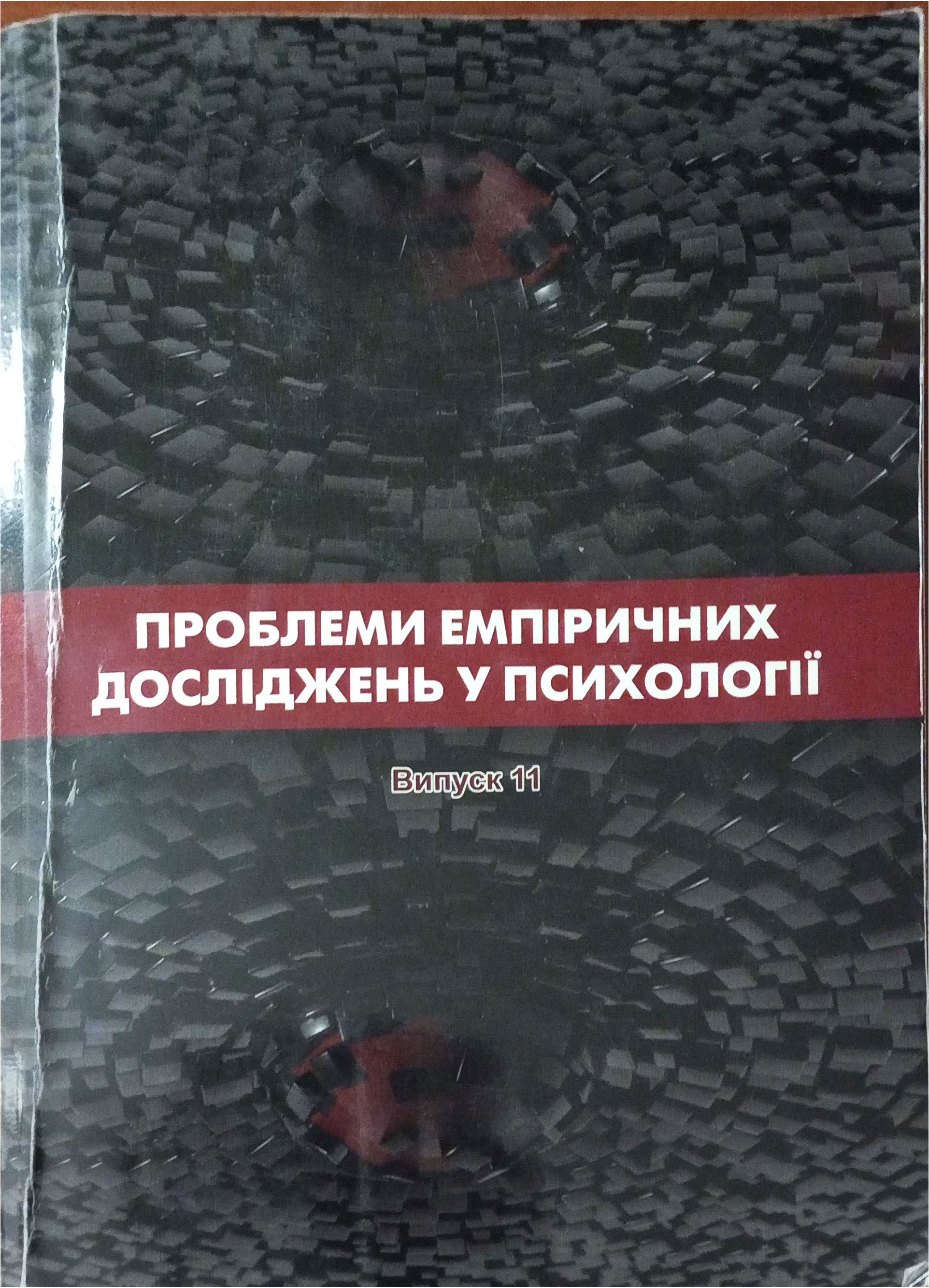




ПРОБЛЕМИ ЕМПІРИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ПСИХОЛОГІЇ

Випуск 11

УДК 378.1
378.4

Рекомендовано Вченою радою
ДВНЗ "Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет
імені Григорія Сковороди"
Протокол № 3 від 27 жовтня 2014 р.

Редакційна колегія випуску:
Кремень В.Г., Савченко О.Я., Маноха І.П., Бех І.Д.,
Ляшенко О.І., Коцур В.П., Рик С.М. (Україна),
Budzovski K., Mirski A., Mirska N. (Polska),
Simonchini G. (Italy)

Відповідальний редактор випуску:
Маноха І.П., доктор психологічних наук, професор

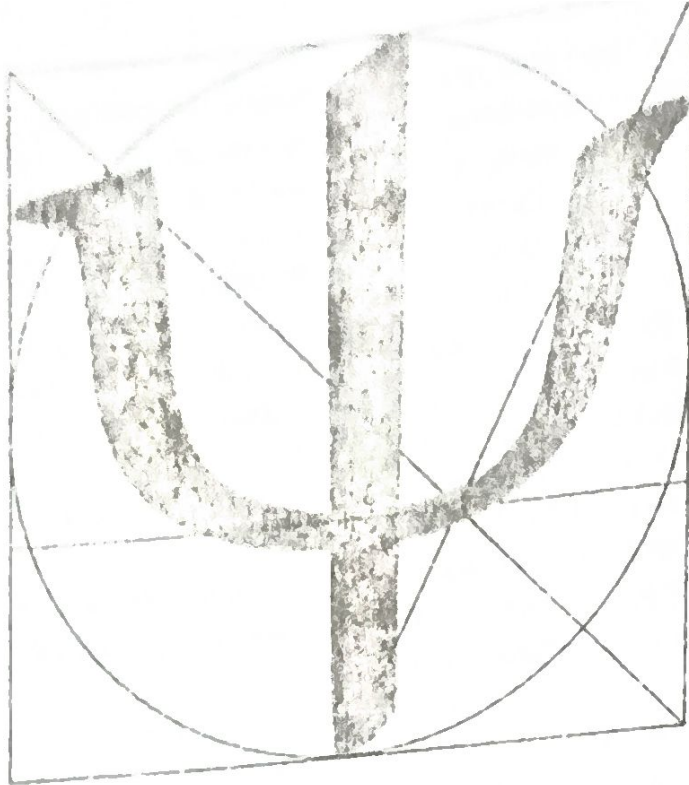
Гуманітарний вісник ДВНЗ "Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди" – Додаток 2 до Вип. 35: Тематичний випуск "Проблеми емпіричних досліджень у психології". – В.11 – К.: Гнозис, 2014. – 436 с.

Humanitarian Bulletin SU "Pereyaslav-Khmelnitsky Pedagogical University by H.Skovoroda" - Supplement 2 to Vol. 35: Thematic Issue "Problems of empirical research in psychology." - V.11 - K.: Gnosis, 2014. - 436 p.

"Проблеми емпіричних досліджень у психології" – періодичне видання, започатковане з метою висвітлення проблематики емпіричних досліджень у царині гуманітарних наук загалом, психологічної – зокрема. Розглядається проблема методу в сучасній психології, аналізуються емпіричний фун-дамент психодіагностики та проблема ефективності тестів. Кваліфікуються антиномії емпіричності та етичності у соціально-психологічному експерименті. Досліджується проблема розвивального впливу та можливості активних методів навчання як емпірична складова психологічної та педагогічної взаємодії. Для науковців, викладачів, аспірантів, студентів, всіх, хто цікавиться проблемами організації та проведення емпіричних досліджень у психологічній та суміжних галузях наукового знання.

ISBN 978-966-8840-96-8 (5)

© Переяслав-Хмельницький ДПУ ім. Г. Сковороди, 2014 р.
© Східно-Європейський Інститут Психології, 2014 р.
© Інститут проблем виховання НАПН України, 2014 р.
© Видавництво "Гнозис", 2014 р.



КОРНІЄНКО О.В.,
кандидат психологічних наук, доцент,
Київський національний університет
імені Тараса Шевченка,
м. Київ, Україна

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПРОЯВІВ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ТА ВІРОГІДНОСТІ НЕВРОЗУ ЯК ЧИННИКА ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІВЧАТ/ЮНАКІВ СТУДЕНТІВ КНУ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА

У статті на основі результатів багатолітнього емпіричного дослідження представлений порівняльний аналіз проявів депресивних станів та вірогідності неврозу як чинника психосоматичного здоров'я дівчат/юнаків студентів КНУ імені Тараса Шевченка

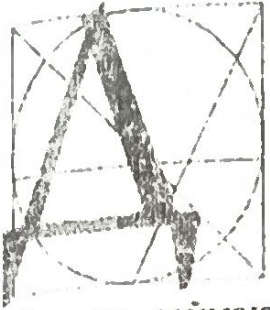
Ключові слова: депресивні стани, прояви депресивних станів, вірогідність неврозу, психосоматичне здоров'я, навчальний процес.

В статье на основе результатов многолетнего эмпирического исследования представлен сравнительный анализ проявлений депрессивных состояний и вероятности невроза как фактора психосоматического здоровья девушек / юношей студентов КНУ имени Тараса Шевченко

Ключевые слова: депрессивные состояния, проявления депрессивных состояний, вероятность невроза, психосоматическое здоровье, учебный процесс.

On the basis of the results of decades of empirical research presented a comparative analysis of the manifestations of depression and neurosis as a factor in the probability of psychosomatic health of girls/boys students of Kyiv National Taras Shevchenko University

Key words: depression, signs of depression, the probability of neurosis, psychosomatic health, educational process.



епресія є розповсюдженою психічною патологією та серйозною медико-соціальною проблемою, займаючи провідне місце серед причин втрати працездатності. За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), вже до 2020 року депресія займе перше місце у світі серед усіх захворювань, обігнавши сьогоднішніх лідерів – інфекційні та серцево-судинні захворювання (Офіційний сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я) [12].

На сьогоднішній день у США депресія є другою "за популярністю" причиною, за якою дають лікарняний, у Швеції – першою. Ситуація в Україні суттєво відрізняється. Чому це відбувається? Можливо українські пацієнти менш схильні до депресії, ніж жителі інших країн. На жаль, це не так. За даними епідеміологічного обстеження, проведеного ВООЗ у 1998-2002 роках, депресивним розладам, хоча б, один раз впродовж життя страждають 14,5% українців (Bromet E.J., *та ін.*, 2005) [20]. У відповідності до офіційних даних Міністерства охорони здоров'я України в 2010 році цей показник був приблизно 0,1% (Міністерство охорони здоров'я України) [13]. Такий страхітливий розрив між офіційною статистикою та реальним розповсюдженням афективних розладів пов'язаний з декількома факторами: це і низька обертаність пацієнтів за спеціалізованою допомогою, обумовлена стигматизацією психіатричної допомоги як серед населення, так і серед лікарів, та обмеження законодавства, які не дозволяють лікарям загальної практики виставляти "психіатричні діагнози" та недостатня інформованість населення про

депресивні розлади, внаслідок чого вони досить часто сприймаються "як слабкість характеру" чи тимчасові труднощі. Як результат – на прийом до психіатра попадають тільки хворі з тяжкими формами захворювання. Пацієнти з легкими та помірними формами депресивного розладу звертаються на прийом до соматичних лікарів, пред'являючи різні сомато-вегетативні скарги, котрі досить часто не знаходять підтвердження об'єктивними методами обстеження.

Дані, отримані в 2000 році, свідчать про те, що серед підлітків старшої вікової групи, учнів професійно-технічного училища перше місце належить психічним розладам та порушенням поведінки (Раппорт І.Т., 2003) [15]. За результатами досліджень Міністерства Охорони здоров'я Російської Федерації [9] серед учнів професійно-технічних училищ при порівнянні зі школярами у 14 разів частіше зустрічаються особи з психогенними реакціями, в 19 разів – з патологічним формуванням особистості, у 2,5 разів – з неврозами, 1,5-2 рази – осіб, вживаючих психоактивні речовини. Всі вони потребують на психіатричну, психологічну, соціальну та спеціалізовану педагогічну допомогу у звичному для них середовищі, соціальній групі.

Розповсюдженість депресії складає 12% від загального тягаря нефатальних захворювань і вражає 5-10% населення (Ustun T., *та ін.*, Singleton N.,) [25,24]. Близько 90% пацієнтів з даним психічним розладом лікується в системі первинної допомоги Великобританії. (Goldberg D.,) [23]. Серед осіб молодого віку розповсюдженість депресії протягом 12 місяців оцінюється 1-3 % (Angold A.,) [19]. Про-

те, 2-10% дітей хоча б одного разу скаржилися на головний біль, біль у животі, кінцівках та набагато рідше – на утому чи слабкість без фізичної патології. Значна їх частина страждає на депресію.

У зв'язку з вищевикладеним попередження порушень розвитку особистості та збереження психічного здоров'я та функціонування та оптимальному рівні відноситься до пріоритетних завдань медико-психологічного супроводу навчального процесу (Юрасова Е.Н., 1996 [18], Захаров А.И., 1988 [5], Дубровіна И.В., 2000 [2], Гадельшина Т.Г., 2003 [1], Иванова А.А., 2008 [6]).

Автор статті, також вивчає дану проблему з позиції безпеки та підтримання психосоматичного здоров'я молоді в структурі навчального процесу на прикладі багаторічних досліджень (2006-2104 років) на різних факультетах Київського національного університету імені Тараса Шевченка у вищезгаданих публікаціях Корнієнко О.В. 2006-2014 [7,8].

Враховуючи вищевикладені погляди фахівців різних країн світу та представлені статистичні результати метою даної статті є:

Проведення детального порівняльного аналізу проявів депресивних станів та вірогідності неврозу двох вибірок досліджуваних дівчат-студентів ($n=375$) та юнаків-студентів ($n=311$) Київського національного університету імені Тараса Шевченка на основі проведених досліджень 2006-2009 навчальних років.

Нами були сформульовані наступні завдання теоретико-емпіричного дослідження:

1. Поетапне проведення диференціації проявів депресивних станів та вірогідності неврозу групи дівчат-студентів ($n=375$) за методиками диференціальної діагностики депресивних станів В. А. Жмурова та методики експрес-діагностики неврозу К. Хека і І. Хеса [16].

2. Поетапне проведення диференціації проявів депресивних станів та вірогідності неврозу групи юнаків-студентів ($n=311$) за методиками диференціальної діагностики депресивних станів В. А. Жмурова та методики експрес-діагностики неврозу К. Хека і І. Хеса [16].

3. Диференціально-статистичний та

порівняльний аналіз проявів депресивних станів: "Апатії", "Гіпотімії", "Розгубленості", "Тривоги", "Страху" з урахуванням вірогідності неврозу у вищезгаданих даних вибірках.

4. Кореляційний аналіз опосередкованих зв'язків депресивних станів та вірогідності неврозу з урахуванням результатів емпіричних досліджень різних блоків тестових методик.

Методики. Нами були виділені чотири блоки психодіагностичних методик.

1. Перший рівень: індивідуально-психологічний та психофізіологічний (ЕРІ інтроверсія, амбіверсія, екстраверсія, емоційна стабільність/нестабільність, адаптований А. Г. Шмельовим за А. Райгородським; інтегральність темпераменту за Ю. Беловим; особливості відчуття та сприйняття (репрезентативні системи людини "візуальність", "кінестетичність", "аудіальність") за Т. М. Орловою та О. М. Доброродневим [16,17,3].

2. Другий рівень: особистісно-орієнтований акцентуації характеру за Шмишеком за Л. А. Головей, Е. Ф. Рибалко [14]; методика діагностики темпераменту Я. Стреляу за Д. Я. Райгородським, шкала самооцінки особистісної та ситуативної тривожності С. Spielberger за В. А. Маричук та ін. [16,11].

3. Третій рівень: психосоматично-орієнтована методика диференціальної діагностики депресивних станів В. А. Жмурова за Д. Я. Райгородським; Пенсенський опитувальник, адаптований у психоневрологічному інституті ім. В. М. Бехтерева; методика експрес-діагностики неврозу К. Хека і І. Хеса за Д. Я. Райгородським [16].

4. Четвертий рівень: міжособистісно-орієнтована методика діагностики міжособистісних відношень Т. Лірі за Д. Я. Райгородським [16].

Результати досліджень та їх обговорення.

Підводячи підсумки за першим, другим завданням вище заявленої статті вважаємо за доцільне звернути увагу на узагальнену таблицю №1 з включенням середньостатистичних відмінностей та особливостей кореляційних взаємозв'язків депресивних станів та вірогідності неврозу між двома вибірками.

Табл. №1

Порівняльний аналіз проявів депресивних станів та вірогідності неврозу дівчат (n= 375) та юнаків студентів (n= 311) Київського національного університету імені Тараса Шевченка

Дівчата-студентки (n=375)						Юнаки-студенти (n=311)					
Рівні проявів депресивних станів						Рівні проявів депресивних станів					
Апатія (n=33)	Гіпотімія (n=193)	Дисфорія (n=110)	Розгубленість (n=33)	Тривога (n=4)	Страх (n=2)	Апатія (n=50)	Гіпотімія (n=146)	Дисфорія (n=87)	Розгубленість (n=18)	Тривога (n=5)	Страх (n=5)
6,43 ±2,50	17,17 ±4,07	32,79 ± 6,03	53,63 ±6,26	74,25 ±4,19	98,50 ±14,84	5,62 ±2,64	17,45 ±4,60	33,59 ±6,09	51,72 ±6,05	71,00 ± 1,87	102,75 ±14,86
Вірогідність неврозу						Вірогідність неврозу					
11,42 ±5,76	16,08 ±5,65	22,04 ±5,67	16,06 ±5,67	20,75 ±8,42	32,00 ±7,07	8,38 ±5,13	13,31 ±5,61	19,44 ±6,63	15,83 ±7,21	20,80 ±4,60	19,80 ±2,58
Кореляційні зв'язки депресивних станів та вірогідності неврозу						Кореляційні зв'язки депресивних станів та вірогідності неврозу					
	r = 0,326 **p<0,01	r = 0,209 *p<0,05	r = 0,089			r = 0,219 *p<0,05	r = 0,123	r = 0,82			
Кореляційні зв'язки депресивних станів та вірогідності неврозу (загальна вибірка (n=375) r = 0,584 **p <0,01						Кореляційні зв'язки депресивних станів та вірогідності неврозу (загальна вибірка (n=311) r = 0,430 **p<0,01					

Табл. № 2.

Рівні прояву депрес. станів	Можливі показники у балах	Загальна характеристика рівнів прояву депресивних станів
I.	1-9 депресія відсутня, чи незначна (апатія)	Апатія. Стан байдужості, повної індивідуальності до того, що відбувається, оточуючим, своєму положенню, минулому життю, перспективі майбутнього. Це стійкий стан чи перехідне загальне випадання як вищих і соціальних почуттів, так вроджених емоційних програм.
II.	10-24 депресія мінімальна (гіпотімія)	Гіпотімія (знижений настрій). Афективна подавленість у вигляді печалі, туги з переживаннями втрати, безвихідь, розчарування, приречення послаблення прив'язаності до життя. Позитивні емоції при цьому поверхові, можуть повністю бути відсутніми
III.	25-44 депресія легка (дисфорія)	Дисфорія („погано переносу“, „несу погано дурне“). Похмурість, озлобленість, ворожість похмурий настрій з буркотливістю, незадоволеність неприємним відношенням до оточуючих, спалахами роздратування, гніву, люті з агресією та руйнівними діями.

ми досліджуваних вірогідності неврозу у двох групах досліджуваних груп дівчат/юнаків-студентів ($n = 375/311$). Необхідно звернути принципову увагу на той факт, що серед загальної кількості досліджуваних дівчат-студентів ($n = 375$) найбільшу занепокоєність викликала очевидна перевага двох станів "Гіпотімії" ($n = 193$) (депресія мінімальна) - $17,17 \pm 4,07$ та "Дисфорії" ($n = 110$) (депресія легка) $32,79 \pm 6,03$ всього 303 випадків. Таким чином, у відповідності до змісту та інтерпретації даної методики В.А. Жмурова це показники другого, третього рівнів проявів депресивних станів. У групі юнаків-студентів ($n = 311$) дані показники значно відрізняються через відмінність у кількісних показниках, а саме "Гіпотімії" ($n = 146$) (депресія мінімальна) - $17,45 \pm 4,60$ та "Дисфорії" ($n = 87$) (депресія легка) $33,59 \pm 6,09$ всього 233 випадків. Таким чином у вибірці дівчат на 70 досліджуваних осіб виявилось більше з певними порушеннями психосоматичного здоров'я. Встановлені, також, значні кореляційні зв'язки депресивних станів та вірогідності неврозу у дівчат-студентів ($n = 375$) $r = 0,584$ ($**p < 0,01$) та юнаків-студентів

($n = 311$) $r = 0,430$ ($**p < 0,01$). Відмінність є те, що у дівчат-студентів проявився зв'язок між "Гіпотімією" ($n = 193$), "Дисфорією" ($n = 110$), та вірогідністю неврозу $r = 0,326$ ($**p < 0,01$), $r = 0,209$ ($*p < 0,05$). У юнаків-студентів ми спостерігали відмінну динаміку показників, а саме зв'язок між "Апатією" ($n = 50$) та вірогідністю неврозу $r = 0,219$ ($*p < 0,05$)

Необхідно звернути увагу на змістовну відмінність визначень "Гіпотімії" та "Дисфорії" у відповідності до авторського тесту діагностики депресивних станів В.А. Жмурова (1986) [4] та Д.Я. Райгородського (1998) [16] сучасного фахівця, котрий доповнив та удосконалив його інтерпретацію з включенням таблиці №1. Наводимо інформацію тільки за трьома рівнями проявів депресивних станів та добре усвідомлюємо, що становлення відповідних рівнів: Апатії, "Гіпотімії", "Дисфорії", "Розгубленості", "Трипті", "Страху".

Враховуючи складну інтерпретацію проявів депресивних станів необхідно зробити акцент на тому, що розроблена інтерпретація тесту "Депресія" В.А. Жмурова (1986) його інструкції

Табл. №3.

1—9	депрессия отсутствует, либо незначительна
10—24	депрессия минимальна
25—44	легкая депрессия
45—67	умеренная депрессия
68—87 88 и более	выраженная депрессия глубокая депрессия

включає наступні пояснення: "Клінічний діагноз з вказівкою нозологічної форми та синдрому". Наводячи цитату російською мовою з оригінальної роботи автора: "Тест разработан с целью выявления депрессивного состояния (главным образом, тоскливой или меланхолической депрессии). Он дает возможность установить тяжесть депрессивного состояния на момент исследования". Предварительная шкала тяжести депрессии такова таблица №3.

Д.Я. Райгородский (1998) у відповідному навчальному посібнику "Практична психодіагностика. Методики та тести" пропонує більш розширену прикладну інтепритацію проявів депресивних станів з можливістю порівняння з іншими вітчизняними та зарубіжними класифікаціями психіатричних розладів МКБ-10 [10], DSM-4,5 [21,22].

Спираючись на детальне вивчення класифікації МКБ-10 та отримані результати власних емпіричних досліджень двох вибірок дівчат та юнаків студентів ($n=375/311$) ми маємо підстави для того, щоб знайти відповідність у результатах отриманих даних та описанні скринінгових клінічних діагнозів з виявленням нозологічної форми та синдрому. МКБ-10 розроблена як центральна ("ядерна") класифікація для групи класифікацій з проблем хвороби та здоров'я. Тому, ми допускаємо, що отримані результати емпіричних досліджень значно співвідносяться з описанням та класифікаціями психіатричних розладів у розділі F30-F39 "Розлади настрою (афективні розлади)". Детальні описання окремих симптомів представлені у підрозділах F32."Депресивний епізод", F34.1. "Дистимія".

При включенні двох версій DSM-4,5 для порівняння отриманих клінічних даних ми прийшли до наступних висновків, що категорії психіатричних розла-

дів за DSM-4 можуть бути близьким до відповідних діагнозів 300.04. Dysthymic Disorders та 311. Depressive Disorders (дистимічні та депресивні розлади), змістовна характеристика яких загалом відповідає вітчизняній класифікації МКБ-10. З позицій останньої версії DSM-5 ми знаходимо, також, відповідний розділ 296.32 (F33.1) Major Depressive Disorders (основні депресивні розлади), змістовна характеристика та специфіка описання психіатричних розладів є подібною при порівнянні з попередньою версією DSM-4.

Продовжуючи подальший аналіз отриманих емпіричних даних на прикладі опосередкованих кореляційних зв'язків проявів депресивних станів, вірогідності неврозу, індивідуально-психологічних особливостей дівчат-студентів ($n=375$) представлених у таблиці №4 ми отримали наступні результати, які будуть проаналізовані та співставлені з групою юнаків-студентів ($n=311$).

Перший принциповий висновок який є очевидним та підтверджує припущення автора тесту В.А. Жмурова (1986) про наявність кореляційного зв'язку "меланхолічності та депресії" ($0,269^{**}, p<0,01$), сангвінічність, флегматичність була, також, пов'язана з депресією ($-0,168^{**}; -0,143^{**}$). "Гіпертимність", "Тривожність", "Дистимічність", "Педантичність", "Екзальтованість" виявилася пов'язаною з депресією ($-0,260^{**}; 0,187^{**}; 0,316^{**}; 0,248^{**}; 0,124^{**}$). Таким чином, акцентуації темпераменту, характеру за К. Леонгардом впливають на рівні прояву депресивного стану досліджуваних. Звертаємо увагу та факт взаємозв'язку психотипу, емоційної стабільності/нестабільності за Н.Ейсенк з депресивним станом ($-0,117^{*} p<0,05; 331^{**}$), що вимагає подальшого дослідження та уточнення.

Звертаємо вашу увагу на подібні вста-

позитивні кореляційні зв'язки вірогідності неврозу та депресивних показників індивідуально-психологічних особливостей досліджуваних. Значно відрізняються показники кореляційного зв'язку емоційної стабільності/нестабільності за Н.Лусенк з вірогідністю неврозу (0,502* $p < 0,01$). Показники інтегральності темпераменту за Ю.Бсовим в були пов'язаними з вірогідністю неврозу (сангвінічність, флегматичність, меланхолічність " (-0,246**,-0,192*, 0,414* $p < 0,01$). Неочікуваними виявилися кореляційні зв'язки курсу навчання з вірогідністю неврозу (-0,158*, $p < 0,01$). Ми встановили наступну відмінність у тому, що вірогідність неврозу була активно пов'язана акцентуаціями характеру та темпераменту у восьми випадках за даними таблиці №4. Аудіальна модальність виявлялася пов'язаною з вірогідністю неврозу (0,157*, $p < 0,05$), при порівнянні з відсутністю подібних даних депресивного стану.

У таблиці №5 продовжуємо презентувати подібні дані вибірки юнаків-студентів (n=311) на відміну від дівчат-студентів (n=375) є наявність кореляційного зв'язку параметрів.

При обговоренні результатів даних представлених у таблиці №5 ми рекомендуємо звернути увагу на те, що загальна кількість кореляційних зв'язків налічує 40 на відміну від табличних даних №4 де є всього 26 випадків комплексних кореляційних зв'язків. Також, чином ми маємо провести простий порівняльний аналіз двох вибірок дівчат-студентів (n=375) та юнаків-студентів (n=311). Попередній візуально-змістовний аналіз свідчить про те, що у групі юнаків-студентів (n=311) спрямованість та характер результатів коре-

Табл. №4.
Опосередковані кореляційні зв'язки проявів депресивних станів, вірогідності неврозу, індивідуально-психологічних особливостей дівчат-студентів (n=375), Київського національного університету імені Тараса Шевченка

Дівчата-студентки (n=375) (всього 26 кореляційних зв'язків)										
Рівні проявів депресивних станів						Вірогідність неврозу				
Щирість - депрес.стан (-0,198**)	Психотип - депр. стан (-0,117*)	Емоц.стаб./нестаб.- депр.стан (0,331**)	Сангв.- депр.стан (-0,168**)	Флегм.- депр. стан (-0,143**)	Мелан. депр. стан (0,269**)	Курс навчання- вір.невроз. (-0,158**)	Щирість - вір.невроз. (-0,145*)	Емоц.стаб./ нестаб.- вір.невроз. (0,502**)	Сангв.- вір.невроз. (-0,246**)	Флегм. вір.невроз. (-0,192**)
Гіпертим.- депр.стан (-0,260**)	Тривож.- депр.стан (0,187**)	Дистим.- депр.стан (0,316**)	Педан.- депр.стан (0,248**)	Екзальт.- депр.стан (0,124*)		Мелан. вір.невроз. (0,414**)	Аудіал.- вір.невроз. (0,127*)	Гіперт.- вір.невроз. (-0,237**)	Тривожн.- вір.невроз. (0,324**)	Дистим.- ір.неврз. (0,251**)
						Педант.- вір.невроз. (0,242**)	Збудлив.- вір.невроз. (0,115*)	Застряг.- вір.невроз. (0,118*)	Демонст.- вір.невроз. (-0,146**)	Екзальт.- вір.неврз. (0,267**)

Табл. №5

Опосередковані кореляційні зв'язки проявів депресивних станів, вірогідності неврозу, індивідуально-психологічних особливостей студентів-юнаків (n= 311) Київського національного університету імені Тараса Шевченка

Юнаки-студенти (n=311) (всього 40 кореляційних зв'язків)										
Рівні проявів депресивних станів						Вірогідність неврозу				
Щирість - депрес. стан (-0,198*)	Флегм.- депр. стан (-0,268**)	Мелан. депр. стан (0,218**)	Гіпертим.- депр. стан (-0,135*)	Циклот.- депр. стан (0,137*)	Демонст.- депр. стан (-0,127*)	Щирість- вір. невроз. (- 0,238**)	Сангв.- вір. невроз. (- 0,212**)	Флегм. вір. невроз. (- 0,316**)	Мелан. вір. невроз. (0,475**)	Аудіал.- вір. невроз. (0,127*)
Тривож.- депр. стан (0,297**)	Педан.- депр. стан (0,143*)	Збудл.- депр. стан (0,210**)	Сила проц. збуд.- депр. стан. (-0,137*)	Сила проц. гальм. -депр. стан. (-0,131*)		Гіперт.- вір. невроз. (- 0,213**)	Тривожн.- вір. невроз. (0,524**)	Дистим.- вір. невроз. (0,198**)	Педант.- вір. невроз. (0,286**)	Збудлив.- вір. невроз. (0,293**)
						Емотив.- вір. невроз. (0,157**)	Демонст.- вір. невроз. (0,146**)	Застряг.- вір. невроз. (0,118*)	Екзальт.- вір. невроз. (0,215**)	Сила проц. збудж.- вір. невроз. (-0,260**)
						Сила проц. гальм.- вір. невроз. (- 0,232**)	Виснажен.- вір. невроз. (0,306**)	Шлунк. скарги - вір. невроз. (0,239**)	Болі різн. част. тіла - вір. невроз. (0,235**)	Серц. скарги- вір. невроз. (0,260**)
						Іnten. скарг- вір. невроз. (0,329**)	Іnten. скарг гр.здор.- вір. невроз. (0,236**)	Іnten. скарг гр.хвор.- вір. невроз. (0,256**)	Авторит.- вір. невроз. (-0,117*)	Підкор.- вір. невроз. (0,323**)
						Підозр.- вір. невроз. (0,300**)	Залежність.- вір. невроз. (0,162**)	Особ. трив.- вір. невроз. (0,409**)	Ситуат. трив.- вір. невроз. (0,315**)	

ляційного аналізу більш складна та свідчить про комплекс проблем зі станом безпеки психосоматичного здоров'я. Так, наприклад, привертає увагу наявність кореляційного зв'язку між депресивним станом та вірогідністю неврозу з меланхолійним темпераментом ($0,218^{**}; 0,475^{*}$, $p < 0,01$). Подібні кореляційні зв'язки встановлені між показниками інтегральності темпераменту за Ю.Беловим, акцентуаціями характеру, темпераменту та депресивно станом та вірогідністю неврозу.

Особливою відмінністю між двома групами досліджуваних дівчат та юнаків є наявність кореляційних зв'язків між депресивним станом, вірогідністю неврозу та деяким показниками тесту Я.Стреляю (сили процесів збудження, сили процесів гальмування ($-0,137^{*}; -0,131^{*}$, $p < 0,05$; $-0,260^{*}; -0,232$ $p < 0,01$) з урахуванням відсутності подібних результатів у дівчат. Дев'ять показників акцентуацій характеру та темпераменту були на пряму пов'язані з вірогідністю неврозу, найбільшими за показниками була кореляційна пара "тривожність- вірогідність неврозу" ($0,524^{**}$, $p < 0,01$).

Наступною підгрупою з встановленими кореляційними зв'язками виявилися емоційно забарвлені скарги з приводу фізичного самопочуття з вірогідністю неврозу. Гісенський опитувальник (всього сім кореляційних пар). Вираженість та спрямованість отриманих результатів була наступною. Перелік отриманих показників з позиції мінімальних- максимальних показників ("болі різних частин тіла" $0,215^{**}$; "інтенсивність скарг контрольної групи здорових" $0,236^{**}$; "шлункові скарги" $0,239^{**}$; "інтенсивність скарг хворих" $0,256^{**}$; "серцеві скарги" $0,260^{**}$; "виснаження" $0,306^{**}$; "інтенсивність скарг" $0,329^{**}$, $p < 0,01$).

Виявлено, також, чотири пари кореляційних залежностей між показниками міжособистісних відношень Т. Лірі та вірогідністю неврозу у групі дівчат-студентів таких показників не було виявлено ("Авторитарність" $-0,117^{*}$; "Залежність" $0,162^{**}$; "Підозрілість" $0,300^{**}$; "Підкорюваність" $0,323^{**}$). Особистісна ($0,409^{**}$) та ситуативна тривожність ($0,315^{**}$) за Ч. Спілбергером значно корелювала з віро-

гідністю неврозу.

Висновки:

1. З урахуванням проаналізованих першоджерел вітчизняних та зарубіжних фахівців, проведених власних багаторічних досліджень ми прийшли до узагальнюючих висновків спираючись на отримання результатів двох груп досліджуваних дівчат-студентів ($n=375$) та юнаків-студентів ($n=311$). Для проведення власних емпіричних досліджень використовувалися чотири блоки стандартизованих опитувальників, які пройшли перевірку на прикладі їх активно застосування та апробацію у матеріалах публікацій, навчальних посібниках та монографіях. Отримані результати порівнювалися з вітчизняними та зарубіжними класифікаторами психіатричних порушень МКБ-10, DSM-IV,V.

2. Для дівчат-студентів була характерна наявність 26 кореляційних зв'язків проявів депресивних станів та вірогідності неврозу з групою індивідуально-психологічних показників. Основною відмінністю отриманих показників від групи юнаків-студентів була наявність кореляційного взаємозв'язку психотипу, емоційної стабільності/нестабільності, курсу навчання з депресивними станами та вірогідністю неврозу. На нашу думку можливо охарактеризувати групу дівчат-студентів за середнім віком $19,42 \pm 1,56$ як досліджуваних у "депресивно-неврозоподібному стані (меланхолійної спрямованості)".

3. Для групи юнаків-студентів на відміну від дівчат було встановлено 40 кореляційних зв'язків. На нашу думку, центральним у постановці психодіагностичного аналізу та прогнозу даної вибірки є, що студенти-юнаки знаходились у стані порушення адаптації до тривалого "навчального стресу" пов'язаного з активним періодом переходу з шкільного до студентського стилю життя, закономірними віковими, психофізіологічними змінами для даної вікової групи $21,55 \pm 1,14$. Емоційно - забарвлені психосоматично-орієнтовані скарги (сім кореляційних пар) були пов'язані виключно з вірогідністю неврозу, з урахуванням подібних зв'язків з показниками міжособистісних відношень, особистісної та ситуативної тривожності. Про можливе включення

механізмів компенсації та надмірного навантаження на психосоматичне здоров'я може свідчити, також, взаємозв'язок з депресивними станами та вірогідності неврозу з силою процесів збудження

та гальмування за Я. Стреляю. На нашу думку, ми можемо стверджувати, що для студентів-юнаків є характерним "депресивно-неврозоподібний стан з (соматично-орієтованими тілесними скаргами)".

Список використаних джерел:

1. Гадельшина, Т. Г. Ресурсосберегающая стратегия концентрированного обучения учащихся 7-11 классов: автореф. дис. канд. психол. наук. 19.00.04 / Т. Г. Гадельшина Тамск, 2003. - 22 с
2. Дубровина, И. В. Психическое здоровье детей и подростков /И. В Дубровина Екатеринбург, 2000. - 204 с.
3. Емельянов С.М. Практикум по конфликтологии. / С.М. Емельянов; [Гл. ред. В. Усманов]. - М.; Х., Минск; СПб., 2000- 360с.
4. Жмуров В.А. Общая психопатология / В.А. Жмуров Иркутск. - Из-во Иркутского университета, 1986. - С.202-207.
5. Захаров, А. И. Неврозы у детей и подростков / А. И. Захаров — М., 1988, -246 с
6. Иванова А.А. Психологические особенности подростков с донозологическим уровнем пограничных психических состояний и их коррекция : автореф. дис. канд. психол. наук. 19.00.04. / А. А. Иванова Тамск, 2008. - 23 с.
7. Корнієнко О.В. Факторний аналіз психосоматичного здоров'я дівчат-студентів Київського національного університету імені Тараса Шевченка 2006-2009 навчальних років / О.В.Корнієнко "Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди" – Додаток 1 до вип.27, Том ІХ (42): Тематичний випуск "Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору". –К.: Гносис, 2012.- С.312-318.
8. Корнієнко О.В. Факторний аналіз психосоматичного здоров'я юнаків-студентів Київського національного університету імені Тараса Шевченка 2006-2009 навчальних років / О.В.Корнієнко "Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди" – Додаток 1 до вип.31, Том V (47): Тематичний випуск "Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору". –К.: Гносис, 2013.- С.251-256.
9. Коллегия министерства Здравоохранения Российской Федерации. / Коллегия министерства здравоохранения Росийской федерации Состояние психического здоровья детей: пути решения. - 15.05.2001
10. Классификация психиатрических расстройств МКБ-10 - / Класификация психиатрических расстройств <http://www.knpoob.ru> – С.115-119.
11. Методики психодиагностики в спорте: Учеб.пособие для студентов пед.ин-тов по спец.03.03. "Физ.культура" / В.Л.Марищук, Ю.М.Блудов, В.А.Плахтиенко, Л.К.Серова. – 2-е изд., доп.и испр.- М.: Просвещение, 1990.- С.52-53, 215-216.
12. Офіційний сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я / Офіційний сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я www.who.int.
13. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України / Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України www.moz.gov.ua
14. Практикум по возрастной психологии: Учеб. пособие/ Под.ред. Л.А.Головей, Е.Ф.Рыбалко.- СПб.: Речь, 2002- С.376-378, 387-391, 589-597.
15. Раппорт И.Т. Состояние здоровья подростков и современные подходы к проведению врачебных профессиональных консультаций / И.Т. Раппорт . - Вестник РАМН 2003. - №8. С.19-23.

16. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: издательский дом "Бахрах", 1998. – С. 14-17, 22-29, 59-63, 84-92, 133-141, 169-171, 274-281, 408-416.
17. Тести для всіх / Упорядк. Т.М.Оратової; Предм. О.М.Доброгороднева. – К.: Фірма "Довіра", 1993. – С. 29-31
18. Юрасова Е.Н. Исследование динамики уровня невротичности, конфликтности и coping - поведения у студентов психологов и педагогов в процессе обучения: В связи с задачами психогигиены и психопрофилактики: автореф. дис. канд. психол. наук. 19.00.04 / Е. Н. Юрасова Санкт-Петербург, 1996.
19. Angold A., Costello E.J. The epidemiology of depression in children and adolescents / In: The Depressed Child and Adolescent. – Cambridge: Cambridge University Press, 2001. – P. 143-178.
20. Bromet E.J., Gluzman S.F., Paniotto V.I., Webb C.P.M., Tintle N.L., Zakhozha V., Havenaar J.M., Gutkovich Z., Kostyuchenko S., Schwartz J.E. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine Findings from the Ukraine World Mental Health survey // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. – 2005. – Vol. 40. / E.J. Bromet et al. – P. 681-690.
21. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4-th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR) Paperback. – June, 2000. – 943 p. – <http://www.amazon.com/Diagnostic-Statistical-Disorders-Revision-DSM-IV-TR>.
22. DSM-5 Guidebook the Essential Companion to the Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders - // Donald W.Black, M.D., and John E. Grant, M.D., M.P.H., J.D. 2014. – 567 p. – <http://www.appi.org/Seach-Center/Pages>
23. Goldberg D., Huxley P. Common mental disorders. A biosocial model/ D., Goldberg, P.Huxley – London: Routledge, 1992.
24. Singleton N., Bumpstead R., O'Brien M., Lee A., Meltzer H. Office for National Statistics: Psychiatric Morbidity Among Adults Living in Private Households / N.,Singleton et al. – 2000. – London: Stationery Office, 2001.
25. Ustun T., Ayuso-Mateos J., Chatterji S., Mathers C., Murray C. Global burden of depressive disorders in the year 2000/ T., Ustun et al. – // Br J Psychiatry. – 2002. – Vol. 184. – P. 386-392.

© Корнієнко О., 2014.