівні нейротизму в гендерному аспекті не виявлено, проте достовірно більше студентів обох статей основної групи мали ВРН ($p < 0,05$).

При первинному обстеженні виявлено достовірні відмінності в середніх значеннях нейротизму в основній групі $21,39 \pm 0,49$ бали, в порівняльній групі $10,17 \pm 0,25$ бали ($p < 0,001$). При повторному обстеженні отримано подібні результати: $17,54 \pm 0,43$ бали та $10,37 \pm 0,23$ бали відповідно ($p < 0,001$). Таким чином, можна розглядати рівень нейротизму як достовірний фактор формування НПР у студентів закладів вищої освіти.

Високий рівень нейротизму характерний для студентів з непсихотичними психічними розладами, зокрема з поведінковими синдромами пов'язаними з фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками у 65,0% осіб.

Матеріали, що увійшли до розділу, опубліковано автором у наукових працях: [152], [197], [229], [295], [380], [401], [408], [409], [440], [441], [442], [443], [444], [445], [446], [447], [448], [449].

РОЗДІЛ 7

ВПЛИВ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ НА РОЗВИТОК НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

7.1 Аналіз факторів, що впливають на формування НПР у студентів закладів вищої освіти

Негативні тенденції щодо погіршення здоров'я молоді, які навчаються у вищих навчальних закладах, обумовлені впливом медико-соціальних, психологічних та інших факторів [450]. Набуває подальшої актуальності дослідження патопсихологічних основ формування НПР у студентів, що насамперед обумовлено навантаженням першого року навчання та умовами інформаційного і емоційного стресу, значного психічного та фізичного напруження [451].

Але залишається недостатньо дослідженим аспект щодо чинників формування НПР у молодих осіб, врахування яких допоможе розробити принципи і методи ранньої діагностики [452], комплексні програми профілактики, реабілітації та превенції психічних порушень. Визначення чинників формування НПР у студентів ЗВО є необхідним для своєчасного виявлення ефективних заходів лікування та психологічної корекції психічних розладів для забезпечення високого рівня якості життя та соціальної адаптації [453].

Розвиток НПР у студентів був обумовлений впливом виражених стресогенних чинників, причому їх конкретний зміст залежав від періоду навчання. Так, на перших курсах найбільш важливими були: різка зміна життєвого стереотипу при переході від шкільної до університетської системи навчання, а в ряді випадків і необхідність переїзду в інше місто і проживання в гуртожитку, адаптація до нових навчальних дисциплін, викладачів, зміна самооцінки особистості. На середніх курсах основні стресогенні фактори в основному були пов'язані з навчальним процесом: виникненням академічної заборгованості в кінці семестру, страхом не скласти сесію, КРОК. На старших курсах приєднувалися проблеми, пов'язані з розподілом, вибором вузької

спеціальності (для медиків), пошуком місця роботи. Частими були скарги на нездатність впоратися з ситуацією, хворі вважали, що не зможуть продовжити навчання. У ряді випадків, особливо у жінок, основним змістом депресивних розладів були сімейні негаразди, особисті проблеми, сварки або розрив близьких відносин.

Аналізуючи можливі фактори формування НПР виявлено, що стать, як фактор, не є статистично значимим, так як НПР було діагностовано у 30,6% чоловіків та 29,19% жінок ($p > 0,05$).

А от такий фактор, як місце проживання мав достовірні відмінності в основній та порівняльній групі: більшість осіб з НПР проживали вдома 48,26%, в той час, як в порівняльній групі проживали вдома лише 39,22% ($p < 0,05$). В гуртожитку або на винайманих квартирах проживало 51,74% студентів основної групи та 60,78% - порівняльної ($p < 0,05$). Що дозволяє припустити, що студенти які проживають вдома є менш сепарованими від батьків, менш самостійними та більш вразливими до стресових факторів, яких є досить багато у студентському житті, що може призводити до формування НПР.

Аналізуючи вплив сімейного стану на розвиток НПР встановлено, що достовірно більше студентів які перебувають у шлюбі мають НПР 15,46% проти 3,53% здорових студентів ($p < 0,05$), що також може свідчити про несприятливий вплив шлюбу на формування НПР. Можливо, це можна пояснити неготовністю до раннього шлюбу, подвійної відповідальності, особливо для чоловіків, як тих хто має фінансово забезпечувати сім'ю, необхідністю додаткової роботи, виснаженням і хронічним стресом. Середній вік одружених студентів основної групи 20,97 років, а порівняльної 22,34 роки, що може свідчити про більшу виваженість здорових студентів при прийомі такого відповідального рішення. Причиною шлюбу 21 пари 42,86% була незапланована вагітність. Що також є фактором формування НПР. Хоча наявність дітей у власних сім'ях не мала достовірної розбіжності у основній та порівняльній групах 6,31% та 1,64% ($t = 0,736$) відповідно.

Вивчаючи стосунки у сім'ях досліджуваних виявлено, що достовірно більше студентів II групи 761 (82,9%) оцінили їх як «спокійні, доброзичливі», в той час, як лише 168 (53%) осіб I групи визначили такий тип стосунків ($p < 0,05$). Достовірно більше студентів з НПР оцінили стосунки в сім'ї як «спокійні, холодні» 19,87% проти 4,14% здорових студентів ($p < 0,05$). Епізодичні конфлікти відмічали 20,5% осіб основної та 11,44% молодих людей порівняльної групи, а систематичні конфлікти були у 6,62% та 1,53% відповідно ($p \geq 0,05$). Отже можна сказати, що холодні стосунки у сім'ї, є одним з факторів формування НПР.

Аналізуючи актуальні соціальні проблеми студентів виявлено що безробіття чи загрозу безробіття молоді люди сприймають як проблему в обох групах майже однаково 23,97% та 26,81% в I групі і 23,75% та 23,31% в II групі ($p \geq 0,05$). Це можна пояснити віком обстежуваних та тим, що більшість з них знаходяться на утриманні батьків.

А от відсутність перспективи лякає 120 студентів (37,85%) основної групи, що достовірно більше за кількість студентів без НПР – 239 (26,03%) ($p < 0,05$). Що можна пояснити високим рівнем тривожності даної когорти пацієнтів, і їх песимістичним поглядом на життя.

Вісімдесят сім студентів основної групи (27,44%) вважають, що вони нездатні пристосуватися до середовища, в порівняльній групі такої думки про себе лише 73 особи (7,95%) ($p < 0,05$), що також свідчить про низький рівень адаптації, самооцінки та песимізм студентів з НПР.

Переживання воєнних дій, як соціальну проблему відзначили 105 осіб (33,12%) основної групи та 293 (31,92%) порівняльної групи ($p \geq 0,05$). Політичні події, які створюють стан тривоги відмітили 125 студентів з НПР (39,43%) та 345 (37,58%) – без НПР ($p \geq 0,05$). Негативний вплив засобів масової інформації, як соціальну проблему оцінили 102 студенти основної (32,18%) та 231 студент (25,16%) порівняльної групи ($p \geq 0,05$). Це можна пояснити несприятливим станом даних питань в Україні, що в свою чергу негативно позначається на психічному стані населення, зокрема її молодих верств.

Стихійні лиха, кримінальні події (пограбування, напад тощо) та вимушену міграцію відмітили в якості актуальної соціальної проблеми 7,57%, 9,15% та 7,57% хворих на НПР та 6,86%, 9,26% та 6,97% здорових студенти відповідно ($p \geq 0,05$). Достовірної різниці в групах не виявлено, що не дозволяє розцінювати їх як фактори формування НПР.

Прикметно, що достовірно більше студентів з НПР визнали міжособистісні конфлікти в колективі, як актуальну проблему – 96 (30,28%), в той час як тільки 165 (17,97%) здорових студенти відмітили дану проблему ($p < 0,05$). Труднощі в засвоєнні нових норм і правил, відчуття ізоляції серед оточуючих також мали достовірні відмінності в обох групах – 23,97%, 25,24% в I групі та 10,35%, 10,78% в II групі ($p < 0,05$), що дає змогу розцінювати ці проблеми, як достовірні фактори формування НПР і це необхідно враховувати при побудові профілактичної та лікувальної стратегії.

Серйозні залякування та глузування відмітили 19 (5,99%) осіб основної групи та 27 (2,94%) – порівняльної ($t=0,481$). Небажану вагітність визнали актуальною проблемою 9 (2,84%) та 14 (1,5%) студентів відповідно ($p \geq 0,05$), що не має достовірних відмінностей по групах.

Ряд соціальних проблем при суб'єктивному оцінюванні студентами не мав достовірної різниці в обох групах: небажана вагітність мала місце у 2,84% осіб основної групи та 1,53% порівняльної групи; проживання на самоті – 14, 83% та 7,41% відповідно; розлучення – 6,31% та 3,82%; вимушена зміна професії – 4,73% та 3,81% в I та II групах відповідно ($p \geq 0,05$).

Цікавим виявився результат стосовно звертання до ворожок, знахарів і т.п., так 61 особа (19,24%) основної групи мала такий досвід, і лише 27 (2,94%) студентів зверталися за подібною допомогою ($p < 0,05$), що може свідчити про схильність осіб з містичним мисленням до розвитку НПР.

Конфлікти в сім'ї виділили як актуальну проблему 114 (35,96%) студентів з НПР та 185 (20,15%) здорових студентів ($p < 0,05$), що свідчить про значний негативний вплив фонових стресів (сімейних конфліктів) на формування НПР.

Студенти обох груп відмічали серед соціальних проблем матеріальну скруту 25,55% та 20,15% ($t=0,951$); проблеми з житлом 12,62% та 2,73% ($t=1,60$); погіршення матеріально побутових умов 20,5% та 18,19% студентів I та II групи відповідно ($t=0,396$). Достовірних розбіжностей в групах не виявлено, що вказує на незначний вплив матеріально-побутових умов на розвиток НПР.

Достовірна відмінність між обома групами була виявлена в результатах стосовно оцінки конфліктів з друзями та конфліктів в мікрогрупі, як актуальної соціальної проблеми, так в основній групі 104 (32,81%) студентів мали конфлікти з друзями і 77 (24,29%) осіб мали проблемні стосунки в групі; в порівняльній групі були наступні результати – 127 (13,83%) та 87 (9,48%) ($p<0,05$) відповідно, що вкотре вказує на значний вплив конфліктів (психотравми) на формування НПР у осіб молодого віку. Також конфлікти у навчанні були притаманні 96 (30,28%) та 171 (18,63%) студентів I та II груп ($p<0,05$). Частота конфліктів пов'язаних з навчанням відображена на рис. 7.1.1.

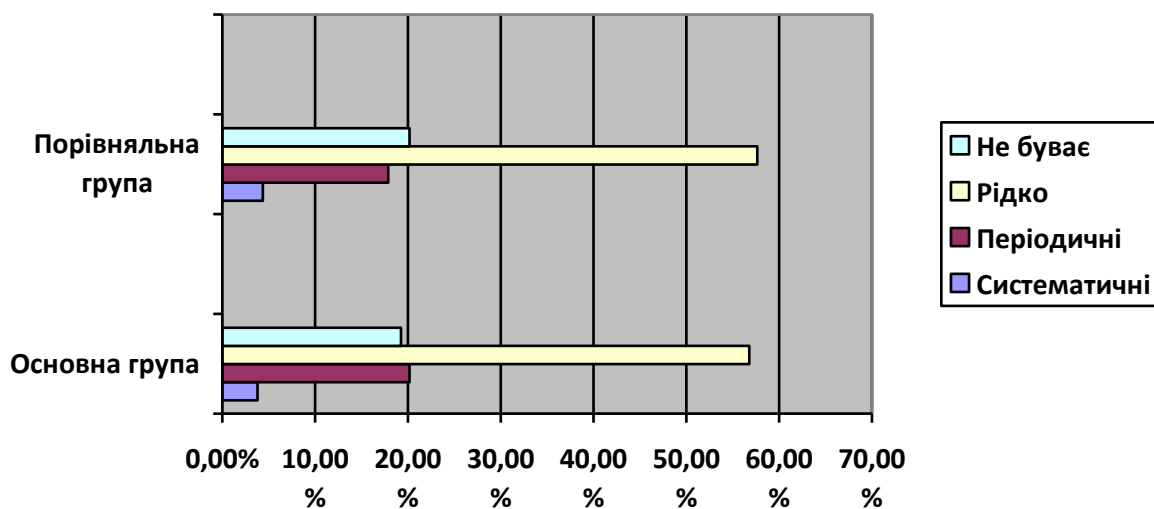


Рис. 7.1.1 Оцінка частоти конфліктів пов'язаних з навчанням

Прикметно, що достовірно більша кількість студентів з НПР мали конфлікти в мікрогрупі, з друзями, а от частоту виникнення конфліктів студенти обох груп оцінили майже однаково.

В той час як конфлікти справляють достовірний негативний вплив на розвиток НПР, погіршення стосунків з дітьми та з батьками не мало достовірної

відмінності в основній та порівняльній групах, а саме 7,88% проти 3,59% ($t=0,682$) та 18,93% проти 8,27% ($t=1,785$) в основній проти порівняльної групах.

Встановлено достовірний вплив релігійного фактору на формування НПР, так 60 (18,93%) студентів основної групи відзначили його як актуальну соціальну проблему і лише 53 (5,77%) осіб порівняльної групи визнали релігійний фактор, як значиму проблему ($p<0,05$). Релігія виконує регулятивну функцію. Як будь-яка інша сфера духовної культури, вона створює певну систему норм і цінностей, але специфіка яких полягає насамперед у збереженні й закріпленні віри у надприродне. Цьому завданню підпорядковані не тільки культові дії, а й сімейно-побутові стосунки, система традицій і звичок. Підкреслимо, що релігія асимілювала багато елементів загальнолюдської моралі. А оскільки Бог, за висловом Ф. Енгельса, є відображенням абстрактної людини, то і релігійна мораль багато в чому має не якийсь надприродний, а людський, суспільний характер [270].

«Хвороби близьких» - ця соціальна проблема хоча і не мала достовірної відмінності в групах, проте її виділили 33,44% студентів I групи та 31,59% - II групи ($t=0,346$). Подібні результати і з «Алкоголізмом близьких людей» 18,61% та 13,07% відповідно ($t=0,934$). Власні захворювання (хронічні хвороби) вважали проблемою 89 (28,08%) та 221 (24,07%) студентів основної та порівняльної груп ($p\geq 0,05$). Смерть рідних та близьких пережили 66 (20,82%) студентів з НПР та 178 (19,39%) здорових студентів ($p\geq 0,05$), хоча це є важким стресовим фактором, достовірної відмінності не виявлено між групами, що можна пояснити адаптивними можливостями молодих людей, невеликою кількістю втрат батьків, в основному відзначали смерть бабусь, дідусів, з якими обстежені не проживали на одній житловій території.

Ятрогенія – це будь-які небажані або несприятливі наслідки профілактичних, діагностичних та лікувальних втручань або процедур, які призводять до порушень функцій організму, обмеження звичної діяльності та інвалідизації або навіть смерті пацієнта. За даними ВООЗ, ятрогенії зустрічаються у 20% хворих і складають 10% в структурі госпітальної смертності [454]. В

нашому дослідженні ятрогенію відмітили 22 (6,94%) студентів основної групи та 49 (5,33%) – порівняльної групи ($p \geq 0,05$), низький відсоток можна пояснити високим рівнем надання медичної допомоги в регіоні та молодим віком пацієнтів.

Достовірно більше студентів з НПР відмітили порушення сексуальних стосунків, як актуальну соціальну проблему 91 (28,71%) проти 76 (8,28%) осіб без НПР ($p < 0,05$), що можна розцінювати як симптом захворювання або як фактор, що привів до НПР. У більшості студентів вище згадана проблема проявилася після початку захворювання.

Порівняльні дані актуальних соціальних проблем студентів відображено в таблиці 7.1.1.

Таблиця 7.1.1

Значення соціально-психологічних факторів у формуванні непсихотичних психічних розладів у студентів

№	Назва проблеми	група I (n = 317)		група II (n = 918)		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Безробіття	76	23,97	218	23,7	0,04003	4,90	2,88
2.	Загроза безробіття	85	26,81	214	23,3	0,62461	4,80	2,89
3.	Відсутність перспективи	120	37,85	239	26	2,24741	4,43	2,84
4.	Нездатність пристосуватися до середовища	87	27,44	73	7,95	3,39762	4,78	3,17
5.	Переживання воєнних дій і т.і	105	33,12	293	31,9	0,22582	4,59	2,72
6.	Негативний вплив засобів масової інформації	102	32,18	231	25,2	1,29021	4,63	2,86
7.	Політичні події, які створюють ситуацію тривоги в індивідуума	125	39,43	345	37,6	0,36357	4,37	2,61
8.	Стихійне лихо	24	7,571	63	6,86	0,11297	5,40	3,19
9.	Кримінальні події (пограбування, напад, зґвалтування)	29	9,148	85	9,26	-0,0179	5,35	3,14

Продовж. табл. 7.1.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
10.	Вимушена міграція	24	7,571	64	6,97	0,09561	5,40	3,18
11.	Міжособистісні конфлікти у колективі	96	30,28	165	18	2,21353	4,69	2,99
12.	Труднощі в засвоєнні нових норм і правил	76	23,97	95	10,3	2,34556	4,90	3,13
13.	Відчуття ізоляції серед оточуючих	80	25,24	99	10,8	2,50434	4,86	3,12
14.	Серйозні залякування і глузування	19	5,994	27	2,94	0,48128	5,45	3,25
15.	Небажана вагітність	9	2,839	14	1,53	0,20428	5,54	3,28
16.	Звертання до ворожок, знахарів та ін.	61	19,24	27	2,94	2,71513	5,05	3,25
17.	Проживання на самоті	47	14,83	68	7,41	1,22043	5,18	3,18
18.	Сімейні конфлікти	114	35,96	185	20,2	2,94089	4,49	2,95
19.	Розлучення	20	6,309	35	3,81	0,39457	5,44	3,24
20.	Погіршення матеріально-побутових умов	65	20,5	167	18,2	0,39674	5,01	2,99
21.	Матеріальна скрута	81	25,55	185	20,2	0,95179	4,85	2,95
22.	Проблеми з житлом	40	12,62	25	2,72	1,60177	5,25	3,26
23.	Конфлікти з друзями	104	32,81	127	13,8	3,43085	4,60	3,06
24.	Конфлікти службові в мікрогрупі	77	24,29	87	9,48	2,55004	4,89	3,14
25.	Погіршення відносин з дітьми	25	7,886	33	3,59	0,68234	5,39	3,24
26.	Погіршення відносин з батьками	60	18,93	76	8,28	1,78555	5,06	3,16
27.	Вимушені зміни в сімейному статусі (тимчасові розлучення)	29	9,148	45	4,9	0,67979	5,35	3,22
28.	Релігійний фактор (міжконфесійні чвари,)	60	18,93	53	5,77	2,19725	5,06	3,20
29.	Хвороби близьких	106	33,44	290	31,6	0,34648	4,58	2,73
30.	Алкоголізм близьких людей (сім'я, товариші, наркоманія)	59	18,61	120	13,1	0,93453	5,07	3,08

Продовж. табл. 7.1.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
31.	Порушення сексуальних стосунків	91	28,71	76	8,28	3,58429	4,74	3,16
32.	Конфлікти в навчанні	96	30,28	171	18,6	2,09842	4,69	2,98
33.	Вимушена зміна професії	15	4,732	35	3,81	0,14439	5,48	3,24
34.	Власні захворювання (хронічні хвороби)	89	28,08	221	24,1	0,71918	4,76	2,88
35.	Смерть рідних та близьких	66	20,82	178	19,4	0,24615	5,00	2,96
36.	Ятрогенії	22	6,94	49	5,34	0,25441	5,42	3,21
37.	Осуд по цивільній чи кримінальній справі без позбавлення волі	3	0,946	15	1,63	-0,1061	5,59	3,27
38.	Тюремне ув'язнення чи інше позбавлення волі	4	1,262	12	1,31	-0,007	5,58	3,28

Отже, аналізуючи дані таблиці 7.1.1 та рис 7.1.2 можна виділити головні фактори, що впливають на формування НІР у студентів:

1. Відсутність перспективи – 37,85% ($p < 0,05$);
2. Сімейні конфлікти – 35,96% ($p < 0,05$);
3. Хвороби близьких – 33,44% ($p \geq 0,05$);
4. Конфлікти з друзями – 32,81% ($p < 0,05$);
5. Міжособистісні конфлікти у колективі – 30,28% ($p < 0,05$);
6. Нездатність пристосуватися до середовища – 27,44% ($p < 0,05$).

Це необхідно враховувати при побудові профілактичних програм для молоді та і процесі лікування та реабілітації даного контингенту хворих.

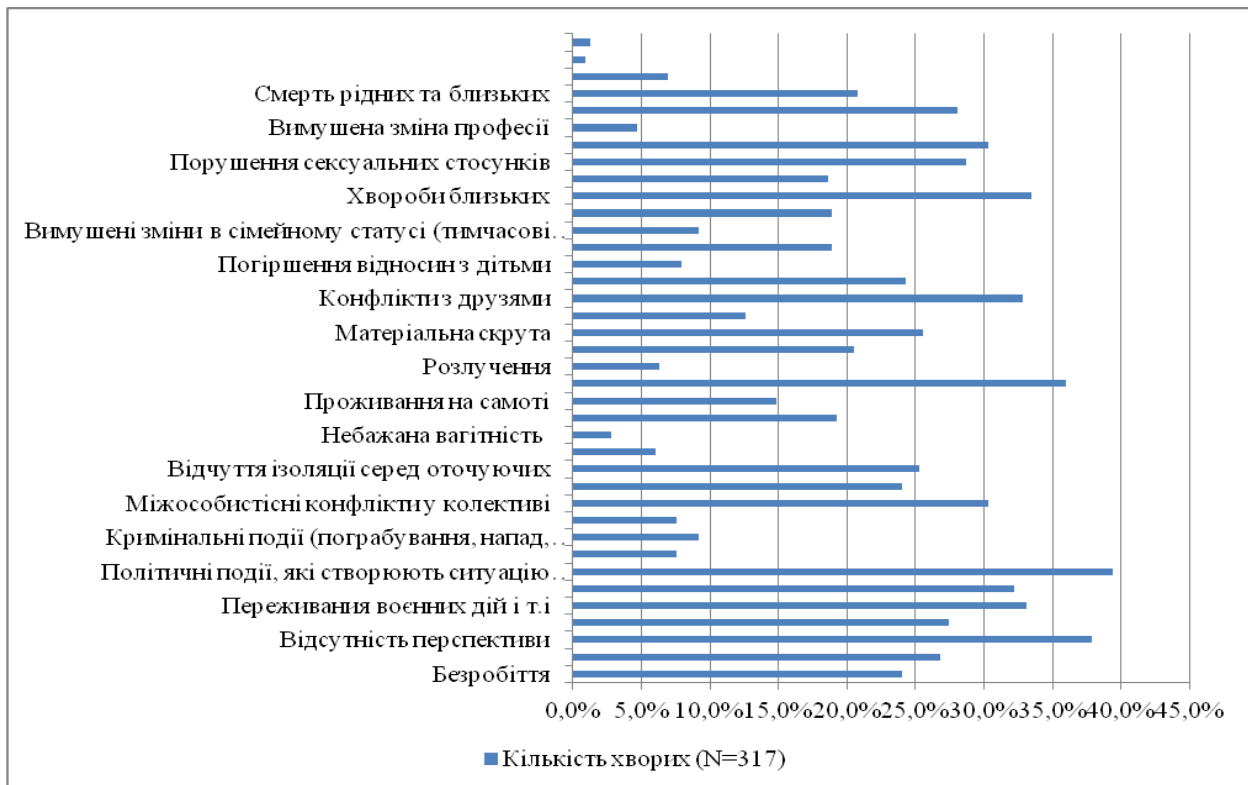


Рис. 7.1.2 Значення соціально-психологічних факторів у формуванні непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти

Постійний розпорядок дня був притаманний 57 (17,98%) студентів основної групи та 165 (17,97%) студентів порівняльної групи ($p \geq 0,05$), що вказує на те, що лише невелика кількість молодих людей вміють раціонально та ефективно розпланувати свій день, час на навчання та відпочинок і цю особливість ми будемо враховувати при побудові профілактичних заходів, а саме при побудові тренінгових програм для студентів.

Поганий сон, як один з симптомів мав місце в скаргах 80 (25,24%) осіб I групи та 102 (11,11%) студентів II групи ($p < 0,05$).

Суб'єктивна оцінка матеріально-побутових умов студентами мала наступні результати в I та II групах відповідно: нижче середнього - 21 (6,63%) та 87 9,48% ($p \geq 0,05$); середні - 158 (49,84%) та 484 (52,72%) ($p \geq 0,05$); вище середнього - 138 (43,53%) та 344 (37,47%) ($p \geq 0,05$). Достовірної різниці не виявлено, що свідчить про несуттєвий вплив матеріально-побутових умов на розвиток НПР у молоді.

Погана адаптація до навчання була виявлена у 79 (24,92%) студентів з НПР, в той же час серед здорових студентів цей показник відмітили лише 30 (3,29%)

($p < 0,05$) (рис. 7.1.3). Складнощі з адаптацією в колективі відзначили 31 (9,78%) осіб I групи та 25 (2,72%) осіб II групи ($p \geq 0,05$). І це може свідчити про суб'єктивне відчуття нездатності адекватно пристосовуватися до нових обставин, що також буде враховано в профілактичній, лікувальній та реабілітаційній роботі.

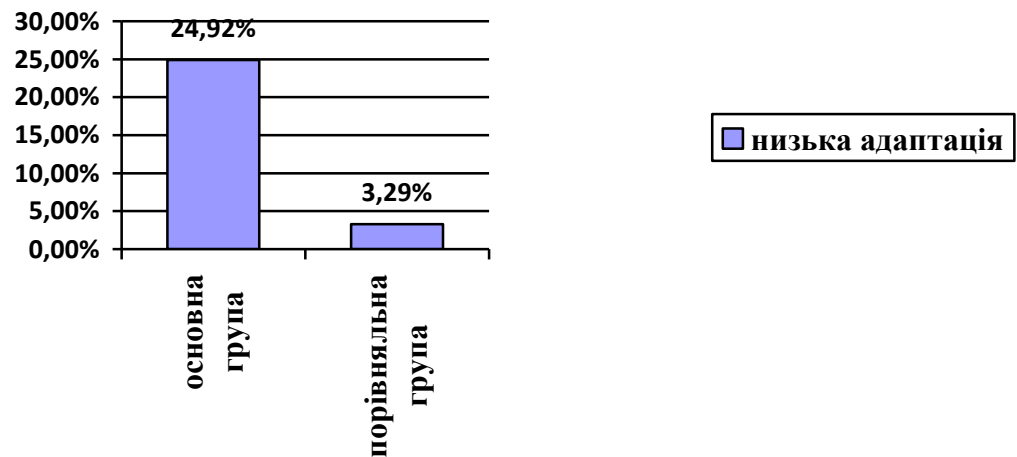


Рисунок 7.1.3 Частота низької адаптації до навчання

Цікавим виявилось те, що студенти з НПР в меншій мірі оцінюють навчальний матеріал як важкий 204 (64,35%), в той же час 694 (75,6%) студенти без НПР визнали його як такий ($p < 0,05$). Можливо це можна пояснити тим, що студенти, які мають симптоми НПР більше фіксують свою увагу на них, а не складності навчання.

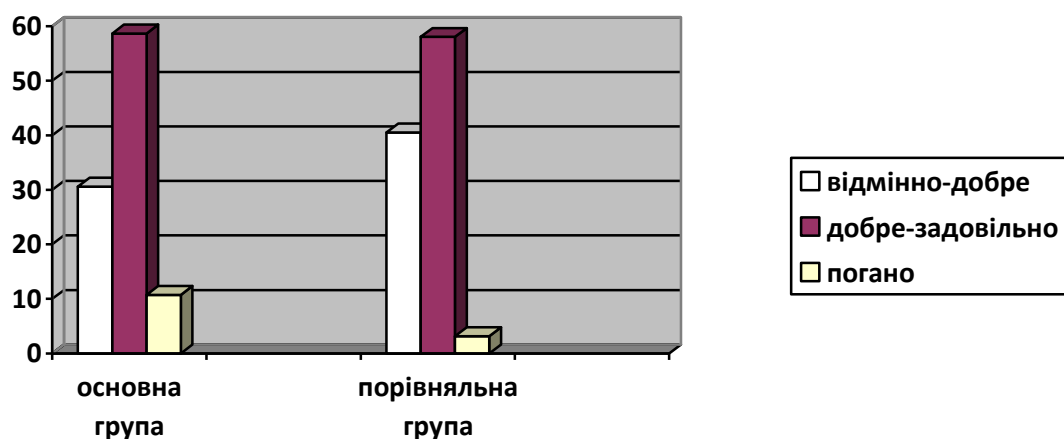


Рис. 7.1.4 Успішність в навчанні

Аналізуючи успішність в навчанні студентів обох груп виявлено наступні результати (рис. 7.1.4): на відмінно-добре навчалися 97 (30,6%) осіб основної

групи та 372 (40,52%) - порівняльної групи ($p \geq 0,05$); добре-задовільно 186 (58,68%) та 533 (58,06%) ($p \geq 0,05$) відповідно; погано 34 (10,73%) та 29 (3,16%) студентів I та II групи ($p \geq 0,05$). Достовірних відмінностей в групах не виявлено. Проте цікавим є динаміка успішності навчання через рік див таблицю 2.

Таблиця 7.1.2

Успішність в навчанні студентів обох груп в динаміці

Результати первинного обстеження							
Результат навчання	група I (n = 317)		група II (n = 918)		t	M1	M2
	N	%	N	%			
відмінно - добре	97	30,60	372	40,52	-1,86	4,68	2,55
добре - задовільно	186	58,68	533	58,06	0,15	3,61	2,14
погано	34	10,73	29	3,16	1,22	5,31	3,25
Результати повторного обстеження (через 1 рік)							
відмінно - добре	96	30,28	345	37,58	-1,36	4,69	2,61
добре - задовільно	205	64,67	561	61,11	0,91	3,34	2,06
погано	16	5,05	12	1,31	0,59	5,47	3,28

Як видно з таблиці 7.1.2 успішність студентів обох груп, незначно, але зросла за рік навчання.

Аналізуючи результати успішності навчання в основній групі виявлено достовірне покращення успішності в I А (терапевтичній) групі на відмінно-добре навчалися 31,43% студентів, після проведеного лікування - 38,10% ($p < 0,05$) та I Б (контрольній групі) – на відмінно-добре навчалися 28,97%, а через рік (без лікування) – 14,95% ($p < 0,05$), тобто успішність студентів з НПР які відмовились від запропонованого лікування, суттєво погіршилась і це також варто враховувати при проведенні мотиваційної роботи з приводу терапії молодих людей (табл. 7.1.3).

Таблиця 7.1.3

**Успішність в навчанні студентів з непсихотичними психічними
розладами в динаміці**

Результати первинного обстеження							
Результат навчання	група І Б (n = 107)		група І А (n = 210)		t	M1	M2
	N	%	N	%		N	%
відмінно - добре	31	28,97	66	31,43	-0,25	31	28,97
добре - задовільно	63	58,88	123	58,57	0,04	63	58,88
погано	13	12,15	21	10,00	0,19	13	12,15
Результати повторного обстеження (через 1 рік)							
відмінно - добре	16	14,95	80	38,10	-2,22	8,92	5,43
добре - задовільно	77	71,96	128	60,95	1,65	5,12	4,31
погано	14	13,08	2	0,95	1,07	9,01	6,87

Регулярно готувалися до занять 211 (66,56%) студентів з НПР та 647 (70,48%) студентів без НПР ($p \geq 0,05$). В нічний час систематично займалися 95 (29,97%) та 233 (25,38%) студентів основної та порівняльної групи ($p \geq 0,05$); перед заліками (модулями) – 122 (38,49%) та 426 (46,41%) ($p \geq 0,05$) відповідно; не займаються в нічний час – 100 (31,55%) та 259 (28,21%) ($p \geq 0,05$), достовірних відмінностей не виявлено, що вказує на незначний вплив НПР на мотивацію до навчання та регулярність підготовки до занять.

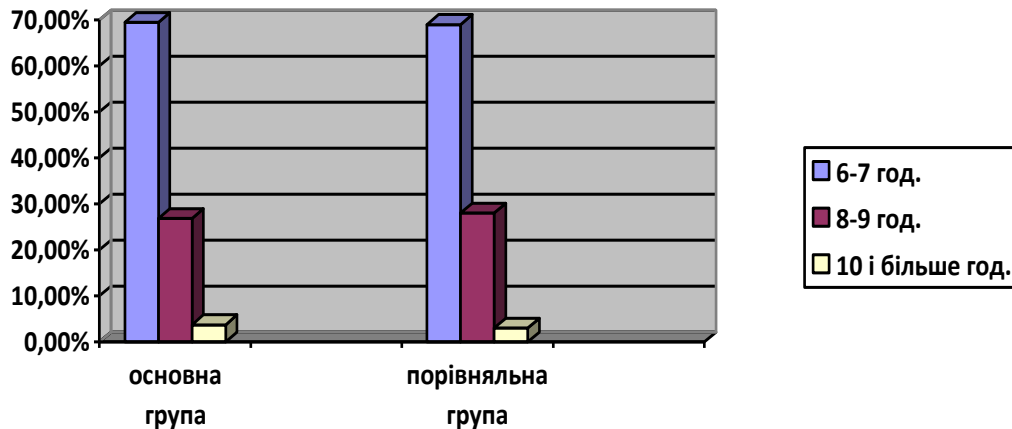


Рис. 7.1.5 Середня зайнятість у студентів у вищому навчальному закладі

Як видно з рис. 7.1.5 студенти обох груп фактично однаково були зайняті в університеті, достовірних відмінностей не виявлено ($p \geq 0,05$), що також свідчить про незначний вплив зайнятості у ЗВО на формування НПР у осіб молодого віку.

Цікавими виявилися результати оцінки студентами власного самопочуття до та після занять в університеті див. табл. 7.1.4.

Таблиця 7.1.4

Оцінка студентами власного самопочуття до та після занять у вузі

Самопочуття	група I (n = 317)		група II (n = 918)		t	M1	M2
	N	%	N	%			
Самопочуття перед заняттями: бадьоре	63	19,87	203	22,1	-0,38542	5,03	2,91
Самопочуття перед заняттями: задовільне	188	59,31	607	66,1	-1,67658	3,58	1,92
Самопочуття перед заняттями: погане	66	20,82	108	11,8	1,539711	5,00	3,10
Самопочуття після занять: добре	46	14,51	299	32,6	-3,08305	5,19	2,71
Самопочуття після занять: задовільне	152	47,95	447	48,7	-0,15844	4,05	2,36
Самопочуття після занять: погане	119	37,54	172	18,7	3,518685	4,44	2,98

Достовірну різницю виявлено в оцінці самопочуття після занять, так 119 (37,54%) студентів основної групи переважно почували себе погано, також погане самопочуття після занять відмічали 172 (18,7%) студенти порівняльної групи ($p < 0,05$). В той же час почувалися після занять добре - 299 (32,57%) студентів без НПР та 46 (14,51%) осіб з НПР ($p < 0,05$), що вказує на вищий рівень астенизації та швидку втомлюваність молодих людей з НПР.

Участь у суспільній роботі самодіяльності, студентському самоврядуванні не приймали 149 (47,0%) осіб I групи та 356 (38,78%) – II групи ($p \geq 0,05$); епізодично проявляли себе в самодіяльності – 145 (45,74%) та 512 (55,77%) відповідно ($p < 0,05$); постійно брали участь в суспільній роботі 23 (7,26%) студенти з НПР та 51 (5,56%) студентів без НПР ($p \geq 0,05$) (рис. 7.1.6).



Рис.

7.1.6 Систематичність участі у суспільній роботі, самодіяльності, студентському самоврядуванні

Студентами було оцінено шкідливості в процесі навчання (табл. 7.1.5), так емоційна напруга була виділена більшою кількістю студентів обох груп 63,72% та 64,50% відповідно ($p \geq 0,05$). Фізичні навантаження визнали шкідливим фактором 5,99% студентів основної групи та 5,23% осіб порівняльної групи ($p \geq 0,05$). Недостатню рухову активність відзначили 23,97% хворих та 21,00% здорових студентів, а незадовільний мікроклімат вважали 18,30% (I) та 20,20% (II) обстежених ($p \geq 0,05$).

Таблиця 7.1.5

Шкідливості під час навчання у студентів основної та порівняльної груп (абс., %)

Шкідливості на навчанні	група I (n = 317)		група II (n = 918)		t	M1	M2
	N	%	N	%			
Емоційна напруга	202	63,72	592	64,5	-0,19566	3,38	1,97
Фізичні навантаження	19	5,994	48	5,23	0,120979	5,45	3,21
Недостатня рухова активність	76	23,97	193	21	0,516923	4,90	2,93
Незадовільний мікроклімат	58	18,3	185	20,2	-0,31611	5,08	2,95

Соціально-психологічні фактори мають суттєве значення у формуванні неспокійних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти. До специфічних особливостей розумової праці студентів відносять одночасне вивчення багатьох навчальних дисциплін, що супроводжується частим і швидким переключенням з одного предмету на інший; необхідність переробки інформації й прийняття відповідальних рішень в умовах гострого дефіциту часу, що характеризується почуттям підвищеної відповідальності за прийняті рішення й часте виникнення станів нервово-психічної напруги. Як правило, значний обсяг розумової роботи студенти виконують у вечірній і нічний час, що приводить до порушення режиму сну та перешкоджає повноцінному відпочинку. Крім того, навчальний процес у більшості вузів поєднаний з гіподинамією, тому що основний обсяг розумового навантаження виконується сидячи, а заняття по фізичній підготовці передбачені лише на молодших курсах. При цьому загальний обсяг навчального навантаження в студентів може становити до 12 годин на добу, зростаючи в сесійний період до 15-16 годин на добу, що дозволяє віднести працю студентів по показнику напруженості до 4-й категорії (дуже напружена праця) [455-456].

Важливими факторами, що підвищують ризик розвитку психічних розладів у студентів, є нездатність впоратися з навчальним навантаженням; відчуття

ворожості з боку педагога, зміна навчального колективу, міжособистісна конфліктність, висока мотивація, що не дозволяє ухилятися від розумового навантаження [457]. Особливого значення зазначені фактори набувають у студентів спеціальностей, заснованих на системі міжособистісних стосунків (лікарі, педагоги, психологи, юристи) [458].

Вважається, що основним етапом формування адаптації до навчання у вузі є молодші курси, і стійка адаптація настає на 2-му або 3-му курсі. Перехід на вузівські форми навчання є найбільш відчутним для студентів першого курсу (труднощі виникають у 70% опитаних), другого (55%) і третього курсу (53%). У той же час виявлене погіршення стану здоров'я студентів за час навчання: прогресування артеріальної гіпертензії, зростання частоти гіпотоній і інших серцево-судинних порушень [459].

Важливими є також виявлені особливості діагностики психічних і соматичних розладів у студентів, що пояснюють різну частоту патологій: встановлено, що студенти старших курсів набагато рідше, ніж на молодших курсах, звертаються за медичною допомогою в студентські поліклініки, віддаючи перевагу самолікуванню або консультаціям на клінічних кафедрах, що приводить до заниження даних щодо реальної захворюваності студентів [354].

Нерідко об'єктом вивчення психіатрів і психологів стають психологічні особливості юнацького вікового періоду - нестійкість нервової системи, відсутність сформованих позитивних життєвих установок і труднощі адекватного самовираження, що може приводити до замкнутості, безініціативності, невмотивованим пропускам занять, зниженню академічної успішності [460]. У той же час вивченню динаміки стану здоров'я студентів і факторів, що впливають на нього протягом усього періоду навчання у ЗВО, а не тільки на молодших курсах, присвячена значно менша кількість робіт, причому вони в основному стосуються проблем гігієни розумової праці й профілактики соматичних розладів [461].

Вивчення ролі різних факторів у визначенні рівня психічного й соматичного здоров'я студентів пропонується проводити в рамках системного підходу у

взаємозв'язку з вивченням способу життя: режимів праці й відпочинку, емоційного й функціонального стану організму, матеріальної забезпеченості, бюджету часу й плановому регулюванні трудової діяльності студентів.

Аналізуючи, які соціально-психологічні фактори впливають на формування афективних розладів настрою (F 30.0-34.1), виявлено наступні результати: найчастіше хворі з НПР відмічали негативний вплив: політичних подій, які створюють ситуацію тривоги 46,84%, переживання воєнних дій 41,77%, сімейні конфлікти 32,91%, порушення сексуальних стосунків 31,65%, відсутність перспективи 31,65%, хвороби близьких 31,65%, негативний вплив засобів масової інформації 30,38%, конфлікти в навчанні 30,38%, міжособистісні конфлікти у колективі 30,38%, відчуття ізоляції серед оточуючих 27,85%, труднощі в засвоєнні нових норм і правил 25,32%, матеріальна скрута 25,32%, загроза безробіття 25,32%, власні захворювання (хронічні хвороби) 25,32%, конфлікти з друзями 24,05%, алкоголізм близьких людей (сім'я, товариші, наркоманія) 24,05% (табл. 7.1.6 та рис. 7.1.7).

Таблиця 7.1.6

**Соціально-психологічних фактори формування непсихотичних
психічних розладів у студентів**

Соціальні фактори, що впливають на розвиток НПР	F 30.0-34.1 (N=79)	F 40.0-48.1 (N=187)	F 50.0-51.4 (N=20)	F 60.0-60.7 (N=31)
	%	%	%	%
1	2	3	4	5
Безробіття	18,99%	27,27%	30,00%	12,90%
Загроза безробіття	25,32%	27,27%	25,00%	29,03%
Відсутність перспективи	31,65%	38,50%	50,00%	41,94%
Нездатність пристосуватися до середовища	10,13%	31,55%	45,00%	35,48%
Переживання воєнних дій і т.і	41,77%	30,48%	25,00%	32,26%
Негативний вплив засобів масової інформації	30,38%	28,34%	40,00%	48,39%

Продовж. табл. 7.1.6

1	2	3	4	5
Політичні події, які створюють ситуацію тривоги в індивідуума	46,84%	34,22%	20,00%	64,52%
Стихійне лихо	8,86%	7,49%	15,00%	0,00%
Кримінальні події (пограбування, напад, зґвалтування)	10,13%	9,09%	10,00%	6,45%
Вимушена міграція	10,13%	5,88%	25,00%	0,00%
Міжособистісні конфлікти у колективі	30,38%	27,81%	45,00%	35,48%
Труднощі в засвоєнні нових норм і правил	25,32%	21,39%	20,00%	38,71%
Відчуття ізоляції серед оточуючих	27,85%	19,25%	50,00%	38,71%
Серйозні залякування і глузування	10,13%	5,35%	5,00%	0,00%
Небажана вагітність	2,53%	1,60%	15,00%	3,23%
Звертання до ворожок, знахарів та ін.	11,39%	18,72%	30,00%	35,48%
Проживання на самоті	11,39%	16,58%	15,00%	12,90%
Сімейні конфлікти	32,91%	35,29%	55,00%	35,48%
Розлучення	6,33%	7,49%	5,00%	0,00%
Погіршення матеріально-побутових умов	21,52%	19,79%	25,00%	19,35%
Матеріальна скрута	25,32%	26,74%	30,00%	16,13%
Проблеми з житлом	11,39%	13,37%	25,00%	3,23%
Конфлікти з друзями	24,05%	35,29%	30,00%	41,94%
Конфлікти службові в мікрогрупі	16,46%	27,27%	20,00%	29,03%
Погіршення відносин з дітьми	6,33%	7,49%	10,00%	12,90%
Погіршення відносин з батьками	7,59%	22,46%	35,00%	16,13%
Вимушені зміни в сімейному статусі (тимчасові розлучення)	7,59%	11,23%	5,00%	3,23%
Релігійний фактор (міжконфесійні чвари,)	11,39%	20,86%	20,00%	25,81%
Хвороби близьких	31,65%	33,69%	25,00%	41,94%
Алкоголізм близьких людей (сім'я, товариші, наркоманія)	24,05%	14,97%	35,00%	16,13%
Порушення сексуальних стосунків	31,65%	27,27%	35,00%	25,81%
Конфлікти в навчанні	30,38%	29,41%	30,00%	35,48%
Власні захворювання (хронічні хвороби)	25,32%	29,95%	30,00%	22,58%

Продовж. табл. 7.1.6

1	2	3	4	5
Смерть рідних та близьких	17,72%	19,25%	35,00%	29,03%
Ятрогенії	5,06%	5,35%	10,00%	12,90%
Осуд по цивільній чи кримінальній справі без позбавлення волі	1,27%	1,07%	0,00%	0,00%
Позбавлення волі	0,00%	2,14%	0,00%	0,00%

Примітка: F 30.0-34.1 - афективні розлади настрою; F 40.0-48.1 невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади; F 50.0-51.4 поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами; F 60.0-60.7 розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих.

Хворі з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами найчастіше відмічали наступні соціально-психологічні фактори, як такі, що мали місце в їхньому житті: відсутність перспективи 38,50%, конфлікти з друзями 35,29%, сімейні конфлікти 35,29%, політичні події, які створюють ситуацію тривоги в індивідуума 34,22%, хвороби близьких 33,69%, нездатність пристосуватися до середовища 31,55%, переживання воєнних дій 30,48%, власні захворювання (хронічні хвороби) 29,95%, конфлікти в навчанні 29,41%, негативний вплив засобів масової інформації 28,34%, міжособистісні конфлікти у колективі 27,81%, безробіття 27,27%, загроза безробіття 27,27%, порушення сексуальних стосунків 27,27%, конфлікти службові в мікрогрупі 27,27%, матеріальна скрута 26,74%, погіршення відносин з батьками 22,46%, труднощі в засвоєнні нових норм і правил 21,39%, релігійний фактор 20,86%. Прикметно, що не всі фактори співпадали та їх частота була нижчою ніж у хворих з афективними розладами настрою (табл. 7.1.6 та рис. 7.1.7).

Найчастіше виявляли наступні соціальні фактори, що впливають на розвиток поведінкових синдромів, пов'язаних з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами: сімейні конфлікти 55,00%, відчуття ізоляції серед оточуючих 50,00%, відсутність перспективи 50,00%, нездатність пристосуватися до середовища 45,00%, міжособистісні конфлікти у колективі 45,00%, негативний

вплив засобів масової інформації 40,00%, погіршення відносин з батьками 35,00%, порушення сексуальних стосунків 35,00%, алкоголізм близьких людей 35,00%, смерть рідних та близьких 35,00%, звертання до ворожок, знахарів та ін. 30,00%, матеріальна скрута 30,00%, конфлікти з друзями 30,00%, безробіття 30,00%, конфлікти в навчанні 30,00%, власні захворювання 30,00% (табл. 7.1.6 та рис. 7.1.7).

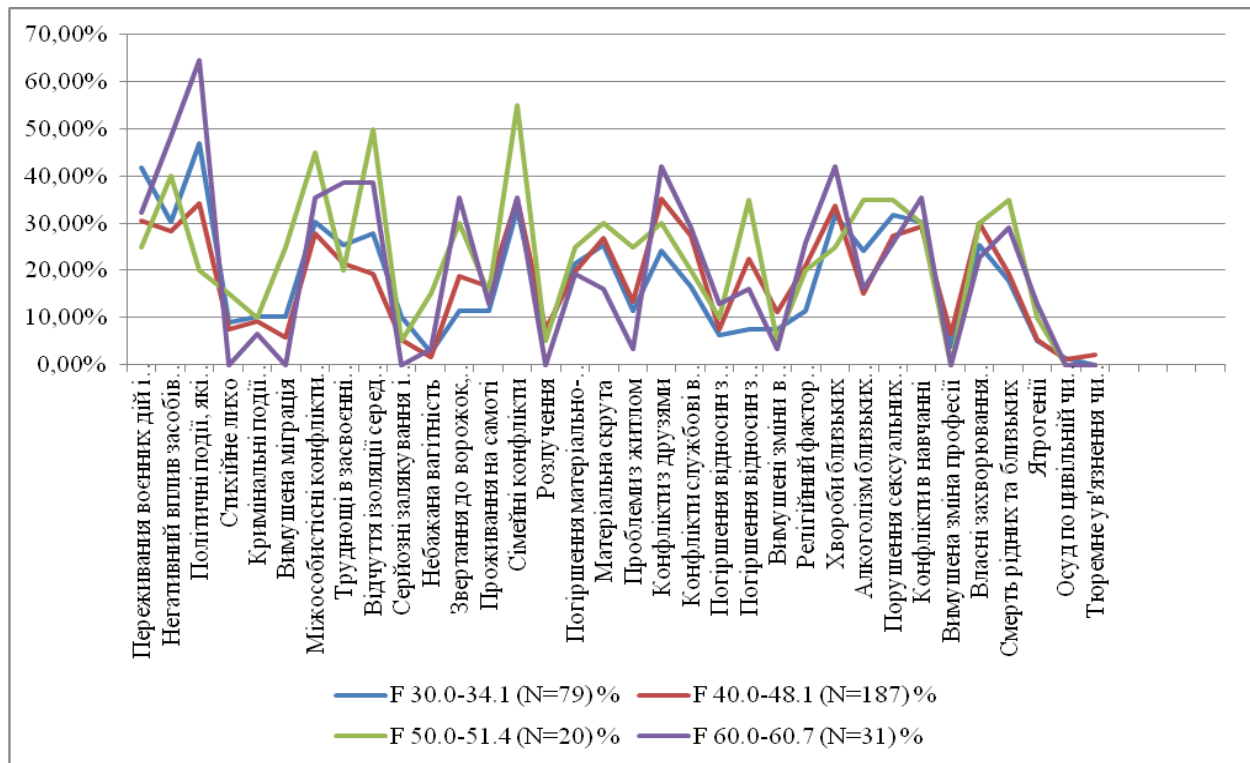


Рис. 7.1.7 Соціально-психологічних фактори формування несприятливих психічних розладів у студентів

Як видно з таблиці 7.1.6 та рис. 7.1.7 у хворих з психопатіями найчастіше виявляли наступні соціально-психологічні фактори: політичні події, які створюють ситуацію тривоги в індивідуума 64,52%, негативний вплив засобів масової інформації 48,39%, відсутність перспективи 41,94%, хвороби близьких 41,94%, конфлікти з друзями 41,94%, труднощі в засвоєнні нових норм і правил 38,71%, відчуття ізоляції серед оточуючих 38,71%, нездатність пристосуватися до середовища 35,48%, міжособистісні конфлікти у колективі 35,48%, конфлікти в навчанні 35,48%, звертання до ворожок, знахарів 35,48%, сімейні конфлікти 35,48%, переживання воєнних дій 32,26%, конфлікти службові в мікрогрупі

29,03%, смерть рідних та близьких 29,03%, загроза безробіття 29,03%, релігійний фактор 25,81%, порушення сексуальних стосунків 25,81%.

Аналізуючи відносні, атрибутивні ризики та співвідношення шансів розвитку неспсихотичних психічних розладів у студентів, ми визначили, що додатковий ризик формування неспсихотичних психічних розладів при порушенні сексуальних стосунків становив 20,75% при відносному ризику – 3,61 (95% ДІ 3,02-4,32) та співвідношенні шансів – 4,66 (95% ДІ 3,31-6,56). Тобто, наявність порушень сексуальних стосунків на 20,75% більше впливала на появу розладів при відносному ризику 3,61 та співвідношенні шансів 4,66. Це свідчить, що даний стресовий чинник у 4,66 рази збільшував розвиток НПП (табл. 7.1.7).

Таблиця 7.1.7

**Відносні, атрибутивні ризики та співвідношення шансів розвитку
неспсихотичних психічних розладів у студентів**

Соціально-психологічні фактори	OR	OR _H	OR _B	RR	RR _H	R _B	AR
1	2	3	4	5	6	7	8
Порушення сексуальних стосунків	4,66	3,31	6,56	3,61	3,02	4,32	20,75%
Нездатність пристосуватися до середовища	4,38	3,11	6,17	3,45	2,88	4,14	19,49%
Конфлікти з друзями	3,07	2,27	4,14	2,39	1,99	2,88	19,08%
Звертання до ворожок, знахарів та ін.	8,17	5,06	13,21	6,79	5,71	8,09	16,41%
Сімейні конфлікти	2,24	1,69	2,97	1,79	1,49	2,17	15,92%
Конфлікти службові в мікрогрупі	3,10	2,21	4,36	2,59	2,13	3,16	14,92%
Відчуття ізоляції серед оточуючих	2,86	2,06	3,97	2,39	1,96	2,91	14,67%
Труднощі в засвоєнні нових норм і правил	2,73	1,96	3,82	2,32	1,89	2,83	13,63%
Релігійний фактор	3,89	2,62	5,78	3,34	2,73	4,09	13,26%
Міжособистісні конфлікти у колективі	1,98	1,48	2,66	1,68	1,38	2,05	12,31%
Відсутність перспективи	1,73	1,32	2,27	1,45	1,20	1,76	11,82%

Продовж. табл. 7.1.7

1	2	3	4	5	6	7	8
Конфлікти в навчанні	1,91	1,43	2,56	1,64	1,34	1,99	11,77%
Погіршення відносин з батьками	2,62	1,82	3,79	2,32	1,87	2,88	10,76%
Проживання на самоті	2,21	1,49	3,29	2,03	1,59	2,59	7,53%
Негативний вплив засобів масової інформації	1,41	1,07	1,86	1,28	1,05	1,56	7,01%
Алкоголізм близьких людей (сім'я, товариші, наркоманія)	1,54	1,09	2,16	1,44	1,14	1,81	5,65%
Матеріальна скрута	1,38	1,02	1,86	1,28	1,04	1,59	5,62%
Проблеми з житлом	1,83	1,21	2,78	1,73	1,33	2,26	5,32%

де AR – атрибутивний (додатковий) ризик, RR – відносний ризик, OR – співвідношення шансів (ризиків), низ, верх – 95% ДІ.

Як видно з таблиці 7.1.7 нездатність пристосуватися до середовища у 4,38 рази підвищує ризик появи НПП у студентів. Атрибутивний ризик при цьому становив 19,49% при відносному ризику – 3,45 (95% ДІ 2,88-4,14) та співвідношенні шансів – 4,38 (95% ДІ 3,11-6,17). Це необхідно враховувати при побудові комплексу лікувальних та профілактичних заходів у даної когорти хворих.

Цікавим виявився факт, найвищий показник співвідношення ризиків розвитку НПП був у студентів, що зверталися до ворожок, мольфарів і становив 8,17 (95% ДІ 5,06-13,21), додатковий ризик 16,41%, відносний ризик - 6,79 (95% ДІ 5,71-8,09), що свідчить про високу поширеність містичного мислення серед студентів західного регіону.

Релігійний фактор, який включав у себе міжконфесійні чвари, нерозуміння близьких людей щодо обраного віросповідання і т.п., збільшував ризик виникнення НПП у 3,89 рази. Атрибутивний ризик при цьому становив 13,26% при відносному ризику – 3,34 (95% ДІ 2,73-4,09) та співвідношенні шансів – 3,89 (95% ДІ 2,62-5,78).

Наявність конфліктів з друзями, сімейних конфліктів та службових конфліктів в мікрогрупі на 19,08%, 15,92% та 14,92% більше впливали на появу

НПР при відносному ризику 2,39, 1,79 та 2,59 та співвідношенні шансів 3,07, 2,24 та 3,10 відповідно. Це свідчить, що конфлікти з друзями у 3,07 рази збільшує розвиток НПР, сімейні конфлікти – в 2,24 рази та конфлікти в групі збільшує появу НПР. Отже конфліктні ситуації суттєво збільшують ризик виникнення НПР у студентів.

Проживання на самоті також суттєво збільшує ризик виникнення НПР, а саме в 2,21 рази. Додатковий ризик формування неспсихотичних психічних розладів при проживанні на самоті становив 7,53% при відносному ризику – 2,03 (95% ДІ 1,59-2,59) та співвідношенні шансів – 2,21 (95% ДІ 1,49-3,29).

Для вивчення феноменології НПР ми простежили можливі преморбідні фактори, що мали місце в анамнезі студентів, і при наявності достовірних відмінностей в групах хворих та здорових студентів, їх можна було б враховувати при проведенні профілактичних заходів, ранній діагностиці та в психокорекції/психотерапії.

Таблиця 7.1.8

Фактори формування неспсихотичних психічних розладів, що мали місце в анамнезі обстежених студентів

№	Фактор	група I (n = 317)		група II (n = 918)		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Нещасливе дитинство	46	14,51	65	7,08	1,22	5,19	3,18
2.	Шкільні проблеми	110	34,7	219	23,9	2,02	4,54	2,88
3.	Емоційні проблеми	151	47,63	328	35,7	2,45	4,06	2,65
4.	Фінансові проблеми	82	25,87	237	25,8	0,01	4,84	2,84
5.	Поведінкові проблеми	74	23,34	158	17,2	1,06	4,92	3,00
6.	Зрада друзів	171	53,94	389	42,4	2,54	3,81	2,51
7.	Вилучення з родини у дитинстві	10	3,155	37	4,03	-0,14	5,53	3,23
8.	Проблеми у відносинах з батьком	80	25,24	179	19,5	1,01	4,86	2,96

Продовж. табл. 7.1.8

1	2	3	4	5	6	7	8	9
9.	Проблеми у відносинах з матір'ю	72	22,71	99	10,8	2,04	4,94	3,12
10.	Проблеми у відносинах з братами (сестрами)	50	15,77	129	14,1	0,29	5,15	3,06
11.	Проблеми у відносинах з дідом (бабою)	66	20,82	60	6,54	2,41	5,00	3,19
12.	Правопорушення	25	7,886	38	4,14	0,60	5,39	3,23
13.	Сильні релігійні переконання	37	11,67	65	7,08	0,74	5,28	3,18
14.	Смерть близьких родичів	122	38,49	317	34,5	0,77	4,41	2,67
15.	Виховання у дитячому будинку	4	1,262	18	1,96	-0,11	5,58	3,27
16.	Вживання наркотиків	20	6,309	32	3,49	0,45	5,44	3,24
	Проблеми зі здоров'ям	123	38,8	286	31,2	1,48	4,39	2,74
17.	Вживання алкоголю	63	19,87	92	10	1,66	5,03	3,13
18.	Відчуття ізоляції серед однолітків	70	22,08	125	13,6	1,45	4,96	3,07
19.	Суворі покарання	50	15,77	58	6,32	1,56	5,15	3,19
20.	Батьківська надмірна опіка	96	30,28	173	18,8	2,06	4,69	2,97
21.	Сексуальне насильство	13	4,101	11	1,2	0,45	5,50	3,28
22.	Серйозні залякування і глузування	23	7,256	38	4,14	0,49	5,41	3,23
23.	Емоційне ігнорування в родині	41	12,93	39	4,25	1,41	5,24	3,23
24.	Порушення харчування	87	27,44	152	16,6	1,93	4,78	3,01

Примітка: жирним шрифтом позначені показники з достовірними відмінностями ($p < 0,05$).

Як видно з таблиці 7.1.8 у студентів з НПР достовірно частіше ніж у здорових студентів в дитинстві і/чи підлітковому віці мали місце наступні ситуації: шкільні проблеми у 110 осіб (34,7%) та у 219 (23,9) обстежених без НПР ($p<0,05$); емоційні проблеми у 151 (47,63%) та у 328 (35,7%) відповідно ($p<0,05$). Зраду друзів пережили 171 (53,94%) хворий з НПР та 389 (42,40%) здорових студенти ($p<0,05$).

Стосунки з жіночою фігурою у дитинстві мають достовірно суттєве значення на формування НПР у молодих людей, так проблеми з матір'ю відзначили 72 (22,71%) хворих та 99 (10,80%) здорових студенти ($p<0,05$). Проблеми у стосунках із бабусею, особливо, якщо вона виконувала материнську функцію (переважно у випадку трудової міграції матері за кордон, що характерно для західного регіону України) переживали 20,82% студентів з НПР і лише 6,54% студентів без психічних розладів ($p<0,05$).

Надмірну батьківську опіку відчували 96 (30,28%) студенти основної групи та тільки 173 (18,8%) осіб порівняльної групи ($p<0,05$).

Порушення харчування в дитинстві та/або юності відзначили як проблему 27,44% хворих та 16,60% здорових студентів ($p<0,05$).

Таким чином підводячи підсумок даного розділу варто зазначити статистично значимі результати:

- більшість осіб з НПР проживали вдома 48,26%, в той час, як в порівняльній групі проживали вдома лише 39,22% ($p<0,05$). В гуртожитку або на винайманих квартирах проживало 51,74% студентів основної групи та 60,78% - порівняльної ($p<0,05$). Проживання на самоті також суттєво збільшує ризик виникнення НПР, а саме в 2,21 рази.
- достовірно більше студентів які перебувають у шлюбі мають НПР 15,46% проти 3,53% здорових студентів ($p<0,05$), що також може свідчити про несприятливий вплив шлюбу на формування НПР.
- достовірно більше здорових студентів 761 (82,9%) оцінили стосунки у сім'ї, як «спокійні, доброзичливі», в той час, як лише 168 (53%) осіб з НПР визначили такий тип стосунків ($p<0,05$). Достовірно більше студентів з НПР оцінили

стосунки в сім'ї як «спокійні, холодні» 19,87% проти 4,14% здорових студентів ($p<0,05$). Отже можна сказати, що холодні стосунки у сім'ї, є одним з факторів формування НПР.

– відсутність перспективи лякає 120 студентів (37,85%) основної групи, що достовірно більше за кількість студентів без НПР – 239 (26,03%) ($p<0,05$). Що можна пояснити високим рівнем тривожності даної когорти пацієнтів, і їх песимістичним поглядом на життя.

– 27,44% студентів основної групи вважають, що вони нездатні пристосуватися до середовища, в порівняльній групі такої думки про себе лише 7,95% осіб ($p<0,05$), що також свідчить про низький рівень адаптації, самооцінки та песимізм студентів з НПР.

– достовірно більше студентів з НПР визнали міжособистісні конфлікти в колективі, як актуальну проблему – 96 (30,28%), в той час як тільки 165 (17,97%) здорових студенти відмітили дану проблему ($p<0,05$). Труднощі в засвоєнні нових норм і правил, відчуття ізоляції серед оточуючих також мали достовірні відмінності в обох групах – 23,97%, 25,24% в I групі та 10,35%, 10,78% в II групі ($p<0,05$), що дає змогу розцінювати ці проблеми, як достовірні фактори формування НПР і це необхідно враховувати при побудові профілактичної та лікувальної стратегії.

– наявність конфліктів з друзями, сімейних конфліктів та службових конфліктів в мікрогрупі на 19,08%, 15,92% та 14,92% більше впливали на появу НПР при відносному ризику 2,39, 1,79 та 2,59 та співвідношенні шансів 3,07, 2,24 та 3,10 відповідно. Це свідчить, що конфлікти з друзями у 3,07 рази збільшує розвиток НПР, сімейні конфлікти – в 2,24 рази та конфлікти в групі збільшує появу НПР.

– звертання до ворожок, знахарів і т.п., так 61 особа (19,24%) основної групи мала такий досвід, і лише 27 (2,94%) студентів зверталися за подібною допомогою ($p<0,05$), що може свідчити про схильність осіб з містичним мисленням до розвитку НПР. Найвищий показник співвідношення ризиків розвитку НПР був у

студентів, що зверталися до ворожок, мольфарів і становив 8,17 (95% ДІ 5,06-13,21), додатковий ризик 16,41%, відносний ризик - 6,79 (95% ДІ 5,71-8,09), що свідчить про високу поширеність містичного мислення серед студентів західного регіону.

- конфлікти в сім'ї виділили як актуальну проблему 114 (35,96%) студентів з НПР та 185 (20,15%) здорових студентів ($p < 0,05$), що свідчить про значний негативний вплив фонових стресів (сімейних конфліктів) на формування НПР.

- в основній групі 104 (32,81%) студентів мали конфлікти з друзями і 77 (24,29%) осіб мали проблемні стосунки в групі; в порівняльній групі були наступні результати – 127 (13,83%) та 87 (9,48%) ($p < 0,05$) відповідно

- достовірний вплив релігійного фактору на формування НПР, так 60 (18,93%) студентів основної групи відзначили його як актуальну соціальну проблему і лише 53 (5,77%) осіб порівняльної групи визнали релігійний фактор, як значиму проблему ($p < 0,05$). Релігійний фактор, який включав у себе міжконфесійні чвари, нерозуміння близьких людей щодо обраного віросповідання і т.п., збільшував ризик виникнення НПР у 3,89 рази. Атрибутивний ризик при цьому становив 13,26% при відносному ризику – 3,34 (95% ДІ 2,73-4,09) та співвідношенні шансів – 3,89 (95% ДІ 2,62-5,78).

- більше студентів з НПР відмітили порушення сексуальних стосунків, як актуальну соціальну проблему 91 (28,71%) проти 76 (8,28%) осіб без НПР ($p < 0,05$), що можна розцінювати як симптом захворювання або як фактор, що привів до НПР. У більшості студентів вище згадана проблема проявилася після початку захворювання. Наявність порушень сексуальних стосунків на 20,75% більше впливала на появу розладів при відносному ризику 3,61 та співвідношенні шансів 4,66. Це свідчить, що даний стресовий чинник у 4,66 рази збільшував розвиток НПР

- аналізуючи результати успішності навчання в основній групі виявлено достовірне покращення успішності в І А (терапевтичній) групі на відмінно-добре навчалися 31,43% студентів, після проведеного лікування - 38,10% ($p < 0,05$) та І Б

(контрольній групі) – на відмінно-добре навчалися 28,97%, а через рік (без лікування) – 14,95% ($p < 0,05$), тобто успішність студентів з НПР які відмовились від запропонованого лікування, суттєво погіршилась і це також варто враховувати при проведенні мотиваційної роботи з приводу терапії молодих людей.

– до преморбідних факторів ризику можна віднести: шкільні проблеми у 110 осіб (34,70%) та у 219 (23,90%) обстежених без НПР ($p < 0,05$); емоційні проблеми у 151 (47,63%) та у 328 (35,70%) відповідно ($p < 0,05$). Зраду друзів пережили 171 (53,94%) хворий з НПР та 389 (42,40%) здорових студенти ($p < 0,05$).

7.2 Інтегративна характеристика факторів ризику розвитку непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти

Відповідно до критеріїв ВООЗ психічне здоров'я визначається як відсутність виражених психічних розладів, наявність певного резерву сил людини, завдяки якому вона може подолати несподівані стреси, труднощі, що виникають у виняткових обставинах, а також стан рівноваги між людиною і навколишнім світом, гармонії між нею і суспільством, співіснування уявлень окремої людини з уявленнями інших людей про «об'єктивну реальність» [462]. Таким чином, діагностика психічного здоров'я повинна проводитися не тільки за принципом виключення (тобто констатації відсутності психічного захворювання), але і враховувати наявність нормального психічного розвитку і сприятливого гармонійного функціонального стану вищих відділів ЦНС [19, 73]. Зрозуміло, що критерії «нормальності» психічного розвитку, певною мірою відносні і не можуть бути зведені лише до поняття статистичної норми, а повинні враховувати все різноманіття психічних проявів особистості, наявність функціональних резервів, визначення яких вимагає здійснення комплексного, динамічного підходу до діагностики психічного здоров'я та його порушень в межах біопсихосоціальної парадигми, що відображає єдність біологічних, психічних і соціальних факторів в формуванні норми, так і у розвитку патологічних змін [57].

Найбільш простим є обчислення середніх показників (середнього арифметичного, моди, медіани) і механічне розділення вибірки по одному або кількох параметрах на групи відповідно з високими (вище середнього), середніми і низькими (нижче середнього) показниками. При цьому можливе врахування середнього квадратичного відхилення (в межах 1, 2 або 3 сигм) або дисперсії, що дозволяє більш об'єктивно проводити аналіз, беручи до уваги не тільки величину математичного очікування, але також і характер розподілу даних. До недоліків такого підходу можна віднести облік в кожному випадку тільки одного фактора в якості критерію поділу вибірки.

Певні переваги дає застосування інтегральних та диференціальних законів розподілу Грама-Шарльє, при побудові яких враховуються не тільки середнє значення і дисперсія, але також асиметрія і ексцес випадкової величини, які можуть бути визначені експериментально [9]. У такому випадку можливий облік як математичного очікування і ступеня різноманітності даних, представлених у вибірці, так і форми кривої розподілу і зміщення медіани в область високих або низьких значень, що забезпечує більш точне обчислення нормативних значень досліджуваного показника. На нашу думку, зазначений підхід є виправданим при вивченні характеру розподілу параметра (ознаки) в популяції, дозволяє уточнити критерії норми і визначити групи з високими і низькими значеннями. Однак, побудова законів розподілу Грама-Шарльє не дозволяє інтегративно вивчати відразу кілька характеристик процесу, тобто є одновимірним, що у разі багатовимірного, багатовекторного процесу, не завжди виправдано. Виходячи з вищесказаного, даний метод математичної обробки результатів нами не застосовувався.

Аналіз причин формування та динаміки непсихотичних психічних розладів у студентській популяції дозволив нам висунути робочу гіпотезу про те, що ступінь ризику та ймовірність формування НПР обумовлені не прямим поєднанням психічних, психологічних, фізіологічних (соматичних) і інших факторів ризику. Певне поєднання, взаємодія та тривалість дії факторів визначає структурно-динамічні закономірності формування НПР. Роль окремих чинників може бути патогенною, що призводить до погіршення психічного стану, або саногенною, сприяє пристосуванню організму до дії несприятливих зовнішніх впливів.

Ми вважаємо, що математична модель повинна враховувати математичні, числові характеристики різних факторів у формуванні психічного здоров'я, їх взаємозв'язок та інформативність, роль у зниженні рівня здоров'я, визначати прогноз розвитку дезадаптивних станів та НПР. Таким чином, єдино можливими методами, що дозволяють вивчати багатовекторні процеси, що визначають рівень психічного здоров'я, є методи множинного аналізу, до яких відносять кластерний,

дискримінантний, факторний, регресійний. На нашу думку, вивчення впливу психічних, мікро - і макросоціальних, біологічних факторів на рівень психічного здоров'я студентів та ступінь їх стресостійкості вимагає проведення математичного аналізу їх залежності, тобто це неможливо без побудови регресійної моделі, яка відображає взаємозв'язок і взаємозалежність перерахованих вище факторів у динаміці навчання студентів, що в першу чергу необхідно при проведенні масових профілактичних досліджень або оздоровчих програм. Як показав аналіз літератури, математичне моделювання в медичних дослідженнях застосовується недостатньо часто, в основному в роботах по біології, психології, в той же час в психіатрії математичне моделювання все ще залишається незатребуваним і нерідко підміняється створенням схем, в основі яких лежать емпірично встановлені закономірності або кореляційні зв'язки між різними етіологічними і патогенетичними факторами [9, 387].

Виходячи з рівняння множинної лінійної регресії [463, 464], нами були побудовані регресійні моделі, що відображають залежність загальної кількості скарг з боку різних психічних сфер (залежна змінна Y) від ступеня суб'єктивного неблагополуччя мікросоціального оточення, рівня конфліктності, ступеня вираженості особистісних особливостей та інших факторів (що впливають змінні $X_1, X_2 \dots X_m$) у студентів закладів вищої освіти. Таким чином, були отримані результати, з високим ступенем вірогідності ($p < 0,01$) дозволяють прогнозувати зміну психічного стану за критерієм загальної кількості скарг з боку різних психічних сфер на підставі врахування психологічних особистісних особливостей, рівнів особистісної та ситуативної тривожності, нейротизму, соціально-психологічних факторів. Ми обчислювали інформативність з визначенням значення множинного коефіцієнта кореляції (R), що відображає взаємозв'язок між експериментально отриманими значеннями і очікуваними показниками, розрахованими за моделлю. Шукані показники розраховувалися нами за методом найменших квадратів таким чином, щоб сума квадратів відхилень прогнозованих значень від експериментальних була мінімальною. При розрахунку моделі нами обчислювалися регресійні коефіцієнти і визначалася значущість змінних, яка

відображається в коефіцієнтах кореляції між залежною і незалежною змінними. Також розраховувався важливий показник відносного значення регресорів β -коефіцієнт ($\beta = b_i(S_{xi}/S_y)$), який характеризував ступінь зміни значення відповіді при зміні даного регресору на величину його середньоквадратичного відхилення. У наведених нижче таблицях будуть відзначені тільки ті фактори (регресори), достовірність яких досягає рівня статистичної значущості ($p < 0,05$).

У таблиці 7.2.1 наведено характеристику факторів, що впливають на кількість скарг зі сторони різних психічних сфер у студентів. Нами на підставі регресійного аналізу в якості основних факторів, що впливають були відібрані такі, як рівні особистісної тривожності (РОТ), ситуативної тривоги (РСТ), рівень депресії, алекситимії, нейротизму. Зазначені фактори мають найбільший вплив на рівень скарг з боку різних психічних сфер, що підтверджується величиною коефіцієнта β .

Таблиця 7.2.1

**Коефіцієнти множинної лінійної регресії впливу соціальних факторів
на число симптомів психічних розладів у студентів**

Фактори	β	стандартна похибка β ($\pm$)	B	стандар тна похибка а B ($\pm$)	t	p
1	2	3	4	5	6	7
Соціальні фактори						
Наявність дітей						
РСТ (рівень)	0,011	0,062	0,015	0,084	0,179	0,8581
РОТ (рівень)	-0,037	0,062	-0,054	0,091	-0,597	0,5510
Алекситимія (рівень)	0,059	0,058	0,055	0,054	1,007	0,3145
Депресія (рівень)	0,187	0,059	0,229	0,072	3,177	0,0016
Нейротизм (рівень)	0,037	0,058	0,058	0,090	0,647	0,5181
Переживання воєнних дій						
РСТ (рівень)	-0,055	0,063	-0,045	0,052	-0,867	0,3869

Продовж. табл. 7.2.1

1	2	3	4	5	6	7
РСТ (рівень)	0,019	0,063	0,014	0,047	0,297	0,7665
РОТ (рівень)	0,056	0,063	0,045	0,051	0,881	0,3791
Алекситимія (рівень)	-0,018	0,059	-0,009	0,030	-0,312	0,7553
Депресія (рівень)	0,038	0,060	0,025	0,040	0,630	0,5291
Нейротизм (рівень)	-0,116	0,059	-0,099	0,050	-1,981	0,0485
Відчуття ізоляції серед оточуючих						
РСТ (рівень)	-0,016	0,063	-0,012	0,048	-0,248	0,8045
РОТ (рівень)	-0,067	0,063	-0,055	0,052	-1,061	0,2897
Алекситимія (рівень)	0,023	0,059	0,012	0,031	0,387	0,6992
Депресія (рівень)	-0,122	0,060	-0,084	0,041	-2,056	0,0406
Нейротизм (рівень)	-0,026	0,058	-0,023	0,051	-0,453	0,6507
Серйозні залякування і глузування						
РСТ (рівень)	-0,010	0,063	-0,004	0,026	-0,167	0,8674
РОТ (рівень)	0,079	0,063	0,035	0,028	1,253	0,2111
Алекситимія (рівень)	0,024	0,059	0,007	0,017	0,408	0,6834
Депресія (рівень)	-0,166	0,059	-0,062	0,022	-2,788	0,0056
Нейротизм (рівень)	-0,051	0,058	-0,024	0,028	-0,871	0,3844
Звертання до ворожок						
РСТ (рівень)	-0,027	0,063	-0,019	0,043	-0,436	0,6630
РОТ (рівень)	0,060	0,063	0,045	0,047	0,959	0,3384
Алекситимія (рівень)	0,067	0,059	0,032	0,028	1,138	0,2559
Депресія (рівень)	-0,089	0,059	-0,055	0,037	-1,501	0,1344
Нейротизм (рівень)	-0,151	0,058	-0,119	0,046	-2,602	0,0097

Продовж. табл. 7.2.1

1	2	3	4	5	6	7
Матеріальна скрута						
РСТ (рівень)	-0,035	0,063	-0,027	0,048	-0,559	0,5766
РОТ (рівень)	-0,003	0,063	-0,002	0,052	-0,045	0,9644
Алекситимія (рівень)	-0,091	0,059	-0,047	0,031	-1,538	0,1250
Депресія (рівень)	0,123	0,060	0,085	0,041	2,066	0,0397
Нейротизм (рівень)	-0,004	0,059	-0,004	0,051	-0,075	0,9402
Погіршення відносин з батьками						
РСТ (рівень)	-0,036	0,063	-0,017	0,030	-0,580	0,5622
РОТ (рівень)	0,099	0,063	0,051	0,032	1,581	0,1149
Алекситимія (рівень)	-0,066	0,059	-0,022	0,019	-1,132	0,2586
Депресія (рівень)	-0,119	0,059	-0,050	0,025	-1,993	0,0471
Нейротизм (рівень)	-0,015	0,058	-0,008	0,031	-0,255	0,7989
Порушення сексуальних стосунків						
РСТ (рівень)	0,195	0,062	0,155	0,049	3,138	0,0019
РОТ (рівень)	0,058	0,062	0,049	0,053	0,927	0,3545
Алекситимія (рівень)	-0,020	0,058	-0,011	0,032	-0,350	0,7266
Депресія (рівень)	-0,068	0,059	-0,049	0,042	-1,156	0,2487
Нейротизм (рівень)	-0,083	0,058	-0,075	0,052	-1,442	0,1504
Конфлікти в навчанні						
РСТ (рівень)	-0,189	0,063	-0,153	0,050	-3,026	0,0027
РОТ (рівень)	0,038	0,063	0,033	0,055	0,603	0,5468
Алекситимія (рівень)	0,018	0,059	0,010	0,032	0,304	0,7611
Депресія (рівень)	0,001	0,059	0,001	0,043	0,025	0,9801
Нейротизм (рівень)	-0,009	0,058	-0,008	0,054	-0,153	0,8783

Продовж. табл. 7.2.1

1	2	3	4	5	6	7
Смерть рідних						
РСТ (рівень)	0,064	0,063	0,045	0,045	1,011	0,3129
РОТ (рівень)	-0,017	0,063	-0,013	0,049	-0,270	0,7872
Алекситимія (рівень)	0,067	0,059	0,033	0,029	1,135	0,2575
Депресія (рівень)	-0,121	0,060	-0,077	0,038	-2,017	0,0445
Нейротизм (рівень)	0,005	0,059	0,004	0,048	0,082	0,9347

Представляє інтерес вивчення не тільки абсолютних значень коефіцієнтів регресії досліджуваних чинників, але і оцінка їх знаку, що, на нашу думку, може свідчити про патогенний або саногенний вплив того або іншого фактора, причому про патогенному характері впливаючого чинника слід думати, якщо його значення більше нуля, тобто згідно з рівнянням регресії призводить до збільшення сумарної кількості скарг у всіх психічних сферах. У той же час саногенний характер мають ті фактори, коефіцієнти регресії яких негативні, тобто їх зростання призводить до зниження загальної кількості скарг і симптомів у різних психічних сферах.

Як видно з представлених даних, погіршення психічного стану студентів насамперед пов'язано з наявністю дітей (з рівнем депресії, $p \leq 0,001$), переживанням воєнних ситуацій (з рівнем депресії, $p \leq 0,04$), негативний вплив засобів масової інформації (з рівнем депресії, $p \leq 0,01$), політичні події, які створюють ситуацію тривоги (з РСТ, $p \leq 0,003$), вимушена міграція (з рівнем нейротизму, $p \leq 0,008$), труднощі в засвоєнні нових норм і правил (з рівнем нейротизму, $p \leq 0,04$), відчуття ізоляції серед оточуючих (з рівнем депресії, $p \leq 0,04$), серйозні залякування і глузування (з рівнем депресії, $p \leq 0,005$), звертання до ворожок, знахарів (з рівнем нейротизму, $p \leq 0,009$), матеріальна скрута (з рівнем депресії, $p \leq 0,03$), погіршення відносин з сиблінгами (з рівнем депресії, $p \leq 0,04$),

порушення сексуальних стосунків (з РСТ, $p \leq 0,002$), конфлікти в навчанні (з РСТ, $p \leq 0,002$), смерть рідних (з рівнем депресії, $p \leq 0,04$).

Не підтверджена роль суб'єктивного мікросоціального неблагополуччя в збільшенні скарг з боку різних психічних сфер, що не дозволяє однозначно трактувати цей показник як патогенний. Очевидно, вплив несприятливих соціально-психологічних факторів може по-різному позначатися на погіршенні психічного стану студентів, призводячи як до зростання, так і до зменшення скарг з боку різних психічних сфер.

Можливо, що мікросоціальні фактори студенти співвідносять із звичними, сімейними умовами, в яких вони знаходилися ще до вступу до вузу. Недооцінка ж об'єктивних труднощів, пов'язаних з напруженою розумовою працею, необхідністю самопідготовки до занять, опрацювання великого обсягу навчального матеріалу, в чому визначається недостатньою перебудовою навчального стереотипу у студентів молодших курсів від шкільної системи освіти до ЗВО, а також менш вираженим порівняно зі школою щоденним контролем підготовки до занять. В той же час вплив психологічного клімату в навчальній групі, на курсі, має визначальне значення для суб'єктивної оцінки загального самопочуття і рівня психічного здоров'я студентів

На нашу думку, студенти до кінця не усвідомлюють ступінь несприятливого впливу мікросоціальних умов на погіршення психічного стану, пов'язуючи його перш за все з наявністю міжособистісної конфліктності. У той же час несприятливі соціально-психологічні фактори, які об'єктивно можуть викликати порушення адаптації до навчальної діяльності, студентами суб'єктивно розцінюються як звичайні. Зазначені закономірності можуть бути використані при проведенні психогігієнічних і психокорекційних заходів серед студентів. Наведені результати дозволяють нам рекомендувати при роботі зі студентами не тільки проводити заходи, спрямовані на зниження внутрішньо-і міжособистісної конфліктності, а й виробляти адекватну оцінку мікросоціальних умов.

Розрахунок моделі залежності кількості скарг з боку психічних сфер від психологічних чинників у студентів дозволив визначити значимість їхнього

впливу на досліджувані показники психічного здоров'я. Результати проведеного аналізу представлені в таблиці 7.2.2.

Таблиця 7.2.2

Коефіцієнти множинної лінійної регресії впливу факторів пов'язаних з навчанням та самопочуттям на число симптомів психічних розладів у студентів

Фактори	β	Стандартна похибка $\beta (\pm)$	B	Стандартна похибка B ($\pm$)	t	p
1	2	3	4	5	6	7
Низька успішність навчання						
РСТ (рівень)	-0,032	0,063	-0,035	0,068	-0,513	0,6081
РОТ (рівень)	-0,024	0,063	-0,028	0,073	-0,378	0,7060
Алекситимія (рівень)	0,126	0,059	0,093	0,044	2,142	0,0330
Депресія (рівень)	-0,003	0,060	-0,003	0,058	-0,048	0,9615
Нейротизм (рівень)	-0,009	0,059	-0,011	0,072	-0,158	0,8746
Висока зайнятість в університеті (більше 6-7 год. на день)						
РСТ (рівень)	-0,036	0,063	-0,034	0,060	-0,569	0,5695
РОТ (рівень)	-0,046	0,063	-0,048	0,065	-0,735	0,4630
Алекситимія (рівень)	-0,026	0,059	-0,017	0,039	-0,445	0,6565
Депресія (рівень)	0,030	0,060	0,026	0,052	0,499	0,6181
Нейротизм (рівень)	-0,117	0,058	-0,128	0,064	-2,003	0,0460
Погане самопочуття після занять						
РСТ (рівень)	-0,186	0,061	-0,223	0,074	-3,028	0,0027
РОТ (рівень)	0,188	0,061	0,243	0,079	3,060	0,0024
Алекситимія (рівень)	-0,006	0,057	-0,005	0,047	-0,104	0,9169
Депресія (рівень)	-0,039	0,058	-0,042	0,063	-0,664	0,5070

Продовж. табл. 7.2.2

1	2	3	4	5	6	7
Нейротизм (рівень)	-0,166	0,057	-0,227	0,078	-2,912	0,0039
Життя далеко від батьків (для іногородніх студентів)						
РСТ (рівень)	0,142	0,063	0,798	0,353	2,261	0,0244
РОТ (рівень)	-0,045	0,063	-0,269	0,381	-0,707	0,4802
Алекситимія (рівень)	-0,013	0,059	-0,052	0,227	-0,228	0,8195
Депресія (рівень)	-0,041	0,060	-0,205	0,301	-0,680	0,4971
Нейротизм (рівень)	-0,044	0,059	-0,281	0,374	-0,750	0,4541
Дратівливість, образливість						
РСТ (рівень)	-0,066	0,062	-0,311	0,293	-1,063	0,2887
РОТ (рівень)	0,081	0,062	0,410	0,316	1,295	0,1963
Алекситимія (рівень)	0,009	0,058	0,028	0,188	0,147	0,8833
Депресія (рівень)	0,179	0,059	0,757	0,250	3,031	0,0026
Нейротизм (рівень)	-0,064	0,058	-0,346	0,311	-1,113	0,2667
Шлунково-кишкові розлади						
РСТ (рівень)	-0,084	0,062	-0,417	0,306	-1,361	0,1744
РОТ (рівень)	0,076	0,062	0,405	0,331	1,226	0,2211
Алекситимія (рівень)	0,059	0,058	0,201	0,197	1,023	0,3069
Депресія (рівень)	0,185	0,059	0,819	0,261	3,138	0,0019
Нейротизм (рівень)	-0,011	0,058	-0,060	0,325	-0,185	0,8533
Поганий сон						
РСТ (рівень)	-0,008	0,063	-0,040	0,302	-0,132	0,8952
РОТ (рівень)	0,037	0,063	0,194	0,326	0,594	0,5531
Алекситимія (рівень)	-0,052	0,059	-0,171	0,194	-0,882	0,3787
Цунг (рівень)	0,087	0,059	0,378	0,257	1,469	0,1428
Нейротизм (рівень)	-0,146	0,058	-0,803	0,320	-2,507	0,0127

Продовж. табл. 7.2.2

1	2	3	4	5	6	7
Прискорене серцебиття, біль у серці						
РСТ (рівень)	0,041	0,063	0,177	0,271	0,653	0,5145
РОТ (рівень)	0,035	0,063	0,163	0,292	0,556	0,5785
Алекситимія (рівень)	-0,002	0,059	-0,005	0,174	-0,028	0,9780
Депресія (рівень)	0,144	0,059	0,559	0,231	2,422	0,0160
Нейротизм (рівень)	-0,026	0,058	-0,127	0,287	-0,441	0,6593
Головний біль						
РСТ (рівень)	0,002	0,063	0,011	0,303	0,036	0,9711
РОТ (рівень)	0,058	0,063	0,300	0,327	0,917	0,3599
Алекситимія (рівень)	0,028	0,059	0,092	0,194	0,472	0,6374
Депресія (рівень)	0,036	0,060	0,156	0,258	0,605	0,5457
Нейротизм (рівень)	-0,126	0,059	-0,692	0,321	-2,158	0,0317
Низька працездатність						
РСТ (рівень)	-0,048	0,063	-0,222	0,290	-0,764	0,4455
РОТ (рівень)	0,064	0,063	0,322	0,313	1,028	0,0050
Алекситимія (рівень)	-0,005	0,058	-0,014	0,186	-0,078	0,9381
Депресія (рівень)	0,153	0,059	0,639	0,247	2,584	0,0102
Нейротизм (рівень)	-0,096	0,058	-0,508	0,308	-1,651	0,0998
Шкідливі звички						
РСТ (рівень)	0,016	0,063	0,007	0,027	0,251	0,8023
РОТ (рівень)	-0,125	0,063	-0,058	0,029	-1,992	0,0473
Алекситимія (рівень)	-0,068	0,059	-0,020	0,017	-1,164	0,2454
Депресія (рівень)	0,117	0,060	0,045	0,023	1,960	0,0508
Нейротизм (рівень)	0,034	0,058	0,017	0,028	0,583	0,5606

Продовж. табл. 7.2.2

1	2	3	4	5	6	7
Проблеми зі здоров'ям						
РСТ (рівень)	-0,028	0,063	-0,024	0,054	-0,449	0,6534
РОТ (рівень)	0,138	0,063	0,128	0,058	2,194	0,0290
Алекситимія (рівень)	0,010	0,059	0,006	0,035	0,173	0,8630
Депресія (рівень)	0,005	0,060	0,004	0,046	0,080	0,9360
Нейротизм (рівень)	-0,051	0,059	-0,050	0,057	-0,877	0,3814
Зниження швидкості реакції						
РСТ (рівень)	0,015	0,063	0,016	0,068	0,242	0,8093
РОТ (рівень)	0,064	0,063	0,075	0,074	1,018	0,3096
Алекситимія (рівень)	-0,014	0,058	-0,011	0,044	-0,246	0,8061
Депресія (рівень)	0,134	0,059	0,131	0,058	2,256	0,0248
Нейротизм (рівень)	0,059	0,058	0,074	0,072	1,022	0,3076
Відвідування лікарів щороку						
РСТ (рівень)	0,128	0,062	0,129	0,063	2,064	0,0398
РОТ (рівень)	-0,176	0,062	-0,192	0,068	-2,837	0,0049
Алекситимія (рівень)	-0,010	0,058	-0,007	0,040	-0,170	0,8651
Депресія (рівень)	-0,057	0,059	-0,052	0,053	-0,972	0,3316
Нейротизм (рівень)	-0,100	0,058	-0,115	0,066	-1,732	0,0844
Перенесені соматичні захворювання						
РСТ (рівень)	-0,083	0,063	-0,068	0,051	-1,323	0,1869
РОТ (рівень)	0,014	0,063	0,012	0,055	0,216	0,8294
Алекситимія (рівень)	-0,083	0,059	-0,047	0,033	-1,420	0,1565
Депресія (рівень)	0,160	0,059	0,117	0,044	2,695	0,0074
Нейротизм (рівень)	-0,017	0,058	-0,016	0,054	-0,288	0,7733

Продовж. табл. 7.2.2

1	2	3	4	5	6	7
Консультації психіатра під час навчання						
РСТ (рівень)	-0,015	0,063	-0,007	0,031	-0,231	0,8177
РОТ (рівень)	-0,061	0,063	-0,032	0,033	-0,967	0,3342
Алекситимія (рівень)	0,039	0,059	0,013	0,020	0,668	0,5045
Депресія (рівень)	-0,122	0,060	-0,054	0,026	-2,037	0,0425
Нейротизм (рівень)	0,022	0,058	0,012	0,033	0,380	0,7044

Як видно з представлених даних в таблиці 7.2.2, погіршення психічного стану студентів пов'язано з низькою успішністю навчання (з рівнем алекситимії, $p \leq 0,03$), висока зайнятість в університеті (більше 6-7 год. на день) (з рівнем нейротизму, $p \leq 0,04$), погане самопочуття після занять (з РСТ, $p \leq 0,002$; з РОТ, $p \leq 0,002$; з нейротизмом, $p \leq 0,003$), життя далеко від батьків (з РСТ, $p \leq 0,02$), дратівливість, образливість (з рівнем депресії, $p \leq 0,002$), шлунково-кишкові розлади (з рівнем депресії, $p \leq 0,002$), поганий сон (з рівнем нейротизму, $p \leq 0,01$), прискорене серцебиття, біль у серці (з рівнем депресії, $p \leq 0,01$), головний біль (з рівнем нейротизму, $p \leq 0,01$), низька працездатність (з РОТ, $p \leq 0,005$), шкідливі звички (з РОТ, $p \leq 0,05$), проблеми зі здоров'ям (з РОТ, $p \leq 0,03$), зниження швидкості реакції (з рівнем депресії, $p \leq 0,02$), перенесені соматичні захворювання (з рівнем депресії, $p \leq 0,007$).

Прикметно, що відвідування сімейних лікарів щороку та консультації психіатра під час навчання мали негативні показники, що свідчить про позитивний вплив цих факторів на психічний стан пацієнта.

Емоційна напруженість і загальносоматичні показники можуть бути факторами, що відображають напруження психічних процесів і впливають на формування НПР, причому більш високі значення зазначених показників можуть бути характерними для студентів з невисокою кількістю виявлених скарг в різних психічних сферах.

Отримані дані переконливо доводять інтегративність поняття «психічне здоров'я», тому що більшість досліджуваних показників у студентів впливає на кількість виявлених скарг з боку різних психічних сфер, причому позитивні значення коефіцієнтів регресії мають такі фактори, як вираженість особистісних особливостей, зайнятість в університеті, успішність навчання, загальносоматичні симптоми.

Розрахунок моделі залежності кількості скарг з боку психічних сфер від преморбідних чинників у студентів дозволив визначити значимість їх впливу на досліджуваний показник психічного здоров'я. Результати проведеного аналізу представлені в таблиці 7.2.3.

Таблиця 7.2.3

**Коефіцієнти множинної лінійної регресії впливу преморбідних факторів
на число симптомів психічних розладів у студентів**

Фактори	β	стандартна похибка β ($\pm$)	B	стандартна похибка B ($\pm$)	t	p
1	2	3	4	5	6	7
Конфлікти в навчанні						
РСТ (рівень)	-0,012	0,063	-0,010	0,055	-0,183	0,8549
РОТ (рівень)	-0,037	0,063	-0,035	0,060	-0,584	0,5594
Алекситимія (рівень)	-0,025	0,059	-0,015	0,035	-0,430	0,6675
Депресія (рівень)	0,151	0,060	0,119	0,047	2,533	0,0118
Нейротизм (рівень)	-0,019	0,058	-0,019	0,058	-0,320	0,7489
Проблеми у відносинах з однолітками						
РСТ (рівень)	0,153	0,062	0,098	0,040	2,447	0,0150
РОТ (рівень)	-0,172	0,063	-0,118	0,043	-2,745	0,0064
Алекситимія (рівень)	0,043	0,058	0,019	0,026	0,737	0,4619
Депресія (рівень)	-0,051	0,059	-0,030	0,034	-0,867	0,3866
Нейротизм (рівень)	0,048	0,058	0,035	0,042	0,825	0,4100

Продовж. табл. 7.2.3

1	2	3	4	5	6	7
Правопорушення						
РСТ (рівень)	0,120	0,063	0,057	0,030	1,912	0,0567
РОТ (рівень)	-0,137	0,063	-0,070	0,032	-2,185	0,0297
Алекситимія (рівень)	-0,063	0,059	-0,020	0,019	-1,069	0,2857
Депресія (рівень)	-0,040	0,059	-0,017	0,025	-0,665	0,5064
Нейротизм (рівень)	0,044	0,058	0,024	0,031	0,748	0,0549
Сильні релігійні переконання						
РСТ (рівень)	0,005	0,063	0,003	0,035	0,080	0,9365
РОТ (рівень)	-0,022	0,063	-0,013	0,038	-0,350	0,7267
Алекситимія (рівень)	0,124	0,059	0,048	0,023	2,118	0,0350
Депресія (рівень)	0,067	0,060	0,034	0,030	1,121	0,2633
Нейротизм (рівень)	-0,039	0,058	-0,025	0,038	-0,662	0,5083
Смерть близьких родичів						
РСТ (рівень)	0,085	0,063	0,073	0,053	1,357	0,1758
РОТ (рівень)	0,021	0,063	0,019	0,058	0,330	0,7419
Алекситимія (рівень)	0,007	0,059	0,004	0,034	0,112	0,9109
Депресія (рівень)	0,126	0,059	0,096	0,046	2,115	0,0352
Нейротизм	-0,026	0,058	-0,026	0,057	-0,452	0,6519

Як видно з таблиці 7.3, погіршення психічного стану студентів пов'язано з наявністю в анамнезі конфліктів у навчанні в школі (з рівнем депресії, $p \leq 0,01$), проблеми у відносинах з однолітками (з РСТ, $p \leq 0,01$; з РОТ негативні значення, $p \leq 0,006$), правопорушення (з РОТ негативні значення, $p \leq 0,02$; з рівнем нейротизму, $p \leq 0,05$), сильні релігійні переконання (з рівнем алекситимії, $p \leq 0,03$), смерть близьких родичів (з рівнем депресії, $p \leq 0,03$).

Цікавим в нашому дослідженні, виявилось підтвердження ролі мікросоціального неблагополуччя в збільшенні скарг з боку різних психічних

сфер у студентів молодших курсів. Як показав подальший аналіз, значимість мікросоціальних чинників істотно зростала на старших курсах, що пов'язано з усвідомленням студентами їх значення та покращенням можливостей молодих людей до адекватної самооцінки. Необхідно зазначити, що стан студентів старших курсів багато в чому визначався зміною структури стресогенних факторів, а саме підвищенням відповідальності за прийняття рішень, необхідністю самовизначення своєї подальшої долі, думками про майбутнє працевлаштування, оцінкою своїх можливостей, що іноді могло призводити до руйнування планів про вибір тієї чи іншої «престижної» професії. Цей період нерідко також характеризується змінами в сімейному статусі студентів (одруження, народження дітей, а іноді вже і розпад утворених раніше сімей), що, на нашу думку, є вираженим фактором, що знижує рівень психічного здоров'я і сприяє розвитку непсихотичних психічних розладів.

Встановлено, що негативні коефіцієнти регресії властиві значенням оціночних шкал СБОО. Таким чином, саме установка на точність є чинником, що сприяє зниженню кількості скарг на загальне самопочуття і психічний стан студентів. Коефіцієнти множинної лінійної регресії впливу особистісних факторів, що представлені шкалами СБОО на число симптомів психічних розладів у студентів відображено в таблиці 7.2.4.

Таблиця 7.2.4

**Коефіцієнти множинної лінійної регресії впливу особистісних факторів
на число симптомів психічних розладів у студентів**

Фактори	β	стандартна похибка β ($\pm$)	B	стандартна похибка B ($\pm$)	t	p
1	2	3	4	5	6	7
Шкала 1. Іпохондрія (Hs)						
РСТ (рівень)	0,140	0,062	2,678	1,190	2,250	0,0252
РОТ (рівень)	0,068	0,062	1,397	1,286	1,087	0,2781
Алекситимія (рівень)	0,047	0,058	0,622	0,765	0,813	0,4166

Продовж. табл. 7.2.4

1	2	3	4	5	6	7
Депресія (рівень)	0,001	0,059	0,019	1,014	0,019	0,9850
Нейротизм (рівень)	0,043	0,058	0,940	1,262	0,745	0,4571
Шкала 2. Депресія (D)						
РСТ (рівень)	0,027	0,058	0,694	1,497	0,463	0,6435
РОТ (рівень)	0,163	0,058	4,530	1,617	2,802	0,0054
Алекситимія (рівень)	0,066	0,054	1,166	0,962	1,212	0,2266
Депресія (рівень)	0,274	0,055	6,344	1,276	4,972	0,0000
Нейротизм (рівень)	0,079	0,054	2,337	1,588	1,472	0,1419
Шкала 3. Істерія (Hy)						
РСТ (рівень)	0,119	0,061	2,583	1,336	1,934	0,0540
РОТ (рівень)	0,074	0,062	1,730	1,442	1,200	0,2312
Алекситимія (рівень)	-0,024	0,058	-0,355	0,858	-0,413	0,6798
Депресія (рівень)	0,154	0,058	3,000	1,138	2,635	0,0088
Нейротизм (рівень)	0,026	0,057	0,633	1,416	0,447	0,6553
Шкала 4. Психопатія (Pd)						
РСТ (рівень)	0,026	0,062	0,735	1,727	0,425	0,6708
РОТ (рівень)	0,062	0,062	1,871	1,865	1,004	0,3164
Алекситимія (рівень)	-0,066	0,058	-1,270	1,110	-1,145	0,2531
Депресія (рівень)	0,200	0,059	5,011	1,472	3,405	0,0007
Нейротизм (рівень)	0,020	0,058	0,629	1,831	0,344	0,7313
Шкала 6. Паранойяльність (Pa)						
РСТ (рівень)	0,156	0,060	3,924	1,517	2,587	0,0101

Продовж. табл. 7.2.4

1	2	3	4	5	6	7
РОТ (рівень)	0,044	0,060	1,209	1,638	0,738	0,4610
Алекситимія (рівень)	0,125	0,056	2,156	0,975	2,212	0,0277
Депресія (рівень)	0,077	0,057	1,736	1,293	1,343	0,1803
Нейротизм (рівень)	0,121	0,056	3,487	1,609	2,168	0,0309
Шкала 7. Психастенія (Pt)						
РСТ (рівень)	-0,051	0,062	-1,293	1,560	-0,829	0,4079
РОТ (рівень)	0,200	0,062	5,441	1,685	3,229	0,0014
Алекситимія (рівень)	0,103	0,058	1,790	1,003	1,785	0,0752
Депресія (рівень)	0,015	0,059	0,329	1,330	0,248	0,8046
Нейротизм (рівень)	-0,119	0,058	-3,411	1,654	-2,061	0,0401
Шкала 8. Шизоїдність (Sc)						
РСТ (рівень)	0,075	0,060	1,450	1,165	1,244	0,2143
РОТ (рівень)	0,045	0,060	0,935	1,258	0,743	0,4578
Алекситимія (рівень)	0,159	0,056	2,112	0,749	2,820	0,0051
Депресія (рівень)	0,139	0,057	2,418	0,993	2,435	0,0155
Нейротизм (рівень)	0,087	0,056	1,918	1,235	1,553	0,1215
Шкала 9. Гіпотонія [манії] (Ma)						
РСТ (рівень)	-0,080	0,062	-1,544	1,200	-1,287	0,1989
РОТ (рівень)	0,123	0,062	2,563	1,296	1,978	0,0488
Алекситимія (рівень)	-0,004	0,058	-0,049	0,771	-0,064	0,9491
Депресія (рівень)	0,025	0,059	0,429	1,022	0,419	0,6754

Продовж. табл. 7.2.4

1	2	3	4	5	6	7
Нейротизм (рівень)	0,169	0,058	3,729	1,272	2,931	0,0036
Шкала брехні (L)						
РСТ (рівень)	-0,002	0,061	-0,035	0,863	-0,040	0,9677
РОТ (рівень)	-0,017	0,061	-0,266	0,932	-0,286	0,7753
Алекситимія (рівень)	0,031	0,057	0,305	0,555	0,550	0,5830
Депресія (рівень)	-0,118	0,058	-1,490	0,736	-2,025	0,0437
Нейротизм (рівень)	-0,232	0,057	-3,732	0,916	-4,076	0,0001
Шкала корекції (K)						
РСТ (рівень)	0,017	0,058	0,229	0,776	0,296	0,7677
РОТ (рівень)	-0,171	0,058	-2,505	0,847	-2,959	0,0033
Алекситимія (рівень)	-0,065	0,054	-0,610	0,504	-1,210	0,2272
Депресія (рівень)	-0,084	0,054	-1,024	0,665	-1,541	0,1244
Нейротизм (рівень)	-0,305	0,054	-4,737	0,831	-5,700	0,0000

Як видно з таблиці 7.2.4 погіршення психічного стану студентів пов'язано з наявністю достовірних коефіцієнтів множинної лінійної регресії за показниками оціночних шкал СБОО, а саме: шкала 1. іпохондрія (Hs) (з РСТ, $p \leq 0,02$), шкала 2. депресії (D) (з РОТ, $p \leq 0,005$; з рівнем депресії, $p < 0,0001$), шкала 3. істерії (Hy) (з рівнем депресії, $p \leq 0,009$), шкала 4. психопатії (Pd) (з рівнем депресії, $p \leq 0,0007$), шкала 6. паранойяльності (Pa) (з РСТ, $p \leq 0,01$; рівнем алекситимії, $p \leq 0,02$; рівнем нейротизму, $p \leq 0,03$), шкала 7. психастенії (Pt) (з РОТ, $p \leq 0,001$; з рівнем нейротизму, від'ємні показники, $p \leq 0,04$), шкала 8. шизоїдності (Sc) (з рівнем алекситимії, $p \leq 0,005$; з рівнем депресії, $p \leq 0,01$), шкала 9. манії (Ma) (з РОТ, $p \leq 0,04$; з рівнем нейротизму, $p \leq 0,003$), шкала брехні (L) (з негативними

значеннями з рівнем депресії $p \leq 0,04$; з рівнем нейротизму, $p \leq 0,0001$), шкала корекції (K) (з негативними значеннями з рівнем нейротизму $p \leq 0,0001$ та ROT, $p \leq 0,003$).

У той же час для студентів з високим рівнем скарг на психічний стан характерні більш низькі показники оціночних шкал СБОО, що свідчить про їх відкритість, досить адекватну самооцінку, бажання отримати допомогу. Необхідно відзначити, що чинники, які мають негативні значення коефіцієнтів регресії, представлені показниками шкал нещирості і корекції методики СБОО, що свідчить про меншу необхідності корекції результатів у осіб з високим рівнем скарг на психічний стан.

Виходячи з припущення про те, що рівень психічного здоров'я не є результатом простого додавання діючих на людину зовнішніх і внутрішніх факторів, а являє собою комплекс різноспрямованих впливів, велика частина з яких пов'язана одна з одною, можна говорити про переважно патогенному або саногенному впливі тих чи інших чинників. Результати проведеного нами моделювання психічного стану за допомогою математичного апарату множинної лінійної регресії дозволяють вважати патогенними ті чинники, значення коефіцієнтів яких вище нуля, відповідно саногенні фактори мають негативні значення коефіцієнтів лінійної регресії. Таким чином, до числа патогенних факторів можна віднести наявність загальносоматичних симптомів, вираженість особистісних особливостей, і в меншій мірі - мікросоціальної умови, підвищений рівень тривожності.

ВИСНОВКИ ДО СЬОМОГО РОЗДІЛУ

Таким чином підводячи підсумок даного розділу варто зазначити статистично значимі результати:

- більшість осіб з НПР проживали вдома 48,26%, в той час, як в порівняльній групі проживали вдома лише 39,22% ($p < 0,05$). В гуртожитку або на винайманих квартирах проживало 51,74% студентів основної групи та 60,78% - порівняльної ($p < 0,05$). Проживання на самоті також суттєво збільшує ризик виникнення НПР, а саме в 2,21 рази.
- достовірно більше студентів які перебувають у шлюбі мають НПР 15,46% проти 3,53% здорових студентів ($p < 0,05$), що також може свідчити про несприятливий вплив шлюбу на формування НПР.
- достовірно більше здорових студентів 761 (82,9%) оцінили стосунки у сім'ї, як «спокійні, доброзичливі», в той час, як лише 168 (53%) осіб з НПР визначили такий тип стосунків ($p < 0,05$). Достовірно більше студентів з НПР оцінили стосунки в сім'ї як «спокійні, холодні» 19,87% проти 4,14% здорових студентів ($p < 0,05$). Отже можна сказати, що холодні стосунки у сім'ї, є одним з факторів формування НПР.
- відсутність перспективи лякає 120 студентів (37,85%) основної групи, що достовірно більше за кількість студентів без НПР – 239 (26,03%) ($p < 0,05$). Що можна пояснити високим рівнем тривожності даної когорти пацієнтів, і їх песимістичним поглядом на життя.
- 27,44% студентів основної групи вважають, що вони нездатні пристосуватися до середовища, в порівняльній групі такої думки про себе лише 7,95% осіб ($p < 0,05$), що також свідчить про низький рівень адаптації, самооцінки та песимізм студентів з НПР.
- достовірно більше студентів з НПР визнали міжособистісні конфлікти в колективі, як актуальну проблему – 96 (30,28%), в той час як тільки 165 (17,97%) здорових студенти відмітили дану проблему ($p < 0,05$). Труднощі в засвоєнні нових норм і правил, відчуття ізоляції серед оточуючих також мали достовірні

відмінності в обох групах – 23,97%, 25,24% в I групі та 10,35%, 10,78% в II групі ($p < 0,05$), що дає змогу розцінювати ці проблеми, як достовірні фактори формування НПР і це необхідно враховувати при побудові профілактичної та лікувальної стратегії.

– наявність конфліктів з друзями, сімейних конфліктів та службових конфліктів в мікрогрупі на 19,08%, 15,92% та 14,92% більше впливали на появу НПР при відносному ризику 2,39, 1,79 та 2,59 та співвідношенні шансів 3,07, 2,24 та 3,10 відповідно. Це свідчить, що конфлікти з друзями у 3,07 рази збільшує розвиток НПР, сімейні конфлікти – в 2,24 рази та конфлікти в групі збільшує появу НПР.

– звертання до ворожок, знахарів і т.п., так 61 особа (19,24%) основної групи мала такий досвід, і лише 27 (2,94%) студентів зверталися за подібною допомогою ($p < 0,05$), що може свідчити про схильність осіб з містичним мисленням до розвитку НПР. Найвищий показник співвідношення ризиків розвитку НПР був у студентів, що зверталися до ворожок, мольфарів і становив 8,17 (95% ДІ 5,06-13,21), додатковий ризик 16,41%, відносний ризик - 6,79 (95% ДІ 5,71-8,09), що свідчить про високу поширеність містичного мислення серед студентів західного регіону.

– конфлікти в сім'ї виділили як актуальну проблему 114 (35,96%) студентів з НПР та 185 (20,15%) здорових студентів ($p < 0,05$), що свідчить про значний негативний вплив фонових стресів (сімейних конфліктів) на формування НПР.

– в основній групі 104 (32,81%) студентів мали конфлікти з друзями і 77 (24,29%) осіб мали проблемні стосунки в групі; в порівняльній групі були наступні результати – 127 (13,83%) та 87 (9,48%) ($p < 0,05$) відповідно

– достовірний вплив релігійного фактору на формування НПР, так 60 (18,93%) студентів основної групи відзначили його як актуальну соціальну проблему і лише 53 (5,77%) осіб порівняльної групи визнали релігійний фактор, як значиму проблему ($p < 0,05$). Релігійний фактор, який включав у себе міжконфесійні чвари, нерозуміння близьких людей щодо обраного віросповідання

і т.п., збільшував ризик виникнення НПР у 3,89 рази. Атрибутивний ризик при цьому становив 13,26% при відносному ризику – 3,34 (95% ДІ 2,73-4,09) та співвідношенні шансів – 3,89 (95% ДІ 2,62-5,78).

– більше студентів з НПР відмітили порушення сексуальних стосунків, як актуальну соціальну проблему 91 (28,71%) проти 76 (8,28%) осіб без НПР ($p<0,05$), що можна розцінювати як симптом захворювання або як фактор, що привів до НПР. У більшості студентів вище згадана проблема проявилася після початку захворювання. Наявність порушень сексуальних стосунків на 20,75% більше впливала на появу розладів при відносному ризику 3,61 та співвідношенні шансів 4,66. Це свідчить, що даний стресовий чинник у 4,66 рази збільшував розвиток НПР

– аналізуючи результати успішності навчання в основній групі виявлено достовірне покращення успішності в І А (терапевтичній) групі на відмінно-добре навчалися 31,43% студентів, після проведеного лікування - 38,10% ($p<0,05$) та І Б (контрольній групі) – на відмінно-добре навчалися 28,97%, а через рік (без лікування) – 14,95% ($p<0,05$), тобто успішність студентів з НПР які відмовились від запропонованого лікування, суттєво погіршилась і це також варто враховувати при проведенні мотиваційної роботи з приводу терапії молодих людей.

– до преморбідних факторів ризику можна віднести: шкільні проблеми у 110 осіб (34,70%) та у 219 (23,90%) обстежених без НПР ($p<0,05$); емоційні проблеми у 151 (47,63%) та у 328 (35,70%) відповідно ($p<0,05$). Зраду друзів пережили 171 (53,94%) хворий з НПР та 389 (42,40%) здорових студенти ($p<0,05$).

Таким чином, розроблена нами математична модель впливу різних чинників на рівень психічного здоров'я, підтвердила свою адекватність і дозволила розглядати динаміку психічного стану студентів у взаємозв'язку з психологічними, соціально-психологічними, преморбідними і особистісними факторами. Згідно регресійної моделі були виділені фактори, які неоднозначно впливають на рівень психічного здоров'я студентів, зокрема на формування непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти.

Результати експериментальних досліджень даного розділу наведено в таких публікаціях: [43], [49], [229], [337], [339], [379], [465], [466], [467].

РОЗДІЛ 8

ВИДИ ТА ПРОЯВИ СТРЕСУ ПОВ'ЯЗАНОГО З НАВЧАННЯМ ТА ШЛЯХИ ЙОГО ПОДОЛАННЯ У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Особливо актуальна проблема стресу в сфері вищої професійної освіти. Навчальна діяльність студентів завжди була пов'язана з високим рівнем стресових навантажень [13, 90]. Медичні обстеження студентів, проведені в останні роки, виявляють неухильне зростання їх захворюваності. У студентів також спостерігається часте порушення емоційної, когнітивної, поведінкової та мотиваційної сфер діяльності, що, на думку ряду вчених, пов'язане з підвищеним стресом і зі зниженим рівнем стресостійкості [89, 308].

Варто зазначити, що негативні емоційні стани одночасно є і передумовами виникнення та розвитку стресів. Дослідження навчальних стресів демонструє, що страх перед майбутніми проблемами провокує появу тривожності, невпевненості, відчуття безпорадності тощо [79].

Вплив стресу на особистість студента, а отже на процес його навчання, очевидний. За умови позитивного вирішення стресових ситуацій, вплив стресу може бути позитивним і носити мотивуючий характер, але при тривалому його впливі, а також відсутності у студентів навиків позитивного подолання стресу, може призводити до появи психосоматичних захворювань, несприятливих психічних розладів (НПР), формуванню навчальної занедбаності, порушенню особистісного та професійного розвитку особистості [54].

Хронічна стресова ситуація, викликана зростанням навчального навантаження у ЗВО та компенсацією проявів психоемоційного напруження, що відбувається на тлі дезадаптації, значною мірою впливає на фізичний і психічний стан здоров'я студентської молоді.

У зв'язку з цим, актуальними є вивчення факторів ризику розвитку НПР та визначення основних характеристик і діагностичних маркерів «психологічної уразливості» особистості, що є підґрунтям для розвитку різних психічних і поведінкових розладів у осіб молодого віку. Відомо, що потенціал подолання стресогенних подій відбивається у виборі успішних або неуспішних адаптивних

стратегій поведінки, а рівень реалізації цих механізмів має визначальне значення для фізіологічного функціонування людини і для збереження його сталого психічного стану. Тому детального розгляду вимагала проблема виявлення дезадаптивного стилю поведінки, що вводить особистість в «групу ризику», а у хворих осіб – викликає стан декомпенсації, або резистентності до лікування, що в майбутньому має несприятливий прогноз і наслідки для індивіда.

В таблиці 8.1 представлено прояви стресу пов'язаного з навчанням у студентів основної та порівняльної груп при первинному та повторному обстеженні. Так, середнє значення прояву «Відчуття безпорадності, неможливості впоратися з проблемами» було достовірно вище у студентів з НІР - 4,62 бали, в групі порівняння воно склало 3,41 бали ($p < 0,005$). Підвищене відволікання, погану концентрацію уваги також частіше відмічали хворі студенти – 4,69 бали, в той час, як здорові оцінили даний прояв на 4,09 бали ($p < 0,005$).

Таблиця 8.1

Прояви стресу пов'язаного з навчанням у студентів основної та порівняльної групи при первинному та повторному обстеженні

Прояв	Середнє значення в І групі	Середнє значення в ІІ групі	Стандартна похибка середнього в І групі	Стандартна похибка середнього в ІІ групі	p
1	2	3	4	5	6
Відчуття безпорадності, неможливості впоратися з проблемами	4,62	3,41	0,15	0,08	0,00
Неможливість позбутися від сторонніх думок	4,19	3,96	0,15	0,10	0,22
Підвищене відволікання, погана концентрація уваги	4,69	4,09	0,14	0,08	0,00
Дратівливість, образливість	4,71	3,71	0,15	0,08	0,00
Поганий настрій	4,92	3,81	0,16	0,09	0,00

Продовж.табл. 8.1

1	2	3	4	5	6
Страх, тривога	4,44	3,19	0,15	0,08	0,00
Втрата впевненості, зниження самооцінки	5,07	3,53	0,15	0,09	0,00
Відчуття постійної нестачі часу	5,68	5,57	0,15	0,10	0,59
Поганий сон	5,46	4,55	0,15	0,10	0,00
Порушення соціальних контактів, проблеми в спілкуванні	4,31	2,64	0,14	0,07	0,00
Прискорене серцебиття, болі в серці	3,42	2,88	0,14	0,08	0,00
Утруднене дихання	2,98	2,25	0,13	0,07	0,00
Проблеми з шлунково-кишковим трактом	3,45	3,14	0,15	0,09	0,07
Напруга або тремтіння м'язів	3,01	2,54	0,13	0,07	0,00
Головний біль	4,58	4,22	0,15	0,09	0,04
Низька працездатність, підвищена стомлюваність	4,86	4,03	0,15	0,09	0,00
При повторному обстеженні					
Відчуття безпорадності неможливості впоратися з проблемами	3,59	3,37	0,13	0,08	0,15
Неможливість позбутися від сторонніх думок	3,65	3,93	0,13	0,09	0,08
Підвищене відволікання, погана концентрація уваги	3,97	4,14	0,12	0,08	0,29
Дратівливість , образливість	3,98	3,75	0,13	0,08	0,15
Поганий настрій	4,04	3,76	0,14	0,09	0,11
Страх, тривога	3,45	3,23	0,12	0,08	0,14
Втрата впевненості, зниження самооцінки	4,10	3,61	0,14	0,09	0,00
Відчуття постійної нестачі часу	4,90	5,47	0,13	0,10	0,00

Продовж.табл. 8.1

1	2	3	4	5	6
Поганий сон	4,38	4,56	0,14	0,10	0,34
Порушення соціальних контактів, проблеми в спілкуванні	3,21	2,72	0,13	0,07	0,00
Прискорене серцебиття, болі в серці	2,87	2,90	0,13	0,08	0,86
Утруднене дихання	2,26	2,23	0,11	0,07	0,83
Проблеми з шлунково-кишковим трактом	2,93	3,18	0,12	0,09	0,13
Напруга або тремтіння м'язів	2,38	2,56	0,11	0,07	0,18
Головний біль	3,79	4,05	0,14	0,09	0,13
Низька працездатність, підвищена стомлюваність	3,81	4,07	0,13	0,09	0,13
Інше	0,80	3,35	0,47	0,60	0,62

Примітка: Жирним шрифтом виділено достовірно відмінні результати ($p < 0,05$).

Як видно з таблиці 8.1 при первинному обстеженні достовірно вищі середні значення були у студентів з НПР, в порівнянні зі здоровими і лише середні значення таких проявів як «Неможливість позбутися від сторонніх думок», «Відчуття постійної нестачі часу» та «Проблеми з шлунково-кишковим трактом» не мали достовірних відмінностей в обох групах ($p > 0,05$). А от після проведеного лікування, при повторному обстеженні достовірні вищі середні значення проявів стресу були у студентів основної групи за показником «Втрата впевненості, зниження самооцінки» 4,10 бали проти 3,61 бали в порівняльній групі та «Порушення соціальних контактів, проблеми в спілкуванні» - 3,21 бали проти 2,72 бали відповідно ($p < 0,005$). Це можна пояснити тим, що не всі студенти основної групи погодились на лікування і відповідно не отримували його. Цікаво, що при повторному обстеженні середнє значення прояву стресу «Відчуття постійної нестачі часу» було достовірно вищим у порівняльній групі – 5,47 проти 4,90 в основній групі ($p < 0,005$).

Отже, найвищі середні значення в основній та порівняльній групах мали наступні прояви стресу: поганий сон – 5,46 та 4,65 бали; відчуття постійної нестачі часу - 5,68 та 5,57 бали; втрата впевненості, зниження самооцінки - 5,07 та 3,53 бали відповідно. При повторному обстеженні виявлено, що проведення лікування веде до зниження середніх значень проявів стресу у студентів з НПР, і наближає їх до показників здорових молодих осіб.

Досліджуючи зміни рівня стресу у студентів з НПР, виявлено результати, що представлені в таблиці 8.2. При первинному обстеженні рівень стресу в контрольній та терапевтичній групі не мав достовірних відмінностей ($p > 0,05$). В обох групах більшість студентів відмічали незначне його зростання: 42,43% студентів терапевтичної групи та 39,25% осіб контрольної групи, що свідчить про однорідність вибірки.

Таблиця 8.2

Зміни рівня стресу у студентів з НПР при первинному та повторному обстеженні

При первинному обстеженні								
Рівень стресу	Контрольна група (N = 107)		Терапевтична група (N = 210)		t	M1	M2	p
	N	%	N	%				
1	2	3	4	5	6	7	8	9
значно зменшився	3	2,80	6	2,86	0,00	9,53	6,80	$>0,05$
незначно зменшився	5	4,67	20	9,52	-0,42	9,44	6,56	$>0,05$
не змінився	33	30,84	57	27,14	0,37	8,04	5,89	$>0,05$
незначно зріс	42	39,25	87	41,43	-0,24	7,53	5,28	$>0,05$
значно зріс	24	22,43	40	19,05	0,32	8,51	6,21	$>0,05$
Після проведеного лікування								
значно зменшився	2	1,87	56	26,67	-2,20	9,58	5,91	$\leq 0,05$

Продовж.табл. 8.2

1	2	3	4	5	6	7	8	9
незначно зменшився	6	5,61	97	46,19	-3,80	9,39	5,06	$\leq 0,05$
не змінився	34	31,78	45	21,43	1,03	7,99	6,12	$> 0,05$
незначно зріс	37	34,58	7	3,33	3,02	7,82	6,78	$\leq 0,05$
значно зріс	28	26,17	5	2,38	2,21	8,31	6,82	$\leq 0,05$

Примітка: Жирним шрифтом виділено достовірно відмінні результати ($p < 0,05$).

Після проведеного лікування в рівень стресу значно знизився у 26,67% студентів які отримували лікування і у 1,87% хворих, що відмовились від терапії ($p \leq 0,05$). Незначне зменшення рівня стресу відзначали більшість студентів терапевтичної групи – 97 (46,19%) та лише 6 (5,61%) обстежених контрольної групи ($p \leq 0,05$). А от зростання рівня стресу після проведеного лікування відмічали лише 12 (5,71%) студентів терапевтичної групи та 65 (60,75%) студентів контрольної групи ($p \leq 0,05$), що підтверджує ефективність запропонованого лікування на суб'єктивне відчуття рівня стресу у студентів закладів вищої освіти.

В результаті проведеного дослідження виявлено, що в якості прийомів зняття стресу студенти обох груп найчастіше використовували (табл. 8.3): сон – 70,35% та 71,24% в I та II групах відповідно; прогулянки на свіжому повітрі – 58,99% та 60,02%; смачну їжу – 58,04% та 52,51%; спілкування з друзями – 56,78% та 57,41% ($p \geq 0,05$). Достовірно більша кількість студентів з НПР при первинному обстеженні в якості засобів зняття стресу використовували цигарки 34,38% проти 13,18 % студентів без НПР та алкоголь 26,81% та 13,73% відповідно ($p < 0,05$). При повторному обстеженні, через рік, виявлено що в основній групі достовірно більше студентів почали використовувати наступні засоби зняття стресу: перерва в навчанні - було - 34,07% осіб, стало – 47,95% ($p < 0,05$); прогулянки на свіжому повітрі - було 58,99%, стало - 68,77% ($p < 0,05$); хобі – 45,43% та 60,88% відповідно ($p < 0,05$); фізична активність – було – 34,07%,стало -

53,31% студентів ($p < 0,05$). Вживання алкоголю зменшилося від 26,81% до 18,30% студентів з НПР, а цигарок від 34,38% до 25,87% ($p < 0,05$). Що свідчить про позитивний вплив нашого комплексного лікування студентів з НПР.

Таблиця 8.3

Розподіл прийомів зняття стресу в основній та порівняльній групах при первинному та повторному обстеженнях

№ п/п	Прийоми зняття стресу	Група I (n = 317)		Група II (n = 918)		t	p
		N	%	N	%		
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Спілкування з друзями	180	56,78	527	57,41	-0,15	$\geq 0,05$
2.	Підтримка батьків	144	45,43	462	50,33	-1,03	$\geq 0,05$
3.	Перерва в навчанні	108	34,07	306	33,33	0,14	$\geq 0,05$
4.	Прогулянки на повітрі	187	58,99	551	60,02	-0,25	$\geq 0,05$
5.	Смачна їжа	184	58,04	482	52,51	1,29	$\geq 0,05$
6.	Алкоголь	85	26,81	126	13,73	2,30	<0,05
7.	Цигарки	109	34,38	121	13,18	3,86	<0,05
8.	Наркотики	19	5,99	11	1,20	0,75	$\geq 0,05$
9.	Телевізор	66	20,82	145	15,80	0,86	$\geq 0,05$
10.	Секс	83	26,18	183	19,93	1,10	$\geq 0,05$
11.	Сон	223	70,35	654	71,24	-0,25	$\geq 0,05$
12.	Хобі	144	45,43	393	42,81	0,54	$\geq 0,05$
13.	Фізична активність	108	34,07	313	34,10	-0,01	$\geq 0,05$
14.	Інше	12	3,79	19	2,07	0,27	$\geq 0,05$
<i>Результати повторного обстеження</i>							
1.	Спілкування з друзями	210	66,25	553	60,24	1,55	$\geq 0,05$
2.	Підтримка батьків	160	50,47	452	49,24	0,27	$\geq 0,05$
3.	Перерва в навчанні	152	47,95	303	33,01	3,07	<0,05
4.	Прогулянки на повітрі	218	68,77	536	58,39	2,74	<0,05
5.	Смачна їжа	197	62,15	495	53,92	2,00	<0,05
6.	Алкоголь	58	18,30	138	15,03	0,55	$\geq 0,05$
7.	Цигарки	82	25,87	137	14,92	1,92	<0,05
8.	Наркотики	13	4,10	13	1,42	0,42	$\geq 0,05$
9.	Телевізор	61	19,24	149	16,23	0,51	$\geq 0,05$

Продовж.табл. 8.3

1	2	3	4	5	6	7	8
10.	Секс	101	31,86	198	21,57	1,88	$\geq 0,05$
11.	Сон	233	73,50	648	70,59	0,86	$\geq 0,05$
12.	Хобі	193	60,88	399	43,46	4,05	$< 0,05$
13.	Фізична активність	169	53,31	340	37,04	3,50	$< 0,05$
14.	Інше	14	4,42	68	7,41	-0,47	$\geq 0,05$

Примітка: Жирним шрифтом виділено достовірно відмінні результати ($p < 0,05$).

Серед студентів порівняльної групи при повторному обстеженні варіанти зняття стресу суттєво не відрізнялися від первинних ($p \geq 0,05$).

Прикметно, що в статевому розподілі, для чоловіків основної та порівняльної груп найхарактернішими прийомами зняття стресу були: сон – 65,98% та 64,18%, спілкування з друзями – 54,64% та 50,75%, хобі – 54,64% та 47,76% ($p \geq 0,05$). Цікавим виявився факт, що достовірно більше хлопців з НПР знімали стрес цигарками – 52,58%, в той час як у порівняльній групі палили лише 19,03% молодих людей ($p < 0,05$). Проведений аналіз дозволив встановити, що при повторному обстеженні для студентів основної групи більшого значення набули наступні способи подолання стресу: спілкування з друзями – 67,01%, прогулянки на свіжому повітрі – 60,82%, фізична активність – 59,79% ($p < 0,05$). Достовірно більше юнаків в основній групі надавали перевагу перерві в навчанні – 48,45% проти 30,97% у II групі, та хобі – 67,01% проти 51,12% відповідно ($p < 0,05$). Отже внаслідок проведеного комплексного лікування студентів з НПР їхні шляхи боротьби зі стресом стали кориснішими для здоров'я.

Виявлено що більша кількість дівчат з НПР обирали я якості способу боротьби зі стресом: сон – 72,27%, прогулянки на свіжому повітрі – 64,09% та смачну їжу – 60,91%, студентки порівняльної групи також надавали перевагу сну – 74,15%, прогулянкам – 62,77%, смачній їжі – 54,31% ($p \geq 0,05$). Прикметно, що достовірна різниця була виявлена у вживанні цигарок студентками основної та порівняльної груп -26,38% та 10,77% відповідно ($p < 0,05$).

При повторному обстеженні перерву в навчанні в якості засобу для зняття стресу використовували 47,73 % студенток I групи та 33,85% осіб II групи

($p < 0,05$). Прогулянки на повітрі допомагали справитися зі стресом 72,27% дівчат з НПР та 60,46% здорових дівчат ($p < 0,05$), фізична активність – 50,45% та 32,62% студенток відповідно ($p < 0,05$).

Аналізуючи як змінюється актуальність тих чи інших засобів подолання стресу в залежності від курсу навчання ми розглянемо найбільш поширену шкідливу звичку серед молоді – тютюнопаління. Виявлено, що цигарки на першому курсі палили 20,55% в основній групі та 4,62% в порівняльній групі, на другому курсі – 34,29% та 9,30% відповідно, на третьому курсі – 33,33% та 15,6% студентів I та II групи, на четвертому курсі – 42,42% і 15,6% ($p < 0,05$), на п'ятому курсі палили – 37,78% студентів з НПР та 18,90% здорових студентів.

Виявлено, що питома частка курців в основній групі вища на всіх курсах, найбільша вона на IV курсі – 42,42%, і вже на п'ятому знижується до 37,78%. Прикметно, що в порівняльній групі вона з кожним роком зростає від 4,62% на першому курсі до 18,90% на п'ятому. Це ми враховували проводячи психокорекційну роботу зі студентами з НПР і при повторному обстеженні отримали наступні результати (рис. 8.1): студенти основної групи відносно менше палили, і це було характерно для всіх курсів навчання. Цікаво, що в терапевтичній групі ($N=210$) на початку дослідження палили цигарки 71 студент (33,80%), а після проведеного комплексного лікування лише 34 (16,19%) студентів ($p < 0,05$). В той же час в контрольній групі ($N=107$), тобто серед студентів з НПР, які відмовились від лікування при первинному обстеженні палили цигарки 38 (35,51%) осіб, а через рік, при повторному обстеженні – 48 (44,85%). Отже проведене нами комплексне лікування мало значний вплив на зниження частоти паління цигарок серед студентської молоді.

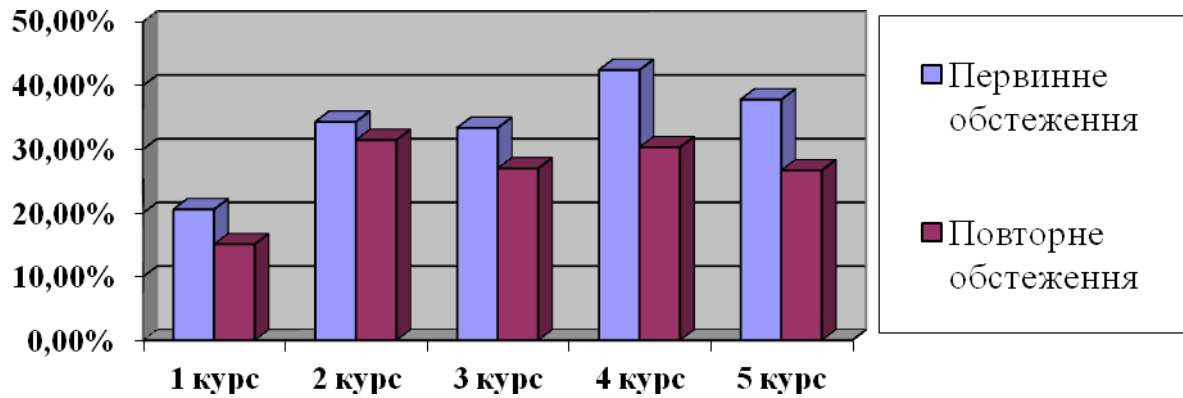


Рис. 8.1. Частота використання цигарок, як засобу боротьби зі стресом, серед осіб основної групи, %

Отже, в результаті проведеного дослідження встановлено, що в якості прийомів зняття стресу студенти обох груп найчастіше використовували: сон, прогулянки на свіжому повітрі, смачну їжу, спілкування з друзями ($p \geq 0,05$). Достовірно більша кількість студентів з НПР при первинному обстеженні в якості засобів зняття стресу використовували цигарки 34,38% проти 13,18 % студентів без НПР та алкоголь 26,81% та 13,73% відповідно ($p < 0,05$). Достовірних відмінностей в статевому розподілі не виявлено. Кількість студентів, які палять зростає з кожним наступним роком, досягаючи максимуму на 4 курсі і незначно знижується на 5 курсі. Наше комплексне лікування студентів з НПР зменшило частоту паління в 2,09 рази, з 33,80% до 16,19% ($p < 0,05$), що вказує на його високу ефективність.

Напружений темп студентського життя ставить підвищені вимоги до компенсаторних механізмів організму студентів, їх психічного стану, а «зрив» останніх призводить до виникнення гострого стресу, психологічних і соціальних конфліктів та вживання психоактивних речовин, в тому числі нікотиновмісних тютюнових продуктів [35, 51]. Однак, в літературі недостатньо даних, які висвітлюють особливості змін психічного здоров'я у жінок та чоловіків молодого віку протягом студентського періоду життя під впливом тютюнопаління.

Аналізуючи гендерні особливості способів подолання стресу виявлено, що чоловіки обох груп при первинному обстеженні найчастіше використовували: сон

- 64 (65,98%) студенти основної групи та 172 (64,18%) особи порівняльної групи; спілкування з друзями – 53 (54,64%) (Ч) I групи та 136 (50,75%) (Ч) II групи; хобі – 53 (54,64%) та 128 (47,76%) відповідно; смачна їжа – 50 (51,55%) (Ч) основної групи та 129 (48,13%) (Ч) порівняльної групи ($p \geq 0,05$). Аналізуючи відмінності щодо прийомів подолання стресу виявлено, що студенти з НПР достовірно частіше палили цигарки 51 (52,58%) осіб, в той час лише 51 (19,03%) здорових студенти палили ($p \leq 0,05$). Результати представлені в таблиці 8.4.

Таблиця 8.4

Розподіл прийомів зняття стресу у чоловіків основної та порівняльної групи при первинному та повторному обстеженнях

№ п/п	Прийоми зняття стресу	Група I (n = 97)		Група II (n = 268)		t	M1	M2
		N	%	N	%		N	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Спілкування з друзями	53	54,64	136	50,75	0,48	53	54,64
2.	Підтримка батьків	34	35,05	100	37,31	-0,24	34	35,05
3.	Перерва в навчанні	28	28,87	74	27,61	0,13	28	28,87
4.	Прогулянки на свіжому повітрі	46	47,42	143	53,36	-0,70	46	47,42
5.	Смачна їжа	50	51,55	129	48,13	0,41	50	51,55
6.	Алкоголь	34	35,05	57	21,27	1,40	34	35,05
7.	Цигарки	51	52,58	51	19,03	3,77	51	52,58
8.	Наркотики	5	5,15	4	1,49	0,32	5	5,15
9.	Телевізор	20	20,62	31	11,57	0,84	20	20,62
10.	Секс	33	34,02	89	33,21	0,08	33	34,02
11.	Сон	64	65,98	172	64,18	0,26	64	65,98
12.	Хобі	53	54,64	128	47,76	0,84	53	54,64
13.	Фізична активність	34	35,05	121	45,15	-1,08	34	35,05
14.	Інше	5	5,15	20	7,46	-0,20	5	5,15

<i>Результати повторного анкетування</i>								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.	Спілкування з друзями	65	67,01	152	56,72	1,45	5,83	4,02
16.	Підтримка батьків	45	46,39	118	44,03	0,27	7,43	4,57
17.	Перерва в навчанні	47	48,45	83	30,97	1,97	7,29	5,08
18.	Прогулянки на свіжому повітрі	59	60,82	143	53,36	0,98	6,36	4,17
19.	Алкоголь	26	26,80	51	19,03	0,76	8,69	5,50
20.	Сигарети	33	34,02	51	19,03	1,51	8,25	5,50
21.	Наркотики	6	6,19	7	2,61	0,31	9,83	6,03
22.	Телевізор	18	18,56	25	9,33	0,85	9,16	5,82
23.	Секс	40	41,24	84	31,34	1,07	7,78	5,06
24.	Сон	69	71,13	179	66,79	0,67	5,46	3,52
25.	Хобі	65	67,01	137	51,12	2,20	5,83	4,27
26.	Фізична активність	58	59,79	128	47,76	1,54	6,44	4,41
27.	Інше	3	3,09	23	8,58	-0,47	10,00	5,84

Примітка: Жирним шрифтом виділено достовірно відмінні результати ($p < 0,05$).

Як видно з таблиці 8.4 через рік після первинного обстеження чоловіки обох груп також найчастіше використовували: сон - 69 (71,13%) студенти основної групи та 179 (66,79%) особи порівняльної групи; спілкування з друзями – 65 (67,01%) (Ч) I групи та 152 (56,72%) (Ч) II групи; прогулянки на свіжому повітрі – 59 (60,82%) та 143 (53,36%) відповідно; смачна їжа – 58 (59,79%) (Ч) основної групи та 124 (46,27%) (Ч) порівняльної групи ($p \geq 0,05$). Цікавим виявилось, що після проведеного лікування чоловіки основної групи достовірно частіше почали використовувати в якості засобу зняття стресу – перерви в навчанні 47 (48,45%) та хобі 65 (67,01%) осіб, в той же час здорові студенти використовували дані способи – 83 (30,97%) та 137 (51,12%) відповідно ($p \leq 0,05$).

Для жінок (Ж) при первинному обстеженні найчастіше використовуваними були наступні способи подолання стресу: прогулянки на свіжому повітрі – 141 (64,09%) Ж I групи та 408 (62,77%) Ж II групи; сон – 159 (72,27%) та 482 74,15%) відповідно; смачну їжу, в якості «антистресу» використовували 134 (60,91%) жінок з НПР та 353 (54,31%) здорових студентки. Тютюнопаління у жінок також мало достовірну різницю в основній 26,36% та порівняльній 10,77% групах ($p \leq 0,05$), що свідчить про невміння хворих на НПР конструктивно долати стресові ситуації. Прикметно, що наркотики вживали 6,36% Ж I групи та 1,08% Ж II групи, а алкоголь – в якості прийому зняття стресу використовували 51 (23,18%) студенток основної групи та 69 (10,62%) – дівчат порівняльної групи, що також підтверджує нашу гіпотезу. Результати представлені в таблиці 8.5.

Таблиця 8.5

Розподіл прийомів зняття стресу у жінок основної та порівняльної групи при первинному та повторному обстеженнях

№ п/п	Прийоми зняття стресу	Група I (n = 220)		Група II (n = 650)		t	M1		M2
		N	%	N	%		N	%	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1.	Спілкування з друзями	127	57,73	391	60,15	-0,48	127	57,73	
2.	Підтримка батьків	110	50,00	362	55,69	-1,05	110	50,00	
3.	Перерва в навчанні	80	36,36	232	35,69	0,11	80	36,36	
4.	Прогулянки на свіжому повітрі	141	64,09	408	62,77	0,28	141	64,09	
5.	Смачна їжа	134	60,91	353	54,31	1,33	134	60,91	
6.	Алкоголь	51	23,18	69	10,62	1,80	51	23,18	
7.	Цигарки	58	26,36	70	10,77	2,27	58	26,36	
8.	Наркотики	14	6,36	7	1,08	0,70	14	6,36	
9.	Телевізор	46	20,91	114	17,54	0,48	46	20,91	
10.	Секс	50	22,73	94	14,46	1,19	50	22,73	
11.	Сон	159	72,27	482	74,15	-0,46	159	72,27	

Продовж.табл. 8.5

1	2	3	4	5	6	7	8	9
12.	Хобі	91	41,36	265	40,77	0,10	91	41,36
13.	Фізична активність	74	33,64	192	29,54	0,64	74	33,64
14.	Інше	7	3,18	44	6,77	-0,47	7	3,18
<i>Результати повторного анкетування</i>								
15.	Спілкування з друзями	145	65,91	401	61,69	0,91	3,94	2,43
16.	Підтримка батьків	115	52,27	334	51,38	0,16	4,66	2,73
17.	Перерва в навчанні	105	47,73	220	33,85	2,38	4,87	3,19
18.	Прогулянки на свіжому повітрі	159	72,27	393	60,46	2,73	3,55	2,47
19.	Смачна їжа	139	63,18	371	57,08	1,26	4,09	2,57
20.	Алкоголь	32	14,55	87	13,38	0,16	6,23	3,65
21.	Сигарети	49	22,27	86	13,23	1,30	5,94	3,65
22.	Наркотики	7	3,18	6	0,92	0,29	6,63	3,90
23.	Телевізор	43	19,55	124	19,08	0,07	6,05	3,53
24.	Секс	61	27,73	114	17,54	1,51	5,73	3,56
25.	Сон	164	74,55	469	72,15	0,60	3,40	2,07
26.	Хобі	128	58,18	262	40,31	3,37	4,36	3,03
27.	Фізична активність	111	50,45	212	32,62	3,11	4,75	3,22
28.	Інше	11	5,00	45	6,92	-0,25	6,57	3,78

Примітка: Жирним шрифтом виділено достовірно відмінні результати ($p < 0,05$).

Як видно з таблиці 8.5 при повторному обстеженні достовірні відмінності були виявлені за наступними прийомами подолання стресу: перерва в навчанні – 105 (47,73%) Ж в основній групі та 220 (33,85%) ($p < 0,05$). Після проведеного лікування, прогулянки на свіжому повітрі набули більшого значення для 159 (72,27%) студенток I групи та 393 (60,46%) осіб II групи ($p < 0,05$). Достовірно збільшилась кількість жінок основної групи, які після лікування більшу увагу

почали приділяти хобі – 58,18%, в порівняльній групі їх частка складала – 40,31% ($p < 0,05$). Також фізична активність використовувалась для зняття стресу достовірно більшою кількістю студенток, що основної групи 50,45% та 32,62% Ж порівняльної групи ($p < 0,05$).

Частота застосування шкідливих для здоров'я способів додання стресу, таких як вживання алкоголю, наркотиків, тютюнопаління знизилась в основній групі та не змінилось/незначно збільшилось в порівняльній групі.

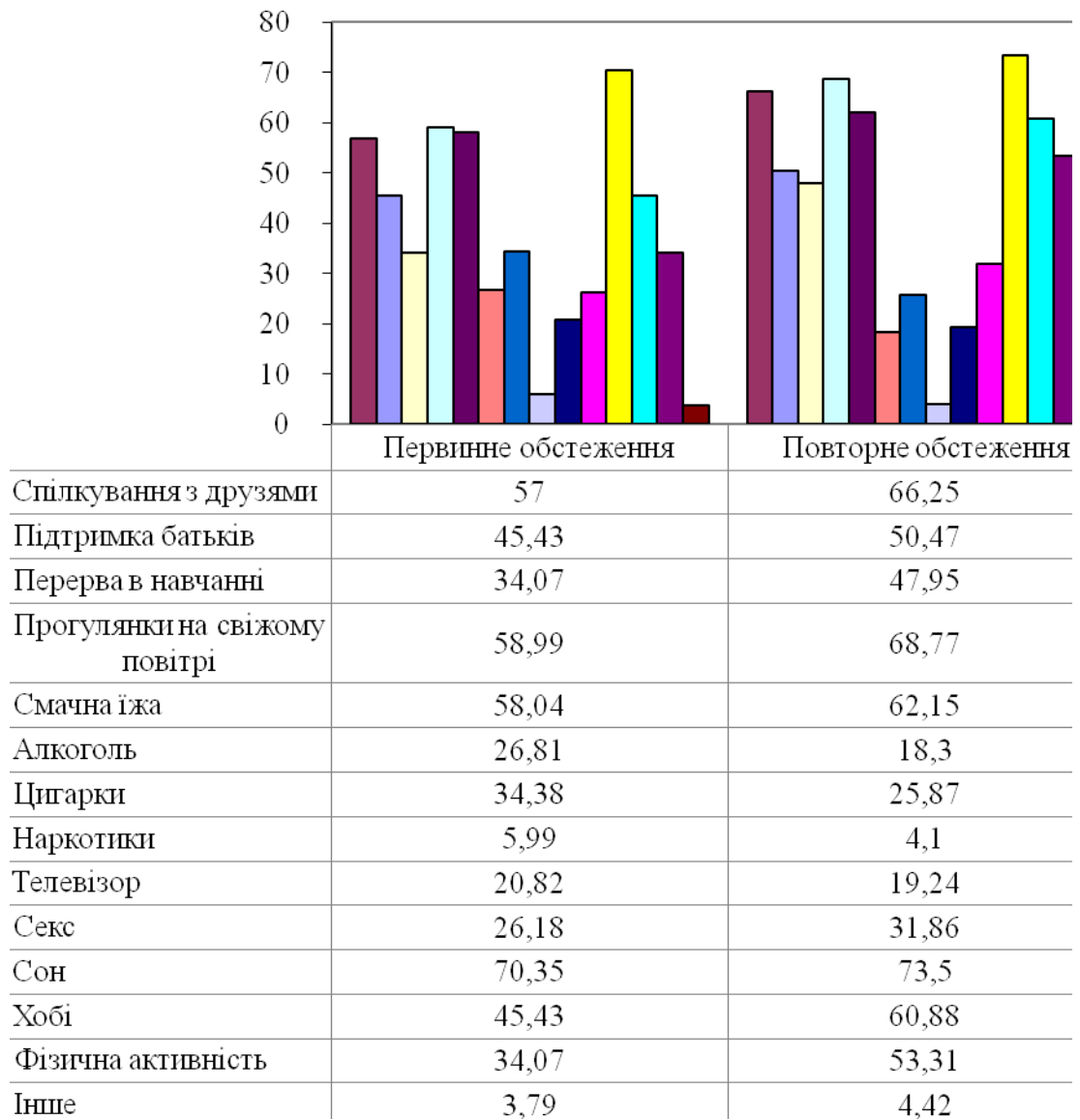


Рис. 8.2 Частота різних прийомів зняття стресу в основній групі при первинному та повторному обстеженні (%)

Прийоми зняття стресу чоловіками в динаміці в основній та порівняльній групах представлено в таблиці 8.6.

Таблиця 8.6

Прийоми зняття стресу чоловіками в динаміці в основній та порівняльній групах

Прийоми зняття стресу чоловіками в динаміці в основній групі (n = 97)								
№	Приєм	I обстеження		II обстеження		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1.	Алкогoль	34	35,05	26	26,80	0,69	8,18	8,69
2.	Цигарки	51	52,58	33	34,02	1,72	6,99	8,25
3.	Наркотики	5	5,15	3	3,09	0,15	9,89	10,00
4.	Телевізор	20	20,62	18	18,56	0,16	9,05	9,16
5.	Секс	33	34,02	40	41,24	-0,64	8,25	7,78
6.	Спілкування з друзями	53	54,64	65	67,01	-1,38	6,84	5,83
7.	Підтримка батьків	34	35,05	45	46,39	-1,03	8,18	7,43
8.	Перерва в навчанні	28	28,87	47	48,45	-1,74	8,56	7,29
9.	Прогулянки на свіжому повітрі	46	47,42	59	60,82	-1,38	7,36	6,36
10.	Смачна їжа	50	51,55	58	59,79	-0,86	7,07	6,44
11.	Сон	64	65,98	69	71,13	-0,64	5,92	5,46
12.	Хобі	53	54,64	65	67,01	-1,38	6,84	5,83
13.	Фізична активність	34	35,05	58	59,79	-2,38	8,18	6,44
14.	Інше	5	5,15	3	3,09	0,15	9,89	10,00

Прийоми зняття стресу чоловіками в динаміці в порівняльній групі (n = 268)								
		I обстеження		II обстеження		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1.	Алкоголь	57	21,27	51	19,03	0,29	5,42	5,50
2.	Сигарети	51	19,03	51	19,03	0,00	5,50	5,50
3.	Наркотики	4	1,49	7	2,61	-0,13	6,06	6,03
4.	Телевізор	31	11,57	25	9,33	0,27	5,74	5,82
5.	Секс	89	33,21	84	31,34	0,26	4,99	5,06
6.	Спілкування з друзями	136	50,75	152	56,72	-1,02	4,29	4,02
7.	Підтримка батьків	100	37,31	118	44,03	-1,01	4,84	4,57
8.	Перерва в навчанні	74	27,61	83	30,97	-0,46	5,20	5,08
9.	Прогулянки на свіжому повітрі	143	53,36	143	53,36	0,00	4,17	4,17
10.	Смачна їжа	129	48,13	124	46,27	0,30	4,40	4,48
11.	Сон	172	64,18	179	66,79	-0,51	3,66	3,52
12.	Хобі	128	47,76	137	51,12	-0,55	4,41	4,27
13.	Фізична активність	121	45,15	128	47,76	-0,41	4,52	4,41
14.	Інше	20	7,46	23	8,58	-0,14	5,88	5,84

Примітка: Жирним шрифтом виділено достовірно відмінні результати ($p < 0,05$).

Як видно з таблиці 8.6 чоловіки основної групи при повторному обстеженні частіше застосовували конструктивні прийоми боротьби зі стресом і рідше – деструктивні (алкоголь, цигарки, наркотики). В той же час в порівняльній групі суттєвих відмінностей між результатами первинного і повторного обстеження

виявлено не було. Ці результати свідчать про позитивний вплив проведених нами психокорекційних/психотерапевтичних заходів.

Аналізуючи прийоми боротьби зі стресом жінок основної та порівняльної групи, виявлено, що достовірно частіше студентки з НПР при повторному обстеженні використовували в якості засобу боротьби зі стресом хобі 41,36% (I) та 58,18% (II) та фізична активність – 33,64% (I) та 50,45% (II). В порівняльній групі суттєвих відмінностей між результатами первинного і повторного обстеження також не було виявлено (табл. 8.7).

Таблиця 8.7

Прийоми зняття стресу жінками в динаміці в основній та порівняльній групах

Прийоми зняття стресу жінками в динаміці в основній групі (n = 220)								
№		I обстеження		II обстеження		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1.	Алкоголь	51	23,18	32	14,55	1,01	5,91	6,23
2.	Цигарки	58	26,36	49	22,27	0,49	5,79	5,94
3.	Наркотики	14	6,36	7	3,18	0,34	6,52	6,63
4.	Телевізор	46	20,91	43	19,55	0,16	6,00	6,05
5.	Секс	50	22,73	61	27,73	-0,61	5,93	5,73
6.	Спілкування з друзями	127	57,73	145	65,91	-1,39	4,38	3,94
7.	Підтримка батьків	110	50,00	115	52,27	-0,34	4,77	4,66
8.	Перерва в навчанні	80	36,36	105	47,73	-1,57	5,38	4,87
9.	Прогулянки на свіжому повітрі	141	64,09	159	72,27	-1,52	4,04	3,55
10.	Смачна їжа	134	60,91	139	63,18	-0,39	4,22	4,09
11.	Сон	159	72,27	164	74,55	-0,46	3,55	3,40
12.	Хобі	91	41,36	128	58,18	-2,49	5,16	4,36
13.	Фізична активність	74	33,64	111	50,45	-2,32	5,49	4,75
14.	Інше	7	3,18	11	5,00	-0,19	6,63	6,57

Прийоми зняття стресу жінками в динаміці в порівняльній групі (n = 650)								
№		I обстеження		II обстеження		t	M1	M2
		N	%	N	%			
5.	Алкогіль	69	10,62	87	13,38	-0,53	3,71	3,65
6.	Цигарки	70	10,77	86	13,23	-0,47	3,71	3,65
7.	Наркотики	7	1,08	6	0,92	0,03	3,90	3,90
8.	Телевізор	114	17,54	124	19,08	-0,31	3,56	3,53
9.	Секс	94	14,46	114	17,54	-0,61	3,63	3,56
10.	Спілкування з друзями	391	60,15	401	61,69	-0,44	2,48	2,43
11.	Підтримка батьків	362	55,69	334	51,38	1,14	2,61	2,73
12.	Перерва в навчанні	232	35,69	220	33,85	0,41	3,15	3,19
13.	Прогулянки на свіжому повітрі	408	62,77	393	60,46	0,67	2,39	2,47
14.	Смачна їжа	353	54,31	371	57,08	-0,75	2,65	2,57
15.	Сон	482	74,15	469	72,15	0,70	1,99	2,07
16.	Хобі	265	40,77	262	40,31	0,11	3,02	3,03
17.	Фізична активність	192	29,54	212	32,62	-0,67	3,29	3,22
18.	Інше	44	6,77	45	6,92	-0,03	3,79	3,78

Примітка: Жирним шрифтом виділено достовірно відмінні результати ($p < 0,05$).

Отже, для боротьби зі стресом студентки обох груп найчастіше використовували сон - 72,27% (I група) та 74,15% (II група), прогулянки на свіжому повітрі – 64,09% (I) та 62,77% (II), спілкування з друзями 57,73% (I) та 60,15% (II).

В основній групі при первинному обстеженні алкоголь вживали 23,18% дівчат, при повторному обстеженні лише 14,55% студенток вживали алкоголь, як засіб подолання стресу. В порівняльній групі на початку дослідження 10,62% жінок вживали алкоголь, як «антистрес», а при повторному обстеженні, його вживали вже 13,38%. З тютюнопалінням склалась подібна ситуація. Таким чином в основній групі частота використання деструктивних способів подолання стресу в ході дослідження зменшувалась, а в порівняльній групі – навпаки.

Потребує уваги спектр соціально-психологічних умов, які впливають на розвиток особистості студента. До них варто віднести рівень загального інтелектуального розвитку, успішність адаптації до умов ВУЗу, готовність до навчання та домінуючий мотив здобування вищої освіти, наявність сприятливого соціально-психологічного клімату в академічній групі і, відповідно, наявність (відсутність) навиків встановлення і підтримання соціальних контактів. Вступ до ВУЗу призводить до появи в житті колишнього абітурієнта появи нових способів організації життєдіяльності. Домінування опіки та постійного контролю, які характерні для шкільного режиму навчання, призводить до складності у формуванні самовиховання, організації самостійного навчання, а також розвитку інформаційного поля студентів [34]. Усі фактори перераховані вище можуть стати причинами виникнення стресів у студентів.

Аналіз поняття «стрес» в науковій літературі дає можливість виокремити основні напрямки дослідження даної проблеми: 1. Стрес як ситуація або її характеристики, які вимагають додаткової мобілізації і змін в поведінці людини. 2. Стрес як стан, який об'єднує велику кількість фізіологічних та психологічних проявів. 3. Стрес як негативні наслідки пережитих людиною гострих переживань, які порушують дієздатність і здоров'я людини [45].

Для розуміння впливу стресу на організм студента, слід наголосити на основних характеристиках його прояву. До основних форм прояву стресу можна віднести поведінкові, емоційні, інтелектуальні та фізіологічні. Так, поведінкові прояви можна розділити на 4 групи: 1. Порушення психомоторики (зміна ритму дихання, надлишкова напруга м'язів). 2. Зміна стилю життя (зміни в режим дня,

порушення сну). 3. Професійні порушення (зниження ефективності діяльності, підвищена втомлюваність). 4. Порушення соціально-рольових функцій (зростання конфліктності та агресивності). Емоційні прояви стресу першочергово проявляються в загальному емоційному фоні, який набуває негативного, песимістичного забарвлення.

За умови тривалої дії стресу зростає рівень тривожності, зневіра у власні сили, та зниження самооцінки, що при затяжному впливі стресу може призвести до депресії. За умови такого емоційного фону частішають прояви неадекватних емоційних реакцій (гнів, агресія, дратівливість) [46]. Варто зазначити, що негативні емоційні стани одночасно є і передумовами виникнення та розвитку стресів.

Дослідження навчальних стресів демонструє, що страх перед майбутніми проблемами провокує появу тривожності, невпевненості, відчуття безпорадності тощо. Когнітивні прояви стресу охоплюють порушення: уваги (складнощі у концентрації уваги, звуження поля уваги, підвищена здатність відволікатися від реалізації завдань), мислення (порушення логіки мислення, труднощі у прийнятті рішень, зниження творчої активності), пам'яті (труднощі у відтворенні інформації, погіршення показників оперативної пам'яті). Фізіологічні прояви стресу охоплюють майже всі системи організму людини і проявляються у травній, серцево-судинній та дихальній системах. До основних показників відносять підвищення частоти серцевих скорочень, зростання артеріального тиску, порушення роботи ШКТ. Порушення нормального ритму діяльності окремих органів і їх систем, а також відображення цих порушень у свідомості призводять до комплексних фізіологічних порушень (зниження імунітету, підвищеного рівня втоми, зміни маси тіла до збільшення або зменшення) [19, 40].

Цікавою частиною нашого дослідження був аналіз частоти різних прийомів боротьби зі стресом у студентів різних спеціальностей, результати представлені в таблиці 8.8.

Так, студенти спеціальності «Економіка, історія, філософія» найчастіше використовували в якості «антистресового засобу» смачну їжу 77,78% (І група), сон – 59,6% (ІІ група).

Студенти основної групи спеціальності «Інформатика, математика, фізика» (N=108) найчастіше для боротьби зі стресом використовували спілкування з друзями 65,38% та сон – 65,38% , в порівняльній групі – прогулянки на свіжому повітрі – 59,80%. Прикметно, що студенти з НПР достовірно частіше палили цигарки – 46,15% в порівняльній групі палили лише 6,1%, отже паління можна оцінювати, як один з провокуючих факторів формування НПР.

Таблиця 8.8

Прийоми зняття стресу студентами різних спеціальностей в динаміці в основній та порівняльній групах

Спеціальності «Економіка, історія, філософія» (N=75)								
<i>Результати первинного обстеження</i>								
		Група І (n = 18)		Група ІІ (n = 57)		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1	2	3	4	5	6	7	8	9
.	Алкоголь	7	38,89	4	7,02	1,42	18,43	12,77
.	Сигарети	8	44,44	10	17,5	1,26	17,57	12,03
.	Наркотики	0	0	1	1,75	-0,08	24,30	13,13
.	Телевізор	2	11,11	9	15,8	-0,18	22,22	12,15
.	Секс	6	33,33	8	14	0,85	19,25	12,28
.	Спілкування з друзями	10	55,56	35	61,4	-0,33	15,71	8,23
.	Підтримка батьків	6	33,33	26	45,6	-0,57	19,25	9,77
.	Перерва в навчанні	3	16,67	14	24,6	-0,32	21,52	11,50
.	Прогулянки на свіжому повітрі	12	66,67	26	45,6	1,26	13,61	9,77
0.	Смачна їжа	14	77,78	23	40,4	2,48	11,11	10,23
1.	Сон	10	55,56	34	59,6	-0,23	15,71	8,41
2.	Хобі	9	50	17	29,8	1,01	16,67	11,10
3.	Фізична активність	5	27,78	18	31,6	-0,17	20,03	10,96
4.	Інше	0	0	5	8,77	-0,12	24,30	12,65

Продовж .табл. 8.8

<i>Результати повторного обстеження</i>								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Алкоголь	5	27,78	4	7,02	0,87	20,03	12,77
2.	Сигарети	5	27,78	10	17,5	0,44	20,03	12,03
3.	Наркотики	0	0	1	1,75	-0,08	24,30	13,13
4.	Телевізор	2	11,11	9	15,8	-0,18	22,22	12,15
5.	Секс	7	38,89	8	14	1,12	18,43	12,28
6.	Спілкування з друзями	11	61,11	35	61,4	-0,02	14,70	8,23
7.	Підтримка батьків	8	44,44	26	45,6	-0,06	17,57	9,77
8.	Перерва в навчанні	8	44,44	14	24,6	0,95	17,57	11,50
9.	Прогулянки на свіжому повітрі	14	77,78	26	45,6	2,17	11,11	9,77
10.	Смачна їжа	14	77,78	23	40,4	2,48	11,11	10,23
11.	Сон	13	72,22	34	59,6	0,84	12,42	8,41
12.	Хобі	13	72,22	17	29,8	2,55	12,42	11,10
13.	Фізична активність	11	61,11	18	31,6	1,61	14,70	10,96
14.	Інше	0	0	5	8,77	-0,18	24,30	12,65
Спеціальності «Інформатика, математика, фізика» (N=108)								
<i>Результати первинного обстеження</i>								
		Група I (n = 26)		Група II (n = 82)		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1.	Алкоголь	8	30,77	5	6,1	1,26	16,32	10,70
2.	Сигарети	12	46,15	5	6,1	2,23	14,39	10,70
3.	Наркотики	2	7,692	0	0	0,08	18,84	11,56
4.	Телевізор	5	19,23	12	14,6	0,23	17,63	10,20
5.	Секс	7	26,92	9	11	0,81	16,76	10,42
6.	Спілкування	17	65,38	50	61	0,33	11,54	6,90
7.	Підтримка батьків	15	57,69	31	37,8	1,29	12,76	8,71
8.	Перерва в навчанні	5	19,23	28	34,1	-0,75	17,63	8,96
9.	Прогулянки	13	50	49	59,8	-0,63	13,87	7,01
10.	Смачна їжа	9	34,62	36	43,9	-0,52	15,86	8,27
11.	Сон	17	65,38	50	61	0,33	11,54	6,90
12.	Хобі	12	46,15	41	50	-0,23	14,39	7,81
13.	Фізична активність	13	50	27	32,9	1,03	13,87	9,04
14.	Інше	0	0	2	2,44	-0,09	19,56	10,91

Продовж .табл. 8.8

<i>Результати повторного обстеження</i>								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Алкоголь	5	19,23	6	7,32	0,58	17,63	10,63
2.	Сигарети	11	42,31	5	6,1	1,97	14,90	10,70
3.	Наркотики	2	7,692	0	0	0,28	18,84	11,02
4.	Телевізор	6	23,08	14	17,1	0,30	17,20	10,06
5.	Секс	10	38,46	10	12,2	1,42	15,38	10,35
6.	Спілкування з друзями	18	69,23	52	63,4	0,46	10,88	6,68
7.	Підтримка батьків	16	61,54	34	41,5	1,36	12,16	8,45
8.	Перерва в навчанні	5	19,23	26	31,7	-0,63	17,63	9,13
9.	Прогулянки на свіжому повітрі	15	57,69	50	61	-0,23	12,76	6,90
10.	Смачна їжа	9	34,62	37	45,1	-0,59	15,86	8,18
11.	Сон	19	73,08	50	61	0,98	10,18	6,90
12.	Хобі	13	50	41	50	0,00	13,87	7,81
13.	Фізична активність	16	61,54	28	34,1	1,81	12,16	8,96
14.	Інше	0	0	2	2,44	0,28	19,54	10,91
Спеціальності «Політологія, соціологія, педагогіка» (N=52)								
<i>Результати первинного обстеження</i>								
		Група I (n = 9)		Група II (n = 43)		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1.	Алкоголь	2	22,22	3	6,98	0,46	29,40	14,71
2.	Сигарети	1	11,11	5	11,6	-0,01	31,43	14,34
3.	Наркотики	1	11,11	1	2,33	0,25	31,43	15,07
4.	Телевізор	2	22,22	9	20,9	0,04	29,40	13,56
5.	Секс	2	22,22	10	23,3	-0,03	29,40	13,36
6.	Спілкування	7	77,78	20	46,5	1,62	15,71	11,15
7.	Підтримка батьків	2	22,22	17	39,5	-0,55	29,40	11,86
8.	Перерва в навчанні	2	22,22	6	14	0,25	29,40	14,15
9.	Прогулянки	7	77,78	26	60,5	0,94	15,71	9,59
10.	Смачна їжа	4	44,44	24	55,8	-0,42	24,85	10,14
11.	Сон	7	77,78	32	74,4	0,19	15,71	7,71
12.	Хобі	4	44,44	22	51,2	-0,25	24,85	10,66
13.	Фізична активність	2	22,22	12	27,9	-0,18	29,40	12,95
14.	Інше	0	0	4	9,3	-0,08	33,54	14,52

Продовж .табл. 8.8

<i>Результати повторного обстеження</i>								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Алкоголь	2	22,22	3	6,98	0,46	29,40	14,71
2.	Сигарети	2	22,22	5	11,6	0,32	29,40	14,34
3.	Наркотики	1	11,11	1	2,33	0,25	31,43	15,07
4.	Телевізор	2	22,22	9	20,9	0,04	29,40	13,56
5.	Секс	2	22,22	10	23,3	-0,03	29,40	13,36
6.	Спілкування з друзями	7	77,78	20	46,5	1,62	15,71	11,15
7.	Підтримка батьків	2	22,22	17	39,5	-0,55	29,40	11,86
8.	Перерва в навчанні	3	33,33	6	14	0,63	27,22	14,15
9.	Прогулянки на свіжому повітрі	7	77,78	26	60,5	0,94	15,71	9,59
10.	Смачна їжа	5	55,56	24	55,8	-0,01	22,22	10,14
11.	Сон	8	88,89	32	74,4	1,07	11,11	7,71
12.	Хобі	5	55,56	22	51,2	0,18	22,22	10,66
13.	Фізична активність	4	44,44	12	27,9	0,59	24,85	12,95
14.	Інше	0	0	4	9,3	-0,08	33,54	14,52
Спеціальності «Лікувальна справа, педіатрія» (N=615)								
<i>Результати первинного обстеження</i>								
		Група I (n = 165)		Група II (n = 450)		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1.	Алкоголь	41	24,85	60	13,3	1,43	6,75	4,39
2.	Сигарети	52	31,52	48	10,7	2,66	6,44	4,46
3.	Наркотики	11	6,667	6	1,33	0,60	7,52	4,68
4.	Телевізор	37	22,42	62	13,8	1,06	6,86	4,38
5.	Секс	43	26,06	87	19,3	0,85	6,69	4,23
6.	Спілкування	92	55,76	250	55,6	0,03	5,18	3,14
7.	Підтримка батьків	79	47,88	240	53,3	-0,84	5,62	3,22
8.	Перерва в навчанні	65	39,39	159	35,3	0,57	6,06	3,79
9.	Прогулянки	99	60	274	60,9	-0,15	4,92	2,95
10.	Смачна їжа	101	61,21	250	55,6	0,98	4,85	3,14
11.	Сон	112	67,88	328	72,9	-0,99	4,41	2,45
12.	Хобі	70	42,42	185	41,1	0,19	5,91	3,62
13.	Фізична активність	53	32,12	157	34,9	-0,37	6,41	3,80
14.	Інше	10	6,061	35	7,78	-0,20	7,55	4,53

Продовж .табл. 8.8

<i>Результати повторного обстеження</i>								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Алкоголь	25	15,15	65	14,4	0,08	7,17	4,36
2.	Сигарети	38	23,03	58	12,9	1,25	6,83	4,40
3.	Наркотики	5	3,03	3	0,67	0,26	7,67	4,70
4.	Телевізор	32	19,39	62	13,8	0,68	6,99	4,38
5.	Секс	53	32,12	100	22,2	1,30	6,41	4,16
6.	Спілкування з друзями	110	66,67	266	59,1	1,40	4,49	3,01
7.	Підтримка батьків	83	50,3	219	48,7	0,25	5,49	3,38
8.	Перерва в навчанні	85	51,52	158	35,1	2,48	5,42	3,80
9.	Прогулянки на свіжому повітрі	119	72,12	257	57,1	2,92	4,11	3,09
10.	Смачна їжа	107	64,85	266	59,1	1,04	4,62	3,01
11.	Сон	118	71,52	329	73,1	-0,33	4,15	2,44
12.	Хобі	106	64,24	190	42,2	3,75	4,66	3,58
13.	Фізична активність	90	54,55	172	38,2	2,54	5,25	3,71
14.	Інше	12	7,273	40	8,89	-0,18	7,50	4,50
Спеціальності «Практична психологія, медична психологія» (N=171)								
<i>Результати первинного обстеження</i>								
		Група I (n = 52)		Група II (n = 119)		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1.	Алкоголь	15	28,85	28	23,5	0,37	11,70	8,02
2.	Сигарети	16	30,77	23	19,3	0,81	11,54	8,23
3.	Наркотики	5	9,615	3	2,52	0,44	13,18	9,05
4.	Телевізор	14	26,92	27	22,7	0,30	11,85	8,06
5.	Секс	13	25	21	17,6	0,50	12,01	8,32
6.	Спілкування	26	50	80	67,2	-1,55	9,81	5,25
7.	Підтримка батьків	20	38,46	74	62,2	-1,94	10,88	5,64
8.	Перерва в навчанні	17	32,69	50	42	-0,70	11,38	6,98
9.	Прогулянки	32	61,54	85	71,4	-1,00	8,60	4,90
10.	Смачна їжа	33	63,46	63	52,9	1,00	8,38	6,29
11.	Сон	43	82,69	93	78,2	0,63	5,77	4,28
12.	Хобі	25	48,08	64	53,8	-0,48	9,99	6,23
13.	Фізична активність	17	32,69	41	34,5	-0,13	11,38	7,42
14.	Інше	0	0	10	8,4	-0,18	15,44	8,77

Продовж .табл. 8.8

<i>Результати повторного обстеження</i>								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Алкоголь	14	26,92	34	28,6	-0,12	11,85	7,75
2.	Сигарети	16	30,77	23	19,3	0,81	11,54	8,23
3.	Наркотики	5	9,615	5	4,2	0,34	13,18	8,97
4.	Телевізор	14	26,92	24	20,2	0,47	11,85	8,19
5.	Секс	13	25	23	19,3	0,39	12,01	8,23
6.	Спілкування з друзями	31	59,62	78	65,5	-0,57	8,81	5,38
7.	Підтримка батьків	24	46,15	78	65,5	-1,68	10,18	5,38
8.	Перерва в навчанні	24	46,15	50	42	0,34	10,18	6,98
9.	Прогулянки на свіжому повітрі	34	65,38	80	67,2	-0,19	8,16	5,25
10.	Смачна їжа	34	65,38	59	49,6	1,51	8,16	6,51
11.	Сон	38	73,08	95	79,8	-0,81	7,20	4,12
12.	Хобі	25	48,08	64	53,8	-0,48	9,99	6,23
13.	Фізична активність	20	38,46	41	34,5	0,30	10,88	7,42
14.	Інше	0	0	9	7,56	-0,20	15,44	8,81
Спеціальність «Стоматологія» (N=214)								
<i>Результати первинного обстеження</i>								
		Група I (n = 47)		Група II (n = 167)		t	M1	M2
		N	%	N	%			
1.	Алкоголь	12	25,53	26	15,6	0,69	12,59	7,11
2.	Сигарети	20	42,55	30	18	1,88	11,06	7,01
3.	Наркотики	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
4.	Телевізор	6	12,77	26	15,6	-0,18	13,62	7,11
5.	Секс	12	25,53	48	28,7	-0,23	12,59	6,53
6.	Спілкування	28	59,57	92	55,1	0,42	9,27	5,19
7.	Підтримка батьків	22	46,81	74	44,3	0,21	10,64	5,77
8.	Перерва в навчанні	18	38,3	49	29,3	0,68	11,46	6,50
9.	Прогулянки	24	51,06	91	54,5	-0,30	10,20	5,22
10.	Смачна їжа	23	48,94	86	51,5	-0,22	10,42	5,39
11.	Сон	33	70,21	117	70,1	0,02	7,96	4,23
12.	Хобі	24	51,06	64	38,3	1,07	10,20	6,08
13.	Фізична активність	18	38,3	58	34,7	0,27	11,46	6,25
14.	Інше	2	4,255	8	4,79	-0,03	14,27	7,55

Продовж .табл. 8.8

Результати повторного обстеження								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Алкогoль	7	14,8 9	26	15,6	-0,04	13,46	7,11
2.	Сигарети	10	21,2 8	36	21,6	-0,02	12,94	6,85
3.	Наркотики	0	0	3	1,8	-0,04	16,11	7,67
4.	Телевізор	5	10,6 4	31	18,6	-0,51	13,79	6,98
5.	Секс	16	34,0 4	47	28,1	0,44	11,85	6,56
6.	Спілкування з друзями	33	70,2 1	102	61,1	0,98	7,96	4,83
7.	Підтримка батьків	27	57,4 5	78	46,7	0,97	9,52	5,65
8.	Перерва в навчанні	27	57,4 5	49	29,3	2,44	9,52	6,50
9.	Прогулянки на свіжому повітрі	29	61,7	97	58,1	0,35	9,03	5,01
10.	Смачна їжа	28	59,5 7	86	51,5	0,75	9,27	5,39
11.	Сон	37	78,7 2	108	64,7	1,72	6,73	4,60
12.	Хобі	31	65,9 6	65	38,9	2,59	8,51	6,05
13.	Фізична активність	28	59,5 7	69	41,3	1,66	9,27	5,93
14.	Інше	2	4,25 5	8	4,79	-0,03	14,27	7,55

Примітка: Жирним шрифтом виділено достовірно відмінні результати ($p < 0,05$).

Студенти з НІР, що навчалися на спеціальності «Політологія, соціологія, педагогіка» (N=52) найчастіше з метою додання стресу використовували спілкування з друзями, сон та прогулянки на свіжому повітрі по 77,78% осіб, а здорові студенти, цієї ж спеціальності надавали перевагу – сну 74,4%, смачній їжі – 55,8%. Достовірних відмінностей між обома групами не було виявлено.

Здорові студенти спеціальності «Практична психологія, медична психологія» (N=171) достовірно частіше з метою боротьби зі стресом використовували спілкування та підтримку батьків 62,20%, в той час як лише 38,46% їхніх однокурсників з НПР використовували даний прийом ($p < 0,05$).

Студенти-медики основної групи спеціальності «Лікувальна справа, педіатрія» (N=615) при первинному обстеженні достовірно частіше за своїх здорових однокурсників використовували цигарки з метою позбавлення від стресу 31,52% та 10,70% відповідно. При повторному обстеженні достовірні відмінності були за наступними прийомами: перерва в навчанні – 51,52% (I група) та 35,10% (II група); прогулянка на свіжому повітрі – 72,12% (I) та 57,10% (II); хобі – 64,24% (I) та 42,20% (II); фізична активність – 54,55% (I) та 38,20% (II) ($p < 0,05$).

Прикметно, що достовірні відмінності в способах подолання стресу були виявлені при повторному обстеженні студентів спеціальності «Стоматологія» - перерву в навчанні використовували 57,45% (I) та 29,30% (II); хобі 65,96% (I група) та 38,90% (II група) ($p < 0,05$).

Отже шляхи подолання стресу мали відмінності у студентів різних спеціальностей та достовірні відмінності між основною та порівняльною групами різних спеціальностей, що необхідно враховувати при побудові профілактичних, психокорекційних та психотерапевтичних заходів.

Найвищі середні значення в основній та порівняльній групах мали наступні прояви стресу: поганий сон – 5,46 та 4,65 бали; відчуття постійної нестачі часу - 5,68 та 5,57 бали; втрата впевненості, зниження самооцінки - 5,07 та 3,53 бали відповідно. При повторному обстеженні виявлено, що проведення лікування веде до зниження середніх значень проявів стресу у студентів з НПР, і наближає їх до показників здорових молодих осіб.

В гендерному розподілі результати щодо шляхів подолання стресу були подібні у дівчат та хлопців. Прикметно, що в основній групі при первинному обстеженні алкоголь вживали 23,18% дівчат, при повторному обстеженні лише 14,55% студенток вживали алкоголь, як засіб подолання стресу. В порівняльній

групі на початку дослідження 10,62% жінок вживали алкоголь, як «антистрес», а при повторному обстеженні, його вживали вже 13,38% осіб. З тютюнопалінням виявлено подібні результати. Таким чином в основній групі частота використання деструктивних способів подолання стресу в ході дослідження зменшувалась, а в порівняльній групі – навпаки. Чоловіки основної групи при повторному обстеженні частіше застосовували конструктивні прийоми боротьби зі стресом і рідше – деструктивні (алкоголь, цигарки, наркотики). В той же час в порівняльній групі суттєвих відмінностей між результатами первинного і повторного обстеження виявлено не було. Ці результати свідчать про позитивний вплив проведених нами психокорекційних/психотерапевтичних заходів.

ВИСНОВКИ ДО ВОСЬМОГО РОЗДІЛУ

- найвищі середні значення в основній та порівняльній групах мали наступні прояви стресу: поганий сон – 5,46 та 4,65 бали; відчуття постійної нестачі часу - 5,68 та 5,57 бали; втрата впевненості, зниження самооцінки - 5,07 та 3,53 бали відповідно. При повторному обстеженні виявлено, що проведення лікування веде до зниження середніх значень проявів стресу у студентів з НПР, і наближає їх до показників здорових молодих осіб.
- зростання рівня стресу після проведеного лікування відмічали лише 12 (5,71%) студентів терапевтичної групи та 65 (60,75%) студентів контрольної групи ($p \leq 0,05$), що підтверджує ефективність запропонованого лікування на суб'єктивне відчуття рівня стресу у студентів закладів вищої освіти.
- достовірно більша кількість студентів з НПР при первинному обстеженні в якості засобів зняття стресу використовували цигарки 34,38% проти 13,18 % студентів без НПР та алкоголь 26,81% та 13,73% відповідно ($p < 0,05$). При повторному обстеженні, через рік, виявлено що вживання алкоголю зменшилося від 26,81% до 18,30% студентів з НПР, а цигарок від 34,38% до 25,87% ($p < 0,05$).
- в статевому розподілі, для чоловіків основної та порівняльної груп найхарактернішими прийомами зняття стресу були: сон – 65,98% та 64,18%, спілкування з друзями - 54,64% та 50,75%, хобі – 54,64% та 47,76% ($p \geq 0,05$). Достовірно більше хлопців з НПР знімали стрес цигарками – 52,58%, в той час як у порівняльній групі палили лише 19,03% молодих людей ($p < 0,05$).
- більша кількість дівчат з НПР обирали якості способу боротьби зі стресом: сон – 72,27%, прогулянки на свіжому повітрі – 64,09% та смачну їжу – 60,91%, студентки порівняльної групи також надавали перевагу сну – 74,15%, прогулянкам - 62,77%, смачній їжі – 54,31% ($p \geq 0,05$). Прикметно, що достовірна різниця була виявлена у вживанні цигарок студентками основної та порівняльної груп -26,38% та 10,77% відповідно ($p < 0,05$).
- питома частка курців в основній групі вища на всіх курсах, найбільша вона на IV курсі – 42,42%, і вже на п'ятому знижується до 37,78%. В порівняльній

групі вона з кожним роком зростає від 4,62% на першому курсі до 18,90% на п'ятому. Комплексне лікування студентів з НПР зменшило частоту паління в 2,09 рази, з 33,80% до 16,19% ($p < 0,05$), що вказує на його високу ефективність.

— шляхи подолання стресу мали відмінності у студентів різних спеціальностей та достовірні відмінності між основною та порівняльною групами різних спеціальностей, що необхідно враховувати при побудові профілактичних, психокорекційних та психотерапевтичних заходів.

Результати досліджень даного розділу наведено в таких публікаціях: [44], [229], [363], [441], [468], [469].

РОЗДІЛ 9

КОМПЛЕКСНА СИСТЕМА ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ, ПСИХОКОРЕКЦІЇ/ПСИХОТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАПРОПОНОВАНОЇ СИСТЕМИ ЗАХОДІВ

9.1 Система корекції та профілактики непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти

Проведений нами комплексний аналіз особистісно-психологічних, мікросоціальних, соматичних та інших факторів, що визначають ймовірність формування непсихотичних психічних розладів у студентів, дозволяє нам стверджувати, що навчання у вузі можна вважати особливим видом діяльності, несприятливо впливає на стан психічного і соматичного здоров'я студентів.

Висока диференціація наукових дисциплін, динамічний розвиток самого знання призводять до щорічного постійного зростання значення інтенсифікації процесу навчання, мобілізації волі, духовних і фізичних сил студента на посилення процесу пізнання. Тому одним з головних завдань вищої школи є виховання у студента високої вимогливості до себе, життєвої потреби трудитися, бажання і вміння працювати творчо, поповнювати й удосконалювати свої знання, вміння вести здоровий спосіб життя і дбати про своє здоров'я.

Особливе значення має правильний розподіл зусиль, часу, відведеного на теоретичні курси, практичні заняття, самостійну підготовку і відпочинок студентів. Поряд з передачею студенту суми теоретичних знань, розуміння проблематики наукової дисципліни і з методологічним його озброєнням, вдосконаленням лекційних і семінарських занять, необхідно забезпечувати підвищення його ролі самостійної роботи, поліпшення підготовленості до практичної діяльності, не забуваючи при цьому і про зміцнення його здоров'я і виховання гігієнічних звичок і навичок.

Серед основних причин, що викликають труднощі при переході на вузівські форми навчання, необхідно відзначити наступні: необхідність організувати самостійне навчання, зміна системи контролю за успішністю, необхідність конспектувати лекції, складність навчального матеріалу.

Важливим стресогенним фактором для студентів, особливо молодших курсів, є наявність заліків та підсумкових модульних контролів, успішність здачі яких значною мірою визначає моральне і матеріальне благополуччя студентів. За даними літератури, для 82% студентів передекзаменаційне хвилювання є фактором, що перешкоджає успішній здачі іспиту; і лише для 12% навпаки, фактором, що сприяє хорошій відповіді, а для 6% воно не грає особливої ролі [34].

Висока інформаційна та емоційна насиченість навчальної діяльності студентів на фоні ще не завершеного процесу психофізіологічного дозрівання створює передумови для формування у них психічних і психосоматичних розладів. З літератури, до 40% від загального числа академічних відпусток студентів пов'язані з нервово-психічними захворюваннями, з них непсихотичні психічні розлади складають 60% [470]. В обстеженій нами студентській популяції більше 15% студентів змушені були піти в академічну відпустку або були відраховані, причому в більшості випадків основною причиною було погіршення стану психічного здоров'я і, як результат, зниження академічної успішності.

Як показали результати проведених нами досліджень, якісна і кількісна характеристика стресогенних факторів має гендерні та вікові особливості, визначаючи вираженість та структуру НПР у студентів в залежності від статі та періоду навчання. Так, на молодших курсах причини виникнення НПР переважно пов'язані зі значною зміною соціального статусу, переходом від шкільної системи освіти до вузівської системи освіти, різким зростанням навчального навантаження, стресогенною дією іспитів, заліків, підсумкових модульних контролів, комплексних іспитів (КРОКів, ОСКІ) необхідністю адаптуватися в новому навчальному колективі. У той же час, навіть у студентів медичного вузу, ще не сформовані здібності до адекватної самооцінки психічного та соматичного стану, що ускладнює усвідомлення студентами своїх проблем.

На середніх курсах студенти завершують вивчення теоретичних, фундаментальних дисциплін і приходять в клініку або мають практику відповідно до обраної спеціалізації, безпосередньо стикаючись з об'єктом своєї майбутньої професійної діяльності. Нерідко в цей період відбувається переоцінка цінностей, а іноді, при неправильній профорієнтації, розчарування в обраній професії. З іншого боку, відомо, що сам процес вивчення клінічних проявів ряду захворювань може бути фактором ризику формування іпохондричних симптомів у студентів-медиків, які намагаються знайти у себе ті чи інші патологічні прояви, даний феномен відомий як «хвороба третього курсу».

На старших курсах студенти найбільш адаптовані до умов навчання, однак вони також знаходяться під впливом несприятливих соціально-психологічних факторів, серед яких слід відзначити необхідність вибору спеціалізації (для медиків) і місця роботи, нерідко вже наявність сім'ї та дітей, що неминуче погіршує матеріальне становище студентів і вимагає пошуку додаткового заробітку, що нерідко шкодить навчальній діяльності.

Специфіка проблем, що виникають перед психіатром у випадку психічного захворювання у студента, зумовила поступовий розвиток особливої галузі, яку можна умовно назвати психіатрією студентства [85]. Психогігієнічна і психопрофілактична робота в студентській популяції повинна бути комплексною і диференційованою, максимально наближеною до студентів. У той же час існуюча система медичного обслуговування студентів передбачає надання психіатричної допомоги лише в психотерапевтичних кабінетах студентських поліклінік, що таким чином різко звужує її обсяг і не завжди здатна забезпечити своєчасну і повноцінну психіатричну, психологічну і психотерапевтичну допомогу. В обов'язки лікаря-психіатра студентської поліклініки входить проведення широкого кола психогігієнічних заходів у всій студентській популяції, раннє виявлення і своєчасне лікування хворих студентів в амбулаторних умовах без відриву або з мінімальним відривом від навчального процесу; вивчення побутових та академічних умов хворих студентів для з'ясування впливу зовнішніх факторів на захворювання і для проведення

оздоровчих заходів; динамічне спостереження за хворими, які перебувають на обліку та лікуванні; проведення комплексу реабілітаційних заходів студентам, які страждають нервово-психічними захворюваннями.

Як показує практика, більшість студентів з преморбідними і навіть хворобливими психічними розладами невротичного рівня самотійно не звертаються за медичною допомогою до лікаря-психіатра студентської поліклініки. А в разі виникнення конфліктних ситуацій, проблем у міжособистісному спілкуванні, при труднощах в організації та дотриманні оптимального режиму праці та відпочинку, студенти просто не знають, до кого звернутися за психотерапевтичною чи психологічною допомогою, або навіть не усвідомлюють, що її потребують.

З іншого боку, в ситуаціях психічної напруги, наприклад, в період модульної сесії, студенти нерідко намагаються самотійно приборкати хвилювання за допомогою лікарських препаратів, самопереконання, ритуалів.

Недостатньо психологічно забезпеченим є також період розподілу студентів на роботу, вибір ними майбутньої спеціальності, що найбільш відповідає індивідуально-психологічним особливостям, що є дуже важливим з позиції психогігієни та психопрофілактики.

Значною мірою усвідомленій або неусвідомленій відмові студентів від психіатричної чи психологічної допомоги сприяє стигматизація психіатрії, страх перед психіатричним обстеженням та психіатричним діагнозом. Проведення регулярних масових обстежень при дотриманні всіх морально-етичних норм, на нашу думку, може сприяти підвищенню рівня психологічної грамотності студентів, психоедукації, формуванню у них достатньої «культури інтроспекції» та створенню додаткових стимулів для вивчення навчальних предметів психологічного профілю.

Таким чином, результати проведеної нами роботи висуває у число першочергових завдання створення медико-психологічної служби ЗВО, метою якої є поліпшення якості надання психіатричної та психологічної допомоги

студентам, підвищення рівня їх психічного здоров'я та стійкості до дії несприятливих чинників, пов'язаних з навчальною діяльністю.

На нашу думку, завданнями медико-психологічної служби у Вузі є такі:

1. Психодіагностична оцінка психічного і соматичного стану студентів в залежності від статі, віку та періоду навчання.

Реалізація даного завдання можлива лише в умовах проведення масових (скринінгових) досліджень, спрямованих на визначення нормативних показників та уточнення їх меж в конкретному вузі. Таким чином, стає можливим визначення рівня психічного здоров'я і груп ризику, що включають студентів з підвищеною ймовірністю розвитку несприятливих психічних розладів, що в подальшому може слугувати підставою для здійснення психопрофілактичної, психокорекційної, психотерапевтичної роботи.

2. Проведення психокорекційних заходів.

Дане завдання передбачає надання всього спектру психіатричної та психотерапевтичної допомоги студентам в залежності від клінічної картини і вираженості виявлених психічних розладів. В рамках вирішення даної задачі можливе проведення індивідуальних і групових заходів, тренінгів, спрямованих на розвиток самосвідомості і особистісного зростання студентів з можливим залученням батьків, викладачів та адміністрації ЗВО.

3. Реалізація психогігієнічних і психопрофілактичних заходів у студентській популяції.

Психогігієна і психопрофілактика є взаємопов'язаними галузями наукової і практичної діяльності, спрямованими на вивчення несприятливих факторів та умов навколишнього середовища та зниження їх негативного впливу на рівень психічного здоров'я, попередження психічних і психосоматичних розладів. На нашу думку, в основі реалізації цієї задачі лежить розуміння причин виникнення психічних розладів з позиції біопсихосоціальної єдності. Таким чином, важливими складовими психогігієнічної роботи є заходи, спрямовані на вдосконалення психологічної культури суспільства як частини його духовного

життя, стимулювання особистих зусиль щодо самовиховання й встановлення оптимальних взаємовідносин з оточуючими.

При правильно організованому педагогічному процесі навчання має приносити задоволення, а іспити служити засобом самоствердження і підвищенням особистісної самооцінки. Поки ж ми змушені визнати, що суб'єктивні тривожні переживання і супутні їм вегетативні реакції під час підготовки та складання іспитів відповідають класичному опису дистресу.

Вважаємо за необхідне більш широке включення в програму підготовки студентів у вузах навчальних предметів психологічної спрямованості, починаючи вже з молодших курсів.

4. Здійснення консультативної допомоги студентам.

Рішення даної задачі передбачає проведення індивідуальних і групових консультацій не тільки для студентів, але й для їх родичів, викладачів з метою оптимізації навчальної діяльності, поліпшення запам'ятовування навчального матеріалу, нормалізації мікроклімату в навчальному колективі і сім'ї, вибору майбутньої спеціалізації і т. д.

5. Залучення студентів до науково-дослідної діяльності в області медико-психологічних наук.

Метою науково-дослідної роботи психологічної служби є розробка методологічних принципів психодіагностичних досліджень студентської популяції, аналіз мікросоціальних умов життя та навчання студентів і виділення факторів ризику формування станів психічної дезадаптації, вивчення їх проявів і поширеності в залежності від статі, курсу, факультету та інших факторів.

Ми вважаємо, що при проведенні масових скринінгових психодіагностичних досліджень необхідно широко залучати самих студентів до обстеження, обробки матеріалу, узагальнення та аналізу його результатів. Це сприяє підвищенню якості проведеного обстеження і достовірності його результатів, зниження частоти відмов від обстеження. Беручи практичну участь у науково-дослідній роботі, студенти набувають навички клініко-психопатологічного та патопсихологічного обстеження, краще розуміють його

принципи і методологію, що сприяє підвищенню рівня підготовки студентів у вузі.

Основні методи корекції та профілактики станів психічної дезадаптації у студентів повинні бути спрямовані на підвищення стійкості особистості до дії несприятливих мікросоціальних чинників. До них можна віднести психотерапію, в тому числі аутогенне тренування, методи релаксації, системи біологічного зворотного зв'язку, дихальну гімнастику, музикотерапію, оптимізацію рухового режиму, фізіотерапевтичні заходи (масаж, сауна, електросон), рефлексотерапію тощо [40, 54, 79].

Вибір методів корекції несприятливих психічних розладів визначається особливостями симптоматики, а також ступенем відхилення показників психічного і соматичного стану від нормативних значень. Вираженість станів психічної дезадаптації залежить від інтенсивності стресогенного фактору, особистісно-психологічних особливостей студентів, їх мотивації на досягнення мети та «ціни» успішної діяльності. Необхідно враховувати як активуючий вплив навчального стресу, що дозволяє студенту набувати нові знання і демонструвати їх на заліках і підсумкових модульних контролях, так і негативний вплив надмірного стресорного навантаження на організм, що проявляється дисфункцією різних органів і систем. Зрозуміло, що ідеальною метою психокорекційних і психопрофілактичних заходів в рамках психологічної служби ЗВО у студентів повинно бути досягнено індивідуально-оптимального рівня стійкості до стресу, що не тільки забезпечує найбільшу ефективність навчальної діяльності, але і не допускає розвитку психічних і психосоматичних розладів, хоча у практичній діяльності найбільш часто необхідним є попередження, корекція та лікування НПР у студентів.

Правильно організована і проведена психогігієнічна і психокорекційна робота не тільки сприяє оптимізації порушених психічних функцій у студентів, але і підвищує їх стійкість до дії несприятливих стресогенних факторів, а також дозволяє поліпшити їх соматичний стан, насамперед функції серцево-судинної системи.

Проведення психопрофілактичних і психокорекційних заходів в рамках психологічної служби вузу можливо як індивідуально, так і в групах. Для зниження ступеня ризику формування НПР у практично здорових студентів найбільш ефективним є широке застосування соціально-психологічних тренінгів. Організація тренінгів відповідає принципам групової терапії, вони проводяться в малих групах (10-15 осіб), у комфортній обстановці, що сприяє формуванню у студентів відчуття психологічної безпеки, спрямовані на стимулювання психологічної взаємодопомоги учасників групи один одному.

На нашу думку, групові тренінги необхідно проводити серед студентів кожного курсу, особливо на початку навчання. В умовах високого навчального навантаження частота групових сеансів найчастіше становить 1 раз на тиждень, а загальна тривалість курсу – від 2 до 6 місяців. Доцільно приурочити завершення курсу групової терапії до моменту закінчення семестру, щоб таким чином забезпечити максимальний психологічний захист студентів від екзаменаційного стресу.

Одним з ефективних методів корекції неспокійних психічних розладів слід вважати різні варіанти самонавіювання, зокрема, аутогенне тренування (АТ). Описані ще В. М. Бехтеревим в кінці XIX ст., методи самонавіювання отримали свій подальший розвиток в роботах Ж. Н. Шульца в 30-х роках XX століття, який запропонував методику аутогенного тренування. Початковий щабель 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. Вища ступінь АТ (медитація, аутогенне тренування) передбачає навчання хворих викликати у себе «особливі душевні стани», яскраву візуалізацію уявлень.

Метод АТ може широко застосовуватися для роботи зі студентами, які перебувають під впливом несприятливих стресогенних факторів навчальної діяльності. Заняття повинні проводитися в комфортній обстановці, т. к. досягнення стану спокою і м'язової релаксації сприяють зменшенню емоційної

напруги, зниження тривоги, неспокою, підвищеної емоційної напруги. Для підвищення ефективності методики необхідно на фоні релаксації проводити самонавіювання, спрямовані на зміцнення вольової активності, використовуючи короткі, стверджувальні формули.

Проведення АТ у студентів сприяє зниженню почуття тривоги, хвилювання, емоційної напруги, що особливо важливо в ситуації іспитів, заліків, виступів з доповідями і т. д., покращує сон, а також може використовуватися для короткочасного відпочинку. Використання методики АТ призводить до активізації організму, самонавіювання відчуття бадьорості, активності, а також призводить до зміцнення волі, корекції деяких характерологічних особливостей, мобілізації інтелектуальних ресурсів.

До особливостей методу АТ можна віднести необхідність активної участі самого студента у вирішенні своїх проблем, що потребує певних вольових зусиль, наполегливості, бажання самотійно змінити своє життя. Менша ефективність методу зазначається у студентів зі слабким типом ВНД, пасивних, з недостатньою силою волі.

Раціональна психокорекція є однією із найбільш поширених психокорекційних методик, вона спрямована на формування у пацієнта правильної «внутрішньої картини хвороби» з допомогою логічного переконання і роз'яснення. Основною характеристикою раціональної психокорекції є логічна аргументація, але вона також включає в себе навіювання, емоційний вплив, корекцію особистісних властивостей і т. д.

Проведення раціональної психокорекції включає діагностичний етап, під час якого необхідно виявити логічні помилки хворого, які стали причиною НПР, оцінити характер конфлікту між пацієнтом і оточуючими, визначити особливості його особистості.

Корекційний етап передбачає проведення корекції мислення, вирішення конфлікту і закріплення досягнутих результатів.

Необхідно відзначити, що в деяких випадках ефективність раціональної психокорекції може бути недостатньою, що пояснюється неможливістю

свідомого регулювання активності симпатичної нервової та ендокринної систем, а також вибірковістю сприйняття людини, що знаходиться в стані афективного звуження свідомості. Тим не менш, раціональна корекція може бути використана в комплексі з іншими методами корекції НПР у студентів.

Цікаві результати по корекції і попередженню несприятливих психічних розладів у студентів можуть бути отримані з допомогою таких методів, як електросон, дарсонвалізація, ароматерапія, тренінги з використанням біологічного зворотного зв'язку (БЗЗ). Показано, що їх застосування покращує емоційний стан студентів, знижує тривожність, нормалізує вегетативний баланс, підвищуючи парасимпатичний тонус [79]. Описано також метод психологічної умовно-рефлекторної саморегуляції, заснований на модифікованих прийомах нейролінгвістичного програмування, який найбільш ефективний при астеничних реакціях, фібіях [40, 54, 62].

Необхідність медикаментозної корекції НПР у студентів визначається їх виразністю і особливостями симптоматики. У комплексі терапевтичних заходів можливе застосування адаптогенів (екстракту родіоли рожевої, елеутерококу, настоянки лимонника і ін., антидепресантів, седативних засобів рослинного походження, ноотропних препаратів, анксиолітиків.

Таким чином, на підставі аналізу літератури і нашого досвіду ми можемо сформулювати основні принципи психокорекційної та психопрофілактичної роботи в вузі.

1. Доведено необхідність проведення регулярних комплексних досліджень, спрямованих на вивчення різноманітних аспектів навчальної діяльності студентів усіх курсів із залученням фахівців різного профілю: психіатрів, психологів, лікарів-інтерністів, окулістів, гігієністів і т.д.

2. У структурі навчальних планів і програм необхідно достатньо уваги приділяти психологічним аспектам навчального процесу, майбутньої професійної діяльності, міжособистісних стосунків, взаємин у навчальному колективі.

3. Накопичення спеціальних знань і формування практичних навичок лікарської діяльності в медичному вузі повинно проводитися поряд з

формуванням у студентів високої психологічної культури, здатності до самопізнання і самооцінки свого психічного і соматичного стану.

4. На всіх етапах навчання необхідно приділяти увагу питанням профорієнтації, надавати консультативну допомогу студентам у виборі спеціалізації, виходячи з їх індивідуально-психологічних і психофізіологічних особливостей, рівня соматичного здоров'я.

5. Психопрофілактичні заходи повинні проводитися на індивідуальному і груповому рівні, з урахуванням періоду навчання. На початку навчання важливо формувати студентські групи на підставі принципу психологічної сумісності студентів; створити оптимальні навчальні і побутові умови, активно пропагувати здоровий спосіб життя. У той же час на старших курсах необхідно активно залучати студентів до творчості, до участі в науково-дослідній роботі, до оволодіння суспільними професіями. Важливим є розумне поєднання навчання з роботою за майбутньою спеціальністю, дозована рухова фізична активність, стійкість сімейних стосунків; підвищення свідомого ставлення до свого здоров'я та своєчасність звернень за медичною допомогою; стимул успішного завершення навчання.

6. Корекція психічних розладів у студентів повинна проводитися з урахуванням їх регістру, нозологічної належності, особливостей клінічної картини при строгому дотриманні всіх морально-етичних норм.

7. У структурі психокорекційних заходів щодо станів психічної дезадаптації у студентів важливе місце займають різні методи психокорекції і соціально-психологічні тренінги, які можуть проводитися як індивідуально, так і в групах.

На нашу думку, дотримання даних принципів є основою для роботи медико-психологічної служби вузу, і забезпечує діагностику, корекцію і профілактику психічних розладів у студентів, що виникають під впливом несприятливих стресогенних факторів навчальної діяльності. У той же час обсяг і конкретний зміст психологічних заходів має свої особливості у ЗВО різної спрямованості (гуманітарних, технічних), що необхідно враховувати при побудові психокорекційних та профілактичних програм.

Дане дослідження (діагностика, психокорекція) проводилось на базі медико-психологічного центру БДМУ. Положення про медико-психологічний центр Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» представлено в додатку 2.

Психопрофілактичні заходи поділяють на первинні, вторинні і третинні. Первинна профілактика спрямована на запобігання виникнення цих захворювань у здорових осіб шляхом проведення соціально-гігієнічних і медичних заходів щодо зміцнення здоров'я населення. Реалізація освітніх програм для лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу загальносоматичної мережі. Застосування психопрофілактичної стратегії на всіх етапах медичної допомоги (модифікація стратегії життя, вплив на фактори ризику). Сюди ж відноситься організація раннього виявлення хворих з факторами ризику розвитку НПР на ранніх стадіях, особливо з їх доклінічними формами. Це дозволяє істотно знизити терміни лікування, прискорити реадaptaцію й зменшити ймовірність рецидивів [312]. Такими ж методами досягаються і цілі вторинної психопрофілактики – запобігання повторення захворювання в осіб, які раніше його перенесли. Провідну роль тут відіграють комплексні медичні і соціально-гігієнічні заходи, що повинні застосовуватись вже на етапі лікування. Необхідно щоб воно було не тільки симптоматичним, але і патогенетичним, тобто спрямованим на усі ланки процесу захворювання, як соматобіологічні, так і індивідуально-психологічні. Тут використовуються психотерапевтичні, фармакологічні і не медикаментозні (рефлексотерапія, лікувальна фізкультура й ін) методи.

Третинна профілактика спрямована на запобігання переходу легких та помірних форм непсихотичних психічних розладів в важкі форми, а також уникнення ускладнення хвороби соціальною дисфункцією пацієнта. Головну роль у цій роботі відіграють медикаментозні, трудо- та інші види соціотерапії та медико-соціальної реабілітації, психотерапевтичні заходи [54, 312].

9.2 Система комплексного лікування непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти

Терапія обстежених хворих проводилась у відповідності до завдань дослідження та базуючись на даних літератури щодо лікування НПР у осіб молодого віку [326, 327].

Не викликає сумнівів те, що саме ПТ, як метод неінвазійного втручання, що майже не має протипоказань і не дає побічної дії при поєднанні з фармакотерапією, є найприйнятнішим та найефективнішим.

Створена нами система комплексної диференційованої психотерапії та фармакотерапії непсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних базувалась на шести основних принципах терапії неврозів: індивідуальність, етапність, комплексність, спадкоємність, особистісне та соціальне спрямування.

Біологічна складова передбачає запровадження медикаментозного лікування згідно з існуючими стандартами, та використанням запропонованих нами нових схем терапії, з урахуванням показань/протипоказань за даними діагностичного алгоритму (перевага першочерговій психотерапії, урахування бар'єрів терапії).

Психологічна складова включає психотерапевтичні й психокорекційні втручання, починаючи з низькоінтенсивних (самодопомога) і завершуючи високоспеціалізованими – когнітивно-біхевіоральною психотерапією (КБТ), системною сімейною ПТ, гештальт-терапією, тілесно-орієнтованою ПТ, раціональною ПТ залежно від їх доступності. Окремим обов'язковим компонентом виступає психоосвіта (психоедукація) щодо особливостей непсихотичних психічних розладів та методів їх лікування, з акцентом на дотриманні терапевтичного альянсу. Психологічне втручання застосовується одночасно з біологічним або передуює йому.

Соціальна складова може вважатися підґрунтям щодо інших мішеней терапії і являє собою соціальну підтримку на мікро- (родина, близькі друзі), мезо- (колеги, знайомі, референтна група) та макрорівні (вирішення соціальних питань державними/благодійними/волонтерськими інституціями).

Система комплексного диференційованого лікування включала наступні етапи: підготовчий, основний, підтримувальний, протирецидивний.

Вибір конкретної психотерапевтичної техніки залежав від індивідуальних особливостей студента, клінічної форми неспсихотичного психічного розладу, типу перебігу захворювання, преморбідних особливостей особистості.

Цільові стратегії психотерапії:

- 1) реконструкція внутрішнього світу особистості пацієнта - корекція неадекватних, самофруструючих стереотипів переживання і поведінки, а також вироблення нових, більш зрілих і конструктивних способів сприйняття, переживання і реагування;
- 2) реконструкція зв'язків пацієнта з найближчим соціальним оточенням, рішення актуального життєвого конфлікту, поліпшення міжособистісного функціонування;
- 3) безпосередній вплив на симптоми хвороби за допомогою сугестії і тренінгів.

Ретельне обстеження – надзвичайно важлива передумова ефективної психотерапії. Психіатричне обстеження є первинним до власне психотерапевтичного і є основою для визначення переліку необхідних фармакотерапевтичних та психотерапевтичних втручань, визначення показів до психотерапії. Базове психіатричне обстеження включає в себе також і замір «інтенсивності» депресії, тривоги, алекситимії за допомогою відповідних опитувальників та шкал напівструктурованих клінічних інтерв'ю – їх дані будуть важливі для порівняння та подальшого моніторингу ефективності терапії.

Психоосвіта, тобто надання пацієнту інформації про хворобу, – надзвичайно важливий компонент ПТ. Як метод, в основі якого закладене партнерство та співпраця між пацієнтом та лікарем, КПТ покликана допомогти хворому зрозуміти, що з ним відбувається, яке існує пояснення його симптомів і якою є дорога зцілення, а відповідно, як розподіляються ролі між ним і терапевтом на цій дорозі. Психоосвіта представляє пацієнту у лаконічній, доступній формі не лише сучасні знання про НПР, їх причини, тощо, але і когнітивну модель НПР на прикладі самого пацієнта (діагностичне формулювання, концептуалізація даного

випадку). Це стає свого роду соціалізацією пацієнта, його впровадженням у світ когнітивної терапії, представленням її основних понять та компонентів дороги до зцілення.

Для прикладу, пацієнтці П., 20 років, у якої діагностовано депресію середнього ступеню тяжкості, насамперед роз'яснили, що її симптоми (пригніченість, порушення когнітивних функцій, відчуття знесилення) пов'язані з депресією, яку вона зараз переживає, і що погіршення пам'яті та здатності до навчання (на даний час П. студентка) не є результатом того, що дівчина «дурна і не може вчитися», як вона сама про себе висловила, що при депресії це доволі типово і що її навчальні здібності відновляться з одужанням, і не є безповоротно втраченими. Це дало ефект зняття тривоги, пов'язаної зі сприйняттям депресії як соматичної хвороби і симптомів як таких, що ніколи вже не зникнуть. Дівчині також роз'яснили про можливість фармакотерапії та когнітивної психотерапії. Причому, щоб пояснити суть останньої, П. намалювали п'ятикомпонентну схему Бека з прикладами з того, що вона сама говорила про себе і своє життя, і з допомогою техніки «сократівських запитань» дали зрозуміти патологічність цієї схеми і необхідність її «розірвати». Дівчині запропонували самостійно знайти слабкі ланки у цій схемі і вибрати часову пріоритетність і «місця розриву та прориву», в свою чергу П. висловила за зміну поведінки та сприйняття своєї життєвої ситуації.

На підставі аналізу отриманих даних щодо соціального статусу хворих, віку, преморбідних особливостей особистості, клінічних проявів НПР, рівня тривожності, депресії, алекситимії та нейротизму ми впровадили розроблений в процесі цього дослідження комплексний диференційований підхід до цілеспрямованого лікування НПР у студентів. Лікувальний комплекс включив раціональну, сімейну, когнітивно-біхевіоральну психотерапію, аутогенне тренування та в залежності від нозології: антидепресанти (СИЗЗС), анксіолітики, нормотиміки, седативні та ноотропні препарати.

Головними принципами побудови психотерапевтичного комплексу при НПР у студентів стали: добровільність, усвідомленість, адекватність,

допустимість, доцільність, гуманність психотерапевтичного впливу, системність впливу, етапність психотерапевтичних заходів, комплексність.

Психотерапевтичний вплив починався з застосування активної індивідуалізована раціональної психотерапії у 210 пацієнтів основної групи, цю підгрупу позначено “терапевтична”. У хворих усували додаткові джерела тривоги, невпевненості в одужанні, їх навчали активно сприяти благоприємному перебігу хвороби.

Використання раціональної психотерапії не було обтяжливим для пацієнтів. Навпаки, вони скаржились на брак інформації щодо стану їх здоров'я. Напочатку основним механізмом лікувальної дії є пасивне навчання через надання пацієнту необхідної інформації й емоційної підтримки. Це надало можливість задовольнити потреби і сподівання пацієнта, поліпшити його самопочуття. Основою раціональної психотерапії стало правильне, доступне розумінню хворого трактування причин виникнення, характеру, і прогнозу захворювання. Варто підкреслити, що раціональна психотерапія не тільки сприяла усвідомленню пацієнтом психогенезу захворювання і реконструкції відносин особистості, але і шляхом впливу на всі компоненти відношення – пізнавальний, емоційний, поведінковий – створювала передумови для зворотного розвитку клінічних проявів

Раціональну психотерапію будували з урахуванням особистісних особливостей за СБОО, соціально-психологічних факторів.

У структурі НПР високі показники по 1-й шкалі СБОО (вище 70) виявляють іпохондричну симптоматику. Іпохондричність посилюється і набуває характеру сенестопатій при супутньому піку за 8-ю шкалою. Поєднання високих показників 1-ї та 2-ї шкал більше властиво чоловікам, при цьому виявляється не тільки відома іпохондричність, а й посилюються такі особистісні риси, як догматизм, святенництво, стає більш інертним мислення, в міжособистісних контактах сильніше проявляється обережність, дидактичність, повчальність тону. Якщо найбільшого прояву набуває показник шкали 1, це вказує на можливість певної соматизації тривожності та хвилювання за стан власного здоров'я, що також можна пояснити напруженим та виснажливим характером діяльності за

неможливістю повною мірою турбуватися про стан власного здоров'я. В даному випадку раціональна психотерапія була направлена на корекцію таких рис, як образливість, вразливість, тривожність. Враховуючи схильність цих осіб сприймати життєві події серйозніше за інших, пояснювали причини і суть хвороби, особливості лікування, наголошуючи на його комплексності, ефективності дії. Пояснюючи вплив емоційного стану особистості на перебіг захворювання наводили слова Сараджі: «Існує троє: хвороба, хворий і лікар. Якщо хворий стає на бік хвороби, то лікар при найбільших зусиллях не зможе допомогти, але якщо хворий стає на бік лікаря, то вони вдвох перемагають хворобу».

У пацієнтів у яких переважали високі бали за 2-ю шкалою (депресії). В якості ведучого піку в профілі, виявляли переважання пасивної особистісної позиції. Провідна мотиваційна спрямованість - уникнення неуспіху. Раціональна психотерапія була спрямована на властиві для осіб даного типу особливості: високий рівень усвідомлення наявних проблем через призму незадоволеності і песимістичної оцінки своїх перспектив; схильність до роздумів, інертність в прийнятті рішень, виражена глибина переживань, аналітичний склад розуму, скептицизм, самокритичність, невпевненість в собі, своїх можливостях. Обов'язково враховували, що «депресивні» особистості, здатні на відмову від реалізації нагальних потреб заради віддалених планів. Щоб уникнути конфлікту з соціальним оточенням загальмовують егоцентричні тенденції. Високі показники по 2-й шкалі можуть бути пов'язані з ситуацією різкого розчарування після пережитої невдачі або в зв'язку з захворюванням, таким, що порушує звичайний хід життя і перспективні плани людини. Такий профіль описує певний стан, як мінімум - депресивну реакцію в рамках адаптаційного синдрому. Однак, це лише кількісний аспект, що виявляє особливості не тільки психогенно спровокованого стану, а й передбачає схильність даного індивіда до такого роду реакцій в ситуації стресу. Депресивний стан - це найбільш поширена, реакція на дистрес. Досвід показує, що депресивний тип реагування зовсім не є універсальною і суто обов'язковою реакцією на психотравму і розвивається лише на ґрунті певної

предиспозиції. Тому підйом профілю по 2-й шкалі вище 70 Т виявляє у обстежуваного не тільки погіршення настрою у зв'язку з негативними переживаннями, але й особистісні особливості - схильність до гострого переживання невдач, до хвилювань, до підвищеного почуття провини з самокритичним ставленням до своїх недоліків, з невпевненістю в собі і це необхідно враховувати при проведенні психотерапії.

Особи з високими балами за 3-ю шкалою (істерії) відрізняються переважанням художнього типу сприйняття, демонстративністю, яскравістю емоційних проявів при деякій поверхневості переживань, нестійкістю самооцінки, на яку значний вплив робить значуще оточення, переконаністю в ідентичності свого «Я» декларованим ідеалам, інфантильністю, незрілістю установок і суджень. У таких осіб відзначається виражена здатність до легкого входження в різні соціальні ролі. Артистичність поз, міміки і жестів привертає увагу оточуючих, що служить стимулюючим фактором, збудливим і лестить їх марнославству. Особистостям даного типу необхідна можливість самодемонстрації; підвищена емотивність, виражена схильність до наслідування, риси демонстративності, потреба в причетності до загального настрою. Проводячи психотерапію чи психокорекцію таким особистостям варто враховувати вищезазначене і використовувати такі техніки ПТ, в яких хворий зможе розкрити свій внутрішній світ, наприклад техніки психодрами.

Поєднання високих показників за 3-ю та 4-ю шкалами значно посилює характеристики 3-ї, збільшуючи ймовірність поведінкових реакцій по істеричному типу зі схильністю до «самонакручування» в конфліктних ситуаціях і з вираженим прагненням до емоційної залученості. Корекція цих реакцій надзвичайно важка, тому що при удаваній сугестивності ці особистості швидше «самонавіювані», тобто податливі лише щодо того, у що вірять, в чому суб'єктивно переконані. У зв'язку з цим істеричний варіант дезадаптації складний для психокорекції і піддається найкраще різних варіантів арт-терапії, тобто терапії мистецтвом (психодрама, музико-терапія, малювання, ліплення), а в клінічно складних випадках найбільш ефективний гіпноз.

При побудові психотерапевтичних стратегій для осіб з високими показниками за 4 шкалою (психопатії) обов'язково враховували те, що для них характерні нетерплячість, схильність до ризику, високий рівень домагань, стійкість якого має виражену залежність від негайного спонукання і зовнішніх впливів, успішності вжитих заходів. Поведінка розкута, безпосередність у прояві почуттів, в мовній продукції і в манерах. Висловлювання і дії часто випереджають планомірну і послідовну продуманість вчинків. Тенденція до протидії зовнішньому тиску, схильність опиратися в основному на власну думку, а ще більше - на власні одномоментні спонукання. Відсутність вираженої конформності, прагнення до самостійності і незалежності. У стані емоційного захоплення - переважання амбівалентних емоцій гордості або презирства, тобто яскраво виражених, полярних за знаком емоцій, при цьому контроль інтелекту не завжди відіграє провідну роль. В особистісно значущих ситуаціях можуть виявлятися швидко згасаючі спалахи конфліктності. Однак неконформність проявляється не тільки в особливостях мислення, а й в стилі переживання, в схильності до імпульсивних поведінкових реакцій, тому інтерпретація такого профілю повинна проводитися з особливою обережністю. Ступінь відповідності поглядів і поведінки досліджуваного загальноприйнятим нормам, його ієрархія цінностей, морально-етичний рівень залежать значною мірою від соціального оточення і успішності застосованих щодо даної особи виховних заходів. Тому, ґрунтуючись тільки на даних методики СБОО, ми не можемо категорично стверджувати, яким шляхом реалізується неконформність даної особистості. Але при створенні стійкого альянсу терапевт-пацієнт, шанси на успіх зростають.

Два піки за 2 і 4 шкалами виявляють внутрішній конфлікт, що йде корінням в суперечливий тип реагування, в якому поєднуються різноспрямовані тенденції - висока пошукова активність і динамічність процесів збудження, з одного боку, і виражена інертність та нестійкість, з іншого. Психологічно це проявляється наявністю суперечливого поєднання високого рівня домагань з невпевненістю в собі, високою активністю зі швидким виснаженням, що характерно для неврастенічного паттерна дезадаптації; при несприятливих соціальних умовах

дана предиспозиція може бути підґрунтям для алкоголізації, а також для розвитку деяких психосоматичних розладів.

В осіб із високими показниками за 6 шкалою (паранояльності) раціональна психотерапія була направлена на корекцію підозрілості, недовірливості, настороженості до медичного персоналу, образливості. Сильно розвинуте честолюбство, наполегливість при досягненні власних інтересів спрямовували на лікувальний процес.

Корекція поведінки осіб з високою 6-ю шкалою в профілі - завдання дуже важке. Стратегія взаємодії з особистістю даного типу повинна бути спрямована на те, щоб думка психотерапевта, не відкрито, але опосередковано стала переконанням самого індивіда; при цьому у нього повинна залишатися ілюзія, що ця переконаність була завжди або що вона виходить від самого індивіда, а психотерапевт лише виявив і підтвердив її правильність. Крім того, форма «поради» повинна бути досить конкретною і апелювати до досвіду індивіда. Ключові слова: «Як Ви вже говорили ...». «Ви і самі так думаєте ...», «Як впливає з Вашого досвіду ...», «Згідно з Вашими принципам ...», «У такий же спосіб, як Ви робите завжди ...» і т.д. Найбільш ефективним прийомом для корекції поведінки або стану особистостей, які типологічно відносяться до «ригідних», є так звана раціональна психотерапія, яка використовує можливості властиві особам цього кола захисного механізму по типу раціоналізації. Найбільш переконливими виявляються аргументи, які доводять, що гнівні реакції і дії, які диктуються ворожим настроєм, шкідливі індивіду, погіршують його здоров'я; ефективні прийоми, що знецінюють значимість фруструючої потреби.

Найбільш частий варіант особистості, при якому відзначається значне підвищення в профілі 7-ї шкали, - психастенічний, в термінології інших авторів - тривожно-недовірливий. При побудові психотерапевтичної стратегії необхідно враховувати, що особи цього кола відрізняються невпевненістю в собі, нерішучістю, тенденцією до ретельної перевірки своїх вчинків і виконаної роботи; вельми обов'язкові та відповідальні, вони відрізняються залежною позицією, орієнтацією на думку групи, високо розвинутим почуттям обов'язку і відданістю

загальноприйнятим нормам, схильністю до альтруїстичних проявів, конформністю, тенденцією реагувати підвищеним почуттям провини і самозвинуваченням за найменші невдачі і помилки. За всяку ціну прагнучи уникнути конфлікту, який ними переживається надзвичайно болісно, психастеніки діють на граничному рівні своїх можливостей, щоб заслужити схвалення оточуючих, а головне - що ще важче - власне схвалення. У зв'язку з цим вони постійно знаходяться в стані напруги і незадоволення, часто мають нав'язливості, компульсії, ритуали, необхідні для самозаспокоєння.

Поєднання високих показників за 7 та 8 шкалами виявляє механізм інтелектуальної переробки і обмежувальної поведінки, спрямованої на уникнення неспіху і проявляється явищами нав'язливості (нав'язливі дії, думки, ритуали, страхи). При цьому виявляється проблема заниженої самооцінки, почуття власної недосконалості, підвищене почуття провини, самоприниження, комплекс неповноцінності, що є ознакою хронічної дезадаптації і обов'язково повинно враховуватись в психотерапевтичному процесі.

Високі показники за 9 шкалою, вказують на активність, загальний рівень активації та оптимізм, недооцінку значення симптомів. Направленість раціональної психотерапії враховувала такі риси характеру як ініціативність, надмірну самостійність, завищену самооцінку, важкість перенесення вимушеної бездіяльності. Хворим пояснювали необхідність дотримування лікувального режиму, неухильного виконання рекомендацій лікаря, можливі ускладнення при порушенні цих вимог. Підкреслювали значення притаманного їм доброго настрою, високого життєвого тону, винахідливості в процесі лікування і одужання.

Важливий психологічний вплив на хворого мала сім'я, стосунки з родичами. Системну сімейну психотерапію проводили індивідуальним методом з пацієнтом та членами його родини. Надавалися рекомендації по догляду, заспокоєнню, вселенню віри в одужання, сприяли відновленню душевної рівноваги, допомагали справлятися з хворобою.

Короткостроковий тренінг соціальної компетентності (від 6 до 10 занять) в комбінації з когнітивними, поведінковими методами, фармакотерапією показав високу ефективність в психотерапії соціальних фобій (F40.1), а також депресивних розладів, пов'язаних з глибокими сімейними і соціальними переживаннями, перенесеними катастрофами, знуваннями. Відзначалося значне зменшення симптомів депресії, мігрені і сексуальних розладів. Методи короткостроковій когнітивної психотерапії А. Бека (10 занять протягом 4-8 тижнів), розроблені для лікування депресивних і тривожних розладів, продемонстрували значне поліпшення всіх вимірюваних параметрів і показали стійкий результат в катамнезі. Можна зробити висновок, що в психотерапії тривожних і депресивних розладів застосування поведінкових методів буде більш продуктивно в структурі когнітивно-поведінкової терапії.

Когнітивна психотерапія і соціальна (сімейна) підтримка хворих зменшувала вираженість симптомів НПР.

Одним з методів, використаних нами в системі ПТ, стала когнітивно-біхевіоральна психотерапія (КБТ) (навчання пацієнта умінню контролювати своє мислення, поведінку і емоції). КБТ відноситься до короткочасних методів психотерапії. Її мета полягає в зміні сприйняття, способу оцінки себе, обставин, що оточують, і перспективи майбутнього. Працюючи з пацієнтом, використовували логічні прийоми та поведінкові техніки для вирішення проблем сумісними зусиллями психотерапевта та пацієнта.

Короткострокові поведінкові методи когнітивно-поведінкової психотерапії (КПТ) показали свою ефективність в роботі з тривожними розладами, а тренінг соціальної компетентності - і з психогенними депресивними розладами.

Зокрема, проведений в рамках КПТ вплив на ірраціональні когнітивні установки підвищує ефективність редукції невротичної симптоматики. Виявлено, що в лікуванні депресивних розладів непсихотичного рівня застосування групової КПТ в комбінації з психофармакотерапією в значній

мірі сприяє зниженню числа рецидивів і зменшує ризик рецидивів депресій.

Метод систематичної десенсибілізації поведінкової психотерапії, спрямований на зниження симптоматики страхів, був успішно застосований в психотерапії фобічних тривожних розладів (F40), зокрема соціальних фобій (F40.1). Однак такий результат не був досягнутий у хворих з коморбідними тривожними і депресивними розладами, а тому цей метод показаний до застосування в комплексі з іншими поведінковими методами психотерапії.

Конфронтуючі методики (зустріч з викликає страх ситуацією) поведінкової психотерапії застосовуються в трьох варіантах: 1) поступової конфронтації в реальних ситуаціях (*in vivo*), 2) посиленої конфронтації в реальних ситуаціях (повінь), 3) посиленої конфронтації в уяві (імплізія). Конфронтуючі методики першого типу показали дуже високу ефективність в рамках короткострокової психотерапії при фобічних тривожних розладах (F40), панічному розладі (F41.0), obsесивно-компульсивному розладі (F42). При цьому ефект групової психотерапії був вище, ніж при індивідуальних заняттях.

Навчання саморегуляції підтримувало автономні, спрямовані на самостійність потреби, і надавало пацієнту відчуття того, що він може сам багато зробити для свого здоров'я й бути відповідальним за нього. Ми використовували аутогенний тренінг – як терапевтичний метод із застосуванням вправ, при яких пацієнти за допомогою самонавіювання зменшували напруження м'язів та створювали стан спокою. Найбільш типовими формулами навіювання були: «моє тіло легке і приємне», «моя голова ясна і світла», «я почуваю себе легко та вільно», «дихання легке та спокійне», «моє серце працює спокійно та ритмічно», «з кожним днем мені стає все краще та краще», «я спокійний». Потрібно було пам'ятати, що при самонавіюванні, як і при гетеронавіюванні, небажано вживати частку «не» (наприклад, замість формули «у мене не болить голова» потрібно використовувати формулу «моя голова світла і ясна»). Кількість повторювань за день коливалася від 20 і більше.

Також нами було застосовано методику колективно-групової психотерапії. Заняття проводили в малих відкритих змішаних психотерапевтичних групах (нових членів приймали у будь-який час) по 8 – 12 чоловік. Тривалість кожного заняття – 1,5 години. Кількість занять визначається характером НПР розладів і виразністю емоційних проявів (від 2 до 10 сеансів).

Разом з психотерапією, використовували психофармакотерапію. Найчастіше із психофармакологічних засобів застосовували анксиолітики небензодіазепінового ряду, коректори поведінки, та «м'які» антидепресанти (СИЗС). Призначали також вегетотропні препарати (белоїд, белатамінал, беласпон), ноотропи, біостимулятори, адаптогени (препарати женьшеню, лимоннику китайського, елеутерококу, пантокрин та ін.), вітамінні засоби.

В процесі дослідження нами було розроблено і впроваджено в практику ряд патентів та раціоналізаторських пропозицій щодо лікування неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти:

1. Спосіб лікування депресивних розладів у осіб молодого віку: Патент на корисну модель №117817 від 10.07.2017 Україна, МПК А61К 9/22;, А61К 31/135; А61К 25/24. ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» / О.С. Юрценюк. - и 2017 00599; Заявл. 23.01.2017; Опубл.10.07.2017, Бюл. №13/2017.
2. Спосіб лікування тривожних розладів у осіб молодого віку: Патент на корисну модель №117822 від 10.07.2017 Україна, МПК А61К 31/00; А61Р 25/00. ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» / О.С. Юрценюк, С.С. Ротар. - и 2017 00611; Заявл. 23.01.2017; Опубл.10.07.2017, Бюл. №13/2017.
3. Спосіб комплексного лікування соматоформних розладів у осіб молодого віку: Патент на корисну модель №136472 від 27.08.2019 Україна, МПК А61К 9/00; А61Р 25/24 (2006,0). ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» / О.С. Юрценюк. – и 2019 00766; Заявл. 24.01.2019; Опубл. 27,08,2019, Бюл. №16/2019.
4. Спосіб комплексного лікування obsесивно-компульсивного розладу у осіб молодого віку: Патент на корисну модель №136470 від 27.08.2019 Україна, МПК

A61K 9/22; A61K 31/135, A61P25/24 (2006,01). ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» / О.С. Юрценюк. – и 2019 00750; Заявл. 24.01.2019; Опубл.27,08,2019, Бюл. №16/2019.

5. Юрценюк О.С. Комплексний спосіб діагностики та лікування обсесивно-компульсивного розладу у осіб молодого віку – БДМУ, № 1/18 від 04.01.2018 року.
6. Юрценюк О.С. Спосіб комплексного лікування соматоформних розладів у осіб молодого віку – БДМУ, № 22/18 від 19.02.2018 року.
7. Юрценюк О.С. Комплексне лікування депресивних розладів без психотичних включень у осіб молодого віку з використанням препарату "Сімода" – БДМУ, № 108/19 від 02.12.2019 року.
8. Юрценюк О.С. Комплексне лікування обсесивно-компульсивного розладу у осіб молодого віку з використанням препарату "Неогабін" – БДМУ, № 109/19 від 02.12.2019 року.
9. Юрценюк О.С., Ротар С.С. Комплексне лікування розладів адаптації у студентів закладів вищої освіти – БДМУ, № 17/20 від 16.01.2020 року.
10. Юрценюк О.С. Комплексне лікування розладів харчової поведінки у студентів закладів вищої освіти – БДМУ, № 16/20 від 16.01.2020 року.
11. Юрценюк О.С., Напрєєнко О.К. Комплексне лікування генералізованого тривожного розладу у студентів закладів вищої освіти – БДМУ, № 15/20 від 16.01.2020 року.
12. Юрценюк О.С. Комплексне лікування тривожно-фобічних розладів у студентів закладів вищої освіти – БДМУ, № 12/20 від 16.01.2020 року.
13. Юрценюк О.С., Пашковський В.М. Комплексне лікування неврастенії у студентів закладів вищої освіти – БДМУ, № 11/20 від 16.01.2020 року.
14. Юрценюк О.С. Комплексне лікування дисоціативних (конверсійних) розладів у студентів закладів вищої освіти – БДМУ, № 14/20 від 16.01.2020 року.
15. Юрценюк О.С. Комплексне лікування тривожних та депресивних розладів у осіб молодого віку з використанням препарату «Лірика» – БДМУ, № 126/19 від 23.12.2019 року.

16. Юрценюк О.С., Карвацька Н.С., Русіна С.М. Застосування методів індивідуальної і групової психотерапії при посттравматичному стресовому розладі – БДМУ, № 123/19 від 18.12.2019 року.

Зокрема, нижче наведено опис запропонованого нами комплексного лікування НПР у студентів.

Комплексне лікування гіпоманії (F 30.0). Після встановлення клінічного діагнозу лікування проводили комплексним способом, що включав у себе використання атипичного нейролептику (діюча речовина арипіпразол) по 5 мг. 1 раз на добу, вранці після їжі, протягом 2 місяців, та в якості коректора настрою проти епілептичний препарат (діюча речовина – вальпроат натрію) по 150 мг. вранці, ввечері протягом 2 місяців та проведення когнітивно-поведінкової, гештальт-терапії та аутотренінгу (3 сеанси індивідуальної психотерапії, після чого 5 сеансів релаксації).

Комплексне лікування депресивного епізоду F 32.0-32.2. Комплексне лікування депресивних розладів без психотичних включень у осіб молодого віку, окрім загальноприйнятого комплексного лікування, включав в себе антидепресант (діюча речовина - дулоксетин) по 60 мг. вранці, після прийому їжі, впродовж 3 місяців та проведення когнітивно-поведінкової, системної сімейної терапії, гештальт-терапії та аутотренінгу (3 сеанси індивідуальної психотерапії, після чого 8 сеансів групової психотерапії, тренінг).

Тривожно депресивний розлад окрім загальноприйнятого комплексного лікування, включає в себе протисудомний препарат (діюча речовина - прегабалін) по 75 мг. вранці та ввечері після прийому їжі, впродовж 2 місяців.

Комплексне лікування циклотимії F 34.0. Для припинення поточного епізоду і запобігання рецидивам захворювання використовували комплексне лікування циклотимії. Як і при інших афективних розладах, в депресивній фазі циклотимії призначаються лікарські препарати групи антидепресантів, протитривожні засоби (анксіолітики) та інші седативні засоби, які зменшують тривогу і покращують сон. Після виходу пацієнта з депресії призначається протирецидивне (профілактичне) лікування стабілізаторами настрою. Ці лікарські препарати необхідно приймати

тривалий час. Для коригування дози препарату застосовуються лабораторні дослідження, оскільки концентрація ліків в сироватці крові повинна потрапляти в певний необхідний діапазон для гарантії ефективності стабілізаторів настрою.

Головна мета психотерапевтичної підтримки хворих циклотимією – це роз'яснення особливостей перебігу і лікування захворювання. Крім того, психотерапевт допомагає пацієнтові змінити деструктивні моделі поведінки, як у фазі підйому, так і у фазі спаду, на більш безпечні.

Психотерапія при циклотимії спрямована, в тому числі і на посилення прихильності хворого до лікування. Часто люди з циклотимією не надають важливості рекомендаціям лікаря щодо термінів терапії і самовільно скорочують час прийому препаратів або їх дозування. Це призводить до зниження ефективності застосовуваного лікування.

Комплексне лікування соматоформних розладів (F 45). Після встановлення клінічного діагнозу лікування проводиться комплексним способом, що включає в себе використання небензодіазепінового анксиолітика (діюча речовина – мебікар) в дозі 300 мг. двічі на день 1 міс., препарату гінгкобілоби, що покращує мозковий метаболізм по 1 капсулі, 3-чі на день 3 міс. та проведення когнітивно-поведінкової та системної-сімейної психотерапії (4 індивідуальні терапії, після чого 5 психотерапевтичних груп).

Комплексне лікування obsесивно-компульсивного розладу (F 42).

Запропонований спосіб комплексного лікування obsесивно-компульсивного розладу у осіб молодого віку, окрім загальноприйнятого комплексного лікування, включає в себе протиепілептичний засіб (діюча речовина - прегабалін) по 75 мг. двічі на день (вранці та ввечері, після прийому їжі) впродовж 1 місяця.

Комплексне лікування генералізованого тривожного розладу (F 41.1). Запропонований спосіб здійснюється наступним чином: проводиться скринінгове дослідження для ранньої діагностики й виявлення груп ризику розвитку генералізованого тривожного розладу серед студентів. Використовується «Шкала ранньої діагностики й виявлення груп ризику розвитку генералізованого тривожного розладу у студентів закладів вищої освіти». Після встановлення

клінічного діагнозу лікування проводиться комплексним способом, що включає в себе використання антидепресанта (діюча речовина – амітриптилін) по 25 мг. ввечері, після їжі, протягом 3 місяців, небензодіазепінового анксиолітика (діюча речовина – мебікар) по 300 мг. 3 рази на добу, після їжі, протягом 2 місяців та проведення когнітивно-поведінкової, гештальт-терапії та системної-сімейної психотерапії (3 індивідуальні терапії, після чого 7 психотерапевтичних груп).

Комплексне лікування дисоціативного (конверсійного) розладу (F 44). Здійснюється наступним чином: проводиться скринінгове дослідження для ранньої діагностики й виявлення груп ризику розвитку дисоціативних (конверсійних) розладів серед студентів. Використовується «Шкала ранньої діагностики й виявлення груп ризику розвитку дисоціативних (конверсійних) розладів». Після встановлення клінічного діагнозу лікування проводиться комплексним способом, що включає в себе використання атипового нейролептика (діюча речовина – арипіпразол) по 10 мг. в обід після їжі протягом 6 місяців та проведення тілесно-орієнтованої, когнітивно-поведінкової та системної-сімейної психотерапії (3 індивідуальні терапії, після чого 7 психотерапевтичних груп).

Комплексне лікування неврастенії (F 48). Здійснюється наступним чином: проводиться скринінгове дослідження для ранньої діагностики й виявлення груп ризику розвитку неврастенії серед студентів. Використовується «Шкала ранньої діагностики й виявлення груп ризику розвитку неврастенії у студентів закладів вищої освіти». Після встановлення клінічного діагнозу лікування проводиться комплексним способом, що включає в себе використання небензодіазепінового анксиолітика (діюча речовина – мебікар) по 300 мг. 3 рази на добу, після їжі, протягом 2 місяців, та проведення тілесно-орієнтованої, когнітивно-поведінкової, та системної-сімейної психотерапії (3 індивідуальні терапії, після чого 7 психотерапевтичних груп), а також аутотренінгу.

Комплексне лікування тривожно-фобічних розладів (F 40). Здійснюється наступним чином: проводиться скринінгове дослідження для ранньої діагностики й виявлення груп ризику розвитку тривожно-фобічних розладів серед студентів. Використовується «Шкала ранньої діагностики й виявлення груп ризику розвитку

тривожно-фобічних розладів у студентів». Після встановлення клінічного діагнозу лікування проводиться комплексним способом, що включає в себе використання антидепресанта діюча речовина - міансерину гідрохлорид) по 10 мг. ввечері, після їжі, протягом 3 місяців, небензодіазепінового анксиолітика (діюча речовина – мебікар) по 300 мг. 3 рази на добу, після їжі, протягом 2 місяців та проведення тілесно-орієнтованої, когнітивно-поведінкової та системної-сімейної психотерапії (4 індивідуальні терапії, після чого 6 психотерапевтичних груп).

Комплексне лікування розладів харчової поведінки (F 50). Здійснюється наступним чином: проводиться скринінгове дослідження для ранньої діагностики й виявлення груп ризику розвитку розладів харчової поведінки серед студентів. Використовується «Шкала ранньої діагностики й виявлення груп ризику розвитку розладів харчової поведінки». Після встановлення клінічного діагнозу лікування проводиться комплексним способом, що включає в себе використання антидепресанта (діюча речовина – есциталопрам) по 5 мг. вранці після їжі протягом 2 місяців, атипового нейролептика (діюча речовина – арипіпразол) по 10 мг. в обід після їжі протягом 2 місяців та проведення тілесно-орієнтованої, когнітивно-поведінкової та системної-сімейної психотерапії (3 індивідуальні терапії, після чого 7 психотерапевтичних груп).

Комплексне лікування розладів адаптації (F 43.2). Здійснюється наступним чином: проводиться скринінгове дослідження для ранньої діагностики й виявлення груп ризику розвитку розладів адаптації серед студентів. Використовується «Шкала ранньої діагностики й виявлення груп ризику розвитку розладів адаптації у студентів закладів вищої освіти». Після встановлення клінічного діагнозу лікування проводиться комплексним способом, що включає в себе використання анксиолітика (діюча речовина – мебікар) по 300 мг. 3 рази на добу, після їжі, протягом 2 місяців, антидепресанта СИЗС (діюча речовина – сертралін) по 50 мг. вранці, після їжі, протягом 3 місяців, та проведення когнітивно-поведінкової, гештальт-терапії та системної-сімейної психотерапії (3 індивідуальні терапії, після чого 7 психотерапевтичних груп).

9.3 Принципи психосоціальної реабілітації студентів з непсихотичними психічними розладами

На попередніх етапах дослідження нами був застосований системний підхід до оцінки психічного здоров'я студентів закладів вищої освіти з використанням комплексної діагностики та інтеграційних показників соціального функціонування. Виконана робота дозволила визначити можливості використання такого підходу в рамках ідентифікації психічно здорових осіб та осіб з НПР. Разом з тим, діагностика психічної патології на ранніх етапах її формування у студентів закладів вищої освіти представляє суттєві труднощі, підтвердженням цьому служить низьке виявлення НПР при профілактичних медичних оглядах і відсутність достатньо широкої практики виявлення початкових ознак психічних відхилень. У той же час, як показали результати нашого дослідження, розповсюдження НПР серед студентів вище, ніж у загальній популяції.

Високі показники поширеності зазначеної патології пояснюються комплексом різноманітних факторів:

- зміною стилю життя, що пов'язано з початком навчання;
- підвищеною відповідальністю за самоосвіту (різке зниження контролю над виконанням домашніх завдань);
- умовами навчання, що пред'являють підвищені вимоги до здоров'я;
- специфікою медичного спостереження за студентами, що орієнтує медичних працівників на виявлення осіб із клінічно окресленими випадками захворювань, коли психопатологічна симптоматика є яскраво вираженою і для діагностики немає необхідності проведення спеціальних методів обстеження;
- низькою кількістю звернень до лікарів-психіатрів через стигматизацію уявлень про психіатрію в суспільстві;
- приховуванням при вступі наявних захворювань і перенесених травм.

Необхідно також враховувати, що традиційні профілактичні, періодичні медичні огляди студентів не цілком відповідають завданням сучасної медицини, так як заздалегідь орієнтовані на виявлення вже наявних захворювань і мають

низьку профілактичну спрямованість. Дане положення обумовлюється не тільки фізичними труднощами реалізації даного завдання (відсутність необхідних психіатричних ресурсів), а й законодавчими актами, заснованими на добровільному психіатричному обстеженні і лікуванні осіб, а також необхідністю швидкого і ефективного обстеження великого числа людей з мінімальними економічними витратами.

Очевидно, що економічні і правові передумови в значній мірі визначають специфіку надання профілактичної, а часто і терапевтичної допомоги особам з НПР в економічно розвинених країнах, де створені організації соціально-психіатричної спрямованості. Переважна більшість членів цих організацій не є психіатрами або навіть лікарями. В основному це психологи, соціологи, педагоги, соціальні працівники, інструктори трудової терапії, працівники релігійних і добродійних установ. Лікарі-психіатри серед них складають не більше 20%, більшість з них орієнтовані на психотерапію, засновану на різних напрямках глибинної психології і мікросоціології. Психіатри-клініцисти і представники біологічно орієнтованої психіатрії представлені поодинокі [204, 212].

Всі питання соціальної реабілітації психічно хворих вирішуються на основі клінічних знань про патогенез, перебіг та прогноз захворювань і індивідуального в кожному випадку значення соціальних і біологічних факторів у клінічній картині. Усвідомлюючи неприпустимість підміни клінічних досліджень тестометричними, не можна не враховувати той факт, що у випадках широкомасштабних досліджень, орієнтованих на профілактику психічної патології, здійснювану в рамках дотримання закону про психіатричну допомогу, не слід нехтувати допоміжними методами, заснованими на структурованому опитуванні тієї чи іншої популяційної груп, так званому скринінгу.

На нашу думку, при виявленні НПР на початкових етапах їх формування слід використовувати не стільки тести на виявлення конкретних форм психічної патології, як це часто прийнято, скільки методи, що дозволяють провести диференціацію між особами, яких можна виключити з групи ризику і тими яких слід віднести до цієї групи. При цьому повинно враховуватися: функціонування

індивідуума у навчальній, соціальній та побутовій сферах; особливості міжособистісних відносин; ставлення до навколишньої дійсності; адекватність оцінки реальної ситуації.

Недостатня ефективність традиційно використовуваних лікувально-реабілітаційних підходів в світлі сучасних вимог до підвищення якості психіатричної допомоги в значній мірі обумовлена відсутністю інтегративного підходу, який дозволив би враховувати весь спектр функціональних станів пацієнта, що виходять за рамки його клініко-біологічних детермінант. В умовах, що змінилися, підходи до реабілітаційної допомоги, як ми вважаємо, необхідно здійснювати з тих методологічних положень, які найбільш адекватно відображають оцінку всіх факторів, що впливають на виникнення несприятливих психічних розладів, тобто з позиції системного біопсихосоціального підходу [404, 471].

Етіологічний принцип біопсихосоціальної моделі – мультифакторність, означає мультипричинність і ситуативність співвідношення психологічних і несприятливих факторів.

Згідно з біопсихосоціальною моделлю, розвиток особистості, її здоров'я, адаптація до життя чи поява захворювання є індивідуальними процесами, що залежать від комбінації генетичних та соціальних факторів людини. Для різних людей комбінація цих факторів різна та властива лише цій особі/ситуації. Немає одного уніфікованого процесу, який викликає певну хворобу. Існує багато факторів ризику, які у різних комбінаціях і в кожному окремому випадку викликають захворювання. Як правило, дебют хвороби викликає стрес-фактор [472].

Діагностичний принцип біопсихосоціальної моделі – мультимодальність, а саме одночасне та узгоджене використання для діагностики медичних і психосоціальних методів. Діагностика згідно з біопсихосоціальним підходом проводиться у трьох площинах: соматичній, психологічній, соціальній. Окрім симптомів захворювання, необхідно дослідити фактори ризику та фактори, що

сприяють видужанню (протективні). Скринінг факторів впливу проводить лікар, до якого звернулися пацієнт/сім'я. За потреби залучаються фахівці інших профілів. Якщо проблеми є у дитини, слід дослідити сімейну ситуацію. Якщо в дитини є проблеми у школі, треба дізнатися думку освітян [404, 472].

У сучасних умовах стає все більш очевидною необхідність раннього застосування комплексу реабілітаційних заходів, його індивідуалізації для підвищення ефективності лікувально-відновлювальних впливів.

Це робить актуальним розробку концептуальної моделі психосоціальної терапії та психосоціальної реабілітації осіб з НПР, засновану на подоланні односторонніх біологічних підходів і теорій, орієнтованих виключно на біопсихосоціогенез психічних розладів і розглядати як складову частину стратегії розвитку психіатрії.

Біопсихосоціальна парадигма психіатрії обумовлює необхідність розширення меж реабілітаційних втручань з посиленням уваги до біопсихосоціальних факторів які беруть участь у формуванні та динаміці психічних розладів і соціальної дезадаптації.

Тому головними принципами реабілітаційних втручань у студентів закладів вищої освіти, що лежать в основі біопсихосоціального підходу, яких ми дотримувалися є:

- принцип багатоосової класифікаційної системи, заснованої на діагностичних критеріях психіатричної систематики – МКБ-10 та з доповненням Міжнародної класифікації функціонування (ICF);
- концепція синергетичної біопсихосоціальної оцінки функціонального діагнозу, що базується на виявленні факторів біологічного, психологічного і соціального генезу, що беруть участь у формуванні психопатологічних проявів;
- принцип періодизації психічного реагування в умовах патології, заснований на етапах психічного розвитку.

Основоположником концепції реабілітації професором М. М. Кабановим (1985) сформульовані чотири її найважливіших принципи: 1) принцип

партнерства; 2) принцип різнобічності зусиль з метою реалізації реабілітаційної програми; 3) принцип єдності біологічних і психосоціальних впливів; 4) принцип ступінчастості впливів і заходів, що проводяться. Ці принципи нами було адаптовано стосовно студентів закладів вищої освіти [256].

Принцип партнерства. Ефективної реабілітації можна досягти за умови, що сама людина стане повноправним і активним учасником процесу. Тобто, тільки в атмосфері довіри, розуміння, через систему позитивних відносин «хворий – поліпрофесійна бригада фахівців (включаючи середній та молодший медичний персонал), родичі – найближче оточення» можна домогтися бажаного партнерства. Пацієнт повинен усвідомити, що його проблеми зрозуміють, повірять йому і намагатимуться допомогти. Довірливі стосунки і поступова адаптація настануть, якщо будуть усунені всі конфліктні ситуації в навколишньому середовищі: на навчанні, вдома, серед оточуючих.

Принцип різнобічності зусиль з метою реалізації реабілітаційних програм. Сучасний підхід зі створенням поліпрофесійних бригад для надання різнопланової психіатричної допомоги на всіх її етапах (від профілактики до відновлення повноцінності соціального функціонування) повністю відповідає змісту цього принципу.

Мультидисциплінарний характер самої психіатрії вимагає участі в охороні психічного здоров'я та наданні лікувальної і реабілітаційної допомоги різних суміжних фахівців – терапевтів, неврологів, психологів, соціальних працівників, – з яких можуть бути створені поліпрофесійні бригади. Підготовка до такої інтегрованої професійної діяльності передбачає знання основ психіатрії та вміння спілкуватися з хворими і їх родичами.

Принцип єдності біологічних і психосоціальних впливів. Проблема реабілітації, будучи не тільки соціальною, але й клініко-психологічною, вимагає для своєї реалізації збалансованого поєднання всіх компонентів – медичних (фармакотерапевтичних), психологічних і соціальних.

Принцип ступінчастості прикладених зусиль, проведених впливів, заходів.

Кращому розумінню цього принципу реабілітації сприяє поділ реабілітаційної програми на послідовні етапи та розуміння її як «третинної» профілактики. При цьому під первинною профілактикою розуміють систему соціальних, гігієнічних і медичних заходів, спрямованих на запобігання шляхом усунення причин і умов їх виникнення і розвитку, а також шляхом підвищення стійкості організму до несприятливих факторів навколишнього середовища.

Психосоціальна реабілітація це один з основних компонентів допомоги, а її основними цілями є: підвищення якості життя та соціального функціонування; набування або відновлення навичок; зменшення стигматизації та дискримінації. Ці три послідовні етапи (профілактика, лікування та реабілітація) є основоположними у наданні психіатричної допомоги.

Відомо положення про те, що чим більше реабілітація пов'язана з лікуванням, тим вона ефективніша. У той же час сучасний рівень знань дозволяє розглядати психосоціальну реабілітацію як необхідний компонент і на сам етап профілактики.

Участь поліпрофесійної бригади, що забезпечує реалізацію лікувально-реабілітаційних заходів на профілактичному етапі, передбачає:

- своєчасну діагностику біопсихосоціального стану порушених функцій;
- здійснення диференційованого підходу до вирішення проблем, що виникли;
- можливість створення відповідних індивідуальних програм лікувально-реабілітаційних та корекційних впливів.

Кожен фахівець – учасник поліпрофесійної бригади – вирішує лікувально-реабілітаційні завдання відповідно до власних професійних вимог, інтегруючи свої висновки в загальний діагностичний висновок у вигляді біопсихосоціального функціонального діагнозу та наступні за цим заходи. При цьому одним із методів, які довели свою ефективність в якості підтримуючої терапії, відноситься консультування, засноване на принципах навчання, також має бути психоосвіта.

До інтервенцій з психоосвіти належать будь-які малоструктуровані програми, які використовують для надання пацієнтові або іншим особам, що піклуються про нього, відомостей про його стан та ознайомлення зі стратегією лікування і підтримки. У хворих на психотичні розлади психоосвіта є специфічною інтервенцією, яка полягає у наданні якісної доступної інформації про психічний розлад пацієнта і необхідні стандарти терапії.

Як зазначено в «Рекомендаціях з психосоціальної реабілітації хворих на психічні розлади» [473], фахівці, незалежно від ролі, посади або диплома фахівця сфери реабілітації, повинні мати необхідні навички, знання і особистісні переконання для виконання наступних функцій:

- встановлювати терапевтичний зв'язок з пацієнтами для налагодження тісної взаємодії;
- допомагати пацієнтам у визначенні й постановці особистих цілей реабілітації;
- допомагати хворим в оцінці їх навичок і ресурсів оточення, виходячи з кінцевої мети реабілітації;
- допомагати пацієнтам у плануванні розвитку навичок і ресурсів, які їм необхідні;
- допомагати пацієнтам опановувати нові навички, які їм необхідні;
- допомагати хворим використовувати навички, якими вони вже володіють;
- допомагати пацієнтам встановлювати зв'язки з ресурсами, які їм необхідні;
- допомагати пацієнтам змінювати ресурси оточення для посилення підтримки;
- надавати хворим постійну особисту підтримку, якої вони потребують.

Завдання лікаря-психіатра полягає у визначенні стану пацієнта і обсязі медикаментозного лікування, яке хворий отримує у стаціонарі або амбулаторно, та, за необхідності, у проведенні корекції терапії для підвищення ефективності реабілітаційних заходів разом з лікарем стаціонару або дільничним психіатром психоневрологічного диспансеру. Лікар-психіатр також забезпечує систематичний лікарський огляд пацієнтів з необхідною періодичністю, залежно

від психічного стану хворих, активності біологічної терапії, наявності труднощів лікування.

Завдання медичної сестри полягає у регулярному проведенні бесід з пацієнтами з метою виявлення у них медичних проблем, спостереженні за психічним станом.

Завдання психолога – реалізація тої частини реабілітаційної програми, яка стосується психологічної консультативної та корегуючої допомоги пацієнтам, а також педагогічне втручання, спрямоване на мотивацію хворих до активної діяльності, і проведення психоосвітньої роботи з родичами пацієнтів.

Завдання соціального працівника – вивчати й забезпечувати вирішення соціальних проблем пацієнтів шляхом представництва їх інтересів у державних і громадських організаціях, а також навчати самих хворих ефективній поведінці для самостійного вирішення своїх проблем та вмінню відстоювати свої права та інтереси.

Завдання інструктора з праці – здійснювати навчання пацієнтів навичкам самообслуговування, основним побутовим, виробничим навичкам, проводити заняття у творчих майстернях.

Форми роботи, що застосовуються при психосоціальній реабілітації, діляться на дві: індивідуальну й групову.

Індивідуальна робота є ефективною при відвідуванні клієнтом будь-якої майстерні, при консультуванні, а іноді й при навчанні.

Групова робота є ефективною при проведенні психоосвітніх заходів (лекцій, семінарів), психокорекційної роботи, занять з розвитку навичок самостійного життя, арт-/музикотерапії, клубних занять, а також з метою отримання інформації та обміну нею.

Групова робота має свої переваги над індивідуальною, причому як на рівні взаємодії з клієнтами, так і на рівні енерговитрат самих фахівців:

- при роботі у групі клієнт одночасно є активним учасником подій і спостерігачем, що дає йому можливість більш вільно почувати себе у групі й сприяє саморозкриттю;

- груповий досвід легше переноситься у реальне життя;
- зворотний зв'язок та підтримка допомагають усвідомити цінність інших людей і потребу в них;
- у групі можна легше і швидше знайти рішення власної проблеми.

Кількість учасників групи може бути від 3 до 12 (якщо один ведучий) і від 5 до 20 (якщо ведучих двоє). Оскільки групове заняття триває 45-60 хвилин, цілком зрозуміло, що ефективність роботи фахівця збільшується прямо пропорційно кількості учасників групи.

До основних методів, що застосовуються у реабілітаційній роботі з психіатричними пацієнтами, відносять усі ті, які використовують для інших категорій хворих.

Це, у першу чергу, метод бесіди. Він застосовується при будь-якій формі роботи. Бесіда може проводитися у вигляді діалогу, монологу (емпатичне активне слухання), інтерв'ю, анкетування. Ефективність цього методу залежить від рівня професіоналізму фахівця і співвідношення ролі спеціаліста та виконуваного завдання (бесіду слід проводити на ту тему і вирішувати ті завдання, в яких фахівець є компетентним).

Метод спільної діяльності також застосовують при будь-якій формі роботи. Цей метод особливо ефективний при роботі у майстернях. При вдалому використанні він сприяє підвищенню працездатності, зниженню стомлюваності, врівноваженню і стабілізації емоційних проявів. Такий метод дуже корисний, особливо для тих клієнтів, які мають труднощі у спілкуванні.

Сучасний арсенал психосоціальних втручань охоплює різноманітні заходи, що мають різне теоретичне підґрунтя свого застосування, використовуються на різних етапах захворювання (від ранніх інтервенцій у осіб з високим ризиком розвитку психозу до соціальної адаптації осіб з інвалідністю внаслідок психічного розладу), вимагають різного ступеня залучення хворого до реабілітаційного процесу (від компенсаторних стратегій створення більш спонукального або, навпаки, менш відволікаючого оточуючого середовища до стратегій активного залучення хворого до процесу лікування та подолання психічного захворювання),

можуть надаватися фахівцями з різним рівнем професійної підготовки і проводитися у різних умовах (наприклад, стаціонарно, амбулаторно або за місцем проживання пацієнта). Окрім того, слід відмітити, що не всі психосоціальні втручання мають однаково сильну доказову базу підтримки свого використання (наприклад, у подвійних сліпих випробуваннях та метааналізах), хоча багато з них знаходять емпіричну підтримку і настійно рекомендуються визнаними експертами для застосування у клінічній практиці [474].

Важливим аспектом психосоціальної реабілітації є тренінг соціальних навичок – це структуроване психосоціальне втручання, метою якого є покращення функціонування, зменшення дистресу і подолання тяжких соціальних ситуацій. У ході втручань застосовують поведінкові техніки оцінки широкого спектру соціальних та міжособових навичок взаємодії з іншими людьми, підкреслюють важливість вербальних і невербальних комунікацій, здібностей пацієнта сприймати й переживати соціальні стимули, реагувати на них та надають відповідне соціальне заохочення. Тренінг соціальних навичок складається з декількох модулів, клієнтові пропонується проходження тренінгу у тому чи іншому модулі залежно від його заявлених та визначених потреб.

Розділ 9.4. Оцінка ефективності запропонованої системи комплексної системи діагностики, профілактики, психокорекції/психотерапії та реабілітації непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти

Оцінка ефективності комплексного лікування (КЛ) проводилась двічі: в момент діагностики НПР для формування базового показника і підсумкова - через 12 місяців. Аналізуючи якість запропонованого нами комплексного лікування ми порівнювали групи студентів, яким було проведено створену нами комплексну оригінальну систему діагностики, лікування, профілактики – ІА «комплексна» група та студентів, що отримували стандартне лікування (відповідно до критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки [9]) – ІБ «стандартна група». Оцінку ефективності лікування визначали з позицій клінічної епідеміології. Для оцінки взаємного впливу основних чинників на ефективність запропонованого лікування використовували кластерний аналіз, розрахунок множинної лінійної регресії, показник відносного значення регресорів β -коефіцієнт. Для визначення предикторів розвитку, формування непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти ми використали розроблену нами модель мультиноміальної логістичної регресії та побудували дерево рішень. Для кількісної оцінки ефективності лікування вираховували коефіцієнт медичної ефективності.

Клінічну ефективність КЛ до та після проведення комплексного лікування НПР у студентів хворих на НПР оцінювали за допомогою шкали самооцінки депресії Цунга. Порівняння отриманих результатів, з урахуванням редукції психопатологічних симптомів, дозволило оцінити зміни у симптоматиці, як: 1 - покращення (на початку лікування - помірний рівень, в кінці лікування – низький рівень або без ознак депресії), 2 - без змін (на початку та в кінці лікування – рівні депресії без змін), 3 -погіршення (на початку лікування помірний або низький, в кінці лікування – високий або помірний). Результати

ефективності лікування в комплексній та стандартній групах за шкалою Цунга для визначення рівнів депресії представлені в таблиці 9.4.1.

Таблиця 9.4.1

Порівняльна оцінка ефективності лікування в комплексній та стандартній групах за шкалою самооцінки депресії Цунга

Ефективність лікування	Комплексна група (n=177)		Стандартна група (n=33)	
	Абс.	%	Абс.	%
покращення	160	90,4	16	48,5
без змін	17	9,6	16	48,5
погіршення	0	0,0	1	3,0

Як видно з таблиці 9.4.1 в ІА групі, де хворі отримували наше комплексне лікування, покращення відмічали у 160 (90,40%) осіб, не спостерігалось редукції психопатологічної симптоматики – 17 (9,60%) хворих, погіршення стану не діагностували.

В ІБ групі, де студенти отримували тільки стандартне лікування покращення спостерігали у 16 (48,50%) осіб, без змін – 16 (48,50%) хворих, та у 1 (3,0%) студента відмічали погіршення стану. Таким чином комплексне лікування знижувало рівень депресії в 1,86 рази більше за стандартну терапію, що вказує на більшу ефективність запропонованого нами комплексного диференційованого лікування.

Для оцінки ефективності терапії використовували результати тесту Спілбергера-Ханіна для визначення рівнів особистісної тривожності та ситуативної тривоги, результати описували наступним чином: 1 - покращення (на початку лікування - високий або середній рівень, в кінці лікування – низький рівень), 2 - без змін (на початку та в кінці лікування – рівні тривоги без змін), 3 - погіршення (на початку лікування середній або низький, в кінці лікування – високий або середній). Результати ефективності лікування в комплексній та

стандартній групах за шкалами тесту Спілбергера-Ханіна для визначення рівнів особистісної тривожності представлені в таблиці 9.4.2.

Таблиця 9.4.2

Порівняльна оцінка ефективності лікування в комплексній та стандартній групах за шкалами тесту Спілбергера-Ханіна для визначення рівнів особистісної тривожності

Ефективність лікування	Комплексна група (n=177)		Стандартна група (n=33)	
	Абс.	%	Абс.	%
покращення	140	79,1	20	60,6
без змін	36	20,3	13	39,4
погіршення	1	0,6	0	0,00

Як видно з таблиці 9.4.2 в ІА групі, де хворі отримували наше комплексне лікування, покращення відмічали у 140 (79,10%) осіб, без змін – 36 (20,30%) хворих та лише у 1 (0,6%) студента відмічали погіршення стану.

В ІБ групі, де студенти отримували тільки стандартне лікування покращення спостерігали у 20 (60,60%) осіб, не спостерігалось редукції психопатологічної симптоматики – 13 (39,40%) хворих. Отже РОТ суттєво знижувався в обох групах, проте в ІА групі частіше в $(79,1/60,6=1,3)$ 1,3 рази, що свідчить про більший вплив нового комплексного лікування на особистість пацієнта.

Результати ефективності лікування в комплексній та стандартній групах за шкалами тесту Спілбергера-Ханіна для визначення рівнів особистісної тривожності представлені в таблиці 9.4.3.

Таблиця 9.4.3

Порівняльна оцінка ефективності лікування в комплексній та стандартній групах за шкалами тесту Спілбергера-Ханіна для визначення рівнів ситуативної тривоги

Ефективність лікування	Комплексна група (n=177)		Стандартна група (n=33)	
	Абс.	%	Абс.	%
покращення	103	58,2	3	9,1
без змін	73	41,2	29	87,9
погіршення	1	0,6	1	3,0

Як видно з таблиці 9.4.3 в ІА групі, де хворі отримували нове комплексне лікування, покращення відмічали у 103 (58,20%) осіб, без змін – 73 (41,20%) хворих та лише у 1 (0,6%) студента відмічали погіршення стану.

В ІБ групі, де студенти отримували тільки стандартне лікування, покращення спостерігали у 3 (9,10%) осіб, без змін – 29 (87,9%) хворих, у 1 (3,00%) хворого було погіршення рівня ситуативної тривоги. Отже комплексне лікування знижувало РСТ в $(58,2/9,1=6,4)$ 6,4 рази більше за стандартну терапію, такі результати можуть свідчити про значний вплив психотерапевтичних технік та тренінгової роботи, що були використані нами в системі комплексної терапії.

Для оцінки ефективності терапії також використовували результати Торонтської алекситимічної шкали для визначення рівня алекситимії, результати описували наступним чином: 1 - покращення (на початку лікування - виражена або розвиток, в кінці лікування – відсутня), 2 - без змін (на початку та в кінці лікування – без змін), 3 - погіршення (на початку лікування розвиток або відсутня, в кінці лікування – виражена або розвиток). Результати ефективності лікування в комплексній та стандартній групах за Торонтською алекситимічною шкалою для визначення рівнів особистісної тривожності представлені в таблиці 9.4.4.

Таблиця 9.4.4

Порівняльна оцінка ефективності лікування в комплексній та стандартній групах за Торонтською алекситимічною шкалою

Ефективність лікування	Комплексна група (n=177)		Стандартна група (n=33)	
	Абс.	%	Абс.	%
покращення	98	55,4	6	18,2
без змін	78	44,1	26	78,8
погіршення	1	0,6	1	3,0

Як видно з таблиці 9.4.4 в ІА групі, де хворі отримували диференційоване комплексне лікування, покращення відмічали у 98 (55,40%) осіб, без змін – 78 (44,10%) хворих та лише у 1 (0,6%) студента відмічали погіршення стану.

В ІБ групі, де студенти отримували тільки стандартне лікування, покращення спостерігали у 6 (18,20%) осіб, без змін – 26 (78,80%) хворих, у 1 (3,00%) хворого було погіршення. Отже комплексне лікування знижувало рівень алекситимії в $(55,4/18,2 = 3,04)$ 3,04 рази більше за стандартну терапію, такі результати можуть також свідчити про значний вплив психотерапевтичних технік та тренінгової роботи, що були використані нами в системі комплексної терапії.

Для оцінки ефективності терапії також використовували результати методики експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса (шкала скарг BFB, К. Нёск, Н. Несс, 1975) для визначення неврозу, результати описували наступним чином: 1 - покращення (на початку лікування – наявний невроз, в кінці лікування – відсутній), 2 - без змін (на початку та в кінці лікування – без змін), 3 - погіршення (на початку лікування відсутній, в кінці лікування – наявний невроз). Результати ефективності лікування в комплексній та стандартній групах за результатами методики експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса для визначення неврозу представлені в таблиці 9.4.5.

Таблиця 9.4.5

Порівняльна оцінка ефективності лікування в комплексній та стандартній групах за результатами методики експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса

Ефективність лікування	Комплексна група (n=177)		Стандартна група (n=33)	
	Абс.	%	Абс.	%
покращення	79	44,6	4	12,1
без змін	96	54,2	27	81,8
погіршення	2	1,1	2	6,1

Як видно з таблиці 9.4.5 в ІА групі, після застосування комплексного диференційованого лікування із застосуванням психофармакотерапії і психотерапії, покращення відмічалось у 79 (44,60%) осіб, не спостерігалось редукції психопатологічної симптоматики – 96 (54,20%) хворих та лише у 2 (1,1%) студентів спостерігали погіршення стану.

В ІБ групі, де студенти отримували тільки стандартне лікування, покращення спостерігали у 4 (14,10%) осіб, у 27 (81,80%) хворих зберігалась психопатологічна симптоматика без змін, у 2 (6,10%) хворого було діагностовано погіршення психічного стану. Таким чином за результатами методики експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса комплексне лікування знижувало рівень нейротизму в $(44,6/12,1 = 3,69)$ 3,69 рази рази більше за стандартну терапію.

За результатами проведеного дослідження встановлено, що рівень особистісної тривожності практично не змінювався, як під впливом стандартного лікування, так і внаслідок комплексної терапії, що ще раз підтверджує положення про сталість даного виду тривожності як конституційно-типологічної риси. Рівень ситуативної тривоги мав достовірне зниження в І А групі хворих, та майже не змінився в І Б групі, що вказує на більшу ефективність запропонованого нами нового комплексного лікування в порівнянні із стандартною терапією. Рівень депресії також помітно знизився в групі хворих, які отримали нове диференційоване комплексне лікування. Ці дані представлені в таблиці 9.4.6.

Таблиця 9.4.6

**Рівень депресії, тривоги, алекситимії та нейротизму в І А та І Б групах
до та після проведеного лікування, бал±m**

Показник		Комплексна група ІА (n=177)	Стандартна група ІБ (n=33)	p
РОТ	При І-му обстеженні	45,95±0,68	49,79±1,48	< 0,05
РСТ		48,55±0,69	50,67±1,49	
Алекситимія		67,58±0,99	69,61±1,88	
Цунг		55,91±0,65	57,30±1,60	
Нейротизм		21,16±0,64	24,58±1,48	< 0,05
РОТ	Після проведеного лікування	31,70±0,51	39,12±1,71	< 0,001
РСТ		37,36±0,64	46,64±1,29	
Алекситимія		55,02±0,84	65,42±1,68	
Цунг		39,62±0,53	48,96±1,80	
Нейротизм		15,37±0,49	22,12±1,12	

Оцінюючи динаміку рівнів тривожності, алекситимії, депресії та нейротизму в балах при первинному обстеженні та після проведеного лікування виявлено, що при первинному обстеженні рівень особистісної тривожності був високим в обох групах: однак в групі в якій студенти отримували наше комплексне лікування абсолютні значення РОТ були нижчими 45,95±0,68 бали, а в групі де хворі отримували стандартне лікування – 49,79 бали (p<0,05). Вищим рівнем особистісної тривожності можливо можна пояснити відмову студентів ІБ групи від нового комплексного лікування, так як «тривожні» особистості рідко схильні до випробування «нового», не тільки в лікуванні, а й у всіх сферах свого життя. Після проведеного лікування середнє значення РОТ в ІА групі було 31,70±0,51 бали, що відповідає помірному рівню тривожності, в той же час

середнє значення РОТ в ІБ групі становило $39,12 \pm 1,71$ бали, що було достовірно вищим аніж в комплексній групі ($p < 0,001$).

Абсолютні показники рівня ситуативної тривоги при первинному обстеженні також були високими в обох групах, але не мали достовірних відмінностей $48,55 \pm 0,69$ та $50,67 \pm 1,49$ бали ($p \geq 0,05$), отже РСТ можна розцінювати як маркер ризику розвитку НПР у студентів. Після проведеного лікування РСТ в ІА групі знизився до середнього значення помірнього рівня ситуативної тривоги $37,36 \pm 0,64$ бали, в стандартній групі значення РСТ знизилося незначно і залишилось на рівні високих значень $46,64 \pm 1,29$ бали ($p < 0,001$). Отже рівень ситуативної тривоги достовірно знизився внаслідок нашого комплексного лікування в порівнянні зі стандартними схемами лікування.

Розглядаючи динаміку рівня особистісної тривожності та ситуативної тривоги в обох групах виявлено наступні результати рис. 9.4.1.

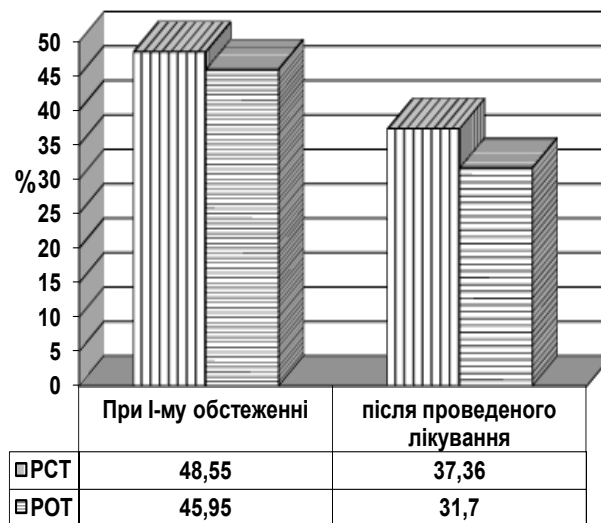


Рис. 9.4.1 Рівень особистісної тривожності та ситуативної тривоги в динаміці в комплексній групі (середній бал)

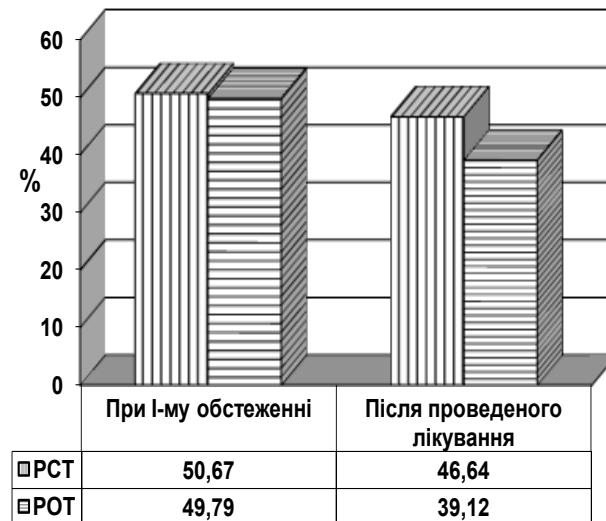


Рис. 9.4.2 Рівень особистісної тривожності та ситуативної тривоги в динаміці в стандартній групі (середній бал)

Вивчаючи частоту зменшення рівня особистісної тривожності та ситуативної тривоги у пацієнтів I А та ІБ групи виявлено, що у більшості студентів, що отримували комплексне лікування спостерігалось покращення стану, ці дані представлені в таблиці 9.4.7.

Таблиця 9.4.7

Частота пацієнтів, в яких спостерігалось зменшення рівня особистісної тривожності та ситуативної тривоги

Групи Показники	Комплексна група (N=177, 84,29%)		Стандартна група (N=33, 15,71%)		Рф
	Абс.	Відн., %	Абс.	Відн., %	
PCT	140	79,10	20	60,61	>0,05
POT	103	58,19	3	9,09	<0,05

Як видно з таблиці 9.4.7 рівень ситуативної тривоги значно знизився в обох групах у 79,10% хворих ІА групи та 60,61% осіб ІБ групи і не мав достовірних відмінностей ($p > 0,05$). Що може свідчити про значну чутливість РСТ до медикаментозного лікування. КМЕ (ІА група) $= 140:177 = 0,79$; КМЕ (ІБ група) $= 20:33 = 0,60$. КМЕ (ІА група) $>$ КМЕ (ІБ група) в 1,32 рази.

Рівень особистісної тривожності зменшився у достовірно більшій кількості 103 (58,19%) студентів, які отримували наше комплексне лікування, у той час як даний показник зменшився лише у 3 (9,09%) осіб ІБ «стандартної» групи ($p < 0,05$).

Коефіцієнт медичної ефективності (КМЕ) розраховується як відношення кількості пацієнтів з позитивним медичним результатом (позитивна динаміка здоров'я на день виписки) за звітний період (МРф) до загального числа пацієнтів, які вибули із закладу за цей же період (n): $KMP = MРф : n$.

За рівнем особистісної тривожності КМЕ (ІА група) $= 103:177 = 0,58$; КМЕ (ІБ група) $= 3:33 = 0,09$. КМЕ (ІА група) $>$ КМЕ (ІБ група) в 6,4 рази. Тобто, впровадження комплексної диференційованої психотропної терапії в традиційний комплекс лікування покращило редукцію тривожних розладів у хворих з НПР у 6,4 рази, що підтверджено за результатами тесту Спілбергера-Ханіна.

Абсолютні значення рівня алекситимії при первинному обстеженні (табл.3.21) в ІА групі були $67,58 \pm 0,99$ бали, та в ІБ групі - $69,61 \pm 1,88$ бали ($p \geq 0,05$), що не мало достовірних відмінностей і відповідало «групі ризику». А от після проведеного лікування абсолютні значення рівня алекситимії достовірно знизилися в комплексній групі до $55,02 \pm 0,84$ балів (відсутній алекситимії), а в стандартній групі - $65,42 \pm 1,68$ бали («група ризику») ($p < 0,001$) див.рис. 9.4.3. Що може свідчити про значний вплив проведення різних видів психотерапії та тренінгів у комплексному лікуванні НПР у студентів закладів вищої освіти.

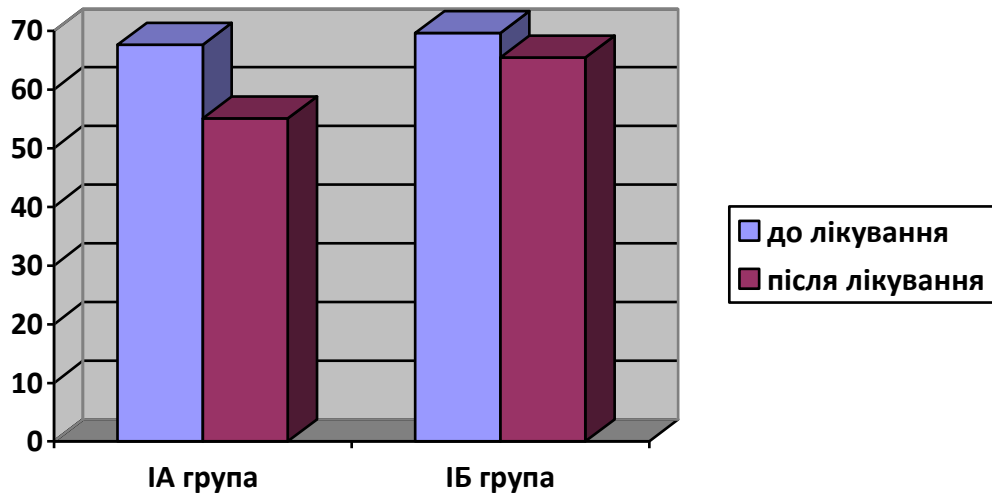


Рис. 9.4.3 Рівень алекситимії в динаміці в комплексній та стандартній групах (середній бал)

Рівень алекситимії знизився на порядок у 98 (55,38%) хворих ІА групи та 6 (18,18%) студентів ІБ групи ($p < 0,05$). КМЕ (ІА група) = $98:177 = 0,55$; КМЕ (ІБ група) = $6:33 = 0,18$. КМЕ (ІА група) > КМЕ (ІБ група) в 3,05 рази.

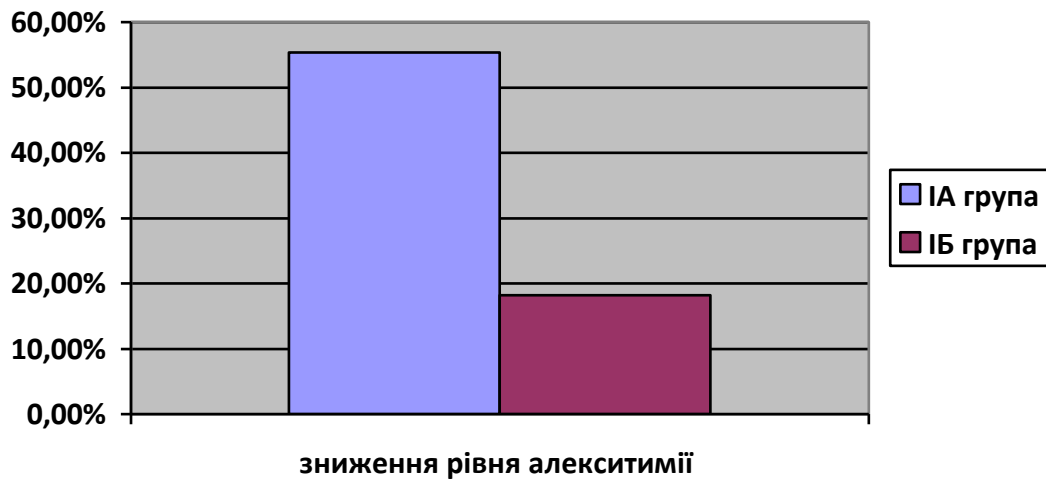


Рис.

9.4.4 Частки студентів у яких спостерігали зниження рівня алекситимії в комплексній та стандартній групах (%).

Середні значення рівня депресії при первинному обстеженні в ІА групі дорівнювали $55,91 \pm 0,65$ бали, в ІБ групі - $57,30 \pm 1,60$ бали ($p \geq 0,05$), вони не мали достовірних відмінностей і відповідали високому рівню депресії за шкалою Цунга

(рис. 9.4.5). Після проведеного лікування в групі де студенти отримували розроблене нами комплексне лікування рівень депресії достовірно знизився до середніх показників $39,62 \pm 0,53$ бали, а в групі, де хворі отримували стандартне лікування рівень депресії знизився до $48,96 \pm 1,80$ балів ($p < 0,001$), що відповідає помірному рівню.

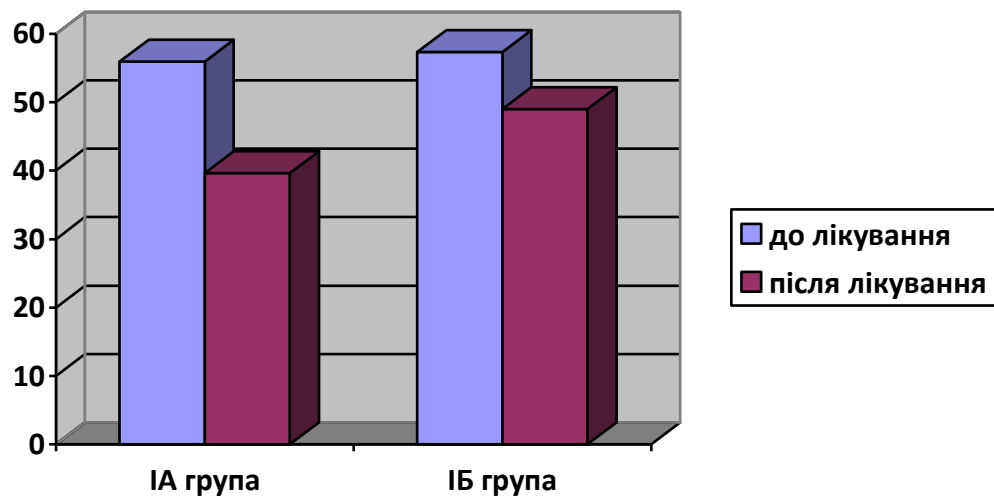


Рис. 9.4.5 Рівень депресії в динаміці в комплексній та стандартній групах (середній бал)

Рівень депресії знизився на порядок у 160 (90,40%) студентів «комплексної» групи та у 16 (48,48%) хворих «стандартної» групи ($p < 0,05$). КМЕ (ІА група) = $160:177 = 0,90$; КМЕ (ІБ група) = $16:33 = 0,48$. КМЕ (ІА група) > КМЕ (ІБ група) в 1,88 рази (рис.3.12).

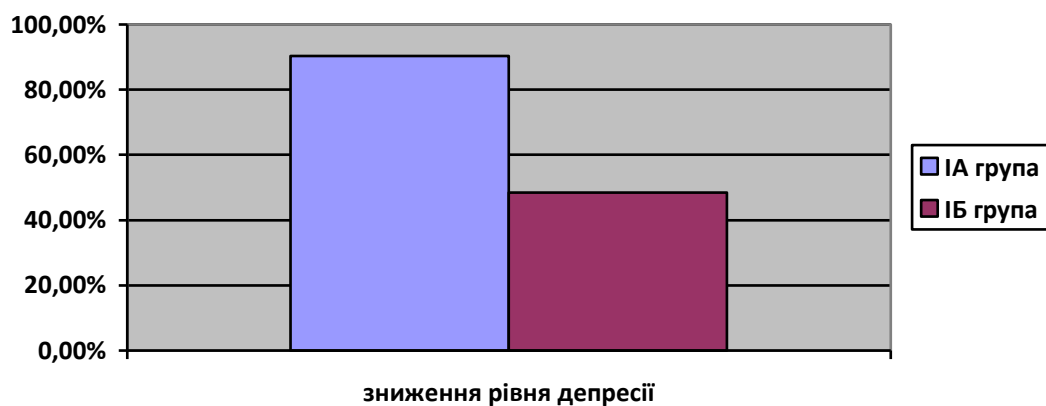


Рис. 9.4.6 Частки студентів у яких спостерігали зниження рівня депресії в комплексній та стандартній групах (%)

При обробці результатів рівня нейротизму під час первинного обстеження в ІА групі виявлено середнє значення $21,16 \pm 0,64$ бали, в ІБ групі - $24,58 \pm 1,48$ бали, що дозволяло зробити припущення про наявність вираженого невроту у обстежуваних ($p < 0,05$). Після проведеного лікування в ІА групі рівень нейротизму знизився до показника $15,37 \pm 0,49$ бали, а в ІБ групі – до середнього значення $22,12 \pm 1,12$ бали ($p < 0,001$) див.рис. 9.4.7.

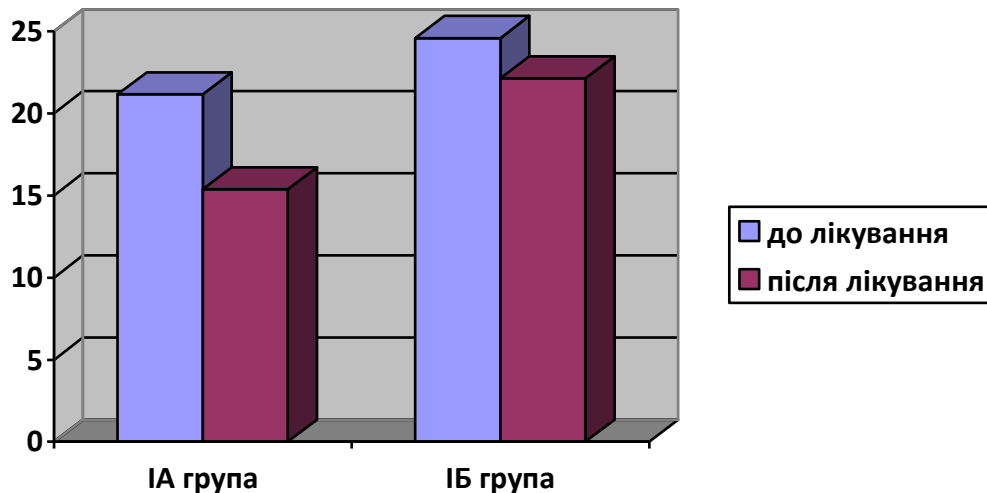


Рис. 9.4.7 Рівень нейротизму в динаміці в комплексній та стандартній групах (середній бал)

Рівень нейротизму знизився на порядок у 79 (44,63%) студентів ІА групи та у 4 (12,12%) ІБ групи ($p < 0,05$). КМЕ (ІА група) = $79:177 = 0,45$; КМЕ (ІБ група) = $4:33 = 0,12$. КМЕ (ІА група) > КМЕ (ІБ група) в 3,75 рази.

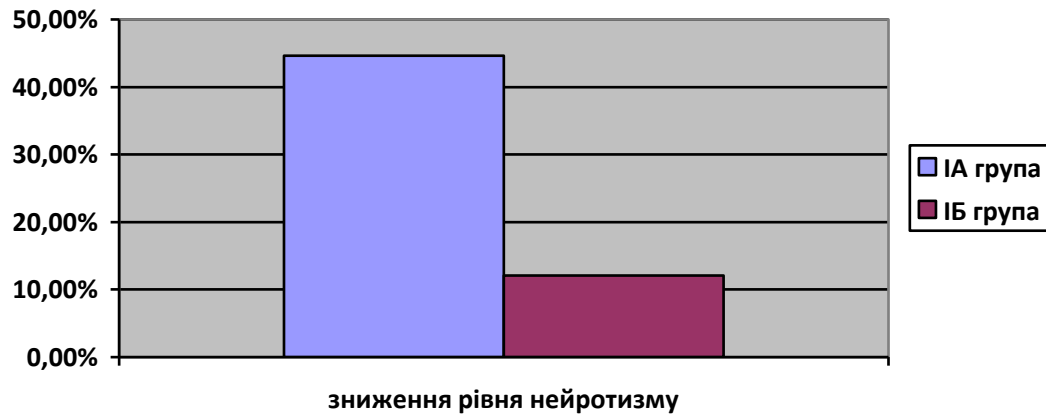


Рис.

9.4.8 Частки студентів у яких спостерігали зниження рівня нейротизму в комплексній та стандартній групах (%)

Коефіцієнт медичної ефективності в **І А групі** визначали за формулою і дорівнює:

$P_{mA} = n_A : N_A = 160:177=0,90$ (за допомогою шкали самооцінки депресії Цунга)

$P_{mA} = n_A : N_A = 140:177=0,79$ (за результатами тесту Спілбергера-Ханіна по РСТ)

$P_{mA} = n_A : N_A = 103:177=0,58$ (за результатами тесту Спілбергера-Ханіна по РОТ)

$P_{mA} = n_A : N_A = 79:177=0,45$ (за результатами шкали нейротизму)

$P_{mA} = n_A : N_A = 98:177=0,55$ (за допомогою Торонтської алекситимічної шкали)

у І Б групі:

$P_{mB} = n_B : N_B = 16:33=0,48$ (за допомогою шкали самооцінки депресії Цунга)

$P_{mB} = n_B : N_B = 20:33=0,60$ (за результатами тесту Спілбергера-Ханіна по РСТ)

$P_{mB} = n_B : N_B = 3:33=0,09$ (за результатами тесту Спілбергера-Ханіна по РОТ)

$P_{mB}=n_B : N_B = 4:33=0,12$ (за результатами шкали нейротизму)

$P_{mB}=n_B : N_B = 6:33=0,18$ (за допомогою Торонтської алекситимічної шкали)

Таким чином, впровадження комплексної диференційованої психотропної терапії покращило редукцію симптомів НПР у хворих студентів у 2,23 рази ($P_{mA}>P_{mB}$ ($3,27>1,47$) в 2,23 рази), що підтверджено за допомогою психодіагностичних методів.

Отже, створена нами комплексна оригінальна система діагностики, лікування, профілактики мала достовірно кращі результати, в порівнянні зі стандартним лікуванням НПР у студентів закладів вищої освіти. Таким чином, впровадження комплексної диференційованої психотропної терапії в традиційний комплекс лікування покращило редукцію психічних розладів у хворих на НПР у 2,23 рази (середнє), що підтверджено за допомогою вище перерахованих психодіагностичних методик.

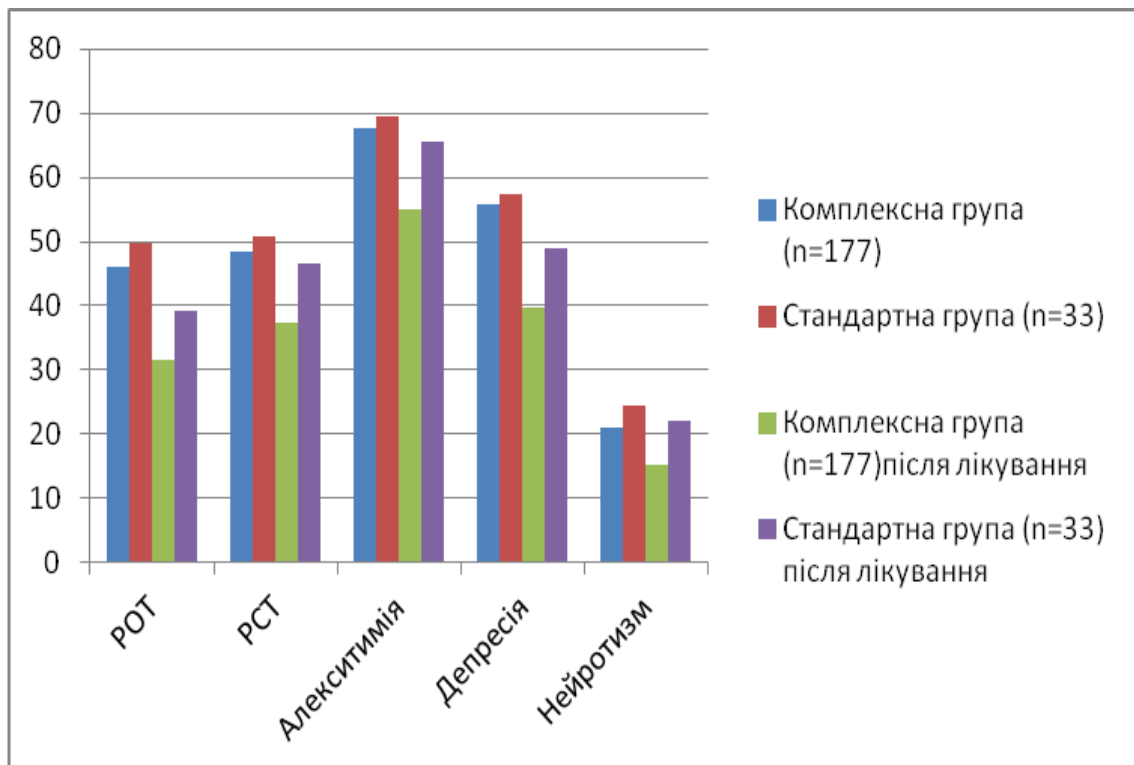


Рис. 9.4.9 Рівень депресії, тривоги, алекситимії та нейротизму в І А та І Б групах до та після проведеного лікування, бал $\pm$ m

З рисунків 9.4.9 видно, що в групі де студенти отримували наше комплексне лікування достовірно більше знизилися середні значення рівнів тривожності, алекситимії, депресії та нейротизму в порівнянні з перерахованими значеннями в групі, де хворі отримували лише стандартне лікування ($p < 0,001$).

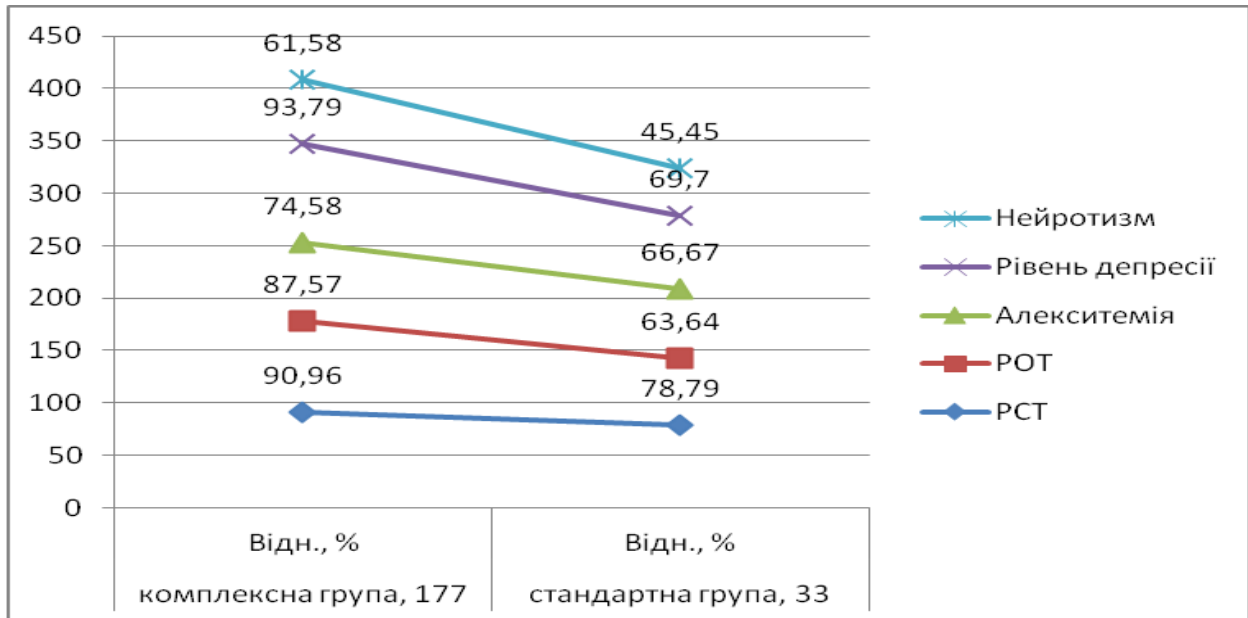


Рис. 9.4.10 Частота пацієнтів, в яких спостерігалось зменшення балів за шкалами в групах порівняння, %

Як видно з рисунку 9.4.10 в «комплексній» групі частота пацієнтів, в яких спостерігалось зменшення балів за психодіагностичними шкалами була вищою, в порівнянні з групою студентів, що отримували стандартне лікування.

При вивченні психодіагностичних показників у терапевтичній та контрольній групах, тобто виразність симптоматики у студентів які отримували лікування та тих, які відмовилися від запропонованої терапії, отримано наступні результати, що представлено в таблиці 9.4.8.

Таблиця 9.4.8

Частота пацієнтів, в яких спостерігалось зменшення рівня симптому за психодіагностичними шкалами

Групи Показники	Терапевтична група (N=210)		Контрольна група (N=107)		Рф
	Абс.	Відн., %	Абс.	Відн., %	
РСТ	166	79,05	5	4,67	<0,05
РОТ	114	54,29	7	6,54	
Алекситимія	113	53,81	3	2,80	
Депресія	177	84,29	11	10,28	
Нейротизм	93	44,29	4	3,74	

Як видно з таблиці 9.4.8 ми отримали достовірне покращення внаслідок проведеного лікування за всіма психодіагностичними методиками. Зниження рівня симптому на порядок, тобто з високого на помірний, чи з помірного на низький і т.д. спостерігалось у переважної більшості студентів.

Після проведеного лікування в терапевтичній (ІА) групі у 166 (79,05%) осіб спостерігалось зменшення рівня ситуативної тривоги, в той час в контрольній групі – лише у 5 (4,67%) студентів визначали покращення ($p<0,05$).

Рівень особистісної тривожності знизився у 114 (54,29%) студентів які отримували лікування, та у 7 (6,54%) осіб, що за певних причин відмовились від нього ($p<0,05$).

Аналізуючи вплив лікування на рівень алекситимії бачимо, що у 113 (53,81%) студентів ІА групи її рівень знизився на порядок, в ІБ групі позитивна динаміка за даним критерієм була лише у 3 (2,80%) студентів ($p<0,05$).

Найсуттєвіші результати ми отримали за тестом Цунга, зниження рівня депресії внаслідок лікування спостерігали у 177 (84,29%) хворих з НПР. У хворих студентів, які відмовились від лікування лише у 11 (10,28%) осіб виявляли зниження рівня депресії ($p<0,05$).

Рівень нейротизму знизився на порядок у 93 (44,29%) студентів терапевтичної групи та у 4 (3,74%) контрольної групи ($p < 0,05$). Що може свідчити про те, що нейротизм не є стільки ознакою невротичної реакції, скільки особистісною характеристикою індивіда.

Вищезазначене підтверджує ефективність стандартного та комплексного лікування і виключає ефект плацебо в даній когорті хворих.

Важливою частиною нашого дослідження було визначення ефективності запропонованого комплексного методу лікування за результатами оцінки зниження абсолютного ризику (ЗАР), відносного ризику (ЗВР) (95% довірчий інтервал), мінімальної кількості хворих (МКХ), яких необхідно пролікувати для досягнення одного позитивного результату за рівнем особистісної тривожності та ситуативної тривоги, дані представлені в таблиці 9.4.9.

Таблиця 9.4.9

Ефективність комплексного лікування порівняно зі стандартною терапією за рівнем ситуативної тривоги та особистісної тривожності

Критерії Показники	ЗАР, %	ЗВР, % (95 % ДІ)	МКХ (95 % ДІ)
РСТ (бали)	12,17	13,38	7,47
		(7,33-21,74)	(3,06-14,66)
РСТ (ступінь тяжкості)	23,93	27,33	3,66
		(18,86-37,19)	(0,89-9,54)
РОТ (бали)	7,91	10,61	9,43
		(5,31-18,39)	(4,41-17,05)
РОТ (ступінь тяжкості)	24,09	25,68	3,89
		(17,44-35,42)	(0,95-9,99)

Як видно з табл. 9.4.9, помірною виявилась ефективність лікування за абсолютними значеннями рівня ситуативної тривоги: ЗАР після проведеного лікування становив 12,17 %, ЗВР – 13,38 % (95 % ДІ 7,33-21,74) при МКХ – 7,47 (95 % ДІ 3,06-14,66); за ступенем важкості рівня

ситуативної тривоги ЗАР після проведеного лікування становив 23,93 %, ЗВР – 27,33 % (95 % ДІ 18,86-37,19) при МКХ – 3,66 (95 % ДІ 0,89-9,54).

Ефективність лікування за абсолютними показниками рівня особистісної тривожності була наступною: ЗАР становив 7,91 %, ЗВР – 10,61 % (95 % ДІ 5,31-18,39) при МКХ – 9,43 (95 % ДІ 4,41-17,05); за ступенем важкості РОТ: ЗАР – 24,09 %, ЗВР – 25,68 % (95 % ДІ 17,44-35,42), МКХ – 3,89 (95 % ДІ 0,95-9,99).

Таблиця 9.4.10

Ефективність комплексного лікування порівняно зі стандартною терапією за рівнем депресії

Критерії Показники	ЗАР, %	ЗВР, % (95 % ДІ)	МКХ (95 % ДІ)
Рівень депресії (бали)	49,10	84,38	1,19
		(75,73-90,89)	(0,03-5,93)
Рівень депресії (ступінь тяжкості)	37,19	67,16	1,49
		(57,02-76,26)	(0,04-6,72)

Як видно з табл. 9.4.10, високою виявилась ефективність лікування за абсолютними значеннями рівня депресії: ЗАР після проведеного лікування становив 49,10 %, ЗВР – 84,38 % (95 % ДІ 75,73-90,89) при МКХ – 1,19 (95 % ДІ 0,03-5,93); за ступенем важкості рівня депресії ЗАР після проведеного лікування становив 37,19 %, ЗВР – 67,16 % (95 % ДІ 57,02-76,26) при МКХ – 1,49 (95 % ДІ 0,04-6,72). Тобто для досягнення одного позитивного результату необхідно пролікувати 1,19-1,49 пацієнтів, що свідчить про високу ефективність запропонованого нами комплексного лікування.

Результати оцінки зниження абсолютного ризику (ЗАР), відносного ризику (ЗВР) (95% довірчий інтервал), мінімальної кількості хворих (МКХ), яких необхідно пролікувати для досягнення одного позитивного результату за рівнем алекситимії та нейротизму, представлені в таблиці 9.4.11.

Таблиця 9.4.11

**Ефективність комплексного лікування порівняно зі стандартною
терапією за рівнем алекситимії та нейротизму**

Критерії Показники	ЗАР, %	ЗВР, % (95 % ДІ)	МКХ (95 % ДІ)
1	2	3	4
Алекситимія (бали)	16,13	26,19 (17,88-35,96)	3,82 (0,93-9,85)
Алекситимія (ступінь тяжкості)	18,49	23,38 (15,44-32,95)	4,28 (1,18-10,45)
Нейротизм (бали)	41,91	46,36 (36,3-56,64)	2,16 (0,26-7,39)
Нейротизм (ступінь тяжкості)	32,51	72,84 (63,01-81,28)	1,37 (0,03-6,42)

Як видно з табл. 9.4.11, ефективність лікування за абсолютними значеннями рівня ситуативної тривоги була наступною: ЗАР після проведеного лікування становив 16,13 %, ЗВР – 26,19 % (95 % ДІ 17,88-35,96) при МКХ – 3,82 (95 % ДІ 0,93-9,85); за ступенем важкості рівня депресії ЗАР після проведеного лікування становив 18,49 %, ЗВР – 23,38 % (95 % ДІ 15,44-32,95) при МКХ – 4,28 (95 % ДІ 1,18-10,45).

Високою виявилась ефективність лікування за абсолютними показниками нейротизму і була наступною: ЗАР становив 41,91 %, ЗВР – 46,36 % (95 % ДІ 36,3-56,64) при МКХ – 2,16 (95 % ДІ 0,26-7,39); за ступенем важкості нейротизму: ЗАР – 32,51 %, ЗВР – 72,84 % (95 % ДІ 63,01-81,28), МКХ – 1,37 (95 % ДІ 0,03-6,42).

Цікавою частиною нашого дослідження було порівняння динаміки рівня депресії за діагностичними критеріями шкали депресії Цунга в комплексній та стандартній групах.

Таблиця 9.4.12

**Динаміка рівня депресії за діагностичними критеріями шкали
депресії Цунга в групах порівняння, % $\pm$ m**

Група	Комплексна група I А (N=177)			Група I Б стандартна група (N=33)		
Обстеження	I-не	II-не	Pф	I-не	II-не	Pф
1	2	3	4	5	6	7
1. Я відчуваю пригніченість	18,6 $\pm$ 4,6	1,4 $\pm$ 1,4	< 0,05	16,7 $\pm$ 6,8	10,0 $\pm$ 5,5	> 0,05
2. Вранці я почуваю себе набагато краще	14,3 $\pm$ 2,2	80,0 $\pm$ 4,8	< 0,05	93,3 $\pm$ 4,6	46,7 $\pm$ 9,1	< 0,05
3. У мене бувають періоди плачу або близькості до сліз	1,4 $\pm$ 1,4	0,0	> 0,05	0,0	0,0	> 0,05
4. У мене поганий нічний сон	95,7 $\pm$ 2,4	42,9 $\pm$ 5,9	< 0,05	100,0	83,3 $\pm$ 6,8	> 0,05
5. Апетит у мене гірше звичайного	58,6 $\pm$ 5,9	17,1 $\pm$ 4,5	< 0,05	83,3 $\pm$ 6,8	53,3 $\pm$ 9,1	< 0,05
6. Мені приємно дивитися на привабливих жінок/чоловіків, розмовляти з ними, знаходитися поряд	15,7 $\pm$ 4,3	74,3 $\pm$ 2,4	< 0,05	16,7 $\pm$ 6,8	25,3 $\pm$ 6,2	> 0,05
7. Я помічаю, що втрачаю вагу	54,3 $\pm$ 5,9	20,0 $\pm$ 4,8	< 0,05	80,0 $\pm$ 7,3	66,7 $\pm$ 8,6	> 0,05
8. Мене турбують закрепи	25,7 $\pm$ 5,2	8,6 $\pm$ 3,3	< 0,05	30,0 $\pm$ 8,4	33,3 $\pm$ 9,0	> 0,05
9. Серце б'ється швидше, ніж зазвичай	20,0 $\pm$ 4,8	2,9 $\pm$ 2,0	< 0,05	43,3 $\pm$ 6,2	33,3 $\pm$ 8,6	> 0,05
10. Я втомлююся без будь-яких причин	37,1 $\pm$ 5,8	4,3 $\pm$ 2,4	< 0,05	30,0 $\pm$ 8,4	6,7 $\pm$ 4,6	< 0,05

Продовження таблиці 9.4.12

1	2	3	4	5	6	7
11. Я мислю так само ясно, як завжди	38,6±5,8	72,9±4,0	< 0,05	30,0±8,4	43,3±6,2	> 0,05
12. Мені легко робити те, що я умію	25,7±5,7	61,4±5,9	< 0,05	70,0±8,4	80,0±7,3	> 0,05
13. Я відчуваю неспокій і не можу всидіти на місці	74,3±5,2	21,4±5,5	< 0,05	96,7±3,3	66,7±7,7	< 0,05
14. У мене є надії на майбутнє	24,3±5,1	87,1±3,1	< 0,05	23,3±7,7	50,0±8,9	> 0,05
15. Я дратівливіший, ніж зазвичай	42,9±4,0	0,0	< 0,05	46,7±8,1	30,0±5,5	> 0,05
16. Мені легко приймати рішення	27,1±5,3	82,9±2,0	< 0,05	56,7±9,0	64,0±9,1	> 0,05
17. Я відчуваю, що я можу бути корисним для інших	37,1±5,8	78,6±4,6	< 0,05	50,0±9,1	66,7±9,0	> 0,05
18. Я живу достатньо повним життям	17,1±4,5	80,7±3,5	< 0,05	6,7±6,8	50,0±5,5	< 0,05
19. Я відчуваю, що іншим людям стане краще, якщо я помру	37,1±5,8	4,3±2,4	< 0,05	83,3±4,6	46,7±9,1	< 0,05
20. Мене не тішить те, що тішило завжди	58,6±5,9	7,1±4,5	< 0,05	73,3±6,8	37,4±9,1	< 0,05

Як видно з табл. 9.4.12 в I А групі у пацієнтів відмічалось достовірне зменшення частоти проявів симптомів депресії, натомість в I Б групі зазначені показники не мали достовірного зниження, що свідчить про вищу ефективність запропонованої нами комплексної диференційованої терапії, в порівнянні зі стандартним лікуванням. Ефективність лікування в основній групі достовірно вища ($p \leq 0,05$).

Підводячи підсумки даного розділу варто зазначити:

За рівнем особистісної тривожності КМЕ (ІА група) $=103:177=0,58$; КМЕ (ІБ група) $=3:33=0,09$. КМЕ (ІА група) $>$ КМЕ (ІБ група) в 6,4 рази. Тобто, впровадження комплексної диференційованої психотропної терапії в традиційний комплекс лікування покращило редукцію тривожних розладів у хворих з НПР у 6,4 рази, що підтверджено за результатами тесту Спілбергера-Ханіна.

Рівень алекситимії знизився на порядок у 98 (55,38%) хворих ІА групи та 6 (18,18%) студентів ІБ групи ($p<0,05$). КМЕ (ІА група) $=98:177=0,55$; КМЕ (ІБ група) $=6:33=0,18$. КМЕ (ІА група) $>$ КМЕ (ІБ група) в 3,05 рази.

Рівень депресії знизився на порядок у 160 (90,40%) студентів «комплексної» групи та у 16 (48,48%) хворих «стандартної» групи ($p<0,05$). КМЕ (ІА група) $=160:177=0,90$; КМЕ (ІБ група) $=16:33=0,48$. КМЕ (ІА група) $>$ КМЕ (ІБ група) в 1,88 рази

Рівень нейротизму знизився на порядок у 79 (44,63%) студентів ІА групи та у 4 (12,12%) ІБ групи ($p<0,05$). КМЕ (ІА група) $=79:177=0,45$; КМЕ (ІБ група) $=4:33=0,12$. КМЕ (ІА група) $>$ КМЕ (ІБ група) в 3,75 рази.

ВИСНОВКИ ДО ДЕВ'ЯТОГО РОЗДІЛУ

Таким чином, впровадження комплексної диференційованої психотропної терапії покращило редукцію симптомів НПР у хворих студентів у 2,23 рази ($P_{mA} > P_{mB}$ ($3,27 > 1,47$) в 2,23 рази), що підтверджено за допомогою психодіагностичних методів.

Помірною виявилась ефективність лікування за абсолютними значеннями рівня ситуативної тривоги: ЗАР після проведеного лікування становив 12,17 %, ЗВР – 13,38 % (95 % ДІ 7,33-21,74) при МКХ – 7,47 (95 % ДІ 3,06-14,66); за ступенем важкості рівня ситуативної тривоги ЗАР після проведеного лікування становив 23,93 %, ЗВР – 27,33 % (95 % ДІ 18,86-37,19) при МКХ – 3,66 (95 % ДІ 0,89-9,54).

Ефективність лікування за абсолютними показниками рівня особистісної тривожності була наступною: ЗАР становив 7,91 %, ЗВР – 10,61 % (95 % ДІ 5,31-18,39) при МКХ – 9,43 (95 % ДІ 4,41-17,05); за ступенем важкості РОТ: ЗАР – 24,09 %, ЗВР – 25,68 % (95 % ДІ 17,44-35,42), МКХ – 3,89 (95 % ДІ 0,95-9,99).

ЗАР після проведеного лікування становив 49,10 %, ЗВР – 84,38 % (95 % ДІ 75,73-90,89) при МКХ – 1,19 (95 % ДІ 0,03-5,93); за ступенем важкості рівня депресії ЗАР після проведеного лікування становив 37,19 %, ЗВР – 67,16 % (95 % ДІ 57,02-76,26) при МКХ – 1,49 (95 % ДІ 0,04-6,72). Тобто для досягнення одного позитивного результату необхідно пролікувати 1,19-1,49 пацієнтів, що свідчить про високу ефективність запропонованого нами комплексного лікування.

У пацієнтів які отримували запропоноване нами комплексне лікування відмічалось достовірне зменшення частоти проявів симптомів депресії, натомість у групі студентів, які отримували стандартне лікування зазначені показники не мали достовірного зниження, що свідчить про вищу ефективність запропонованої нами комплексної диференційованої терапії, в порівнянні зі стандартним лікуванням. Ефективність лікування в комплексній групі достовірно вища ($p \leq 0,05$).

Результати досліджень, викладені в даному розділі, опубліковані в роботах: [206], [229], [279], [326], [327], [340], [341], [348], [356], [357], [358], [359], [360], [364], [443], [475].

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Дане дослідження проведено з метою комплексного теоретичного та системного аналізу проблеми виникнення та перебігу НПР у студентів закладів вищої освіти для того, щоб науково обґрунтувати, розробити, впровадити та оцінити ефективність комплексного підходу до диференційованої діагностики, профілактики, психофармакотерапії та психотерапії, реабілітації. Для здійснення вищезазначеного було проведено клінічне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне порівняльне дослідження репрезентативної вибірки студентів ЗВО у яких діагностовано та не виявлено НПР. Хід дослідження послідовно відображений в матеріалах дисертації.

В особливо несприятливих умовах, які призводять підвищення ризику розвитку несприятливих психічних розладів, знаходяться студенти ЗВО, навчання яких пов'язане з хронічним інформаційним перевантаженням і емоційними стресами. Виявлення та профілактика психічних розладів в даній популяції є однією з найбільш актуальних проблем в даний час, при цьому рішення даного завдання, на нашу думку, неможливо без проведення масових динамічних досліджень, спрямованих на діагностику рівня психічного і соматичного здоров'я студентів, виявлення клініко-психопатологічних, соціально-психологічних та інших факторів, що призводять до розвитку психічних порушень у даного контингенту. Таким чином, проведення масових досліджень, спрямованих на діагностику психічного стану студентів з використанням клініко-психопатологічного, патопсихологічного методів протягом усього періоду навчання, є важливим і актуальним.

За умови інформованої згоди протягом 2015-2017 рр., з дотриманням принципів біоетики та деонтології проведено суцільне комплексне обстеження студентів I – V курсів медичних факультетів Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (БДМУ) та студентів I – IV курсів факультету педагогіки, психології та соціальної роботи, філологічного факультету, інституту фізико-технічних та комп'ютерних наук, факультету математики та інформатики, філософсько-теологічного факультету

Чернівецького національного університету. Провідним критерієм включення особи до дослідження було її навчання у вищому навчальному закладі. Обстеження проводили в міжсесійний період.

Інструментом дослідження виступала спеціально розроблена нами «Уніфікована карта обстеження студента» для збору матеріалу, реєстрації даних спостережень та досліджень (Рацпропозиція БДМУ, № 48/20 від 16.03.2020 року).

Для проведення суцільного скринінгового обстеження було підготовлено і роздано для заповнення 2000 уніфікованих карт обстеження студента, в результаті студенти повністю заповнили і здали 1679 анкет, решта 321 анкета, або не була здана, або її заповнення не відповідало критеріям включення до групи обстеження (критерій - заповнення анкети на 90 %).

В результаті першого скринінгового обстеження ми отримали вихідну групу кількістю 1679 студентів. Через рік при повторному загальному обстеженні вихідної групи студентів (1679 осіб), ми зібрали 1235 уніфікованих карт, що відповідали загальному критерію включення в дослідження. Отже, надалі, ми аналізували результати обстеження 1235 студентів.

Усіх студентів (1235 осіб) було розподілено на дві групи – **основну** (І-шу) та **порівняльну** (ІІ-гу). До **основної** групи увійшли 317 (25,67%) студентів, у яких було діагностовано несприятливі психічні розлади (НПР), вони в свою чергу також були поділені на дві групи - **терапевтичну** групу, яка включала студентів з НПР (N=210, 66,25%), які отримували лікування, ця група в свою чергу була поділена на дві підгрупи: **ІА, (комплексна)** група, яка включала 177 (84,29%) студентів, яким було проведено створену нами комплексну оригінальну систему діагностики, лікування, профілактики та **ІБ (стандартна)** група, яка включала 33 (15,71%) студентів, яким було проведено стандартну систему лікування, профілактики та **контрольну** групу (N=107, 33,75%) до якої увійшли 107 осіб з НПР, які за певних обставин відмовилися від лікування та профілактики. Для верифікації клінічних особливостей НПР, в якості **ІІ порівняльної** групи було обстежено 918 (74,33%) студентів без НПР, практично здорових (рис.1).

Дослідження проводили за відповідною програмою в декілька етапів.

На першому етапі здійснювали суцільне скринінгове поперечне дослідження студентів ЗВО різних спеціальностей. Такий підхід дозволив, запобігти систематичних помилок, помилкових відхилень, недостовірній оцінці розбіжностей за частотою виходів по групах. Дослідити зміни у психічному, соматичному, соціальному станах студентів за допомогою відповідних «поперечних зрізів». Так, скринінг загальної когорти виконували два рази з інтервалом в один рік.

Другий етап дослідження полягав у розподілі обстежених на групи (основну, що включала 317 студентів з НПР та порівняльну – 918 практично здорових студенти), систематизації отриманих даних, комплексному аналізі клінічних проявів, встановленні закономірностей формування та структури НПР у студентів ЗВО різних спеціальностей.

На третьому етапі дослідження студенти основної групи були рандомізовані на дві групи: терапевтичну (210 осіб з НПР, які дали згоду на лікування) та контрольну (107 осіб з НПР, які відмовились від запропонованого лікування). Визначення стратегій надання допомоги.

Четвертий етап дослідження полягав у розподілі хворих терапевтичної групи на дві: 1А комплексну групу (177 осіб) та 1Б стандартну групу (33 особи). Пацієнти комплексної групи отримували диференційоване комплексне лікування розроблене автором і представлене в 5 патентах та 28 рацпропозиціях, а також систему активної психопрофілактики, психотерапевтичної корекції та медико-психологічної реабілітації, розроблені автором. Пацієнти стандартної групи отримували лише стандартне лікування (у відповідності зі стандартами медичної допомоги при даному захворюванні).

П'ятий етап дослідження присвячений підтримуючій психотерапії та реабілітації студентів, оцінці ефективності «Уніфікованої карти обстеження студента», яка включала до себе блоки ранньої діагностики НПР, комплексних психопрофілактичних втручань, комплексних психокорекційних та терапевтичних програм та реабілітаційних заходів. На цьому ж етапі було

побудовано модель мультиноміальної логістичної регресії та дерева рішень для визначення предикторів розвитку непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти (використано χ^2 -квадрат (χ^2) тест та ANOVA, точність передбачення на загальній вибірці становила 86,35%, а на тестовій вибірці (основна група - 88,52%).

Шостий етап дослідження полягав у оцінці ефективності запропонованої автором системи комплексного диференційованого лікування, профілактики, реабілітації студентів з НПР.

У роботі були використані наступні методи дослідження: клініко-психопатологічний, що включає вивчення скарг, оцінку психічного та сомато-неврологічного статусу студентів, виділення основних психопатологічних синдромів, їх динаміку. Як діагностичні критерії використовувалися критерії МКХ-10; при дослідженні також використано спеціально розроблені «Шкала оцінки соціально-психологічних проблем та матеріально побутових умов студентів для виявлення чинників ризику формування непсихотичних психічних розладів» (Рацпропозиція БДМУ, № 33/19 від 28.03.2019 року), «Спосіб ранньої діагностики й виявлення груп ризику непсихотичних психічних розладів серед студентів» (Рацпропозиція БДМУ, № 20/16 від 15.02.2016 року). Клініко-анамнестичний метод використовувався для отримання інформації та аналізу даних щодо спадковості, анамнезу життя, збору даних про соматичний, неврологічний, психіатричний стан протягом життя, наявності чи відсутності підстав звернення до лікарів-психіатрів. Соціально-демографічний метод (розподіл за сімейним станом, рівнем освіти, професійною діяльністю, матеріально-побутовими умовами і т.п.) було використано для аналізу впливу цих чинників на формування НПР у студентів. Психодіагностичне дослідження проводилося за допомогою експериментально-психологічних методик: ступінь вираження тривожної симптоматики вивчався за допомогою тесту Спілбергера-Ханіна, використовували модифікацію Ю. Л. Ханіна (1976); ступінь вираженості депресивної симптоматики оцінювали за допомогою шкали самооцінки депресії Цунга (W.K.Zung), тест адаптований у відділенні наркології НДІ ім. Бехтерева Р.І.

Балашовою; вивчення особистісних особливостей проводили з використанням скороченого багатофакторного опитувальника особистості (СБОО), розробленого на підставі тесту MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory); рівень алекситимії визначали за допомогою Торонтської Алекситимічної Шкали (TAS) створеної G. J. Taylor і співавт. (1985); з метою визначення рівня нейротизму використовували методику експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса (шкала скарг BFB, К. Höck, Н. Hess, 1975). Статистичний метод - одержані результати дослідження аналізували за допомогою комп'ютерних пакетів «STATISTICA 6.0» StatSoft Inc. та Excel XP для Windows на персональному комп'ютері з використанням параметричних і непараметричних методів обчислення (критерії вірогідності за методами Ст'юдента, кутового перетворення Фішера, точного методу Фішера); Для кількісних параметрів оцінювали середні величини та вірогідність відмінностей між ними за допомогою непараметричного критерію Уїлкоксона, Манна-Уїтні. Здійснений аутокореляційний (порівняння в групі за різноманітними параметрами) аналіз рядів кількісних ознак для оцінки їх стабільності/лабільності та відтворюваності в одній групі, а також кроскореляційний аналіз – визначення подоби різних груп по сукупності досліджених ознак.

У дослідженні брали участь 852 студенти (68,99%) Буковинського державного медичного університету та 383 студенти (31,01%) Чернівецького національного університету. Вік хворих коливався від 18 до 29 років (середній вік обстежених $20,15 \pm 0,05$ років). В гендерному розподілі серед усіх обстежених було 365 чоловіків та 870 жінок, відповідно 29,55 % та 70,45 %. За статтю пацієнти основної групи розподілилися наступним чином: чоловіки – 97 (30,6 %), жінки – 220 (69,4 %) обстежених. В порівняльній групі було 268 (29,2 %) чоловіків та 650 (70,8 %) жінок ($p \geq 0,05$). Отже в статевому розподілі групи були однорідними. Серед усіх обстежених студентів на державній формі навчалися 519 студентів (42,02%), на контрактній формі навчання було 716 студентів (57,98%). В основній групі на бюджетній формі навчалися 135 (42,59%) студенти, в порівняльній групі – 384 (41,83%) особи. Достовірні відмінності

($p < 0,05$) були виявлені в основній групі у студентів, що перебували в шлюбі – 49 (15,46 %) та тих, що мали стосунки на відстані – 90 (28,39 %), були самотні – 110 (34,70 %), мали серйозні дошлюбні стосунки – 29 (9,15 %) в порівняльній групі відповідно: в шлюбі – 33 (3,59 %), стосунки на відстані – 41 (4,47 %), самотні – 434 (49,15 %), серйозні дошлюбні стосунки – 265 (30,01 %), свій варіант – 105 (11,89 %). Суб'єктивна оцінка стосунків у сім'ї мала наступні достовірні відмінності в результатах: студенти основної групи частіше оцінювали стосунки у своїй сім'ї як спокійні, холодні, а студенти порівняльної групи - спокійні, доброзичливі ($p < 0,05$). Отже можна розглядати «спокійні, холодні» стосунки, як предиктор розвитку НПР у студентів закладів вищої освіти.

Таким чином, враховуючи результати обстеження можна відзначити, що контингенти пацієнтів у виділених групах за соціально-демографічними показниками були відносно однорідними, що надало можливість їх аналізувати, а результати дослідження вважати репрезентативними.

Програма дослідження згідно його меті та завданням включала збір клінічного матеріалу, обробку та аналіз отриманих даних; розробку, впровадження і оцінку ефективності нового підходу до комплексної диференційної терапії НПР у студентів.

Розподіл клінічної структури НПР у студентів, показав, що серед 317 студентів основної групи було діагностовано: афективні розлади настрою (F30-34) у 79 студентів, що складає 24,92%; невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-48) виявлено у 187 студентів (58,99%); поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними чинниками (F50-51.4) – у 20 осіб (6,31%); розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих (F60-60.7) діагностовано у 31 студента (9,78%). В статевому розподілі виявлено наступні результати: афективні розлади у 23 чоловіків (23,71 %) та 56 жінок (25,45%), невротичні розлади були виявлені у 62 хлопців (63,92 %) та 125 дівчат (56,82%), поведінкові синдроми – у 3 (3,09%) та 17 (7,73%) відповідно, розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих діагностовано у 9 (9,28%) студентів та

22 (10,0%) студенток. Таким чином в гендерному розподілі діагнози були фактично однорідними.

Аналізуючи розподіл діагнозів за МКХ 10 в залежності від статі (табл. 1), цікавим виявився той факт, що серед чоловіків взагалі не було хворих на F 30.0 гіпоманія, F 32.2 депресивний епізод важкий без психотичних симптомів, F 34.1 дистимія, F 41.1 генералізований тривожний розлад, F 45.0 соматизований розлад, F 45.31 соматоформна вегетативна дисфункція верхнього відділу шлунково-кишкового тракту; F45.32 соматоформна вегетативна дисфункція нижнього відділу шлунково-кишкового тракту, F 45.34 соматоформна вегетативна дисфункція сечовивідної системи, F 45.38 соматоформна вегетативна дисфункція інших органів та систем, F 50.0-50.5 розлади прийому їжі. А для жінок абсолютно неприйнятними були наступні діагнози: F 45.2 іпохондричний розлад, F 45.30 соматоформна вегетативна дисфункція серця та серцевосудинної системи.

В гендерному розподілі діагнози були фактично однорідними. Хоча у чоловіків незначно, але переважали невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-48.1) - 63,92%, суттєвими компонентами яких є зміни з боку вегетативної нервової системи, в той час як для жінок більш притаманними були афективні розлади настрою (F30-34.1) - 25,45%. Дані результати отримані з урахуванням загальної кількості обстежених жінок та чоловіків та їх часток.

В результаті дослідження депресивні та тривожні розлади (ДТР) було діагностовано у 123 (9,96%) студентів, що склало 38,80 % від усіх діагностованих неспсихотичних психічних розладів (N=317). В гендерному аспекті отримано наступні результати: ДТР виявлено у 38 (30,89%) чоловіків та 85 (69,11%) жінок. У чоловіків найчастіше діагностували змішаний тривожний та депресивний розлад (F41.2) -7,32% від загальної кількості хворих та 23,68% серед чоловіків з афективними розладами, а у жінок – легкий депресивний епізод F32,0 – 12,20% та 17,65% відповідно. Прикметно, що F34.1 дистимію, F40.0 агорафобію, F40.1 соціальні фобії та F41.1 генералізований тривожний розлад у чоловіків не було діагностовано взагалі. Серед основних скарг у чоловіків були: знижений настрій – 33 (86,84%), млявість, тривожність і занепокоєння про майбутнє - 30

осіб (78,95%); вегетативні прояви: тахікардія, тахіпное, пітливість, сухість у роті, епігастральний біль, нудота, гіперемія, утруднене ковтання) у 28 студентів (73,68%) ; внутрішня напруга (тремтіння, відчуття ознобу, неможливість розслабитися, головний біль) – 24 (63,16%); порушення сну – 27 (71,05%). У жінок серед скарг переважали: знижений настрій – 77 осіб (90,59%) , втомлюваність - 74 (87,06%); зниження енергійності і працездатності – 74 (87,06%); інтелектуальна загальмованість – 68 (80,00%) ; порушення сну – 70 (82,35%); зниження апетиту і схуднення - 56 (65,88%); фобії – 48 (56,47%); вегетативні прояви: тахікардія, тахіпное, пітливість, сухість у роті, епігастральний біль, нудота, гіперемія, утруднене ковтання) – 45 (52,94%). Аналізуючи ступінь вираженості депресивної симптоматики, який оцінювали за допомогою шкали самооцінки депресії Цунга, виявлено наступні результати: високий рівень депресії виявлено у 4 осіб (3,25%), помірний рівень – 49 студентів (39,84%), легку депресію діагностовано у 62 осіб (50,41%) і низький рівень депресії був у 8 молодих людей (6,50%), середнє абсолютне значення – 58,63 бали, що свідчить про достатню діагностичну ефективність даної методики і в подальшому її можна використовувати при підготовці скринінгових анкет.

Визначаючи рівень особистісної тривожності (РОТ), яку ми розглядаємо, як рису, якість, предиспозицію, яка дає нам уявлення про індивідуальні відмінності в схильності до дії різних стресорів, тобто тривожності фоновій, характерної для кожної конкретної особистості. Встановлено наступні результати: високий РОТ був притаманний 92 особам (74,80%), помірний РОТ – 30 (24,39%), низький РОТ був виявлений лише у однієї студентки (0,81%). При цьому абсолютні середні значення для низького РОТ – 27 балів, для середнього та високого РОТ – 39,43 бали та 53,73 бали відповідно. Стани тривоги (або ситуативна тривога) виникають як реакція людини на різні, найчастіше, соціально-психологічні стресори (очікування негативної оцінки або агресивної реакції, сприйняття негативного до себе ставлення, загрози своїй самоповазі, престижу тощо). В результаті нашого дослідження виявлено, що низький рівень ситуативної тривоги (РСТ) також був притаманний лише одному студенту (0,81%) з абсолютним значенням 26 балів.

Помірний РСТ виявлено у 47 студентів (38,21%) з середнім балом 40,02. Високий РСТ було діагностовано у 75 осіб (60,98%), середній бал 52,72. Отже можна розцінювати РОТ та РСТ, як високочутливі індикатори формування НПР у осіб молодого віку, що необхідно враховувати при побудові скринінгових програм.

Більшість студентів основної групи оцінювали стан свого здоров'я, як задовільний 61,20%, причому достовірних відмінностей між чоловіками та жінками не було 65,98% (Ч) та 59,09% (Ж) ($p > 0,05$). Наявність травм голови в анамнезі мали 17,03% студентів. Застудними захворюваннями хворіли 1-2 рази на рік 74,23% (Ч) та 73,18% (Ж), частіше хворіло 12,37% (Ч) та 19,09% (Ж). Цікавими виявилися дослідження розподілу обстеженого контингенту за результатами клініко-анамнестичного дослідження з урахуванням статі. В ході дослідження встановлено, що суб'єктивні загальні оцінки самопочуття й наявні окремі психічні скарги та симптоми (за сферам психічної діяльності) за результатами скринінгового обстеження всієї когорти студентів практично відповідали кількості студентів з НПР. Так, зберігалася тенденція щодо позитивної характеристики самопочуття у 284 (89,59 %) осіб, а також переважання оцінки «гарне» у чоловіків (55,67% Ч, 18,64% Ж, $p < 0,001$), «задовільне» – у жінок (70,45% Ж, 35,05% Ч, $p < 0,001$), але модулі її відносних значень були відмінними від таких, що були отримані при опитуванні стосовно загального стану здоров'я, так як і розподіл обстежених за цією категорією. Між тим, у значної кількості студентів реєстрували неувважливість: постійно (22,68% (Ч) та 10,91% (Ж) ($p < 0,05$)); ввечері (24,74% (Ч) та 40,00% (Ж) ($p \geq 0,05$)); при втомі (52,58% (Ч) та 49,09% (Ж) ($p \geq 0,05$)). Млявість, розбитість при стомленні відчували - 63,41 % хворих на НПР, при чому жінки достовірно частіше (74,55%) відчували її при втомі, а чоловіки ввечері (49,48%) ($p < 0,05$). Зниження продуктивності при фізичній та розумовій роботі (72,47 %), розумову втому ввечері (61,51 %). Ці скарги достовірно частіше виникали у жінок у порівнянні з чоловіками (відповідно 68,18 % Ж та 46,39 % Ч, $p < 0,05$). Вірогідні гендерні розбіжності спостерігали за симптомом підвищеної сонливості: жінки переважно відчували її вранці і вдень (67,27% (Ж) та 28,87% (Ч), $p < 0,05$; 29,55% (Ж) та 18,56% (Ч) , $p < 0,05$). Чутливий сон з частими

пробудженнями вірогідно частіше був притаманний хлопцям (71,13 % (Ч) і 52,73% (Ж), $p < 0,05$). Достовірні гендерні розбіжності спостерігали за наявністю неприємних відчуттів в області серця (17,53 % (Ч), 25,45 % (Ж)) та головним болем, що пов'язаний з хвилюванням (34,02 % (Ч), 63,18 % (Ж), $p < 0,05$), зниженим апетитом (39,18% (Ч), 63,64% (Ж), $p < 0,05$), які також частіше зустрічались у жінок.

При порівнянні чоловіків та жінок достовірні відмінності ($p < 0,05$) були виділені за наступними психопатологічними ознаками. Стани запаморочення частіше виникали у жінок (24,55 % Ж, 8,25 % Ч, $p < 0,05$). Гіперестезія була характерна для більшої кількості чоловіків (32,99% Ч та 10,00% Ж, $p < 0,05$). Симптоми порушень сприйняття у вигляді парестезій достовірно переважали у студенток (25,77 % Ч, 59,09 % Ж, $p < 0,05$). Цікаво, що епізоди сприйняття без наявності реального подразника підтвердили 1,89% студентів основної групи, переважно це були слухові гіпнагогічні та гіпнопомпичні галюцинації, що виникали переважно під впливом психотравмуючих ситуацій, перевтоми. Відчуття змін соматичного «Я» виникало у 4,12 % студентів та у 1,82% студенток, $p \geq 0,05$. З боку порушень пам'яті для студентів найбільш характерними були зниження запам'ятовування почутого матеріалу - 65,30%, прикметно, що чоловіки вірогідно частіше гірше запам'ятовували прочитане (68,04%Ч та 50,45% Ж, $p < 0,05$). У переважної більшості жінок з НПР спостерігалось підвищене відволікання уваги (52,73% Ж та 18,56% чоловіків, $p < 0,05$). Сповільнення мислення частіше спостерігалось у чоловіків 46,39% аніж у жінок 28,64% (відповідь «ні» (53,61 % Ч, 71,36 % Ж, $p < 0,05$) на це запитання надала більшість жінок). Порушення розумової діяльності у вигляді зниження стійкості думки переважали у жінок (27,27 % Ж; 14,43 % Ч, відповідь «ні» (85,57 % Ч, 72,73 % Ж, $p < 0,05$) на це запитання надала більшість чоловіків). Надцінні ідеї були притаманними переважно чоловікам (25,77% Ч, 7,73% Ж, $p < 0,05$), заперечували їх наявність достовірно більша кількість жінок (92,27% Ж та 74,23% Ч, $p < 0,05$). Схильність до деталізації та абстрактних міркувань була більшою мірою притаманна чоловікам (20,62% Ч та 14,09% Ж) та (42,27 % Ч, 21,36 % Ж, $p < 0,05$) відповідно. Зниження інтелектуальних здібностей

відмічали в себе достовірно більша кількість чоловіків (25,77% Ч та 7,73% Ж, $p < 0,05$). Порушення з боку емоційної сфери такі як: перепади настрою (48,45% Ч та 83,18% Ж, $p < 0,05$), підвищена емоційна чутливість, вразливість (23,71% Ч, 49,55 % Ж, $p < 0,05$), слабкодухість, плаксивість (35,45 % Ж, 13,40 % Ч, $p < 0,05$), занепокоєння, внутрішню напруженість (66,82 % Ж, 48,45 % Ч, $p < 0,05$) – значною мірою реєстрували у жінок. В той час як в 2,5 рази більше чоловіків відмічали байдужість до себе і оточуючих (48,45 % Ч, 19,09 % Ж, $p < 0,05$).

Для визначення предикторів розвитку, формування непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти ми розробили модель мультиноміальної логістичної регресії та побудували дерево рішень. Для того, щоб перевірити наявність статистично значимого зв'язку між категорійною змінною «Група І» ($N=1235$) та іншими змінними ($N=152$), які були використані в розробленій нами «Уніфікованій карті обстеження студента» проведено тест χ^2 (хі-квадрат тест). Проведені χ^2 тест та ANOVA дали змогу визначити ті змінні, які мають взаємозв'язок за змінною "group.I". Такими змінними є: вік, спеціальність і т.д. (загалом їх 92). В результаті проведення дисперсійного аналізу ми отримали статистично значимі результати (ANOVA-тесту) між категорійною змінною «група І» та змінними що позначають всі шкали СБОО: 1. іпохондрії (Hs), $p < 2,2 \cdot 10^{-16}$; 2. депресії (D), $p < 2 \cdot 10^{-16}$; 3. істерії (Hy) , $p < 2 \cdot 10^{-16}$; 4. психопатії (Pd), $p < 2,89 \cdot 10^{-14}$; 6. паранояльності (Pa) , $p < 2 \cdot 10^{-16}$; 7. психастенії (Pt), $p < 2 \cdot 10^{-16}$; 8. шизоїдності (Sc), $p < 7,04 \cdot 10^{-16}$; 9. гіпотонії [манії] (Ma), $p < 1,95 \cdot 10^{-10}$; шкалою брехні (L), $p < 2,74 \cdot 10^{-11}$; шкалою вірогідності (F), $p < 4,66 \cdot 10^{-8}$; шкалою корекції (K), $p < 3,6 \cdot 10^{-13}$.

Встановлено, що для моделі мультиноміальної логістичної регресії, метою якої є оцінка ймовірності належності респондента до однієї з груп (значення змінної "group.I"), значимими предикторами є сімейний стан, наявність дітей, стосунки в сім'ї, нездатність пристосуватися до середовища, якість сну, низька продуктивність, підвищена втомлюваність, тютюнопаління, оцінка власного здоров'я, необхідність консультації лікаря, рівень тривоги, депресії, нейротизму.

Модель дерева рішень, побудована на тих же предикторах, що і модель мультиноміальної регресії, (схематичний рисунок) дає точність прогнозу 89,95% на навчальній вибірці і 87,1% на тестовій вибірці. Зважаючи на досить високу точність, обидві моделі (мультиноміальної логістичної регресії та дерева рішень) можуть бути рекомендовані для використання при комплексному оцінюванні анкет респондентів.

Аналізуючи вікову динаміку розповсюдженості НПР серед студентів закладів вищої освіти, виявлено, що найчастіше на НПР страждали 20 річні студенти – 28,39%, а найрідше – 24-28 річні – 2,84%. Це можна пояснити тим, що у вищих навчальних закладах навчаються переважно молоді люди віком від 17 до 22 років.

Аналізуючи віковий розподіл студентів з НПР відповідно діагностичних рубрик МКХ-10 виявлено, що для більшості характерні невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F 40.0-48.1). З віком зростає частка афективних розладів (F 30.0-34.1).

Вивчаючи частоту нозологій в загальній когорті обстежених студентів (N=1235) виявлено, що на всіх курсах переважали студенти з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F40-48.1) – на першому та третьому курсі були найвищі частки - 18,28%, на четвертому та п'ятому курсі – 14,17% відповідно, і найменша частка хворих з F40-48.1 була виявлена на другому курсі – 8,54%. Найвищий відсоток хворих з афективними розладами (F 30.0-34.1) навчався на п'ятому та шостому курсах, і склав – 10,60% та 20,00% відповідно. Що свідчить про вікову залежність даних розладів та підвищений рівень стресу, який пов'язаний із закінченням навчання у ВУЗі та необхідність виходу на роботу. Поведінкові синдроми, пов'язані із фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками (F50-51.4) найчастіше діагностували у студентів другого курсу 3,05% обстежених, а розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих (F60-60.7) - діагностовано у 3,97% студентів V курсу, що було найвищим показником з усіх курсів навчання.

Аналіз частоти виявлення НПР у студентів в залежності від кількості обстежених студентів на курсі, можна зауважити, що найбільша кількість студентів з НПР навчалися на 5 курсі - 45 осіб, що становило 29,80% від 151 обстеженого студента п'ятого курсу і 14,20% від 317 студентів у яких виявлено НПР, це можна пояснити підвищенням рівня дистресу у даної когорти студентів у зв'язку з необхідністю вибору вузької спеціалізації, відповідальністю перед майбутньою роботою, випускними іспитами, частою необхідністю додаткової роботи в поєднанні з навчанням. Також високою виявилась поширеність НПР серед студентів I курсу - 73 особи, що становило 27,24% від 268 обстежених студентів I курсу і 23,03% від усіх студентів основної групи. Прикметно, що переважали невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади - 67,12%, що можна пояснити зміною умов навчання, проживання, новою системою освіти, високими вимогами до сучасного студента, розладами адаптації.

Аналізуючи поширеність НПР серед студентів в залежності від форми навчання виявлено, що 135 (42,58%) студентів навчалися на бюджетній формі та 182 (57,42%) - на контрактній формі навчання, що підтверджує гіпотезу про незначний вплив форми навчання на формування НПР у молоді.

Провівши аналіз динаміки частоти студентів всіх курсів порівняльної групи, в яких спостерігалось збільшення рівня за психодіагностичними шкалами, виявлено, що найбільше рівень ситуативної тривоги підвищився на порядок (тобто з легкого рівня до помірного, з помірного рівня – до високого) за 1 рік спостереження в динаміці, серед студентів II курсу – 32,56%, а найменше у студентів IV курсу – 18,09% осіб. Найбільше рівень особистісної тривожності збільшився на порядок у студентів III курсу – 39,02%, а найрідше РОТ підвищувався у студентів IV курсу – 17,45%.

Аналізуючи частоту посилення алекситимії серед студентів контрольної групи встановлено, що її рівень найчастіше підвищувався на III курсі навчання - 25,85%, а найрідше, даний показник підвищувався у студентів IV курсу – 8,00%. Рівень депресії за шкалою Цунга найчастіше підвищувався у студентів IV курсу – 13,82% осіб, а найрідше на IV курсі – у 8,72% студентів порівняльної групи.

Рівень нейротизму підвищився на порядок у 7,64% студентів IV курсу, і це був найбільший показник серед усіх обстежених студентів контрольної групи. Прикметно, що нарідше рівень нейротизму зростав у студентів V курсу – 0,94%.

Розглядаючи аспект впливу обраної спеціальності на розвиток НПР у студентів-медиків отримано наступні результати: спеціальність «Стоматологія» - 47 осіб з НПР і це становить 21,96% від 214 обстежених стоматологів; спеціальність «Лікувальна справа» - 142 (24,82%) з 572 обстежених; спеціальність «Педіатрія», «Медична психологія» - 32 (48,48%) хворих з 66 обстежених студентів цих спеціальностей.

Студентів національного університету, для зручності, ми згрупували за спеціальностями (факультетами) та отримали наступні результати: інженерно-технічний факультет - у 7 студентів з 28 обстежених виявлено НПР, що склало 25,0%; факультет математики та інформатики - 19 (26,02%) хворих з 73 обстежених; філософсько-теологічний факультет - 3 (9,68%) осіб з НПР з 31 обстеженого; факультет педагогіки, психології та соціальної роботи - 48 (29,63%) студентів з НПР з 162 обстежених; факультет історії, політології та міжнародних відносин - 13 (19,12%) хворих з 68 обстежених; економічний факультет - 6 (28,57%) студентів з НПР з 21 обстеженого. Отже найбільшу схильність до розвитку НПР виявили у студентів спеціальностей «Педіатрія» та «Медична психологія» - 48,48%, а найменшу - у студентів філософсько-теологічного факультету - 9,68%. Що, відповідно до нашої гіпотези, пояснюється особистісними характеристиками молодих людей, що обирають ту чи іншу спеціальність.

Аналізуючи структуру НПР, що виникли за вказаний період у даного контингенту, то вона була вужчою у порівнянні з виявленими хворими при первинному обстеженні. Більшість студентів у яких при первинному обстеженні не було виявлено психічної патології залишилися практично здоровими і через рік (858 осіб, 93,46 %). Головним чином, нові випадки НПР були представлені афективними розладами (F30.0, F32.0, F34.0) та невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F40.1, F41.2, F42.0, F43.20, F43.21,

F43.22). достовірних відмінностей між частотою нових випадків НПР у чоловіків та жінок виявлено не було. Виключення склали невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади разом (F40-49). так, діагноз залишався незмінним протягом року здебільшого у чоловіків (в 1,3 рази), ніж у жінок ($p < 0,05$). Прикметно, що невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади разом (F40-49), які діагностовано вперше, частіше виникали у студентів, що навчались на першому та п'ятому курсах (36,43 %, 43,57 % відповідно, $p < 0,05$).

В переважній більшості студентів було діагностовано помірний РСТ, хоча високий РСТ був більше характерний для студенток – 28,96% проти 23,56% у хлопців, а низький РСТ – для студентів – 23,56% проти 17,24% у дівчат ($p < 0,05$). Прикметно, що абсолютні середні значення РСТ також були вищими у жінок – 39,48 бали аніж у чоловіків – 38,6 бали.

Для чоловіків з НПР характерним є вищий РСТ в порівнянні з жінками цієї ж групи, середні абсолютні значення РСТ у жінок – 45,9 бали, у чоловіків основної групи – 47,44 бали, що підтверджує нашу гіпотезу стосовно того, що жінки легше переносять стресові ситуації, хоча мають вищий рівень фонові, особистісної тривожності. В основній групі переважали студенти з високим РОТ 66,88% та високим РСТ 56,47%, а в порівняльній групі значно більше було студентів з середніми РОТ (55,8%) та РСТ (58,4%). Достовірних відмінностей в терапевтичній та контрольній групах при первинному опитуванні не виявлено ($p \geq 0,05$), що вказує на те, що у осіб з НПР переважає високий рівень особистісної тривожності та ситуативної тривоги. Проведене лікування достовірно знизило рівень особистісної тривожності та ситуативної тривоги у студентів ІА групи, в порівнянні з РОТ та РСТ студентів ІБ групи ($p < 0,05$).

В основній групі (N=317) ВРА виявлено у 127 (40,06%) при первинній діагностиці та у 62 (19,60%) студентів через рік ($p < 0,05$), що вказує на ефективність проведеної нами терапії. Серед студентів без НПР більшість були без проявів алекситимії – 614 (66,88%), ТРА виявлено у 227 (24,73%) осіб, ВРА діагностовано у 77 (8,39%) здорових молодих людей. Аналізуючи гендерний аспект алекситимії в загальній вибірці виявлено, що ВРА притаманний в більшій

мірі чоловікам – 65 (17,81%) в порівнянні з 139 (15,98%) жінок при первинному обстеженні, прикметно, що при повторному обстеженні ВРА був діагностований у незначно більшої кількості жінок 14,37% проти 13,97% хлопців. Виявлено достовірні відмінності у частоті ВРА у чоловіків в основній та порівняльній групах – 42,27% та 8,96% відповідно. Серед жінок були виявлені подібні результати: НРА у 32,73% осіб I групи та 68,00% - II групи, а ВРА відповідно у 39,09% та 8,15% ($p < 0,05$).

Аналізуючи частоту виявлення ВРА у студентів з НПР виявлено, що найбільше схильні до алекситимічних проявів пацієнти з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F 40.0-48.1) – 55,12%, а найменше – з поведінковими синдромами пов'язаними з фізіологічними порушеннями та фізичними чинниками (F 50.0-51.4) – 7,87%.

Розглядаючи гендерні відмінності рівнів алекситимії в загальній вибірці достовірних відмінностей виявлено не було. У чоловіків з НПР достовірно більший відсоток осіб з НРА був виявлений при повторному обстеженні – 55,67% (II) та 22,68% (I обстеження) ($p < 0,05$). Прикметно, що при первинному обстеженні виявлено достовірні відмінності рівня алекситимії у чоловіків: НРА в основній групі – 22,68% та в порівняльній групі – 64,18% ($p < 0,05$); ВРА мав протилежну тенденцію – 42,27 % в основній групі та 8,96% ($p < 0,05$). При первинному обстеженні виявлено достовірні відмінності рівня алекситимії у жінок: НРА в основній групі – 32,73% та в порівняльній групі – 68,00% ($p < 0,05$); ВРА мав протилежну тенденцію – 39,09 % в основній групі та 8,15% ($p < 0,05$). Отже для жінок характерним було достовірне зниження рівня алекситимії в основній групі.

Дослідивши кореляцію рівня алекситимії та шкал СБОО в загальній вибірці (N=1235) виявлено достовірну залежність за всіма шкалами СБОО, і лише за шкалою брехні (L) та шкалою корекції (K) – виявлено від'ємну кореляцію ($p < 0,05$), що свідчить про те, що при підвищенні балів за СБОО (результат прямує до більшої виразності тієї чи іншої риси особистості) збільшується і рівень алекситимії (не вміння виражати словами власні почуття і емоції) і навпаки.

Встановлено статистично значимі результати щодо зв'язку рівня алекситимії з рівнями особистісної тривоги, ситуативної тривожності та рівнем депресії, тобто при зростанні рівня алекситимії зростає рівень депресії та тривоги, і це ми враховували при побудові профілактичних заходів у студентів та при лікуванні НПР та оцінці його ефективності.

В результаті дослідження встановлено, що серед студентів з непсихотичними психічними розладами достовірно частіше в зустрічалися особи з депресивними (29,02 %), паранояльними (22,71 %), психастенічними (23,34 %) та істеричними (15,46 %) рисами особистості, що необхідно враховувати при ранній діагностиці та побудові психотерапевтичної програми для даного контингенту хворих.

Аналізуючи кореляційні зв'язки шкал СБОО з рівнем особистісної тривоги, ситуативної тривожності, алекситимії, депресії та нейротизму в загальній вибірці, виявлено достовірний прямий кореляційний зв'язок за всіма позиціями і лише за шкалою брехні (L) та шкалою кореляції (K) – достовірний зворотній зв'язок, що свідчить про високий рівень достовірності отриманих результатів.

Достовірних розбіжностей у рівні нейротизму в гендерному аспекті не виявлено, проте достовірно більше студентів обох статей основної групи мали ВРН ($p < 0,05$). При первинному обстеженні виявлено достовірні відмінності в середніх значеннях нейротизму в основній групі $21,39 \pm 0,49$ бали, в порівняльній групі $10,17 \pm 0,25$ бали ($p < 0,001$). При повторному обстеженні отримано подібні результати: $17,54 \pm 0,43$ бали та $10,37 \pm 0,23$ бали відповідно ($p < 0,001$). Таким чином, можна розглядати рівень нейротизму як достовірний фактор формування НПР у студентів закладів вищої освіти. Високий рівень нейротизму характерний для студентів з непсихотичними психічними розладами, зокрема з поведінковими синдромами пов'язаними з фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками у 65,0% осіб

Аналізуючи фактори, що впливають на формування НПР у студентів закладів вищої освіти встановлено, що більшість осіб з НПР проживали вдома 48,26%, в той час, як в порівняльній групі проживали вдома лише 39,22%

($p < 0,05$). В гуртожитку або на винайманих квартирах проживало 51,74% студентів основної групи та 60,78% - порівняльної ($p < 0,05$). Проживання на самоті також суттєво збільшує ризик виникнення НПР, а саме в 2,21 рази. Відсутність перспективи лякала 37,85% обстежених основної групи, що достовірно більше за кількість студентів без НПР – 26,03% ($p < 0,05$). Що можна пояснити високим рівнем тривожності даної когорти пацієнтів, і їх песимістичним поглядом на життя. Встановлено, що 27,44% студентів основної групи вважають, що вони нездатні пристосуватися до середовища, в порівняльній групі такої думки про себе лише 7,95% осіб ($p < 0,05$), що також свідчить про низький рівень адаптації, самооцінки та песимізм студентів з НПР. Достовірно більше студентів з НПР визнали міжособистісні конфлікти в колективі, як актуальну проблему – 30,28%, в той час як тільки 17,97% здорових студенти відмітили дану проблему ($p < 0,05$). Труднощі в засвоєнні нових норм і правил, відчуття ізоляції серед оточуючих також мали достовірні відмінності в обох групах – 23,97%, 25,24% в I групі та 10,35%, 10,78% в II групі ($p < 0,05$), що дає змогу розцінювати ці проблеми, як достовірні фактори формування НПР і це необхідно враховувати при побудові профілактичної та лікувальної стратегії.

Наявність конфліктів з друзями, сімейних конфліктів та службових конфліктів в мікрогрупі на 19,08%, 15,92% та 14,92% більше впливали на появу НПР при відносному ризику 2,39, 1,79 та 2,59 та співвідношенні шансів 3,07, 2,24 та 3,10 відповідно. Це свідчить, що конфлікти з друзями у 3,07 рази збільшує розвиток НПР, сімейні конфлікти – в 2,24 рази та конфлікти в групі збільшує появу НПР. Прикметно, що 61 особа (19,24%) основної групи звертались до ворожок, знахарів і лише 2,94% студентів зверталися за подібною допомогою ($p < 0,05$), що може свідчити про схильність осіб з містичним мисленням до розвитку НПР. Найвищий показник співвідношення ризиків розвитку НПР був у студентів, що зверталися до ворожок, мольфарів і становив 8,17 (95% ДІ 5,06-13,21), додатковий ризик 16,41%, відносний ризик - 6,79 (95% ДІ 5,71-8,09), що свідчить про високу поширеність містичного мислення серед студентів західного регіону.

Конфлікти в сім'ї виділили як актуальну проблему 35,96% студентів з НПР та 20,15% здорових студентів ($p < 0,05$), що свідчить про значний негативний вплив фонових стресів (сімейних конфліктів) на формування НПР. В основній групі 32,81% студентів мали конфлікти з друзями і 24,29% осіб мали проблемні стосунки в групі; в порівняльній групі були наступні результати – 13,83% та 9,48% відповідно ($p < 0,05$). Виявлено достовірний вплив релігійного фактору на формування НПР, так 18,93% студентів основної групи відзначили його як актуальну соціальну проблему і лише 5,77% осіб порівняльної групи визнали релігійний фактор, як значиму проблему ($p < 0,05$). Релігійний фактор, який включав у себе міжконфесійні чвари, нерозуміння близьких людей щодо обраного віросповідання і т.п., збільшував ризик виникнення НПР у 3,89 рази. Атрибутивний ризик при цьому становив 13,26% при відносному ризику – 3,34 (95% ДІ 2,73-4,09) та співвідношенні шансів – 3,89 (95% ДІ 2,62-5,78). Прикметно, що більше студентів з НПР відмітили порушення сексуальних стосунків, як актуальну соціальну проблему 28,71% проти 8,28% осіб без НПР ($p < 0,05$), що можна розцінювати як симптом захворювання або як фактор, що привів до НПР. У більшості студентів вище згадана проблема проявилася після початку захворювання. Наявність порушень сексуальних стосунків на 20,75% більше впливала на появу розладів при відносному ризику 3,61 та співвідношенні шансів 4,66. Це свідчить, що даний стресовий чинник у 4,66 рази збільшував ймовірність розвитку НПР.

Аналізуючи результати успішності навчання в основній групі виявлено достовірне покращення успішності в І А (терапевтичній) групі на відмінно-добре навчалися 31,43% студентів, після проведеного лікування - 38,10% ($p < 0,05$) та І Б (контрольній групі) – на відмінно-добре навчалися 28,97%, а через рік (без лікування) – 14,95% ($p < 0,05$), тобто успішність студентів з НПР які відмовились від запропонованого лікування, суттєво погіршилась і це також варто враховувати при проведенні мотиваційної роботи з приводу терапії молодих людей.

Нами встановлено, що до преморбідних факторів ризику можна віднести: шкільні проблеми у 110 осіб (34,70%) та у 219 (23,90%) обстежених без НПР

($p < 0,05$); емоційні проблеми у 151 (47,63%) та у 328 (35,70%) відповідно ($p < 0,05$). Зраду друзів пережили 171 (53,94%) хворий з НПР та 389 (42,40%) здорових студенти ($p < 0,05$).

Вирахувавши коефіцієнти множинної лінійної регресії впливу особистісних факторів на число симптомів психічних розладів у студентів встановлено, що погіршення психічного стану студентів пов'язано з наявністю достовірних коефіцієнтів множинної лінійної регресії за показниками оціночних шкал СБОО, а саме: шкала 1. іпохондрія (Hs) (з РСТ, $p \leq 0,02$), шкала 2. депресії (D) (з РОТ, $p \leq 0,005$; з рівнем депресії, $p < 0,0001$), шкала 3. істерії (Hy) (з рівнем депресії, $p \leq 0,009$), шкала 4. психопатії (Pd) (з рівнем депресії, $p \leq 0,0007$), шкала 6. паранойяльності (Pa) (з РСТ, $p \leq 0,01$; рівнем алекситимії, $p \leq 0,02$; рівнем нейротизму, $p \leq 0,03$), шкала 7. психастенії (Pt) (з РОТ, $p \leq 0,001$; з рівнем нейротизму, від'ємні показники, $p \leq 0,04$), шкала 8. шизоїдності (Sc) (з рівнем алекситимії, $p \leq 0,005$; з рівнем депресії, $p \leq 0,01$), шкала 9. манії (Ma) (з РОТ, $p \leq 0,04$; з рівнем нейротизму, $p \leq 0,003$), шкала брехні (L) (з негативними значеннями з рівнем депресії $p \leq 0,04$; з рівнем нейротизму, $p \leq 0,0001$), шкала корекції (K) (з негативними значеннями з рівнем нейротизму $p \leq 0,0001$ та РОТ, $p \leq 0,003$). У той же час для студентів з високим рівнем скарг на психічний стан характерні більш низькі показники оціночних шкал СБОО, що свідчить про їх відкритість, досить адекватну самооцінку, бажання отримати допомогу.

Аналізуючи види та прояви стресу пов'язаного з навчанням та шляхи його подолання у студентів закладів вищої освіти встановлено, що найвищі середні значення в основній та порівняльній групах мали наступні прояви стресу: поганий сон – 5,46 та 4,65 бали; відчуття постійної нестачі часу - 5,68 та 5,57 бали; втрата впевненості, зниження самооцінки - 5,07 та 3,53 бали відповідно. При повторному обстеженні виявлено, що проведення лікування веде до зниження середніх значень проявів стресу у студентів з НПР, і наближає їх до показників здорових молодих осіб. Зростання рівня стресу після проведеного лікування відмічали лише 5,71% студентів терапевтичної групи та 60,75% студентів контрольної групи ($p \leq 0,05$), що підтверджує ефективність запропонованого лікування на суб'єктивне

відчуття рівня стресу у студентів закладів вищої освіти. Встановлено, що достовірно більша кількість студентів з НПР при первинному обстеженні в якості засобів зняття стресу використовували цигарки 34,38% проти 13,18 % студентів без НПР та алкоголь 26,81% та 13,73% відповідно ($p < 0,05$). При повторному обстеженні, через рік, виявлено що вживання алкоголю зменшилося від 26,81% до 18,30% студентів з НПР, а цигарок від 34,38% до 25,87% ($p < 0,05$). В статевому розподілі, для чоловіків основної та порівняльної груп найхарактернішими прийомами зняття стресу були: сон – 65,98% та 64,18%, спілкування з друзями – 54,64% та 50,75%, хобі – 54,64% та 47,76% ($p \geq 0,05$). Достовірно більше хлопців з НПР знімали стрес цигарками – 52,58%, в той час як у порівняльній групі палили лише 19,03% молодих людей ($p < 0,05$). Прикметно, що більша кількість дівчат з НПР обирали якості способу боротьби зі стресом: сон – 72,27%, прогулянки на свіжому повітрі – 64,09% та смачну їжу – 60,91%, студентки порівняльної групи також надавали перевагу сну – 74,15%, прогулянкам – 62,77%, смачній їжі – 54,31% ($p \geq 0,05$). Прикметно, що достовірна різниця була виявлена у вживанні цигарок студентками основної та порівняльної груп – 26,38% та 10,77% відповідно ($p < 0,05$).

В ході дослідження встановлено, що питома частка курців в основній групі вища на всіх курсах, найбільша вона на IV курсі – 42,42%, і вже на п'ятому знижується до 37,78%. В порівняльній групі вона з кожним роком зростає від 4,62% на першому курсі до 18,90% на п'ятому. Комплексне лікування студентів з НПР зменшило частоту паління в 2,09 рази, з 33,80% до 16,19% ($p < 0,05$), що вказує на його високу ефективність.

Система діагностики, профілактики, психотерапії та фармакотерапії непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти базувалась на концепції комплексного, багаторівневого впливу, побудованої на основі біопсихосоціальної моделі, а також пов'язаних з нею принципах системності, етапності, сукупності, диференційованості та індивідуальності терапевтичних втручань. Комплексність впливу дозволила максимально інтенсифікувати розроблені заходи за рахунок взаємного посилення ефектів різних заходів,

напрямків і технік психопрофілактичної, психотерапевтичної та психофармакологічної роботи. Застосовували диференційованість та індивідуальний підхід з урахуванням усіх властивих конкретному пацієнту психічних, психодіагностичних, соціальних ознак.

Ефективність лікування визначали за психодіагностичними шкалами: тест Спілбергера-Ханіна (визначали рівень ситуативної тривоги (РСТ), та рівень особистісної тривожності (РОТ)); Торонтська алекситимічна шкала, шкала самооцінки депресії Цунга; методика експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса. Ефективним вважався той метод лікування, при якому кількість балів за шкалами зменшувалася в динаміці. У випадку, якщо кількість балів збільшувалася або не змінювалася в динаміці, вважали, що даний метод лікування не ефективний для певного конкретного пацієнта.

За рівнем особистісної тривожності КМЕ (ІА група) = $103:177=0,58$; КМЕ (ІБ група) = $3:33 = 0,09$. КМЕ (ІА група) > КМЕ (ІБ група) в 6,4 рази. Тобто, впровадження комплексної диференційованої психотропної терапії в традиційний комплекс лікування покращило редукцію тривожних розладів у хворих з НПР у 6,4 рази, що підтверджено за результатами тесту Спілбергера-Ханіна. Рівень алекситимії знизився на порядок у 98 (55,38%) хворих ІА групи та 6 (18,18%) студентів ІБ групи ($p<0,05$). КМЕ (ІА група) = $98:177=0,55$; КМЕ (ІБ група) = $6:33=0,18$. КМЕ (ІА група) > КМЕ (ІБ група) в 3,05 рази.

Рівень депресії знизився на порядок у 160 (90,40%) студентів «комплексної» групи та у 16 (48,48%) хворих «стандартної» групи ($p<0,05$). КМЕ (ІА група) = $160:177=0,90$; КМЕ (ІБ група) = $16:33=0,48$. КМЕ (ІА група) > КМЕ (ІБ група) в 1,88 рази. Рівень нейротизму знизився на порядок у 79 (44,63%) студентів ІА групи та у 4 (12,12%) ІБ групи ($p<0,05$). КМЕ (ІА група) = $79:177=0,45$; КМЕ (ІБ група) = $4:33=0,12$. КМЕ (ІА група) > КМЕ (ІБ група) в 3,75 рази.

Помірною виявилась ефективність лікування за абсолютними значеннями рівня ситуативної тривоги: ЗАР після проведеного лікування становив 12,17 %, ЗВР – 13,38 % (95 % ДІ 7,33-21,74) при МКХ – 7,47 (95 % ДІ 3,06-14,66); за ступенем важкості рівня ситуативної тривоги ЗАР після проведеного лікування

становив 23,93 %, ЗВР – 27,33 % (95 % ДІ 18,86-37,19) при МКХ – 3,66 (95 % ДІ 0,89-9,54).

Ефективність лікування за абсолютними показниками рівня особистісної тривожності була наступною: ЗАР становив 7,91 %, ЗВР – 10,61 % (95 % ДІ 5,31-18,39) при МКХ – 9,43 (95 % ДІ 4,41-17,05); за ступенем важкості РОТ: ЗАР – 24,09 %, ЗВР – 25,68 % (95 % ДІ 17,44-35,42), МКХ – 3,89 (95 % ДІ 0,95-9,99).

ЗАР після проведеного лікування становив 49,10 %, ЗВР – 84,38 % (95 % ДІ 75,73-90,89) при МКХ – 1,19 (95 % ДІ 0,03-5,93); за ступенем важкості рівня депресії ЗАР після проведеного лікування становив 37,19 %, ЗВР – 67,16 % (95 % ДІ 57,02-76,26) при МКХ – 1,49 (95 % ДІ 0,04-6,72). Тобто для досягнення одного позитивного результату необхідно пролікувати 1,19-1,49 пацієнтів, що свідчить про високу ефективність запропонованого нами комплексного лікування.

У пацієнтів які отримували запропоноване нами комплексне лікування відмічалось достовірне зменшення частоти проявів симптомів депресії, натомість у групі студентів, які отримували стандартне лікування зазначені показники не мали достовірного зниження, що свідчить про вищу ефективність запропонованої нами комплексної диференційованої терапії, в порівнянні зі стандартним лікуванням. Ефективність лікування в комплексній групі достовірно вища ($p < 0,05$).

Для лікування НПР у студентів, доцільним є застосування: психоедукації, психотерапевтичних програм, що включають у себе елементи раціональної, когнітивно-поведінкової, системної сімейної, гештальт, клієнт-центрованої психотерапії, аутогенного тренування - спрямованість і зміст яких були диференційовані в залежності від виявлених особистісних особливостей, соціального статусу, преморбідних та актуальних психотравмуючих обставин, тощо та фармакотерапії. Психокорекцію та тренінгові програми, використовували здебільшого на етапі реабілітації та в якості профілактичних заходів.

Система психопрофілактики НПР повинна включати заходи первинної психопрофілактики - спрямована на запобігання виникнення цих захворювань у здорових осіб шляхом проведення соціально-гігієнічних і медичних заходів щодо

зміцнення здоров'я; вторинної - рання діагностика НПР, своєчасне та адекватне їх лікування; третинної психопрофілактики - запобігання переходу легких та помірних форм НПР у важкі форми, а також уникнення ускладнення хвороби соціальною дисфункцією пацієнта.

Система комплексного диференційованого лікування неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти достовірно ($p < 0,01$) підвищує рівень допомоги даному контингенту хворих студентів у 2,23 рази ($PmA > PmB$ ($3,27 > 1,47$) в 2,23 рази), що підтверджено за допомогою психодіагностичних методів, шляхом розрахунку коефіцієнту медичної ефективності.

Запропонована комплексна диференційована система діагностики, профілактики, психокорекції/психотерапії, фармакотерапії та реабілітації неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти довела свою ефективність і може бути рекомендована для впровадження в інших вищих навчальних закладах.

ВИСНОВКИ

1. У дисертації наведено теоретичне обґрунтування і нове рішення наукової проблеми менеджменту неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти, а саме розроблено патогенетично обґрунтовану систему діагностики, корекції, лікування та профілактики даної патології.
2. В основі формування неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти, лежить багатофакторна обумовленість, у якій біологічні, соціальні і психологічні фактори виступають нерозривним комплексом, що визначає специфіку патогенезу та синдромогенезу неспсихотичних психічних розладів у студентів.
3. Встановлено клініко-психопатологічну структуру та феноменологію неспсихотичних психічних розладів у студентів ЗВО.
- 3.1. Структура неспсихотичних психічних розладів представлена невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F 40-48.1) 187 (58,99%), афективними розладами настрою (F30-34.1) – 79 (24,92 %), розладами зрілої особистості і поведінки у дорослих (F60-60.7) - 31 (9,78 %), поведінковими синдромами, пов'язаними із фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками (F50-51.4) - 20 (6,30 %), що мають свою специфіку і варіанти плину. Зокрема в статевому розподілі - афективні розлади діагностовано у 23 чоловіків (23,71 %) та 56 жінок (25,45%), невротичні розлади були виявлені у 62 чоловіків (63,92 %) та 125 жінок (56,82%), поведінкові синдроми - у 3 (3,09 %) та 17 (7,73 %) відповідно, розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих діагностовано у 9 чоловіків (9,28 %) та 22 жінок (10,00 %).
- 3.2. Серед основних скарг у чоловіків з НПР були: знижений настрій – 33 (86,84 %), млявість, тривожність і занепокоєння про майбутнє - 30 осіб (78,95 %); вегетативні прояви: тахікардія, тахіпное, пітливість, сухість у роті, епігастральний біль, нудота, гіперемія, утруднене ковтання) у 28 студентів (73,68 %); внутрішня напруга (тремтіння, відчуття ознобу, неможливість розслабитися, головний біль) – 24 (63,16 %); порушення сну – 27 (71,05 %). У жінок серед скарг переважали: знижений настрій – 77 осіб (90,59 %), втомлюваність - 74 (87,06 %); зниження

енергійності і працездатності – 74 (87,06 %); інтелектуальна загальмованість – 68 (80,00 %); порушення сну – 70 (82,35 %); зниження апетиту і схуднення - 56 (65,88 %); фобії – 48 (56,47 %); вегетативні прояви: тахікардія, тахіпное, пітливість, сухість у роті, епігастральний біль, нудота, гіперемія, утруднене ковтання) – 45 (52,94 %).

3.3. Основними психопатологічними ознаками НПР у студенток були стани запаморочення (24,55 % жінок, 8,25 % чоловіків, $p < 0,05$), підвищене відволікання уваги (52,73% жінок та 18,56% чоловіків, $p < 0,05$), парестезії (25,77 % чоловіків, 59,09 % жінок, $p < 0,05$), перепади настрою (48,45 % чоловіків та 83,18 % жінок, $p < 0,05$), слабкодухість, плаксивість (35,45 % жінок, 13,40 % чоловіків, $p < 0,05$), занепокоєння, внутрішню напруженість (66,82 % жінок, 48,45 % чоловіків, $p < 0,05$). Для більшої кількості чоловіків були характерні наступні психопатологічні ознаки: гіперестезія (32,99 % чоловіків та 10,00 % жінок, $p < 0,05$), гіпомнезія (68,04 % чоловіків та 50,45 % жінок, $p < 0,05$), сповільнення мислення (відповідь «ні» (53,61 % чоловіків, 71,36 % жінок, $p < 0,05$), надцінні ідеї (25,77 % чоловіків, 7,73 % жінок, $p < 0,05$).

4. Вивчено вікову динаміку розповсюдженості і структури непсихотичної психічної патології у студентів закладів вищої освіти.

4.1. Найчастіше на НПР страждали 19-20 річні студенти – 28,39 %, а найрідше – 24-28 річні – 2,84 %. На всіх курсах переважали студенти з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F40-48.1) – на першому та третьому курсі були найвищі частки - 18,28 %, на четвертому та п'ятому курсі – 14,17 % відповідно, і найменша частка хворих з F40-48.1 була виявлена на другому курсі – 8,54 %. Найвищий відсоток хворих з афективними розладами (F30.0-34.1) навчався на п'ятому та шостому курсах, і склав – 10,60 % та 20,00% відповідно. Поведінкові синдроми, пов'язані із фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками (F50-51.4) найчастіше діагностували у студентів другого курсу 3,05 % обстежених, а розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих (F60-60.7) - діагностовано у 3,97 % студентів V курсу, що було найвищим показником з усіх курсів навчання.

4.2. Найбільшу схильність до розвитку НПР мають студенти спеціальностей «Педіатрія» та «Медична психологія» - 48,48 %, а найменшу - студенти філософсько-теологічного факультету - 9,68 %. Що, відповідно до нашої гіпотези, пояснюється індивідуальними особистісними характеристиками молодих людей, що обирають певну спеціальність, а також специфікою навчання на обраному факультеті.

5. У студентів з НПР переважав високий рівень особистісної тривожності та ситуативної тривоги, депресії, алекситимії та нейротизму. Статистично значимі результати щодо кореляційного зв'язку рівня алекситимії з рівнями особистісної тривоги, ситуативної тривожності та рівнем депресії, тобто при зростанні рівня алекситимії зростає рівень депресії та тривоги, і це ми враховували при побудові профілактичних заходів у студентів та при лікуванні НПР та оцінці його ефективності.

5.1. Погіршення психічного стану студентів пов'язано з наявністю достовірних коефіцієнтів множинної лінійної регресії за показниками оціночних шкал СБОУ. Серед студентів з неспсихотичними психічними розладами переважали особи з депресивними (29,02 %), паранояльними (22,71 %), психастенічними (23,34 %) та істеричними (15,46 %) радикалами, що необхідно враховувати при ранній діагностиці та побудові психотерапевтичних програм для даного контингенту хворих. У той же час для студентів з високим рівнем скарг на психічний стан характерні більш низькі показники оціночних шкал СБОУ, що свідчить про їх відкритість, досить адекватну самооцінку, бажання отримати допомогу.

6. Визначено вплив соціально-психологічних факторів на розвиток неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти.

6.1. Розроблено математичну модель впливу різних чинників на рівень психічного здоров'я, що підтвердила свою адекватність і дозволила розглядати динаміку психічного стану студентів у взаємозв'язку з психологічними, соціально-психологічними, преморбідними і особистісними факторами. Згідно регресійній моделі були виділені фактори, які неоднозначно впливають на рівень психічного здоров'я студентів, зокрема на формування неспсихотичних психічних

розладів у студентів закладів вищої освіти. На підставі проведеного багатофакторного регресійного аналізу розроблені математичні моделі, що з високим ступенем вірогідності ($p < 0,01$) дозволяють прогнозувати зміну психічного стану студентів на кожному курсі.

6.2. Встановлено, що для моделі мультиноміальної логістичної регресії, значимими предикторами розвитку НПР є сімейний стан, наявність дітей, стосунки в сім'ї, нездатність пристосуватися до середовища, якість сну, низька продуктивність, підвищена втомлюваність, тютюнопаління, оцінка власного здоров'я, необхідність консультації лікаря, рівень тривоги, депресії, нейротизму. Модель дерева рішень, побудована на тих же предикторах, що і модель мультиноміальної регресії, дає точність прогнозу 89,95 % на навчальній вибірці і 87,10 % на тестовій вибірці. Зважаючи на досить високу точність, обидві моделі (мультиноміальної логістичної регресії та дерева рішень) можуть бути рекомендовані для використання при комплексному оцінюванні анкет респондентів.

6.3. Преморбідні фактори ризику розвитку НПР які необхідно враховувати при проведенні діагностики: зрада друзів 171 (53,94 %) хворий з НПР та 389 (42,40 %) здорових студенти ($p < 0,05$); емоційні проблеми у 151 (47,63 %) та у 328 (35,70 %) відповідно ($p < 0,05$); шкільні проблеми у 110 осіб (34,70 %) та у 219 (23,90 %) обстежених без НПР ($p < 0,05$).

7. Розроблено і впроваджено комплексну систему діагностики, профілактики, психокорекції/психотерапії, лікування непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти та оцінено ефективність запропонованої системи заходів.

7.1. Для лікування НПР у студентів, доцільним є застосування: психоедукації, психотерапевтичних програм, що включають у себе елементи раціональної, когнітивно-поведінкової, системної сімейної, гештальт, клієнт-центрованої психотерапії, аутогенного тренування - спрямованість і зміст яких були диференційовані в залежності від виявлених особистісних особливостей, соціального статусу, преморбідних та актуальних психотравмуючих обставин,

тощо та фармакотерапії. Психокорекцію та тренінгові програми, використовували здебільшого на етапі реабілітації та в якості профілактичних заходів.

7.2. Система психопрофілактики НПР повинна включати заходи первинної психопрофілактики - спрямована на запобігання виникнення цих захворювань у здорових осіб шляхом проведення соціально-гігієнічних і медичних заходів щодо зміцнення здоров'я; вторинної - рання діагностика НПР, своєчасне та адекватне їх лікування; третинної психопрофілактики - запобігання переходу легких та помірних форм НПР у важкі форми, а також уникнення ускладнення хвороби соціальною дисфункцією пацієнта.

7.3. Система комплексного диференційованого лікування неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти достовірно ($p < 0,01$) підвищує рівень допомоги даному контингенту хворих студентів у 2,23 рази ($PmA > PmB$ ($3,27 > 1,47$) в 2,23 рази), що підтверджено за допомогою психодіагностичних методів, шляхом розрахунку коефіцієнту медичної ефективності. Запропонована комплексна диференційована система діагностики, профілактики, психокорекції/психотерапії, фармакотерапії та реабілітації неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти довела свою ефективність і може бути рекомендована для впровадження в інших вищих навчальних закладах.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Практична значущість результатів дисертаційного дослідження полягає у поліпшенні якості діагностики та медико-психологічної та психіатричної допомоги студентам з НПР (зокрема кваліфікованої, спеціалізованої). В ході дисертаційної роботи розроблено та впроваджено у клінічну практику методи комплексного діагностичного дослідження різних форм і типів НПР. Проаналізовано та використано в лікувально-діагностичній роботі методи системного аналізу факторів ризику формування НПР.

Створено та модифіковано методики, спрямовані на оцінку психічного стану студентів, їх психологічних властивостей та соціально-психологічних факторів в умовах масового обстеження, уточнено межі їх нормативних значень, що дозволяє використовувати їх для виділення груп осіб із підвищеним ризиком формування психічних розладів (5 патентів України на винахід та 28 рацпропозицій БДМУ).

Виділено індивідуально-психологічні, соціально-психологічні фактори ризику формування НПР у студентів із урахуванням статі, віку, курсу навчання та спеціальності.

При проведенні лікування та профілактики непсихотичних психічних розладів у студентів ЗВО, і реабілітації цих пацієнтів, повинні враховуватися отримані нами дані про вплив на формування клінічної структури психопатології: з переважанням депресивних та психастенічних рис особистості за СБОО, а також їх поєднань; високого рівня особистісної тривожності та ситуативної тривоги за тестом Спілбергера-Ханіна; високого або помірного рівня депресії за шкалою Цунга, високого рівня алекситимії та нейротизму. Це надає можливість оптимізувати психіатричну допомогу особам із зазначеними розладами шляхом планування диференційованих лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

Для терапії НПР у студентів закладів вищої освіти, доцільним є використання наступного лікувального комплексу: фармакотерапії, психотерапевтичних програм, що включають у себе раціональну психотерапію,

спрямовану на мобілізацію захисних сил особистості для боротьби з хворобою; групову психотерапію, спрямовану на корекцію поведінкових реакцій, особистісно-орієнтовану психотерапію, спрямовану на формування адекватної самооцінки, розкриття і переробку внутрішньоособистісного конфлікту й аутогенне тренування, що сприяє посиленню процесів саморегуляції, самоконтролю, регуляцію порушень у вегетативній нервовій системі.

Виявлення виразних депресивних та психастенічних рис особистості за СБОО, високих рівнів особистісної тривожності, ситуативної тривоги, алекситимії та депресії є показанням для проведення первинної, вторинної та третинної профілактики НПР у студентів ЗВО і їх ускладнень у вигляді декомпенсації та соціальної дезадаптації.

Спрямованість диференційованої раціональної та інших видів психотерапії, окрім структури виявлених психопатологічних синдромів, значною мірою зумовлена рисами особистості: при переважанні депресивного типу психотерапія направлена на корекцію таких рис, як вразливість, тривожність, образливість, загальмованість; психастенічного типу - на корекцію настороженості, недовірливості, втомлюваності, образливості.

Виходячи з отриманих результатів дослідження: при депресії легкого ступеню методом вибору є психотерапія; при депресії помірного ступеню методом вибору є фармакотерапія антидепресантами (селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну) або на вибір пацієнтів – ПТ; при депресії вираженого ступеню тяжкості – поєднання терапії антидепресантами та ПТ; при хронічній та рекурентній депресії – поєднання терапії антидепресантами та ПТ.

Вдосконалено методику лікування депресивних, тривожних, obsесивно-компульсивних та соматоформних розладів (патенти на корисну модель №117817 від 10.07.2017 Україна; №117822 від 10.07.2017 Україна; №136470 від 27.08.2019 Україна; №136472 від 27.08.2019 Україна).

Розроблено принципи та основні напрямки системи психіатричної, психотерапевтичної і медико-психологічної допомоги студентам, зокрема у рамках роботи медико-психологічної служби ВУЗу.

З позиції біопсихосоціальної моделі у психіатрії отримано дані щодо клініко-психопатологічної структури НПР у студентів різних ЗВО. Встановлено вплив віку, статі, спеціальності та курсу навчання, соціального статусу студентів на розвиток НПР. Широке використання запропонованої системи диференційованої діагностики та диференційованих підходів до лікування і профілактики НПР у студентів ЗВО, що комплексно враховує особистісно-типологічні, психологічні, соціальні фактори, підвищує рівень медико-соціальної допомоги даному контингенту хворих.

Розроблену систему диференційної діагностики та диференційованих підходів до лікування і профілактики НПР у осіб молодого віку впроваджено в лікувальну практику КМУ «Чернівецька обласна психіатрична лікарня» (м. Чернівці), КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня» (м. Київ), державного закладу «Український науково-практичний центр екстренної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України» (м. Київ), КУ «Сторожинецька центральна районна лікарня» (Чернівецька обл., м. Сторожинець), ОКУ «Лікарня швидкої медичної допомоги» (м. Чернівці), КУ «Заставнівська центральна районна лікарня» (Чернівецька обл., м. Заставна) КЗ «Путильська центральна районна лікарня» (Чернівецька обл., с. м. т. Путила), КНП ЛОР «Львівська обласна державна клінічна психіатрична лікарня» (м. Львів).

Отримані наукові дані використовуються в навчальному процесі кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка Буковинського державного медичного університету; кафедрі психології Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича, кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Список літератури

1. Омельченко ЯМ. Значення типу реагування на стрес значимих дорослих у процесі формування стресостійкості особистості. Психологічний часопис. 2019;5(12):169-81. doi: [10.31108/1.2019.5.12.11](https://doi.org/10.31108/1.2019.5.12.11)
2. Мушкевич В. Психологічні чинники переживання стресу військовослужбовцями. Психологічні перспективи. 2019;34:119-36. doi: [10.29038/2227-1376-2019-34-119-136](https://doi.org/10.29038/2227-1376-2019-34-119-136)
3. Хананашвили ММ. Стресс, предпатология и патология высшей нервной деятельности. В: Материалы XV съезда Всесоюзного физиологического общества им. И.П. Павлова; 1987 Сен 28- Окт 02; Кишинев. Кишинев; 1987, с.126-7.
4. Марута НА, Козидубова СМ. Клинико-психопатологические особенности невротических расстройств у подростков. В: Підкоритова ВС, редактор. Матеріали респ. конф. дитячих психіатрів Реформа психіатричної допомоги дитячому населенню України; 1999 Жов 30-31; Харків. Вип 2, Актуальні питання дитячої психіатрії в Україні; 1999, с.132-4.
5. Марута НА, Явдак ИА, Козидубова СМ, Смольская ЭЛ, Канцедаль 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.
6. Подкорытов ВС, Гроховский ВВ, Калинина ЛА. Варианты клинической динамики невротических и невротоподобных состояний резидуально-органического генеза у детей до- и препубертатного возраста. Журнал невропатологии и психиатрии им. СС. Корсакова. 1989;89(11):31-3.
7. Suna Q, Weinger JG, Mao F, Liu G. Regulation of structural and functional synapse density by L-threonate through modulation of intraneuronal magnesium concentration. Neuropharmacology. 2016;108:426-39. doi: [10.1016/j.neuropharm.2016.05.006](https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2016.05.006)

8. Волошин ПВ, Марута НО, редактори. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика). Харків; 2016. 335 с.
9. Карвасарский БД, Простомолотов ВФ. Невротические расстройства внутренних органов. Кишнев: Штиинца; 1988. 166 с.
10. Кожина АМ, Гайчук ЛМ, Шикова ВВ. Ефективність психоосвітніх програм в наданні допомоги особам, що перенесли екстремальні події. Український вісник психоневрології. 2015;23(2):109-10.
11. Булах ВП. Стрес та його вплив на організм людини. Медсестринство. 2014;3;10-5.
12. Александровский ЮА. Пограничные психические расстройства. Москва: Медицина; 2000. 496 с.
13. Чабан ОС. Неврозы: патоморфоз, концепция, пространство и территория. Тернополь: Збруч; 1997. 161 с.
14. Cuijpers P, Auerbach RP, Benjet C, Brufaerts R, Ebert D, Karyotaki E, et al. The World Health Organization World Mental Health International College Student initiative: an overview. Int J Methods Psychiatr Res [Internet]. 2019[cited 2020 Sep 12];28(2):e1761. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/mpr.1761> doi: [10.1002/mpr.1761](https://doi.org/10.1002/mpr.1761)
15. 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](https://doi.org/10.1089/tmj.2015.0214)
16. Диагностика и лечение затяжных неврозов: метод. реком. Харьков; 1982. 20 с.
17. Sansone RA, Sansone LA. Gender Patterns in Borderline Personality Disorder. Innov Clin Neurosci. 2011;8(5):16-20.
18. Дзеружинская НА. Климактерические маски аффективных расстройств у женщин пожилого возраста. Российский психиатрический журнал. 2002;6:8-10.
19. Напрєєнко ОК, Марчук ТЕ. Клінічні варіанти перебігу стійких змін особистості після перенесеного катастрофічного переживання, як варіанти

несприятливого перебігу посттравматичних стресових розладів. Український вісник психоневрології. 2002;10(1):132-4.

20. Margraf J, Lavalley K, Zhang XC, Schneider S. Social rhythm and mental health: a cross-cultural comparison. PLoS One [Internet]. 2016[cited 2020 Sep 11];11(3):e0150312. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4783111/pdf/pone.0150312.pdf> doi: [10.1371/journal.pone.0150312](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150312)

21. Дубина МІ, Табачников СІ, Волошин ПВ. Психічне здоров'я як передумова здоров'я нації. Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. 2014;7(4):6-11.

22. Сінайко ВМ, Хаустов ММ. Комплексна оцінка динаміки станів психічної дезадаптації у студентів медичного вищого навчального закладу. Архів психіатрії. 2018;24(4):212-5.

23. Свядощ АМ. Неврозы. Москва: Медицина; 1982. 366 с.

24. Липгарт НК, Марута НА. Клинические особенности эмоциональных нарушений у больных неврозами. Неврология и психиатрия. 1991;20:117-9.

25. 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 2020 Aug 27];4(134):134ra60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3739428/pdf/nihms484012.pdf> doi: [10.1126/scitranslmed.3003716](https://doi.org/10.1126/scitranslmed.3003716)

26. Stein TD, Alvarez VE, McKee AC. Chronic traumatic encephalopathy: a spectrum of neuropathological changes following repetitive brain trauma in athletes and military personnel. Alzheimers Res Ther [Internet]. 2014[cited 2020 Aug 16];6(1):4. Available from: <https://alzres.biomedcentral.com/articles/10.1186/alzrt234> doi: [10.1186/alzrt234](https://doi.org/10.1186/alzrt234)

27. Крыжановский ГН. Дизрегуляционная патология и патологические интеграции в нервной системе. Журнал неврологии и психиатрии. 2009;109(1):4-9.

28. Девойно ЛВ, Идова ГВ, Альперина ЕЛ. Психонейроиммунотерапия: поведение и иммунитет. Роль «нейромедиаторной установки мозга». Новосибирск: Наука; 2009. 168 с.
29. Liu G, Weinger JG, Lu ZL, Xue F, Sadeghpour S. Efficacy and safety of MMFS-01, a synapse density enhancer, for treating cognitive impairment in older adults: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Alzheimers Dis.* 2016;49(4):971-90. doi: [10.3233/JAD-150538](https://doi.org/10.3233/JAD-150538)
30. Jack CR Jr, Wiste HJ, Weigand SD, Knopman DS, Vemuri P, Mielke MM, et al. Age, sex, and APOE epsilon4 effects on memory, brain structure, and beta-amyloid across the adult life Span. *JAMA Neurol.* 2015;72(5):511-9. doi: [10.1001/jamaneurol.2014.4821](https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2014.4821)
31. Мгалоблишвили БИ, Чиркова ОК. Характер нейрогормональных перестроек у больных неврозами. *Журнал невропатологии и психиатрии им. СС. Карсакова.* 1988;11:87-92.
32. Мясищев ВН. Личность и неврозы. Ленинград; 1960, с. 158-64.
33. Карвасарский БД. Неврозы. Москва: Медицина; 1980. 448 с.
34. Иванец НН, Тартынский КМ, Кренкель ГЛ, Прохорова СВ. Клинико-психопатологические особенности депрессий с паническими атаками. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2017;9(3):18-23. doi: <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2017-3-18-23>
35. Табачніков СІ, Вієвський АМ. Аналіз причин та мотивів вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків в світлі розробки комплексної багаторівневої системи його медико-соціальної корекції та профілактики. *Архів психіатрії.* 2012;18(2):93-9.
36. Скугаревская ЕИ. Эмоции и алкоголизм. Минск: Высшая школа; 1987. 121 с.
37. Китаев-Смык ЛА. Психология стресса. Психологическая антропология стресса. 2-е изд. Москва: Академический Проект; 2009. 943 с.

38. Кокун ОМ, Агаєв НА, Пішко ІО, Лозінська НС. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій. Методичний посібник. Київ; 2015. 170 с.

39. Лазос ГП. Посттравматичне зростання: теоретичні моделі, нові перспективи для практики. Актуальні проблеми психології. 2016;1(45):120-7.

40. Сельє Г. Стресс без дистресса. Москва: Прогресс; 1979. 124 с.

41. Фрейд А, Фрейд З. Детская сексуальность и психоанализ детских неврозов. Санкт-Петербург: Восточно-Европейский институт психоанализа; 2000. 387 с.

42. McManus S, Bebbington P, Jenkins R, Brugha T, editors. Mental Health and Wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014. Leeds: NHS Digital; 2016. 405 p.

43. Юрценюк ОС. Психологічні та соціальні чинники розвитку невротичних розладів у студентів (огляд літератури). Буковинський медичний вісник. 2016;20(1):236-39. doi: <https://doi.org/10.24061/2413-0737.XX.1.77.2016.51>

44. Юрценюк ОС. Шляхи подолання стресу в навчальній діяльності студента. Архів психіатрії. 2019;25(3):160-3.

45. Заболотна ВО. Соціально-психологічні технології корекції рівня стресу в організаціях. Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. 2015;2:26-34.

46. Акарачкова ЕС, Котова ОВ, Вершинина СВ, Рябоконь ІВ. Стресс и расстройства адаптации. Лечащий врач. 2014;6:61-5.

47. 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](https://doi.org/10.1080/00050067.2010.4821009)

48. Ibrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. J Psychiatr Res. 2013; 47(3):391-400. doi: [10.1016/j.jpsychires.2012.11.015](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015)

49. Юрценюк ОС. Соціально-психологічні фактори, що впливають на розвиток невротичних розладів у студентів. Клінічна та експериментальна патологія. 2016;15(4):135-8.

50. Yurtsenyuk O. Influence of teaching load on the peculiarities of psychic status of students of higher educational institutions. Georgian medical news. 2018;282:107-12.

51. Verger P, Combes J-B, Kovess-Masfety V, Choquet M, Guagliardo V, Rouillon F, et al. Psychological distress in first year university students: socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009;44(8):643-50. doi: [10.1007/s00127-008-0486-y](https://doi.org/10.1007/s00127-008-0486-y)

52. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2015;314(22):2373-83. doi: [10.1001/jama.2015.15845](https://doi.org/10.1001/jama.2015.15845)

53. Brown JS. Student mental health: some answers and more questions. Ment Health. 2018;27(3):193-6. doi: [10.1080/09638237.2018.1470319](https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1470319)

54. Бодров ВА. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы. Москва; 1995. 128 с.

55. Омельченко ЯМ. Роль первинних об'єктів у процесі формування внутрішнього алгоритму подолання кризової ситуації. В: Кісарчук ЗГ, редактор. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: метод. посіб. Київ; 2015, с.15-26.

56. Табачников СИ, Титиевский СВ. Психосоматические расстройства и постчернобыльский синдром. Доктор. 2002;6:14-6.

57. Михайлов БВ. Психосоматические расстройства как общесоматическая проблема. Доктор. 2002;6:9-13.

58. Міщук СС. Тілесна терапія як засіб опрацювання дитячих психотравм. В: Кісарчук ЗГ, редактор. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: метод. посіб. Київ; 2015, с. 33-58.

59. Гюнтер Х. Шесть этапов развития ребенка в зеркале символдрамы. (Выступление на Международном симпозиуме по проблемам психотерапии и

профилактики психических нарушений у подростков, г. Калуга, октябрь 1997 г.). Символ и драма. 2000;1:18-32.

60. Burns RA, Butterworth P, Browning C, Byles J, Luszcz M, Mitchell P, et al. Examination of the association between mental health, morbidity, and mortality in late life: findings from longitudinal community surveys. *Int Psychogeriatr*. 2015;27(5):739-46. doi: [10.1017/S1041610214002051](https://doi.org/10.1017/S1041610214002051)

61. Wasserstein RL, Schirm AL, Lazar NA. Moving to a world beyond “ $p < 0.05$ ”. *Am Stat* [Internet]. 2019[cited 2020 Aug];73(1):1-19. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00031305.2019.1583913> doi: [10.1080/00031305.2019.1583913](https://doi.org/10.1080/00031305.2019.1583913)

62. Сукачева ОН. Волошина ДН. Формирование адаптивных способностей у студентов-медиков 1 курса. Проблемы сучасної освіти. 2017;8(Ч 1):114-8.

63. Пшук НГ, Камінська АО. Деякі індивідуально-психологічні предиктори формування професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю. Український вісник психоневрології. 2014;22(1):84-7.

64. Хаустова ОО. Психосоціальні детермінанти в діагностиці психосоматичних розладів ендокринного генезу. Архів психіатрії. 2004;10(2):38-40.

65. Василюк ФЕ. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. Москва; 1984. 200 с.

66. Калошин ВФ. Стрес у педагогічній діяльності. В: Павлутенкова ЄМ, Крижко ВВ. Конфлікти: сутність і подолання. Харків: Основа; 2008, с. 107-220.

67. Павлов ИП. Полное собрание сочинений. В 6-ти т. Изд. 2-е, допол. Москва; 1951. Том 3, Книга 2; с. 229-316.

68. Орбели ЛА. Избранные труды. В 5-ти т. Москва; 1962. Т 2, Адапционно-трофическая функция нервной системы; 608 с.

69. Шелюг ОА. Багатовимірність феномену посттравматичного росту: біологічний, психологічний та соціокультурний складники особистісних трансформацій. Психологія особистості. 2014;1:112-29. doi: [10.33989/2226-4078.2014.1.148873](https://doi.org/10.33989/2226-4078.2014.1.148873)

70. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* [Internet]. 2014[cited 2020 Sep 10];348:g1151. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3923980/> doi: [10.1136/bmj.g1151](https://doi.org/10.1136/bmj.g1151)
71. 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.
72. Бріш КГ. Розлади прив'язаності від теорії до терапії. Львів; 2012. 314 с.
73. Tjora T, Hetland J, Aaroe LE, Wold B, Wium N, Oeverland S. The association between smoking and depression from adolescence to adulthood. *Addiction*. 2014;109(6):1022-30. doi: [10.1111/add.12522](https://doi.org/10.1111/add.12522)
74. McKenzie M, Olsson CA, Jorm AF, Romaniuk H, Patton GC. Association of adolescent symptoms of depression and anxiety with daily smoking and nicotine dependence in young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *Addiction*. 2010;105(9):1652-9. doi: [10.1111/j.1360-0443.2010.03002.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03002.x)
75. Zhang XC, Kuchinke L, Woud ML, Velten J, Margraf J. Survey method matters: online/offline questionnaires and face-to-face or telephone interviews differ. *Comput Human Behav*. 2017;71:172-80. doi: [10.1016/j.chb.2017.02.006](https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.02.006)
76. Brailovskaia J, Schönfeld P, Zhang XC, Bieda A, Kochetkov Y, Margraf J. A cross-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](https://doi.org/10.1177/0033294117727745)
77. 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](https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503669)
78. Шкарин ВВ, Поморцева ИВ. Влияние грандаксина на уровень цейтнотности и стрессогенности у больных артериальной гипертензией. В мире лекарств [Интернет]. 1999[оновлено 2000 Июн 01; цитировано 2020 Авг 11];3. Доступно: <https://medi.ru/info/5373/>

79. 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» СО РАМН, 2009-2012 гг.). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013;4:11-8.

80. Смирнова ЛП, Иванова СА, Кротенко НМ, Левчук ЛА, Гуткевич ЕВ, Семке ВЯ. Характеристика антиоксидантного статуса при невротических расстройствах. Физиология человека. 2012;38(5):106-11.

81. Щигорева ЮГ, Смирнова ЛП, Кротенко НМ, Бойко АС, Корнетова ЕГ, Семке АВ. Активность антиоксидантных ферментов в эритроцитах периферической крови у больных шизофренией с тардивной дискинезией. Современные проблемы науки и образования [Интернет]. 2013[цитировано 2020 Сен 10];5. Доступно: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=10475>

82. Ivanova SA, Smirnova LP, Shchigoreva YG, Boiko AS, Semke AV, Uzbekov MG, et al. Glucose-6-phosphate dehydrogenase and catalase activities in erythrocytes of schizophrenic patients under pharmacotherapy with traditional antipsychotics. Neurochemical Journal. 2014;8(1):66-70. doi: [10.1134/S1819712414010061](https://doi.org/10.1134/S1819712414010061)

83. Соколова ИМ. Методы исследования адаптации студентов. Харьков; 2001. 276 с.

84. Райгородский ДЯ. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Москва: Бахрах-М; 2011. 672 с.

85. Гавенко ВЛ, Сінайко ВМ. Багатовекторна функціональна модель передхворобних та хворобливих дезадаптивних психічних розладів у студентів. Архів психіатрії. 2004;10(1):153-5.

86. Асатиани НМ, Матвеева ЕС. Клинический патоморфоз неврозов. В: Александровский ЮА, редактор. Организационные и клинические вопросы пограничной психиатрии. Москва; 1990, с. 100-6.

87. Velten J, Bieda A, Scholten S, Wannemüller A, Margraf J. Lifestyle choices and mental health: a longitudinal survey with German and Chinese students. BMC Public Health [Internet]. 2018[cited 2020 Aug 19];18(1):632. Available from:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5956886/pdf/12889_2018_Article_5526.pdf doi: [10.1186/s12889-018-5526-2](https://doi.org/10.1186/s12889-018-5526-2)

88. Панин ЛЕ. Биохимические механизмы стресса. Новосибирск: Наука; 1983. 233 с.

89. Васильев ВН. Здоровье и стресс. Москва: Знание; 1991. 160 с.

90. Пшук НГ, Слободянюк ДП. Роль психосоціальних чинників в генезі соціальної дезадаптації у студентської молоді. Український вісник психоневрології. 2015;23(2):86-91.

91. 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 2020 Aug 19];8:1119. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5492866/pdf/fpsyg-08-01119.pdf> doi: [10.3389/fpsyg.2017.01119](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01119)

92. Феоктистова ЮА. Реактивные психозы и психогенные реакции в период адаптации к иноязычной среде. В: Типология и структура депрессий. Ворошиловград; 986, с. 56-7.

93. Зеленская ЕА. Сравнительный анализ особенностей адаптации к учебной деятельности студентов первокурсников. Таврический журнал психиатрии. 2011;15(2):15.

94. Lukat J, Margraf J, Lutz R, van der Veld WM, Becker ES. Psychometric properties of the positive mental health scale (PMH-scale). BMC Psychol [Internet]. 2016[cited 2020 Sep 19];4:8. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4748628/pdf/40359_2016_Article_111.pdf doi: [10.1186/s40359-016-0111-x](https://doi.org/10.1186/s40359-016-0111-x)

95. 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](https://doi.org/10.1111/medu.12987)

96. Герасименко ЛО. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). Український вісник психоневрології. 2018;26(1):62-5.

97. Вьюн ВВ. Принципи та алгоритми психотерапевтичної корекції розладів адаптації у лікарів-інтернів. Український вісник психоневрології. 2017;25(3):26-8.

98. Кокун ОМ. Адаптація та адаптаційні можливості людини: прикладні аспекти. Актуальні проблеми психології. Психофізіологія. Медична психологія. Генетична психологія. 2005;5(4):77-85.

99. Weinhold D, Chaloupka FJ. Smoking status and subjective well-being. Tob Control. 2017;26(2):195-201. doi: [10.1136/tobaccocontrol-2015-052601](https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2015-052601)

100. Zawadzki MJ. Rumination is independently associated with poor psychological health: comparing emotion regulation strategies. Psychol Health. 2015;30(10):1146-63. doi: [10.1080/08870446.2015.1026904](https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1026904)

101. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розлад. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 № 121 [Інтернет]. Київ: МОЗ України; 2016[цитовано 2020 Сер 21]. Доступно: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ25625.html

~~102.~~ Rickwood D, Telford N, O'Sullivan S, Crisp D, Magyar R. National tertiary student wellbeing survey 2016. Headspace; 2017. 48 p.

103. Topa G, Jurado-Del Pozo JF. Emotional Exhaustion and Health Complaints as Indicators of Occupational Diseases Among Civil Servants in Spain. J Clin Med [Internet]. 2018[cited 2020 Sep 10];7(12):523. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6306783/pdf/jcm-07-00523.pdf> doi: [10.3390/jcm7120523](https://doi.org/10.3390/jcm7120523)

104. Шестопалова ЛФ. Клініко-психологічні дослідження чинників та умов формування посттравматичних стресових розладів у осіб, що пережили екстремальні події. Український вісник психоневрології. 2002;10(2):158.

~~105.~~ 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 Чер 16-17; Шумен. Шумен; 2017, с. 164-7.

106. Кравченко КО. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції [дисертація]. Харків; 2017. 249 с.

107. Тополь ОВ. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. 2015;124:230-3.

108. Агаєв НА, Скрипкін ОГ, Дейко АБ, Поливанюк ВВ, Еверт ОВ. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних сил України (методичні рекомендації). Київ; 2016. 147 с.

109. Morgan C, Webb RT, Carr MJ, Kontopantelis E, Green J, Chew-Graham CA, et al. Incidence, clinical management, and mortality risk following self-harm among children and adolescents: cohort study in primary care. BMJ [Internet]. 2017[cited 2020 Aug 15];359:j4351. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5641980/> doi: [10.1136/bmj.j4351](https://doi.org/10.1136/bmj.j4351)

110. McManus S, Gunnell D, Cooper C, Bebbington PE, Howard LM, Brugha T, et al. Prevalence of non-suicidal self-harm and service contact in England, 2000-14: repeated cross-sectional surveys of the general population. Lancet Psychiatry. 2019;6(7):573-81. doi: [10.1016/S2215-0366\(19\)30188-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30188-9)

111. Bould H, Mars B, Moran P, Biddle L, Gunnell D. Rising suicide rates among adolescents in England and Wales. Lancet. 2019;394(10193):116-7. doi: [10.1016/S0140-6736\(19\)31102-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31102-X)

112. Thorley C. Not by degrees: improving student mental health in the UK's universities [Internet]. London: Institute for Public Policy Research; 2017[cited 2020 Aug 12]. Available from: <https://www.ippr.org/files/2017-09/not-by-degrees-summary-sept-2017.pdf>

113. 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 2020 Apr 12]. 42 p. Available from: <https://dera.ioe.ac.uk/33177/1/BN211.pdf>

114. Александровский ЮА. Системный анализ механизмов психической дезадаптации, сопровождающей пограничные психические расстройства. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2010;5:27-35.

115. Марута НО, Каленська ГЮ, Явдак ІО, Малюта ЛВ. Розлади психічного здоров'я у внутрішньо переміщених осіб. Український вісник психоневрології. 2018;26(2):68-71.

116. Денисенко ММ, Лакинський РВ, Шестопалова ЛФ, Лінський ІВ. Основні клінічні варіанти пост стресових розладів у комбатантів. Український вісник психоневрології. 2017;25(2):40-4.

117. Markova MV, Gaponov KD. Post-stressed disorders in servicemen who took part in the fighting: prevalence and expected consequences. In: Materials WPA Congress of Epidemiology and Public Health; 2016 Mar 29 - Apr 01; Munich. Munich: Institute of Psychiatric Phenomics and Genomics; 2016, p. 30-1.

118. Dolan M, Doyle M. Violence risk prediction. Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist. British Journal of Psychiatry. 2000;177(4):303-11. doi: [10.1192/bjp.177.4.303](https://doi.org/10.1192/bjp.177.4.303)

119. Соколова ІМ. Психофізіологічні механізми адаптації студентів. Харків; 2007. 412 с.

120. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. Curr Opin Psychiatry. 2007;20(4):359-64. doi: [10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c](https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c)

121. Юрценюк ОС. Сім'я, як фактор формування непсихотичних психічних розладів (огляд літератури). Буковинський медичний вісник. 2015;19(4):237-40. doi: <https://doi.org/10.24061/2413-0737.XIX.4.76.2015.251>

122. 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 2020 Sep 17];12(11):e0188187. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5703533/pdf/pone.0188187.pdf> doi: [10.1371/journal.pone.0188187](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188187)

123. Barrett S, Eber L, Weist M, editors. Advancing education effectiveness: Interconnecting school mental health and school-wide positive behavior support [Internet]. Eugene, Oregon: Center for Positive Behavioral Interventions and Supports, University of Oregon Press; 2013[cited 2020 May 8]. 290 p. Available from: <https://iod.unh.edu/sites/default/files/media/renew/isfmonographfordistribution.pdf>

124. Becker KD, Brandt NE, Stephan SH, Chorpita BF. A review of educational outcomes in the children's mental health treatment literature. *Advances in School Mental Health Promotion*. 2014;7(1):5-23. doi: [10.1080/1754730X.2013.851980](https://doi.org/10.1080/1754730X.2013.851980)

125. Кожина ГМ, Маркова МВ, Гриневич ЄГ. Проблеми адаптації студентів до навчальної діяльності у ВУЗі в умовах кредитно-модульної системи освіти. *Науково-інформаційний вісник Академії наук вищої освіти України*. 2013;3:87-93.

126. Duchnowski AJ, Kutash K, Green AL, Ferron JM, Wagner M, Vengrofski B. Parent support services for families of children with emotional disturbances served in elementary school special education settings: Examination of data from the special education elementary longitudinal study. *Journal of Disability Policy Studies*. 2012;24,36-52. doi: [10.1177/1044207312460889](https://doi.org/10.1177/1044207312460889)

127. 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.

128. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Москва: Академический проект; 2009. 208 с.

129. Хорни К. Невроз и рост личности. Москва: Академический проект; 2008. 400 с.

130. Юнг КГ. Психологические типы. Санкт-Петербург: Азбука; 2001. 733 с.

131. Роджерс КР. Взгляд на психотерапию. Становление человека. Москва: Прогресс; 1998. 480 с.

132. 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: <https://doi.org/10.1017/S0033291716001665>

133. Schröder A, Fink P. Functional somatic syndromes and somatoform disorders in special psychosomatic units: organizational aspects and evidence-based treatment. The Psychiatric Clinics of North America. 2011;34(3):673-87. doi: [10.1016/j.psc.2011.05.008](https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.05.008)

134. Vanaelst B, De Vriendt T, Ahrens W, Bammann K, Hadjigeorgiou C, Konstabel K, et al. Prevalence of psychosomatic and emotional symptoms in European schoolaged children and its relationship with childhood adversities: results from the IDEFICS study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2012;21(5):253-65. doi: [10.1007/s00787-012-0258-9](https://doi.org/10.1007/s00787-012-0258-9)

135. Stewart-Brown S, Evans J, Patterson J, Petersen S, Doll H, Balding J, et al. The health of students in institutes of higher education: an important and neglected public health problem? J Public Health Med. 2000;22(4):492-9. doi: [10.1093/pubmed/22.4.492](https://doi.org/10.1093/pubmed/22.4.492)

136. Adewuya AO, Ola BA, Aloba OO, Mapayi BM, Oginni OO. Depression amongst Nigerian university students. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2006;41(8):674-8. doi: [10.1007/s00127-006-0068-9](https://doi.org/10.1007/s00127-006-0068-9)

137. Tong J, Miao S, Wang J, Yang F, Lai H, Zhang C, et al. A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Wuhan, China. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2014;49(3):499-505. doi: [10.1007/s00127-013-0694-y](https://doi.org/10.1007/s00127-013-0694-y)

138. 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](https://doi.org/10.1111/medu.12512)

139. Eisenberg D, Hunt J, Speer N, Zivin K. Mental health service utilization among college students in the United States. J Nerv Ment Dis. 2011;199(5):301-8. doi: [10.1097/NMD.0b013e3182175123](https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182175123)

140. Sarmiento M. A “mental health profile” of higher education students. Proced Soc Behav Sciences. 2015;191:12-20. doi: [10.1016/j.sbspro.2015.04.606](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.606)

141. Hawton K, Bergen H, Mahadevan S, Casey D, Simkin S. Suicide and deliberate self-harm in Oxford University students over a 30-year period. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47:43-51. doi: [10.1007/s00127-010-0310-3](https://doi.org/10.1007/s00127-010-0310-3)

142. Wooden M, Warren D. Non-standard employment and job satisfaction: evidence from the Hilda Survey. *J Ind Relat*. 2004;46(3):275-97. doi: [10.1111/j.0022-1856.2004.00142.x](https://doi.org/10.1111/j.0022-1856.2004.00142.x)

143. Burns R, Sargent-Cox K, Mitchell P, Anstey K. An examination of the effects of intra and inter-individual changes in wellbeing and mental health on self-rated health in a population study of middle and older-aged adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(11):1849-58. doi: [10.1007/s00127-014-0864-6](https://doi.org/10.1007/s00127-014-0864-6)

144. Slade T, Johnston A, Oakley Browne MA, Andrews G, Whiteford H. 2007 national survey of mental health and wellbeing: methods and key findings. *Aust NZJ Psychiatry*. 2009;43(7):594-605. doi: [10.1080/00048670902970882](https://doi.org/10.1080/00048670902970882)

145. Leahy CM, Peterson RF, Wilson IG, Newbury JW, Tonkin AL, Turnbull D. Distress levels and self-reported treatment rates for medicine, law, psychology and mechanical engineering tertiary students: cross-sectional study. *Aust NZJ Psychiatry*. 2010;44(7):608-15. doi: [10.3109/00048671003649052](https://doi.org/10.3109/00048671003649052)

146. Bayram N, Bilgel N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43(8):667-72. doi: [10.1007/s00127-008-0345-x](https://doi.org/10.1007/s00127-008-0345-x)

147. Пинчук ИЯ. Распространенность психических расстройств в Украине. *Журнал Національної академії медичних наук України*. 2010;16(1):168-76.

148. Шифнер НА, Бобров АЕ, Кулыгина МА. Клинико-динамическая характеристика расстройств адаптации у студентов. *Ученые записки*. 2011;18(4):64-6.

149. Витенко ИС, Вьюн ВВ. Профилактика и коррекция расстройств адаптации врачей в условиях работы по принципам семейной медицины. *Український вісник психоневрології*. 2012;20(3):169-70.

150. Винникотт ДВ. Маленькие дети и их матери. Москва; 1998. 80 с.

151. Аршава ІФ. Функціональні стани людини в процесі адаптації до екстремальних умов діяльності (у парадигмі «особистість-стан»). Педагогіка і психологія. 2006;4:82-90.

152. Юрценюк ОС. Динаміка рівнів тривожності, депресії, алекситимії та нейротизму у студентів в залежності від курсу навчання. Буковинський медичний вісник. 2020;24(1):202-6. doi: [10.24061/2413-0737.XXIV.1.93.2020.27](https://doi.org/10.24061/2413-0737.XXIV.1.93.2020.27)

153. 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 2020 Sep 10];28(2):e1759. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6877279/pdf/MPR-28-e1759.pdf> doi: <https://doi.org/10.1002/mpr.1759>

154. Chan JK, Farrer LM, Gulliver A, Bennett K, Griffiths KM. University students' views on the perceived benefits and drawbacks of seeking help for mental health problems on the internet: a qualitative study. JMIR Hum Factors [Internet]. 2016[cited 2020 Sep 10];3(1):e3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4797689/> doi: <https://doi.org/10.2196/human factors.4765>

155. Киосева ЕВ. Психопатологическая характеристика эмоциональной сферы у студентов младших курсов. Український вісник психоневрології. 2016;24(1):60-3.

156. Benner GJ, Kutash K, Nelson JR, Fisher MB. Closing the achievement gap of youth with emotional and behavioral disorders through multi-tiered systems of support. Education and Treatment of Children. 2013;36(3):15-29. doi: [10.1353/etc.2013.0018](https://doi.org/10.1353/etc.2013.0018)

157. Слободянюк ДП. Взаємозв'язок клініко-психопатологічних та психосоціальних чинників в генезі соціальної дезадаптації у молоді. Медична психологія. 2015;10(1):26-30.

158. Кулеша НП. Психологічна адаптація студентів із дистантних сімей до умов навчання у вищому навчальному закладі [дисертація]. Острог; 2018. 255 с.

159. Гавенко ВЛ, Гавенко НВ, Бойко ВВ. Деадаптивні розлади у студентів медиків. В: Матеріали науч.-практ. конф. с междунар. участію Нові підходи к діагностиці, ліченню і реабілітації психічних захворювань; 2010 Ноя 9-12; Харків. Харків; 2010, с. 112-3.

160. Burns RA, Byles J, Magliano DJ, Mitchell P, Anstey KJ. The utility of estimating population-level trajectories of terminal wellbeing decline within a growth mixture modelling framework. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50(3):479-87. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0948-3>

161. Cvetkovski S, Jorm AF, Mackinnon AJ. An analysis of the mental health trajectories of university students compared to their community peers using a national longitudinal survey. *Stud Higher Educ.* 2019;44(1):185-200. doi: [10.1080/03075079.2017.1356281](https://doi.org/10.1080/03075079.2017.1356281)

162. 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.

163. Voelker R. Mounting student depression taxing campus mental health services. *J Am Med Assoc.* 2003;289(16):2055-6. doi: [10.1001/jama.289.16.2055](https://doi.org/10.1001/jama.289.16.2055)

164. Онишко ЮВ. Сучасні аспекти проблеми насильства в сім'ї та допомоги його жертвам. *Архів психіатрії.* 2002;1:11-6.

165. Коробчанский ВА. Явление адаптационного перехода и гигиеническая коррекция саногенеза. *Медицина сегодня и завтра.* 2002;4:139-44.

166. Панченко ОА, Кутько ИИ, Панченко ЛВ, Пугач ЕА. Клинические варианты психических расстройств в неблагоприятных условиях трудовой деятельности. *Архів психіатрії.* 2004;10(2):26-9.

167. Гичун ВС. Феноменология аутоагрессивного поведения у военнослужащих. *Український вісник психоневрології.* 2004;12(3):46-9.

168. Freedy JR, Saladin ME, Kilpatrick DG, Resnick HS, Saunders BE. Understanding Acute Psychological Distress Following Natural Disaster. *J Trauma Stress.* 1994;7(2):257-73. doi: [10.1007/BF02102947](https://doi.org/10.1007/BF02102947)

169. Коваленко МВ. Дослідження рівня перфекціонізму та його динаміки у студентів вищих навчальних медичних закладів у процесі навчання. Архів психіатрії. 2014;2:149-52.

170. Кожина АМ, Маркова МВ, Гриневи́ч ЕГ, Зеленская ЕА. К проблеме адаптационного синдрома студентов младших курсов ВУЗов III–IV уровней аккредитации. Архів психіатрії. 2011;17(4):32-5.

171. Кожина ГМ, Гуменюк ЛМ, Зеленська КО. Психопрофілактика порушень адаптації першокурсників до навчальної діяльності у вищому навчальному закладі в умовах кредитно-модульної системи освіти. Медична психологія. 2011;6(4):78.

172. Коростій ВІ. Система психотерапії та психологічного супроводу хворих з когнітивними та емоційними розладами при соматичних захворюваннях. Клінічна генетика та перинатальна діагностика. 2013;21(3):54-9.

173. Лещина ІВ. Скринінгова діагностика неспсихотичних психічних розладів у студентів-медиків. Вісник проблем біології і медицини. 2011;1(2):131-4.

174. Арефьев СЛ, Черепов ВА. Медико-психологические аспекты реабилитации студентов, перенесших соматические заболевания. В: Работоспособность и функциональное состояние организма студентов; Ленинград; 1987, с. 54-6.

175. Коваленко ВН, Несукай ЕГ. Нейроциркуляторная дистония: диагностика и лечение: метод. пособ. Киев; 2001. 16 с.

176. Коростій ВІ. Психосоматичні, психосоціальні та біоритмологічні кореляти психічних порушень при гіпертонічній хворобі [автореферат]. Київ; 1997. 13 с.

177. Смулевич АБ, Сыркин АЛ, Козырев ВН. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи). Журнал неврологии и психиатрии им. СС. Корсакова. 1999;77(4):4-16.

178. Любан-Плоцца Б, Пёльдингер В, Крёгер Ф, Педерак-Хофман К. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. Санкт-

Петербург; 2000. 288 с.

179. Бернштейн ГФ, Нурбаева МН, Караваев АГ, Жилинская АА. Состояние системы кровообращения учащихся старших классов общеобразовательной школы в процессе учебной деятельности. Гигиена и санитария. 1988;9:80-1.

180. Алфимова МВ, Лапин ИА, Аксенова ЕВ, Мельникова ТС. Влияние тревоги на когнитивные процессы при депрессивном синдроме. Социальная и клиническая психиатрия. 2017;27(1):5-12.

181. Корнієнко ОВ. Індивідуально-типологічний (інтровертований) та факторний аналізи психосоматичного здоров'я студенток-дівчат Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». 2015;35:144-51.

182. Явелов ИС, Деев АД, Травина ЕЕ, Грацианский НА. Прогностическое значение средней частоты сердечных сокращений и вариабельности ритма сердца, оцененных за короткое время в стандартных условиях в ранние сроки инфаркта миокарда. Кардиология. 1999;39(6):6-14.

183. Комаревцев ВН, Жекалов АН. Математический анализ сердечного ритма как диагностический критерий развития синдрома хронического адаптационного перенапряжения. В: Материалы Междунар. конф. Механизмы функционирования висцеральных систем; 1999 Сен 23-25; Санкт-Петербург. Санкт-Петербург; 1999, с. 179.

184. 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 2020 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](https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-176)

185. Симоненко ИА. Рефлексия как фактор защиты подростка в преодолении стрессовых воздействий дисфункциональной семейной системы в условиях психосоматического расстройства. Медицинская психология в России. 2015;3:170-86.

186. Cvetkovski S, Reavley NJ, Jorm AF. The prevalence and correlates of psychological distress in Australian tertiary students compared to their community peers. *Aust N Z J Psychiatry*. 2012;46(5):457-67. doi: [10.1177/0004867411435290](https://doi.org/10.1177/0004867411435290)

187. Ветлугина ТП, Никитина ВБ, Рудницкий ВА, Семке ВЯ, изобретатели; Научно-исследовательский институт психического здоровья, патентообладатель. Способ прогнозирования формирования органического расстройства. Патент России № 2488118 С1. 2013 Июл 20.

188. Дубинина ЕЕ. Роль активных форм кислорода в качестве сигнальных молекул в метаболизме тканей при состояниях окислительного стресса. *Вопросы медицинской химии*. 2001;47(6):561-81.

189. Марута НА, Панько ТВ. Особенности диагностики и терапии тревожных расстройств невротического и органического генеза. *Український вісник психоневрології*. 2013;21(1):75-82.

190. Михайлов БВ, Сердюк ОІ, Чугунов ВВ, Курило ВО, Андрух ПГ, Заседа ЮІ. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці – сімейній медицині: навч. посіб. 5-е вид., перероб. і допов. Харків; 2014. 328 с.

191. Шкловский ВМ, Малин ДИ, Кобозев ГН, Селищев ГС, Орлов ИЮ. Структура психических расстройств у больных с очаговыми органическими поражениями головного мозга сосудистого и травматического генеза и нарушениями речи, выявляемыми на этапе нейрореабилитации, и принципы их психофармакотерапии. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012;22(2):21-5.

192. Burns RA, Browning CJ, Kendig HL. Examining the 16-year trajectories of mental health and wellbeing through the transition into widowhood. *Int Psychogeriatr*. 2015;27(12):1979-86. doi: [10.1017/S1041610215000472](https://doi.org/10.1017/S1041610215000472)

193. Александров ЮИ, редактор. Основы психофизиологии. Москва: ИНФРА-М; 1998. 432 с.

194. Данилова НН, Крылова АЛ. Физиология высшей нервной деятельности. Ростов-на-Дону: Феникс; 2005. 478 с.

195. Бурцев АК. Особенности психической адаптации студентов вузов различных профилей. *Вісник асоціації психологів України*. 1999;1:110-5.

196. Вейна АМ. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика. Москва: МИА; 2000. 752 с.
197. Stelcer B, Cybulski M, Kryvenko I, Yurtsenyuk O, Kachmarska M, Ryshkovska N, et al. Personality and behavioural health resources in Ukrainian students pursuing healthcare degrees: preliminary study. Наукові студії із соціальної та політичної психології. 2019;44:103-17. doi: [https://doi.org/10.33120/ssj.vi44\(47\).122](https://doi.org/10.33120/ssj.vi44(47).122)
198. Armario A, Marti O, Molina T, de Pablo J, Valdes M. Acute stress markers in humans, response of plasma glucose, cortisol and prolactin to two examinations differing in the anxiety they provoke. Psychoneuroendocrinol. 1996;21(1):17-24. doi: [10.1016/0306-4530\(95\)00048-8](https://doi.org/10.1016/0306-4530(95)00048-8)
199. Малышев ИВ. Характеристика социально-психологической адаптации и копинг-стратегий личности в разных условиях социализации. Современные исследования социальных проблем [Интернет]. 2012[цитировано 2020 Авг 16];12. Доступно: <https://cyberleninka.ru/article/n/harakteristika-sotsialno-psihologicheskoy-adaptatsii-i-koping-strategiy-lichnosti-v-raznyh-usloviyah-sotsializatsii/viewer>
200. Напрєєнко ОК, редактор. Наркологія. Психічні та поведінкові розлади, спричинені зловживанням психоактивними речовинами: довідкове видання. Київ: Здоров'я; 2011. 208 с.
201. Markova M, Yaru 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; Mar 29-Apr 01. Munich. Munich; 2016, p. 54-5.
202. Линский ИВ, Минко АН, Артемчук Ф, Гриневич ЕВ, Маркова МВ, Мусиенко ГА, и др. Аддиктивный статус и метод его комплексной оценки при помощи системы AUDIT-подобных тестов. Психическое здоровье. 2010;8(6):33-45.
203. Коркина МВ, Лакосина НД, Личко АЕ. Психиатрия. Москва: Медицина; 1995. 608 с.
204. Абдрыхімова Ц.Б. Рання діагностика, клініка, профілактика та корекція невротичних, пов'язаних зі стресом розладів в учнів ліцеїв [автореферат]. Київ;

2003. 22 с.

205. Доскин ВА, Куинджи НН. Биологические ритмы растущего организма. Москва: Медицина; 1989. 219 с.

206. Юрценюк ОС, Карвацька НС, Савка СД, Ротар СС, Курик ВІ. Психопрофілактика та психокорекція несприятливих психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів (огляд літератури). Буковинський медичний вісник. 2017;21(1):235-8. doi: <https://doi.org/10.24061/2413-0737.XXI.1.81.2017.50>

207. Горст НА, Горст ВР. Состояние вегетативной нервной системы в процессе адаптации организма школьников и студентов к различным условиям существования. В: Материалы докладов итоговой научной конференции; 1995 Апр 20-21; Астрахань. Астрахань; 1995. Т 1, Филология. Педагогика. Психология. Физическая культура. История. Юриспруденция. Социальные науки; с. 75-9.

208. Корнацький ВМ, Маркова МВ, Степанова НМ, Бабич ВВ. Оцінка психосоціальних чинників ризику розвитку хвороб системи кровообігу у пацієнтів первинної ланки медико-санітарної допомоги: метод. реком. Київ; 2007. 14 с.

209. Зорій АІ. Взаємозв'язок особистісних рис студентів-медиків і показників вегетативної нервової системи під час складання іспитів. Медична психологія. 2010;5(1):15-8.

210. Лобунець ГЮ. Проблема розладів психічної сфери студентів, які мають інвалідність. Медична психологія. 2012;7(4):48-50.

211. Малахов ПС, Асеева ЮО, Волинко ВВ, Харітонова АС. Проблемність адаптації студентів-медиків. Медична психологія. 2016;11(2):3-5.

212. Башкиров АА, Седова ЛМ. Методы и средства повышения умственной работоспособности студентов в процессе адаптации к учебной деятельности (методические указания). Казань; 1986. 23 с.

213. Берсенева АП. Математический анализ сердечного ритма при функциональных изменениях миокарда у студентов. Функциональные особенности сердца при физических нагрузках в возрастном аспекте. 1979;2:95-9.

214. Буркитбаев А. Оптимизация режима труда и отдыха студентов. В:

Проблемы организации труда, отдыха и контроля за здоровьем студентов вуза. Алма-Ата; 1985, с. 30-3.

215. Вергасов ВМ. Активизация познавательной деятельности студентов в высшей школе. Киев: Вища школа; 1985. 176 с.

216. Долгов ЕГ, Красикова ТИ, Коденева НИ. Сравнительная оценка некоторых показателей умственной работоспособности у студентов разных факультетов педагогического вуза. В: Проблемы организации труда, отдыха и контроля за здоровьем студентов вуза. Алма-Ата; 1985, с. 16-20.

217. Доскин ВА, Лаврентьева НА. Ритмические колебания работоспособности студентов. В: Состояние здоровья и работоспособность студентов вузов. Москва; 1974, с. 139-43.

218. Чабан ОС, Хаустова ОО, Трачук ЛЄ. Шляхи підвищення ефективності навчання студентів за спеціальністю «Медична психологія». Медична психологія. 2016;11(1):3-8.

219. Иванец НН, Кинкулькина МА, Тартынский КМ, Кренкель ГЛ. Особенности психофармакотерапии депрессивных состояний с паническими атаками. Журнал неврологии и психиатрии им. СС. Корсакова. 2018;118(4):65-9. doi: [10.17116/jnevro20181184165-69](https://doi.org/10.17116/jnevro20181184165-69)

220. Wilson T, Shalley F. Estimates of Australia's non-heterosexual population. Aust Popul Stud. 2018;2(1):26-38. doi: [10.37970/aps.v2i1.23](https://doi.org/10.37970/aps.v2i1.23)

221. Очеретнюк АО, Лисенко ДА, паламарчук ОВ, Закалата ТР, Керничний ВВ. Проблема адаптації студентів-медиків першого курсу до навчального процесу. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2018;22(3):543-7. doi: [10.31393/reports-vnmedical-2018-22\(3\)-31](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2018-22(3)-31)

222. 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.

223. Burns RA, Byles J, Mitchell P, Anstey KJ. Positive components of mental health provide significant protection against likelihood of falling in older women over a

13-year period. Int Psychogeriatr. 2012;24(9):1419-28. doi: [10.1017/S1041610212000154](https://doi.org/10.1017/S1041610212000154)

224. Burns RA, Mitchell P, Shaw J, Anstey K. Trajectories of terminal decline in the wellbeing of older women: the DYNOPTA project. Psychol Aging. 2014;29(1):44-56. doi: [10.1037/a0035370](https://doi.org/10.1037/a0035370)

225. Thorley C. Not by degrees: improving student mental health in the UK's universities. London; Institute for Public Policy Research [Internet]. 2017[cited 2020 Aug 22]. Available from: <https://www.ippr.org/files/2017-09/not-by-degrees-summary-sept-2017.pdf>

226. Маркова МВ. Психопрофілактика порушення функціонування студентської сім'ї (медико-психологічні аспекти [автореферат]. Харьков; 2007. 36 с.

227. 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](https://doi.org/10.1136/bmj.329.7474.1096)

228. 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](https://doi.org/10.1080/02796015.2007.12087943)

229. Пашковський ВМ, редактор. Удосконалення ранньої діагностики та диференційованого лікування пацієнтів з несприятливими психічними розладами з урахуванням стану нервової системи. Чернівці: Технодрук; 2019. 323 с.

230. 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.

231. Мещерякова ИН. Особенности мотивации учебной деятельности студентов-психологов различных курсов. Известия Воронежского государственного педагогического университета. 2015;269(4):137-9.

232. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні. Інформаційно-аналітичний огляд за 2008-2012 рр. Київ; 2013. 202 с.

233. Підкоритов ВС. Психіатрія в Україні - минуле, теперешнє, майбутнє. Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2008;2:29-32.
234. Пшук НГ. Предиктори формування процесу психосоціальної реабілітації психічнохворих. Український вісник психоневрології. 2010;18(3):145.
235. Клепач ЮВ, Разуваева ОО. Особенности учебно-профессиональной мотивации и тревожности у студентов-психологов и студентов медицинского колледжа. Известия Воронежского государственного педагогического университета. 2015;269(4):140-3.
236. Смирнова СВ. Актуальные вопросы адаптации и психологического сопровождения обучения студентов высших медицинских учебных заведений. Научное обозрение. Медицинские науки [Интернет]. 2016[цитировано 2020 Авг 15];3:128-33. Доступно: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=898>
237. Годун НІ. Фізіологія вищої нервової діяльності: навч.-метод. посіб. Переяслав-Хмельницький; 2014. 159 с.
238. Соловьёв ВН. Влияние адаптации и мотивации учебной деятельности на успеваемость студентов. Фундаментальные исследования. 2004;5:81-3.
239. 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](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.01.002)
240. Гавенко ВЛ, Бітенський ВС, редактори. Психіатрія і наркологія: підручник; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. 2-ге вид., перероб. і допов. Київ: Медицина; 2015. 512 с.
241. 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](https://doi.org/10.37822/2410-7484.2019.25.2.98-101)
242. King A, Smith D. The Jack Wills crowd: towards a sociology of an elite subculture. Br J Sociol. 2018;69(1):44–66. doi: [10.1111/1468-4446.12254](https://doi.org/10.1111/1468-4446.12254)

243. Юрьева ЛН. Кризисы профессиональной деятельности врача и пути их преодоления. Здоров'я України. Неврологія. Психіатрія. Психотерапія. 2017;2:23–4.
244. Гавенко ВЛ, Лещина ИВ, Мозговая ТП. Скринінгова діагностика непсихотичних психічних розладів у студентів-медиків. Вісник проблем біології і медицини. 2014;1(3):59-63.
245. 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.
246. Харченко СВ. Деадаптація студентів в умовах навчання у вищій школі як фактор прояву стресу. Проблеми сучасної психології. 2009;6(Ч 2):323-32. doi: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2009-6.%p>
247. Вьюн ВВ. Система медико-психологічної підтримки лікаря у період адаптації до професійної діяльності. Архів психіатрії. 2016;22(4):64-7.
248. Соловьев ГМ, Соловьев НИ. Здоровьесберегающая система в обеспечении качества образования, здоровья и формирования культуры здорового образа жизни учащейся молодежи. Москва; 2009. 264 с.
249. Абдрахимова ЦБ. Клинико-эпидемиологические аспекты распространенности невротических расстройств у учащихся школ и лицеев. Архів психіатрії. 2002;8(1):40-3.
250. Абдрахімова ЦБ, Белов ОО. Індивідуально-психологічні та клініко-психопатологічні особливості пацієнтів із ревматоїдним артритом з урахуванням гендерного фактора. [Медична психологія](#). 2019;14(2):61-4.
251. Чуркин АА, Берсенов АВ. Клинико-динамические особенности формирования пограничных психических расстройств у учащейся молодежи. Российский психиатрический журнал. 2003;5:21-4.
252. Лазовская ОЕ. Актуальные проблемы в изучении депрессивных расстройств у студентов вузов. Медицинский журнал. 2010;2:15-9.

253. 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](https://doi.org/10.1007/s10578-006-0023-8)

254. Низамутдинова РС. Факторы риска внутренней патологии и их коррекция у студентов на период обучения в вузе в условиях крупного промышленного города [автореферат]. Челябинск; 1998. 42 с.

255. 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](https://doi.org/10.1007/s00127-010-0198-y)

256. Белоусов АЗ, Рыбакова ЛА, Саркисянц ЭЭ. Заболеваемость студентов разных вузов и пути её изучения. В: Состояние здоровья и работоспособность студентов вузов; Москва; 1974, с. 5-24.

257. Цивилько МА, Ильин МА. Клинические особенности пограничных психических нарушений у студентов. Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2003;5:71-3.

258. 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](https://doi.org/10.1016/S0895-7061(99)00217-4)

259. Лобунець АЮ. Медико-психологічний супровід студентів-інвалідів. Вісник Харківського національного університету імені ВН. Каразіна. Серія: Психологія. 2012;49(1009):175-8.

260. 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.: монография. Новокузнецк; 2010, с. 30-51.

261. Марута НО, Лінська КІ. Сучасні напрямки у розробці інструментів для об'єктивної діагностики афективних розладів (огляд літератури). Український вісник психоневрології. 2018;26(1):110-5.

262. Тукаев РД, Кузнецов ВЕ. Когнитивно-ориентированная психотерапия при тревожных расстройствах: оценка в контролируемом исследовании. Социальная и клиническая психиатрия. 2015;25(2):55–64.

263. Ólason M, Andreason 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: <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9690-z>.

264. Boersma K, Södermark M, Hesser H, Flink IK, Gerdle B, Linton SJ. Efficacy of a transdiagnostic emotion-focused exposure treatment for chronic pain patients with comorbid anxiety and depression: a randomized controlled trial. 2019;160(8):1708-18. doi: [10.1097/j.pain.0000000000001575](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001575)

265. Rasing SPA, Creemers DHM, Janssens JMAM, Scholte RHJ. Depression and Anxiety Prevention Based on Cognitive Behavioral Therapy for At-Risk Adolescents: A Meta-Analytic Review. *Front Psychol* [Internet]. 2017[cited 2020 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](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01066)

266. Кіосєва ОВ. Особливості психоемоційної характеристики студентів молодших курсів із розладами адаптації. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2016;1:30-5. doi: [10.11603/1681-2786.2016.1.6592](https://doi.org/10.11603/1681-2786.2016.1.6592)

267. Брагина КР. Тревожная и депрессивная симптоматика в рамках невротических и адаптационных расстройств у студентов-медиков на различных этапах обучения. Вісник Вінницького державного медичного університету. 2003;7(2-2):849-51.

268. Синайко ВМ. Закономерности динамики психического состояния студентов по результатам изучения электроотрицательности ядер буккального эпителия. Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения. 2003;139:149-51.

269. Гавенко НВ. Пограничні психічні розлади у студентів (клініка, діагностика, систематика). Український вісник психоневрології. 2002;10(4):51-3.

270. Гавенко НВ. Принципи психотерапії у студентів-медиків з порушенням психічної адаптації. Експериментальна і клінічна медицина. 2006;2:134-7.

271. Юрценюк ОС. Клініко-психопатологічні особливості неспсихотичних психічних розладів у студентів на різних етапах навчання. Архів психіатрії. 2018;24(3):149-52.

272. Юрасова ЕН, Чехлатый ЕИ. Динамика уровня невротичности и внутриличностных конфликтов у студентов (педагогов и психологов) в процессе обучения. Обзор психиатрии и медицинской психологии им. ВМ. Бехтерева. 1994;4:113-5.

273. 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.

274. Юрценюк ОС. Частота та структура неспсихотичних психічних розладів у студентів залежно від статі, курсу, форми навчання та спеціалізації. Буковинський медичний вісник. 2019;23(3):107-11. doi: <https://doi.org/10.24061/2413-0737.XXIII.3.91.2019.69>

275. Волошин ПВ, Марута НО. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди. Український вісник психоневрології. 2015;23(1):5-11.

276. 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 2020 Aug 18];2(2):e15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4607384/> doi: [10.2196/mental.4157](https://doi.org/10.2196/mental.4157)

277. Швидкий ОВ. Гігієнічна оптимізація навчання і заходи щодо охорони здоров'я студентів медичних училищ в умовах реформованої освіти [автореферат]. Донецьк; 2003. 18 с.

278. Гайдар КМ. Проблема психологического здоровья студентов в контексте модернизации российской высшей школы и создания ее психологической службы. 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. 112-6.

279. Юрценюк ОС. Діагностика та лікування депресивних та тривожних розладів у студентів. Клінічна та експериментальна патологія. 2019;18(3):101-6. doi: <https://doi.org/10.24061/1727-4338.XVIII.3.69.2019.17>

280. 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](https://doi.org/10.1002/wps.20461)

281. Красик ЕД, Положий БС, Крюков ЕА. Нервно-психические заболевания у студентов. Томск; 1982. 115 с.

282. Хобзей МК, Волошин ПВ, Марута НО. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення. Український вісник психоневрології. 2010;18(3):10-4.

283. 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 Жов 10-12; Харків. Т 2, Сучасні методи діагностики, лікування і реабілітації психічних і соматичних розладів психогенного походження (XV Платонівські читання); 2012, с. 117-8.

284. Hsiao FH, Lai YM, Chen YT, Yang TT, Liao SC, Ho RTH, et al. Efficacy of psychotherapy on diurnal cortisol patterns and suicidal ideation in adjustment disorder with depressed mood. Gen Hosp Psychiatry. 2014;36(2):214-9. doi: [10.1016/j.genhosppsych.2013.10.019](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.10.019)

285. 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](https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.079)

286. 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](https://doi.org/10.36740/WLek202008103)

287. Мурашов АВ. К изучению невротического расстройства у студентов. Здравоохранение Российской Федерации. 1991;1:29.

288. Yurtsenyuk O, Antofijchuk I. The anxiety level of medical students. Актуальні питання суспільних наук та історії медицини. 2015;2:70-4.

289. Пипа ЛВ, Лисиця ЮМ, Свістільнік РВ. Соматоформні (психосоматичні) розлади у дітей. Актуальність проблеми в сучасній педіатричній практиці (частина II). Современная педиатрия. 2015;4:135-9. doi: [10.15574/SP.2015.68.135](https://doi.org/10.15574/SP.2015.68.135)

290. Краснова ВВ, Холмогорова АБ. Социальная тревожность и студенческая дезадаптация. Психологическая наука и образование [Интернет]. 2011[цитировано 2020 Авг 10];1:1-15. Доступно: http://psyedu.ru/files/articles/psyedu_ru_2011_1_2060.pdf

291. 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. 46-8.

292. Смирнов ММ. Динамика и распространенность пограничных психических расстройств у студентов юношеского возраста [автореферат]. Москва; 1994. 19 с.

293. Юрценюк ОС. Рівень тривожності у студентів-медиків. Клінічна та експериментальна патологія. 2015;14(4):190-4. doi: <https://doi.org/10.24061/1727-4338.XIV.4.54.2015.43>

294. Yurtsenyuk OS. Students' level of anxiety. MEDICUS. 2015;6(6):105-6.

295. Юрценюк ОС, Пашковський ВМ. Особистісні особливості студентів вищих навчальних закладів (стаття присвячена 75-річчю ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»). Клінічна та

експериментальна патологія. 2019;14(4):104-9. doi: <https://doi.org/10.24061/1727-4338.XVIII.4.70.2019.17>

296. Положий БС, редактор. Национальное руководство по суицидологии. Москва: МИА; 2019. 600 с.

297. Горлинский ВВ. Культура устойчивого человеческого развития: ее конституирование и аксиологическое содержание. Философия и культура. 2015;5:658-69. doi: [10.7256/1999-2793.2015.5.10990](https://doi.org/10.7256/1999-2793.2015.5.10990)

298. Коршняк ВО, Насібуллін БА, Коршняк ОВ. Реабілітація хворих з віддаленими наслідками закритих черепномозкових травм. Харків: Інжек; 2014. 160 с.

299. Korshnyak VO, Nasibullin BA, Korshnyak OV, Gozenko AI. Neurohormones role in pathogenesis vegetative dysfunction syndrome of patients in remote consequences of closed craniocerebral injury. Journal of Health Sciences. 2014;4(4):127-34.

300. Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія). Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 р. № 1003. НейроNews. 2015;1-1:4-28.

301. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Москва: Весь мир; 2001. 24 с.

302. Кожевникова НГ. Особенности заболеваемости студентов вуза. Гигиена и санитария. 2011;4:59-62.

303. Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, Alonso J, Benjet C, Cuijpers P, et al. WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. J Abnorm Psychol. 2018;127(7):623-38. doi: [10.1037/abn0000362](https://doi.org/10.1037/abn0000362)

304. Дмитриев МН, Санников АН. Отдельные аспекты стигматизации психических больных и психиатрии среди студентов-медиков. Главный врач Юга России. 2019;5:71-5.

305. 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](https://doi.org/10.1177/0020764017735347)

306. Исмагилова ВЕ, Васильченко КФ, Дроздовский ЮВ. Влияние термина «шизофрения» на формирование негативных стереотипов о пациенте. Исследование на выборке студентов медицинского вуза. Омский психиатрический журнал. 2018;4:29-33.

307. 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](https://doi.org/10.18999/nagjms.80.3.367)

308. 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](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.02.018)

309. Башмакова ОВ, Семенихин ДГ, Карпов АМ, Кузнеченкова ЛВ. Компоненты социального образа фармакотерапии шизофрении. Психическое здоровье. 2018;16(2):40-8. doi: [10.25557/2074-014X.2018.02.40-48](https://doi.org/10.25557/2074-014X.2018.02.40-48)

310. Simon N, Verdoux H. Impact of education program and clinical posting in psychiatry on medical students' stigmatizing attitudes towards psychiatry and psychiatric disorders. *Encephale*. 2018;44(4):329-36. doi: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.05.003>

311. Chiles C, Stefanovics E, Rosenheck R. Attitudes of students at a US medical school toward mental illness and its causes. *Acad Psychiatry*. 2017;41(3):320-5. doi: [10.1007/s40596-016-0508-0](https://doi.org/10.1007/s40596-016-0508-0)

312. 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](https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.02.004)

313. Бройтигам В, Кристиан П, Рад М. Психосоматическая медицина. Москва: ГЭОТАР Медицина; 1999. 376 с.

314. Семичов СБ. Предболезненные психические расстройства. Москва: Медицина; 1987. 184 с.

315. Лебедев МА, Палатов СЮ. Предболезненные пограничные психические расстройства в подростковом и молодом возрасте. Журнал неврологии и психиатрии им. СС. Корсакова. 2013;113(10):18-22.

316. Руженкова ВВ. Распространенность и клиническая структура психических расстройств у студентов медиков (проблемы первичной и вторичной психопрофилактики). Научные результаты биомедицинских исследований. 2020;6(1):135-53. doi: [10.18413/2658-6533-2020-6-1-0-12](https://doi.org/10.18413/2658-6533-2020-6-1-0-12)

317. Бухановская ОА, Демчева НК. Психопатологическая характеристика невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств у студентов медицинского вуза. Вестник неврологии, психиатрии, нейрохирургии. 2019;9:20-33.

318. Казаковцев БА, Демчева НК, Яздовская АВ, Сидорюк ОВ. Психиатрическая помощь населению Российской Федерации в 2017 году. Аналитический обзор. Москва; 2019. 132 с.

319. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA. 2016;316(21):2214-36. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17324>

320. Melaku L, Mossie A, Negash A. Stress among Medical Students and Its Association with Substance Use and Academic Performance. Journal of Biomedical Education [Internet]. 2015[cited 2020 Aug 18];2015:ID149509. Available from: <http://downloads.hindawi.com/archive/2015/149509.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/149509>

321. Караваева ТА, Васильева АВ, Полторац СВ. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств).

Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени ВМ. Бехтерева. 2016;4:42-52.

322. Мартынюк ЮО. Когнитивная терапия депрессивных состояний. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2016;2:29-33.

323. Крадинова ЕА, Кулик ЕИ, Назарова ЕВ. Физические факторы в комплексном лечении пограничных психических расстройств. Вестник физиотерапии и курортологии. 2018;2:77-82.

324. Александров МВ, Улитин АЮ, Черный ВС, Топоркова ОА. Интраоперационный мониторинг как элемент системы нейрофизиологического обеспечения высокотехнологичной нейрохирургической помощи. Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. ИИ. Мечникова. 2018;10(2):92-8. doi: [10.17816/mechnikov201810292-98](https://doi.org/10.17816/mechnikov201810292-98)

325. Мосолов СН. Достижения, актуальные проблемы и перспективы биологической терапии психических заболеваний в свете 100-летней истории Московского научно-исследовательского института психиатрии. Социальная и клиническая психиатрия. 2020;30(1):13-22.

326. Напрєєнко ОК, Юрценюк ОС. Особливості діагностики, профілактики, психотерапії та фармакотерапії неспихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів. Український вісник психоневрології. 2020;28(1):64-8. doi: <https://doi.org/10.36927/20790325-V28-is1-2020-14>

327. Юрценюк ОС. Комплексне лікування неспихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів. Клінічна та експериментальна патологія. 2020;19(1):127-32. doi: <https://doi.org/10.24061/1727-4338.XIX.1.71.2020.19>

328. Дорофеев ЕВ. Комплексная терапия диссоциативного двигательного расстройства. Медицинский альманах. 2020;2:79-83.

329. Авраменко ОМ. Принципи терапії неспихотичних психічних розладів у пацієнтів із хронічним больовим синдромом: від комплексної діагностики до комплексної курації. НейроNEWS. 2017;3:49-52.

330. 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](https://doi.org/10.1007/s00406-011-0252-0)

331. Руженкова ВВ, Руженков ВА. Проблема стигмы в психиатрии и суицидологии. *Научные ведомости БелГУ. Серия Медицина. Фармация*. 2012;17(4):5-13.

332. Hankir AK, Northall A, Zaman R. Stigma and mental health challenges in medical students. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2014[cited 2020 Aug 10]:bcr2014205226. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4158203/pdf/bcr-2014-205226.pdf> doi: [10.1136/bcr-2014-205226](https://doi.org/10.1136/bcr-2014-205226)

333. Москаленко ВФ, Горбань ЄМ, Табачников СІ. Роль і місце соціальної психіатрії у сучасному суспільстві. *Український вісник психоневрології*. 2002;10(1):9-11.

334. Руженкова В.В. Динамика значимости учебных стрессовых факторов и проявлений стресса у студентов медиков после реализации программы «Стресс-менеджмент». *Вестник психотерапии*. 2019;70:130-44.

335. Эльзессер АС, Кадыров РВ, Маркелова ЕВ. Эффективность краткосрочной психотерапии депрессивных и тревожных расстройств. *Вестник Кемеровского государственного университета*. 2018;2:122-30.

336. Гавенко ВЛ, Синайко ВМ, Соколова ИМ. Организация и опыт работы психологической службы в вузе. В: Матеріали пленуму науково-практичного товариства неврологів, психіатрів та наркологів України Актуальні питання неврології, психіатрії та наркології у світлі концепції розвитку охорони здоров'я населення України; 2001 Кві 23-28; Тернопіль. Тернопіль; 2001, с. 40-4.

337. Юрценюк ОС. Інтегративна характеристика факторів ризику розвитку непсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів. *East European Science Journal*. 2020;54(2):64-70.

338. Юрценюк ОС. Особливості непсихотичних психічних розладів у студентів в залежності від спеціальності навчання. *Український вісник*

психоневрології. 2020;28(2):52-4. doi: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is2-2020-10>

339. 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. 82-3.

340. Юрценюк ОС. Психосоціальна реабілітація студентів з непсихотичними психічними розладами. Архів психіатрії. 2018;24(1):63-4.

341. Юрценюк ОС, Пашковський ВМ. Психотерапія непсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів. В: Матеріали XXIV наук.-практ. конф. з міжнар. участю Актуальні питання психотерапії та психології; 2018 Чер 29-Лип 01; Чернівці. Чернівці; 2018, с. 167-9.

342. Yurtsenyuk OS. Options for stress management in university students. In: Materials of I International Scientific and Practical Conference Problems and perspectives of modern science and practice; 2020 Jan 30-31; Graz, Austria. Graz; 2020, p. 214-6.

343. Забылина НА. Сравнительная эффективность различных методов терапии больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом [автореферат]. Санкт-Петербург; 2013. 25 с.

344. Катков АЛ. Методология научных исследований в сфере профессиональной психотерапии (методическое руководство). Москва; 2016. 96 с.

345. Cuijpers P, Donker T, Weissman MM, Ravitz P, Cristea IA. Interpersonal Psychotherapy for Mental Health Problems: A Comprehensive Meta-Analysis. Am J Psychiatry. 2016;173(7):680–7. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15091141>

346. Hayes SC, Hofmann SG. The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process based care. World Psychiatry. 2017;16(3):245-6. doi: <https://doi.org/10.1002/wps.20442>

347. David D, Cristea IA, Hofmann SG. Why Cognitive Behavioral Therapy Is the Current Gold Standard of Psychotherapy. *Front Psychiatry* [Internet]. 2018[cited 2020 Aug 10];9:4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5797481/pdf/fpsy-09-00004.pdf> doi: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00004>

348. Yurtsenyuk OS. Psychotherapy phobias. В: Матеріали XXIV наук.-практ. конф. з міжнар. участю Актуальні питання психотерапії та психології; 2018 Чер 29-Лип 01; Чернівці. Чернівці; 2018, с. 170-171.

349. Leichsenring F, Steinert C. Is cognitive behavioral therapy the gold standard for psychotherapy? The need for plurality in treatment and research. *JAMA*. 2017;318(14):1323–4. doi: [10.1001/jama.2017.13737](https://doi.org/10.1001/jama.2017.13737)

350. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognit Ther Res*. 2012;36(5):427-40. doi: [10.1007/s10608-012-9476-1](https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1)

351. Fordham B, Sugavanam T, Hopewell S, Hemming K, Howick J, Kirtley S, et al. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *BMJ Open* [Internet]. 2018[cited 2020 Aug 17];8:e025761. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/12/e025761.full.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025761>

352. Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E, Reijnders M, Huibers MJ. How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*. 2016;15(3):245-58. doi: [10.1002/wps.20346](https://doi.org/10.1002/wps.20346)

353. Olatunji BO, Cisler JM, Deacon BJ. Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *Psychiatr Clin North Am*. 2010;33(3):557-77. doi: [10.1016/j.psc.2010.04.002](https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.002)

354. Steinert C, Munder T, Rabung S, Hoyer J, Leichsenring F. Psychodynamic therapy: as efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *Am J Psychiatry*. 2017;174(10):943-53. doi: [10.1176/appi.ajp.2017.17010057](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010057)

355. Lorenzo-Luaces L, German RE, DeRubeis RJ. It's complicated: the relation between cognitive change procedures, cognitive change, and symptom change in cognitive therapy for depression. Clin Psychol Rev. 2015;41:3-15. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.12.003>

356. Юрценюк ОС, винахідник; Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», патентовласник. Спосіб лікування депресивних розладів у осіб молодого віку. Патент України № 117817. 2017 Лип 10.

357. Юрценюк ОС, Ротар СС, винахідники; Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», патентовласник. Спосіб лікування тривожних розладів у осіб молодого віку. Патент України № 117822. 2017 Лип 10.

358. Юрценюк ОС, винахідник; Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», патентовласник. Спосіб комплексного лікування соматоформних розладів у осіб молодого віку: Патент України № 136472. 2019 Сер 27.

359. Юрценюк ОС, винахідник; Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», патентовласник. Спосіб комплексного лікування obsесивно-компульсивного розладу у осіб молодого віку. Патент України № 136470. 2019 Сер 27.

360. Юрценюк ОС, винахідник; Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», патентовласник. Спосіб послідовної психодіагностики, психокорекції та/або лікування розладів міжгендерних стосунків. Патент України № 136134. 2019 Сер 12.

361. Холмогорова АБ. Когнитивно-бихевиоральные модели и методы лечения генерализованного тревожного расстройства. Современная терапия психических расстройств. 2014;1:19-24.

362. Колотильщикова ЕА. Психотерапия невротических расстройств: психологические факторы и механизмы. Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015;11(2):146-70.

363. Wasilewski B, Yurtsenyuk O, Egan E. Depression as a civilization-deformed adaptation and defence mechanism. *Insights Depress Anxiety*. 2020;4:8-11. doi: [10.29328/journal.ida.1001013](https://doi.org/10.29328/journal.ida.1001013)

364. Юрценюк ОС. Поширеність та комплексне лікування невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів у студентів різних курсів та спеціальностей навчання. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2020;13:49-54. doi: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-13-07>

365. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(5):415-24. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)

366. Юрценюк ОС. Модель мультиноміальної логістичної регресії та побудова дерева рішень для визначення факторів ризику розвитку непсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2020;14:43-8. doi: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-14-03>

367. Соловьева СЛ, составитель. Психотерапия: новейший справочник практического психолога. Москва: АСТ; 2005. 704 с.

368. Михайлов БВ, Табачников СИ, Витенко ИС, Чугунов ВВ. Психотерапия: учебник. Харьков: Око; 2002. 768 с.

369. Михайлов БВ, редактор. Психотерапия в общесоматической медицине. Клиническое руководство. Харьков: Прапор; 2002. 128 с.

370. Филатов АС. Аутогенная тренировка. Киев: Здоров'я; 1987. 143 с.

371. Коротаева Е.В. Игровые модули общения: учебные материалы к тренингу. Екатеринбург; 1995. 31 с.

372. Эндемиллер ЭГ, Юстицкий ВВ. Семейная психотерапия. Ленинград: Медицина; 1990. 192 с.

373. Холмогорова АБ. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра: монография. Москва: Медпрактика-М; 2011. 480 с.

374. Маркова МВ, Ветрила ТГ. Варианты семейного взаимодействия, формирующиеся в семьях с "особым" ребенком. Український вісник психоневрології. 2010;18(3):133.

375. 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](https://doi.org/10.1080/00223891.2014.958846)

376. Тукаев РД, Кузнецов ВЕ, Москаленко ДА, Петраш НМ. Оценка эффективности психотерапии при расстройствах невротического регистра: проблемы, ограничения, возможности. Социальная и клиническая психиатрия. 2013;23(3):92-8.

377. Хобзей МК, Колякова ОМ, Зінченко ОМ, укладачі. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю та інших психоактивних речовин в Україні. Стан наркологічної допомоги населенню України (інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2010 рр.). Харків: Плеяда; 2011. 138 с.

378. Юрценюк ОС, Рудницький РІ. Проблема вживання психоактивних речовин студентами вищих навчальних закладів. В: Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. Медичні науки: історія розвитку, сучасний стан та перспективи дослідження; 2014 Жов 25-26; Львів. Львів; 2014, с. 78-80.

379. Юрценюк ОС, Ротар СС. Предиктори тривожних розладів у студентів вищих навчальних закладів. В: Матеріали XXIV Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку; 2016 Чер 25-26; Переяслав-Хмельницький. Переяслав-Хмельницький; 2016, с. 132-5.

380. Юрценюк ОС. Значення рівня нейротизму у діагностиці непсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів. Медична психологія. 2019;14(3):45-8. doi: <https://doi.org/10.31071/mps2019.03.045>

381. Флетчер Р, Флетчер С, Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. Москва: Медиа Сфера, 1998. 352 с.

382. Михайлов БВ, Табачников СІ, Напрєєнко ОК, Домбровська ВВ, редактори. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки

[Интернет]. Харків; 2003[цитовано 2020 Вер 10]. 464 с. Доступно: <http://www.psychiatry.ua/books/criteria/>

383. Малкина-Пых ИГ. Психосоматика. Справочник практического психолога. Москва: Эксмо; 2005. 992 с.

384. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности: учеб. пособ. 4-е изд., перераб. и допол. Москва: Юрайт; 2017. 455 с.

385. Чала ЮМ, Шахрайчук АМ. Психодіагностика: навч. посіб. Харків; 2018. 246 с.

386. Зайцев ВП. Вариант психологического теста mini-mult. Психологический журнал. 1981;3:118-23.

387. Гублер ЕВ. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. Ленинград: Медицина; 1978. 296 с.

388. Скакун МП. Основи клінічної епідеміології та доказової медицини: навч. посіб. Тернопіль: ТДМУ; 2008. 372 с.

389. Виноград НО, Василишин ЗП, Козак ЛП. Спеціальна епідеміологія: навч. посіб. 2-е вид., перероб. і допов. Київ: Медицина; 2018. 368 с.

390. Клінічні критерії непсихотичних психічних розладів у інвалідів-учасників антитерористичної операції: метод. реком. Вінниця; 2017. 37 с.

391. Бігун НІ. Психологічні умови особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами: монографія. Кам'янець-Подільський: ПП Медобори-2006; 2011. 160 с.

392. Решетова ТВ, Герасимова АВ, Решетов АВ. Депрессия в общей врачебной практике: медико-социальные особенности современного больного и когнитивносберегающая терапия. Психиатрия и психофармакотерапия им. ПБ. Ганнушкина. 2017;4:22-9.

393. Логинов ИП, Солодка ЕВ, Савин СЗ. Современные представления об этнических особенностях непсихотических депрессивных расстройствах в подростковом возрасте (транскультуральное исследование). Международный научно-исследовательский журнал. 2017;4(Ч 3):162-5. doi: <https://doi.org/10.23670/IRJ.2017.58.158>

394. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Genet Psychiat.* 1994;51(5):355-64. doi: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950050015002>

395. Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *J Abnormal Psychol.* 1991;100(3):316-36. doi: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>

396. Кендалл М, Стьюарт А. Статистические выводы и связи. В 2 т. Москва: Наука; 1973. Т 2; 899 с.

397. Юрценюк ОС. Депресивні та тривожні розлади у студентів. *Український вісник психоневрології.* 2017;25(1):165.

398. Юрценюк ОС. Сучасні погляди на проблему непсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів. In: Katjuhin LN, Salov IA, Danilova IS, Burina NS, editors. *Proceedings of articles the international scientific conference Advanced of Science*; 2018 Sep 28; Karlovy Vary, Czech Republic Kyiv Ukraine. Karlovy Vary; 2018, p. 145-54.

399. Юрценюк ОС, Ротар СС. Фактори, що впливають на розвиток непсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів. *Медичний форум.* 2015;5(Ч 1):89-91.

400. Yurtsenyuk OS. Clinical-psychopathological structure of non-psychotic mental disorders in students. В: *Матеріали наук.-практ. конф. молодих вчених з міжнар. участю Профілактична медицина сьогодні: внесок молодих спеціалістів*; 2018 Тра 24; Харків. Харків; 2018, с. 83.

401. Юрценюк ОС. Вивчення структури та феноменології непсихотичних психічних розладів у студентів. В: *Матеріали XXXVII Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. Тенденції та перспективи розвитку науки і освіти в умовах глобалізації*; 2018 Чер 27; Переяслав-Хмельницький. Переяслав-Хмельницький; 2018, с. 361-4.

402. Yurtsenyuk OS. Clinical-psychopathological peculiarities of non-psychotic mental disorders in students at different stages of studying. В: Бойчук ТМ, Іващук ОІ, Безрук ВВ, редактори. *Матеріали 100-ї підсумкової наукової конференції*

професорсько-викладацького персоналу Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»; 2019 Лют 11, 13, 18; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2019, с. 291.

403. Балун ОА, Лукина ЛВ, Михайлов ВА, Семенова НВ, Ситник ЛИ. Непсихотические психические расстройства в неврологической практике. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени ВМ. Бехтерева. 2012;4:77-80.

404. Хаустова ОО. Біопсихосоціальна модель: майбутнє психіатрії (за матеріалами 21-го Міжнародного конгресу з соціальної психіатрії). Архів психіатрії. 2013;19(3):144-5.

405. Сінайко ВМ. Стани психічної дезадаптації у студентів (клініка, динаміка, принципи корекції та профілактики) [автореферат]. Харків; 2005. 35 с.

406. Лещина ІВ. Система діагностики, профілактики та корекції неспсихотичних психічних розладів у студентів-медиків [автореферат]. Харків; 2013. 20 с.

407. Аксёнов ММ, Жигинас НВ. Гердерные особенности формирования расстройств поведения у подростков. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2004;3:91-4.

408. Юрценюк ОС. Гендерні відмінності рівня алекситимії у студентів з неспсихотичними психічними розладами. Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2019;11:25-9. doi: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2019-11-03>

409. Yurtsenyuk OS, Rotar SS. Students' level of situational anxiety and personal anxiety. В: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. Світова медицина: сучасні тенденції та фактори розвитку; 2016 Січ 29-30; Львів. Львів: Львівська медична спільнота; 2016, с. 68-71.

410. Юрценюк ОС, Ротар СС. Рівень депресії та тривоги у студентів-медиків на різних етапах навчання. Південноукраїнський медичний науковий журнал. 2015;11:136-9.

411. Балл ГА. Понятие адаптации и его значение для психологии личности. Вопросы психологии. 1989;1:92-100.

412. Артюхова ТЮ. Психологические механизмы коррекции состояния тревожности личности [диссертация]. Новосибирск; 2000. 197 с.

413. Bermond B, Moorman PP. Brain and alexithymia: Empirical evidence for both the hypothesis of left hemispheric hyperactivity and the hypothesis of functional commissurotomy. In: Vingerhoets AJJM, van Bussel FJJ, Boelhouwer AJW, editors. The (non)expression of emotions in health and disease. Tilburg: Tilburg University Press; 1999, p. 43.

414. Bagby RM, Quilty LC, Taylor GJ, Grabe HJ, Luminet O, Verissimo R, et al. Are there subtypes of alexithymia? Personality and Individual Differences. 2009;47(5):413-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.012>

415. Larsena JK, Branda N, Bermond B, Hijman R. Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: a review of neurobiological studies. J Psychosom Res. 2003;54(6):533-41. doi: [10.1016/S0022-3999\(02\)00466-X](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00466-X)

416. Трунов ДГ. Виды и механизмы функциональной алекситимии. Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2010;1(2):93-9.

417. Levant RF, Hall RJ, Williams CM, Hasan NT. Gender Differences in Alexithymia. Psychology of Men & Masculinity. 2009;10(3):190-203. doi: <https://doi.org/10.1037/a0015652>

418. Burch JP. Alexithymia and dissociation [master thesis]. Eugene: University of Oregon Portland State University; 1995. 67 p.

419. Алексеева ЕЕ. О профессиональном здоровье студентов педагогических специальностей. Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. 2009;1:131-5.

420. Никулина ДС, Синеева СН. Удовлетворенность качеством жизни студентов с разным уровнем алекситимии. Известия Южного федерального университета. Технические науки. 2008;83(6):76-80.

421. Лучшева ЛМ. Влияние эмоционального выгорания и алекситимии педагогов на успешность идентификации эмоциональных состояний по голосу. Сибирский педагогический журнал. 2011;1:267-75.

422. Яковлева НВ, Силина ЮВ, Арефьев АА, Телепнев НА, Жданова ИВ. Агрессивность и алекситимия у врачей пожилого возраста с различными типами поведенческой активности. Ученые записки университета им. ПФ. Лесгафта. 2012;1:167-72. doi: [10.5930/issn.1994-4683.01.83.p167-172](https://doi.org/10.5930/issn.1994-4683.01.83.p167-172)

423. Семенихин ДГ, Башмакова ОВ, Карпов АМ. Алекситимия – предиктор профессиональной деятельности и фактор профессионального отбора врачей-психиатров. Общественное здоровье и здравоохранение. 2008;2:91-4.

424. Hoškova-Mayerova S, Mokra T. Alexithymia among students of different disciplines. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2010;9:33-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.12.111>

425. Воронина КА, Савина ТС, Усынина ТП. Исследование алекситимии у студентов медицинского университета. В: Широков ОН, редактор. Материалы Междунар. науч.-практ. конф. Научные исследования: теория, методика и практика; 2017 Май 21; Чебоксары. Чебоксары: Интерактив плюс; 2017; Т 1, с. 175-7.

426. Брель ЕЮ, Стоянова ИЯ. Психологические характеристики алекситимии в контексте психического здоровья и социального развития у современных подростков. Известия Уральского федерального университета. Серия 1. Проблемы образования, науки и культуры. 2018;24(2):97-105.

427. Брель ЕЮ, Стоянова ИЯ. Феномен алекситимии в клиничко-психологических исследованиях (обзор литературы). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017;4:74–81. doi: [10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-74-81](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-74-81)

428. Есин РГ, Горобец ЕА, Галиуллин КР, Есин ОР. Алекситимия - основные направления изучения. Журнал неврологии и психиатрии им. СС. Корсакова. 2014;114(12-1):148-51. doi: [10.17116/jnevro2014114121148-151](https://doi.org/10.17116/jnevro2014114121148-151)

429. Игумнов СА. Алекситимия как фактор риска развития аддиктивного поведения молодежи. В: Бородин ВИ, редактор. Материалы конгресса Психическое здоровье человека XXI века; 2016 Окт 7-8; Москва. Москва: Городец; 2016, с. 49-51.

430. Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiatry*. 2000;45(2):134-42. doi: [10.1177/070674370004500203](https://doi.org/10.1177/070674370004500203)

431. Моисеева ОЮ. Психодиагностика индивидуальных особенностей личности. Часть 2. Психодиагностика характера: учебно-метод. пособ. Владивосток; 2007. 253 с.

432. Чижкова МБ. Структура личности студентов-первокурсников с разным уровнем адаптации к образовательной среде медицинского вуза [Интернет]. *Мир науки*. 2017[цитировано 2020 Авг 10];5(3). Доступно: <http://mir-nauki.com/PDF/29PSMN317.pdf>

433. Осипчукова ЕВ, Попова НВ, Попова ЕВ. Адаптация студентов в учреждениях высшего образования: факторный анализ. *Современная высшая школа: инновационный аспект*. 2016;8(4):66-74. doi: [10.7442/2071-9620-2016-8-4-66-74](https://doi.org/10.7442/2071-9620-2016-8-4-66-74)

434. Widiger TA, Oltmanns JR. Neuroticism is a fundamental domain of personality with enormous public health implications. *World Psychiatry*. 2017;16(2):144–5. doi: [10.1002/wps.20411](https://doi.org/10.1002/wps.20411)

435. Barlow DH, Ellard KK, Sauer-Zavala S, Bullis JR, Carl JR. The Origins of Neuroticism. *Perspect Psychol Sci*. 2014;9(5):481-96. doi: [10.1177/1745691614544528](https://doi.org/10.1177/1745691614544528)

436. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*. 2015;385(9969):717-26. doi: [10.1016/S0140-6736\(14\)61995-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4)

437. Рахман ЛВ, Маркова МВ, Кожина ГМ. Роль стресових факторів в синдромогенезі терапевтично резистентних депресій. *Український вісник психоневрології*. 2015;23(3):163-4.

438. Aldinger M, Stopsack M, Ulrich I, Appel K, Reinelt E, Wolff S, et al. Neuroticism developmental courses-implications for depression, anxiety and everyday emotional experience; a prospective study from adolescence to young adulthood. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2014[cited 2020 Aug 17];14:210. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4158099/pdf/12888_2014_Article_210.pdf doi: [10.1186/s12888-014-0210-2](https://doi.org/10.1186/s12888-014-0210-2)

439. Марута НО, Панько ТВ, Федченко ВЮ, Семікіна ОЄ, Каленська ГЮ, Теренковський ДІ. Діагностичні критерії депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги. Український вісник психоневрології. 2017;25(1):135.

440. Юрценюк ОС. Гендерні відмінності особистісних особливостей студентів з непсихотичними психічними розладами. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2020;1:202-7. doi: <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2020.v.i1.10699>

441. Yurtsenyuk O. Variants for overcoming stress in students with non-psychotic mental disorders. East European Science Journal. 2020;1(53 Part 1):19-23.

442. Yurtsenyuk OS. Students' level of personality and situation anxiety. В: Бойчук ТМ, Івашук ОІ, Безрук ВВ, редактори. Матеріали 98-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»; 2017 Лют 13, 15, 20; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2017, с. 233.

443. Юрценюк ОС. Депресивні та тривожні розлади у студентів. Доповідь на V Національному конгресі неврологів, психіатрів та наркологів України Неврологічна, психіатрична та наркологічна допомога в Україні: тенденції розвитку та сучасні виклики; 2017 Бер 16-17; Харків. Харків; 2017.

444. Юрценюк ОС. Исследование уровня личностной тревожности и ситуативной тревоги у студентов. В: Матеріали наук.-практ. конф. молодих вчених за участю міжнар. спеціалістів Досягнення профілактичної медицини як основа збереження здоров'я і благополуччя; 2019 Тра 23; Харків. Харків; 2019, с. 67.

445. Yurtsenyuk OS. Personality features of students at higher educational institutions. In: Komarytsky ML, editor. Abstracts of II International scientific and practical conference Priority directions of science development; 2019 Nov 25-26; Lviv, Ukraine. Lviv; 2019, p. 52-3.

446. Юрценюк ОС, Ротар СС. Рівень особистісної тривожності та ситуативної тривоги у студентів вищих навчальних закладів. Південноукраїнський медичний науковий журнал. 2015;10:103-5.

447. Yurtsenyuk OS, Antofijchuk IYa, Rotar SS. Students' level of personal anxiety and situational anxiety. Медичний форум. 2015;4(Ч 2):100-2.

448. Юрценюк ОС, Ротар СС. Проблема алекситимії в структурі особистості. Південноукраїнський медичний науковий журнал. 2016;13:160-1.

449. Yurtsenyuk OS. Significance of the study levels of personality and situational anxiety in the diagnostic of non-psychotic mental disorders in students of higher educational institutions. In: Koenig L, editor. The 4th International youth conference Perspectives of science and education; 2018 Aug 23; New York, USA. New York; 2018, p. 333-9.

450. Гримблат СО, Сосин ИК. Проблемы оптимизации высшего образования (на модели менеджмента и психологии). Харьков: Факт; 2004. 719 с.

451. Михайлов БВ. Проблема оценки эффективности и качества оказания психотерапевтической помощи. Український вісник психоневрології. 2010;18(3):137-8.

452. Шевченко ОМ, Маркова МВ, Харченко ЄМ, Бахтіярова СА, Лещенко ОМ, Степанова НМ, та ін. Роль медико-психологічних чинників в розвитку неспсихотичних психічних порушень, коморбідних з хворобами системи кровообігу (на моделі артеріальної гіпертензії та невротичних розладів). Український вісник психоневрології. 2007;15(1):204-5.

453. Шевченко НФ. Психологічна допомога в кризових та екстремальних ситуаціях: навч. посіб. Запоріжжя; 2013. 184 с.

454. Клодчик МР, Ащеулова ТВ, Кисиленко КВ. Ятрогенії: основна їх причина, наслідки і профілактика. Лікарська помилка: визначення, суть, види лікарських помилок. В: Матеріали VI наук. студ. конф. основ біоетики та біобезпеки Сучасні методи діагностики в клініці внутрішніх хвороб та їх етичні аспекти; 2016 лис 10; Харків. Харків: ХНМУ; 2016, с. 40-1.

455. Соколов НЕ, Соколова ЗЯ. Режим дня студента высшего учебного заведения. В: Проблемы организации труда, отдыха и контроля за здоровьем студентов вуза. 1985; Алма-Ата. Алма-Ата; 1985, с. 16-20.

456. Агаджанян НА, редактор. Здоровье студентов: монография. Москва; 1997. 199 с.

457. Крук ІВ. Клініко-психопатологічні аспекти станів навчальної дезадаптації [дисертація]. Київ; 1994. 413 с.

458. Табачников АЕ. Невротические реакции у подростков, обучающихся в школе нового типа. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 1998;1;34-7.

459. Гавенко ВЛ, Бачериков НЕ, составители. Ранняя диагностика и профилактика психических расстройств при развитии гипертонической болезни, церебрально-сосудистой недостаточности у лиц молодого возраста: метод. реком. Харьков; 1992. 29 с.

460. Щербатых ЮВ. Экзаменационный стресс: диагностика, течение и коррекция. Воронеж; 2000. 168 с.

461. Кирюшин ВА, Лобанов СП. Динамика психофизиологических показателей у студентов. Гигиена и санитария. 2003;1:47-9.

462. Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и пути решения [Интернет]. Хельсинки: ВОЗ; 2005[цитировано 2020 Апр 18]. 9 с. Доступно: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/88598/E85445R.pdf

463. Лапач СН, Чубенко АВ, Бабич ПН. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. Киев: Морион; 2001. 408 с.

464. Кулаичев АП. Методы и средства анализа данных в среде Windows. STADIA. 4-е изд. Москва: Информатика и компьютеры; 2002. 341 с.

465. Yurtsenyuk OS. Depression and students. В: Бойчук ТМ, Іващук ОІ, Безрук ВВ, редактори. Матеріали 99-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»; 2018 Лют 12, 14, 19; Чернівці. Чернівці: БДМУ; 2018, с. 201.

466. Юрценюк ОС. Рівень тривоги у студентів в умовах сучасного освітнього процесу. Постерна доповідь. В: Матеріали Українсько-швейцарський проект Розвиток медичної освіти. Осіння школа з медичної освіти; 2019 Жов 07-09; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет.

467. Юрценюк ОС. Вплив техногенних (антропогенних) чинників на психічне здоров'я студентів вищих навчальних закладів. В: Матеріали наук.-практ. інтернет-конф. Розвиток природничих наук як основа новітніх досягнень у медицині; 2019 Лис 27; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2019, с. 121-4.

468. Yurtsenyuk OS. Problems of adaptation of foreign students. In: Proceedings of the International scientific-practical conference Innovative technologies in medicine: the experience of Poland and Ukraine; 2017 Apr 28-29; Lublin, Poland. Lublin; 2017, p. 141-4.

469. Yurtsenyuk OS, Rotar SS. Influence of different types of stress related on studying on the development of non-psychotic mental disorders in higher education students. In: Proceedings of the I International Scientific and Practical Conference Scientific achievements of modern society; 2019 Sep 1-13; Liverpool, UK. Liverpool; 2019, p. 87-95.

470. Буйлов ВК. Психотерапия в профилактике и амбулаторном лечении неврозов у студентов. Российский медицинский журнал. 1997;2:13-5.

471. Поліщук НЄ. Біопсихосоціальна модель допомоги: основні принципи діагностики та лікування. НейроNEWS. 2013;6-2:36-9.

472. Аймедов КВ. Біопсихосоціальна модель допомоги у клінічній практиці: цикл наукових праць. Одеса: Прес-кур'єр; 2016. 175 с.

473. Костюченко СІ. Рекомендації з психосоціальної реабілітації хворих на психічні розлади. НейроNEWS. 2013;6:62-5.

474. Вінтоняк ДМ, Новохатська ОВ, Ямпольська ОВ., Луганська ІВ, Кривоніс ОО. Досвід психосоціальної реабілітації осіб із психічними розладами на базі Сватівської обласної психіатричної лікарні. Pain Medicine. 2018;3(2-1):48-50. doi: <https://doi.org/10.31636/pmjua.t1.29688>

475. Yurtsenyuk OS. Features of diagnosis and treatment of depressive and anxiety disorders among university students. In: Proceedings of the III International Scientific and Practical Conference Man and environment, trends and prospects; 2020 Feb 10-11; Tokyo, Japan. Tokyo; 2020, p. 237-40.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Пашковський В. М., Юрценюк О. С. та ін. Удосконалення ранньої діагностики та диференційованого лікування пацієнтів з несприятливими психічними розладами з урахуванням стану нервової системи: **Монографія**. Чернівці: технодрук, 2019. -324 с. Рекомендовано до друку Вченою радою ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», протокол №10 від 23 травня 2019 р. ISBN 978-617-7611-40-9 *(дисертантом написано розділ монографії, проведено аналіз та статистичну обробку результатів дослідження, сформульовано висновки, підготовлено роботу до друку)*.
2. Юрценюк О. С., Антофійчук І. Я. The anxiety level of medical students / О. С. Юрценюк, І. Я. Антофійчук // Щоквартальний спільний українсько-румунський науковий журнал «**Актуальні питання суспільних наук та історії медицини**». - 2015. - № 2 (6). - С. 70-74 *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, написанні статті)*.
3. Юрценюк О. С. Сім'я, як фактор формування несприятливих психічних розладів (огляд літератури) / О. С. Юрценюк // **Буковинський медичний вісник**. - 2015. - № 4 (76). – Том 19. - С. 237-240.
4. Юрценюк О. С. Рівень тривожності у студентів-медиків / О. С. Юрценюк // **Клінічна та експериментальна патологія**. – 2015. - № 4 (54). – Том XIV. - С. 190-194.
5. Юрценюк О. С. Students' level of anxiety / О. С. Юрценюк // «**MEDICUS**» **International medical scientific journal**. - 2015. - № 6 (6). - P. 105-106.
6. Юрценюк О. С. Психологічні та соціальні чинники розвитку невротичних розладів у студентів / О. С. Юрценюк // **Буковинський медичний вісник**. - 2016. - № 1 (77).– Том 20. - С. 236-240.

7. Юрценюк О. С. Психопрофілактика та психокорекція непсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів / О. С. Юрценюк, Н. С. Карвацька, С. Д. Савка, С. С. Ротар, В. І. Курик // **Буковинський медичний вісник**. - 2017. - № 1 (81). - Том 21. - С. 235-238 (*дисертантом обґрунтовано та сформульовано мету, задачі дослідження, проведено набір матеріалу, проведено експеримент, проведено аналіз та статистичну обробку результатів дослідження, сформульовано висновки, підготовлено роботу до друку*).
8. Юрценюк О. С. Соціально-психологічні фактори, що впливають на розвиток невротичних розладів у студентів / О. С. Юрценюк // **Клінічна та експериментальна патологія**. - 2016. - № 4 (58). - Том XV. - С. 135-138.
9. Юрценюк О. С. Influence of teaching load on the peculiarities of psychic status of students of higher educational institutions / О. С. Юрценюк // **Georgian medical news**. - 2018. - № 9 (282). - P. 107-112. **Scopus ISSN 1512-0112**
10. Юрценюк О. С. Клініко-психопатологічні особливості непсихотичних психічних розладів у студентів на різних етапах навчання / О. С. Юрценюк // **Архів психіатрії**. - 2018. - № 3 (94). - Том 24. - С. 149-153. ISSN 2410-7484.
11. Юрценюк О. С. Частота та структура непсихотичних психічних розладів у студентів залежно від статі, курсу, форми навчання та спеціалізації / О. С. Юрценюк // **Буковинський медичний вісник**. - 2019. - Т.23, №3 (91) - С. 107-111. ISSN 1684-7903.
12. Pashkovskyy V.M., Yurtsenyuk O.S. Comorbidity of non-psychotic mental disorders and neurologic symptoms among young people / Valeriy M. Pashkovskyy, Olha S. Yurtsenyuk // **Wiadomości Lekarskie**. - 2020. - Vol. LXXIII. – ISSUE 8. – p.1605-1609. (*особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, формулюванні висновків, написанні статті*). **Scopus ISSN 0043-5147**.
13. Юрценюк О. С. Діагностика та лікування депресивних та тривожних розладів у студентів / О. С. Юрценюк // **Клінічна та експериментальна патологія**. - 2019. Т.18, №3 (69). – С. 101-107.

- 14.Юрценюк О.С. Шляхи подолання стресу в навчальній діяльності студента / О.С. Юрценюк // Архів психіатрії. – 2019. – Т. 25. - №3 (98). – С. 160-163.
- 15.Юрценюк О. С. Значення рівня нейротизму у діагностиці непсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів / О. С. Юрценюк // **Медична психологія.** - 2019. - Т.14, №3 (55). – С. 45-48.
- 16.Юрценюк О. С. Гендерні відмінності рівня алекситимії у студентів з непсихотичними психічними розладами / О. С. Юрценюк // **Психіатрія, неврологія та медична психологія.** -. 2019. - №11. – С. 23-27.
- 17.Yurtsenyuk O.S. Personality and behavioural health resources in ukrainian medical sciences students / B.Stelcer, M. Cybulski, O. Yurtsenyuk, I. Kryvenko, M. Kachmarska, N. Ryshkovska, H. Katolyk, P. Lisicki // Наукові студії із соціальної та політичної психології. - 2019. - Вип. 44 (47). – С.103-117 (*дисертантом обґрунтовано та сформульовано мету, задачі дослідження, проведено набір матеріалу, проведено експеримент, проведено аналіз та статистичну обробку результатів дослідження, сформульовано висновки, підготовлено роботу до друку*).
- 18.Юрценюк О. С., Пашковський В. М. Особистісні особливості студентів вищих навчальних закладів (стаття присвячена 75-річчю ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет») / О. С. Юрценюк, В. М. Пашковський // **Клінічна та експериментальна патологія.** - 2019. - Т. XVIII, №4 (70). – С.104-109 (*особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, формулюванні висновків, написанні статті*).
- 19.Юрценюк О. С. Поширеність та комплексне лікування невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів у студентів різних курсів та спеціальностей навчання / О. С. Юрценюк // **Психіатрія, неврологія та медична психологія.** -. 2020. - №13. – С. 43-48.
- 20.Юрценюк О. С. Гендерні відмінності особистісних особливостей студентів з непсихотичними психічними розладами / О. С. Юрценюк // **Здобутки клінічної і експериментальної медицини.** – 2020. - №1(41).- С. 202-207.

- 21.Напреєнко О. К., Юрценюк О. С. Особливості діагностики, профілактики, психотерапії та фармакотерапії непсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів / О.К. Напреєнко, О.С. Юрценюк // **Український вісник психоневрології.**– 2020. - Т 28. – №1 (102). - С. 64-68. *(дисертантом обґрунтовано та сформульовано мету, задачі дослідження, проведено набір матеріалу, проведено експеримент, проведено аналіз та статистичну обробку результатів дослідження, сформульовано висновки, підготовлено роботу до друку).*
- 22.Wasilewski B, Yurtsenyuk O., Egan E. Depression as a civilization-deformed adaptation and defence mechanism / Wasilewski B, Yurtsenyuk O., Egan E. // **Insights Depress Anxiety.** – 2020. - № 4. – P. 008-011. ISSN: 2640-2882 DOI:10.29328/journal.ida.1001013 *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, написанні статті).*
- 23.Yurtsenyuk O. S. Variants for overcoming stress in students with non-psychotic mental disorders / Yurtsenyuk O. S. // **East European science journal.** - 2020. - № 01 (53). Part 1. – P. 19-23.
- 24.Юрценюк О. С. Комплексне лікування непсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів / О. С. Юрценюк // **Клінічна та експериментальна патологія.** - 2020. - Т. XIX, №1 (71). – С. 127-132. DOI:10.24061/1727-4338.XIX.1.71.2020.323.
- 25.Юрценюк О. С. Динаміка рівнів тривожності, депресії, алекситимії та нейротизму у студентів в залежності від курсу навчання / О. С. Юрценюк // **Буковинський медичний вісник.** - 2020. - Т.24, №1 (93) - С. 202-206. DOI: 10.24061/2413-0737. XXIV.1.93.2020.27 ISSN 1684-7903
- 26.Юрценюк О. С. Інтегративна характеристика факторів ризику розвитку непсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів / О. С. Юрценюк // **East European science journal.** - 2020. - № 02 (54). Part 2. – P. 64-70.

- 27.Юрценюк О. С. Особливості неспсихотичних психічних розладів у студентів в залежності від спеціальності навчання / О.С. Юрценюк // **Український вісник психоневрології.**– 2020. – Т. 28. - №2 (103).- С. 52-54.
- 28.Юрценюк О. С. Модель мультиноміальної логістичної регресії та побудова дерева рішень для визначення факторів ризику розвитку неспсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів / О. С. Юрценюк // **Психіатрія, неврологія та медична психологія.** -. 2020. - №14. – С. 26-32.

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

- 29.Юрценюк О. С., Рудницький Р. І. Проблема вживання психоактивних речовин студентами вищих навчальних закладів / Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції «Медичні науки: історія розвитку, сучасний стан та перспективи дослідження» (м. Львів, 25-26 жовтня 2014 р.). – С. 78-80. *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних, узагальненні матеріалів, написанні тез).*
- 30.Юрценюк О. С., Поліщук О. Ю., Ротар С. С. Соціально-психологічні фактори, що впливають на розвиток неспсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів / Матеріали IV міжнародної науково-практичної конференції «Медична психологія: здобутки, розвиток та перспективи» (м. Київ, 22-24 жовтня 2015 р.). - С. 82-83. *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних, узагальненні матеріалів, написанні тез).*
- 31.Yurtsenyuk O. S., Rotar S. S. Students' level of situational anxiety and personal anxiety / Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Світова медицина: тенденції та фактори розвитку», (м. Львів, 29-30 січня 2016 р.). – С. 68-71. *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних, узагальненні матеріалів, написанні тез).*
- 32.Юрценюк О. С., Ротар С. С. Предиктори тривожних розладів у студентів вищих навчальних закладів / Матеріали XXIV Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та

- перспективи розвитку» (м. Переяслав-Хмельницький, 25-26 червня 2016 р.). - С. 132-135. *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних, узагальненні матеріалів, написанні тез).*
- 33.Юрценюк О. С. Students' level of personality and situation anxiety / Збірник матеріалів 98-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, 15 лютого 2017 р., доповідь). – С. 233.
- 34.Юрценюк О. С. Депресивні та тривожні розлади у студентів / О. С. Юрценюк // Український вісник психоневрології. - 2017. №. 1 (90). - Том. 25. - С. 165.
- 35.Юрценюк О. С. Депресивні та тривожні розлади у студентів / Доповідь на V національному конгресі неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологічна, психіатрична та наркологічна допомога в Україні: тенденції розвитку та сучасні виклики», (м. Харків, 16-17 березня 2017 р., доповідь).
- 36.Yurtsenyuk O. S. Problems of adaptation of foreign students / Materials of the international scientific and practical conference [«Science without borders – 2017»], (Sheffield, 30 March – 07 April, 2017). – 2017. - V. 10. - P. 59-60.
- 37.Юрценюк О. С. Вплив інформації на розвиток непсихотичних психічних розладів / Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Інноваційні технології в медицині: досвід Польщі та України» (м. Люблін, Республіка Польща, 28-29 квітня 2017 р.). – С. 141-144.
- 38.Yurtsenyuk O. S. Depression and students / Збірник матеріалів 99-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці. – 12, 14, 19 лютого 2018 р., доповідь). – С. 201.
- 39.Юрценюк О. С. Психосоціальна реабілітація студентів з непсихотичними психічними розладами / Журнал «Архів психіатрії». - 2018. - № 1 (92). - Том. 24. - С. 63-64. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Українська психіатрія в світі, що швидко змінюється», (м. Київ, 25-27 квітня 2018р., доповідь).

40. Yurtsenyuk O. S. Clinical-psychopathological structure of non-psychotic mental disorders in students / Матеріали науково-практичної конференції молодих вчених за участю міжнародних спеціалістів «Профілактична медицина сьогодні: внесок молодих спеціалістів», (м. Харків, 24 травня 2018 р., доповідь). - С. 83.
41. Юрценюк О. С. Вивчення структури та феноменології непсихотичних психічних розладів у студентів / Матеріали XXXVII міжнародної науково-практичної інтернет-конференції «Тенденції та перспективи розвитку науки і освіти в умовах глобалізації», (м. Переяслав-Хмельницький, 27 червня 2018 р.). - С. 361-364.
42. Юрценюк О. С., Пашковський В. М. Психотерапія непсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів / Збірник матеріалів XXIV науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання психотерапії та психології», (м. Чернівці, 29 червня – 1 липня 2018 р., доповідь). – С. 167-169. *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних, узагальненні матеріалів, написанні тез)*.
43. Yurtsenyuk O. S. Psychotherapy phobias / Збірник матеріалів XXIV науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання психотерапії та психології», (м. Чернівці, 29 червня – 1 липня 2018 р.). – С. 170-171.
44. Юрценюк О. С. Significance of the study levels of personality and situational anxiety in the diagnostic of non-psychotic mental disorders in students of higher educational institutions / О. С. Юрценюк // Матеріали IV Міжнародної наукової конференції «Perspectives of Science and Education» (м. Нью Йорк, США, 2018). - С. 333-339.
45. Юрценюк О. С. Сучасні погляди на проблему непсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів / Матеріали міжнародної наукової конференції Advanced of science Perspectives of science and education (Czech Republic, Karlovy Vary – Ukraine, Kyiv, 28 September 2018). - P. 145-154. ISBN 978-80-534-078-8.

46. Yurtsenyuk O. S. Clinical-psychopathological peculiarities of non-psychotic mental disorders in students at different stages of studying / Збірник матеріалів 100-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». – (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р., доповідь). – С. 291.
47. Юрценюк О. С. Исследование уровня личностной тревожности и ситуативной тревоги у студентов / Збірник матеріалів науково-практичної конференції молодих вчених за участю міжнародних спеціалістів «Досягнення профілактичної медицини як основа збереження здоров'я і благополуччя» (м. Харків, 23 травня 2019 р., доповідь). – С. 67.
48. Юрценюк О. С. Рівень тривоги у студентів в умовах сучасного освітнього процесу / Осіння школа з медичної освіти. Українсько-швейцарський проект «Розвиток медичної освіти» (м. Чернівці, 07-08 жовтня 2019 р., постерна доповідь).
49. Юрценюк О. С. Вплив техногенних (антропогенних) чинників на психічне здоров'я студентів вищих навчальних закладів / Матеріали науково-практичної інтернет-конференції «Розвиток природничих наук як основа новітніх досягнень у медицині» (м. Чернівці, 27 листопада 2019 р.). – С. 121-124.
50. Юрценюк О. С. Personality features of students at higher educational institutions / Матеріали II міжнародної науково-практичної конференції «Priority directions of science development» (м. Львів, 25-26 листопада 2019 р.). - С. 52-53.
51. Yurtsenyuk O. S. Options for stress management in university students / Матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції «Problems and perspectives of modern science and practice» (м. Грац, Австрія, 30-31 січня 2020). – С. 214-216.
52. Yurtsenyuk O. S., Rotar S. S. Influence of different types of stress related on studying on the development of non-psychotic mental disorders in higher education students / O. S. Yurtsenyuk, S. S. Rotar // Матеріали I міжнародної науково-практичної конференції «Scientific achievements Of modern society» (Ліверпуль, Великобританія 11-13 вересня 2019 р.). – С. 87-95 (*дисертантом обґрунтовано та сформульовано мету, задачі дослідження, проведено набір матеріалу,*

проведено експеримент, проведено аналіз та статистичну обробку результатів дослідження, сформульовано висновки, підготовлено роботу до друку).

53. Yurtsenyuk O. S. Features of diagnosis and treatment of depressive and anxiety disorders among university students / Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції «Man and environment, trends and prospects» (м. Tokyo, Японія, 10-11 лютого 2020). – С. - 237-240.

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

54. Юрценюк О. С., Ротар С. С. Рівень особистісної тривожності та ситуативної тривоги у студентів вищих навчальних закладів / О. С. Юрценюк, С. С. Ротар // Південноукраїнський медичний науковий журнал. - 2015. - № 10. - С. 103-105 *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, підготовці роботи до друку).*
55. Юрценюк О. С., Ротар С. С. Рівень депресії та тривоги у студентів-медиків на різних етапах навчання / О. С. Юрценюк, С. С. Ротар // Південноукраїнський медичний науковий журнал. - 2015.- № 11. - С. 136-139 *(дисертантом обґрунтовано та сформульовано мету, задачі дослідження, проведено збір та аналіз матеріалу, статистичну обробку отриманих результатів, написано статтю).*
56. Юрценюк О. С., Антофійчук І. Я., Ротар С. С. Students' level of personal anxiety and situational anxiety / О. С. Юрценюк, І. Я. Антофійчук, С. С. Ротар // Науковий журнал «Медичний форум». – 2015. - № 4 (04). – С. 100-102 *(дисертантом обґрунтовано та сформульовано мету, задачі дослідження, проведено збір та аналіз матеріалу, статистичну обробку отриманих результатів, написано статтю).*
57. Юрценюк О. С., Ротар С. С. Фактори, що впливають на розвиток непсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів / О. С. Юрценюк, С. С. Ротар // Науковий журнал «Медичний форум». – 2015. - № 5 (05). – С. 89-91 *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї*

роботи, аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, підготовці роботи до друку).

- 58.Юрценюк О. С., Ротар С. С. Проблема алекситимії в структурі особистості / О. С. Юрценюк, С. С. Ротар // Південноукраїнський медичний науковий журнал. - 2016. - № 13. - С. 160-161 *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, підготовці роботи до друку).*

Патенти

- 59.Спосіб лікування депресивних розладів у осіб молодого віку: Патент на корисну модель №117817 від 10.07.2017 Україна, МПК А61К 9/22;, А61К 31/135; А61К 25/24. ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» / О.С. Юрценюк. - и 2017 00599; Заявл. 23.01.2017; Опубл.10.07.2017, Бюл. №13/2017.
- 60.Спосіб лікування тривожних розладів у осіб молодого віку: Патент на корисну модель №117822 від 10.07.2017 Україна, МПК А61К 31/00; А61Р 25/00. ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» / О.С. Юрценюк, С.С. Ротар. - и 2017 00611; Заявл. 23.01.2017; Опубл.10.07.2017, Бюл. №13/2017. *(особистий внесок дисертанта полягав у розробці ідеї роботи, патентному пошуку, проведенні експериментальних досліджень, підготовці патенту до друку).*
- 61.Спосіб комплексного лікування соматоформних розладів у осіб молодого віку: Патент на корисну модель №136472 від 27.08.2019 Україна, МПК А61К 9/00; А61Р 25/24 (2006,0). ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» / О.С. Юрценюк. – и 2019 00766; Заявл. 24.01.2019; Опубл. 27,08,2019, Бюл. №16/2019.
- 62.Спосіб комплексного лікування obsесивно-компульсивного розладу у осіб молодого віку: Патент на корисну модель №136470 від 27.08.2019 Україна, МПК А61К 9/22; А61К 31/135, А61Р25/24 (2006,01). ВДНЗУ «Буковинський

державний медичний університет» / О.С. Юрценюк. – и 2019 00750; Заявл. 24.01.2019; Опубл.27,08,2019, Бюл. №16/2019.

- 63.Спосіб послідовної психодіагностики, психокорекції та/або лікування розладів міжгендерних стосунків: Патент на корисну модель №136134 від 12.08/2019 Україна, МПК А61К 45/00; А61К 45/08 (2006,01). А61Р25/24 (2006,01). ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» / О.С. Юрценюк. - и 2019 00700; Заявл. 23.01.2019; Опубл.12.08.19, Бюл. №15/2019.

Раціоналізаторські пропозиції

- 64.Юрценюк О. С., Ротар С. С. Спосіб ранньої діагностики й виявлення груп ризику непсихотичних психічних розладів серед студентів – БДМУ, № 20/16 від 15.02.2016 року *(особистий внесок дисертанта полягав у розробці ідеї, проведенні експериментальних досліджень, оформленні рацпропозиції)*.
- 65.Юрценюк О. С. Спосіб діагностики та корекції алекситимії у студентів – БДМУ, № 158/16 від 05.12.2016 року.
- 66.Юрценюк О. С. Проективний спосіб діагностики та корекції міжгендерних стосунків – БДМУ, №153/17 від 23.11.2017 року.
- 67.Юрценюк О. С. Комплексний спосіб діагностики та лікування обсесивно-компульсивного розладу у осіб молодого віку – БДМУ, № 1/18 від 04.01.2018 року.
- 68.Юрценюк О. С. Спосіб ранньої діагностики соматоформних розладів у осіб молодого віку – БДМУ, № 21/18 від 19.02.2018 року.
- 69.Юрценюк О. С. Спосіб комплексного лікування соматоформних розладів у осіб молодого віку – БДМУ, № 22/18 від 19.02.2018 року.
- 70.Юрценюк О. С. Спосіб діагностики розладів харчової поведінки у осіб молодого віку – БДМУ, № 91/18 від 26.07.2018 року.
- 71.Юрценюк О. С. Спосіб діагностики афективних розладів настрою без психотичних включень – БДМУ, №90/18 від 26.07.2018 року.
- 72.Юрценюк О. С. Комплексне лікування депресивних розладів без психотичних включень у осіб молодого віку з використанням препарату «Сімода» – БДМУ, № 108/19 від 02.12.2019 року.

- 73.Юрценюк О. С. Комплексне лікування obsесивно-компульсивного розладу у осіб молодого віку з використанням препарату «Неогабін» – БДМУ, № 109/19 від 02.12.2019 року.
- 74.Юрценюк О. С. Шкала оцінки соціально-психологічних проблем та матеріально побутових умов студентів для виявлення чинників ризику формування непсихотичних психічних розладів – БДМУ, № 33/19 від 28.03.2019 року.
- 75.Юрценюк О. С. Комплексне лікування тривожних та депресивних розладів у осіб молодого віку з використанням препарату «Лірика» – БДМУ, № 126/19 від 23.12.2019 року.
- 76.Юрценюк О. С., Карвацька Н. С. Застосування психокорекційних і психотерапевтичних заходів при тривожних і депресивних розладах у чоловіків – БДМУ, № 122/19 від 18.12.2019 року *(особистий внесок дисертанта полягав у розробці ідеї, проведенні експериментальних досліджень, оформленні рацпропозиції)*.
- 77.Юрценюк О. С., Карвацька Н. С., Русіна С. М. Застосування методів індивідуальної і групової психотерапії при посттравматичному стресовому розладі – БДМУ, № 123/19 від 18.12.2019 року *(особистий внесок дисертанта полягав у розробці ідеї, проведенні експериментальних досліджень, оформленні рацпропозиції)*.
- 78.Юрценюк О. С., Ротар С. С. Комплексне лікування розладів адаптації у студентів вищих навчальних закладів – БДМУ, № 17/20 від 16.01.2020 року *(особистий внесок дисертанта полягав у розробці ідеї, проведенні експериментальних досліджень, оформленні рацпропозиції)*.
- 79.Юрценюк О.С. Комплексне лікування розладів харчової поведінки у студентів вищих навчальних закладів – БДМУ, № 16/20 від 16.01.2020 року.
- 80.Юрценюк О. С., Напрєєнко О. К. Комплексне лікування генералізованого тривожного розладу у студентів вищих навчальних закладів – БДМУ, № 15/20 від 16.01.2020 року *(особистий внесок дисертанта полягав у розробці ідеї, проведенні експериментальних досліджень, оформленні рацпропозиції)*.

- 81.Юрценюк О. С. Комплексне лікування тривожно-фобічних розладів у студентів вищих навчальних закладів – БДМУ, № 12/20 від 16.01.2020 року.
- 82.Юрценюк О. С., Пашковський В. М. Комплексне лікування неврастенії у студентів вищих навчальних закладів – БДМУ, № 11/20 від 16.01.2020 року *(особистий внесок дисертанта полягав у розробці ідеї, проведенні експериментальних досліджень, оформленні рацпропозиції)*.
- 83.Юрценюк О. С. Комплексне лікування дисоціативних (конверсійних) розладів у студентів вищих навчальних закладів – БДМУ, № 14/20 від 16.01.2020 року.
- 84.Юрценюк О. С. Спосіб ранньої діагностики розладів харчової поведінки у студентів вищих навчальних закладів – БДМУ, № 13/20 від 16.01.2020 року.
- 85.Юрценюк О. С., Напреев О. К. Спосіб ранньої діагностики генералізованого тривожного розладу у студентів вищих навчальних закладів – БДМУ, № 10/20 від 16.01.2020 року *(особистий внесок дисертанта полягав у розробці ідеї, проведенні експериментальних досліджень, оформленні рацпропозиції)*.
- 86.Юрценюк О. С., Пашковський В. М. Спосіб ранньої діагностики неврастенії у студентів вищих навчальних закладів – БДМУ, № 9/20 від 16.01.2020 року *(особистий внесок дисертанта полягав у розробці ідеї, проведенні експериментальних досліджень, оформленні рацпропозиції)*.
- 87.Юрценюк О. С., Ротар С.С. Спосіб ранньої діагностики розладів адаптації у студентів вищих навчальних закладів – БДМУ, № 8/20 від 16.01.2020 року.
- 88.Юрценюк О. С. Спосіб ранньої діагностики дисоціативних (конверсійних) розладів у студентів вищих навчальних закладів – БДМУ, № 7/20 від 16.01.2020 року.
- 89.Юрценюк О. С. Спосіб ранньої діагностики тривожно-фобічних розладів у студентів вищих навчальних закладів – БДМУ, № 6/20 від 16.01.2020 року.
- 90.Юрценюк О. С. Уніфікована карта обстеження студентів для виявлення непсихотичних психічних розладів – БДМУ, № 48/20 від 16.03.2020 року.
- 91.Юрценюк О. С. Комплексне лікування гіпоманії у студентів вищих навчальних закладів – БДМУ, № 46/20 від 07.03.2020 року.

„ЗАТВЕРДЖУЮ”

Генеральний директор
Державного закладу
«Спеціалізований (спеціальний) санаторій
"Приморський"
Міністерства охорони здоров'я України
к.мед.н. Б.С. Божук
_____ 2020 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

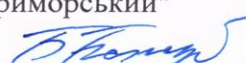
1. Назва пропозиції для впровадження: **метод комплексного лікування депресивних розладів у осіб молодого віку**
2. Заклад-розробник, його поштова адреса, автори: Буковинський державний медичний університет, кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології (курс психіатрії та медичної психології), Театральна площа, 2, м.Чернівці, 58000, к.мед.н., доцент Юрценюк О.С.
3. Джерело інформації – Патент на корисну модель №117817 від 10.07.2017 Україна, МПК А61К 9/22; А61К 31/135; А61К 25/24. «Спосіб лікування депресивних розладів у осіб молодого віку» ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» / Юрценюк О.С. - у 2017 00599; заявл. 23.01.2017; опубл.10.07.2017; бюл. №13/2017.
Назва, рік видання метод.рекомендацій, інформ.листів, № а.с.
4. Впроваджено в методичну та лікувальну діяльність закладу.
5. Термін впровадження – травень 2019 р. – лютий 2020 р.
6. Загальна кількість випадків – 31.
7. Ефективність впровадження у відповідності з критеріями, викладеними у джерелі інформації

Показники	За даними розробника	За даними впроваджуючої орг-ції
Скорочення: - терміну лікування - тимчасової непрацездатності	на 14 днів	на 14 днів
Зменшення: - летальності - інвалідності - захворюваності - частоти розходження діагнозів - економічні показники і т.д.	26 %	29 %

Зауваження, пропозиції – немає

Відповідальність за впровадження залишаю за собою.

Генеральний директор Державного закладу
«Спеціалізований (спеціальний) санаторій "Приморський"
Міністерства охорони здоров'я України»

 Б.С. Божук

ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з наукової роботи та інновацій
 Національного медичного університету
 імені О.О. Богомольця,
 д. мед. н., професор С.В. Земсков

2020 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

матеріалів дисертаційної роботи до практичного застосування

1. **Назва пропозиції для впровадження:** «Метод комплексного лікування депресивних розладів у осіб молодого віку».
 2. **Заклад, де проведена розробка, ПІБ авторів:** Буковинський державний медичний університет, 58000, м. Чернівці, Театральна площа, 2, кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка, к.мед.н. доц. Юрценюк О.С.
 3. **Джерела інформації:**
 1. Матеріали докторської дисертації Юрценюк О.С. на тему «Непсихотичні психічні розлади у студентів вищих навчальних закладів (закономірності формування, діагностика, профілактика, лікування та реабілітація)».
 2. Патент на корисну модель №117817 від 10.07.2017 Україна, МПК А61К 9/22; А61К 31/135; А61К 25/24. «Спосіб лікування депресивних розладів у осіб молодого віку» ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» / Юрценюк О.С. - u 2017 00599; заявл. 23.01.2017; опубл. 10.07.2017; бюл. №13/2017.
 3. Юрценюк О.С. Діагностика та лікування депресивних та тривожних розладів у студентів / О.С. Юрценюк // Клінічна та експериментальна патологія.- 2019. Т.18, №3 (69). – С. 101-107. ISSN 1727-4338.
 4. **Впроваджено:** у проведенні практичних занять кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.
 5. **Включено:** У практичну діяльність кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.
 6. **Результати впровадження:** Використання результатів роботи Юрценюк Ольги Сидорівни дозволяє підвищити ефективність лікування депресивних розладів у осіб молодого віку.
 7. **Термін впровадження:** 2019-2020 навчальний рік.
 8. **Базова установа, яка проводить впровадження:** Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.
 9. **Зауваження і пропозиції:** не вносилися.
- Відповідальні за впровадження:**

Завідувач кафедри психіатрії
 та наркології НМУ ім. О.О. Богомольця
 д. мед. н., професор

О.К. Напреєнко



Проректор з наукової роботи ЛНМУ
імені Данила Галицького
д. мед. н., професор Наконечний А.Й.

«24» листопада 2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

матеріалів дисертаційної роботи до практичного застосування

1. **Назва пропозиції для впровадження:** «Метод комплексного лікування депресивних розладів у осіб молодого віку».
 2. **Заклад, де проведена розробка, ПІБ авторів:** Буковинський державний медичний університет, 58000, м. Чернівці, Театральна площа, 2, кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка, к. мед. н. доц. Юрценюк О.С.
 3. **Джерела інформації:**
 1. Матеріали докторської дисертації Юрценюк О.С. на тему «Непсихотичні психічні розлади у студентів вищих навчальних закладів (закономірності формування, діагностика, профілактика, лікування та реабілітація)».
 2. Патент на корисну модель №117817 від 10.07.2017 Україна, МПК А61К 9/22;, А61К 31/135; А61К 25/24. «Спосіб лікування депресивних розладів у осіб молодого віку» ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» / Юрценюк О.С. - у 2017 00599; заявл. 23.01.2017; опубл. 10.07.2017; бюл. №13/2017.
 3. Юрценюк О.С. Діагностика та лікування депресивних та тривожних розладів у студентів / О.С. Юрценюк // Клінічна та експериментальна патологія. - 2019. Т.18, №3 (69). - С. 101-107. ISSN 1727-4338.
 4. **Впроваджено:** у проведенні практичних занять кафедри психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти ЛНМУ імені Данила Галицького.
 5. **Включено:** У практичну діяльність кафедри психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти ЛНМУ імені Данила Галицького.
 6. **Результати впровадження:** Використання результатів роботи Юрценюк Ольги Сидорівни дозволяє підвищити ефективність лікування депресивних розладів у осіб молодого віку.
 7. **Термін впровадження:** 2019-2020 навчальний рік.
 8. **Базова установа, яка проводить впровадження:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
 9. **Зауваження і пропозиції:** не вносилися.
- Відповідальні за впровадження:**

Завідувач кафедри психіатрії та психотерапії
факультету післядипломної освіти
ЛНМУ імені Данила Галицького, д.м.н., професор

Фільц О.О.



Директор КНП ЛОР «Львівський обласний медичний центр превенції та терапії у залежності»
Кабанчик М.О.
2020 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

матеріалів дисертаційної роботи до практичного застосування

1. Назва пропозиції для впровадження: «Метод комплексного лікування депресивних розладів у осіб молодого віку».
2. Заклад, де проведена розробка, ПІБ авторів: Буковинський державний медичний університет, 58000, м. Чернівці, Театральна площа, 2, кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка, к.мед.н. доц. Юрценюк О.С.
3. Джерела інформації:
 - Матеріали докторської дисертації Юрценюк О.С. на тему «Непсихотичні психічні розлади у студентів вищих навчальних закладів (закономірності формування, діагностика, профілактика, лікування та реабілітація)».
 - Патент на корисну модель №117817 від 10.07.2017 Україна, МПК А61К 9/22; А61К 31/135; А61К 25/24. «Спосіб лікування депресивних розладів у осіб молодого віку» ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» / Юрценюк О.С. - u 2017 00599; заявл. 23.01.2017; опубл.10.07.2017; бюл. №13/2017.
 - Юрценюк О.С. Діагностика та лікування депресивних та тривожних розладів у студентів / О.С. Юрценюк // Клінічна та експериментальна патологія.- 2019. Т.18, №3 (69). – С. 101-107. ISSN 1727-4338.
4. Впроваджено в КНП ЛОР «Львівський обласний медичний центр превенції та терапії у залежності»
5. Термін впровадження – травень 2019 р. – лютий 2020 р.
6. Загальна кількість випадків – 47.
7. Ефективність впровадження у відповідності з критеріями, викладеними у джерелі інформації

Показники	За даними розробника	За даними впроваджуючої організації
Скорочення: - терміну лікування - тимчасової непрацездатності	на 14 днів	на 17 днів
Зменшення: - летальності - інвалідності - захворюваності - частоти розходження діагнозів - економічні показники і т.д.	26 %	28 %

важення, пропозиції – немає
повідальний за впровадження



зав. І.В. Ожарко

„ЗАТВЕРДЖУЮ”

В.о. головного лікаря КЗ «Путильська центральна
районна лікарня» Гаврилюк Я.І.

22 5 2018 року

А К Т В П Р О В А Д Ж Е Н Н Я

1. Комплексний метод лікування депресивних розладів у осіб молодого віку назва пропозиції для впровадження

2. Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології (курс психіатрії та медичної психології)

заклад-розробник, його поштова адреса, П.І.Б. автора
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,
Мусоргського, 2
к.мед.н., Юрценюк О.С.

3. Джерело інформації – Планова НДР «Удосконалення ранньої діагностики та диференційованого лікування пацієнтів з несприятливими психічними розладами з урахуванням стану нервової системи»

Назва, рік видання метод. рекомендацій, інформ. листів, № а.с.

4. Впроваджено за ДПБ 2018 р. КЗ «Путильська центральна районна лікарня»
5. Термін впровадження – травень 2017 р. – лютий 2018 р.
6. Загальна кількість випадків – 36.
7. Ефективність впровадження у відповідності з критеріями, викладеними у джерелі інформації

Показники	За даними розробника	За даними впроваджуючої орг-ції
Скорочення: - терміну лікування - тимчасової непрацездатності	на 8 днів	на 7 днів
Зменшення: - летальності - інвалідності - захворюваності - частоти розходження діагнозів - економічні показники і т.д.	26 %	27 %

Зауваження, пропозиції – немає
Відповідальний за впровадження

„ЗАТВЕРДЖУЮ”

Головний лікар Заставнівської центральної
районної лікарні

„10” 03 2018 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Комплексний метод діагностики та лікування депресивних розладів осіб молодого віку назва пропозиції для впровадження

2. Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології (курс психіатра та медичної психології)

заклад-розробник, його поштова адреса, П.І.Б. автора
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,
Мусоргського, 2
к.мед.н., Юрценюк О.С.

3. Джерело інформації – Планова НДР «Удосконалення ранньої діагностики диференційованого лікування пацієнтів з несприятливими психічними розладами з урахуванням стану нервової системи»

Назва, рік видання метод. рекомендацій, інформ. листів, № а.с.

4. Впроваджено за ДПБ 2018 р. Заставнівська центральна районна лікарня

5. Термін впровадження – травень 2017 р. – березень 2018 р.

6. Загальна кількість випадків – 33.

7. Ефективність впровадження у відповідності з критеріями, викладеними у джерелі інформації

Показники	За даними розробника	За даними впроваджуючої орг-ції
Скорочення: - терміну лікування - тимчасової непрацездатності	на 8 днів	на 7 днів
Зменшення: - летальності - інвалідності - захворюваності - частоти розходження діагнозів - економічні показники і т.д.	26 %	27 %

Зауваження, пропозиції – немає
Відповідальний за впровадження

„ЗАТВЕРДЖУЮ”

Заступник головного лікаря з контролю якості
лікування ОКУ «Лікарня швидкої
медичної допомоги» Підгунда О.М.

„ 21 ” 02 2018 року



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Комплексний метод діагностики та лікування соматизованих розладів у осіб молодого віку назва пропозиції для впровадження

1. Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології (курс психіатрії та медичної психології)

заклад-розробник, його поштова адреса, П.І.Б. автора

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,

Мусоргського, 2

с.мед.н., Юрценюк О.С.

2. Джерело інформації – Планова НДР «Удосконалення ранньої діагностики та диференційованого лікування пацієнтів з неспсихотичними психічними розладами з урахуванням стану нервової системи»
зва, рік видання метод. рекомендацій, інформ. листів, № а.с.

3. Впроваджено за ДПБ 2018 р. ОКУ «Лікарня швидкої медичної допомоги»

4. Термін впровадження – травень 2017 р. – лютий 2018 р.

5. Загальна кількість випадків – 26.

6. Ефективність впровадження у відповідності з критеріями, викладеними у джерелі інформації

Показники	За даними розробника	За даними впроваджуючої орг-ції
Скорочення: - терміну лікування - тимчасової непрацездатності	на 5 днів	на 5 днів
Зменшення: - летальності - інвалідності - захворюваності - економічні показники і т.д.	28 %	30 %

уваження, пропозиції – немає
відповідальний за впровадження

ЗАТВЕРДЖУЮ

Державний заклад "Український
науково-практичний центр
екстреної медичної допомоги та
медицини катастроф МОЗ
України



2018 р

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

**Комплексний метод діагностики та лікування гострої реакції на стрес у осіб
молодого віку** назва пропозиції для впровадження

кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології (курс психіатрії та медичної психології)

заклад-розробник, його поштова адреса, П.І.Б. автора
НЗ України «Буковинський державний медичний університет», Мусоргського, 2
ед.н., Юрценюк О.С.

Джерело інформації – Планова НДР «Удосконалення ранньої діагностики та диференційованого лікування пацієнтів з неспсихотичними психічними розладами з урахуванням стану нервової системи»
зва, рік видання метод. рекомендацій, інформ. листів, № а.с.

Впроваджено за ДПБ 2018 р. Державний заклад "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України"

Термін впровадження – травень 2017 р. – лютий 2018 р.

Загальна кількість випадків – 37.

Ефективність впровадження у відповідності з критеріями, викладеними у джерелі інформації

Показники	За даними розробника	За даними впроваджуючої орг-ції
Скорочення: -терміну лікування -тимчасової непрацездатності	на 7 днів	на 7 днів
Зменшення: -летальності -інвалідності -захворюваності -частоти розходження діагнозів -економічні показники і т.д.	35 %	36 %

уваження, пропозиції – немає
відповідальний за впровадження

Керівник бригад постійної готовності _____ Ф.М. Новіков

Проректор з науково-педагогічної роботи
Буковинського державного медичного
університету
кандидат медичних наук,
доцент



Геруш І.В.
2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

матеріалів дисертаційної роботи до практичного застосування

1. **Назва пропозиції для впровадження:** «Метод комплексного лікування депресивних розладів у осіб молодого віку».
2. **Заклад, де проведена розробка, ПІБ авторів:** Буковинський державний медичний університет, 58000, м. Чернівці, Театральна площа, 2, кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка, к.мед.н. доц. Юрценюк О.С.
3. **Джерела інформації:**
 1. Матеріали докторської дисертації Юрценюк О.С. на тему «Непсихотичні психічні розлади у студентів вищих навчальних закладів (закономірності формування, діагностика, профілактика, лікування та реабілітація)».
 2. Патент на корисну модель №117817 від 10.07.2017 Україна, МПК А61К 9/22;, А61К 31/135; А61К 25/24. «Спосіб лікування депресивних розладів у осіб молодого віку» ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» / Юрценюк О.С. - у 2017 00599; заявл. 23.01.2017; опубл.10.07.2017; бюл. №13/2017.
 3. Юрценюк О.С. Діагностика та лікування депресивних та тривожних розладів у студентів / О.С. Юрценюк // Клінічна та експериментальна патологія.- 2019. Т.18, №3 (69). – С. 101-107. ISSN 1727-4338.
4. **Впроваджено:** у проведення практичних занять кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка Буковинського державного медичного університету.
5. **Включено:** У практичну діяльність кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка.
6. **Результати впровадження:** Використання результатів роботи Юрценюк Ольги Сидорівни дозволяє підвищити ефективність лікування депресивних розладів у осіб молодого віку.
7. **Термін впровадження:** 2019-2020 навчальний рік.
8. **Базова установа, яка проводить впровадження:** Буковинський державний медичний університет
9. **Зауваження і пропозиції:** не вносилися.

Відповідальні за впровадження:

Завідувач кафедри нервових хвороб,
психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка
д. мед. н., професор

В. М. Пашковський

Завідувач курсу психіатрії
та медичної психології ім. С.М.Савенка
к. мед. н., доцент

Р. І. Рудницький

ЗАТВЕРДЖУЮ

Головний лікар
КЗ КОП «Київська обласна клінічна лікарня»,
д.мед.наук Анкіл М.П.



10" 02 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: **Комплексний метод лікування депресивних розладів у осіб молодого віку.**

2. Ким та коли запропонований – Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології (курс психіатрії та медичної психології), ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», Мусоргського, 2, к.мед.н., Юрценюк О.С.

3. Джерело інформації: Планова НДР «Удосконалення ранньої діагностики та диференційованого лікування пацієнтів з непсихотичними психічними розладами з урахуванням стану нервової системи».

4. Де і коли впроваджено: з 01.05.2017р., КЗ КОП «Київська обласна клінічна лікарня».

5. Результати застосування методики за період травень 2017 р. – лютий 2018 р. Загальна кількість спостережень: 17.

6. Ефективність впровадження:

Показники	За даними розробника	За даними впроваджуючої орг-ції
Скорочення: - терміну лікування - тимчасової непрацездатності	на 8 днів	на 8 днів
Зменшення: - летальності - інвалідності - захворюваності - частоти розходження діагнозів - економічні показники і т.д.	26 %	27 %

7. Зауваження та пропозиції: доцільне широке застосування в стаціонарах психо-неврологічного профілю.

Завідувач неврологічним відділенням

А.І. Галуша

“Затверджую”

Ректор ВДНЗ України
«Буковинський державний
медичний університет»
проф. Т.М.Бойчук
" ____ " _____ 20__ р.

ПОЛОЖЕННЯ

ПРО МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ЦЕНТР

ВИЩОГО ДЕРЖАВНОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ УКРАЇНИ «БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

I. Загальні положення

1.1. Медико-психологічний Центр (надалі – “Центр”) є консультативним, методичним та навчальним підрозділом ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» (надалі – “Університет”) та складовою частиною єдиної психологічної служби системи освіти України, навчальною та консультативною базою кафедр психології та соціології, нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка.

1.2. Центр створюється за наказом ректора Університету та призначений для своєчасного та систематичного вивчення психофізичного розвитку студентів, мотивації діяльності з урахуванням вікових, інтелектуальних, фізичних, статевих та інших індивідуальних особливостей, створення умов для саморозвитку та самовиховання; виконання освітніх і виховних завдань Університету; навчання студентів зі спеціальності „Медична психологія”, лікарів-інтернів та проведення відповідної організаційно-методичної та консультативної роботи у лікувально-профілактичних закладах Чернівецької області.

1.3. Метою діяльності Центру є психологічне забезпечення та підвищення ефективності навчального та наукового процесу, захист психічного здоров'я і соціального благополуччя усіх його учасників: студентів, викладачів, науковців та інших працівників Університету; викладання дисциплін медико-психологічного

та окремих дисциплін психологічного профілю студентам, лікарям-інтернам та лікарям-спеціалістам на етапі післядипломної освіти; надання комплексу медико-психологічних послуг, які спрямовані на профілактику, діагностику, корекцію, консультування, психологічний супровід лікувального процесу задля підтримання психічного, фізичного та соціального здоров'я.

1.4. Центр підпорядковується ректору Університету, проректору з науково-педагогічної роботи та виховання.

1.5. Комплексність навчального процесу та медико-соціальної допомоги забезпечується використанням у роботі Центру мультидисциплінарного підходу (методу) – при одночасному залученні викладацького складу кафедр університету терапевтичного хірургічного, акушерсько-гінекологічного, педіатричного профілів та інших, які здійснюють підготовку студентів за спеціальністю «Медична психологія», медичних працівників, психологів, психотерапевтів та інших працівників.

1.6. Фінансування Центру здійснюється в межах затвердженого кошторису витрат по Університету на відповідний календарний рік, а також за рахунок інших надходжень (благодійних внесків громадян та громадських організацій України або інших держав, участі Центру у виконанні програм, що фінансуються з держбюджету або іншими замовниками тощо).

1.7. У своїй діяльності Центр керується Конституцією України, Законами України “Про вищу освіту”, “Про освіту”, Положенням про психологічну службу системи освіти України, постановами Кабінету Міністрів України, наказами Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти та науки України, рішеннями місцевих органів влади, Статутом Університету, наказами та розпорядженнями ректора Університету, а також цим Положенням.

1.8. Центр співпрацює з Головним управлінням охорони здоров'я обласної державної адміністрації, Управлінням охорони здоров'я міської ради, лікувально-профілактичними установами міста Чернівці та Чернівецької області.

1.9. Реорганізація та ліквідація центру здійснюється за наказом ректора Університету у порядку, встановленому чинним законодавством України.

II. Завдання та функції Центру

2.1. Основними завданнями центру є:

2.1.1. Сприяння повноцінному розвитку особистості студентів протягом навчання, створенні умов для формування у них мотивації до самовиховання та саморозвитку;

2.1.2. Сприяння індивідуальному підходу до кожного учасника навчально-виховного процесу на основі його психолого-педагогічного вивчення;

2.1.3. Профілактика та корекція відхилень у психічному та психологічному здоров'ї та розвитку студентів;

2.1.4. Підтримка осіб з обмеженими фізичними можливостями;

2.1.6. Психологічне забезпечення та супроводі діяльності основних груп працівників університету;

2.1.7. Викладання студентам та лікарям-інтернам медико-психологічних та окремих психологічних дисциплін, забезпечення навчального процесу відповідно до державних стандартів освіти;

2.1.8. Організація та забезпечення виробничої практики студентів з медико-психологічних дисциплін та стажування лікарів-інтернів;

2.1.9. Проведення організаційно-методичної роботи та підвищення кваліфікації лікарів, молодших медичних спеціалістів, психологів, педагогів та соціальних працівників з питань надання медико-психологічної допомоги населенню; забезпечення комплексної консультативної медико-психологічної допомоги населенню;

2.1.10. Надання медико-психологічної допомоги студентам університету (індивідуальне консультування, психокорекція, розробка тренінгових програм, співпраця з наставниками груп тощо);

2.1.11. Вдосконалення медико-психологічної допомоги шляхом розробки психокорекційних, психотерапевтичних, тренінгових та реабілітаційних програм для комплексного забезпечення пацієнтів індивідуально визначеними обсягами допомоги, залежно від медичних, психологічних та соціальних потреб, стану працездатності;

2.2. У відповідності до поставленої мети Центр здійснює такі функції:

2.2.1. Консультативно-методична допомога всім учасникам навчально-виховного процесу з питань навчання, виховання і розвитку студентів;

- 2.2.2. Забезпечення навчального процесу відповідно до вимог державних стандартів вищої освіти;
- 2.2.3. Просвітницько-пропагандистська робота з підвищення психологічної культури в університеті;
- 2.2.4. Превентивне виховання, метою якого є формування у студентів орієнтації на здоровий спосіб життя та захист психічного здоров'я; профілактика алкоголізму, наркоманії, ВІЛ- інфекції і злочинності;
- 2.2.5. Надання організаційної і консультативної допомоги лікувально-профілактичним установам регіону з впровадження в практику сучасних методів медико-психологічної допомоги;
- 2.2.6. Здійснення комплексу медичних, психотерапевтичних, психокорекційних, тренінгових та консультативних заходів шляхом реалізації індивідуальних і групових програм;
- 2.2.7. Надання консультативної допомоги членам сімей пацієнтів із питань психологічної та медико-соціальної реабілітації;
- 2.2.9. Проведення наукової, просвітницької та освітньої роботи серед населення, видання навчальної, наукової літератури та матеріалів у межах напрямків, передбачених завданнями Центру;
- 2.2.10. Вважати школу-семінар з психології складовою Центру.
- 2.2.11. Організація семінарів, конференцій, симпозіумів із проблем медико-психологічної допомоги.

III. Організаційна структура та взаємодія працівників Центру

- 3.1. Персональний склад співробітників Центру затверджується наказом ректора у межах штатного розпису Університету. Посади психологів-консультантів - працівників Центру вводяться до штатного розпису наказом ректора Університету.
- 3.2. Центр очолює керівник Центру, який призначається та звільнюється ректором Університету в порядку, встановленому чинним законодавством України.
- 3.3. Керівником Центру призначається особа, яка має повну вищу медичну або психологічну освіту, стаж педагогічної роботи не менше 5 років та досвід з організації надання медико-психологічної допомоги.

3.4. Посадової інструкції працівників університету, які залучаються до роботи в Центрі затверджується ректором Університету.

3.5. Методичне забезпечення роботи Центру (інструкції, методичні вказівки, стандарти, тренінгові, психокорекційні та психотерапевтичні програми) розробляються працівниками Центру на підставі діючих нормативних документів, з використанням (адаптацією) міжнародно визнаних, підтверджених практикою, методів. Вказані документи затверджуються керівником Центру за погодженням із завідувачами кафедр: психології та соціології, нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка.

3.6. Основні види діяльності Центру як соціально-психологічної служби Університету:

3.6.1. Діагностика — психологічне обстеження студентів, навчальних груп та колективів, моніторинг змісту й умов індивідуального розвитку, визначення причин, що ускладнюють розвиток та навчання;

3.6.2. Корекція — здійснення психолого-медико-педагогічних заходів з метою усунення відхилень у психічному розвитку та поведінці, подолання різних форм девіантної поведінки, схильності до залежностей, формування соціально корисної життєвої перспективи;

3.6.3. Реабілітація — надання психолого-педагогічної допомоги студентам-інвалідам та студентам, які перебувають у кризовій ситуації (перенесли тяжкі хвороби, стреси, зазнали насильства тощо), з метою адаптації до умов навчання і життєдіяльності;

3.6.4. Профілактика — розробка і застосування моделей поведінки групи та особистості у різних умовах, проектування змісту і напрямів індивідуального розвитку студентів і складання на цій основі життєвих планів, визначення тенденцій розвитку груп та міжгрупових відносин;

3.6.5. Психологічне забезпечення та супровід діяльності науково-педагогічних, наукових та інших працівників університету.

3.7. На базі Центру здійснюється підготовка студентів спеціальності „Медична психологія” із дисциплін психологічного та медико-психологічного спрямування (у тому числі – виробнича практика), а також післядипломна освіта лікарів, у т.ч. лікарів-інтернів.

3.8. У Центрі ведеться обліково-звітна документація, що відповідає меті та завданням Центру.

3.9. При виявленні психіатричної патології Центр, за потребою, направляє пацієнтів в обласний психоневрологічний диспансер.

3.10. Центр повинен мати достатню кількість відповідно обладнаних приміщень, які відповідають санітарно-гігієнічним та протипожежним нормам.

3.11. Матеріальну відповідальність за обладнання, інструментарій, оргтехніку тощо несе матеріально-відповідальна особа, яка призначається наказом по університету.

IV. Права і обов'язки Центру

4.1. Центр має право подавати у встановленому законодавством порядку та отримувати запити від лікувально-профілактичних закладів м.Чернівці та інших регіонів України медичні документи, довідки, інші відомості, необхідні для виконання покладених на нього функцій.

4.2. Центр має право на співпрацю з Головним управлінням охорони здоров'я, навчальними, лікувально-профілактичними та соціальними установами (закладами) області.

4.3. Вносити пропозиції ректорові університету щодо:

- співпраці на підставі договорів з державними та недержавними організаціями, закладами, міжнародними та зарубіжними установами, творчими колективами і спеціалістами з питань проведення наукових досліджень та підвищення кваліфікації фахівців у галузі медико-психологічної допомоги;
- морального та матеріального заохочення працівників Центру за зразкове виконання поставлених задач і покладених на них функцій, а також притягнення їх до відповідальності за допущені ними недоліки та порушення професійних і посадових обов'язків;
- придбання для Центру обладнання, інвентарю та ін.

4.4. Працівники Центру мають право на безпечні умови праці.

4.5. Центр зобов'язаний:

- дотримуватись вимог чинного законодавства України, Статуту університету, правил внутрішнього трудового розпорядку університету та даного Положення;

- дотримуватись вимог державних стандартів з забезпечення навчально-виховного процесу, основних напрямів і перспектив розвитку освіти та психолого-педагогічної науки;
- дотримуватись норм Етичного кодексу психолога, зберігати професійну таємницю, не поширювати відомостей, отриманих в процесі діагностики або корекційної роботи, якщо це може завдати шкоди студенту, співробітнику чи їхньому оточенню;
- дотримуватись санітарно – гігієнічного та протиепідемічного режимів, правил технічної та протипожежної безпеки, економного використання матеріальних ресурсів.