

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА
НАРКОЛОГІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»

КОСЕНКО КОРНЕЛІЯ АРТУРІВНА

УДК 616.89::616.895+616.891:616-057

**КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА, ДІАГНОСТИКА І
ПРЕВЕНЦІЯ ПОГРАНИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ
У МОРЯКІВ ДАЛЕКОГО ПЛАВАННЯ**

14.01.16 – психіатрія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук

Харків – 2020

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Харківській медичній академії післядипломної освіти МОЗ України

Науковий консультант: доктор медичних наук, професор **Маркова Маріанна Владиславівна**, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, кафедра психотерапії, в.о. завідувача

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, старший науковий співробітник **Колядко Світлана Петрівна**, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», відділ пограничної психіатрії, провідний науковий співробітник
- доктор медичних наук, професор **Пшук Наталія Григорівна**, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова МОЗ України, кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти, завідувач кафедри
- доктор медичних наук, професор **Венгер Олена Петрівна**, Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, завідувач кафедри

Захист відбудеться « 24 » грудня 2020 р. о 10:00 годині на засіданні Спеціалізованої Вченої Ради Д 64.566.01 в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» за адресою: 61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» за адресою: 61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46.

Автореферат розісланий « 23 » листопада 2020 р.

Вчений секретар
Спеціалізованої Вченої ради Д 64.566.01

кандидат медичних наук

Н. А. Байбарак

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Обґрунтування вибору теми дослідження. На теперішній час особливої актуальності набувають дослідження, засновані на персоніфікованому підході (П.В. Волошин, Н.О. Марута, 2015; Л.М. Юрьєва, 2017). Сучасність диктує необхідність визначення специфіки психічних і поведінкових розладів у окремих контингентів (М.В. Маркова, М.В. Савіна, 2018; М.М. Пустовойт, 2018), в тому числі, вразливих до дії патогномонічних чинників професійного стресу, серед яких особливе місце займають моряки далекого плавання (R.T. Iversen, 2012; A. Mellbye, T. Carter, 2017).

На сьогодні Україна є однією з п'яти основних держав, що забезпечують світовий ринок праці високопрофесійними морськими кадрами (Міністерство інфраструктури України, 2020). Моряки далекого плавання належать до професійних груп з одним з найбільших ризиків бути підданими дії професійного стресу, який, як відомо, негативно впливає на психічне здоров'я (J. McVeigh, M. MacLachlan, F. Vallières, P. Nyland, R. Stilz, H. Cox, A. Fraser, 2019). Специфіка їх праці передбачає суттєві наднормові навантаження за рахунок професійно обумовленого оксидативного, дизрегуляторного, емоційного та психосоціального стресу (Г.С. Криворотько, 2012, 2013; Л.М. Шафран, В.В. Голікова, 2014; М.І. Шерман, 2016). Професійна діяльність моряків далекого плавання вимагає від них поєднання щонайменше двох альтернативних психофізіологічних здатностей: з одного боку, спроможності до інтенсивних фізичних й психоемоційних навантажень в складних навігаційних і погодних умовах, з іншого – стійкості до монотонії, гіподинамії, полідепривації в океанічному плаванні в ситуації замкненого простору та обмеженої комунікації (Л.М. Шафран, В.В. Голікова, 2018). Ці особливості морської праці лежать в основі високого ступеня психоемоційного й психосоціального стресу, від дії якого потерпають моряки, що призводить до зниження їх працездатності та професійно-орієнтованої мотивації, а також розвитку ознак астенії і депресії (A. Carotenuto, I. Molino, A.M. Fasanaro, F. Amenta, 2012; D. Jegaden, M. Menaheze, D. Lucas, B. Loddé, J.D. Dewitte, 2019).

Дослідження проблеми психічного здоров'я серед моряків далекого плавання показують дві протилежні та суперечливі тенденції (A. Mellbye, T. Carter, 2017). З одного боку, існує уявлення, що їх психічне здоров'я є стабільно позитивним. В документі «The BIMCO and ICS Manpower Report» (2015) наведено дані, що явна більшість вибіркової сукупності моряків повідомили, що вони "задоволені", "щасливі" та "дуже щасливі" у відповідь на запитання про їх рівні задоволеності. М. Oldenburg з колегами (2013), вивчаючи синдроми стресу та вигорання у моряків, виявив, що «порівняно з більшістю берегових професій (...) ризик вигорання у моряків здається помірним, хоча мореплавство вважається особливо небезпечною професією».

Однак, інші результати демонструють протилежні докази, які свідчать про те, що одним з провідних шляхів патологічної псевдокомпенсації афективного й психосоціального дискомфорту внаслідок дії професійних стресорів стає розвиток станів тривожно-депресивного спектру та, навіть, проявів суїцидальної поведінки. Наприклад, опитування Міжнародної федерації транспортних працівників (2015) встановило, що кількість моряків, які знали колег, які вчинили самогубство,

варіювалась від 6% до 35% респондентів, залежно від їхньої країни. Крім того, половина вибірки респондентів повідомили, що часто або іноді вони відчують тривогу, пригніченість і безвихідь, перебуваючи в морі (S.E. Roberts et al, 2014; 2015). Неодноразово повідомлялося, що моряки відчували втому та скаржилися на недосипання впродовж рейсів або у міжрейсовий період (P. Allen, E. Wadsworth, A. Smith, 2008; M. Jeżewska, R. Iversen, 2012; H. Wang, 2012).

Іншим шляхом патологічної амортизації чинників професійного стресу є аддиктивна поведінка моряків (E. Fort, A. Massardier-Pilonchéry, A. Bergeret, 2009, 2010, 2012; E. Frantzeskou, A.N. Kastania, E. Riza, O.C. Jensen, A. Linos, 2012; R. Pougnet, L. Pougnet, B. Loddé, L. Canals, S. Bell, D. Lucas, J.-D. Dewitte, 2014; O. Laraqui, S. Laraqui, N. Manar, T. Ghailan, F. Deschamps, C.H. Laraqui, 2017; I. Grappasonni et al, 2019), бо специфіка дії професійних стресорів сприяє виникненню дихотомічного запиту на пошук стимулюючих ефектів для боротьби зі втомою, та заспокійливих – для елімінації стресового навантаження (R. Pougnet, L. Pougnet, B. Loddé, L. Canals, S. Bell, D. Lucas, J.-D. Dewitte, 2014). В низці досліджень наводяться дані щодо наявності у моряків далекого плавання високого ризику виникнення захворювань, пов'язаних із реалізацією шкідливих звичок та неправильним способом життя, серед яких, в першу чергу, паління тютюну (E. Fort, A. Massardier-Pilonchéry, A. Bergeret, 2009; I. Grappasonni et al, 2019), каннабісу (O. Laraqui, S. Laraqui, N. Manar, T. Ghailan, F. Deschamps, C.H. Laraqui, 2017), надмірне вживання алкоголю (E. Fort, A. Massardier-Pilonchéry, A. Bergeret, 2009; O. Laraqui, S. Laraqui, N. Manar, T. Ghailan, F. Deschamps, C.H. Laraqui, 2017). Треба зазначити, що сучасні жорсткі умови медичних оглядів у проміжних портах та вимоги судновласників не дозволяють більшості представників морського флоту обирати в якості об'єкту аддикції переважну більшість психоактивних речовин, включаючи, звісно, алкоголь та інші наркотичні речовини, виключення з яких складають тютюн та кофеїн. В такому разі аддиктивна амортизація стресового навантаження може відбуватися за рахунок схильності до використання об'єктів нехімічного походження та розвитку так званих поведінкових аддикцій, багато з яких є соціально прийнятними та не вважаються суспільством хворобливими (М.В. Маркова, М.В. Савіна, 2018). Між тим, надмірна напруженість аддиктивного статусу за будь-яким аддиктивним об'єктом, є чинником ризику щодо формування психічних і поведінкових розладів внаслідок їх непомірного вживання, а також збільшення кількості ризикованих позаштатних ситуацій, що можуть призвести до аварійних ситуацій техногенного характеру.

Таким чином, можна впевнено стверджувати, що психогенні тривожні, депресивні стани, або психічні і поведінкові розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, є визнаними проблемами охорони здоров'я в морському секторі. Однак, до вищеперелічених, асоційованість яких з дією професійного стресу має значну доказову базу, на теперішній час деякі дослідники додають агресію й пов'язані з нею афективно-конативні феномени, бо існують дані щодо наявності лінійного зв'язку між агресією та стресом, пов'язаним з дією професійних чинників (M. Kanchika, S. Iwasaki, A. Konish, Y. Deguchi, Y. Kobayashi, A. Nakada, 2015).

Отже, проблема виникнення, діагностики і превенції пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання на сьогодні, нажаль, далека від її вирішення, не

дивлячись на наявність соціального запиту на попередження порушень психічного здоров'я у даного контингенту. Вищенаведене обумовлює актуальність та створює підґрунтя для вирішення проблеми клінічних проявів та умов формування пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання для створення на цій основі персоніфікованих програм, спрямованих на корекцію і підтримку їх психічного здоров'я.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана у відповідності з планом наукових досліджень Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України за темами «Медико-психологічні наслідки соціального стресу та інформаційно-психологічної війни (макро-, мікросоціальні чинники дезадаптації, механізми формування, система психодіагностики, психокорекції, психопрофілактики)» (номер державної реєстрації 0117U000371) і «Порушення психічного здоров'я в умовах соціального стресу: клінічна феноменологія, предиктори формування, система психодіагностики, психотерапії і психологічної реабілітації» (номер державної реєстрації 0120U101490).

Об'єкт дослідження: пограничні психічні розлади у моряків далекого плавання.

Предмет дослідження: клінічна характеристика, діагностика і превенція пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання.

Мета дослідження – на основі аналізу і комплексної оцінки клініко-психопатологічних проявів і механізмів розвитку пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання, розробити персоніфіковану систему заходів їх діагностики, превенції і терапії.

Для досягнення мети були вирішені наступні **задачі**:

1. Дослідити клініко-психопатологічні особливості пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання залежно від специфіки їх професійної діяльності.

2. Проаналізувати інтенсивність й варіативність клініко-психопатологічної симптоматики у моряків далекого плавання з різним рівнем психосоціального стресу.

3. Вивчити напруженість аддиктивних феноменів в структурі пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання залежно від специфіки їх професійної діяльності та рівню психосоціального стресу.

4. Надати структурно-феноменологічну характеристику проявів афективно-конативного реагування в структурі пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання залежно від специфіки їх професійної діяльності та рівню психосоціального стресу.

5. Встановити особливості особистісних і психосоціальних ресурсів у моряків далекого плавання залежно від рівню психосоціального стресу і стану психічного здоров'я.

6. Обґрунтувати технологію комплексної оцінки ризику розвитку пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання.

7. Розробити персоніфіковану систему комплексної превенції і терапії пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання, та оцінити її ефективність.

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

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше обґрунтовано і розроблено концепцію формування і розвитку пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання, яка враховує їх клінічну різноманітність (психопатологічні, аддиктивні, афективно-конативні феномени) та роль провідних стресових, соціально-психологічних й предиспозиційно-біологічних клініко-патогенетичних чинників їх розвитку, що зробило можливим реалізацію персоніфікованого підходу до їх діагностики, терапії і превенції.

Доведено, що на перебіг та клінічну варіативність пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання мають паралельно-кумулятивний вплив особливості професійної діяльності (вид флоту та ранг моряка), та рівень психосоціального стресового навантаження, якому піддаються мореплавці.

Обґрунтовано можливі шляхи патологічної амортизації негативної дії професійних патогномонічних стресорів через формування тривожно-депресивних, афективно-поведінкових та/або аддиктивних феноменів в структурі пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання, пріоритетність розвитку яких визначаються станом особистісних та психосоціальних ресурсів стрес-протекції та можливістю елімінації дії стрес-продукуючих факторів первинного (професійні) та вторинного (супутні сімейні й соціальні) ряду.

Серед констеляцій різноманітних стрес-продукуючих чинників, що беруть участь в розвитку пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання, виділено й обґрунтовано стрижневі, об'єднані в три базових клініко-патогенетичні кластери – стресовий, що враховує вплив психологічного та психосоціального стресу; соціально-психологічний, що враховує вплив несприятливих соціальних чинників; предиспозиційно-біологічний, що орієнтований на оцінку впливу базових предиспозиційних психолого-біологічних характеристик – поєднаний вплив яких визначає психопатологічне аранжування пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання (соматизація, obsесивно-компульсивні розлади, тривога, депресія).

Обґрунтовано стрижнево-патопластичний механізм взаємодії особистісно-психосоціальних конструктів і стресового навантаження у розвитку і прогресуванні пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання.

Виділено й охарактеризовано рангоспецифічні і видоспецифічні мезо- і мікросередовищні чинники професійно-обумовленого психосоціального стресу у моряків далекого плавання.

Вперше науково обґрунтовано, розроблено, оцінено ефективність та впроваджено в клінічну практику систему комплексної діагностики, терапії і превенції пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання, яка побудована з урахуванням патогенетичних клініко-психопатологічних, патопсихологічних і психосоціальних механізмів її формування й розвитку та забезпечує персоніфікацію терапевтично-превентивних впливів в залежності від патогномонічних чинників професійного стресу, рівня його стресового навантаження та стану особистісної ресурсної бази.

Практичне значення одержаних результатів обумовлено підвищенням якості діагностики пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання за рахунок визначення взаємозв'язку між вираженістю і варіативністю клінічних проявів, стану особистісних і психосоціальних ресурсів та тяжкістю стресового навантаження, а розроблена оціночна шкала для визначення ймовірного ступеню виразності психопатологічної симптоматики дозволяє в короткий термін без додаткових затрат своєчасно виявляти прогностично несприятливі тенденції у моряків далекого плавання та проводити персоніфіковані превентивні психотерапевтичні заходи.

Істотне практичне значення має розроблена і впроваджена персоніфікована система комплексної діагностики, терапії та превенції, яка забезпечує персоніфіковане лікування моряків з пограничними психічними розладами (у міжрейсовий період) та превенцію їх виникнення у осіб груп ризику (як у міжрейсовий період, так і в рейсі), а чітке визначення принципів її реалізації, етапності, мішенів і засобів медикаментозного й психотерапевтичного впливу дає змогу для її широкого впровадження.

Вищевказана система заходів впроваджена в практику роботи КНП «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» Одеської обласної ради (акти впровадження від 25.03.2020, від 31.03.2020), медичного центру «Академмарін» Національного університету «Одеська морська академія» (акт впровадження від 01.04.2020), медичного центру «Крок до життя» м. Одеса (акт впровадження від 27.03.2020), медичного центру «Віта» м. Одеса (акт впровадження від 03.04.2020), ТОВ «Медичний центр «Адастра» (м. Маріуполь) (акт впровадження від 07.04.2020).

Отримані наукові дані використовуються в навчальному процесі кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації, а також кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Особистий внесок здобувача. Дисертанткою власноруч заплановані і здійснені дослідження, результати яких наведено у рукопису. Всі ідеї та розробки, використані у даному дослідженні, належать особисто автору. Самостійно проведено інформаційно-патентний пошук і планування роботи. Виконано аналітичний огляд джерел науково-методичної інформації відповідно до обраної теми. Особисто розроблено відповідний інструментарій дослідження, сформовано базу даних, проведено її аналіз та інтерпретацію. Власно автором здійснено соціально-демографічне, клініко-психопатологічне, психометричне й психодіагностичне дослідження. Проведено ґрунтовний системний, теоретичний, науковий аналіз та інтерпретацію отриманих результатів, на основі чого сформульовані висновки дослідження. Розроблено, запропоновано та впроваджено персоніфіковану систему комплексної превенції і терапії пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання, та здійснена оцінка її ефективності. Особистий внесок дисертанта у роботах, опублікованих у співавторстві, висвітлено у списку праць наприкінці автореферату.

Апробація результатів дисертації. Основні положення і висновки дослідження доповідались та обговорювались на наступних з'їздах, конгресах і конференціях: міжвузівській конференції молодих вчених та студентів «Медицина третього

тисячоліття» (Харків, 16–17.01.2017); V-му Національному конгресі неврологів, психіатрів та наркологів України з міжнародною участю «Неврологічна, психіатрична та наркологічна допомога в Україні: тенденції розвитку та сучасні виклики» (Харків, 16–17.03.2017); науково-практичній конференції «Актуальні проблеми клінічної та фундаментальної медицини» (Харків, 14.04.2017); Всеукраїнській конференції молодих вчених «Актуальні питання нейронаук» (Харків 26.04.2017); Міжвузівській конференції молодих вчених та студентів «Міждисциплінарні аспекти психіатрії, неврології та медичної психології» (Харків, 08.12.2017); Всеукраїнській конференції молодих вчених та студентів (Харків, 27.04.2018); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Українська психіатрія: практика, освіта, дослідження» (Харків, 17–18.05.2018); науково-практичній конференції «Медико-психологічна реабілітація та соціальна адаптація учасників бойових дій: проблеми та перспективи» (Київ, 25.05.2018); Міжвузівській конференції «Новітні досягнення психіатрії, неврології та медичної психології» (Харків, 28.02.2019); Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених «Актуальні питання нейронаук» (Харків, 26.04.2019).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано у 27 наукових працях, у тому числі 23 статтях (19 одноосібні) у фахових наукових виданнях, що входять до міжнародних наукометричних баз (з них 4 – зарубіжних), 4 тезах доповідей у матеріалах наукових конференцій.

Обсяг і структура дисертації. Дисертацію викладено на 307 сторінках машинописного тексту. Робота складається з анотацій українською та англійською мовами, вступу, 7 розділів (огляд літератури, обґрунтування дизайну, контингенту та методів дослідження, 5 розділів з викладенням результатів досліджень), аналізу й узагальнення результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку з 340 використаних джерел літератури, та додатків. Дисертацію ілюстровано 74 таблицями, 40 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

Етапи організації та характеристика дослідження. На засадах інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології протягом 2016 – 2019 років було обстежено 300 моряків далекого плавання (МДП). Усі респонденти були обстежені в період після повернення з рейсу, на базі декількох медичних установ (медичний центр «Академмарін» НУ «ОМА», КНП «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» Одеської обласної ради, кафедра психіатрії, наркології та психології Одеського національного медичного університету, медичні центри «Крок до життя», «Віта» та ін.), під час добровільного звернення за консультацією лікаря-психіатра.

Дизайн дослідження був розроблений, виходячи з *гіпотези роботи*, яка була сформульована наступним чином: -наявність, вираженість і варіативність пограничних психічних розладів (ППР) у МДП визначається специфікою їх професійної діяльності (вид морського флоту, професійний ранг), яка зумовлює переважання стресорів психоемоційного або психофізичного змісту; - формування й розвиток ППР у МДП відбувається на тлі визначального дефіциту стрес-протективних ресурсів особистості та підвищеної специфічної стрес-вразливості (брак

життєстійкості та наявність біологічної передиспозиції), що потенціюється зростанням рівню сімейної тривоги, деформацією стрес-опанувальних механізмів поведінки, недостатністю соціальної підтримки, кумулятивна дія яких призводить до неспроможності особистості нівелювати інтенсивну дію професійних патогномонічних стресорів, та вибору шляху патологічної амортизації й псевдокомпенсації емоційного й психосоціального дискомфорту через формування тривожно-депресивних, афективно-поведінкових та/або аддиктивних феноменів, що, за принципом «порочного кола», ще більше знижує стрес-протективні можливості особистості та сприяє подальшому прогресуванню ППР.

Відповідно до сформульованої гіпотези, дослідження мало 4-х етапну структуру (рис. 1).



Рис. 1. Дизайн дослідження та розподіл обстежених на групи

Перший етап роботи розпочинався з формування вибірки, до якої яку увійшли 300 МДП, з яких 200 були представниками морського торговельного флоту (ТФ), а 100 осіб – морського пасажирського флоту (ПФ). Враховуючи необхідність врахування диференціації негативного впливу професійних стрес-факторів залежно від професійного рангу МДП, респонденти були стратифіковані на групи фахівців командного складу (ФКС) – капітани далекого плавання, перші та другі помічники капітанів та ін. – 110 осіб ТФ (ФКСТФ) і 70 осіб – ПФ (ФКСПФ), та фахівців виконавчого складу (ФВС) – матроси, мотористи, пампери та ін. – 90 осіб торговельних суден (ФВСТФ) і 30 осіб – ПФ (ФВСПФ).

Другий етап було присвячено всебічному вивченню клінічної варіативності, інтенсивності та нозоспецифічності різноманітних клініко-психопатологічних феноменів в структурі ППР у МДП. В результаті даного етапу були визначені тривожно-депресивні, аддиктивні й афективно-конативні психопатологічні констеляції, які зумовлювали специфіку пограничних розладів психіки у даного контингенту.

На третьому етапі здійснювали ревізію стрес-протективної ресурсної бази та пошук чинників ризику розвитку ППР у МДП, для чого аналізу піддавали персоніфіковані, поведінкові й психосоціальні патерни, притаманні обстеженим. Результатом даного етапу було підтвердження сформульованої гіпотези та ідентифікація персоніфікованих мішеней терапевтичного і превентивного впливу, патогномонічних для даного контингенту.

Четвертий, останній, етап було присвячено розробці й впровадженню персоніфікованої системи комплексної діагностики, терапії і превенції ППР у МДП, ефективність якої перевіряли через півроку після реалізації заходів.

Методи дослідження. Аналіз клінічної специфіки ППР здійснювали за допомогою клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного та психометричного методів дослідження.

На початку дослідження, після первинного структурованого інтерв'ю, проводили скринінг психічного стану через об'єктивізацію можливих проблем за допомогою «Тесту нервово-психічної адаптації» І.Н. Гурвіча (1992), та оцінку рівню психосоціального стресу, випробовуваного респондентами – за однойменною шкалою Л. Рідер (за І.К. Сосніним зі співавт., 2018) й шкалою психологічного стресу Lemug-Tessier-Fillion (PSM-25) в адаптації Н.Є. Водоп'янової (2009).

Класичне клініко-психопатологічне дослідження афективних феноменів ППР було доповнено психометричним аналізом з використанням «Методики диференційованої діагностики депресивних станів» В. Зунге, «Методики діагностики самооцінки Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л.Ханіна (за Д.І. Райгородським, 2001), госпітальної шкали тривоги і депресії HADS (за В.С. Підкоритовим, 2003). Аналіз специфіки психопатологічної симптоматики проводили з використанням опитувальника виразності психопатологічної симптоматики L. Derogatis «Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R» в адаптації Н.В. Тарабріної (2001).

Аддиктивний статус досліджували клініко-анамнестично, клініко-психопатологічно і психометрично за допомогою тесту AUDIT (для виявлення розладів, пов'язаних з зловживанням алкоголю та визначення ступеня небезпечності

його вживання) (Т.Ф. Vabor et al, 2001), батареї AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом авторів під керівництвом І.В. Лінського (2009) та тесту для виявлення розладів, пов'язаних з захопленістю фізичною активністю (фітнесом) SPORT-UDIT (версія «самозвіт») для непрофесіоналів (М.В. Маркова, М.В. Савіна, 2017).

Для оцінки наявності і вираженості проявів афективно-конативного аранжування ППР, окрім клініко-анамнестичного і клініко-психопатологічного обстеження, використовували «Опитувальник виміру агресивності і ворожих реакцій А. Басса і А. Даркі» в адаптації А.А. Хвана, Ю.А. Зайцева, Ю.А. Кузнецова (2008).

Ревізію стрес-протективної ресурсної бази здійснювали за допомогою психодіагностичного методу. Особистісну життєстійкість (ЖС) оцінювали за авторською модифікацією Д.О. Леонтьєва та О.І. Рассказової (2006) нативного тесту визначення ЖС С. Мадді (S. Maddi, 1984). Копінговий репертуар досліджували за допомогою опитувальника «Контрольний перелік способів подолання» («Ways of Coping Checklist»), розробленого С. Фолкман і Р. Лазарусом (1984), адаптованого Т.Л. Крюковою, Е.В. Куфтяк у вигляді «Опитувальника способів долаючої поведінки» (2007). Рівень напруженості сімейних стосунків та можливість використання сімейної підтримки як протективного здоров'язберігаючого ресурсу, встановлювали за допомогою методики «Аналіз сімейної тривоги» Е. Ейдміллера, В. Юстіцкіса (за Н.І.Оліфірович, 2006). Якісну і кількісну оцінку феномену соціальної підтримки (СП) здійснювали з використанням «Багатовимірної шкали соціальної підтримки» Д. Зімента (1988) в адаптації В.М. Ялтонського, Н.О. Сироти (за Б.Д. Карвасарським, 2004). Якість життя (ЯЖ) оцінювали за допомогою «Шкали оцінки якості життя» Н. Mezzich, N. Cohen, M. Ruiperez, I. Lin, G. Yoon в адаптації Н.О. Марути (2004).

Статистико-математичний аналіз включав формування описової статистики та аналіз розбіжностей з використанням параметричних і непараметричних методів (з урахуванням виду і характеру розподілу ознак): точного критерію Фішера, критерію хі-квадрат Пірсона, t-тесту Стюдента, тесту Манна-Уїтні, а також аналіз кореляцій за допомогою непараметричного методу рангових кореляцій Спірмена. Статистико-математичний аналіз виконано з використанням ліцензійного пакету програм Statistica 6-13.

Результати дослідження та їх обговорення. За первинною скрінінговою оцінкою стану психічної сфери обстежених, відсутність ознак психічної дезадаптації виявлена у 30,9% ФКСТФ й 42,9% ФКСПФ, та 41,1% ФВСТФ і 33,3% ФВСПФ (рівень статистично значущих розбіжностей між кількістю осіб без мінімальних ознак дезадаптації серед ФКСТФ і ФВСТФ склав $p < 0,05$, ФКСПФ і ФВСПФ – $p < 0,01$, між ФКСТФ і ФКСПФ – $p < 0,01$).

Аналіз умов професійної діяльності обстежених дозволив виділити рангоспецифічні і видоспецифічні мезо- і мікросередовищні чинники професійно-обумовленого психосоціального стресу у МДП, що мали негативний вплив на стан їх психічного здоров'я. Такими чинниками для ФКСТФ були: ●ненормований робочий день; ●надвисока відповідальність за збереження та доставку дороговартісного вантажу, за стан судна, за злагоджену роботу екіпажу; ●постійна напруга у зв'язку зі зміною погодних умов і інтенсивністю руху суден; ●постійний зовнішній інспекційний контроль з боку власника та працівників портів; ●брак особистого

простору (порівняно з ФКС пасажирського флоту); ●одноманітність проведення часу, постійне знаходження в морі без можливості зійти на берег у портах; ●несвоєчасні зміни внаслідок пандемії; ●обмеження спілкування з родиною (обмеження інтернет-трафіку з боку власника).

Для ФКСПФ: ●ненормований робочий день; ●відповідальність за своєчасне виконання рейсу згідно графіку забезпечення екскурсійної програми пасажирів; ●відповідальність за стан судна, безпеку, комфорт та дозволя пасажирів; ●нерентабельність пасажирських перевезень у зв'язку з пандемією.

Для ФВСТФ: ●монотонна праця, пов'язана почасти з фізичним навантаженням; ●необхідність неухильного дотримання техніки безпеки при виконанні роботи; ●одноманітність проведення часу, постійне знаходження в морі без можливості зійти на берег у портах; ●брак особистого простору, соціальна депривація; ●обмеження спілкування з родиною (обмеження інтернет-трафіку з боку власника); ●оманливе відчуття несправедливості щодо фінансового забезпечення ФКС, порівняно з ними; ●значна конкуренція з боку фахівців з інших держав.

Для ФВСПФ: ●монотонна праця, пов'язана почасти з фізичним навантаженням; ●брак особистого простору, відсутність комфортних умов проживання (особливо у порівнянні з умовами проживання пасажирів); ●негативні наслідки позашлюбних зв'язків з обслуговуючим персоналом; ●оманливе відчуття несправедливості щодо фінансових можливостей пасажирів, порівняно з їхніми; ●заборона будь-яких перетинів з пасажирями, відчуття «людини другого сорту».

Таким чином, у 69,1% ФКСТФ, 57,1% ФКСПФ, 58,9% ФВСТФ і 66,7% ФВСПФ була виявлена *психічна дезадаптація* різної вираженості. У 30,0% ФКСТФ, 28,5% ФКСПФ, 23,3% ФВСТФ і 16,7% ФВСПФ були встановлені окремі ознаки психічної дезадаптації, що вказувало на донозологічну вираженість й несформованість її симптомів, які розцінювались нами як несприятливі прогностичні маркери розвитку клінічно розгорнутого дезадаптивного стану. Серед осіб з окремими ознаками психічної дезадаптації значущі розбіжності встановлені між ФВСПФ і ФКСТФ ($p < 0,01$), ФВСТФ ($p < 0,01$), і ФКСПФ ($p < 0,01$). У 22,7%, 15,7%, 14,4% і 23,3% осіб, відповідно, було діагностовано сформовану дезадаптацію, що трактувалось нами як прояви невротизації з високим рівнем психоемоційної напруженості. Серед них значущі розбіжності виявлені між ФКСТФ і ФВСТФ ($p < 0,01$), так і ФКСПФ і ФВСПФ ($p < 0,01$).

У 16,4%, 12,8%, 21,1% і 26,7% обстежених була встановлена виражена *клінічно окреслена психопатологічна симптоматика*, яка досягала не тільки синдромологічної, а й нозологічної оформленості. Серед цих осіб статистично значущі розбіжності були знайдені між ФВСПФ та іншими групами (між ФКСПФ розбіжність становила $p < 0,05$, між представниками торговельного флоту – $p < 0,01$ в обох випадках).

Нозологічна структура діагностованих порушень психіки і поведінки серед даної груп була наступною. В цілому, кількість осіб з клінічно окресленими психічними розладами склала 18,0% від загальної вибірки, серед яких було 16,6% від загальної кількості ФКСТФ, 12,7% від ФКСПФ, 21,1% від ФВСТФ і 26,7% від ФВСПФ. У всіх обстежених були діагностовані розлади кластеру F 43 – реакція на тяжкий стрес і адаптаційні розлади, серед яких визначені: F 43.21 – пролонгована депресивна реакція – встановлена у 3,0% осіб від загальної вибірки, з них 11,1% ФКСТФ і ФКСПФ, відповідно, 21,1% ФВСТФ і 25,0% ФВСПФ; F 43.22 – змішана

тривожно-депресивна реакція – 5,0% від загальної вибірки, з них 27,8% ФКСТФ, 22,2% ФКСПФ, 26,3% ФВСТФ і 37,5% ФВСПФ; $F_{43.23}$ – адаптаційні розлади з переважанням порушення інших емоцій – 5,3% від загальної вибірки, з них 38,9% ФКСТФ, 44,4% ФКСПФ, 21,1% ФВСТФ і 25,0% ФВСПФ; $F_{43.25}$ – адаптаційні розлади зі змішаним порушенням емоцій і поведінки – 4,7% від загальної вибірки, з них 22,2% ФКСТФ і ФКСПФ, відповідно, 31,5% ФВСТФ і 12,5% ФВСПФ.

Враховуючи рекомендації визнаних дослідників проблеми психічного здоров'я МДП щодо необхідності розширення кола наукових пошуків у напрямку вивчення стресу та впливу стресового навантаження на їх психічний стан (А. Mellbye, Т. Carter, 2017), нами були проаналізовані кількісні і якісні показники *психосоціального стресу* (ПС), тягар якого відчували та від якого потерпали обстежені.

Серед загальної кількості обстежених низький рівень ПС виявився притаманним серед командного складу 30,9% ФКСТФ і 42,2% ФКСПФ, а серед ФВС – 41,1% ФВСТФ й 33,3% ФВСПФ (розбіжності статистично значущі як між представниками кожного з видів флоту між собою, так і між ФКС та ФВС різних флотів, $p < 0,01$). Помірний рівень психосоціального стресового навантаження був характерний для 52,7% ФКСТФ й 44,3% ФКСПФ, а також 37,7% ФВСТФ й 40,0% ФВСПФ (значущість статистичних розбіжностей між ФКСТФ і ФВСТФ складає $p < 0,05$). Найбільша кількість осіб з тяжким рівнем ПС виявилась притаманною ФВСПФ (26,7%), що значуще відрізнялося від таких випадків серед ФКС як торговельного (16,4%, $p < 0,01$), так і пасажирського (12,8%, $p < 0,05$) флотів.

Подальший аналіз дозволив встановити, що у обстежених, які продемонстрували показники психічного здоров'я в рамках психічної норми, мав місце низький рівень ПС; респонденти з ознаками психічної дезадаптації різної варіативності і вираженості випробовували помірний рівень стресового навантаження; у хворих з адаптаційними розладами виявлено тяжкий рівень тягара ПС.

Оцінка загальної інтенсивності стресового навантаження показала, що середні показники ПС у ФКСТФ ($1,50 \pm 0,68$ балів) і ФВСПФ ($1,52 \pm 0,73$ балів) знаходилися в амплітуді помірних значень (1,00-1,99 балів), що свідчило про наднормовість стресу, в той час як найменше негативну дію ПС відчували ФКСПФ, про що свідчила кількість балів, що підходила до верхньої межі низького рівню стресу (до 0,99 балів) – $0,94 \pm 0,64$ балів.

Результати, отримані нами в ході подальшого дослідження особливостей *тривожно-депресивного реагування* обстежених, узагальнено нами у табл. 1.

Розподіл інтенсивності психологічного стресу, під дією якого знаходились обстежені, підтвердив тенденцію, характерну для розподілу ПС: середня інтенсивність психологічного стресу у ФКСТФ і ФВСПФ склала $153,52 \pm 16,65$ і $152,33 \pm 19,12$ балів, відповідно, що попадало в амплітуду практично високих значень (155 і вище балів); показник ФВСТФ ($140,57 \pm 27,80$ б.) свідчив про підвищення стресового навантаження, а рівень психологічного стресу у ФКСПФ ($115,24 \pm 44,88$ б.) був ближчим до нормативних значень (до 100 балів).

За самооцінкою ознак депресії, вираженість депресивних проявів у всіх обстежених виявилась в рамках нормативних значень ($40,25 \pm 11,31$ б. у ФКСТФ, $30,99 \pm 11,48$ б. у ФКСПФ, $34,94 \pm 12,23$ б. у ФВСТФ, $39,57 \pm 12,66$ б. у ФВСПФ), що свідчило про недооцінку більшості з них наявних психічних проблем. Самооцінка

тривожності показала, що більшість обстежених оцінювали власні тривожні прояви (у вигляді показників реактивної тривожності) в амплітуді помірної вираженості ($38,45 \pm 9,86$ б. у ФКСТФ, $33,32 \pm 7,48$ б. у ФВСТФ, $30,89 \pm 6,90$ б. у ФКСПФ, $36,67 \pm 8,91$ б. у ФВСПФ). Схожа тенденція була виявлена при аналізі показників особистісної тривожності, притаманної обстеженим ($36,20 \pm 6,25$ б. у ФКСТФ, $33,20 \pm 7,35$ б. у ФВСТФ, $30,67 \pm 6,86$ б. у ФКСПФ, $36,03 \pm 7,22$ б. у ФВСПФ), яка також виявилась в амплітуді помірних значень.

Таблиця 1

Середня вираженість стресового навантаження й проявів тривожно-депресивного реагування в структурі ППР у МДП (середній бал $\pm m$)

Показник	Представники торговельного морського флоту			Представники пасажирського морського флоту			рівень статистичної значущості розбіжностей	
	ФКСТФ, n=110	ФВСТФ, n=90	p	ФКСПФ, n=70	ФВСПФ, n=30	p	ФКС ТФ / ФКС ПФ	ФВС ТФ / ФВС ПФ
Виразність ПС за шкалою Л. Рідер								
ПС	$1,50 \pm 0,68$	$1,22 \pm 0,61$	<0,01	$0,94 \pm 0,64$	$1,52 \pm 0,73$	<0,01	<0,01	<0,01
Виразність психологічного стресу за шкалою PSM-25								
Психологічний стрес	$153,52 \pm 16,65$	$140,57 \pm 27,80$	<0,01	$115,24 \pm 44,88$	$152,33 \pm 19,12$	<0,01	<0,01	<0,01
Вираженість ознак депресії за шкалою В. Зунге								
Показник депресії	$40,25 \pm 11,31$	$34,94 \pm 12,23$	<0,01	$30,99 \pm 11,48$	$39,57 \pm 12,66$	<0,01	<0,01	<0,01
Рівень тривожності за шкалою Ч.Д.Спілбергера – Ю.Л.Ханіна								
Особистісна тривожність	$36,20 \pm 6,25$	$33,20 \pm 7,35$	<0,01	$30,67 \pm 6,86$	$36,03 \pm 7,22$	<0,01	<0,01	<0,01
Реактивна тривожність	$38,45 \pm 9,86$	$33,32 \pm 7,48$	<0,01	$30,89 \pm 6,90$	$36,67 \pm 8,91$	<0,01	<0,01	<0,01
Інтенсивність тривожно-депресивної симптоматики за шкалою HADS								
Патологічна тривога	$9,22 \pm 1,48$	$7,42 \pm 1,78$	<0,01	$7,75 \pm 1,23$	$9,11 \pm 1,43$	<0,01	<0,05	<0,01
Депресія	$6,71 \pm 1,55$	$6,09 \pm 1,74$	<0,05	$5,95 \pm 1,63$	$9,13 \pm 1,85$	<0,01	<0,05	<0,05

Найбільш показовими виявились результати оцінки психічного стану обстежених за допомогою госпітальної шкали тривоги і депресії HADS. Так, середні показники *депресивного реагування* у ФКСТФ, ФКСПФ і ФВСТФ виявились в амплітуді нормативних значень ($6,71 \pm 1,55$ б. у ФКСТФ, $6,09 \pm 1,74$ б. у ФВСТФ, $5,95 \pm 1,63$ б. у ФКСПФ), хоча й продемонстрували близькість до верхньої їх межі, в той час як у ФВСПФ рівень депресії по вибірці склав $9,13 \pm 1,85$ б., що відповідало субклінічній вираженості депресивної симптоматики.

Натомість, рівень інтенсивності *симптомів патологічної тривоги* був підвищений в усіх групах: у ФКСТФ ($9,22 \pm 1,48$ б.) і ФВСПФ ($9,11 \pm 1,43$ б.) він був у

Таблица 2

[illegible]

Соматизація	0,20±0,14	0,61±0,30	1,04±0,23	<0,01	<0,01	<0,01
Обсесивно-компульсивні розлади	0,38±0,20	0,65±0,31	0,71±0,25	<0,01	<0,01	>0,05
Міжособистісна сензитивність	0,28±0,17	0,60±0,31	0,71±0,24	<0,01	<0,01	>0,05
Депресія	0,42±0,14	0,69±0,14	0,77±0,09	<0,01	<0,01	>0,05
Тривожність	0,07±0,14	0,48±0,34	1,02±0,10	<0,01	<0,01	<0,01
Ворожість	0,03±0,11	0,34±0,39	0,97±0,54	<0,01	<0,01	<0,01

Продовження табл. 2

Показник	Групи за рівнем ПС			р		
	низький	помірний	тяжкий	Н/п	Н/т	П/т
Фобічна тривожність	0,14±0,13	0,25±0,13	0,50±0,27	<0,01	<0,01	<0,01
Паранояльні симптоми	0,19±0,15	0,40±0,21	0,44±0,18	<0,01	<0,01	>0,05
Психотизм	0,20±0,14	0,30±0,13	0,38±0,16	<0,01	<0,01	>0,05
Додаткові симптоми	1,07±0,33	1,54±0,37	1,94±0,56	<0,01	<0,01	<0,05
Індекс GSI	0,30±0,07	0,59±0,06	0,84±0,05	<0,01	<0,01	<0,01
Індекс PSI	15,90±2,38	26,71±3,47	35,22±2,49	<0,01	<0,01	<0,01
Індекс PDSI	1,69±0,18	2,01±0,25	2,18±0,17	<0,01	<0,01	>0,05
ФВСПФ, n=30						
Соматизація	0,43±0,18	0,59±0,20	1,41±0,35	>0,05	<0,01	<0,01
Обсесивно-компульсивні розлади	0,47±0,19	0,58±0,22	1,21±0,45	>0,05	<0,01	<0,01
Міжособистісна сензитивність	0,44±0,24	0,69±0,27	0,89±0,23	<0,05	<0,01	>0,05
Депресія	0,67±0,11	0,69±0,11	0,80±0,00	>0,05	<0,01	<0,05
Тривожність	0,30±0,19	0,74±0,34	1,64±0,31	<0,01	<0,01	<0,01
Ворожість	0,32±0,30	0,66±0,44	0,93±0,52	>0,05	<0,01	>0,05
Фобічна тривожність	0,14±0,14	0,38±0,28	0,89±0,18	<0,05	<0,01	<0,01
Паранояльні симптоми	0,30±0,20	0,49±0,20	0,53±0,26	<0,05	>0,05	>0,05
Психотизм	0,30±0,07	0,37±0,16	0,44±0,14	>0,05	<0,05	>0,05
Додаткові симптоми	1,47±0,41	1,72±0,46	2,21±0,37	>0,05	<0,01	<0,05
Індекс GSI	0,50±0,05	0,68±0,13	1,11±0,04	<0,01	<0,01	<0,01
Індекс PSI	22,30±1,57	31,38±5,14	40,29±1,70	<0,01	<0,01	<0,01
Індекс PDSI	1,96±0,16	1,95±0,29	2,46±0,16	>0,05	<0,01	<0,01
Рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні груп						
Низький рівень ПС						
Показник	1-4	1-7	1-10	4-7	4-10	7-10
Соматизація	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01
Обсесивно-компульсивні розлади	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05
Міжособистісна сензитивність	<0,05	<0,01	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05
Депресія	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01
Тривожність	<0,01	<0,01	>0,05	<0,05	>0,05	<0,01
Ворожість	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	<0,05	<0,01
Фобічна тривожність	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Паранояльні симптоми	>0,05	<0,01	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05

Психотизм	>0,05	<0,05	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01
Додаткові симптоми	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01
Індекс GSI	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01
Індекс PSI	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,05	<0,01
Індекс PDSI	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01
Помірний рівень ПС						
Показник	2-5	2-8	2-11	5-8	5-11	8-11
Соматизація	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Обсесивно-компульсивні розлади	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Продовження табл. 2

Показник	Групи за рівнем ПС			р		
	низький	помірний	тяжкий	Н/п	Н/т	П/т
Міжособистісна сензитивність	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Депресія	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Тривожність	<0,05	<0,01	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05
Ворожість	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,01
Фобічна тривожність	>0,05	<0,01	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05
Паранояльні симптоми	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Психотизм	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Додаткові симптоми	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Індекс GSI	<0,05	<0,01	>0,05	<0,05	>0,05	<0,01
Індекс PSI	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01
Індекс PDSI	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Тяжкий рівень ПС						
Показник	3-6	3-9	3-12	6-9	6-12	9-12
Соматизація	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05
Обсесивно-компульсивні розлади	<0,05	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05
Міжособистісна сензитивність	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Депресія	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Тривожність	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01
Ворожість	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Фобічна тривожність	<0,01	<0,01	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05
Паранояльні симптоми	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Психотизм	<0,01	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Додаткові симптоми	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Індекс GSI	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Індекс PSI	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,05	<0,01
Індекс PDSI	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01

Примітка: Група з урахуванням рівню ПС: 1 – ФКСТФ з низьким рівнем ПС; 2 – ФКСТФ з помірним ПС; 3 – ФКСТФ з тяжким ПС; 4 – ФВСТФ з низьким ПС; 5 – ФВСТФ з помірним ПС; 6 – ФВСТФ з тяжким ПС; 7 – ФКСПФ з низьким ПС; 8 – ФКСПФ з помірним ПС; 9 – КРФ з тяжким ПС; 10 – ФВСПФ з низьким ПС; 11 – ФВСПФ з помірним ПС; 12 – ФВСПФ з тяжким ПС.

Для ФКСТФ були характерні найвищі показники тривожності, ворожості, фобічної тривожності а також соматизації серед усіх досліджених груп на тлі відносно високих показників депресії. Так, середній показник соматизації у обстежених з низьким рівнем ПС склав $0,51 \pm 0,26$ б., з помірним рівнем – $0,68 \pm 0,32$ б., з тяжким – $2,12 \pm 0,50$ б.; показник obsесивно-компульсивних розладів – відповідно, $0,51 \pm 0,30$ б., $0,73 \pm 0,32$ б. та $1,19 \pm 0,37$ б.; показник міжособистісної сензитивності – відповідно $0,52 \pm 0,23$ б., $0,67 \pm 0,32$ б. та $1,02 \pm 0,38$ б.; показник депресії – відповідно $0,64 \pm 0,11$ б., $0,70 \pm 0,12$ б. та $0,76 \pm 0,08$ б.; показник тривожності – відповідно $0,32 \pm 0,20$ б., $0,71 \pm 0,39$ б. та $1,86 \pm 0,45$ б.; показник ворожості – відповідно $0,31 \pm 0,31$ б., $0,42 \pm 0,29$ б. та $1,37 \pm 0,78$ б.; показник фобічної тривожності – відповідно $0,22 \pm 0,12$ б., $0,37 \pm 0,23$ б., та $1,31 \pm 0,51$ б.; показник паранояльної симптоматики – відповідно $0,36 \pm 0,20$ б., $0,47 \pm 0,19$ б. та $0,55 \pm 0,29$ б.; показник психотизму – відповідно $0,28 \pm 0,14$ б., $0,37 \pm 0,14$ б. та $0,54 \pm 0,18$ б.; показник вираженості додаткової симптоматики – відповідно $1,54 \pm 0,47$ б., $1,60 \pm 0,41$ балів та $2,27 \pm 0,48$ б.. Середнє значення індексу GSI у обстежених з низьким рівнем ПС склало $0,53 \pm 0,05$ б., з помірним – $0,67 \pm 0,09$ б., тяжким – $1,29 \pm 0,12$ б.; індексу PSI – відповідно, $24,44 \pm 2,86$ б., $29,16 \pm 4,10$ б. та $46,28 \pm 3,59$ балів; індексу PDSI – відповідно $1,94 \pm 0,30$ б., $2,08 \pm 0,20$ б. та $2,53 \pm 0,16$ б..

У групі ФВСТФ показники вираженості психопатологічної симптоматики виявились проміжними серед досліджених груп і відносно невисокими. Зокрема, показник соматизації у обстежених з низьким рівнем ПС склав $0,33 \pm 0,19$ б., з помірним рівнем – $0,66 \pm 0,32$ б., з тяжким – $1,18 \pm 0,53$ б.; показник obsесивно-компульсивних розладів – відповідно $0,51 \pm 0,29$ б., $0,59 \pm 0,32$ б. та $0,91 \pm 0,30$ б.; показник міжособистісної сензитивності – відповідно $0,40 \pm 0,23$ б., $0,61 \pm 0,25$ б. та $0,82 \pm 0,18$ б.; показник депресії – відповідно $0,57 \pm 0,09$ б., $0,68 \pm 0,10$ б. та $0,77 \pm 0,09$ б.; показник тривожності – відповідно $0,18 \pm 0,22$ б., $0,50 \pm 0,33$ б. та $1,25 \pm 0,21$ б.; показник ворожості – відповідно $0,10 \pm 0,18$ б., $0,39 \pm 0,44$ б. та $0,89 \pm 0,46$ б.; показник фобічної тривожності – відповідно $0,19 \pm 0,13$ б., $0,35 \pm 0,21$ б. та $0,78 \pm 0,35$ б.; показник паранояльної симптоматики – відповідно $0,29 \pm 0,22$ б., $0,46 \pm 0,22$ б. та $0,43 \pm 0,20$ б.; показник психотизму – відповідно $0,28 \pm 0,15$ б., $0,34 \pm 0,11$ б. та $0,37 \pm 0,14$ б.; показник вираженості додаткової симптоматики – відповідно $1,37 \pm 0,28$ б., $1,58 \pm 0,42$ б. та $2,01 \pm 0,60$ б.. Середнє значення індексу GSI у обстежених з низьким ПС склало $0,42 \pm 0,04$ б., з помірним стресом – $0,62 \pm 0,07$ б., тяжким ПС – $0,94 \pm 0,08$ б.; індексу PSI – відповідно, $20,57 \pm 2,63$ б., $27,97 \pm 3,07$ б. та $36,32 \pm 3,54$ б.; індексу PDSI, – відповідно $1,89 \pm 0,22$ б., $1,99 \pm 0,22$ б. та $2,32 \pm 0,20$ б..

Серед ФКСПФ показники вираженості психопатологічної симптоматики були найнижчими з усіх груп. Так, показник соматизації у обстежених з низьким рівнем ПС склав $0,20 \pm 0,14$ б., з помірним рівнем – $0,61 \pm 0,30$ б., з важким ступенем – $1,04 \pm 0,23$ б.; показник obsесивно-компульсивних розладів – відповідно $0,38 \pm 0,20$ б., $0,65 \pm 0,31$ б. та $0,71 \pm 0,25$ б.; показник міжособистісної сензитивності – відповідно $0,28 \pm 0,17$ б., $0,60 \pm 0,31$ б. та $0,71 \pm 0,24$ б.; показник депресії – відповідно $0,42 \pm 0,14$ б., $0,69 \pm 0,14$ б. та $0,77 \pm 0,09$ б.; показник тривожності – відповідно $0,07 \pm 0,14$ б., $0,48 \pm 0,34$ б. та $1,02 \pm 0,10$ б.; показник ворожості – відповідно $0,03 \pm 0,11$ б., $0,34 \pm 0,39$ б. та $0,97 \pm 0,54$ б.; показник фобічної тривожності – відповідно $0,14 \pm 0,13$ б., $0,25 \pm 0,13$ б. та $0,50 \pm 0,27$ б.; показник паранояльної симптоматики – відповідно $0,19 \pm 0,15$ б., $0,40 \pm 0,21$ б. та $0,44 \pm 0,18$ б.;

показник психотизму – відповідно $0,20 \pm 0,14$ б., $0,30 \pm 0,13$ б. та $0,38 \pm 0,16$ б.; показник вираженості додаткової симптоматики – відповідно $1,07 \pm 0,33$ б., $1,54 \pm 0,37$ б. та $1,94 \pm 0,56$ б.. Середнє значення індексу GSI у обстежених з низьким ПС склало $0,30 \pm 0,07$ б., помірним – $0,59 \pm 0,06$ б., тяжким ПС – $0,84 \pm 0,05$ б.; індексу PSI – відповідно, $15,90 \pm 2,38$ б., $26,71 \pm 3,47$ б. та $35,22 \pm 2,49$ б.; індексу PDSI – відповідно, $1,69 \pm 0,18$ б., $2,01 \pm 0,25$ б. та $2,18 \pm 0,17$ б.

У ФВСПФ були виявлені найвищі показники депресії серед усіх досліджених груп, для них виявились характерними також високі показники тривожності, ворожості та психотизму. Зокрема, показник соматизації у обстежених з низьким рівнем ПС склав $0,43 \pm 0,18$ б., з помірним рівнем – $0,59 \pm 0,20$ б., з тяжким – $1,41 \pm 0,35$ б.; показник obsесивно-компульсивних розладів – відповідно $0,47 \pm 0,19$ б., $0,58 \pm 0,22$ б. та $1,21 \pm 0,45$ б.; показник міжособистісної сензитивності – відповідно $0,44 \pm 0,24$ б., $0,69 \pm 0,27$ б. та $0,89 \pm 0,23$ б.; показник депресії – відповідно $0,67 \pm 0,11$ б., $0,69 \pm 0,11$ б. та $0,80 \pm 0,00$ б.; показник тривожності – відповідно $0,30 \pm 0,19$ б., $0,74 \pm 0,34$ б. та $1,64 \pm 0,31$ б.; показник ворожості – відповідно $0,32 \pm 0,30$ б., $0,66 \pm 0,44$ б. та $0,93 \pm 0,52$ б.; показник фобічної тривожності – відповідно $0,14 \pm 0,14$ б., $0,38 \pm 0,28$ б. та $0,89 \pm 0,18$ б.; показник паранояльної симптоматики – відповідно $0,30 \pm 0,20$ б., $0,49 \pm 0,20$ б. та $0,53 \pm 0,26$ б.; показник психотизму – відповідно $0,30 \pm 0,07$ б., $0,37 \pm 0,16$ б. та $0,44 \pm 0,14$ б.; показник вираженості додаткової симптоматики – відповідно $1,47 \pm 0,41$ б., $1,72 \pm 0,46$ б. та $2,21 \pm 0,37$ б.. Середнє значення індексу GSI у обстежених з низьким ПС склало $0,50 \pm 0,05$ б., помірним – $0,68 \pm 0,13$ б., тяжким – $1,11 \pm 0,04$ б.; індексу PSI – відповідно, $22,30 \pm 1,57$ б., $31,38 \pm 5,14$ б. та $40,29 \pm 1,70$ б.; індексу PDSI – відповідно, $1,96 \pm 0,16$ б., $1,95 \pm 0,29$ б. та $2,46 \pm 0,16$ б.

Отже, проведене дослідження виявило відносно невисокі показники виразності психопатологічної симптоматики у МДП як командного, так і робітничого складу торговельного і пасажирського флотів, що відповідали невротичному рівню психопатології. При цьому найгірші показники були виявлені у ФВСПФ (найвищі рівні депресії при високих показниках тривожності, ворожості і психотизму) і ФКСТФ (найвищі рівні тривожності, фобічної тривожності, ворожості і соматизації).

Порівняльна оцінка *напруженості аддиктивного статусу* (АС) у міжрейсовий період в цілому по вибірці ФКСТФ й ФВСТФ показала наступні результати (табл. 3).

Таблиця 3

Усереднені показники напруженості АС за різними аддиктивними об'єктами у представників торговельного морського флоту, сер. бал $\pm m$

Інструмент для визначення напруженості АС за аддиктивним об'єктом	ФКСТФ, n=110 осіб	ФВСТФ, n=90 осіб	p
AUDIT	$6,9 \pm 3,59$	$7,7 \pm 4,64$	$>0,05$
TOBACCO-UDIT	$12,2 \pm 11,77$	$14,06 \pm 13,56$	$<0,01$
COFFEE (TEA)-UDIT	$13,47 \pm 7,01$	$9,87 \pm 6,43$	$<0,01$
WORKING(EDU)-UDIT	$10,59 \pm 5,96$	$5,86 \pm 8,78$	$<0,05$
INTERNET-UDIT	$8,08 \pm 5,52$	$9,49 \pm 8,98$	$>0,05$
COMP-UDIT	$7,64 \pm 4,67$	$9,28 \pm 4,57$	$<0,01$
TV-UDIT	$7,16 \pm 6,18$	$8,61 \pm 6,77$	$>0,05$
SPORT-UDIT	$6,39 \pm 5,18$	$8,36 \pm 5,87$	$<0,01$
FOOD-UDIT	$5,35 \pm 2,93$	$7,70 \pm 3,30$	$<0,01$

SHOPPING-UDIT	6,14±3,56	7,87±5,61	>0,05
GAMBLING-UDIT	5,44±5,24	7,46±5,50	<0,01
SEX-UDIT	5,81±4,54	6,73±12,14	>0,05
READING-UDIT	4,47±2,76	3,72±3,33	<0,01

За аналізом загальних середніх показників вираженості схильності до аддиктивної реалізації за об'єктами хімічного походження було з'ясовано, що, окрім алкоголю, показники вживання якого були практично в межах нормативних значень (6,9±3,59 у ФКСТФ і 7,7±4,64 у ФВСТФ, $p>0,05$), напруженість АС за іншими хімічними об'єктами, а саме, тютюну та кави/чаю виявилась в межах вживання зі шкідливими наслідками (7 – 15 балів), причому тютюнопаління було більш вираженим між ФВСТФ (14,06±13,56 б. проти 12,2±11,77 б. у ФКСТФ, $p<0,01$), а вживання кави/чаю – серед ФКСТФ (13,47±7,01 б. проти 9,87±6,43 б. у ФВСТФ, $p<0,01$). Треба зазначити, що випадків вживання інших об'єктів аддикції хімічного походження у обстежених не виявлено.

У ФКСТФ напруженість АС за об'єктами нехімічного походження була найбільше вираженою (в межах вживання зі шкідливими наслідками) за роботою (10,59±5,96 б. проти 5,86±8,78 б. у ФВСТФ, $p<0,05$), що свідчило про їх схильність до працеголізму та було прогностично несприятливим маркером щодо їх психічного здоров'я. Окрім роботи, ФКСТФ продемонстрували підвищені показники АС за тріадою об'єктів, пов'язаних з використанням інформаційних технологій – інтернету (8,08±5,52 б.), комп'ютерних ігор (7,64±4,67 б.) та телебачення (7,16±6,18 б.), що також виявилось характерним і для ФВСТФ (9,49±8,98 б., $p>0,05$; 9,28±4,57 б., $p<0,01$; 8,61±6,77 б., $p>0,05$, відповідно), причому, у більш вираженому ступені, який, однак, не перевищував значень середньої межі вживання зі шкідливими наслідками. У ФВСТФ, окрім вищеперелічених, спостерігались підвищені показники напруженості АС за такими поведінковими об'єктами, як спорт (8,36±5,87 б. проти 6,39±5,18 б. у ФКСТФ, $p<0,01$), їжа (7,70±3,30 б. проти 5,35±2,93 б., $p<0,01$), шопінг (7,87±5,61 б. проти 6,14±3,56 б., $p>0,05$) і азартні ігри (7,46±5,50 б. проти 5,44±5,24 б., $p<0,01$).

Порівняльний аналіз напруженості АС у ФКСТФ і ФВСТФ з різним рівнем ПС довів наступне (табл. 4).

Таблиця 4

Порівняння напруженості АС у ФКСТФ і ФВСТФ з різним рівнем ПС, сер. бал±m

Інструмент для визначення напруженості АС за аддиктивним об'єктом	Рівень ПС					
	низький		помірний		тяжкий	
	ФКСТФ, n=34	ФВСТФ, n=37	ФКСТФ, n=58	ФВСТФ, n=34	ФКСТФ, n=18	ФВСТФ, n=19
1	2	3	4	5	6	7
AUDIT	4,9±2,99*	5,7±1,88	8,3±4,62*	9,9±1,03	12,4±5,77**	14,3±2,66
TOBACCO-UDIT	5,53±6,21*	7,11±7,98	12,90±9,41**	15,50±12,17	18,28±10,07*	18,58±13,26
COFFEE (TEA)-UDIT	4,52±7,31*	6,97±5,27	12,68±3,03**	8,26±4,57	17,28±6,26*	18,37±3,53
WORKING-	7,12±5,68	7,59±3,15	11,03±6,49*	10,65±8,79	11,94±4,14*	10,05±7,35

UDIT						
INTERNET-UDIT	6,29±6,18	6,42±7,14	8,07±5,31**	11,74±8,34	9,61±4,80	10,41±9,97
COMP-UDIT	5,88±4,59*	7,08±3,92	9,69±3,75*	11,38±3,67	13,00±4,59	14,16±0,37
TV-UDIT	5,15±10,19	4,63±3,80	8,72±6,71*	10,85±7,25	8,78±8,76**	13,46±9,05
SPORT-UDIT	4,68±5,75*	6,06±5,45	5,34±4,93**	9,68±6,52	7,89±4,80*	11,05±4,96
FOOD-UDIT	5,97±3,29*	7,84±2,78	10,57±2,31	9,44±2,45	12,61±1,61	13,79±1,51
SHOPPING-UDIT	3,18±5,93*	4,59±3,93	5,40±6,14	5,12±6,52	10,33±7,69	13,68±5,22

Продовження табл. 4

1	2	3	4	5	6	7
GAMBLING-UDIT	3,24±9,03*	5,22±7,26	5,44±9,74*	7,76±6,39	8,50±6,06**	10,00±7,79
SEX-UDIT	4,09±8,26*	6,03±4,88	6,48±10,56**	9,56±14,67	8,11±13,43*	11,47±4,92
READING-UDIT	3,65±2,84	2,73±3,49	4,72±2,77	4,26±2,50	5,22±2,32	4,68±3,93

Примітка (тут і далі): * – $p < 0,01$; ** – $p < 0,05$.

Напруженість АС серед осіб з низьким рівнем ПС була значуще більшою у ФВСТФ, порівняно з ФКСТФ ($p < 0,01$), за виключенням роботи, інтернету і читання, за якими розбіжності не мали статистичної значущості. Схожа тенденція зберігалася і при вивченні динаміки АС у осіб помірним і тяжким ПС. У ФВСТФ з помірним ПС напруженість АС за переважно усіма аддиктивними об'єктами була значуще вищою (від $p < 0,01$ до $p < 0,05$), ніж у ФКСТФ, в яких захоплення роботою було виражене більше ($p < 0,01$), а за такими об'єктами, як їжа, шопінг і читання – значущих розбіжностей не виявлено. Серед осіб з тяжким рівнем стресу за усіма об'єктами хімічного походження (алкоголь – $p < 0,05$, інші – $p < 0,01$) та такими поведінковими, як телебачення ($p < 0,05$), спорт ($p < 0,01$), азартні ігри ($p < 0,05$) і секс ($p < 0,01$) – напруженість АС була значуще вищою у ФВСТФ, за роботою – у ФКСТФ ($p < 0,01$).

Оцінка середніх показників напруженості АС у представників ПФ, здійснена у міжрейсовий період, виявила такі дані (табл. 5).

Таблиця 5

Усереднені показники напруженості АС за різними аддиктивними об'єктами у представників пасажирського морського флоту, сер. бал ± m

Методичний інструмент для визначення напруженості АС за аддиктивним об'єктом	ФКСПФ, n=70 осіб	ФВСПФ, n=30 осіб	p
AUDIT	5,9±3,81	7,9±5,46	<0,05
TOBACCO-UDIT	7,11±4,60	13,27±10,94	<0,05
COFFEE (TEA)-UDIT	10,63±4,71	10,93±6,58	>0,05
WORKING(EDU)-UDIT	8,07±6,98	6,60±5,10	<0,05
INTERNET-UDIT	8,90±6,58	10,83±7,83	<0,01
COMP-UDIT	6,46±5,39	10,63±4,99	<0,01
TV-UDIT	5,43±2,69	8,43±6,27	<0,05
SPORT-UDIT	6,14±8,14	9,47±7,26	<0,01
FOOD-UDIT	5,37±3,01	8,83±3,07	<0,01
SHOPPING-UDIT	3,89±5,03	7,23±6,90	<0,05

GAMBLING-UDIT	6,27±8,25	8,03±5,51	>0,05
SEX-UDIT	6,01±4,44	7,67±8,28	>0,05
READING-UDIT	6,90±4,88	4,00±6,66	<0,01

Серед аддиктивних об'єктів хімічного походження за тютюном і кавою/чаєм в обох групах середні показники були вище нормативних, та знаходились в межах «вживання зі шкідливими наслідками». За споживанням кави/чаю значущих розбіжностей напруженості АС між групами не виявлено (10,63±4,71 б. у ФКСПФ і 10,93±6,58 б. у ФВСПФ, $p>0,05$), на відміну від тютюну, вживання якого серед ФКСПФ було трохи вищим, ніж «безпечне» (7,11±4,60 б.), а серед ФВСПФ – наближалось до верхньої межі «вживання зі шкідливими наслідками» (13,27±10,94 б., $p<0,05$). Ситуація щодо вживання алкоголю також виявила значущі розбіжності: у ФКСПФ вона виявилась в рамках «безпечного вживання» (5,9±3,81 б.), у ФВСПФ – дещо перевищувала нормативні значення (7,9±5,46 б., $p<0,05$). Випадків вживання інших об'єктів аддикції хімічного походження у обстежених не виявлено.

При аналізі напруженості АС стосовно аддиктивних об'єктів нехімічного походження, результати були трохи іншими. Так, у ФКСПФ, на відміну від ФВСПФ, виявлені підвищені показники АС стосовно роботи (8,07±6,98 б., $p<0,05$ при порівнянні з 6,60±5,10 б. ФВСПФ). Підвищена схильність до користування інтернетом, притаманна ФКСПФ (8,90±6,58 б.), була меншою, ніж у ФВСПФ (10,83±7,83 б., $p<0,01$), хоча обидва показники знаходились в межах «вживання зі шкідливими наслідками». Окрім інтернету, у ФВСПФ виявлена підвищена напруженість АС практично за усіма об'єктами поведінкових аддикцій (крім читання), вираженість яких знаходилась в діапазоні «вживання зі шкідливими наслідками» (розбіжності з ФКСПФ значущі, крім азартних ігор і сексу, від $p<0,01$ до $p<0,05$).

Співставлення показників напруженості АС у осіб різних професійних груп в межах одного діапазону рівню ПС (табл. 6) довело наявність загальної тенденції більш високої вираженості більшості аддиктивних феноменів у ФВСПФ, порівняно з ФКСПФ. За об'єктами хімічного походження дана закономірність мала місце для алкоголю (розбіжності між групами з низьким ПС і помірним ПС $p<0,01$, тяжким ПС $p<0,05$) і тютюну (розбіжності між групами з низьким ПС і тяжким ПС $p<0,05$).

Таблиця 6

Порівняння напруженості АС у ФКСПФ і ФВСПФ з різним рівнем ПС, сер. бал±m

Інструмент для визначення напруженості АС за аддиктивним об'єктом	Рівень ПС					
	низький		помірний		тяжкий	
	ФКСПФ, n=30	ФВСПФ, n=10	ФКСПФ, n=31	ФВСПФ, n=12	ФКСПФ, n=9	ФВСПФ, n=8
1	2	3	4	5	6	7
AUDIT	5,42±3,60*	6,59±3,17	9,88±5,83*	10,81±4,46	13,54±6,15**	16,1±5,22
TOBACCO-UDIT	4,63±3,47**	7,50±4,51	11,81±7,16	12,23±8,04	17,44±5,27**	21,86±10,96
COFFEE (TEA)-UDIT	6,20±1,10	7,08±6,93	10,48±3,55	11,10±3,96	17,22±5,87	17,86±9,07

WORKING-UDIT	6,30±3,52	6,60±2,63	13,39±11,99	13,23±12,13	12,33±9,21**	7,86±5,13
INTERNET-UDIT	6,50±9,44	7,00±1,63	10,22±9,56	10,62±5,09	13,74±11,85	13,80±7,84
COMP-UDIT	6,17±3,58*	7,10±1,60	7,55±5,78**	11,15±5,87	12,00±9,00**	14,00±9,11
TV-UDIT	7,00±6,32**	4,57±1,72	11,77±10,48	12,90±9,40	13,23±10,11*	14,00±11,59
SPORT-UDIT	5,60±6,86	6,15±7,58	6,00±8,84**	11,20±4,59	8,44±10,01**	14,29±9,76
FOOD-UDIT	5,80±2,11	5,60±1,96	8,52±2,43*	9,54±2,60	13,11±2,32**	15,00±0,00
SHOPPING-UDIT	3,77±3,98	3,90±5,80	5,52±3,36	5,69±6,55	10,57±7,89**	12,44±3,84

Продовження табл. 6

1	2	3	4	5	6	7
GAMBLING-UDIT	5,87±6,73**	7,70±9,37	8,97±6,16	8,92±9,21	13,00±7,50**	15,43±13,67
SEX-UDIT	5,13±6,23	5,23±2,24	7,10±1,49	7,90±13,53	9,67±3,16**	11,86±3,63
READING-UDIT	4,97±2,92*	3,20±1,23	7,71±4,50*	6,85±5,74	10,56±8,20**	6,43±11,16

Серед об'єктів нехімічного походження аддикціями, схильність до яких була значуще вищою у ФКСПФ, ніж у ФВСПФ, була робота (розбіжності виявились достовірними для осіб з тяжким рівнем ПС, $p<0,05$) та читання (розбіжності були достовірні для усіх діапазонів інтенсивності ПС, від $p<0,01$ до $p<0,05$). За усіма іншими поведінковими об'єктами, напруженість АС була вищою у ФВСПФ, ніж у ФКСПФ, незалежно від діапазону інтенсивності ПС. Для обстежених з будь-яким рівнем ПС така тенденція була характерною по комп'ютерним іграм (значущість розбіжностей між групами з низьким ПС $p<0,01$, помірним і тяжким ПС $p<0,05$), для осіб з низьким ПС – телебаченням ($p<0,05$) і азартними іграми ($p<0,05$), помірним ПС – спортом ($p<0,05$) і їжею ($p<0,01$), тяжким ПС – телебаченням ($p<0,01$), спортом ($p<0,05$), їжею ($p<0,05$) та азартними іграми ($p<0,05$).

Аналіз динаміки показників інтенсивності афективно-поведінкових девіацій у вигляді агресивно-ворожих проявів у МДП, дозволив обґрунтувати гіпотезу, яка була покладена в основу дослідження, та виявити закономірності, що характеризували особливості взаємовпливу рівню ПС та вираженості проявів афективно-конативних феноменів в структурі ППР у обстежених (табл. 7).

Таблиця 7

Середня інтенсивність проявів афективно-конативного реагування у МДП з різним рівнем ПС, сер. бал±m

Показник	Групи за рівнем стресу			Рівень статистичної значущості розбіжностей		
	низький	помірний	тяжкий	p_n/p_n	p_n/p_r	p_n/p_t
1	2	3	4	5	6	7
ФКСТФ, n=110						
Фізична агресія	28,53±11,84	31,55±8,94	44,44±7,84	>0,05	<0,01	<0,01
Роздратування	34,94±17,85	70,74±15,43	89,72±12,87	<0,01	<0,01	<0,01
Вербальна агресія	66,91±15,39	73,45±13,53	91,78±4,86	>0,05	<0,01	<0,01
Непряма агресія	39,06±12,57	37,66±14,37	52,00±15,82	>0,05	<0,01	<0,01

Негативізм	46,47±18,89	60,69±20,51	77,78±11,66	<0,01	<0,01	<0,01
Образа	39,44±12,14	43,14±12,25	48,00±12,35	>0,05	<0,05	>0,05
Підозрілість	58,82±16,84	56,72±12,89	55,00±10,98	>0,05	>0,05	>0,05
Почуття провини	52,74±14,27	63,72±18,29	51,94±12,96	<0,01	>0,05	<0,01
<i>Індекс агресивності</i>	43,47±4,23	58,58±4,56	75,31±3,99	<0,01	<0,01	<0,01
<i>Індекс ворожості</i>	49,13±10,67	49,93±10,25	51,50±10,39	>0,05	>0,05	>0,05
ФВСТФ, n=90						
Фізична агресія	22,97±9,09	32,65±11,36	34,21±10,17	<0,01	<0,01	>0,05
Роздратування	52,92±12,66	70,85±12,17	88,00±7,33	<0,01	<0,01	<0,01
Вербальна агресія	54,46±13,30	69,21±14,92	82,11±13,04	<0,01	<0,01	<0,01
Непряма агресія	36,97±9,68	37,88±13,55	49,68±13,49	>0,05	<0,01	<0,01

Продовження табл. 7

1	2	3	4	5	6	7
Негативізм	57,30±23,17	64,71±25,13	69,47±18,10	>0,05	>0,05	>0,05
Образа	37,22±18,51	46,85±11,89	41,21±10,95	<0,05	>0,05	>0,05
Підозрілість	56,76±15,47	58,82±17,01	59,47±12,68	>0,05	>0,05	>0,05
Почуття провини	62,73±14,17	60,18±16,96	66,00±14,67	>0,05	>0,05	>0,05
<i>Індекс агресивності</i>	43,46±2,30	57,57±2,93	68,11±1,45	<0,01	<0,01	<0,01
<i>Індекс ворожості</i>	46,99±13,37	52,84±10,94	50,34±8,75	<0,05	>0,05	>0,05
ФКСПФ, n=70						
Фізична агресія	26,00±4,98	33,55±7,55	32,22±6,67	<0,01	<0,05	>0,05
Роздратування	30,80±10,57	76,65±16,68	75,78±8,60	<0,01	<0,01	>0,05
Вербальна агресія	43,77±8,69	60,81±10,82	105,00±4,69	<0,01	<0,01	<0,01
Непряма агресія	27,47±14,35	52,65±14,13	34,67±12,65	<0,01	>0,05	<0,01
Негативізм	45,33±31,48	62,58±19,83	73,33±14,14	<0,01	<0,01	>0,05
Образа	36,30±13,26	47,61±16,79	36,00±13,50	<0,01	>0,05	>0,05
Підозрілість	44,67±10,08	58,71±15,44	60,00±15,00	<0,01	<0,01	>0,05
Почуття провини	55,00±9,58	56,42±16,00	64,78±17,77	>0,05	>0,05	>0,05
<i>Індекс агресивності</i>	33,51±3,59	57,00±5,27	71,00±2,82	<0,01	<0,01	<0,01
<i>Індекс ворожості</i>	40,48±9,67	53,16±12,95	48,00±11,88	<0,01	<0,05	>0,05
ФВСПФ, n=30						
Фізична агресія	18,00±4,22	32,31±4,39	45,71±9,76	<0,01	<0,01	<0,01
Роздратування	49,50±9,35	75,31±13,36	88,00±8,98	<0,01	<0,01	>0,05
Вербальна агресія	74,10±6,28	73,69±17,38	81,14±11,20	>0,05	>0,05	>0,05
Непряма агресія	35,20±11,44	44,92±8,35	46,86±19,28	>0,05	>0,05	>0,05
Негативізм	52,00±31,55	58,46±20,75	91,43±15,74	>0,05	<0,05	<0,01
Образа	36,90±12,33	54,00±13,75	57,86±8,78	<0,05	<0,01	>0,05
Підозрілість	62,00±9,19	56,92±23,23	58,57±15,74	>0,05	>0,05	>0,05
Почуття провини	61,60±11,82	66,85±13,81	62,86±22,65	>0,05	>0,05	>0,05
<i>Індекс агресивності</i>	47,18±0,21	60,46±3,72	71,61±0,91	<0,01	<0,01	<0,01
<i>Індекс ворожості</i>	49,45±9,39	55,46±10,88	58,21±11,04	>0,05	>0,05	>0,05

Рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні груп

з низьким рівнем ПС

Показник	1-4	1-7	1-10	4-7	4-10	7-10
Фізична агресія	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<0,01
Роздратування	<0,01	>0,05	<0,05	<0,01	>0,05	<0,01
Вербальна агресія	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01
Непряма агресія	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05
Негативізм	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05
Образа	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Підозрілість	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01

Почуття провини	<0,01	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05
Індекс агресивності	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Індекс ворожості	>0,05	<0,01	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05
з помірним рівнем ПС						
Показник	2-5	2-8	2-11	5-8	5-11	8-11
Фізична агресія	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Роздратування	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05
Вербальна агресія	>0,05	<0,01	>0,05	<0,05	>0,05	<0,01
Непряма агресія	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05
Негативізм	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Образа	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Продовження табл. 7

Підозрілість	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Почуття провини	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01
Індекс агресивності	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05	<0,01	<0,01
Індекс ворожості	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
з тяжким рівнем ПС						
Показник	3-6	3-9	3-12	6-9	6-12	9-12
Фізична агресія	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05
Роздратування	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01
Вербальна агресія	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	>0,05	<0,01
Непряма агресія	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05
Негативізм	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05	<0,05
Образа	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
Підозрілість	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Почуття провини	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Індекс агресивності	<0,01	<0,05	<0,05	<0,01	<0,01	>0,05
Індекс ворожості	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Примітка. Позначення груп з урахуванням рівню ПС: 1 – ФКСТФ з низьким ПС; 2 – ФКСТФ з помірним ПС; 3 – ФКСТФ з тяжким ПС; 4 – ФВСТФ з низьким ПС; 5 – ФВСТФ з помірним ПС; 6 – ФВСТФ з тяжким ПС; 7 – ФКСПФ з низьким ПС; 8 – ФКСПФ з помірним ПС; 9 – ФКСПФ з тяжким ПС; 10 – ФВСПФ з низьким ПС; 11 – ФВСПФ з помірним ПС; 12 – ФВСПФ з тяжким ПС.

Схильність до фізичної агресії, в цілому, в усіх обстежених була в рамках нормативних значень, та не перевищувала середніх показників. Однак, між особами в кожній групі зустрічались значущі розбіжності залежно від вираженості ПС. Так, якщо для респондентів з низьким рівнем стресу був притаманний низький рівень схильності до фізичної агресії, то серед осіб з помірним ПС мав місце середній її рівень, який залишався незмінним у ФВСТФ і ФКСПФ з тяжким стресовим навантаженням, та зростав до середньо-високих значень у ФКСТФ і ФВСПФ.

Тенденцію потягнення інтенсивності агресивно-ворожих проявів зі збільшенням рівню ПС наочно демонструвала динаміка вираженості роздратування. Середньо-висока у ФКС (ФКСТФ і ФКСПФ) та значно підвищена у ФВС (ФВСТФ і ФВСПФ) з низьким рівнем ПС, вона виявилась надмірно високою в усіх осіб з помірним стресом, та ще більше зростала у ФКСТФ, ФВСТФ і ФВСПФ, залишаючись практично без змін у ФКСПФ з тяжким стресом.

Динаміка вираженості схильності до вербальної агресії виявила асоційованість з рівнем ПС у обстежених, причому з досить цікавими закономірностями розподілу.

Так, класичне пряме співвідношення між зазначеними феноменами було зафіксоване серед ФВСТФ (підвищений рівень у осіб з низьким стресом – значно підвищений у обстежених з помірним – високий у осіб з тяжким ПС), та ФКСПФ (середньо-високий – підвищений – надзвичайно дуже високий, відповідно), в той час як у ФКСТФ і ФВСПФ значуще зростання вираженості вербальної агресії відбувалось у осіб з тяжким рівнем стресового тягара, будучи константним на значно підвищеному рівні серед респондентів з низьким і помірним стресом.

Динаміка інтенсивності проявів непрямой агресії була наступною: серед представників ФВСТФ, ФКСПФ і ФВСПФ середньо-високий її рівень у осіб з низьким рівнем ПС змінювався на підвищений у обстежених з помірним ПС та продовжував зростати до значно підвищеного у респондентів з тяжким рівнем стресу. Трохи іншою виявились трансформація вираженості непрямой агресії у ФКСТФ: підвищена у осіб з низьким стресом, вона знижувалась до середньо-високих значень у обстежених з помірним ПС, та зростала до значно підвищеного рівню у ФКС з тяжким стресовим навантаженням.

Схильність до негативізму, хоча і мала деякі розбіжності при порівнянні між групами ФКС і ФВС, в цілому, також продемонструвала зростання по мірі збільшення стресового навантаження, яке випробовували обстежені. Так, середньо-висока у ФКСТФ і ФКСПФ й підвищена у ФВСТФ і ФВСПФ з низьким рівнем ПС, вона зростала до підвищеної у ФКС і дуже підвищеної у ФВСТФ, залишаючись практично на тому ж рівні у ФВСПФ з помірним стресом, та ставала ще більшою у осіб з тяжким стресовим навантаженням: високою – у ФКСТФ, дуже підвищеною у ФКСПФ й надзвичайно високою – у ФВСПФ.

Схильність до образи не мала виразної динаміки: будучи підвищеною у осіб з низьким рівнем стресу (окрім ФКСПФ, в яких вона виявилась середньо-високою), вона не змінювалась у представників ТФ, та зростала до значно підвищеного рівню у ФВС ПФ з помірним стресовим навантаженням, залишаючись на тому ж рівні у ФВСТФ, знижуючись до середньо-високих значень у ФКСПФ і зростаючи до значно підвищеного у ФКСТФ з тяжким ПС.

Трансформація вираженості підозрілості виявила більш варіативну динаміку залежно від інтенсивності стресового навантаження, яке випробовували обстежені. Збільшення підозрілості з потягненням стресу було виявлено у ФВСТФ і ФКСПФ, в яких визначально підвищені показники у осіб з низьким стресом, зростали до високих значень у осіб з помірним і тяжким ПС. Проте, визначально висока у ФКСТФ з низьким рівнем ПС, вона трохи знижувалась до значно підвищених показників у осіб з помірним і тяжким стресом. Серед ФВСПФ високий рівень підозрілості у осіб з низьким стресом знижувався до рівню значно підвищеного при помірному стресі та знов зростав до високого у осіб з тяжким стресовим тягарем.

Вираженість відчуття провини була схожою між ФКСТФ і ФВСПФ, та ФВСТФ і ФКСПФ, та дещо різнилась цими між групами. Так, для ФКСТФ і ФВСПФ характерними було зростання з підвищеного у осіб з низьким стресом до значно підвищеного у респондентів з помірним навантаженням, та зменшення відчуття провини до середньо-високого для ФКСТФ і підвищеного для ФВСПФ з подальшим потягненням стресового тягара. Серед ФВСТФ і ФКСПФ підвищену провину

відчували особи з низьким та помірним стресом, а при збільшенні рівню ПС – зростало й відчуття провини (до значно підвищених показників).

Динаміка інтегрального показника агресивності (індексу агресивності) в цілому, відповідала визначеній тенденції зростання зі збільшенням рівню ПС. Середня у осіб з низьким ПС, вона ставала підвищеною у ФКСТФ, ФВСТФ і ФКСПФ, і значно підвищеною у ФВСПФ з помірним стресом, і високою (у ФКСТФ і ФВСПФ) і значно підвищеною (у ФКСПФ і ФВСТФ) при тяжкій вираженості стресового навантаження.

Індекс ворожості, навпаки, не продемонстрував чіткої асоційованості з рівнем стресу, випробовуваного обстеженими. У ФКСТФ він виявився значно підвищеним в усіх осіб, незалежно від рівню ПС; у ФВСТФ і ФКСПФ – засвідчив зростання у осіб з помірним стресом, порівняно з низьким, та відсутність динаміки в осіб з тяжким стресом; у ФВСПФ – виявив класичну пряму асоційованість зі стресом, а саме, підвищену ворожість у осіб з низьким, значно підвищену – з помірним і високу – з тяжким стресовим тягарем (хоча ці результати не мали статистичної значущості).

Осмислення результатів привело нас до висновку, що структура агресивності у МДП була неоднорідною за вираженістю її складових. Інтенсивність проявів фізичної агресії, в цілому, виявилась незначною, будучи низькою у осіб з низьким рівнем ПС, доходячи до значень в амплітуді середніх показників у осіб з тяжким стресом. На відміну від фізичної агресії, схильність до вербальних її проявів була підвищеною навіть серед осіб з низьким рівнем ПС, зростаючи до високих та дуже високих значень, властивих для обстежених з тяжким стресом. Схожа тенденція була характерна й для динаміки роздратування, яка з середньо-високих або підвищених значень у осіб з низьким ПС трансформувалась до дуже високих показників, виявлених у осіб з тяжким рівнем стресового навантаження. Такий неконгруентний розподіл, на нашу думку, пояснювався ситуаційним механізмом виникнення роздратування і вербальної агресії, як проявів не здатності до самоконтролю власних емоційних реакцій та типових ознак станів психічної дезадаптації, що формувались на тлі дезадаптивного реагування на надзначний вплив професійних стрес-деформуючих чинників, й не мали зворотного розвитку у міжрейсовий період, а тільки змінювали фабулу з професійних на побутові стрес-конфліктні, складаючи, таким чином, клінічну картину ППР. На відміну від зазначених феноменів, схильність до дезадаптивного реагування на стрес-чинники ознаками фізичної агресії демонструвала ступінь готовності до реалізації проявів так званої деструктивної (Е.Фромом) агресивності, що, в цілому, не було характерним для обстеженої вибірки.

Вираженість проявів ворожого реагування, в цілому, у обстежених була вищою, ніж інтенсивність загальної агресивності. Виходячи з того, що ворожість концептуалізується як «стійке перманентне не контейноване відчуття індивідом негативу інтра- і інтер- індивідного спрямування, що базується на відчуттях образи на навколишній світ і підозрілості щодо його недоброзичливості до себе, з яким він існує тривалий час» (К.Д. Гапонов, 2019), патогенним для особистості є навіть середній її рівень, а вираженість її вище середнього, яка зафіксована у обстежених усіх груп, свідчить про наявність деструктивного вектору афективно-поведінкового реагування у зазначеного контингенту. Цьому частково сприяло підвищене відчуття провини, яке відмічалось в цілому по обстеженій вибірці.

Аналіз структури і вираженості *особистісної ЖС*, як нативного стрес-протективного ресурсу МДП (C.A. Cunningham, B.A. Weber, B.L. Roberts, T.S. Hejmanowski, W.D. Griffin, B.J. Lutz, 2014; N. Doyle, M. MacLachlan, A. Fraser, R. Stilz, K. Lismont, H. Cox, J. McVeigh, 2016; K.B. Valdersnes, J. Eid, S.W. Hystad, M.B. Nielsen, 2017; J. McVeigh, M. MacLachlan, F. Vallières, P. Hyland, R. Stilz, H. Cox, A. Fraser, 2019), показав наявність зворотнolінійної асоційованості між вираженістю ЖС та рівнем ПС: зафіксовано пропорційне зменшення вираженості усіх параметрів ЖС (як інтегрального, так і окремих складових), при збільшенні рівню стресового навантаження. Так, інтегральний показник ЖС у МДП з низьким рівнем ПС у всіх груп, окрім ФКСПФ, був в межах амплітуди середніх значень, і складав: серед ФКСТФ $73,76 \pm 4,82$ б., ФВСТФ – $72,95 \pm 5,46$ б., ФВСПФ – $72,60 \pm 0,70$ б., а серед ФКСПФ – в амплітуді вище середньої вираженості показників – $83,03 \pm 7,92$ б.; у осіб з помірним і тяжким рівнями ПС інтегральний показник ЖС був в межах низької її вираженості, з більшим дефіцитом у МДП, як випробовували тяжке стресове навантаження (ФКСТФ – $43,39 \pm 6,13$ б., ФВСТФ – $46,68 \pm 8,78$ б., ФКСПФ – $43,56 \pm 9,90$ б., ФВСПФ – $44,43 \pm 3,82$ б.), порівняно з особами з помірним рівнем ПС (ФКСТФ – $49,67 \pm 6,30$ б., ФВСТФ – $54,38 \pm 17,29$ б., ФКСПФ – $50,84 \pm 9,02$ б., ФВСПФ – $50,38 \pm 6,56$ б.).

В результаті аналізу *актуального копінгового репертуару* МДП було встановлено, що загальною відмінністю, яка була виявлена в ході дослідження, стала низька напруженість використання стратегії прийняття відповідальності у ФВС, незалежно від виду морського флоту та рівню ПС, та, навпаки, високі її показники, наряду зі стратегією самоконтролю, що використовували ФКС як ТФ, так і ПФ, зі зменшенням їх напруженості по мірі збільшення стресового навантаження, що випробовували ФКС.

Ще одним загальним трендом в розподілі напруженості копінгів стала його асоційованість з рівнем ПС, притаманного обстеженим, а саме, збільшення кількісних показників використання неконструктивних стратегій (конфронтаційного копінгу, втечі-уникнення, дистанціювання) та зменшення використання конструктивних копінгів (позитивної переоцінки, пошуку соціальної підтримки, самоконтролю, прийняття відповідальності, планування вирішення проблеми) зі зростанням тяжкості випробуваного стресу та погіршенням стану психічного здоров'я, аж до розвитку клінічно окреслених розладів адаптації.

Найвища напруженість неконструктивних поведінкових стратегій (конфронтаційного копінгу, дистанціювання, втечі-уникнення) виявлена у ФВСПФ, яка зростала по мірі збільшення важкості стресового реагування. У ФВСТФ показники використання неконструктивних копінгів були менші, ніж у ФВСПФ, проте, пріоритетність стратегій втечі-уникнення і дистанціювання була характерною в цілому для усієї вибірки, незалежно від рівню ПС.

Серед ФКС найвища напруженість копінг-механізмів виявлена за стратегіями прийняття відповідальності (ФКСТФ), планування вирішення проблеми (ФКСПФ), самоконтроль (ФКСТФ і ФКСПФ), хоча показники їх використання зменшувались по мірі зростання стресового тягаря. Крім того, серед ФКСТФ з тяжким рівнем ПС, окрім конструктивних, мало місце використання таких неконструктивних копінгів, як дистанціювання і конфронтаційний копінг, напруженість яких знижувалась у осіб з

помірним та була зовсім низькою у респондентів з низьким рівнем стресу. Напруженість копінгів серед ФКСПФ була меншою, ніж серед інших груп обстежених, як і тяжкість стресового навантаження, що можна пояснити більш сприятливими умовами професійної діяльності – вплив таких стресорів, як замкнутий простір, качка, різка зміна часового поясу, комунікативна депривація і соціальна ізоляція – практично мінімізовано через особливості умов пасажирських перевезень, на відміну від представників ТФ. В світлі цього, розповсюдженість використання неконструктивних копінгів, високий рівень невротизації та психосоціального стресового навантаження, характерні для ФВСПФ, можна пояснити наявністю фрустраційного внутрішньоособистісного конфлікту, викликаного накопиченням негативних емоцій через постійні розчарування і дискомфорт внаслідок дисоціації між власним станом і бажаними можливостями, які вони спостерігають у пасажирів круїзних рейсів.

При аналізі розбіжностей у показниках наявної *соціальної підтримки* (СП), як важливого протективного ресурсу, що може частково нівелювати психогенні стресові чинники професійної діяльності, та значно знизити їх негативний вплив на стан психічного здоров'я мореплавців (J.Xiao, B.Huang, H.Shen, X.Liu, J.Zhang, Y.Zhong, C. Wu, T. Hua, Y.Gao, 2017; M.L.Kelley, R. J.Milletich, B.F.Hollis, A.Veprinsky, A.T.Robbins, A.K.Snell, 2017; J.McVeigh, M.MacLachlan, F.Vallièrès, P.Hyland, R.Stilz, H.Cox, A.Fraser, 2019; Y.Wu, S.Li, J.Yang, 2020), у групах з однаковим рівнем ПС були виявлені значущі розбіжності у обстежених з низьким рівнем стресу при порівнянні груп ФКСТФ і ФКСПФ за показниками СП друзів ($p<0,01$), СП значущих інших ($p<0,01$) та сумарним показником СП ($p<0,01$); при порівнянні груп ФКСТФ і ФВСПФ за показником СП значущих інших ($p<0,01$); при порівнянні груп ФВСТФ і ФКСПФ – за показником СП значущих інших ($p<0,01$) і сумарним показником СП ($p<0,01$); при порівнянні груп ФВСТФ і ФВСПФ – за показником СП значущих інших ($p<0,01$) та сумарним показником СП ($p<0,05$); при порівнянні груп ФКСПФ і ФВСПФ – за показником СП друзів ($p<0,01$) та сумарним показником СП ($p<0,01$). Слід зазначити, що зменшення СП в залежності від професійного рангу та виду флоту більшою мірою стосувалися СП за джерелами друзів та значущих інших; щодо СП сім'ї, то її залежність від цих чинників виявилася несуттєвою. В цілому, була виявлена зворотньоолінійна асоційованість рівню СП за усіма її джерелами, та рівню ПС, що випробовували МДП: найнижча СП була характерна для груп з тяжким ПС, найвища – з низьким стресовим навантаженням. При цьому вплив професійного рангу (командний чи виконавчий склад) та виду флоту (торговельний чи пасажирський), виявився другорядним. Виявлена закономірність є парадоксальною, бо зі збільшенням рівню стресу, потреба у СП зростає, а її брак стає додатковим чинником дистресу, що ще більше обтяжує рівень ПС та сприяє зниженню рівню психічного здоров'я МДП.

Дослідження стану *сімейного функціонування*, як можливого джерела підвищення стрес-протекції або стрес-вразливості МДП (A.Slišković, A.Juranko, 2019; J.An, Y.Liu, Y.Sun, C.Liu, 2020), довело, що найбільший вплив на інтенсивність сімейної тривожності справляв рівень ПС: при низькому рівні стресу показники сімейної тривожності (включаючи окремі її складові) виявилися найнижчими, а при тяжкому стресі показники сімейної тривожності були найбільшими. Основу «сімейної тривоги», як правило, складали погано усвідомлювана невпевненість моряка в

якомусь дуже важливому аспекті сімейного життя (наприклад, невпевненість у почуттях дружини до себе, або невпевненість в собі). Нерідко подібні хвилювання, що суперечать уявленням про себе, витіснялися, що призводило до виникнення тривоги у сімейних відносинах. Важливими складовими «родинної тривоги» було відчуття безпорадності і нездатності втручатися у перебіг подій у родині, з метою спрямованості їх у бажане русло. МДП з «сімейно-обумовленою тривогою» не відчували себе значимою дійовою особою у родині (незважаючи на реальне відігрівання важливої позиції та активної ролі у родині). При цьому вплив професійного рангу (командний чи виконавчий склад) та виду флоту (торговельний чи пасажирський) на рівень сімейної тривожності, сімейної провини та сімейної напруженості виявився другорядним: найвищі рівні цих показників були характерні для ФВСПФ, а найнижчі – для ФКСПФ.

Результати вивчення *особливостей ЯЖ* у МДП продемонстрували тенденцію щодо більш високого рівню як у ФКС ($51,31 \pm 22,95$ балів у ФКСТФ і $60,26 \pm 25,90$ б. у ФКСПФ), порівняно з ФВС ($47,95 \pm 17,05$ б. у ФВСТФ і $40,90 \pm 20,35$ б. у ФВСПФ, $p < 0,01$). Крім того, була підтверджена закономірність до зниження ЯЖ (як інтегрального показника, так і за окремими сферами), по мірі збільшення стресового навантаження ($p < 0,01$), що було притаманне усім групам обстежених.

Отже, результати дослідження підтвердили висунуту нами гіпотезу, а їх узагальнення дозволило отримати цілісну картину клініко-патогенетичної взаємодії психопатологічних, предиспозиційно-біологічних, стресових та соціально-психологічних чинників та їх співвідношення в механізмах розвитку ППР у МДП, що стало основою при розробці персоніфікованої системи їх комплексної діагностики, превенції і терапії.

Для забезпечення комплексності оцінки і врахування максимальної кількості актуальних чинників, показники оцінки окремих сфер, що мають вплив на розвиток психопатологічної симптоматики, було об'єднано у кластери. Усього нами було виділено три основних кластери: *стресовий*, що враховував вплив психологічного та психосоціального стресу; *соціально-психологічний*, що враховував вплив несприятливих соціальних чинників; і *предиспозиційно-біологічний*, що був орієнтований на оцінку впливу базових предиспозиційних психолого-біологічних характеристик. Стресовий кластер включав суму показників за шкалою психологічного стресу PSM-25 та шкали ПС Л. Рідер, помноженого на 100 для забезпечення спільномірності з показником за шкалою PSM-25. Соціально-психологічний кластер включав суму інтегрального показника СП, інтегрального показника сімейної тривоги та інтегрального показника ЯЖ. Предиспозиційно-біологічний кластер включав суму індексу агресивності, індексу ворожості і показника особистісної тривоги за шкалою С. Spilberger.

Результати непараметричного кореляційного аналізу зв'язків між окремими кластерами і психопатологічною симптоматикою наведено у табл. 8.

Таблиця 8

Результати кореляційного аналізу показників психопатологічної симптоматики і різних клініко-патогенетичних кластерів розвитку ППР у МДП

Психопатологічна	Кластер	Коефіцієнт	p
------------------	---------	------------	---

симптоматика		rs	
Соматизація	Стресовий кластер	0,715	<0,01
	Соціально-психологічний кластер	-0,712	<0,01
	Предиспозиційно-біологічний кластер	0,615	<0,01
Обсесивно-компульсивна симптоматика	Стресовий кластер	0,513	<0,01
	Соціально-психологічний кластер	-0,513	<0,01
	Предиспозиційно-біологічний кластер	0,456	<0,01
Депресія	Стресовий кластер	0,603	<0,01
	Соціально-психологічний кластер	-0,600	<0,01
	Предиспозиційно-біологічний кластер	0,516	<0,01
Тривожність	Стресовий кластер	0,846	<0,01
	Соціально-психологічний кластер	-0,844	<0,01
	Предиспозиційно-біологічний кластер	0,770	<0,01

Аналіз кількісних показників за окремими клініко-патогенетичними кластерами дозволив встановити характеристики, що відповідають певним рівням вираженості тієї чи іншої психопатологічної симптоматики ППР. Ґрунтуючись на результатах аналізу, нами була запропонована оціночна шкала для визначення ймовірного ступеню виразності психопатологічної симптоматики за чотирма основними напрямками: соматизація, обсесивно-компульсивні розлади, депресія і тривожність, по трьох ключових кластерах: стресовому, соціально-психологічному та предиспозиційно-біологічному. Кількісні значення прогностичних показників наведено у табл. 9.

Таблиця 9

**Оціночна шкала для визначення ймовірного ступеню виразності
психопатологічної симптоматики ППР у МДП
(кількісні значення показників за окремими клініко-патогенетичними
кластерами розвитку ППР у МДП у балах)**

Ступінь ризику	Стресовий кластер	Соціально-психологічний кластер	Предиспозиційно-біологічний кластер
Соматизація			
Низький	до 264	до 72	до 138
Помірний	264-319	71-60	138-149
Високий	320-406	59-51	150-166
Дуже високий	понад 406	менше 51	понад 166
Обсесивно-компульсивні розлади			
Низький	до 254	до 70	до 135
Помірний	254-322	70-59	135-150
Високий	323-394	58-41	151-164
Дуже високий	понад 394	менше 41	понад 164
Депресія			
Низький	до 240	до 74	до 133
Помірний	240-371	74-55	133-163
Високий	371-453	54-46	164-175
Дуже високий	понад 453	менше 46	понад 175
Тривожність			

Низький	до 267	до 71	до 138
Помірний	267-347	71-52	138-157
Високий	348-402	51-33	158-167
Дуже високий	понад 402	менше 33	понад 167

Комплексна оцінка ризику конкретної психопатологічної симптоматики провадиться шляхом співставлення результатів оцінки за кожною шкалою. Таким чином, аналіз показників за різними сферами, що включають вплив психосоціального та психоемоційного стресу, соціально-психологічних факторів, а також предиспозиційно-біологічних факторів, дає можливість передбачати і кількісно оцінити ризик виникнення ППР у МДП.

Отримані дані лягли в основу розробленої персоніфікованої системи комплексної діагностики превенції і терапії ППР у МДП (табл. 10). Система складалася з трьох вищеназваних етапів, кожен з яких містив декілька стадій.

Таблиця 10

Персоніфікована система комплексної превенції і терапії ППР у МДП

Етап	Стадія	Мета		Засоби
		ФКС	ФВС	
Діагностичний	мотиваційна (1 заняття)	Встановлення терапевтичного альянсу і формування мотивації на участь у психотерапії		елементи мотиваційного інтерв'ю та прийомів когнітивно-біхевіоральної терапії (спільне складання плану позитивних змін внаслідок лікування)
	психо-діагностична (2 заняття)	Ідентифікація мішеней терапії, визначення ризику розвитку ППР		психодіагностичні і психометричні інструменти; технологія визначення ризику розвитку ППР
Терапевтичний	психоосвітня (3-4 заняття)	Поповнення дефіциту інформації, усвідомлення причинно-наслідкових зв'язків між реальними професійними стресорами, уявними чинниками психотравматизації та власним станом психічного здоров'я		групові, індивідуальні і парні (за згодою дружини) психоосвітні заняття
	нормалізації психічного стану й аддиктивного статусу (10-12 занять)	редукція невротичної симптоматики, нормалізація аддиктивного статусу		групова патогенетична терапія, когнітивно-біхевіоральна терапія, психофармакотерапія, елементи арт-терапії
		закріплення первинного позитивного ефекту, опанування навичками саморегуляції, формування оптимальних емоційних патернів		прийоми тілесно-орієнтованої терапії, аутогенного тренування, м'язової релаксації, дихальні вправи, психофармакотерапія, елементи арт-терапії

Превентивний	реструктуризації мислення і поведінки (виправлення когнітивних й поведінкових девіацій) (8-10 занять)	декатастрофізація відповідальності	трансформація наративу з деструктивного на нейтральний або позитивний	когнітивно-біхевіоральна терапія, групова терапія, наративна психотерапія, терапія дозованим фізичним навантаженням, майдфулнес, елементи арт-терапії
		підвищення стійкості до емоційних і хронобіологічних професійних стресорів	підвищення стійкості до фізичних професійних стресорів	
		трансформація і розширення поведінкового репертуару		
	активації особистісної ресурсної бази (12-15 занять)	ревізія, ідентифікація й розвиток актуальних ресурсів особистісного відновлення та нівелювання існуючих чинників ризику виникнення ППР		когнітивно-поведінкова терапія, тренінги опанування стресу, життестійкості, асертивності, комунікаційної компетентності, соціальної інтеграції, групової взаємодії і підтримки, сімейна терапія
		- навички стрес-менеджменту		
		- тренінг життестійкості		
		- навички подолання фізичної й емоційної фрустрації		
		- навички подолання проявів агресії і ворожості		
		- гармонізація сімейного функціонування, підвищення соціальної підтримки		
	підтримуюча (за вимогою, постійно)	збереження позитивних змін, зміцнення набутих навичок підтримки психічного здоров'я		e-Health-терапія, самоменеджмент стресу, групи самопомогі

На першому, *діагностичному етапі*, перша зустріч присвячувалась встановленню терапевтичного альянсу та формуванню мотивації на участь у подальшій роботі, що реалізовували за допомогою елементів мотиваційного інтерв'ю та когнітивно-поведінкових технологій. Далі, протягом двох зустрічей, здійснювали комплексну діагностику психічної, аддиктивної й поведінкової сфер (1 зустріч), оцінювали ризик розвитку та ступінь виразності психопатологічних проявів ППР (1 зустріч), та обговорювали з обстеженим отримані результати, досягаючи тим самим ефекту максимальної персоніфікації діагностики та подальшого лікування.

Терапевтичний етап також містив дві стадії. Перша, *психоосвітня стадія*, включала 3-4 зустрічі (переважно, групові, але, за показаннями, й індивідуальні та/або парні), метою яких було поповнення дефіциту інформації, усвідомлення причинно-наслідкових зв'язків між реальними професійними стресорами, уявними чинниками психотравматизації та власним станом психічного здоров'я у МДП. Далі, на *стадії нормалізації психічного стану й аддиктивного статусу*, що тривала 10-12 зустрічей, переходили безпосередньо до активних терапевтичних впливів. З метою редукції невротичної симптоматики й нормалізації аддиктивного статусу в якості базових були обрані технології патогенетичної групової психотерапії неврозів за В.М. М'ясищевим, когнітивно-поведінкова терапія (як провідна стратегія для зниження напруженості аддиктивних і афективно-поведінкових феноменів), елементи арт-терапії, та

психофармакотерапія (за необхідності). Стратегія психофармакотерапевтичних втручань визначалась залежно від провідних психопатологічних феноменів в структурі ППР: при превалюванні депресивних або афективно-конативних проявів – призначали селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну; при домінуванні тривожних феноменів – до інгібіторів зворотного захвату серотоніну додавали анксіолітики. Для закріплення первинного позитивного ефекту, опанування навичками саморегуляції, формування оптимальних емоційних патернів використовували прийоми тілесно-орієнтованої терапії, аутогенного тренування, м'язової релаксації, дихальні вправи, елементи арт-терапії.

Етап превенції складався з трьох стадій. Перша, *реструктуризації мислення і поведінки* (виправлення когнітивних й поведінкових девіацій), містила 8-10 занять, зміст яких різнився не тільки від провідних психопатологічних феноменів, притаманних обстеженим, а й від їх професійного рангу, що обумовлював диференціацію професійних стресорів. Так, за допомогою прийомів когнітивно-біхевіоральної терапії, групової терапії, нарративної психотерапії, терапії дозованим фізичним навантаженням, майдфулнесу та арт-терапії, здійснювали вплив на стрижневі «точки вразливості» щодо дії професійного стресу: для ФКС проводили заходи з декатастрофізації їх відповідальності та формували стійкість до емоційних і хронобіологічних професійних стресорів, для ФВС (особливо ФВСПФ) – здійснювали трансформацію нарративу з деструктивного на нейтральний або позитивний, та сприяли формуванню стійкості до фізичних професійних стресорів. В будь-якому випадку, також проводили заходи з трансформації і розширення поведінкового репертуару респондентів.

Друга стадія, *активації особистісної ресурсної бази*, реалізовувалась протягом 12-15 зустрічей, на яких здійснювали ревізію, ідентифікацію й розвиток актуальних ресурсів особистісного відновлення та нівелювання існуючих чинників ризику виникнення ППР, а саме, проводили тренінги стрес-менеджменту, підвищення ЖС, з формування навичок подолання фізичної й емоційної фрустрації, а також проявів агресії і ворожості. Окремим блоком були заходи сімейної терапії (за умови згоди дружин МДП), метою яких була гармонізація сімейного функціонування й підвищення рівню сімейної і соціальної підтримки. Для досягнення бажаного ефекту при цьому використовували прийоми когнітивно-поведінкової терапії, тренінги опанування стресу, ЖС, асертивності, комунікаційної компетентності, соціальної інтеграції, групової взаємодії і підтримки.

Заключна, третя стадія даного етапу, мала на меті *підтримку та збереження наявних позитивних змін*, зміцнення набутих навичок підтримки психічного здоров'я МДП, що проводили за допомогою е-Health-терапії, та впровадження технік самодопомоги – групових обговорень та самоменеджменту стресу.

Для оцінки ефективності запропонованої персоніфікованої системи комплексної діагностики, терапії та превенції ППР і МДП, наприкінці міжрейсового періоду, через 6 місяців від початку роботи, нами були сформовані дві групи. До першої, чисельністю 96 осіб, увійшли особи з числа ФКС і ФВС ТФ і ПФ, у яких було виявлено помірний та високий рівні ПС за шкалою Л. Рідер, які надали усвідомлену згоду і пройшли повний курс (група корекції – ГК). До другої групи (група порівняння

– ГП) увійшли 93 моряки з числа ФКС і ФВС ТФ і ПФ, які отримували базове традиційне лікування.

Комплексне обстеження пацієнтів ГК і ГП включало оцінку вираженості психопатологічної симптоматики з використанням опитувальника Symptom Check List-90-Revised, а також оцінку ЯЖ з використанням методики Mezzich et al. в адаптації

Н.О. Марути.

В результаті було з'ясовано, що розроблена система виявилася більш ефективною відносно основної психопатологічної симптоматики. Так, показник соматизації у ГП до лікування склав $0,87 \pm 0,53$ бали, після лікування – $0,79 \pm 0,56$ балів ($p < 0,01$), у ГК до лікування – $0,91 \pm 0,61$ балів, після лікування – $0,66 \pm 0,57$ балів ($p < 0,01$). При порівнянні показників до лікування розбіжності статистично незначущі ($p > 0,05$), після лікування – значущі ($p < 0,05$). Показник obsесивно-компульсивних розладів у ГП зменшився з $0,73 \pm 0,36$ балів до $0,65 \pm 0,38$ балів ($p < 0,01$), а у ГК з $0,79 \pm 0,37$ балів до $0,54 \pm 0,39$ балів ($p < 0,01$). Розбіжності у показниках до лікування статистично незначущі ($p > 0,05$), а після лікування – значущі ($p < 0,05$). Показник міжособистісної сензитивності у ГП до лікування складав $0,68 \pm 0,32$ балів, а після лікування зменшився до $0,63 \pm 0,33$ балів ($p < 0,01$), тоді як у ГК до лікування $0,73 \pm 0,31$ балів, а після лікування – $0,51 \pm 0,34$ балів ($p < 0,01$); розбіжності у показниках статистично незначущі до лікування ($p > 0,05$) і значущі після лікування ($p < 0,05$). Під впливом традиційного лікування показник депресії зменшився з $0,70 \pm 0,11$ балів до $0,64 \pm 0,16$ балів ($p < 0,01$), а під впливом запропонованої – з $0,72 \pm 0,11$ балів до $0,54 \pm 0,19$ балів ($p < 0,01$): показники до лікування значуще не відрізнялися ($p > 0,05$), а після лікування розбіжності були значущими ($p < 0,01$). Аналогічно, показник тривожності у ГП в процесі лікування зменшився з $0,83 \pm 0,52$ балів до $0,76 \pm 0,52$ балів ($p < 0,01$), а у ГК – відповідно з $0,87 \pm 0,58$ балів до $0,63 \pm 0,53$ балів ($p < 0,01$); розбіжності незначущі до лікування ($p > 0,05$) і значущі після лікування ($p < 0,05$). Показник ворожості у ГП до лікування складав $0,59 \pm 0,52$ балів, а після лікування $0,56 \pm 0,52$ балів ($p < 0,01$), у ГК – відповідно $0,61 \pm 0,57$ балів і $0,47 \pm 0,52$ балів ($p < 0,01$); розбіжності до лікування незначущі ($p > 0,05$), після лікування – значущі ($p < 0,05$). Показник фобічної тривожності у ГП до лікування складав $0,49 \pm 0,39$ балів, після лікування – $0,43 \pm 0,38$ балів ($p < 0,01$), у ГК – $0,52 \pm 0,43$ балів, після лікування – $0,34 \pm 0,40$ балів ($p < 0,01$); при порівнянні показників до лікування розбіжності статистично незначущі ($p > 0,05$), після лікування – значущі ($p < 0,05$). Показник паранояльної симптоматики у ГП зменшився з $0,47 \pm 0,20$ балів до $0,41 \pm 0,24$ балів ($p < 0,01$), у ГК – з $0,46 \pm 0,23$ балів до $0,29 \pm 0,24$ балів ($p < 0,01$); показники до лікування значуще не відрізнялися ($p > 0,05$), після лікування – відрізнялися ($p < 0,01$). Показник психотизму у ГП до лікування складав $0,38 \pm 0,14$ балів, після лікування – $0,35 \pm 0,16$ балів ($p < 0,01$), у ГК – до лікування $0,37 \pm 0,16$ балів, після лікування – $0,26 \pm 0,16$ балів ($p < 0,01$); розбіжності незначущі до лікування ($p > 0,05$), і значущі після лікування ($p < 0,01$).

Під впливом запропонованої системи було також досягнуто значуще покращення інтегральних індексів вираженості психопатологічної симптоматики. Так, загальний індекс важкості симптомів (індекс GSI) під впливом традиційної терапії зменшився з $0,74 \pm 0,21$ балів до $0,68 \pm 0,26$ балів ($p < 0,01$). Зменшення індексу важкості

симптомів у пацієнтів, які отримували лікування за запропонованою схемою, було більш суттєвим: з $0,78 \pm 0,25$ балів до $0,56 \pm 0,29$ балів ($p < 0,01$). При порівнянні показників до лікування розбіжності між ними були статистично незначущими ($p > 0,05$), а після лікування – статистично значущими ($p < 0,01$). Кількість позитивних відповідей (індекс PST) у пацієнтів ГП до лікування складав $31,71 \pm 6,72$ балів, після лікування – $29,57 \pm 8,23$ балів ($p < 0,01$), а у пацієнтів ГК – відповідно $31,78 \pm 7,10$ балів і $25,55 \pm 9,25$ балів ($p < 0,01$). Розбіжності між показниками при порівнянні до початку лікування статистично незначущі ($p > 0,05$), а після лікування – статистично значущі ($p < 0,01$).

Індекс наявності симптоматичного дистресу (індекс PDSI) під впливом традиційної терапії зменшився з $2,09 \pm 0,26$ балів до $2,01 \pm 0,32$ балів ($p < 0,01$), а під впливом запропонованої – відповідно з $2,17 \pm 0,29$ балів до $1,88 \pm 0,37$ балів ($p < 0,01$). Розбіжності у показниках при порівнянні до лікування статистично незначущі ($p > 0,05$), після лікування – статистично значущі ($p < 0,01$).

Запропонована система також дозволила значуще покращити ЯЖ пацієнтів. Так, якщо у ГК показник за сферою суб'єктивного благополуччя / задоволеності під впливом лікування зріс з $5,55 \pm 2,54$ балів до $5,84 \pm 2,75$ балів ($p < 0,01$), то у ГП зростання було більш суттєвим: з $5,45 \pm 2,55$ балів до $7,42 \pm 3,12$ балів ($p < 0,01$). Розбіжності у показниках ГП і ГК до лікування статистично незначущі ($p > 0,05$), а після лікування – статистично значущі ($p < 0,01$). Показник у сфері виконання соціальних ролей під впливом традиційної терапії збільшився з $11,40 \pm 3,99$ балів до $11,78 \pm 4,23$ балів ($p < 0,01$), а під впливом запропонованого лікування – з $11,11 \pm 4,10$ до $13,74 \pm 4,91$ балів ($p < 0,01$). Розбіжності у показниках до початку лікування статистично незначущі ($p > 0,05$), після лікування значущі ($p < 0,01$). Меншою мірою відмінності між традиційною і запропонованою схемами проявилися щодо сфери зовнішніх життєвих умов: у ГП показник збільшився з $15,43 \pm 4,73$ балів до $15,72 \pm 4,88$ балів ($p < 0,01$), а у ГК – з $14,96 \pm 5,16$ балів до $16,93 \pm 5,72$ балів ($p < 0,01$). Розбіжності у показниках до лікування не значущі ($p > 0,05$), після лікування у ГК незначуще вищі ($p = 0,068$). Загальний показник ЯЖ у ГП у процесі лікування збільшився з $3,24 \pm 1,10$ балів до $3,33 \pm 1,16$ балів ($p < 0,01$), у ГК – відповідно з $3,15 \pm 1,15$ балів до $3,81 \pm 1,35$ балів. Розбіжності у показниках при порівнянні до лікування статистично незначущі ($p > 0,05$), після лікування – статистично значущі ($p < 0,01$).

Таким чином, розроблена персоніфікована система комплексної діагностики, терапії і превенції ППР і МДП довела свою ефективність, що дає підстави рекомендувати її для впровадження у практику охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

1. У дисертаційній роботі наведено теоретичне обґрунтування і нове вирішення актуальної проблеми сучасної психіатрії з розробки концепції формування і розвитку пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання як підґрунтя персоніфікованого підходу до їх діагностики, терапії і превенції. Проблема вирішена на основі аналізу специфічних клініко-психопатологічних, аддиктивних й афективно-конативних проявів, та ідентифікації стресових, соціально-психологічних й

предиспозиційно-біологічних клініко-патогенетичних чиників, та визначенню їх ролі в розвитку пограничних психічних розладів у даного контингенту.

2. Досліджено клініко-психопатологічні особливості пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання залежно від специфіки їх професійної діяльності.

2.1. У міжрейсовий період 63,0% моряків далекого плавання, серед яких 69,1% представників командного складу й 58,9% виконавчого складу торговельного флоту, та 57,1% фахівців командного складу й 66,7% виконавчого – пасажирського флоту, мають ознаки психічної дезадаптації, які в більшості випадків не досягають клінічно окресленої вираженості. У 18% обстежених у міжрейсовий період моряків далекого плавання, серед яких зустрічаються представники усіх обстежених груп (26,7% фахівців виконавчого складу морського пасажирського флоту, 21,1% фахівців виконавчого складу морського торговельного флоту, 16,4% фахівців командного складу торговельного флоту і 12,8% фахівців командного складу пасажирського флоту), діагностовано клінічно окреслені адаптаційні розлади, а саме, змішану тривожно-депресивну реакцію, пролонговану депресивну реакцію, розлад з переважанням порушення інших емоцій, а також зі змішаним порушенням емоцій і поведінки.

2.2. Серед фахівців командного складу більш інтенсивні прояви тривожної симптоматики, середня вираженість якої наближається до верхньої межі субклінічних значень, характерні для представників торговельного флоту, в той час як у представників пасажирського флоту показники тривоги близькі до верхньої межі нормативних показників. Загальна вираженість депресивного реагування командного складу як торговельного, так і пасажирського морського флотів знаходиться в амплітуді нормативних значень, однак, не дивлячись на загальну результуючу, в обох групах виявлені особи з наднормовою вираженістю симптомів депресивного реагування, кількість яких подібна до кількості обстежених з клінічно вираженими адаптаційними розладами.

2.3. Питома вага виконавчого складу як торговельного, так і пасажирського флотів, мають прояви як тривожного, так і депресивного реагування у вигляді мозаїчного поєднання ангедонічної та астеничної симптоматики переважно незначної або помірної інтенсивності. Фахівці виконавчого складу пасажирського морського флоту характеризуються значуще більшою вираженістю симптомів депресії і тривоги, середня вираженість якої наближається до верхньої межі субклінічних значень, в той час у представників торговельного флоту – до верхньої межі нормативних показників.

3. Проаналізовано інтенсивність й варіативність клініко-психопатологічної симптоматики у моряків далекого плавання з різним рівнем психосоціального стресу. Встановлено, що розподіл стресового навантаження й патологічного тривожно-депресивного реагування у командного і виконавчого складу моряків далекого плавання є неоднорідним та асоційованим зі специфікою професійної діяльності. Інтенсивність стресового навантаження та тривожної симптоматики у осіб з низьким, помірним і тяжким рівнем психосоціального стресу більш виражені у фахівців командного складу торговельного флоту, а рівень депресивного реагування є значуще

більшим у фахівців виконавчого складу пасажирського флоту в усіх діапазонах вираженості психосоціального стресу, в той час як симптоми тривоги дещо виразніші у фахівців командного складу пасажирського флоту з низьким рівнем психосоціального стресу, що нівелюється зі зростанням рівню стресового навантаження та симптомів тривожного реагування в обох групах.

4. У моряків далекого плавання у міжрейсовий період встановлена підвищена напруженість аддиктивного статусу за об'єктами хімічного і нехімічного походження, рівень якої прямо асоційований з вираженістю психосоціального стресу.

4.1. Представники командного складу морського торговельного і пасажирського флотів мають низку аддиктивних феноменів хімічного і нехімічного походження, вираженість яких, в переважній більшості, є на рівні «безпечного вживання» або «вживання зі шкідливими наслідками». «Вживання зі шкідливими наслідками», перш за все, встановлено тютюном і кавою/чаєм серед хімічних об'єктів, а поведінкових – за тріадою об'єктів, пов'язаних з використанням інформаційних технологій – інтернетом, комп'ютерними іграми і телебаченням. В рамках одного діапазону вираженості схильності до аддикції, за переважною кількістю об'єктів, більшою напруженістю аддиктивного статусу (за усередненими показниками) характеризуються фахівці командного складу торгового флоту, порівняно з пасажирським.

4.2. Питома вага фахівців виконавчого складу торговельного і пасажирського флотів мають підвищену вираженість аддиктивної реалізації, усереднені показники якої знаходяться в межах «вживання зі шкідливими наслідками» стосовно об'єктів хімічного (алкоголь, тютюн, кава/чай) та нехімічного (інтернет, комп'ютерні та азартні ігри, перегляд телебачення, спорт, їжа, шопінг) походження. Для представників пасажирського флоту характерною є більша вираженість аддиктивної реалізації за усіма аддиктивними об'єктами, порівняно з виконавцями торговельного флоту, як в середньому по вибірці, так і в кожному діапазоні стресового навантаження.

4.3. Загальним трендом динаміки аддиктивного статусу у моряків далекого плавання, як за об'єктами хімічного, так і нехімічного походження, є збільшення інтенсивності аддиктивної реалізації з наростанням психосоціального стресового навантаження. Напруженість аддиктивного статусу у фахівців виконавчого складу є значуще вищою, ніж у осіб командного складу (крім роботи), в усіх межах аддиктивної реалізації та діапазонах стресового навантаження. Серед осіб з низьким рівнем психосоціального стресу, незалежно від професійної специфіки, напруженість аддиктивного статусу за об'єктами і хімічного, і нехімічного походження, знаходиться в межах безпечного вживання, що значуще відрізняється від аддиктивного статусу у осіб з помірним і тяжким рівнем психосоціального стресу.

5. Надано структурно-феноменологічну характеристику проявів афективно-конативного реагування в структурі пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання залежно від специфіки їх професійної діяльності та рівню психосоціального стресу.

5.1. Серед фахівців командного складу зустрічається значуща більша кількість осіб з підвищеною схильністю до фізичної і вербальної агресії, ніж серед фахівців

виконавчого складу, що свідчить про те, що командний склад більш виражено реагує на стресові умови професійної діяльності через прояви фізичної і вербальної агресії, ніж виконавчий склад. Інтенсивність схильності до фізичної і вербальної агресії також є значуще вищою у фахівців командного складу, порівняно з виконавцями. Схильність до фізичної агресії у моряків далекого плавання, незалежно від професійної специфіки, знаходиться в діапазоні середніх значень, до вербальної агресії – у фахівців командного складу є високою, у виконавчого складу – підвищеною, порівняно з нормативними показниками. Приблизно половина осіб характеризуються високою і дуже високою схильністю до роздратування, більшість інших – підвищеною її вираженістю. Інтенсивність роздратування є високою у представників усіх професійних груп і рангів.

5.2. Переважна більшість моряків далекого плавання, незалежно від особливостей професійної діяльності, відчувають ворожість вище середньої вираженості, а п'ята частина – високої та дуже високої вираженості. Схильність до відчуття образи є відносно рівномірною та середньою серед представників командного та виконавчого складів, на відміну від підозрілості, середня і підвищена схильність до якої притаманна більшості осіб обох груп. Переважна більшість мореплавців, незалежно від специфіки професійної діяльності, живуть з перманентним відчуттям провини підвищеної або більшої вираженості, що, без сумніву, негативно впливає на стан їх психічного здоров'я.

5.3. Між інтенсивністю афективно-конативного аранжування пограничних психічних розладів та рівнем стресового реагування, притаманним обстеженим, має місце тісний лінійний зв'язок: зі збільшенням патологічного стресового навантаження зростає вираженість проявів агресивного реагування. Вираженість ворожого реагування не має асоційованості з рівнем психосоціального стресу, випробуваного респондентами.

5.4. Виявлено дисконгруентність між середніми показниками інтенсивності агресивних і ворожих тенденцій у моряків далекого плавання: підвищена ворожість на тлі меншій виразності загальної агресивності, характерні для осіб з низьким і помірним рівнями психосоціального стресу, створює умови, які провокують нездатність до конструктивного відреагування наявних деструктивних агресивних імпульсів (вербальної й непрямої агресії, образи і підозрілості), що сприяє їх подальшій патологічній трансформації зі зростанням роздратування й потягненням стресового навантаження й патологічного реагування на нього, та унеможливорює зворотній розвиток афективно-поведінкових проявів в структурі пограничних психічних розладів.

6. У питомої ваги моряків далекого плавання встановлена нездатність опанувати дію стресових чинників за рахунок стрес-протективних особистісних і психосоціальних ресурсів, незалежно від особливостей професійної діяльності. Вираженість особистісної життєстійкості, соціальної підтримки та якості життя, як і напруженість конструктивних копінг-стратегій виявила зворотнolінійну, а рівень сімейної тривоги і деструктивні копінгі – лінійну асоційованість з рівнем психосоціального стресу, що випробовують мореплавці. В цілому, у осіб з пограничними психічними розладами особистісні і психосоціальні ресурси є дефіцитарними та такими, що не тільки не забезпечують відповідну реакцію особи на

зовнішні негативні впливи, а й додають негативного патопластичного впливу, сприяючи виникненню та прогресуванню пограничних психічних розладів у даного контингенту.

7. З'ясовано механізм клініко-патогенетичної взаємодії психопатологічних, предиспозиційно-біологічних, стресових та соціально-психологічних чинників та їх співвідношення в механізмах розвитку пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання, на основі чого обґрунтовано технологію комплексної оцінки ризику їх розвитку. Виділено й розраховано стресовий, соціально-психологічний та предиспозиційно-біологічний кластери, що мають вплив на розвиток психопатологічної симптоматики пограничних психічних розладів, на основі чого запропоновано оціночну шкалу для визначення ймовірного ступеню виразності психопатологічної симптоматики за чотирма основними напрямками: соматизація, obsесивно-компульсивні розлади, депресія і тривожність.

8. Обґрунтовано й розроблено персоніфіковану систему комплексної превенції і терапії пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання, яка складається з трьох етапів, кожен з яких містить декілька стадій. Система дозволяє послідовно вирішити проблему діагностики, оцінки ймовірного прогнозу розвитку окремих психопатологічних феноменів, нормалізації психічного стану й аддиктивного статусу, виправлення когнітивних й поведінкових девіацій, активації особистісної ресурсної бази та підтримки набутих навичок збереження психічного здоров'я моряків далекого плавання як у міжрейсовий, так і в рейсовий періоди. Оцінка ефективності, проведена через 6 місяців від початку терапії, довела її результативність у вигляді нормалізації психічного стану, набуття навичок елімінації патологічного стресу та покращення якості життя мореплавців.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для здійснення оперативного скринінгу й оцінки ймовірного рівню вираженості провідних психопатологічних феноменів в структурі пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання, рекомендовано використання оціночної шкали для визначення ймовірного ступеню виразності психопатологічної симптоматики за чотирма основними напрямками: соматизація, obsесивно-компульсивні розлади, депресія і тривожність, з урахуванням стану стресових, соціально-психологічних й предиспозиційно-біологічних клініко-патогенетичних характеристик, що підвищує якість і оптимізує процес діагностики, а також забезпечує персоніфікацію терапевтичної тактики відносно конкретного пацієнта.

2. Ефективність персоніфікованої системи комплексної діагностики, терапії і превенції пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання базується на принципах етапності (діагностика – оцінка ймовірного розвитку провідних психопатологічних феноменів — активна терапія – превенція – підтримуюча терапія, само- і взаємодопомога), комплексності (поєднання психофармако- і психотерапевтичних втручань), доказовості (використання медичних технологій, які мають науково доведену результативність), індивідуалізованості (врахування патогномонічних чинників професійного стресу залежно від професійних особливостей), таргетно-орієнтованого використання психотерапевтичних технологій та спрямованості на підвищення можливостей стрес-опору і адаптаційних ресурсів.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Косенко К. А. Рівень психосоціального стресу та стан психічного здоров'я у моряків далекого плавання // Вісник Вінницького національного медичного університету. 2019, Т. 23, №4. С. 697 – 702.
2. Косенко К. А. Структура і вираженість патологічного тривожного реагування у представників командного складу морського торговельного і пасажирського флотів // Медицина сьогодні і завтра. 2019. № 3. С. 70 – 77.
3. Косенко К. А. Порівняльна характеристика проявів патологічної тривоги у робітників морського торговельного і пасажирського флотів // Архів психіатрії. 2019. Том 25, № 3 (98). С. 168 – 172.
4. Косенко К.А. Аналіз вираженості і варіативності психопатологічної симптоматики в структурі порушень психічного здоров'я у моряків далекого плавання залежно від випробовуваного ними рівню психосоціального стресу // Медицина сьогодні і завтра. 2019. № 4. С. 67 – 75.
5. Косенко К. А. Порівняльний аналіз депресивних проявів у робітників морського торговельного і пасажирського флотів // Norwegian Journal of development of the International Science. 2019. № 32. Vol. 1, P. 27 – 31.
6. Косенко К.А. Психосоціальний стрес і напруженість аддиктивного статусу у моряків далекого плавання морського пасажирського флоту // Архів психіатрії. 2019. Том 25, № 4 (99). С. 215 – 220.

7. Косенко К.А. Порівняльний аналіз агресивності і ворожості як наслідків професійного стресу у моряків далекого плавання морського торговельного флоту // Медична психологія. 2019. № 4. С. 15 – 20.

8. Косенко К.А. Структурно-феноменологічна характеристика агресивності і ворожих реакцій у командного складу торговельного і пасажирського морського флоту // Експериментальна і клінічна медицина. 2019. № 4. С. 25 – 32.

9. Маркова М.В., Косенко К.А. Динаміка інтенсивності афективно-ворожого реагування в структурі порушень психічного здоров'я у моряків далекого плавання залежно від випробовуваного ними рівню психосоціального стресу // Психосоматична медицина та загальна практика. 2019. № 4. <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/228> (дисертанткою особисто запропонована ідея та гіпотеза дослідження, його мета та завдання, розроблено методологічні основи, підготовлено висновки)

10. Kosenko K. Analysis of the relationships between the severity of personal vitality, the level of psychosocial stress and the mental health of long-distance sailors // Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools. 2019. Vol. 36 (6). P. 114 – 119.

11. Косенко К. А. Специфіка депресивного реагування у представників командного складу морського торговельного і пасажирського флотів // Проблеми безперервної медичної науки і освіти. 2020. № 1. С. 39 – 44.

12. Маркова М.В., Косенко К. А. Аналіз стану психічного здоров'я та рівню психосоціального стресу у представників командного і робітничого складу морського торговельного флоту // Вісник морської медицини. 2020. № 1 (86). С. 28 – 36. (дисертанткою особисто проведено аналіз наукових даних, підготовлено рукопис до друку)

13. Косенко К. А. Стан психічного здоров'я та рівень психосоціального стресу у представників командного і робітничого складу морського пасажирського флоту // Актуальні проблеми транспортної медицини. 2020. № 1 (59). С. 10 – 17.

14. Косенко К.А., Маркова М.В. Особливості психосоціального стресу й тривожно-депресивного реагування у представників командного і робітничого складу морського торговельного і пасажирського флотів // Український вісник психоневрології. 2020. Том 28, випуск 1 (102). С. 54 – 59. (дисертантка особисто запропонувала ідею та гіпотезу дослідження, його мету та завдання, підготувала висновки)

15. Маркова М.В., Косенко К.А., Гапонов К.Д. Аддиктивний статус представників командного і робітничого складу морського торговельного флоту з різним рівнем психосоціального стресу // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. № 1 (83). С. 10 – 17. (особистий внесок дисертантки складався з отримання основних інформаційних матеріалів та їх аналізу, підготовки висновків дослідження)

16. Косенко К.А., Гапонов К.Д. Аналіз аддиктивних феноменів у представників командного складу морського торговельного і пасажирського флотів // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2020. № 1. С. 97 – 105. (дисертанткою особисто проведено аналіз наукових даних, підготовлено рукопис до друку)

17. Маркова М.В., Косенко К.А., Гапонов К.Д. Особливості аддиктивної реалізації та психосоціального стресу у представників робітничого складу морського торговельного і пасажирського флотів // Вісник Вінницького національного

медичного університету. 2020, Т. 24, №1. С. 152 – 157. *(особистий внесок дисертантки складався з отримання основних інформаційних матеріалів та їх аналізу, підготовки висновків дослідження)*

18. Косенко К.А. Структура і інтенсивність афективно-поведінкових феноменів агресивності і ворожості у моряків далекого плавання морського пасажирського флоту // Norwegian Journal of development of the International Science. 2020. № 40. Vol. 2, P. С. 25 – 31.

19. Косенко К.А. Специфіка поведінкового копінгового репертуару у моряків далекого плавання з різним рівнем психічного здоров'я та стресового навантаження // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 1. С. 71 – 79.

20. Косенко К.А. Особливості соціальної підтримки моряків далекого плавання залежно від стану психічного здоров'я і рівню психосоціального стресу // Архів психіатрії. 2020. Том 26, № 1 (100). С. 47 – 54.

21. Косенко К.А. Стан сімейного функціонування моряків далекого плавання різних соціальних груп та рівнів психосоціального стресу // Експериментальна і клінічна медицина. 2020. № 1. С. 31 – 37.

22. Косенко К.А. Комплексна оцінка ризику розвитку пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання // Медична психологія. 2020. № 1. С. 15 – 19.

23. Косенко К.А. Персоніфікована система превенції і терапії пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання, та її ефективність // Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools. 2020. Vol. 37 (1). P. 87 – 94.

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

24. Косенко К.А. Клініко-психопатологічна характеристика пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання // Міжнародна науково-практична конференція з психосоціальної реабілітації «Психосоціальна реабілітація постраждалих та переміщених з зони АТО», 12-13 жовтня 2016 р. Харків. С. 75 – 76.

25. Косенко К.А. Порівняльний аналіз клінічної варіативності пограничних психічних розладів у офіцерів і матросів торговельного і пасажирського флотів // Матеріали міжрегіональної науково-практичної конференції з питань медико-психологічної реабілітації «Сучасні методи організації медико-психологічної реабілітації учасників АТО в санаторно-курортних умовах», 19-20 травня 2017 р. Харків. С. 88 – 89.

26. Косенко К.А. Клініко-патогенетична модель взаємодії предиспозиційно-біологічних, стресових та соціально-психологічних чинників в генезі пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання / К.А. Косенко // Актуальні питання нейронаук: Збірник тез Всеукраїнської конференції молодих вчених та студентів, 27 квітня 2018 р. Харків. С. 27 – 28.

27. Косенко К.А. Ефективність диференційованої системи комплексної діагностики, терапії і превенції пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання / К.А. Косенко // Новітні досягнення психіатрії, неврології та медичної психології: Збірник тез Міжвузівської конференції, 28 лютого 2019 р. Харків. С. 33 – 35.

АНОТАЦІЯ

Косенко К.А. Клінічна характеристика, діагностика і превенція пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». – Харків, 2020.

Робота присвячена розв'язанню проблеми розробки концепції формування і розвитку пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання (МДП) як підґрунтя персоніфікованого підходу до їх діагностики, терапії і превенції. Проблема вирішена на основі аналізу специфічних клініко-психопатологічних, аддиктивних й афективно-конативних проявів, та ідентифікації стресових, соціально-психологічних й предиспозиційно-біологічних клініко-патогенетичних чинників, та визначенню їх ролі в розвитку пограничних психічних розладів у даного контингенту.

До вибірки дослідження увійшло 300 МДП, з яких 200 були представниками морського торговельного флоту (з них 110 осіб – фахівців командного складу (ФКС) і 90 – виконавчого складу (ФВС)) та 100 працівників морського пасажирського флоту України (70 ФКС та 30 ФВС).

В ході роботи було підтверджено гіпотезу про те, що наявність, вираженість і варіативність пограничних психічних розладів (ППР) у МДП визначається специфікою їх професійної діяльності (вид морського флоту, професійний ранг), яка зумовлює переважання стресорів психоемоційного або психофізичного змісту; формування й розвиток ППР у МДП відбувається на тлі визначального дефіциту стрес-протективних ресурсів особистості та підвищеної специфічної стрес-вразливості (брак життєстійкості та наявність біологічної предиспозиції), що потенціюється зростанням рівню сімейної тривоги, деформацією стрес-опанувальних механізмів поведінки, недостатністю соціальної підтримки, кумулятивна дія яких призводить до неспроможності особистості нівелювати інтенсивну дію професійних патогномонічних стресорів, та вибору шляху патологічної амортизації й псевдокомпенсації емоційного й психосоціального дискомфорту через формування тривожно-депресивних, афективно-поведінкових та/або аддиктивних феноменів, що, за принципом «порочного кола», ще більше знижує стрес-протективні можливості особистості та сприяє подальшому прогресуванню ППР.

В результаті обґрунтовано й розроблено персоніфіковану систему комплексної превенції і терапії ППР у МДП, яка складається з трьох етапів, кожен з яких містить декілька стадій. Система дозволяє послідовно вирішити проблему діагностики, оцінки ймовірного прогнозу розвитку окремих психопатологічних феноменів, нормалізації психічного стану й аддиктивного статусу, виправлення когнітивних й поведінкових девіацій, активації особистісної ресурсної бази та підтримки набутих навичок збереження психічного здоров'я МДП як у міжрейсовий, так і в рейсовий періоди. Оцінка ефективності, проведена через 6 місяців від початку терапії, довела її результативність нормалізації психічного стану, набуття навичок елімінації патологічного стресу та покращення якості життя мореплавців.

Ключові слова: моряки далекого плавання, пограничні психічні розлади, клініка, діагностика, превенція, терапія.

ANNOTATION

Kosenko K.A. Clinical characteristics, diagnosis and prevention of borderline mental disorders in sailor of long sea. – Manuscript.

Thesis for the Doctor of Medical Sciences Degree on a specialty 14.01.16 – psychiatry. State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine". – Kharkiv, 2020.

The work is devoted to solving the problem of developing the concept of formation and development of borderline mental disorders in sailor of long sea (SLS) as a basis for a personalized approach to their diagnosis, treatment and prevention.

The problem is solved on the basis of analysis of specific clinical-psychopathological, addictive and affective-conative manifestations, and identification of stress, socio-psychological and predisposition-biological clinical and pathogenetic factors, and determination of their role in the development of borderline mental disorders in this contingent.

The study included 300 SLS, of which 200 were representatives of the merchant navy (110 of them – specialists of the command staff (SCS) and 90 – executive staff (SES) and 100 employees of the Ukrainian Navy (70 SCS and 30 SES).

In the course of the work the hypothesis that the presence, severity and variability of borderline mental disorders (BMD) in SLS is determined by the specifics of their professional activity (type of navy, professional rank), which determines the predominance of stressors of psychoemotional or psychophysical content was confirmed; formation and development of BMD in SLS occurs against the background of a determining deficit of stress-protective resources of the individual and increased specific stress vulnerability (lack of viability and the presence of biological predisposition), which is potentiated by increasing family anxiety, distortion of stress mechanisms the action of which leads to the inability of the individual to neutralize the intense action of professional pathognomonic stressors, and the choice of pathological amortization and pseudocompensation of emotional and psychosocial discomfort through the formation of anxiety-depressive, affective-behavioral and / or addictive phenomena, reduces the stress-protective capabilities of the individual and promotes further progression of BMD. As a result, a personalized system of complex prevention and treatment of BMD in SLS was substantiated and developed. Complex consists of three stages, each of them contains several stages. The system allows to consistently solve the problem of diagnosis, assessment of probable prognosis of certain psychopathological phenomena, normalization of mental state and addictive status, correction of cognitive and behavioral deviations, activation of personal resource base and support of acquired skills to maintain mental health in sailor of long sea, in voyage and inter-voyage period.

Evaluation of the effectiveness, conducted in 6 months after the start of therapy, proved its effectiveness in normalizing of mental state, acquiring skills to eliminate pathological stress and improve the seafarers quality of life.

Key words: sailors of long sea, borderline mental disorders, clinic, diagnosis, prevention, therapy.

АННОТАЦИЯ

Косенко К.А. Клиническая характеристика, диагностика и превенция пограничных психических расстройств у моряков дальнего плавания. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.16 – психиатрия. Государственное учреждение «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины». – Харьков, 2020.

Работа посвящена решению проблемы разработки концепции формирования и развития пограничных психических расстройств у моряков дальнего плавания (МДП) как основа персонифицированного подхода к их диагностике, терапии и превенции. Проблема решена на основе анализа специфических клинико-психопатологических, аддиктивных и аффективно-конативных проявлений, и идентификации стрессовых, социально-психологических, predispositionно-биологических клинико-патогенетических факторов, и определению их роли в развитии пограничных психических расстройств у данного контингента.

В выборку исследования вошло 300 МДП, из которых 200 были представителями морского торгового флота (из них 110 человек – специалисты командного состава (СКС) и 90 – исполнительного состава (СВС)) и 100 представителей морского пассажирского флота Украины (70 СКС и 30 СВС).

В ходе работы было подтверждена гипотеза о том, что наличие, выраженность и вариативность пограничных психических расстройств (ППР) в МДП определяется спецификой их профессиональной деятельности (вид морского флота, профессиональный ранг), которая обуславливает преобладание стрессоров психоэмоционального или психофизического содержания; формирование и развитие ППР в МДП происходит на фоне определяющего дефицита стресс-протективных ресурсов личности и повышенной специфической стресс-уязвимости (недостаток жизнестойкости и наличие биологической predisposition), что потенцируется ростом уровня семейной тревоги, деформацией стресс-совладающих механизмов поведения, недостаточностью социальной поддержки, кумулятивное действие которых приводит к неспособности личности нивелировать интенсивное воздействие профессиональных патогномичных стрессоров, и выбора пути патологической амортизации и псевдокомпенсации эмоционального и психосоциального дискомфорта из-за формирования тревожно-депрессивных, аффективно-поведенческих и / или аддиктивных феноменов, по принципу «порочного круга», еще больше снижает стресс-протективные возможности личности и способствует дальнейшему прогрессированию ППР.

В результате обоснована и разработана персонифицированную систему комплексной превенции и терапии ППР в МДП, которая состоит из трех этапов, каждый из которых содержит несколько стадий. Система позволяет последовательно решить проблему диагностики, оценки вероятного прогноза развития отдельных психопатологических феноменов, нормализации психического состояния и аддиктивного статуса, исправления когнитивных и поведенческих девиаций,

активации личностной ресурсной базы и поддержки приобретенных навыков сохранения психического здоровья МДП как в межрейсовый, так и в рейсовый периоды. Оценка эффективности, проведенная через 6 месяцев от начала терапии, довела ее результативность нормализации психического состояния, приобретение навыков элиминации патологического стресса и улучшение качества жизни мореплавателей.

Ключевые слова: моряки дальнего плавания, пограничные психические расстройства, клиника, диагностика, превенция, терапия.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ГК – група корекції
- ГП – група порівняння
- ЖС – життестійкість
- МДП – моряки далекого плавання
- ППР – пограничні психічні розлади
- ПС – психосоціальний стрес
- ПФ – пасажирський флот
- ТФ – торговий флот
- ФВС – фахівці виконавчого складу
- ФКС – фахівці командного складу
- ЯЖ – якість життя