

Міністерство охорони здоров'я України
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

БЕРЕЗЮК ОЛЕГ РОМАНОВИЧ

УДК: 616.89-008.441.1-06:(616.89-02:613.861.3+616.8-008.615.1)]-036

ДИСЕРТАЦІЯ

**КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОГО ФЕНОМЕНУ
ВЛАСНОЇ НЕПОВНОЦІННОСТІ У ФОРМУВАННІ ТА ПЕРЕБІГУ
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ**

Галузь знань: 22 Охорона здоров'я

Спеціальність: 222 Медицина

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії.

Дисертація містить результати власних досліджень.

Використання ідей, результатів і текстів інших авторів

мають посилання на відповідне джерело.

_____ Березюк О. Р.

Науковий керівник:

Фільц Олександр Орестович,

доктор медичних наук, професор

Львів – 2024

АНОТАЦІЯ

Березюк О. Р. Клінічне значення психопатологічного феномену власної неповноцінності у формуванні та перебігу посттравматичного стресового розладу. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 – Медицина (22 – Охорона здоров'я). – Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, м. Львів, 2024.

У дисертації наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення актуального наукового завдання психіатрії: комплексної оцінки клініко-психопатологічних проявів феномену власної неповноцінності (ФВН) як валідного предиктора формування та перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у пацієнтів-чоловіків з перенесеною бойовою психічною травмою, що дозволить проводити своєчасну ефективну діагностику та якісне лікування таких пацієнтів, та тим самим підвищити їх якість життя.

Мета дослідження: розкриття психопатологічної сутності феномену власної неповноцінності у пацієнтів-чоловіків, що отримали бойову психічну травму та мають діагноз ПТСР, шляхом вивчення рівня порівняльного індексу почуття неповноцінності (ППН), ґрунтовного аналізу і комплексної оцінки клініко-психопатологічних проявів почуття неповноцінності як валідного предиктора формування, перебігу ПТСР та вдосконалення діагностики.

Для реалізації цієї мети було проведено аналітичний огляд міжнародного та вітчизняного досвіду у вивченні феномену власної неповноцінності; здійснено переклад і валідизацію психометричного інструменту вимірювання рівня феномену власної неповноцінності; вивчено клініко-психопатологічні прояви феномену власної неповноцінності в загальній популяції; здійснено порівняльний аналіз та встановлення взаємозв'язку особистісних, індивідуально-типологічних особливостей з рівнем порівняльного індексу почуття неповноцінності у популяції чоловіків з ПТСР, що перенесли бойову

психічну травму; вивчено клініко-психопатологічні прояви ФВН та його значення у формуванні та перебігу ПТСР у популяції чоловіків, що перенесли бойову психічну травму; удосконалено систему діагностичного алгоритму при ПТСР.

Для вирішення поставлених завдань було використано бібліосемантичний метод, метод системного підходу, метод анкетування та медико-статистичний методи досліджень.

Проведений аналіз міжнародних та вітчизняних наукових джерел засвідчив актуальність дослідження асоціацій феномену власної неповноцінності, що дозволяє суттєво розширити та поглибити клінічну кваліфікацію досліджуваних психічних розладів, а також сприяти конструктивному розвитку оздоровчих ресурсів особистості.

Досліджено прояви феномену власної неповноцінності/надцінності у структурі ПТСР і, зокрема, його компонентів – рівня самоефективності та самооцінки, що набуває особливої вагомості у сучасних травматичних умовах клінічної видозміни коморбідних депресивних та тривожних розладів, а також і відповідних проявів особистісної дезадаптації.

У роботі здійснено переклад українською мовою та проведено валідацію усіх складових опитувальника ПППН з його україномовними описовими прикметниками; при цьому загальні показники альфи Кронбаха склали 0,85 для шкали сімейної оцінки та 0,80 – для шкали самооцінки, що засвідчує високий ступінь валідності та надійності україномовного перекладу шкали ПППН; пілотне тестування перекладеного опитувальника та повторний ре-тест показали високу валідність на надійність (validity) опитувальника ПППН загалом.

На рівні загальної популяції у більшості анкетованих – $81,86 \pm 1,56$ % – встановлено відсутність феномену зміненої самооцінки (Norma), тоді як у $11,11 \pm 1,27$ % респондентів виявлено індекс надцінності (index of superiority), а у $7,03 \pm 1,03$ % – індекс неповноцінності (index of inferiority) ФВН.

Встановлено достовірні відмінності між рівнями самоефективності ($p=0,03$) та самооцінки ($p=0,0004$) залежності від наявності ФВН. Анкетовані з

індексом надцінності (index of superiority) ФВН мали достовірно ($p=0,04$) найменше медіанне значення самооефективності (28 [25; 32] балів) порівняно з групою з відсутністю феномену зміненої самооцінки (Norma) (30 [27; 34] балів) та групою з індексом неповноцінності (index of inferiority) ФВН, де аналізований показник становив 31 [28; 33] бал. Отримане значення у осіб з індексом надцінності відповідає «середньому» рівню самооефективності, що є на порядок нижчим, ніж у групах з відсутністю феномену зміненої самооцінки та з індексом неповноцінності, де рівень самооефективності трактується як «вище середнього». Анкетовані з відсутністю феномену зміненої самооцінки (Norma) мали найвище медіанне значення самооцінки – 22 бали [18; 25]. Натомість у осіб із індексом неповноцінності (index of inferiority) ФВН значення показників самооцінки становили 19 [17; 24] балів.

Для чотирьох з п'яти рис особистості (екстраверсія, дружелюбність, добросовісність та емоційна стабільність) найнижчі середні бали були встановлено для групи осіб з індексом надцінності ФВН. Достовірні різниці ($p<0,05$) для цієї групи, порівняно з особами з відсутністю феномену зміненої самооцінки, встановлено щодо добросовісності та емоційної стабільності. Середні значення щодо відкритості новому досвіду достовірно не відрізнялись поміж аналізованими підгрупами, а найбільше значення виявлено в групі осіб з індексом надцінності ФВН. З-поміж чоловіків групи з індексом надцінності ФВН $18,42\pm 6,29\%$ мали низькі бали екстраверсії, а $10,53\pm 4,98\%$ – низькі бали добросовісності; натомість серед жінок з індексом надцінності $16,67\pm 6,80\%$ мали низькі бали дружелюбності, а $50,00\pm 9,13\%$ – низькі бали емоційної стабільності.

Встановлено, що $54,95\%$ [45,67-64,07] опитаних осіб з ФВН мали прояви тривоги, тоді як у групі опитуваних з відсутністю феномену зміненої самооцінки (Norma) таких було $43,91\%$ [39,60-48,28] осіб, $p=0,035$. Медіанні значення балів за шкалою тривоги Бека були суттєво вищими у осіб з індексом надцінності ФВН – 8,5 [5; 16,3] балів ($p=0,029$) порівняно з опитуваними з відсутністю феномену зміненої самооцінки, де цей показник становив 6 [3; 12] балів). Медіанні бали тривоги в осіб з індексом неповноцінності ФВН (6 [3; 13,5] балів) суттєво не

відрізнялись від балів у опитуваних з відсутністю феномену зміненої самооцінки та з індексом надцінності ФВН ($p > 0,05$). Порівняння балів тривоги за статтю у групах з різним індексом почуття неповноцінності довело значне переважання балів тривоги за шкалою Бека у жінок, порівняно з чоловіками у всіх групах ($p < 0,05$).

У роботі доведено, що найчастіше депресія зустрічалась у групі осіб з індексом надцінності ФВН, в яких були присутні ознаки екстремального прагнення будь-яким способом компенсувати надмірне почуття неповноцінності. Близько третини (32,35% [21,83-43,86]) опитаних з цим феноменом мали депресію, тоді як у групі опитуваних з відсутністю феномену зміненої самооцінки таких осіб було 21,36% [17,88-25,05] ($p = 0,042$). Найвище медіанне значення за шкалою депресії було у групі осіб з індексом надцінності ФВН (10 [6; 15] балів), $p < 0,001$ порівняно з опитуваними з відсутністю феномену зміненої самооцінки. Аналіз співставлення балів депресії у групах чоловіків та жінок з різним порівняльним індексом почуття неповноцінності довів суттєву різницю за статтю ($p < 0,05$) зі значним переважанням балів депресії у жінок у всіх досліджуваних підгрупах.

У чоловіків з ПТСР, які перенесли бойову психічну травму, виявлено наступні особливості:

- загальна сума балів відповідно до шкали PCL-5 є достовірно більшою ($p = 0,04$) для пацієнтів, які мали будь-який прояв феномену зміненої самооцінки (індекс неповноцінності + індекс надцінності) – 66,00 [63,00; 69,50] балів, порівняно з пацієнтами із відсутнім феноменом зміненої самооцінки, де цей показник становив 59,00 [51,50; 64,75] балів;

- згідно з опитувальником загальної самооефективності Шварцера і Єрусалима, у 100% чоловіків з будь-якими проявами феномену зміненої самооцінки (сукупний ФВН = індекс неповноцінності + індекс надцінності) виявлено рівень самооефективності на рівні «нижче середнього», що достовірно ($p = 0,03$) перевищує такий рівень самооефективності («нижче середнього») серед чоловіків, у яких феномен зміненої самооцінки відсутній – 32,00% [19,92-45,45])

пацієнтів;

- чоловіки з ПТСР та з будь-якими проявами феномену зміненої самооцінки достовірно ($p=0,04$) відрізнялись від чоловіків з відсутнім феноменом зміненої самооцінки за показником важкості депресії, вимірюваним за шкалою депресій Бека: рівень депресії у чоловіків з індексом надцінності ФВН становив 36,00 [27,75; 44,25] балів, у чоловіків з індексом неповноцінності ФВН – 38,00 [32,50; 43,00] балів (показники «важкої депресії»), коли ж у чоловіків з відсутнім феноменом зміненої самооцінки рівень депресії був найнижчим (23,00 [18,25; 31,75] балів), що відповідало рівню «середня депресія»;

- згідно з даними кореляційного аналізу встановлено, що високі рівні депресії поєднуються з низькими балами самооцінки ($r=-0,64$; $p<0,05$) та самоефективності ($r=-0,46$; $p<0,05$), а також з високими балами загальної тривожності відповідно до шкали Бека ($r=0,65$; $p<0,05$) та з високими балами опитувальника PCL-5 ($r = 0,56$; $p<0,05$); водночас високі бали шкали тривожності Бека достовірно поєднувались з високими балами опитувальника PCL-5 ($r = 0,40$; $p<0,05$). З'ясовано, що високі бали за шкалою самооцінки Розенберга достовірно поєднувались з високими балами згідно опитувальника загальної самоефективності Шварцера і Єрусалима ($r=0,36$; $p<0,05$) та з низькими балами згідно зі шкалою тривоги Бека ($r=-0,46$; $p<0,05$) і низькою загальною кількістю балів згідно з опитувальником PCL-5 ($r=-0,43$; $p<0,05$). Високі бали за шкалою самооцінки достовірно поєднувались з високими балами екстраверсії ($r=0,34$; $p<0,05$), доброзичливості ($r=0,38$; $p<0,05$) та відкритості новому досвіду ($r=0,26$; $p<0,05$) згідно з аналізом рис особистості за шкалою ТІРІ. Водночас високі бали шкали тривожності Бека достовірно поєднувались з високими балами опитувальника PCL-5 ($r=0,40$; $p<0,05$).

За допомогою методу логістичної регресії з'ясовано, що у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму, розвиток ПТСР провокують наступні фактори: 1) відсутність феномену зміненої самооцінки; 2) високі бали згідно з опитувальником PHQ-9; та 3) високі бали за шкалою GAD-7. Таким чином, наявність Superiority або Inferiority ФВН матиме запобіжний вплив на появу

ПТСР. Також з'ясовано, що наявність Superiority матиме запобіжну дію на розвиток симптомів інтрузії ПТСР (критерій В), тоді як наявність Inferiority – на появу негативних думок та емоцій (критерій D) та на появу надмірної реактивності (критерій E у структурі ПТСР).

Прогностично несприятливими на появу окремих критеріїв у структурі ПТСР є низькі бали самооцінки, високий рівень тривожності згідно з опитувальником Бека, відкритість новому досвіду відповідно до опитувальника ТІРІ, високі бали згідно з опитувальниками PHQ-9 та GAD-7, а також старший вік чоловіків, які перенесли бойову психічну травму.

Результати, отримані у роботі, показують, що інтеграція шкал для вимірювання почуття неповноцінності, самоефективності та самооцінки, а саме – шкали ПППН (Comparative Feeling of Inferiority Index – CFII), шкали загальної самоефективності Шварцера і Єрусалима та шкали самооцінки Розенберга – дозволяє суттєво удосконалити діагностичний алгоритм для ПТСР, а також адаптувати лікування до унікальних потреб пацієнта та потенційно вплинути на покращення результатів терапії.

Для мінімізації впливу феномену власної неповноцінності на розвиток симптоматики ПТСР визначено рекомендації для п'яти терапевтичних алгоритмів з виокремленням специфічних мішеней психотерапевтичних інтервенцій: 1) когнітивно-поведінкова терапія (КПТ); 2) схемна терапія; 3) терапія прийняття та відповідальності (Acceptance and Commitment Therapy – АСТ); 4) десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR); 5) адлеріанська психотерапія. Використання цих психотерапевтичних методів дозволить розробляти більш персоналізовані та ефективні плани лікування, потенційно покращуючи ментальне здоров'я пацієнтів.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, бойова психічна травма, діагностика, клінічний випадок, феномен власної неповноцінності, самоефективність, самооцінка, риси особистості, психічні розлади, депресія, тривога.

ABSTRACT

Berezyuk O. R. Clinical Significance of the Psychopathological Phenomenon of Self-Inferiority in the Formation and Course of Post-Traumatic Stress Disorder. – Thesis Manuscript.

The thesis for the Degree of Doctor of Philosophy in Specialty 222 – Medicine (22 – Healthcare). – Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Lviv, 2024.

This thesis presents a theoretical generalization and a novel solution to a topical scientific problem in psychiatry: the comprehensive assessment of the clinical and psychopathological manifestations of the phenomenon of self-inferiority as a valid predictor for the development and course of post-traumatic stress disorder (PTSD) in male patients who have experienced combat mental trauma. This enables timely and effective diagnosis and high-quality treatment of such patients, thereby improving their quality of life.

The objective of the study: to reveal the psychopathological essence of the phenomenon of self-inferiority (PSI) in male patients who experienced combat mental trauma and have been diagnosed with PTSD, through studying the Comparative Feeling of Inferiority Index (CFII), a thorough analysis, and a comprehensive evaluation of the clinical and psychopathological manifestations of inferiority as a valid predictor of PTSD development and course, and to improve diagnostic techniques.

To achieve this objective, the following actions were conducted: An analytical review of international and domestic experiences in studying the phenomenon of self-inferiority; Translation and validation of a psychometric tool for measuring the level of the self-inferiority phenomenon; Examination of the clinical and psychopathological manifestations of the self-inferiority phenomenon in the general population; Comparative analysis and determination of correlations between personality traits, individual typological features, and the level of the Comparative Feeling of Inferiority Index in a population of men with PTSD who experienced combat mental trauma;

Investigation of the clinical and psychopathological manifestations of the PSI and its role in the development and course of PTSD in men who experienced combat mental trauma; Improvement of the diagnostic algorithm for PTSD.

Methods employed: bibliosemantic analysis, systematic approach methodology, surveys, and medical-statistical methods.

The analysis of international and domestic scientific sources confirmed the relevance of studying the associations of the self-inferiority phenomenon, allowing significant expansion and deepening of the clinical qualification of the studied mental disorders and promoting the constructive development of personal health resources.

The study examined the manifestations of self-inferiority/self-superiority within the PTSD structure, particularly its components – self-efficacy and self-esteem, which are of critical importance under current traumatic conditions involving comorbid depression and anxiety disorders, as well as related manifestations of personal maladjustment.

The study involved translating the CFII questionnaire into Ukrainian and validating all its components, including the descriptive adjectives in Ukrainian. The overall Cronbach's alpha coefficients were 0.85 for the family assessment scale and 0.80 for the self-assessment scale, indicating a high degree of validity and reliability of the Ukrainian version of the CFII scale. Pilot testing of the translated questionnaire and subsequent retesting demonstrated the high validity and reliability of the CFII questionnaire.

At the general population level, most respondents – $81.86 \pm 1.56\%$ showed no signs of altered self-esteem (Norma). Meanwhile, according to the PSI, $11.11 \pm 1.27\%$ of respondents demonstrated a superiority index, and $7.03 \pm 1.03\%$ exhibited an inferiority index.

Statistically significant differences in self-efficacy ($p=0.03$) and self-esteem ($p=0.0004$) were noted depending on the presence of PSI. Respondents with the PSI superiority index had the lowest median self-efficacy score (28 [25; 32] points, $p=0.04$) compared to the group without the phenomenon of altered self-esteem (Norma) (30 [27; 34] points) and the group with the PSI inferiority index (31 [28; 33] points). The

self-efficacy score in the superiority index group corresponds to an "average" self-efficacy level, lower than the "above average" level observed in the other two groups. Respondents without the phenomenon of altered self-esteem (Norma) had the highest median self-esteem score of 22 points [18; 25], while individuals with the PSI inferiority index had self-esteem scores of 19 [17; 24] points.

For four out of five personality traits (extraversion, agreeableness, conscientiousness, and emotional stability), the lowest average scores were recorded in the superiority index group. Significant differences ($p < 0.05$) were found in conscientiousness and emotional stability scores between this group and the group without altered self-esteem. Scores for openness to experience did not differ significantly among the analyzed subgroups, but the highest values were observed in the superiority index group. Among men with the PSI superiority index, $18.42 \pm 6.29\%$ had low extraversion scores, and $10.53 \pm 4.98\%$ had low conscientiousness scores. In contrast, among women with the superiority index, $16.67 \pm 6.80\%$ had low agreeableness scores, and $50.00 \pm 9.13\%$ had low emotional stability scores.

It was found that 54.95% [45.67-64.07] of PSI respondents exhibited symptoms of anxiety, compared to 43.91% [39.60-48.28] of those without the phenomenon of altered self-esteem (Norma) ($p = 0.035$). Median Beck Anxiety Inventory (BAI) scores were significantly higher in the PSI superiority index group (8.5 [5; 16.3] points, $p = 0.029$) compared to respondents without altered self-esteem (6 [3; 12] points). Median anxiety scores in the inferiority index group (6 [3; 13.5] points) did not significantly differ from those in the other two groups ($p > 0.05$). A gender comparison revealed significantly higher anxiety scores among women in all subgroups according to BAI ($p < 0.05$).

Depression was most prevalent in the PSI superiority index group, characterized by extreme efforts to compensate for an increased feeling of inferiority. Approximately one-third (32.35% [21.83-43.86]) of respondents in this group reported depression, compared to 21.36% [17.88-25.05] in the Norma group ($p = 0.042$). The highest median value on the depression scale was observed in the group of individuals with an overvalued self-worth index (10 [6; 15] points), $p < 0.001$ compared to respondents

without the phenomenon of altered self-esteem. The analysis of depression scores in groups of men and women with varying comparative inferiority indices revealed a significant gender difference ($p < 0.05$), with a marked predominance of depression scores in women across all studied subgroups.

Among men with PTSD caused by combat trauma, the following characteristics were identified:

- The total score on the PCL-5 scale was significantly higher ($p = 0.04$) in patients exhibiting any manifestation of the phenomenon of altered self-esteem (inferiority index + superiority index) – 66.00 [63.00; 69.50] points, compared to patients without this phenomenon, whose score was 59.00 [51.50; 64.75] points.

- According to the General Self-Efficacy Scale by Schwarzer and Jerusalem, 100% of men with any manifestations of the phenomenon of altered self-esteem (combined PSI = inferiority index + superiority index) were found to have a self-efficacy level "below average," significantly ($p = 0.03$) exceeding the proportion of men without the phenomenon of altered self-esteem who showed the self-efficacy level ("below average") – 32.00% [19.92–45.45].

- Men with PTSD and any manifestations of altered self-esteem were significantly different ($p = 0.04$) from men without this phenomenon in terms of the severity of depression, measured by the Beck Depression Inventory (BDI). The depression level among men with the PSI superiority index was 36.00 [27.75; 44.25] points, and for those with the PSI inferiority index, it was 38.00 [32.50; 43.00] points (both indicating "severe depression"), while men without the altered self-esteem phenomenon showed the lowest depression level (23.00 [18.25; 31.75] points), corresponding to "moderate depression."

- Correlation analysis revealed that high depression levels were associated with low self-esteem scores ($r = -0.64$; $p < 0.05$) and low self-efficacy scores ($r = -0.46$; $p < 0.05$), as well as with high levels of general anxiety according to BAI ($r = 0.65$; $p < 0.05$) and high scores on the PCL-5 questionnaire ($r = 0.56$; $p < 0.05$). At the same time, high BAI scores were significantly correlated with high PCL-5 scores ($r = 0.40$; $p < 0.05$).

- High scores on the Rosenberg Self-Esteem Scale were significantly associated

with high scores on the General Self-Efficacy Scale by Schwarzer and Jerusalem ($r=0.36$; $p<0.05$) and low BAI scores ($r=-0.46$; $p<0.05$), as well as a low total score on the PCL-5 questionnaire ($r=-0.43$; $p<0.05$). High self-esteem scores were also significantly associated with high scores for extraversion ($r=0.34$; $p<0.05$), agreeableness ($r=0.38$; $p<0.05$), and openness to experience ($r=0.26$; $p<0.05$) according to the analysis of personality traits according to the TIPI scale.

- Logistic regression revealed that in men who experienced combat mental trauma, PTSD development is provoked by three factors: 1) absence of the altered self-esteem phenomenon, 2) high scores on the PHQ-9 questionnaire, and 3) high scores on the GAD-7 scale. Thus, the presence of PSI superiority or inferiority has a preventive effect on the occurrence of PTSD. Additionally, the presence of superiority has a preventive effect on the development of PTSD intrusion symptoms (Criterion B). At the same time, inferiority prevents the occurrence of negative thoughts and emotions (Criterion D) and excessive reactivity (Criterion E in PTSD structure).

- Prognostically unfavorable factors for the development of specific criteria in the PTSD structure include low self-esteem scores, high anxiety levels on the Beck Anxiety Inventory, openness to experience on the TIPI questionnaire, high PHQ-9 and GAD-7 scores, and older age in men who experienced combat mental trauma.

The results suggest that the integration of scales for measuring inferiority feelings, self-efficacy, and self-esteem – namely, the Comparative Feeling of Inferiority Index (CFII), General Self-Efficacy Scale by Schwarzer and Jerusalem, and Rosenberg Self-Esteem Scale – can significantly improve diagnostic algorithms for PTSD. This approach enables treatment adaptation to the unique needs of patients, potentially improving therapeutic outcomes.

To minimize the impact of the phenomenon of self-inferiority on the development of PTSD symptoms, recommendations were developed for five therapeutic algorithms with specific targets for psychotherapeutic interventions:

1. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
2. Schema Therapy
3. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

4. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

5. Adlerian Psychotherapy

These therapies can help develop more personalized and effective treatment plans, potentially improving patients' mental health.

Keywords:

Post-traumatic stress disorder, combat mental trauma, diagnostics, clinical case, phenomenon of self-inferiority, self-efficacy, self-esteem, personality traits, mental disorders, depression, anxiety.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, опубліковані у наукових виданнях з індексацією Scopus:

1. Березюк О. Р., Фільц О. О. Асоціація почуття тривоги та феномена власної неповноцінності. *Медичні перспективи*. 2023. Т. 28, № 3. С. 86-93. DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.3.289202> (Особистий внесок авторів: концептуалізація, методологія, курація даних, аналіз, написання, рецензування та редагування – Б.О.Р.; концептуалізація, методологія, написання, рецензування та редагування – Ф.О.О.).

2. Berezyuk O., Filts O., Hrabchak V., Sirko R. The phenomenon of inferiority and depression. *Proceeding of the Shevchenko Scientific Society. Medical Sciences*. 2023. Vol. 72. No. 2. DOI: <https://doi.org/10.25040/ntsh2023.02.11> (Особистий внесок авторів: створення концепції, опрацювання результатів дослідження, написання, редагування та затвердження остаточного варіанту – Б.О.Р.; створення концепції, написання, редагування та затвердження остаточного варіанту – Ф.О.О.; опрацювання результатів дослідження, редагування та затвердження остаточного варіанту – Г.В.І.; опрацювання результатів дослідження, редагування та затвердження остаточного варіанту – С.Р.І.)

Наукові праці, опубліковані у наукових фахових виданнях України:

3. Березюк О. Р., Фільц О. О., Грабчак В. І., Сірко Р. І. Опитувальник порівняльного індексу почуття неповноцінності: переклад, валідизація та досвід використання в Україні. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2022. Т. 26, № 4. С. 633-636. DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26\(4\)-20](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26(4)-20) (Особистий внесок авторів: створення концепції, опрацювання результатів дослідження, написання, редагування та затвердження остаточного варіанту – Б.О.Р.; створення концепції, написання, редагування та затвердження остаточного варіанту – Ф.О.О.; опрацювання результатів дослідження, редагування та затвердження

остаточного варіанту – Г.В.І.; опрацювання результатів дослідження, редагування та затвердження остаточного варіанту – С.Р.І.)

4. Березюк О. Р., Фільц О. О. Асоціація феномена власної неповноцінності з самоефективністю та самооцінкою. *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31, № 1(114). С. 20-25. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is1-2023-2> (Особистий внесок авторів: концептуалізація, методологія, збір даних, аналіз, написання, рецензування та редагування – Б.О.Р.; концептуалізація, методологія, написання, рецензування та редагування – Ф.О.О.).

5. Березюк О. Р. Феномен власної неповноцінності крізь призму п'ятифакторної моделі особистості. *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31, № 4(117). С. 42-48. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is4-2023-6>

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

6. Pathogenesis of socially conditioned feelings of inferiority. Challenges in the global world: healing and growth: abstract book of the 28th International Congress of the International Association of Individual Psychology; 2021 July 11-14; Lviv, Ukraine. / Scient.ed. O. Filts, Z. Koshulynska, O. Lyzak, N. Grinko, O. Berezyuk, P. Kozyra. Lviv: Publisher “Halych- Press”, 2021. P.71.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

7. Березюк О. Р. Шкала-запитальник «Порівняльний індекс почуття неповноцінності (ППН)»: свідоцтво на авторський твір № 112629 від 20 квітня 2022 року.

8. Березюк О. Р. Застосування опитувальника порівняльного індексу почуття неповноцінності: інформаційний лист. Львів: ЛНМУ; 2023.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ.....	18
ВСТУП.....	19
РОЗДІЛ 1. МІЖНАРОДНИЙ ТА ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ ВЛАСНОЇ НЕПОВНОЦІННОСТІ (ФВН) (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	26
1.1. Феномен власної неповноцінності та його асоціації з психопатологічними і психологічними станами.....	26
1.2. Феномен власної неповноцінності та самоефективність і самооцінка	31
1.3. Феномен власної неповноцінності та депресія.....	33
1.4. Феномен власної неповноцінності та тривога і розлади тривожного спектру.....	37
1.5. Феномен власної неповноцінності та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).....	39
Висновки до РОЗДІЛУ 1.....	50
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	52
Висновки до РОЗДІЛУ 2.....	64
РОЗДІЛ 3. АСОЦІАЦІЇ ФЕНОМЕНУ ВЛАСНОЇ НЕПОВНОЦІННОСТІ (ФВН) ЗІ СПЕКТРОМ ДОСЛІДЖУВАНИХ ПРОЯВІВ: САМОЕФЕКТИВНІСТЬ, САМООЦІНКА, РИСИ ОСОБИСТОСТІ, ТРИВОГА, ДЕПРЕСІЯ.....	65
3.1. Асоціація феномену власної неповноцінності з самоефективністю та самооцінкою	66
3.2. Феномен власної неповноцінності крізь призму п'ятифакторної моделі особистості	73
3.3. Асоціація тривожних проявів та феномену власної неповноцінності..	81
3.4. Феномен власної неповноцінності та депресія	86
3.5. Вплив ФВН на низьку самооцінку та самоефективність, та їх вплив	

на депресію та тривогу.....	92
Висновки до РОЗДІЛУ 3.....	98
РОЗДІЛ 4. ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ ВЛАСНОЇ НЕПОВНОЦІННОСТІ У ЧОЛОВІКІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ БОЙОВУ ПСИХІЧНУ ТРАВМУ.....	103
Висновки до РОЗДІЛУ 4.....	122
РОЗДІЛ 5. ФЕНОМЕН ВЛАСНОЇ НЕПОВНОЦІННОСТІ У ФОРМУВАННІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ЧОЛОВІКІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ БОЙОВУ ПСИХІЧНУ ТРАВМУ.....	125
5.1. Формування чинників, які впливають на появу ПТСР у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму.....	125
5.2. Удосконалення діагностичного алгоритму для ПТСР	135
Висновки до РОЗДІЛУ 5.....	139
ВИСНОВКИ.....	141
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ.....	145
ДОДАТКИ.....	168

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

БПТ – бойова психічна травма

ЗВО – заклад вищої освіти

КНП ЛОР – Комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради

КПТ – Когнітивно-поведінкова терапія

ЛНМУ – Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

МРТ – Магнітно-резонансна томографія

ППН – порівняльний індекс почуття неповноцінності

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

РО – розлад особистості

ФВН – феномен власної неповноцінності

АСТ – Acceptance and Commitment Therapy (Терапія прийняття та відповідальності)

АРА – American Psychological Association (Американська Психологічна Асоціація)

BAI – Beck Anxiety Inventory

BDI – Beck's Depression Inventory

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів)

EMDR – Десенсибілізація та повторна обробка рухів очей (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

GAD – Generalized Anxiety Disorder

PHQ – Patient Health Questionnaire

TIPi – Ten Item Personality Inventory

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Умови сьогодення породжують ряд особистісних проблем і розладів, зумовлених насамперед запровадженим воєнним станом та пов'язаною із ним соціально-економічною нестабільністю й іншими негараздами в суспільстві. З-поміж різних деструктивних феноменів, які негативно впливають на гармонійність життєдіяльності особистості, окремого наукового статусу набуває проблема подолання психопатологічного феномену власної неповноцінності. Він має тривале минуле та є констатацією того, що феномен неповноцінності є психопатологічним синдромом, зміст якого виявляється у стійкому переконанні особистості у власній неспроможності досягнути смисл і сенс основних видів людської діяльності і мислення, здійснити їх на рівні утвердження себе в суспільстві як повноцінної особистості.

Почуття неповноцінності є одним з ключових концептів клінічних спостережень у адлеріанському психоаналізі, який лежить в основі Індивідуальної Психології. Згідно із теорією Альфреда Адлера, існує універсальне почуття неповноцінності, долаючи яке людина розвиває свій життєвий стиль заради досягнення мети. Феномен неповноцінності у своїй генезі має три джерела: біологічно детерміновану неспроможність вижити після народження без допомоги сторонніх осіб; неповноцінність органів та систем впродовж перших 6 років життя (вади, хвороби); феномен неповноцінності внаслідок соціальних факторів, які мали вплив на виховання – батьки, родина, суспільні відносини.

Альфред Адлер визначав почуття неповноцінності з точки зору процесу самопорівняння до важливих об'єктів у ранньому дитинстві, що стає катализатором мотивації та спонукання до поведінки досягнення життєвих цілей. Будучи за своєю природою не патологічним, почуття неповноцінності може стати психопатологічним феноменом за умов, коли особу охоплює переживання неадекватності та неефективності настільки, що не стимулює до продуктивної

діяльності, а робить її нездатною до розвитку та схильною до регресивних реакцій. Саме такий стан називають комплексом неповноцінності (Адлер А. 1929, 1936, 1938, Dreikurs R. 1953, 1967). У наш час феномен власної неповноцінності намагаються визначати як сукупність почуття низької самооцінки, самоефективності та сорому (Lamberson Katie A. 2018)

Варто акцентувати, що різнобічні проблеми неповноцінності особистості свого часу досліджували як вітчизняні (І. В. Ананова (2016), О. Л. Малєєва (2007)), так і зарубіжні вчені.

Згідно з літературними даними, проблемний спектр неповноцінності призводить до девіантної поведінки особистості та характеризується багатьма дисфункціями індивідуального й соціального прояву. З початку XXI століття з'являються дослідження, які демонструють, що феномен власної неповноцінності може бути предиктором психопатологічних проявів та суттєво впливати на якість життя (Gilbert P. 2007).

Бойова психічна травма (БПТ) – психічна травма, яка викликана впливом факторів бойової обстановки та призводить до розладів психіки різного ступеня важкості. Хронологічно вона мала різні назви: «виснаження боєм», «втома солдата», «снарядний шок» чи «травматичний невроз». Наприкінці XIX – на початку XX століть тема стала предметом досліджень та описів в працях Pierre Janet, Sigmund Freud, Josef Breuer, Alfred Adler, Abram Kardiner.

Психічні розлади, викликані травмою, були визнані тільки у 1980 році, коли до третього видання Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-III) було внесено діагностичний конструкт посттравматичного стресового розладу (ПТСР) з визначенням його основних діагностичних критеріїв. У новій класифікації – DSM-V – діагностичні критерії для ПТСР змінилися. З'явився п'ятий, який приносить в діагностичні критерії ПТСР опис змін у когнітивній та емоційній сферах із включенням негативних думок, оціночних суджень, почуттів. Симптоми цього кластеру описують глибокий емоційний розлад як наслідок впливу травми. Суттєвою зміною є поява двох абсолютно нових симптомів: самозвинувачення та/або звинувачення інших

і наявність негативних емоцій, таких як страх, жах, гнів, провинна та сором.

Більшість сучасних досліджень припускають важливу роль самооцінки та емоцій, пов'язаних з нею, в перебігу посттравматичного розладу. Саме тому є потреба у глибшому вивченні кластеру емоцій, пов'язаних з феноменами зміненої самооцінки. Серед них – феномен власної неповноцінності (ФВН).

Враховуючи вищенаведене, вивчення та розуміння ФВН набуває надзвичайного змісту сьогодні та потребує різновекторного наукового дослідження його ролі як чинника, що впливає на виникнення та перебіг ПТСР.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота є фрагментом планових науково-дослідних робіт кафедри психіатрії і психотерапії ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: «Особливості клінічного поліморфізму коморбідних станів в психіатрії та наркології», № держреєстрації 0119U100172 (2019-2023 рр.) та «Мультиmodalність у лікуванні психічних розладів та коморбідних до них станів», № держреєстрації 0124U001064 (2024-2028 рр.)

Тема дисертаційної роботи затверджена на засіданні Вченої ради факультету післядипломної освіти ЛНМУ імені Данила Галицького, протокол № 02-10 від 20 жовтня 2021 року; уточнення формулювання теми здійснено на засіданні Вченої ради факультету післядипломної освіти ЛНМУ імені Данила Галицького, протокол № 03-24 від 25 березня 2024 року.

Матеріали дисертації щодо обстеження, лабораторних і наукових досліджень та лікування хворих відповідають нормам біоетики, що засвідчено висновком комісії з біоетики Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (протокол № 5 від 13.05.2024 року).

Метою дослідження є розкриття психопатологічної сутності феномену власної неповноцінності у пацієнтів-чоловіків, що отримали бойову психічну травму та мають діагноз ПТСР, шляхом вивчення рівня порівняльного індексу почуття неповноцінності, ґрунтовного аналізу і комплексної оцінки клініко-психопатологічних проявів феномену власної неповноцінності як валідного предиктора формування, перебігу ПТСР та вдосконалення діагностики.

Завдання дослідження:

1. Аналітичний огляд міжнародного та вітчизняного досвіду у вивченні феномену власної неповноцінності.
2. Переклад і валідизація психометричного інструменту вимірювання рівня феномену власної неповноцінності.
3. Вивчення клініко-психопатологічних проявів феномену власної неповноцінності в загальній популяції.
4. Порівняльний аналіз та встановлення взаємозв'язку особистісних, індивідуально-типологічних особливостей з рівнем порівняльного індексу почуття неповноцінності у популяції чоловіків з ПТСР, що перенесли бойову психічну травму.
5. Вивчення клініко-психопатологічних проявів феномену власної неповноцінності та його значення у формуванні та перебігу ПТСР у популяції чоловіків, що перенесли бойову психічну травму.
6. Удосконалення системи діагностичного алгоритму при ПТСР.

Об'єкт дослідження – феномен власної неповноцінності як психопатологічний феномен та психопатологічний чинник формування та перебігу ПТСР.

Предмет дослідження – клініко-психопатологічні прояви феномену власної неповноцінності, його значення для формування і протікання ПТСР.

Методи дослідження:

- бібліосемантичний – для вивчення та аналізу міжнародних і вітчизняних наукових джерел щодо дослідження феномену власної неповноцінності;
- системного підходу – для формування та розв'язання проблеми комплексності дослідження на всіх етапах роботи;
- анкетування – для вивчення феномену власної неповноцінності, самооцінки, загальної самоефективності, тривоги та депресії, рис особистості з допомогою стандартизованих опитувальників, які використовуються у в галузі психіатрії та психології;
- медико-статистичний – для визначення обсягу дослідження, збору,

статистичної обробки та аналізу отриманих даних, оцінки достовірності результатів.

Наукова новизна теми. Дослідження полягає у вивченні впливу феномену власної неповноцінності на формування та особливості перебігу ПТСР. Виявлено предиктори ПТСР, які можуть проявлятися як на рівні поведінкових реакцій, так і на рівні інтрапсихічних переживань з використанням валідизованої україномовної шкали ПППН, шкали самооцінки Розенберга і шкали загальної самоефективності Шварцера і Єрусалима. Встановлені фактори та умови трансформації феномену власної неповноцінності в специфічний клінічний конструкт ПТСР. Здійснено аналіз та кореляцію феномену власної неповноцінності із особистісними, індивідуально-типологічними особливостями пацієнтів з ПТСР.

Теоретичне значення полягає у виявленні вагомого діагностичного та прогностичного клініко-психопатологічного критерію ПТСР, особливо, коли цей розлад формується внаслідок бойової травми.

Практичне значення полягає у розробці клініко-діагностичних та прогностичних рекомендацій для розпізнавання психопатологічного впливу феномену власної неповноцінності на формування та перебіг ПТСР.

Удосконалено та адаптовано клініко-діагностичний алгоритм із встановлення рівня феномену власної неповноцінності, його клінічних проявів при ПТСР. Розроблені рекомендації клініко-діагностичних інструментів для ідентифікації та мінімізації впливу феномену власної неповноцінності на розвиток симптоматики ПТСР та рекомендовані терапевтичні алгоритми з виокремленням специфічних мішеней психотерапевтичних інтервенцій.

Матеріали наукового дослідження впроваджені та використовуються у практичній діяльності: КНП «1 Територіальне медичне об'єднання м. Львова»; КНП ЛОР «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня»; КНП ЛОР «Львівський обласний клінічний психоневрологічний диспансер»; КНП «1-ша міська поліклініка м. Львова»; КНП «5-та міська клінічна поліклініка м. Львова»; та у навчальний процес кафедр факультету психології та соціального захисту

Львівського державного університету безпеки життєдіяльності – загалом 6 актів впровадження (додаток Б).

Особистий внесок здобувача. Дисертаційне дослідження є самостійно виконаною науковою працею здобувача. Дисертант особисто провів огляд сучасних світових і вітчизняних інформаційних джерел літератури з питань дослідження феномену власної неповноцінності. Автором обґрунтовано роль феномену власної неповноцінності у формуванні і перебігу ПТСР. Здобувач самостійно зібрав, згрупував всю первинну документацію, провів анкетування респондентів, здійснив статистичний аналіз та оцінку отриманих результатів, сформулював основні положення роботи, висновки і рекомендації щодо подальшого впровадження у практику результатів дисертації.

Апробація матеріалів дисертації, основних її положень, висновків і практичних рекомендацій здійснювалась на міжнародному і галузевому рівнях (додаток А). Результати дисертаційного дослідження доповідались і обговорювались на науково-практичних конференціях: I Міжнародній науково-практичній конференції, присвяченій 150-літтю НТШ «Лікарі та медсестринство – медичний фронт в Україні та світі», м. Луцьк, 11-12 травня 2023 р.; 7 Міжнародному Симпозіумі SMARTLION 2023 «Реабілітація в Україні», м. Львів, 26 вересня 2023 р.; Ювілейному міжнародному медичному форумі «Медицина України та світу: основи, реалії та стратегічні перспективи», м. Львів, 13-15 грудня 2023 року.

Публікації. Матеріали дисертаційної роботи відображені у 8 наукових працях, із них: 2 статті у виданнях наукометричної бази Scopus; 3 статті у наукових фахових виданнях, регламентованих МОН України (з них – 1 одноосібна); 1 тези у матеріалах конференції з міжнародною участю; 1 свідоцтво на авторський твір та 1 інформаційний лист.

Структура та обсяг дисертації. Дисертацію викладено на 191 сторінці друкованого тексту, з них основного тексту – 124 сторінки. Робота складається із анотації, змісту, переліку умовних позначень та скорочень, основної частини, до якої входять: вступ, огляд літератури, матеріали і методи досліджень, 3

розділи власних досліджень, висновки та практичні рекомендації. Список використаних джерел літератури містить 209 найменувань (16 кирилицею та 193 латиною). Дисертаційне дослідження ілюстровано 31 рисунком, 20 таблицями, містить 4 додатки.

РОЗДІЛ 1.
МІЖНАРОДНИЙ ТА ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД
ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ ВЛАСНОЇ НЕПОВНОЦІННОСТІ
(АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

1.1. Феномен власної неповноцінності та його асоціації з психопатологічними і психологічними станами

Воєнна та політична ситуація в нашій країні зумовлює зміни в усіх сферах життя і часто вимагає від психіки людини виконувати свої функції на межі можливостей, залучаючи до активної роботи когнітивну сферу. Особливо це стосується молоді, яка щоденно отримує завдання, пов'язані з особистою відповідальністю та успішністю власної поведінкової активності, почуттям повноцінності, що в свою чергу асоціюється з питаннями власної самооцінки та переживанням ефективності власної самореалізації [207].

З-поміж деструктивних феноменів, які негативно впливають на життєву стійкість (резильєнтність) особистості, особливої ваги набуває проблема подолання почуття неповноцінності. Дослідження цього почуття, від якого залежить ефективність адаптації та самореалізації в соціумі, має тривале минуле та є констатацією того, що почуття неповноцінності може досягати клінічного рівня психопатологічного феномену. Це стається тоді, коли зміст феномену власної неповноцінності виявляється у стійкому переконанні особистості у власній неспроможності осягнути смисл і сенс основних видів людської діяльності і мислення, здійснити їх на рівні утвердження себе в суспільстві як повноцінної особистості [208]. Проблемний спектр неповноцінності призводить до девіантної поведінки особистості та характеризується багатьма дисфункціями індивідуального й соціального прояву, особливо в молодому віці.

Клінічна психопатологія [86] позиціонує особистісний комплекс неповноцінності, як нездатність людини розвивати свій життєвий стиль заради досягнення мети. Почуття неповноцінності є одним з ключових клінічних концептів та лежить в основі Індивідуальної Психології Альфреда Адлера [3, 4,

54]. Він першим дослідив і описав комплекс меншовартості. За Альфредом Адлером, людина керується у всіх своїх вчинках бажанням подолати почуття своєї неповноцінності і зміцнити почуття своєї надцінності. Коли почуття неповноцінності стає надмірним, з'являється комплекс неповноцінності, що характеризується перебільшеним почуттям власної слабкості і несамостійності [205, 206]; це надзвичайно глибоке почуття того, що людина слабша за інших, яке може призвести до песимістичного смирення та уявної нездатності подолати труднощі [83]. Воно часто особою суб'єктивно не розпізнається (не усвідомлюється) і вважається таким, яке спонукає до надмірної компенсації та призводить або до вражаючих досягнень, або до екстремальної антисоціальної чи асоціальної поведінки [34, 63, 69, 70, 74].

На відміну від універсального та нормотипового почуття неповноцінності, яке може служити стимулом для досягнення, комплекс неповноцінності є прогресуючим станом знеохочення, який часто призводить до відступу від труднощів [146]. Цей психопатологічний феномен є зумовлений намаганнями досягти вкрай нереалістичного ідеалу особистості, в той же час віра у власну значущість вже серйозно похитнута глибоко вкоріненим почуттям неповноцінності. З іншого боку, комплекс неповноцінності може призвести до надмірної компенсації, що супроводжується самовільним соціальним остракізмом, оскільки індивід доводиться до крайнощів, аби надмірно компенсувати свою уявну неповноцінність, вважаючи, що інші сприймають його лише через призму цього комплексу [178, 182, 185, 191].

Адлер визначив психічне здоров'я як прояв почуття соціального інтересу до суспільної приналежності, кооперації та бажання всебічно розвиватися та сприяти добробуту інших. Коли ці якості недостатньо розвинені, людина відчуває почуття неповноцінності або зверхності (надцінності), що може викликати ворожість у інших. Сприйняття переваги призводить до егоцентричної поведінки, і людина може вдаватись до муніпулятивної або і експлуатативної поведінки щодо інших [125]. Клінічні спостереження психологічної компенсації Адлер формулює так: «чим сильніше почуття

неповноцінності, тим вище мета особистої влади» [83, 120].

Спостереження Адлера дозволяли стверджувати, що в результаті первинної безпорадності немовля відчуває себе неповноцінним і намагається подолати почуття неспроможності, прагнучи до розвитку. Почуття неповноцінності [117] та компенсація цього почуття стає мотиваційним принципом, що «переміщує» людину від одного рівня розвитку до наступного. Це прагнення відбувається постійно упродовж усього життя, починаючи з дитинства, коли закономірно виникає усвідомлення своєї невідповідності, особливо у порівнянні себе зі старшими дітьми та дорослими. Адлер описав отримане почуття неповноцінності як «мінусову ситуацію». Ці почуття неповноцінності стають мотивацією для прагнення до того, що він називав «плюсовими ситуаціями» [83, 102].

Адлер розрізняв первинне і вторинне почуття неповноцінності.

Первинне почуття неповноцінності базується на первинному та об'єктивному довербальному досвіді дитини: безпорадності та залежності. Вторинне почуття неповноцінності стосується досвіду дорослої людини про нездатність досягти компенсаційної, вигаданої (фіктивної) суб'єктивної безпеки та успіху. Реальна або й уявна недосяжність такої мети має своїм наслідком набуття досвіду власної дефіцитарності, своєрідного «мінуса», яке у дорослому віці може спонукати згадати первинне почуття неповноцінності [15].

Психопатологічна проблема з феноменом власної неповноцінності полягає в тому, що мета, компенсаційно сформована задля полегшення первинного – і нормотипового для раннього дитячого віку – почуття неповноцінності, в результаті гіпер-компенсаційних намагань, викликає вторинне почуття неповноцінності. За таких умов формується «порочне коло», яке стає одним із найвагоміших психопатологічних механізмів формування невротичних та деяких «психопатичних» розладів. Вторинне почуття неповноцінності посилюється, а з ним і «фіксується» психопатологічне порочне коло, коли індивід вдається до нереально завищених або неможливих компенсаційних життєвих стратегій.

Виникає відомий у психопатології феномен [150], коли індивід сам страждає, або своєю поведінкою та способами формування міжособистісних стосунків примушує страждати інших. Саме цей феномен і був покладений Куртом Шнайдером (1950) у основу універсального визначення розладів особистості (тоді – «психопатій»), яким клінічна психопатологія користується у своїх визначеннях і досьогодні. Важливо підкреслити клінічний вклад Альфреда Адлера, який свідчить про те, що сформоване психопатологічне замкнене коло страждання від нездатності досягти гіперкомпенсаційної мети ідеального успіху та максимальної безпеки, з неухильністю вказує на постійно фруструючий «залишок» дитячого первинного почуття неповноцінності, яке залишається активним та недостатньо ефективно «опрацьованим» у дорослому віці [28].

Як вже зазначалось, почуття неповноцінності бере свої витoki у ранньому дитинстві. У цьому віці діти можуть розвинути почуття неповноцінності на основі реальних недоліків або неправильного тлумачення свого тіла чи своїх соціальних чи фізичних стосунків із оточенням. Адлер вважав, що поставлена фіктивна мета переваги буде дотримуватись наполегливіше, чим довше і чіткіше дитина усвідомлює свою незахищеність, чим більше вона страждає від реальних фізичних або психічних проблем та перешкод, і чим сильніше вона відчуває, що нею «нехтують». У якийсь момент прагнення до влади та домінування над іншими стає перебільшеним і, посилюється та може набути патологічних ознак.

Основним показником психічного здоров'я в за Адлером є соціальний інтерес – вроджена потреба у спільнотності та зв'язку з цілісністю життя [170]. Спроби компенсувати надмірні прояви феномену неповноцінності фіктивною метою «вищості над іншими» є основною перешкодою для розвитку почуття спільнотності. Розвинений соціальний інтерес, є необхідним підґрунтям для формування зрілих форм соціальної поведінки, базованої на почуттях рівності, співробітництва, суспільної приналежності, взаємозалежності та бажання бути корисним заради спільного розвитку. Відтак, центральною метою психотерапії, згідно клінічних спостережень Альфреда Адлера, завжди буде зміцнення почуття спільнотності [40, 156].

Терапевтичний процес одночасно зосереджений на трьох аспектах зміни:

А) По-перше, зниження хворобливого, перебільшеного почуття неповноцінності до рівня, який сприятиме розвитку та здоровому прагненню до соціально-конструктивної значущості.

Б) По-друге, зниження деструктивного прагнення пацієнта до переваги над іншими, що проявляється в компенсаторному способі життя.

В) Третій аспект – це формування рівності та почуття спільності. В основі цього підходу лежить психотерапевтичне опрацювання конструктивних та творчих ресурсів особистості: автономно здійснювати власний вибір і – особливо – здатність його коригувати при наявності достовірної інформації, що є надзвичайно важливим аспектом людської здатності до змін [77].

Сьогодні у світі використовують опитувальник зі шкалою **Порівняльного Індексу Почуття Неповноцінності (ППН)** (Comparative Feeling of Inferiority Index – CFII), створений Діксоном Р.Н. і Страно Д. А. в кінці ХХ століття [52, 167]. За допомогою цього інструменту ППН вимірюють порівняльне почуття неповноцінності на основі оцінок респондентами себе, а також своїх сиблінгів (братів чи сестер) або інших родичів чи близьких друзів такими, якими вони сприймалися в дитинстві. Оцінку проводять за кожною з трьох виявлених компонент характеристик (фізичних, соціальних та моральних/етичних), а потім аналізують порівняння між двома рейтингами [52]. Авторами в процесі пошуку характеристик на початкових етапах було окреслено значна кількість прикметників, які могли б відповідати критеріям включення. Надалі, процес відбору привів до виокремлення 40 прикметників, які відповідали критеріям фізичних дескрипторів, 13 – соціальних дескрипторів та ще два прикметники, які були кваліфіковані як моральні. На завершальному етапі під час тривалих досліджень були відібрані прикметникові характеристики, які були у межах кращого оптимального рейтингу бажаності [99, 124].

Остаточна версія опитувальника ППН (CFII) складається з 30 пунктів, по 10 з кожної компоненти (фізичних, соціальних, моральних/етичних) та оцінює дві складові спогадів з дитинства (сімейний рейтинг і самооцінку), визначаючи

групи з достовірно високим порівняльним індексом почуття неповноцінності (index of inferiority) феномену власної неповноцінності (ФВН) та достовірно низьким порівняльним індексом почуття надцінності (index of superiority) ФВН як ознаку екстремального прагнення у будь який спосіб компенсувати надмірне почуття неповноцінності. Цей опитувальник активно використовується у міжнародних дослідженнях, оскільки його перевірка на узгодженість оцінок підсумкових пунктів за кожним із компонентів показала високий рівень надійності [167]. Він залишається актуальним та практичним і дозволяє швидко та надійно визначати особистості зі зміненим почуттям повноцінності [167].

У наш час феномен власної неповноцінності часто прирівнюють до почуття низької самооцінки і самоефективності. Крім цього, переосмислення індивідумом власних успіхів чи невдач формує його уявлення щодо власного потенціалу, впливає на почуття власної самоефективності та самооцінки загалом і в багато чому залежить від ФВН.

1.2. Феномен власної неповноцінності (ФВН) та самоефективність і самооцінка

Самоефективність (self-efficacy) як особистісна ознака, яка лежить в основі особистісних форм самореалізації і поведінки, відповідно, зрілих або незрілих (тобто таких, які можна кваліфікувати як розлади особистості (РО), як наприклад, нарцистичний РО) запропонована Альбертом Бандурою (Albert Bandura) у 1977 році [14]. Самоефективність є одним із центральних компонентів його соціально-когнітивної теорії. Оцінювання самоефективності за допомогою валідної шкали (General Self-Efficacy Scale) запропоновано Ральфом Шварцером (Ralf Schwarzer) та Матіасом Єрусалемом (Matthias Jerusalem) у 1979 році. Шкала спочатку складалася із 20 пунктів; у подальших дослідженнях було модифіковано нову кінцеву версію, яка містить 10 пунктів – «діагностичних» тверджень. На сьогодні ця Шкала адаптована 26 мовами і призначена для оцінки загального почуття самоефективності з метою прогнозування подолання щоденних проблем, а також адаптації після переживання різних за якістю та

інтенсивністю стресових життєвих подій. Вона привертає увагу дослідників тому, що при її застосуванні були виявлені як позитивні коефіцієнти – при наявності у досліджуваного позитивних валентностей емоційного стану, так і негативні коефіцієнти – при депресії, тривожності, стресі, вигорянні та скаргах на здоров'я [87, 153, 200, 201].

У сучасних умовах війни, крім оцінки самоефективності, вкрай важливою стає також узагальнена проблема ефективного функціонування особистості, саме тому вимірювання рівня самооцінки стає вкрай необхідним. Опитувальник зі шкалою самооцінки було розроблено М. Розенбергом (M. Rosenberg) в 1965 році та удосконалено у 1972 році. Відтоді його перекладено 28 мовами та використовують у 53 країнах. За задумом автора, методика мала мати лише одну шкалу – самооцінки. Однак, факторний аналіз наступних численних досліджень виявив її двофакторну структуру: а) позитивної самооцінки (самоповаги) та б) схильності до самознецінення (самоприниження). Ці дослідження дозволили навести доказові аргументи в користь того, що показники опитувальника корелюють з нейротизмом, екстраверсією та «романтичними» (тут – ідеалізованими) стилями прив'язаності. Ця особливість поведінки є однією з базових психо-біологічних характеристик особистості при її формуванні соціальних та персональних стосунків. Окрім того, показники шкали виявили певні кореляції з депресивною, тривожною та психосоматичною симптоматикою. Важливо відмітити, що перші ознаки вказаних симптоматичних станів закладаються у ранньому дитинстві, а у дорослому віці – при їхньому виявленні - поєднуються з феноменом власної неповноцінності [68, 115, 116, 144, 149].

Як вже зазначалось, феномен власної неповноцінності (ФВН), у тій чи іншій мірі, відчуває кожен, і він є важливим для сприяння розвитку особистості. Однак, цей феномен, з неухильністю впливаючи на поведінку, може суттєво обмежувати повсякденну діяльність. Самооцінка – як важливий компонент ФВН – стосується суб'єктивної оцінки людиною системи власних цінностей, як «опорного каркасу» для вибору пріоритетних та найекономніших – в сенсі їхньої

ефективності, – стратегій (Karl Friston et al, 2005 – 2024) особистості [134, 173]. Незважаючи на випадкові короткочасні коливання, самооцінка є відносно стабільною характеристикою людей протягом усього життя, оскільки вона є неухильною складовою «психологічного гомеостазу» людини.

1.3. Феномен власної неповноцінності та депресія

Депресія характеризується набором взаємопов'язаних афективних, когнітивних і фізіологічних симптомів, включаючи вітальну втрату настрою (депресивний афект як такий), нездатність відчувати задоволення, безнадію, погану концентрацію та розлад сну. Особи з низькою самооцінкою найчастіше висловлюють скарги на пригніченість, самоізоляцію, самотність та втрату життєвих перспектив [46, 67, 168].

Особливо важливо підкреслити, що на основі порушення самооцінки формується своєрідна «універсальна суб'єктивна вісь» усіх афективних розладів – від субдепресій та важких депресій і до маніакальних станів. Більш того, зниження самооцінки з почуттям власної нікчемності та ідеями тотальної провини при депресивних розладах, з одного боку, або переоцінка власних спроможностей та ідеї власної величі, з іншого боку, є одним із найчутливіших діагностичних критеріїв депресій та маній, відповідно.

Слід звернути увагу, що і у тому, і в іншому випадку, патологічно занижена (аж до суїцидальності) чи патологічно завищена (включно до соціально небезпечних діянь) оцінка самовартості (власної цінності) є одночасно і одним із ключових факторів госпіталізації. З урахуванням того, що іншими критеріально-вагомими ознаками необхідної госпіталізації є порушення соціалізації та адаптації загалом, то, врешті-решт, патологічно занижена самооцінка стає обов'язковим (а іноді і невідкладним) *фокусом інтегративних лікувально-терапевтичних зусиль* [43, 66, 148, 177].

Переважає більшість теоретичних поглядів на депресії стверджують, що самооцінка відіграє центральну роль в етіології серед факторів формування депресивних розладів [2, 18].

Зокрема, *модель вразливості* стверджує, що низька самооцінка є одним із вагомих факторів ризику виникнення депресії. У моделі вразливості низька самооцінка концептуалізується як стабільний особистісний фактор, який може відігравати роль «ключового тригера» при маніфестації депресії. При цьому слід мати на увазі, що в реальних умовах сучасної невизначеності, схильність до депресії може опосередковуватися або модеруватися також і іншими особистісними характеристиками, зокрема такими як *невротизм / негативна емоційність, екстраверсія / позитивна емоційність і сумлінність* [96]. Альтернативна і одна із найсучасніших гіпотез, висловлюваних в рамках моделі рубця (scar), припускає, що низька самооцінка є наслідком, а не причиною депресії.

Щоб перевірити згадані моделі, Orth U., Robins R. W. та Roberts B. W. (2008) провели 2 великі лонгітюдні (тривалі, з постійним спостереженням) дослідження. Кожне з яких передбачало 4 повторних вимірювання та аналізу рівня депресії та самооцінки у підлітків віком від 15 до 21 року та від 18 до 21 року, відповідно. Перехресний регресійний аналіз показав, що низька самооцінка з високою імовірністю передбачала депресію, але депресія як така не завжди передбачала наявність низької самооцінки. Ці висновки справедливі як для чоловіків, так і для жінок. Відтак, із цих досліджень, і особливо з урахуванням зазначеної «перехресної невідповідності», можна стверджувати, що *вразливість*, пов'язана з низькою самооцінкою, може бути фактором формування депресії [133].

Наприклад, згідно з когнітивною теорією депресії Бека (1967), негативні переконання щодо себе є не просто симптомом депресії, але і такими, що відіграють вирішальну «пускову» роль при її формуванні [123]. Треба також вказати, що шкала **депресії Бека** (Beck's Depression Inventory, BDI) була одним з перших тестів з високим рівнем валідності та специфічності для діагностики і оцінки рівня депресії у клінічній практиці [20]. Незважаючи на те, що ця шкала була створена в 1961 році, вона і досі широко застосовується у психіатричній та психотерапевтичній практиці.

Як відомо, існує три варіанти цього опитувальника: BDI, BDI-1A, BDI-II. У початковому, напів-структурованому варіанті інтерв'ю (BDI), шкала містила тринадцять груп (A-H), кожна з яких включала чотири твердження. Заповнення опитувальника відбувалося за участю кваліфікованого експерта-інтерв'юера (психіатра, клінічного психолога чи соціолога), який зачитував кожен пункт опитувальника, а потім просив пацієнта обрати твердження, найбільш відповідне до його стану на поточний момент. Наступні, доопрацьовані версії опитувальника опубліковані відповідно у 1978 (BDI-1A) та 1996 (BDI-II) роках, з яких останній варіант містить 21 категорію симптомів і скарг, передбачає спрощену процедуру самотестування: опитувальник видається на руки пацієнтові та заповнюється ним самостійно.

Gilbert P., et al.(2007) виявили певну закономірну послідовність: феномен неповноцінності супроводжується страхом бути відкинутим, що, у свою чергу, підвищує вразливість до депресії, тривоги і «вторинного дистресу» [75].

Як показано у дослідженні Lung F.W., Lee M. B. (2008), феномен неповноцінності може мати *додаткове та важливе «прогностичне» значення*: будучи значною мірою пов'язаним з ворожістю + депресією + безсонням, цей феномен може відігравати роль попередника суїцидальних думок [108].

Цікаво зазначити, що у оригінальному дослідженні Hein S. et al. (2003). вдалось показати, як почуття неповноцінності, будучи не тільки фактором ризику депресії, є також значимим корелятом почуття розчаруванням у підлітків [82].

Зв'язок між самооцінкою та депресією протягом останнього десятиліття широко вивчався у медичних дослідженнях [134, 137, 161, 165, 172]. Відомо, що низька самооцінка призводить до погіршення *загального здоров'я* (доброго самопочуття, як критерію загального здоров'я за визначенням BOOЗ – Welfare Being) та – як наслідок – до обмежених економічних перспектив. На противагу цьому, висока самооцінка передбачає кращі близькі стосунки, ефективність роботи та рівень освіти [53, 135].

Крім сказаного, значну увагу надається довгостроковому впливу

самооцінки на депресію [137]. Наприклад, важчий перебіг депресії відмічався серед пацієнтів віком тридцяти років, які у підлітковому віці мали низьку самооцінку. Низька самооцінка, сформована у підлітковому віці, може у подальшому призвести до поведінки з високим ризиком самоушкоджень або неадекватної поведінки, які згодом посилюють прояви депресії [112].

Однак, чинники які можуть пояснити вплив *вразливості у поєднанні з самооцінкою* на депресію, залишаються вивченими далеко недостатньо.

Дослідження показали, що низька самооцінка є визначальним фактором поведінки, ризикованої для загального здоров'я (Welfare Being), - включаючи зловживання алкоголю та психоактивних речовин [17, 144]. що серед іншого, призводить до суттєвого погіршення *психічного здоров'я*. [11, 96]

Поведінка, як стиль взаємодії зі світом, може також розглядатись як один із вагомих потенційних посередників, що зв'язують самооцінку та депресію. Однак, досліджень, у яких вивчається роль ризикованої для здоров'я поведінки як посередника, критично мало. Elliott M. (2013) вказує на характерну поведінкову відмінність, а саме: якщо жінки схильні інтерналізувати негативні емоції (простіше кажучи, «тримати їх при собі»), то чоловіки виявляють тенденцію екстерналізувати негативні емоції (простіше кажучи – виявляти у діях та вчинках) – зокрема, через ризиковану для здоров'я поведінку [60, 160].

Вживання алкоголю та психоактивних речовин, як відомо, виразно опосередковує та демаскує вплив самооцінки на депресію у молодому віці [137]. Відомо, що самооцінка у підлітковому віці є нестабільною та стабілізується надалі протягом усього життя [107, 173]. З огляду на це, самооцінка в молодому дорослому віці може відігравати певну роль у *прогностичному передбаченні важкості та перебігу депресії* на наступних етапах життя. При цьому, низька самооцінка, яка спостерігається в молодому дорослому віці, має негативний вплив на перебіг депресії в дорослому віці, і цей зв'язок ще опосередковується вживанням алкоголю та психоактивних речовин [136, 137].

1.4. Феномен власної неповноцінності та тривога і розлади тривожного спектру

Феномен власної неповноцінності може сприяти виникненню соціальної тривоги, оскільки певні симптоми соціальної тривоги, такі як страх отримати негативну оцінку в соціальних ситуаціях, негативне сприйняття інших як знецінення та навіть загроза є притаманним їй для феномену власної неповноцінності [7, 179].

Тривога є одним із базових, універсальних емоційних станів, і перші згадування за неї зустрічались ще в древніх письменах. Тривогу можна охарактеризувати як стан негативного настрою, що включає суб'єктивні почуття фізичної напруги, пов'язаної із невизначеністю щодо майбутнього, надмірною невпевненістю у прийнятті рішення, стурбованістю власним самопочуттям, але без наявності конкретного предмету стурбованості чи занепокоєння [10, 62, 143].

Дослідження, проведені в США, показують, що 10% населення країни страждали від тривожного розладу протягом останніх 12 місяців до моменту опитування [138]. При цьому встановлено, що одним із вагомих предикторів соціальної тривоги слід вважати феномен власної неповноцінності [8]. Одним із «класичних» методів для оцінки тривоги є **шкала тривоги Бека** (Beck Anxiety Inventory – BAI) [118], яка є ефективною, простою у використанні та інтерпретації. Цей опитувальник було розроблено Beck A.T., Epstein N., Brown G., Steer R.A в 1988 році, а в 1993 році Beck, A. T., & Steer, R. A. його дещо змінили в шкалі градацій балів [19]. Встановлено, що BAI добре розрізняє діагностичні групи з тривогою та без тривоги, має хорошу валідність: коефіцієнт надійності 0,92; ре-тестова надійність – 0,75 [72].

Згідно найпоширенішого – на сьогодні – визначення, особистість це – система стійких характеристик і поведінки, які містять унікальні пристосування людини до життя, включаючи основні риси, інтереси, потяги, цінності, самооцінку, здібності та емоційні моделі [12]. Одним із прагматичних та клінічно релевантних способів опису особистості є мультифакторна теорія, яка розглядає особистість як сукупність п'яти основних рис: екстраверсія (відкритість до

світу), дружелюбність (здатність до конструктивних стосунків та довіра), добросовісність (етична коректність, та зріле почуття відповідальності) емоційна стабільність (врівноваженість та баланс між раціональним та емоційним регулюванням) та відкритість новому досвіду (допитливість) [91, 118]. Вперше ця модель була сформована в ряді досліджень, виконаних в 1960-і роки (Borgatta, 1964; Norman, 1963; Tupes & Christal, 1961). Ernest Tupes і Raymond Christal виокремили базові кластери особистісних рис – всього 5 факторів, – які були узагальненими і незалежними один від одного [174]. Проте, ера Великої П'ятірки «Big Five» почалась лише в 1981 році з праць Льюїса Голдберга (Lewis Goldberg «Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons») [76], який запропонував цей термін, підкреслюючи ним не лише широту охоплення особистісних проявів, але – що важливо – і здатність включати в себе фактори нижчого порядку. І до сьогодні ця теорія залишається однією із найбільш аплікованих до клінічної практики моделлю психологічно обґрунтованих детермінант усього широкого спектру особистісних проявів [6, 79, 80, 203].

Для нас важливо відмітити, що у осіб з низьким рівнем екстраверсії вірогідно частіше формується феномен власної неповноцінності (ФВН). Особливо, коли вони відчувають себе менш впевненими у суспільстві та приналежності до відповідних (або бажаних) соціальних груп. Характерно, що особистості з цим феноменом мають низький рівень дружелюбності, що призводить до виникнення недовіри до інших та низький рівень сумлінності чи добросовісності, що не дозволяє досягати своїх цілей та виконувати свої обов'язки. Крім того, високий рівень невротизму сприяє «вторинному» формуванню неповноцінності, що пояснюється зниженою емоційною стійкістю, яка – у свою чергу – є психопатологічним «тригером» тривожних та депресивних розладів.

ФВН також не сприяє відкритості до досвіду, а знижений показник цього фактору закономірно призводить до нездатності адаптуватися до нових ситуацій та ідеї [47, 80, 118, 119].

Популярність п'яти факторної теорії особистості зумовила розробку великої кількості діагностичних інструментів, серед яких одним з найбільш поширених є «**10-пунктовий**» опитувальник рис особистості (TIPI, Ten Item Personality Inventory), який був розроблений Гослінгом С. (Gosling S. D.), Ренфру П. (Rentfrow P. J.) і Свонном В. (Swann W. B.) у 2003 році [79]. Перевагою його використання є його високий рівень валідності у порівнянні з більш громіздкими довгими опитувальниками вимірюваннями, а також його практична лаконічність, яка дозволяє використовувати його у великомасштабних дослідженнях [6].

Підводячи короткий підсумок сказаному, слід найперше відмітити наступне.

Розглянуті особливості впливу феномену власної неповноцінності (ФВН) на широкий спектр психопатологічних проявів – і у першу чергу афективного, стрес-залежного та особистісного кластерів, а також взаємопов'язань цього феномену з особистісними *адаптаційними дефіцитами*, з одного боку та *ресурсами* – з іншого, підказують, що ФВН може відігравати суттєву роль у «преформації» (тобто виконувати роль психологічного тригера), або і у формуванні Посттравматичних стресових розладів (ПТСР).

А цей аспект дослідження стає *надактуальним* в умовах війни та її наслідків, що для сучасних реалій воюючої України має та матиме *кардинально важливе значення*.

1.5. Феномен власної неповноцінності та Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є сьогодні одним із «найпопулярніших» психіатричних та психотерапевтичних діагнозів, оскільки соціальні, екологічні та воєнні стресові фактори у сучасну епоху зростають експоненційним темпом. За певних умов, ПТСР виникає в усіх людей будь-якої етнічної приналежності, національності чи культури та в будь-якому віці [183].

Сучасні війни, відзначаючись непередбачуваним прогресом у військових

технологіях, мають своїм наслідком збільшення руйнівної сили зброї та, як наслідок, значно ширший спектр тілесних уражень, рівно ж як і зростання рівня смертності у військових та у цивільного населення, що пережили воєнну травму.

При проведенні лікування складних та комбінованих тілесних травм психологічний стан цих пацієнтів часто не враховується. Наприкінці лікування значна кількість пацієнтів страждає від тривоги, депресії та посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Саме тому, важливо логістично підходити до лікування всієї категорії поранених та травмованих війною пацієнтів, надаючи постраждалим комплексну тілесну, психологічну і психіатричну допомогу [1, 110, 142, 186].

Важка психологічна травма (участь у бойових діях, зґвалтування, тортури, автомобільні аварії, побиття, важкі поранення тощо) завжди привертала до себе увагу як причина психічних розладів [32, 81, 122, 140]. У різні часи їх називали по різному “виснаження боєм”, ”втома солдата” [26, 37, 49, 183].

Перша світова війна принесла нові назви – “снарядний шок” і “травматичний невроз”. В кінці 19 на початку 20 століть тема стала предметом досліджень та описів в працях Pierre Janet, Sigmund Freud, Josef Breuer, Alfred Adler, Abram Kardiner [92, 166, 175, 187].

Потреба в єдиній, спільній, стандартизованій системі діагностичної класифікації психологічних розладів спонукала до публікації *Американською психіатричною асоціацією* першого діагностичного та статистичного посібника (DSM) у 1952 році. Даний посібник зазнав багато перетворень, але саме у третьому виданні 1980 року система класифікацій набула багатовекторності та почала враховувати всю особистість, а не лише конкретну проблему поведінки. Саме у третьому виданні Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-III), беручи до уваги «медичні уроки» при важких травмах та втратах Другої світової та В'єтнамської воєн, вперше були визнані психічні розлади спричинені травмою та внесено діагностичне тлумачення посттравматичного стресового розладу (ПТСР). У посібнику також було деталізовано основні діагностичні критерії ПТСР, а саме:

А) травматична подія в анамнезі;
 Б) регулярні спогади про травмуючу подію з повторним її переживанням,
 В) симптоми уникання (уникнення спогадів, людей, місць, подій чи розмов, які нагадують про травматичну подію) та симптоми гіперзбудження [55, 114].

Ці базові критерії поклали початок використання терміну ПТСР у багатьох посібниках з поточним внесенням змін та доповнень.

Методологія сучасної діагностики посттравматичних стресових розладів та станів базується на класифікації DSM –V (2013 року), у якій замість чотирьох кластерів симптомів додається *п'ятий*, який вносить у процес діагностики ПТСР нові елементи когнітивної та емоційної сфер функціонування та поведінки: недиференційовані «почуття» (як от, невпевненість, розгубленість), негативні думки, оціночні судження, тощо [56, 57]. Симптоми цього кластеру описують глибокий емоційний розлад як наслідок впливу травми. У результаті, три симптоми перенесені відносно незміненими з DSM-IV: *амнезія, зниження інтересу та відстороненість або відчуження*. При цьому з'являються такі симптоми як перебільшені негативні переконання щодо себе, інших осіб або світу та нездатність переживати позитивні емоції.

Кардинальною зміною є поява двох нових симптомів, а саме *самозвинувачення та/або звинувачення інших*, а також наявність негативних емоцій таких як страх, жах, гнів, провина та сором [30, 193]. Тут важливо зазначити, ці зміни введені на пропозицію фахівців галузі когнітивно-поведінкової та спорідненої з нею методів психотерапії як основних науково доведених методів лікування посттравматичних стресових розладів, і таких, які серед усіх інших методів (у тому числі й психофармакологічних) займають провідне місце в системі медичної допомоги при ПТСР.

Когнітивно-поведінкові моделі сучасної теорії про природу ПТСР припускають клінічний перебіг ПТСР асоціаціями з внутрішніми та зовнішніми репрезентантами травми, реакціями страху, когнітивним опрацюванням та оцінкою подій і симптомів травми, що в свою чергу активує психологічний

дистрес [25, 59, 65].

Розвиток нейро-візуалізаційних технологій дозволяє визначити структури головного мозку, на які впливає психічна травма і як ці структури по-різному реагують у відповідь на травматичні події порівняно з їхньою реакцією на нейтральні стимули [157]. Зони мозку, які беруть участь у реакції на травматичний стрес, включають мигдалеподібне тіло, гіпокамп і префронтальну кору. Ділянки мозку, пов'язані з ПТСР, також відіграють важливу роль у функції пам'яті, підкреслюючи важливу взаємодію між пам'яттю та відповіддю на травматичний стрес. Вважається, що аномалії в цих областях мозку лежать в основі симптомів ПТСР та інших психічних розладів, пов'язаних зі стресом [35].

Магнітно-резонансна томографія (МРТ) відіграє провідну роль як у структурній, так і у функціональній нейро-візуалізації при ПТСР, демонструючи вогнищеву атрофію сірої речовини, змінену фракційну анізотропію та змінену вогнищеву нервову активність і функціональний зв'язок між структурами мозку. Результати МРТ показали, що ділянки мозку, пов'язані з патофізіологією ПТСР, включають медіальну та дорзо-латеральну префронтальну кору, орбіто-фронтальну кору, острівець, сочевицеподібне ядро, мигдалеподібне тіло, гіпокамп та парагіпокамп, передню та задню поясну кору, прекунеус, клиновидну, веретеноподібну та мовну звивини та тракти білої речовини, що з'єднують ці області мозку [98]. З них, зміни в передній поясній частині, мигдалеподібному тілі, гіпокампі та острівці добре відтворюються на структурній і функціональній МРТ, підтверджуючи гіпотезу про те, що чітко окреслені психічні прояви, за які «відповідають» вказані структурні ділянки головного мозку, а саме – *страх та реакції на загрозу* відіграють важливу роль у розвитку ПТСР. Крім того, відомо, що більшість із цих структур належать до однієї чи кількох внутрішніх мереж мозку, що регулюють відновлення автобіографічної пам'яті, уваги та емоційного контролю. Завдяки цьому зросло розуміння потенційних механізмів ПТСР, а отримані дані сприяли дослідженню нових терапевтичних методів [36].

З іншого боку, перенесена травматична подія може викликати виникнення

почуття безпорадності, що супроводжується зневірою в собі, втратою відчуття контролю, свободи, можливості щось змінити, пасивністю та фізичною неспроможністю. Для великої кількості людей із посттравматичним стресовим розладом реакція на стресові чинники супроводжується саморуйнівною поведінкою власне з виникненням почуття безпорадності та фізичної неспроможності, що в свою чергу ще сильніше послаблює почуття контролю над власним тілом, думками, поведінкою та емоціями. Повторні травматичні спогади активують та підвищують почуття жаху та невпевненості, комплекс провини, психічної, вербальної та емоційної агресії, а також збільшують вживання наркотиків, алкоголю та інших психотропних речовин.

Пацієнти з ПТСР вразливі до неконтрольованих і непередбачуваних повторних переживань, уникнення та симптомів гіперзбудження, що активуються свідомими та несвідомими травматичними тригерами. Крім цього, і це є дуже важливим, такі пацієнти схильні до негативної інтерпретації травми та її симптомів, що може запускати подальших ланцюг негативних емоційних переживань таких як страх, жах, гнів, провина і сором [147].

Тут доречно додати, що Lindsay-Hartz J. (1996) виділяє цілий кластер емоцій сорому до якого включає почуття приниження, неповноцінності та зніяковілості [105]. Наголошуючи на те, що ці почуття різняться, одночасно вказує, що їх можуть поєднувати фактори, пов'язані з проблемами самосприйняття і самооцінки та своєрідним захистом від нестримного напористого прагнення досягти успіху.

Сором визначається негативною особистісною самооцінкою. Постійне відчуття сорому провокує появу настирливих думок про власну недосконалість. Такий стан може стати тригером у виникненні obsесивно-компульсивних розладів, депресії, погіршення самооцінки, негативного сприйняття себе та соціального самознецінення [100].

У свою чергу, спроби опрацювання травматичного досвіду можуть бути причиною негативної зміни **самооцінки** як в якісних, так і кількісних характеристиках [39]. Особистість і стійкість індивіда, сила і характер травми, а

також минуле і теперішнє середовище індивіда відіграють важливу роль у розвитку ПТСР [55]. Більшість сучасних досліджень припускають важливу роль самооінки та емоцій, пов'язаних з нею, в перебігу посттравматичного розладу.

Щоб вирішити проблеми посттравматичного стресового розладу важливо знати стан самооінки [130]. Відомо, що з нижчою самооінкою пов'язана більша тривожність і комплекс неповноцінності [95, 106]. Людина з високою самооінкою може приймати себе такою, якою вона є, дозволяючи собі без тривоги сприймати та критично опрацьовувати власні недоліки або обмеження. І навпаки: особистість з низькою самооінкою, з високим рівнем афекту сорому та задля компенсації цього афекту «визнанням ззовні», надає надмірної ваги потребам інших, піддаючи себе – в результаті – подальшому самознецінюванню та посиленню проявів вже наявного «комплексу неповноцінності» [131, 194].

Також відомо, що низька самооінка пов'язана з депресією та тривогою [132, 181]. Ризик виникнення ПТСР зростає у високочутливих дітей із нерозвиненими адаптивними здатностями (так званим «слабким его»), оскільки їх психологічний захист у ситуаціях з непередбачуваними інцидентами / нещасними випадками виявляється недостатнім. Зокрема, їх турбують наступні симптоми: а) ітерації спогадів і кошмарів із нічними жахами (*pavor nocturnus*); б) порушення сну та почуття тривоги / напруги з надмірною дратівливістю (так звані «негативні риси особистості»); в) тенденція до соціальної самоізоляції [73].

Крім цього, *занижена самооінка* щодо зовнішнього вигляду, або фізичних недоліків, або ж соціальних здібностей (або все разом у різних комбінаціях) тісно пов'язані з виникнення страху негативної оцінки та соціальної тривожності [104].

Зниження адаптивних здатностей та тривожне очікування негативної оцінки закономірно впливають на показники *самоефективності*. Однак, можна знайти лише декілька перехресних досліджень, які підтверджують твердження, що самоефективність сприяє посттравматичній адаптації [29, 88, 128].

Самоефективність, як переконаність у здатностях керувати своїми афектами та симптоматичними проявами, які виникають у несподіваних

(неочікуваних та непередбачуваних) ситуаціях, при умінні досягати бажаних ефектів у певній діяльності, є одним із важливих захисних факторів при ПТСР [13]. Самоефективність зменшує симптоми посттравматичного стресу через залучення до конструктивної регуляції когнітивних, мотиваційних, афективних процесів і процесів прийняття рішень [13, 159]. Особи з високою самоефективністю вважають симптоми тривоги та стресу *контрольованими та тимчасовими* [41, 101].

Дослідження симптомів посттравматичного стресу та самоефективності з'ясували, що висока самоефективність пов'язана з *нижчими рівнями симптомів посттравматичного стресу* [78, 109, 152, 159].

Однак, слід сказати, що до попередніх результатів досліджень існує альтернативна позиція. У декількох лонгітюдних дослідженнях наводяться неоднозначні висновки щодо зв'язку між самоефективністю та симптомами посттравматичного стресу. Так, зокрема, тривалі спостереження за тими, хто пережив стихійні лиха, виявили, що висока самоефективність – хоча і пов'язана з нижчою інтенсивністю симптомів посттравматичного стресу [22, 23], - але тільки *протягом перших місяців після травми*. [90, 127].

Ще у декількох, але проспективних, дослідженнях взаємозв'язку між самоефективністю та симптомами посттравматичного стресу, використовувалися три оцінки протягом 8-місячного періоду. Такий тривалий період був обраний дослідниками тому, що постраждалі від нападу або жертви насильства можуть відчувати симптоми посттравматичного стресу протягом тривалого періоду часу [89, 113, 155]. Було встановлено, що високий рівень самоефективності корелював із подальшим поступовим зменшенням симптомів посттравматичного стресового розладу, тоді як симптоми посттравматичного стресового розладу – навпаки – не передбачали подальшого зниження рівня самоефективності [33].

У дослідженні Yoshikazu Noda, Kenichi Asano та ін. (2022) вивчався опосередкований вплив симптомів посттравматичного стресового розладу та депресії на зв'язок між рисами особистості та якістю життя працівників

екстреної служби (пожежники, працівники екстреної медичної допомоги та військовий персонал), що піддаються смертельній небезпеці під час аварій або катастроф [126]. Дослідження показали, що працівники екстреної служби часто скаржаться на негативні наслідки надмірного стресу для психічного здоров'я. Серед них домінують такі як депресія та посттравматичний стресовий розлад [42, 58, 94, 190].

Було виявлено прямий вплив між двох «параметрів» особистості – *екстраверсії та емоційної стабільності на прояви ПТСР*. Цікаво, однак, що поширеність ймовірного ПТСР, ймовірної депресії та високого загального психологічного стресу була вищою серед муніципальних (6,6%, 15,9% і 14,9% відповідно) і медичних (6,6%, 14,3% і 14,5% відповідно) працівників, ніж серед пожежників (1,6%, 3,8% і 2,6%, відповідно). Можна було б припускати, що такі відмінності пов'язані із *постійно діючими граничними* стресовими ситуаціями та відсутністю періодів, необхідних для відновлення ресурсів (тобто постійним станом непередбачуваності (Friston K. 2003–2023) [69, 70, 71].

На користь такого припущення свідчить виявлений взаємозв'язок відсутнього відпочинку та комунікації з підвищеним ризиком ПТСР і депресії у муніципальних і медичних працівників. Натомість, брак спілкування був пов'язаний із підвищеним ризиком ПТСР у медичних працівників і депресії у муніципальних і медичних працівників; а участь у роботах, пов'язаних із стихійними лихами, була пов'язана з підвищеним ризиком ПТСР та депресії у муніципальних працівників [145].

Встановлено також, що ПТСР у ветеранів виявляє високу коморбідність з депресією [122, 185]. Така коморбідність, крім усього, пов'язана з особливостями структури особистості (низький рівень організації особистості, прояви розладів особистості, нарцистична потреба у знеціненні допомоги), а також показниками якості життя.

Що стосується особистісних рис, дослідження за участю пожежників і ветеранів війни показали, що нижчі показники рівня емоційної стабільності, екстраверсії та відкритості до досвіду є *предикторами* появи симптомів ПТСР і

депресії [84, 85, 93, 141].

Дослідження за участю офіцерів поліції продемонструвало, що особистісні фактори та стратегії подолання можуть бути тісно пов'язані з наявністю або ступенем посттравматичних стресових розладів [9].

При ПТСР, риси особистості можуть діяти або як «протектори» (тобто, як захисні фактори) або ж як фактори ризику. Для призначення профілактичних і терапевтичних заходів, важливо визначити особистісний профіль, який може мати високий ризик розвитку симптомів посттравматичного стресового розладу. Підкреслюється, при цьому, що це важливо передусім для тих осіб, для яких вказані ризики пов'язані з професійною діяльністю, а саме – працівників служб з надзвичайних ситуацій та *військових* [9, 129].

Наявність тривожних розладів пов'язана з більшою кількістю симптомів ПТСР та нижчим рівнем якості життя [38, 139]. Дослідження за участю офіцерів поліції продемонструвало, що особистісні фактори та копінг-стратегії можуть бути тісно пов'язані з наявністю або ступенем посттравматичних стресових розладів [9].

Anders R, Willemin-Petignat L та ін. (2022) здійснили онлайн-опитування поліцейських у Швейцарії, які повідомили про свої симптоми ПТСР, тривогу, депресію, думки про самогубство, стратегії подолання, професійний стрес і особистісні фактори. Кластерний аналіз висвітлив основні профілі поліцейських: а) не схильних до ризику розвитку патологій, і б) тих, у кого виявлено фактори ризику ПТСР [9]. Однак, автори не концептуалізували власних висновків, вказуючи лише на взаємозалежність захисних факторів та факторів ризику (підтверджену в лінійному та логістичному регресійному аналізі даних опитування).

Разом із тим, отримані авторами результати можуть свідчити про те, що важливими заходами щодо пом'якшення проблем психічного здоров'я є скринінг новобранців на особистісні риси, пов'язані з ризиком, а також орієнтація на відповідні програми психологічної підготовки для розробки функціональних стратегій подолання [9]. ПТСР асоціюється з підвищеною

агресивністю та жорстоким поведінням з боку поліції [51], натомість попереднє навчання, командний дух і міцні, позитивні професійні стосунки сприяють менш серйозним посттравматичним реакціям [31].

Депресія, тривога та посттравматичний стресовий розлад поширені у пацієнтів, поранених під час війни. Проте проведені дослідження вказують, що тяжкість травми не впливає на депресію, тривожність або посттравматичний стресовий розлад у таких пацієнтів [27, 48]. Більшість військових травм – це поранення опорно-рухового апарату. Згідно досліджень, які вивчали психічний статус пацієнтів з ортопедичними травмами, психічні симптоми найчастіше відчували пацієнти з ампутаціями [44, 45]. У 85,2% пацієнтів з переломами, пошкодженням м'яких тканин та супутніми травмами спостерігалися симптоми депресії, 82,7% пацієнтів страждали від тривоги, а симптоми ПТСР спостерігалися у 86,4% пацієнтів [27, 171].

Як можна бачити із наведених останніх даних, все ж прояви ПТСР реєструються у «загальномедичній популяції» військових найчастіше, хоча і не значно перевищуючи показники депресії та тривоги.

Однак, якщо розглядати психічні розлади у військових з пораненнями, як специфічний «посттравматично-тривожно-депресивний» спектр або «кластер» споріднених психопатологічних проявів, то стає очевидним, що таким *інтегральним феноменом*, що об'єднує прояви *самознецінення та зниження рівня самоефективності* – які відіграють суттєву роль у формуванні усіх трьох компонентів названого нами кластеру – *є феномен власної надцінності / неповноцінності (ФВН)*.

Зрозуміло також, що ФВН та його компоненти – зниження самооцінки та самоефективності – найчастіше пов'язані з ризиком розвитку посттравматичного коморбідного «кластеру» – можуть розглядатись як його *суттєвий прогностичний фактор*, особливо у осіб, які зазнали *воєнної травми*.

Посттравматичний стресовий розлад та депресія є незалежними наслідками травматичних подій, проте мають подібні прогнози та можуть бути коморбідними, ускладнюючи перебіг, збільшуючи страждання та дисфункцію

пацієнта [48, 154]. Коморбідність між ПТСР і великим депресивним розладом є поширеним явищем: приблизно половина осіб, що страждає на ПТСР, мають діагноз *великий* депресивний розлад. На сьогоднішній день існують два теоретичних підходи до розуміння коморбідності ПТСР та депресії [64].

Перший полягає в тому, що коморбідність захворювань може бути як наслідок нечіткості діагностичних критеріїв та артефактом накладання симптомів двох діагнозів. Численні дослідження не знайшли достовірного впливу артефакту накладання діагностичних критеріїв двох розладів та довели можливість коморбідного протікання обидвох розладів [188].

Особи, які страждають на коморбідну патологію великого депресивного розладу та ПТСР, частіше мають проблеми у соціальній, професійній сферах діяльності, страждають на когнітивні порушення, мають вищий рівень дистресу та більше схильні до самогубства.

Коморбідність обидвох розладів є несприятливим прогностичним фактором у лікуванні та частою причиною нестабільного комплаєнсу, що має наслідком необґрунтоване переривання лікування. Особи, які реагують на травматичні виклики негативними афективними реакціями та в анамнезі життя в дитячому віці переживали погане ставлення до себе, більш схильні формувати коморбідні варіанти вказаних розладів [64].

Одним із релевантних пояснень коморбідності є припущення наявності біологічних підстав, що пов'язані з функціонуванням генів GR і FKBP5, для опису травма-орієнтованого фенотипу, який може бути представлений підтипом ПТСР [103].

Для того, щоб травматична подія стала «особистісною історією», інтегрованою у наявний «арсенал переживань», травмована людина повинна знову пережити подію в безпечних умовах, не відчуваючи безпорадності та неспроможності, роздумуючи, проговорюючи сприйняття себе та інших у історії про травматичну подію та шукаючи ресурси у собі і навколишньому світі [147, 151].

Тож вивчення та розуміння феномену власної неповноцінності у поєднанні

з рівнем самооефективності, рівнем самооцінки, рівнем депресії, рівнем тривоги, рисами особистості, ПТСР в Україні у сучасних умовах набуває надзвичайної актуальності.

Висновки до РОЗДІЛУ 1

Розглянуті нами дані наявних досліджень, дозволяють сформулювати важливу гіпотезу для нашого подальшого вивчення. А саме: феномен власної неповноцінності може відігравати роль одного з найсуттєвіших факторів у формуванні ПТСР.

Принциповим клінічним аргументом в користь такої гіпотези служить класичне визначення психопатологічної реакції на стресогенну або психогенну ситуацію. Це визначення було сформульоване Карлом Ясперсом (K. Jaspers, 1913-1973 [86]), і воно залишається валідним до сьогодні.

Визначення психо(пато)логічної реакції на стресогенну ситуацію згідно Ясперса містить три обов'язкові критерії, так чи інакше передбачені й у останніх редакціях DSM III - DSM V в рубриці «Розлади адаптації». В усучасненому вигляді ці критерії формуються наступним чином:

1. Зв'язок «реактивного» стану із зовнішньою психогенною або травматично-стресовою ситуацією;
2. Відповідність «духу переживань», тобто змісту суб'єктивної психо(пато)логічної реакції змістові об'єктивної стресогенної ситуації;
3. Редукція психо(пато)логічної реакції на стресогенну ситуацію після усунення або припинення дії цієї ситуації.

Як можна легко побачити, для формування Посттравматичного Стресового Розладу, який *виникає та зберігається* (іноді віддалено у часі) після усунення або припинення дії травматичної ситуації, третій критерій Ясперса не справджується. Ясперс, передбачаючи таку можливість, вказує на додатковий фактор «*Nachwirkung früherer Erlebnisse*» – відставлений вплив попередніх переживань (Jaspers K., *Allgemeine Psychopathologie*, 1973, P. 307-310). Тут йдеться про вплив на формування «реактивних», за своєю природою, станів з

боку «внутрішніх чинників» умовного, суб'єктивного дистресу [86].

Відтак, беручи до уваги проведений нами аналіз літератури, можна вповні аргументовано вважати, що роль такого суб'єктивно вагомого чинника може відігравати Феномен Власної Неповноцінності (ФВН) – як феномен, що починає відігравати роль «психопатологічного тригера» у формуванні ПТСР вже тоді, коли сама травматична ситуація стає неактуальною.

Очевидно також, що наявність виразного ФВН може розглядатись і як фактор ризику виникнення ПТСР.

Ця гіпотеза і була покладена в основу нашого подальшого дослідження.

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для комплексної оцінки клініко-психопатологічних проявів феномену власної неповноцінності (ФВН) як валідного предиктора формування і перебігу ПТСР, нами був розроблений дизайн дослідження, який складається з 5 етапів (рис. 2.1).

На *першому етапі* проведено аналітичний огляд зарубіжних та вітчизняних джерел наукової літератури з питань вивчення феномену власної неповноцінності. Проаналізовано 209 наукових джерел (193 латиною та 16 кирилицею). Встановлено, що ФВН в структурі ПТСР є недостатньо дослідженим, а тому обрана нами проблематика є актуальною, особливо в умовах запровадженого воєнного стану в Україні.

На *другому етапі* роботи розроблено дизайн дослідження, визначено методи за допомогою яких буде збиратись та опрацьовуватись науковий матеріал. Обраховано необхідний обсяг досліджень для отримання достовірної інформації, визначено часові інтервали та місце збору первинних даних при проведенні анкетувань.

На даному етапі згідно формули (2.1) [202] були прораховані необхідні мінімальні кількості учасників, для того щоб вибірки були репрезентативними:

$$n = \frac{N}{1 + N \times p^2} \quad (2.1)$$

де n – необхідний мінімальний обсяг вибіркової сукупності;

p – імовірність похибки (дорівнює 0,05);

N – кількість осіб у генеральній сукупності.

Анкетування проводились із дотриманням принципів добровільності, анонімності та конфіденційності. Всі учасники дали згоду на участь в дослідженні.

I етап	<p>Літературний огляд міжнародного та вітчизняного досвіду у вивченні феномену власної неповноцінності Проаналізовано 209 наукових джерел (193 латиною та 16 кирилицею)</p>									
II етап	<p>Матеріали та методи дослідження</p> <p>6 завдань 4 методи Переклад, адаптація та валідація опитувальника Порівняльного Індексу Почуття Неповноцінності</p>									
III етап	<p>Дослідження феномену власної неповноцінності у загальній популяції</p> <p>612 здобувачів вищої освіти ЗВО III та IV рівнів акредитації м. Львова жовтень-листопад 2021 року</p> <table border="1" data-bbox="488 170 600 1928"> <tr> <td>опитувальник ППН</td> <td>опитувальник загальної самооефективності Шварцера і Єрусалима</td> <td>опитувальник самооцінки Розенберга</td> <td>опитувальник рис особистості ТРІ</td> <td>опитувальник тривоги Бека</td> <td>опитувальник депресії Бека</td> </tr> </table> <p>Поширеність феномену власної неповноцінності у загальній популяції, залежність від статі</p> <p>Асоціація ФВН з самооефективністю, самооцінкою, проявами тривоги, депресією та рисами особистості</p> <p>Вплив ФВН на низьку самооефективність і самооцінку, та їх вплив на депресію та тривогу</p>		опитувальник ППН	опитувальник загальної самооефективності Шварцера і Єрусалима	опитувальник самооцінки Розенберга	опитувальник рис особистості ТРІ	опитувальник тривоги Бека	опитувальник депресії Бека		
опитувальник ППН	опитувальник загальної самооефективності Шварцера і Єрусалима	опитувальник самооцінки Розенберга	опитувальник рис особистості ТРІ	опитувальник тривоги Бека	опитувальник депресії Бека					
IV етап	<p>Дослідження феномену власної неповноцінності у чоловіків з ПТСР, які перенесли бойову психічну травму</p> <p>57 чоловіків з діагностованим ПТСР, які перенесли бойову психічну травму</p> <table border="1" data-bbox="836 170 932 1928"> <tr> <td>опитувальник PCL-5</td> <td>опитувальник загальної самооефективності Шварцера і Єрусалима</td> <td>опитувальник самооцінки Розенберга</td> <td>опитувальник рис особистості ТРІ</td> <td>опитувальник тривоги Бека</td> <td>опитувальник депресії Бека</td> <td>опитувальник PHQ-9</td> <td>опитувальник GAD-7</td> </tr> </table> <p>Асоціація феномену власної неповноцінності з ПТСР у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму</p> <p>Асоціація феномену власної неповноцінності з самооефективністю, самооцінкою, рисами особистості, проявами тривоги та депресією у чоловіків з ПТСР, які перенесли бойову психічну травму</p> <p>Взаємозв'язки поміж рівнями самооефективності, самооцінки, тривоги та депресії у чоловіків з ПТСР, які перенесли бойову психічну травму</p>		опитувальник PCL-5	опитувальник загальної самооефективності Шварцера і Єрусалима	опитувальник самооцінки Розенберга	опитувальник рис особистості ТРІ	опитувальник тривоги Бека	опитувальник депресії Бека	опитувальник PHQ-9	опитувальник GAD-7
опитувальник PCL-5	опитувальник загальної самооефективності Шварцера і Єрусалима	опитувальник самооцінки Розенберга	опитувальник рис особистості ТРІ	опитувальник тривоги Бека	опитувальник депресії Бека	опитувальник PHQ-9	опитувальник GAD-7			
V етап	<p>Феномен власної неповноцінності у формуванні посттравматичного стресового розладу у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму</p> <p>95 чоловіків, які перенесли бойову психічну травму; 57 з них мали діагностований ПТСР</p> <p>Встановлення чинників, які впливають на появу ПТСР</p> <p>Встановлення чинників, які впливають на появу критеріїв B, C, D, E у структурі ПТСР</p> <p>Встановлення чинників, які впливають на появу депресії у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму</p> <p>Удосконалення діагностичного алгоритму для ПТСР</p>									

Рис. 2.1. Дизайн дослідження

Дисертаційне дослідження виконане з дотриманням Порядку проведення наукових досліджень і експертних розробок із залученням людини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького та Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження».

У ході виконання дисертаційної роботи при дослідженні феномену власної неповноцінності нами використано *опитувальник порівняльного індексу почуття неповноцінності* (ППН), який на сьогодні визнано стандартизованим методом оцінки феномену неповноцінності і таким, що використовується у відповідних дослідженнях в галузі психіатрії та психології [52, 167]. Проте, українських публікацій щодо використання цього опитувальника серед релевантних джерел літератури нами не виявлено. Тому нами вперше було здійснено переклад, адаптацію та валідацію зазначеного опитувальника.

У роботі здійснено переклад українською мовою усіх необхідних складових опитувальника ППН. Запропоновано декілька варіантів елементів опитувальника – прикметників-відповідників українською мовою, а оптимальні форми обирались шляхом інтерпретаційного інтерв'ю, коли учасники дослідження пояснювали зміст пропонувананих прикметників. У межах цього етапу було проведено 7 інтерв'ю (респонденти від 20 до 50 років; 4 жінки, 3 чоловіка). Такої кількості інтерв'ю виявилось достатньо, аби досягти необхідного рівня узгодженості в інтерпретаціях (*inter-rating reliability*) та сформуванню фінального переліку елементів опитувальника. У результаті роботи над перекладом нами отримано фінальний варіант адаптованої української версії опитувальника (табл. 2.1).

Опитуваний оцінював кожне з наведених слів – характеристик людини за 6-тибальною шкалою.

- (1) Цілком згоден / Цілком згідна
- (2) Здебільшого згоден / згідна
- (3) Частково згоден / згідна
- (4) Частково не згоден / не згідна

(5) Здебільшого не згоден / не згідна

(6) Не згоден / не згідна.

Таблиця 2.1

Переклад українською мовою опитувальника ППН

№	англійська мова	українська мова
1	healthy	здоровий
2	serious	серйозний
3	excitable	легко збудливий
4	fit	спортивний
5	proud	гордий
6	friendly	дружелюбний
7	coordinated	спритний
8	cautious	обережний
9	sociable	компанійський
10	attractive	привабливий
11	kind	добрий
12	sensitive	вразливий
13	strong	сильний
14	humble	скромний
15	defensive	оборонний, “їжакуватий”
16	fat	товстий
17	optimistic	оптимістичний
18	insensitive	байдужий, не чутливий
19	dirty	неохайний
20	concerned	стурбований
21	aggressive	агресивний
22	frail	кволий
23	reputable	авторитетний
24	egoistic	егоїстичний
25	homely	невибагливий щодо власного вигляду
26	wise	мудрий
27	passive	пасивний
28	awkward	незграбний
29	rational	раціональний
30	quiet	тихий, спокійний

Остаточна версія опитувальника ППН, відтак, складається з 30 пунктів, по 10 з кожної компонентної області: фізичні характеристики, соціальні характеристики та моральні/етичні характеристики.

За цією шкалою кожним із 30 слів – характеристик людини опитувальника на першому етапі опитуваний оцінював когось зі своїх рідних/близьких у своєму дитинстві (оптимально брата або сестру; чи одного з батьків, якщо брата/сестри не було; чи товариша, якщо опитуваний ріс не в сім'ї). На другому етапі опитуваний оцінював себе у дитячому віці за тими ж 30 словами. Важливо зазначити, що всі оцінки опитувані надавали на основі спогадів за дитинство, як за рідних, так і за себе.

Після анкетування проводилось статистичне опрацювання даних, отриманих за допомогою шкал. При отриманні:

- а) достовірної позитивної різниці (опитуваний сприймає родичів краще, ніж себе) класифікувався індекс неповноцінності (index of inferiority) ФВН;
- б) негативної різниці (опитуваний сприймає родичів значно гірше, ніж себе) – індекс надцінності (index of superiority) ФВН;
- в) при відсутності достовірної різниці між цими параметрами – відсутність феномену зміненої самооцінки (Norma).

У межах роботи проведено також пілотне тестування перекладеного опитувальника та повторний ре-тест через 3 тижні з тими ж учасниками ($n=55$, середній вік $22,08 \pm 2,26$ років). Оцінка показала відсутність суттєвої відмінності у повторних відповідях та прямий сильний кореляційний зв'язок різниці середніх показників ($R = 0,74$, $p < 0,001$), що свідчить про надійність опитувальника ППН.

Опитувальник успішно пройшов перевірку внутрішньої узгодженості шкали: загальні показники альфа Кронбаха (табл. 2.2) були добрими як для шкали оцінки члена сім'ї (0,85), так і для шкали самооцінки (0,80).

На *третьому етапі* досліджено поширеність феномену власної неповноцінності та його асоціації у загальній популяції. З цією метою проведено анкетування 612 здобувачів вищої освіти у ЗВО III та IV рівнів акредитації м. Львова у жовтні-листопаді 2021 року. Всього серед опитаних були 351 чоловік та 261 жінка. Середній вік опитаних становив $20,31 \pm 2,99$ років.

Показники альфа Кронбаха опитувальника ППН

Компоненти опитувальника	Оцінка члена сім'ї	Самооцінка
Фізичні характеристики	0,76	0,77
Соціальні характеристики	0,68	0,61
Моральні/етичні характеристики	0,66	0,55
Весь опитувальник	0,85	0,80

Усі анкетовані заповнювали 6 опитувальників:

1. Шкала Порівняльного Індексу Почуття Неповноцінності (ППН);
2. Шкала загальної самоефективності Шварцера і Єрусалима;
3. Шкала самооцінки Розенберга;
4. ТІРІ (10-пунктний опитувальник рис особистості, розроблений С. Гослінгом, П. Ренфру і В. Свонном);
5. Шкала тривоги Бека;
6. Шкала депресії Бека.

Дизайн дослідження передбачав спочатку заповнення опитувальника ППН, за результатами якого респонденти розподілялись на 3 групи: дві, у яких порівняльний індекс почуття неповноцінності був або достовірно вищий - група з індексом неповноцінності (index of inferiority) ФВН, або достовірно нижчий – група з індексом надцінності (index of superiority) ФВН та група з відсутністю феномену зміненої самооцінки (Norma), де порівняльний індекс почуття неповноцінності статистично не відрізнявся.

У подальшому у кожній з цих трьох груп визначали рівні самоефективності, самооцінки, рис особистості, тривоги та депресії, які порівнювались поміж вищезгаданими трьома групами. Інтерпретація результатів в опитувальниках №№2-5 була наступною.

Опитувальник загальної самоефективності Шварцера і Єрусалима [87] включав 10 тверджень, які потребували визначення від опитуваного як часто він реагував / поведився у зазначених ситуаціях. Шкала оцінок була 4-бальною: 1

бал – ніколи, 2 бали – інколи, 3 бали – переважно так, 4 бали – так завжди. Порівняльний аналіз досліджень 23 країн світу із застосуванням шкали самоефективності підтвердив дискримінанту та ретестову валідність, внутрішня узгодженість шкали адаптованих версій становила згідно альфа Кронбаха 0,75 – 0,91, в українській версії – 0,84 [153, 200]. Рівень самоефективності визначали шляхом підрахунку суми балів відповідей на 10 тверджень: 19 і менше балів – низька самоефективність; 20-24 – нижче середнього; 25-29 – середня; 30-35 – вище середнього; 36-40 – висока самоефективність.

Опитувальник самооцінки Розенберга (Rosenberg Self Esteem Inventory) [144] мав 10 тверджень, пов'язаних із загальним відчуттям щодо себе. Опитувальник включав 5 «оптимістичних» тверджень фактору самооцінки (типу «Загалом, я задоволений / задоволена собою») та 5 «песимістичних» тверджень фактору самознищення (типу «Час від часу, я думаю, що я ні на що не здатний / здатна»). Респондент кожне твердження по відношенню до себе оцінював за 4-бальною шкалою: 1 – Цілком погоджуюсь (ЦП), 2 – Погоджуюсь (П), 3 – Не погоджуюсь (НП), 4 – Взагалі не погоджуюсь (ВНП). Підрахунок балів проводили шляхом оцінювання кожної відповіді за шкалою для оптимістичних тверджень: ЦП = 3 бали, П = 2 бали, НП = 1 бал, ВНП = 0 балів; для песимістичних, навпаки: ЦП = 0 балів, П = 1 бал, НП = 2 бали, ВНП = 3 бали. Опитувальник має високу надійність і конструктивну валідність.

Оцінювання результатів здійснювали наступним чином: 0-5 балів – вкрай низький рівень самооцінки, виражене самоприниження; 6-10 балів – низький рівень самооцінки, схильність до самознищення; 11-19 балів – середній рівень самооцінки; 20-24 бали – високий, продуктивний рівень самооцінки; 25-30 балів – надмірно високий рівень самооцінки.

Оцінку рис особистості проводили за адаптованою україномовною версією *опитувальника ТРІ* [79, 203].

Опитувальник включає п'ять фундаментальних вимірів для опису і оцінки особистості: екстраверсія (Extraversion), дружелюбність (Agreeableness), добросовісність (Conscientiousness), емоційна стабільність (Emotional Stability)

та відкритість новому досвіду (Openness to Experience). Для кожного виміру особистості було передбачено два твердження, кожне з яких описувало різні полюси фактору. Таким чином, респонденту потрібно було дати відповідь на запитання «Наскільки добре кожна із запропонованих категорій описує Вас?», поставивши бали за 7-бальною шкалою від 1 балу (абсолютно не погоджуюсь) до 7 балів (абсолютно погоджуюсь) біля кожного з десяти тверджень, кожне з яких мало по два дескриптори-прикметники.

Оцінка стану тривожності проводилась згідно *опитувальника тривоги Бека*, який складався з 21 пункту найпоширеніших симптомів тривоги, кожен з яких повинен бути оцінений випробуваним за 4-рибальною шкалою:

0 балів – Зовсім не турбував;

1 бал – Злегка турбував / Не дуже мене турбував;

2 бали – Турбував певною мірою / Це було неприємно, але я міг / могла це переносити

3 бали – Дуже сильно турбував / Я насилу міг / могла це виносити протягом минулого тижня, включаючи сьогоднішній день симптом турбує дуже сильно.

Усього респондент міг набрати максимально 63 бали, градацію рівнів тривоги визначали наступним чином [19]:

0-7	Немає тривоги
8-63	Тривога є, в тому числі:
8-15	Легка
16-25	Помірна
26-63	Важка

Шкала *опитувальника депресії Бека* складалась з 21 категорії симптомів і скарг. Кожна категорія містила 4-5 тверджень, що відповідають специфічним проявам/симптомам депресії, і оцінювалась від 0 до 3 балів відповідно до наростання тяжкості симптому. Всі твердження опитувальника Бека є прямими, тому для підрахунку загального результату всі бали, відповідні вибраним

твердженням, сумували. Сумарний бал може перебувати в діапазоні від 0 до 63 і зростає відповідно до погіршення стану. Результати тесту інтерпретовано наступним чином [20]:

0-13 балів	Норма / без депресії
14-63 бали	Депресія, у тому числі:
14-19 балів	Легка депресія
20-28 балів	Помірна депресія
29-63 бали	Важка депресія

Четвертий етап зосереджено на дослідженні феномену Власної Неповноцінності у пацієнтів з ПТСР.

Анкетування 95 чоловіків, які перенесли бойову психічну травму, було проведено в лютому-липні 2023 року на базі КНП «Перше територіальне медичне об'єднання міста Львова» та КНП ЛОР «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня». За результатами анкетування ПТСР було діагностовано у 57 чоловіків (60% усіх анкетованих).

Аналогічно респондентів було поділено на три групи згідно індексу почуття неповноцінності: а) група з індексом неповноцінності ФВН; б) група з індексом надцінності ФВН та в) група з відсутністю феномену зміненої самооцінки.

Надалі було досліджено рівні самоефективності і самооцінки та риси особистості, а також рівні тривоги і депресії та загальна кількість балів згідно опитувальників Posttraumatic Checklist-5 (PCL-5), The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) та General Anxiety Disorder-7 (GAD-7).

Для клінічної діагностики ПТСР було використано опитувальник PCL-5 [180, 195]. Опитувальник складається з 20 запитань. Кожне запитання оцінювалося від 0 до 4 балів залежно від вираженості симптому.

Опитувальник PCL-5 оцінює 5 основних кластерів симптомів ПТСР:

Критерій А – наявність травматичної події

Критерій В – симптоми інтрузії (перші 5 запитань)

Критерій С – симптоми уникнення (2 питання)

Критерій D – негативні думки та емоції (7 питань)

Критерій Е – надмірна реактивність (6 питань)

Інтерпретації результатів опитувальника PCL-5 здійснювалась двоетапно: на першому етапі для діагностики ПТСР пацієнт мав набрати 33 або більше балів. Заключна діагностична оцінка клінічного випадку здійснювалась за допомогою структурованого клінічного інтерв'ю CAPS-5 згідно підрахунку балів за кластерами симптомів: ПТСР діагностувався у випадку відповіді на 2 або більше бали на одне питання за критерієм В та одне питання за критерієм С, а також по два запитання за критерієм D та Е.

Оцінка тяжкості депресії проводилась за результатами опитувальника PHQ-9 – шкали самооцінки депресії, яка складається з 9 пунктів та дозволяє кваліфікувати синдромальний діагноз депресії [163, 184]. На кожне із 9 запитань респондент обирав один із запропонованих варіантів відповідей:

«Ніколи» – 0 балів

«Кілька днів» – 1 бал

«Більше половини днів» – 2 бали

«Майже щодня» – 3 бали

Підрахунок загальної суми балів дозволяв визначити тяжкість депресії:

0-4 бали	Відсутня депресія
5-9 бали	Мінімальна депресія
10-14 балів	Помірна депресія
15-19 балів	Середня депресія
20-27 балів	Важка депресія

Також пацієнти проходили тест на наявність генералізованого тривожного

розладу згідно опитувальника GAD-7 [97, 162, 169]. Опитувальник містив 7 запитань.

Оцінка GAD-7 розраховувалась шляхом присвоєння 0 балів, 1 балу, 2 балів та 3 балів категоріям відповідей: «ніколи», «кілька днів», «більше половини днів» та «майже щодня» відповідно.

Інтерпретація результатів проводилась згідно шкали:

0-4 бали	Відсутня тривожність
5-7 балів	Мінімальна тривожність
8-9 балів	Помірна тривожність
10-14 балів	Середня тривожність
15-21 бал	Важка тривожність

На *п'ятому етапі* за допомогою методу логістичної регресії здійснено виокремлення чинників, які достовірно могли б впливати на появу ПТСР у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму. Загальна кількість факторів, які були включені в математичну модель щодо прогнозування розвитку ПТСР становила 15 (14 результатів опитувальників, а також вік чоловіків). У подальшому за ідентичною послідовністю дій, нами було виокремлено чинники, які достовірно впливали на окремі критерії ПТСР (В, С, D, E) та на розвиток депресії у даних пацієнтів.

Медико-статистичні методи використовували для визначення обсягу дослідження, збору, статистичної обробки та аналізу отриманих даних, оцінки вірогідності результатів.

При аналізі середніх величин для визначення нормальності розподілу використано критерій Шапіро-Уїлка (Shapiro–Wilk's). В залежності від типу розподілу, центральну тенденцію наведено або у форматі $M \pm SD$ (середнє арифметичне значення \pm стандартне відхилення), або у форматі Me (25%; 75%), де Me – медіана, 25% – перший квантиль, 75% – третій квантиль.

Для виявлення достовірності різниці між двома групами використовували

t критерій для непов'язаних груп для даних із нормальним розподілом, або U-критерій Манна-Уїтні (Mann - Whitney U-test). Для виявлення різниці між трьома та більше груп використовували H-критерій Краскела-Уолліса (Kruskal - Wallis test) із подальшим апостеріорним тестом Дана для попарного порівняння. Для перевірки значущості різниці між пов'язаними групами використовували t критерій для пов'язаних груп або W-критерій знакових рангів Уїлкоксона (Манна-Уїтні-Уїлкоксона) (The Wilcoxon Rank-Sum Test).

Результати аналізу відносних величин наводились у вигляді екстенсивних і інтенсивних показників та їх похибок, які розраховувались за методом Вальда (The Wald Test) чи кутового перетворення Фішера (Fisher). Достовірність різниці поміж відносними величинами встановлювали за допомогою методу ксі-квадрат. Якщо очікуване значення в одній із комірок таблиці частот становило менше 5, то використовувався точний критерій Фішера.

Рівень достовірності встановили на рівні $\alpha=95$. Різниця вибірок вважалась достовірною при $p < 0,05$.

Кореляційні зв'язки між досліджуваними параметрами перевіряли методами Пірсона (Pearson) та рангової кореляції.

При опрацюванні прогностичної моделі вірогідності появи ПТСР нами застосовано метод логістичної регресії [204]. Даний метод дозволяє ідентифікувати які з параметрів (самооцінка, самоефективність, тривога, депресія, риси особистості) впливають на появу ПТСР, а також здійснювати персоніфіковане прогнозування виходячи з конкретних значень досліджуваних чинників. Нами було застосовано покроковий метод логістичної регресії з поступовим включенням достовірних ознак за методом Вальда. Отримані коефіцієнти моделі аналізувалися за допомогою критерію ксі-квадрат (Chi-square).

Вірогідність появи результативної ознаки: ПТСР чи окремого його критерію (К) залежно від аналізованих чинників розраховувалась за формулою 2.1:

$$K = \frac{1}{1+e^{-M}} * 100\% \quad (2.1)$$

де $e = 2,718...$ – основа натуральних логарифмів,

M – величина, обчислена за формулою 2.2:

$$M = \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_n x_n + A, \quad (2.2)$$

де β_i - коефіцієнти при кожному факторі,

x_i - значення факторів.

A – константа.

Для оцінки якості отриманої моделі прогнозування ПТСР використовували ROC-аналіз. В результаті ROC-аналізу, окрім графіку ROC-кривої, аналізували показники площі під кривою (AUC), чутливості, специфічності та точності моделі. Також проводився вибір оптимального показника порогового значення прийняття рішення. Після встановлення оптимального порогового значення проводився обрахунок кінцевих значень чутливості, специфічності та точності моделі.

Усі статистичні обрахунки проводилися із використанням програмного забезпечення RStudio v.1.2.5042.

Висновки до РОЗДІЛУ 2

1. Вперше здійснено перевірений переклад українською мовою опитувальника ППН з адаптацією термінології до специфіки мови.

2. Проведене тестування оптимізованого опитувальника ППН довело його валідність та високий рівень надійності: отримано достовірні значення оцінок внутрішньої узгодженості за коефіцієнтом альфа Кронбаха та статистично доведені показники перевірки ретестової надійності опитувальника.

3. У ході виконання дисертаційної роботи використано опитувальники, які забезпечили валідність та надійність отриманих результатів дослідження.

РОЗДІЛ 3.

АСОЦІАЦІЇ ФЕНОМЕНУ ВЛАСНОЇ НЕПОВНОЦІННОСТІ (ФВН) ЗІ СПЕКТРОМ ДОСЛІДЖУВАНИХ ПРОЯВІВ: САМОЕФЕКТИВНІСТЬ, САМООЦІНКА, РИСИ ОСОБИСТОСТІ, ТРИВОГА, ДЕПРЕСІЯ

Анкетування 612 респондентів, здійснене у жовтні-листопаді 2021 року, *на першому етапі* передбачало заповнення опитувальника Порівняльного Індексу Почуття Неповноцінності (ППН). Згідно його результатів респонденти були розподілені на 3 групи: а) група з індексом неповноцінності (index of inferiority) феномену власної неповноцінності (ФВН), б) група з індексом надцінності (index of superiority) ФВН та в) група з відсутністю феномену зміненої самооцінки (Norma). У кожній з цих груп передбачався розподіл ФВН за статтю.

У подальшому, *на другому етапі*, в кожній з цих трьох груп визначались рівні самоефективності та самооцінки, а також риси особистості. До того ж визначалась наявність ознак депресії та тривоги. Отримані дані, відтак, порівнювались поміж вищезгаданими трьома групами ФВН.

Згідно опитувальника ППН, встановлено, що індекс неповноцінності (index of inferiority) ФВН мали 43 респонденти ($7,03 \pm 1,03$ %); кожний десятий анкетований ($11,11 \pm 1,27$ %, $n=68$) мав індекс надцінності (index of superiority) ФВН, тобто схильність до переваги над іншими. Більшість респондентів мали відсутність феномену зміненої самооцінки (Norma) – $81,86 \pm 1,56$ %, $n=501$ [199].

Порівняння за статтю (рис. 3.1) в групах з різним індексом ФВН показало відсутність суттєвої різниці ($p > 0,05$) у всіх групах. З'ясовано, що недостовірно більша частка чоловіків була у групі з відсутністю феномену зміненої самооцінки ($82,34 \pm 2,04$ % проти $81,23 \pm 2,42$ % жінок, $p=0,72$), відтак у осіб зі ФВН було незначно більше жінок, ніж чоловіків: $18,77\%$ [14,28-23,73] проти $17,66\%$ [13,86-21,82], $p=0,72$. Зокрема, індекс неповноцінності ФВН мали $6,84\%$ [4,44-9,71] чоловіків та $7,28\%$ [4,45-10,74] ($p=0,83$) жінок, індекс надцінності ФВН – $10,83\%$ [7,80-14,29] чоловіків та $11,49\%$ [7,92-15,64] ($p=0,79$) жінок.

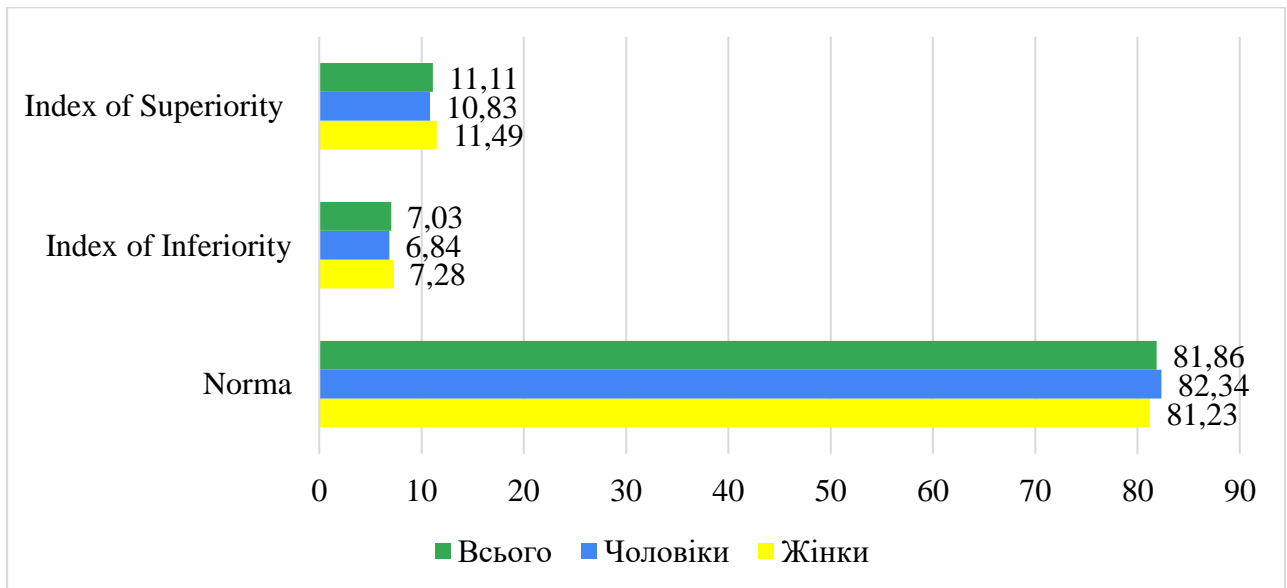


Рис. 3.1. Розподіл респондентів з різним індексом почуття неповноцінності за статтю (%).

3.1. Асоціація феномену власної неповноцінності з самоефективністю та самооцінкою

Результати анкетування студентів за шкалою загальної *самоефективності* Шварцера і Єрусалима показали, що медіанне значення було на рівні «вище середнього» і становило 30 [26,75; 33] балів, мінімальний показник у загальній досліджуваній групі (n=612) склав 10 балів (що відповідало рівню «низька самоефективність»), а максимальний – 40 балів («висока самоефективність»). Обрахунок середнього показника загальної самоефективності засвідчив, що середнє арифметичне було практично таке ж, як і медіанне значення (29,84±5,29 балів) [198].

Порівняння за допомогою критерію Краскела-Уолліса балів загальної самоефективності у групах респондентів з різними індексами ФВН довело наявність суттєвих відмінностей між рівнем самоефективності при різних індексах неповноцінності (p=0,03).

Зокрема, анкетовані, які згідно опитувальника ППН були зараховані до групи index of superiority ФВН, мали достовірно (p=0,04) найменше почуття

самоефективності (табл. 3.1) порівняно з іншими групами. У групі index of superiority ФВН згідно шкали загальної самоефективності Шварцера і Єрусалима медіанне значення становило 28 [25; 32] балів (мінімум – 18 балів, максимум – 39 балів), середній показник був практично ідентичним – $28,40 \pm 4,97$ балів. Таким чином, аналізоване значення відповідає «середньому» рівню самоефективності, що є на порядок нижче, ніж у групах index of inferiority ФВН та Norma.

Таблиця 3.1

Розподіл результатів за шкалою загальної самоефективності Шварцера і Єрусалима у групах з різним ПППН (у балах)

Групи	n	Me [Q1; Q3]	min	max
index of inferiority ФВН	43	31 [28; 33]*	18	38
norma	501	30 [27; 34]*	10	40
index of superiority ФВН	68	28 [25; 32]	18	39
Всі респонденти	612	30 [26,75; 33]	10	40

Примітка. * достовірна різниця ($p < 0,05$) із групою index of superiority згідно тесту Дана.

Показники загальної самоефективності були найвищими у групі студентів із індексом неповноцінності (index of inferiority) ФВН: медіанне значення становило 31 [28; 33] бал (середнє значення було $30,44 \pm 4,34$ балів), водночас мінімальний показник склав 18 балів, а максимальний – 38 балів. Згідно критеріїв оцінки самоефективності такі значення балів відповідають рівню «вище середньої» самоефективності.

Аналогічний рівень самоефективності мають студенти з відсутністю феномену зміненої самооцінки: медіана становить 30 [27; 34] балів (середній показник був такий же – $29,99 \pm 5,38$ балів) при мінімальному показнику 10 балів і максимальному 40 балів. Різниці між показниками груп index of inferiority ФВН та Norma при пост-хок аналізі не доведено ($p = 0,39$).

У групі студентів, які мали будь-який прояв феномену зміненої самооцінки (index of inferiority + index of superiority, $n = 111$) рівень загальної

самооефективності становив 29 [26; 33] балів та достовірно ($p=0,09$) не відрізнявся від показників у групі студентів з відсутністю феномену зміненої самооцінки 30 [27; 34] балів.

Аналіз порівняння за допомогою критерію Краскела-Уолліса балів загальної самооефективності окремо у чоловіків з різними індексами ФВН не показав наявності суттєвих відмінностей між рівнем самооефективності при різних індексах неповноцінності ($p=0,13$). Проте, все ж слід відмітити, що найвищий бал загальної самооефективності був у чоловіків із індексом неповноцінності ФВН: медіанне значення на рівні 32 [29,5; 33] бали при мінімальному показнику 22 балів, а максимальному – 38 балів, що є подібно до показника самооефективності у чоловіків із відсутністю феномену зміненої самооцінки: 31 [27; 35] бал (Min 10 балів, Max 40 балів), $p=0,72$ (рис. 3.2).

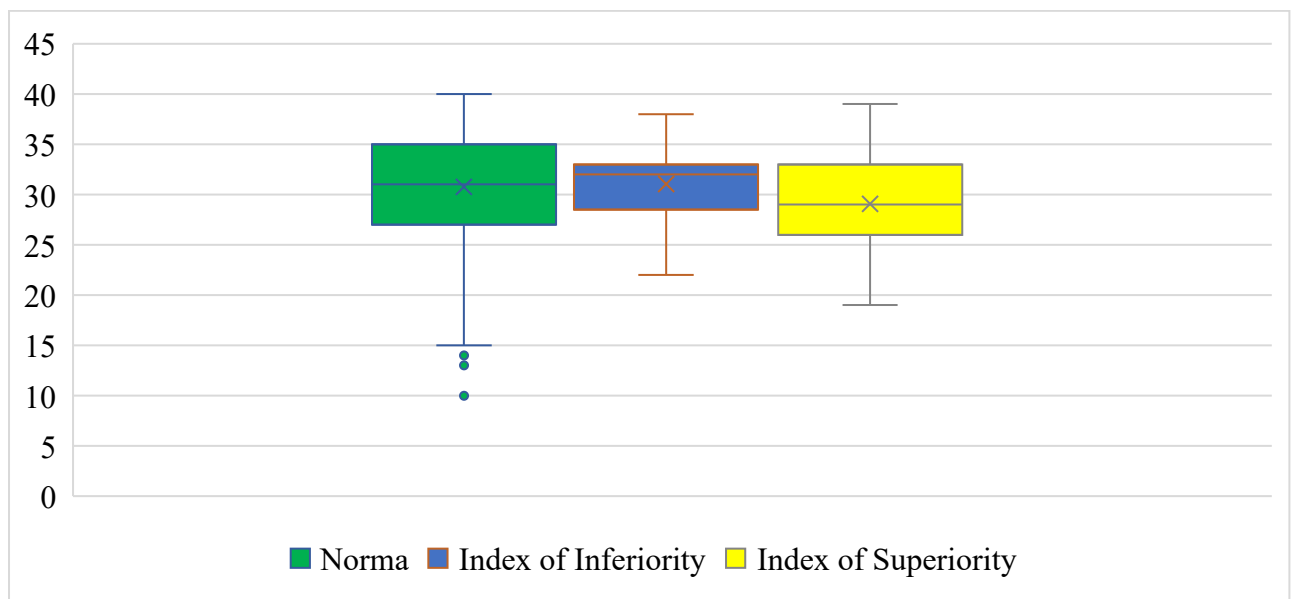


Рис. 3.2. Порівняння медіанних показників балів загальної самооефективності у групах чоловіків з різним індексом неповноцінності

У чоловіків із index of superiority ФВН медіанне значення показника самооефективності було найнижчим порівняно з іншими групами і становило 29 [26,3; 32,8] балів (мінімум – 19 балів, максимум – 39 балів), проте суттєвої різниці з іншими групами не встановлено ($p>0,05$). На загал медіанний бал в групі ФВН становив 30 [27; 33] балів ($p=0,21$ із групою чоловіків з відсутністю

феномену зміненої самооцінки).

Порівняння медіанних показників балів загальної самоефективності у групах жінок з різним індексом неповноцінності також не довело наявності достовірної різниці між цими групами ($p=0,17$).

Найвищий медіанний бал мали жінки з індексом неповноцінності ФВН: 31 [27,5; 33] бал (мінімальний показник 18 балів, максимальний – 35 балів), найнижчий – жінки з індексом надцінності ФВН: 27 [24; 31,8] балів (Min 18 балів, Max 39 балів), різниця між показниками груп несуттєва ($p=0,10$) (рис. 3.3).

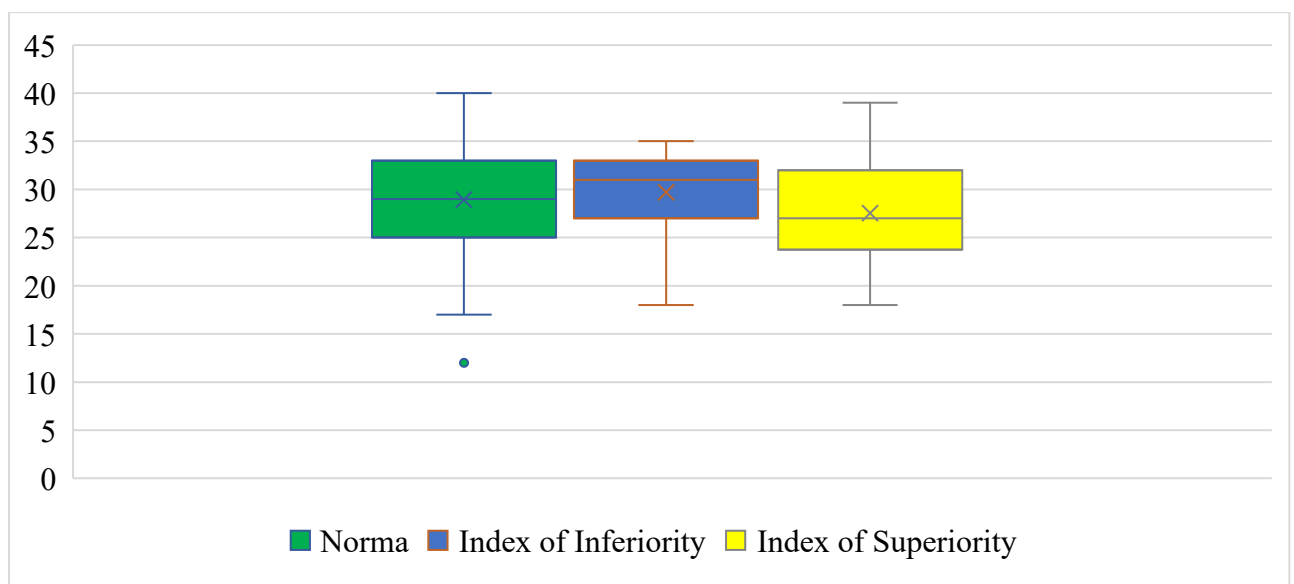


Рис. 3.3. Порівняння медіанних показників балів загальної самоефективності у групах жінок з різним індексом неповноцінності

У жінок з відсутністю феномену зміненої самооцінки медіана рівня самоефективності становить 29 [25; 33] балів при мінімальному показнику 12 балів і максимальному 40 балів. Різниці між цим показником та показниками груп index of inferiority ФВН та Index of Superiority ФВН не доведено ($p>0,05$). Статистично вірогідної різниці між показником самоефективності у жінок з відсутністю феномену зміненої самооцінки та жінками, які мали будь-який прояв феномену зміненої самооцінки (29 [25; 33] балів, $p=0,51$), також не виявлено.

Результати опитування серед усіх студентів за шкалою самооцінки Розенберга у досліджуваній групі показали високий рівень самооцінки: медіанне

значення становило 21 [18;25] бал, із коливаннями від мінімального показника 3 бали (дуже низький рівень самооцінки) до максимального значення 30 балів (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Розподіл результатів за шкалою самооцінки Розенберга у групах з різним ППН (у балах)

Групи	n	Me [Q1; Q3]	min	max
index of inferiority	43	19 [17;24]	8	30
norma	501	22 [18;25]**	3	30
index of superiority	68	18 [15,75;22]	7	29
Всі респонденти	612	21 [18;25]	3	30

Примітка. ** достовірна різниця ($p < 0,001$) із групою index of superiority згідно тесту Дана.

Обрахунки середнього показника показали його подібність до медіанного значення ($20,71 \pm 5,20$ балів).

Аналогічно, порівняння за допомогою критерію Краскела-Уолліса довело наявність достовірних відмінностей між рівнем самооцінки в залежності від індексу феномену власної неповноцінності ($p = 0,0004$) [198].

Найвище медіанне значення самооцінки мали студенти з відсутністю феномену зміненої самооцінки – 22 бали [18; 25] (мінімум 3 бали, максимум 30 балів), середній бал становив $21,04 \pm 5,15$ балів.

У групі index of inferiority ФВН медіанні значення показників самооцінки становили 19 [17;24] балів (мінімальне значення 8 балів, максимальне – 30 балів), середній показник був $20,14 \pm 5,61$ балів. Поміж показниками самооцінки у групах index of inferiority і Norma достовірної різниці не доведено ($p = 0,26$).

Найнижчі показники самооцінки були у групі студентів із індексом надцінності (index of superiority) ФВН – 18 [15,75;22] балів. Мінімальне значення у цій групі становило 7 балів, максимальне – 29 балів, а середнє – $18,62 \pm 4,77$ балів. Пост-хок аналіз засвідчив, що ці значення є суттєво нижчими, ніж

показники групи студентів з відсутністю феномену зміненої самооцінки ($p=0,0003$) та недостовірно нижчими від показників групи index of inferiority ($p=0,20$).

У групі студентів, які мали феномен зміненої самооцінки (index of inferiority + index of superiority, $n=111$) рівень самооцінки становив 19 [16; 23] балів та достовірно ($p=0,0002$) був меншим, ніж у групі студентів з відсутністю феномену зміненої самооцінки, де даний показник становив 22 [18; 25] бали.

Аналіз порівняння медіанних балів самооцінки за статтю довів наявність суттєво ($p<0,001$) вищих показників самооцінки у чоловіків, ніж у жінок, хоча в обидвох випадках результат перебував на рівні «високого, продуктивного рівня самооцінки». Зокрема, у чоловіків результат становив 22 [19; 25] бали (мінімальне значення 3 бали, максимальне – 30 балів), тоді як у жінок: 20 [16; 24] балів (мінімальне значення 6 балів, максимальне – 30 балів).

Оцінювання рівня самооцінки у групах чоловіків з різними індексами ФВН за допомогою критерію Краскела-Уолліса довело наявність суттєвих відмінностей між балами самооцінювання при різних індексах неповноцінності ($p=0,002$). Високий, продуктивний рівень самооцінки був у чоловіків із відсутнім феноменом зміненої самооцінки: 22 [19; 26] бали (Min 3 бали, Max 30 балів), дещо нижчим – у чоловіків з індексом неповноцінності ФВН: 20,5 [17; 24] бали (Min 12 балів, Max 30 балів) (рис. 3.4). Натомість середній рівень самооцінки із медіанним балом 19 [17,3; 22] (Min 12 балів, Max 29 балів) мали чоловіки з індексом надцінності ФВН, що суттєво відрізнялось від рівня самооцінки чоловіків із відсутнім феноменом зміненої самооцінки ($p=0,001$).

У групі чоловіків, які мали будь-який прояв феномену зміненої самооцінки (index of inferiority + index of superiority) рівень самооцінки також був середнім та становив 19 [17; 23] балів ($p=0,001$ із показником чоловіків з відсутністю феномену зміненої самооцінки).

За результатами аналізу критерію Краскела-Уолліса щодо рівня самооцінки у групах жінок із різним індексом неповноцінності не було виявлено достовірної різниці між показниками цих груп ($p=0,10$).

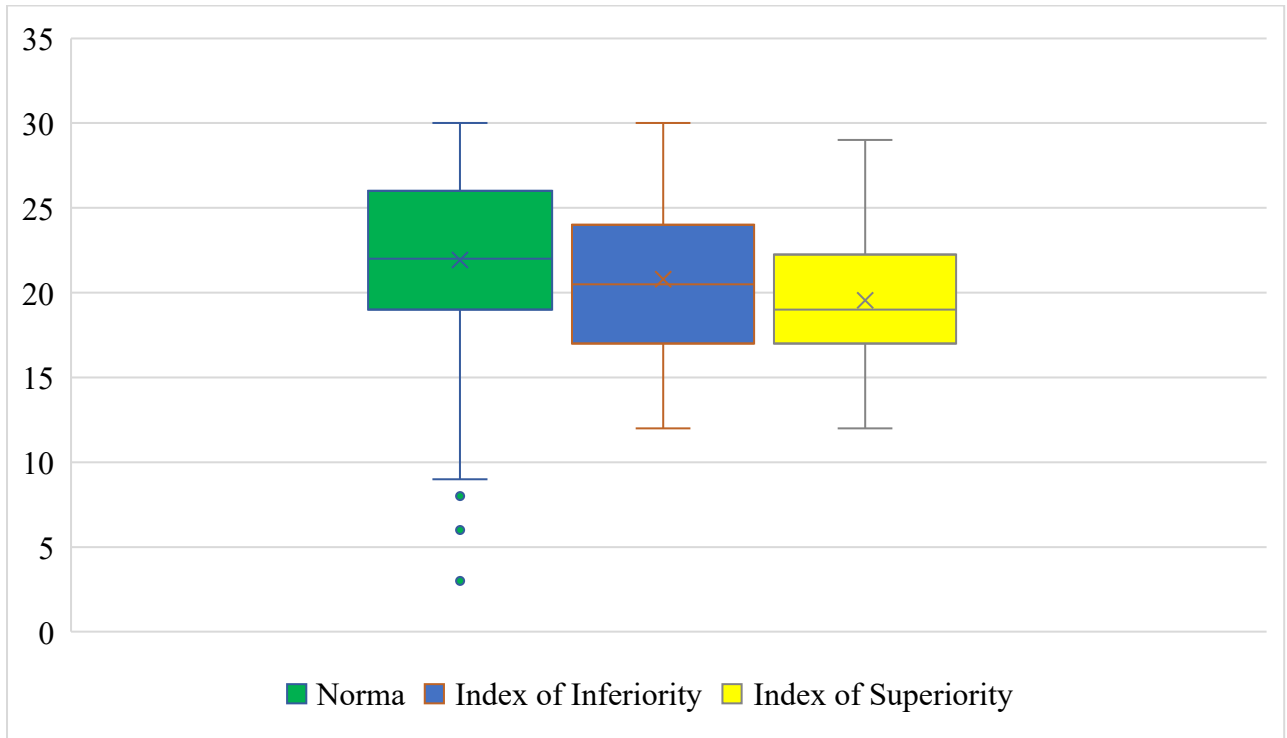


Рис. 3.4. Порівняння медіанних показників балів самооцінки у групах чоловіків з різним індексом неповноцінності

Найвищий бал самооцінювання мали жінки з відсутністю феномену зміненої самооцінки: 20 [16; 24] балів (мінімальне значення 6 балів, максимальне – 30 балів). Незначно нижчим була медіана рівня самооцінки у жінок з index of inferiority ФВН: 19 [15,5; 24,5] балів (мінімальне значення 8 балів, максимальне – 28 балів). Найнижчим було медіанне значення самооцінки у жінок з index of superiority ФВН: 18 [13,3; 21,8] балів (мінімум – 7 балів, максимум – 26 балів), що відповідало середньому рівню самооцінки (рис. 3.5).

Жінки із будь-яким проявом феномену зміненої самооцінки також мали низький рівень самооцінки: 18 [14; 23] балів, проте суттєвої різниці із групою жінок з відсутністю феномену зміненої самооцінки не доведено ($p=0,07$).

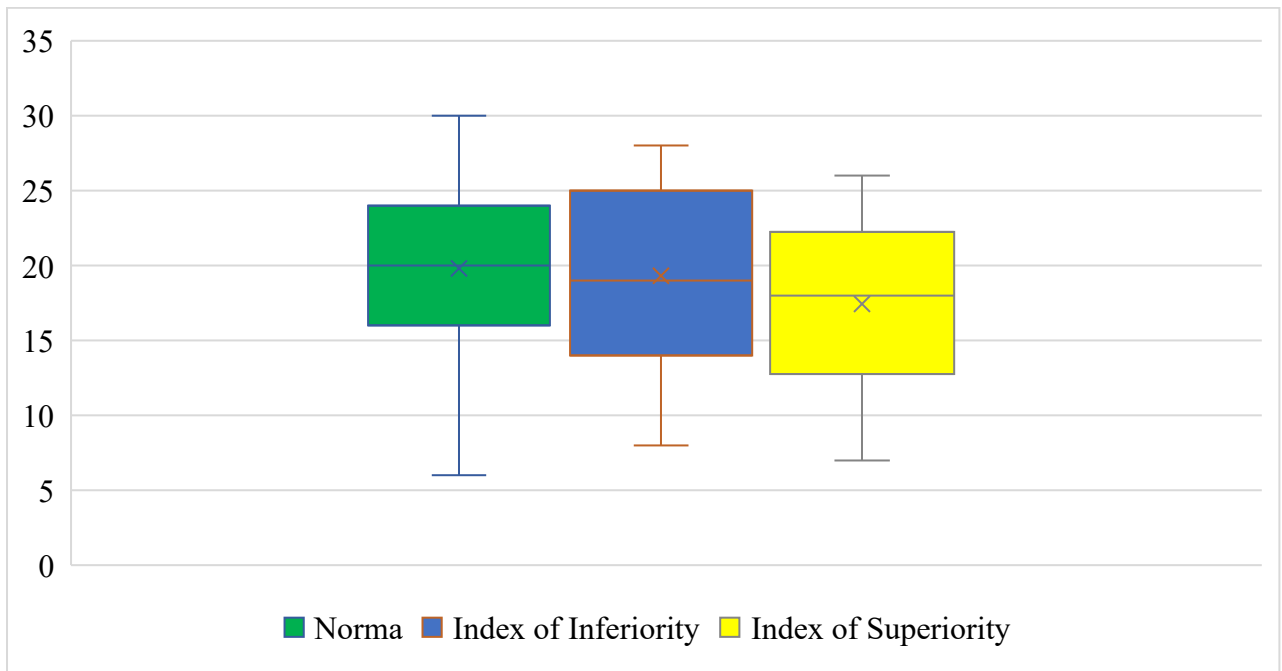


Рис. 3.5. Порівняння медіанних показників балів самооцінки у групах жінок з різним індексом неповноцінності

3.2. Феномен власної неповноцінності крізь призму п'ятифакторної моделі особистості

Оцінка розподілу середніх балів рис особистості за шкалою ТІРІ серед усієї досліджуваної молоді показала найвищі бали добросовісності $5,38 \pm 1,34$ балів, що є достовірно ($p < 0,01$) найвищим показником порівняно з іншими аналізованими рисами (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Розподіл середніх балів рис особистості за шкалою ТІРІ у групах чоловіків та жінок ($M \pm SD$, бали)

Риси особистості	Всі респонденти	Чоловіки	Жінки	p
Екстраверсія	$4,59 \pm 1,18$	$4,55 \pm 1,22$	$4,56 \pm 1,16$	0,28
Дружелюбність	$5,10 \pm 1,26$	$5,01 \pm 1,28$	$5,22 \pm 1,23$	0,02
Добросовісність	$5,38 \pm 1,34$	$5,28 \pm 1,37$	$5,50 \pm 1,30$	0,03
Емоційна стабільність	$4,27 \pm 1,49$	$4,61 \pm 1,41$	$3,98 \pm 1,49$	<0,001
Відкритість новому досвіду	$5,18 \pm 1,40$	$5,15 \pm 1,42$	$5,24 \pm 1,37$	0,64

Добросовісність свідчить про прагнення опитуваних до відповідального ставлення до діяльності, розсудливості та надійності. Високі бали є притаманні людям-трудоголікам, перфекціоністам, сумлінним та дисциплінованим. Інші риси особистості у досліджуваній вибірці розподілилися наступним чином.

На рівні вище 5 балів також визначено ще дві риси особистості: відкритість новому досвіду ($5,18 \pm 1,40$ балів) та дружелюбність ($5,10 \pm 1,26$ балів), середні бали яких суттєво відрізнялись від інших рис особистості ($p < 0,01$), проте не мали достовірної різниці між собою ($p > 0,05$). Такі високі бали свідчать про позитивні якості наведених рис особистості: відкриті новому досвіду люди мають широкі інтереси, розвинену фантазію, гнучкий розум, оригінальність та естетичну чутливість, а дружелюбні – прагнуть до соціальних взаємодій, побудови дружніх стосунків, є більш толерантними, терпимими до інтересів і запитів інших.

Відтак, інші дві риси особистості в обстежуваних осіб були на рівні менше 5 балів. Зокрема, екстраверсія була на рівні $4,59 \pm 1,18$ балів ($p < 0,01$ з іншими рисами), для якої притаманна товарицькість, активність схильність до лідерства; емоційна стабільність – $4,27 \pm 1,49$ балів ($p < 0,01$ з іншими рисами), а значить, в цілому, досліджувана молодь – це врівноважені люди, які ставляться до життя більш раціонально і спокійно, яких важко вивести з рівноваги і спокою.

Необхідно також зазначити, що порівняння рис особистості за ознакою статі показало, що дружелюбність та доброзичливість мали достовірно вищі бали у жінок ($5,22 \pm 1,23$ балів та $5,50 \pm 1,30$ балів), ніж у чоловіків ($5,01 \pm 1,28$ балів, $p = 0,017$ та $5,28 \pm 1,37$ балів, $p = 0,025$ відповідно). Тоді як середні бали емоційної стабільності були достовірно вищими у чоловіків, ніж у жінок: $4,61 \pm 1,41$ балів проти $3,98 \pm 1,49$ балів, $p < 0,001$. Середній рівень інших рис (екстраверсія та відкритість новому досвіду) не мав суттєвих відмінностей за статтю ($p > 0,05$).

Наступним етапом дослідження було співставлення кожної риси особистості у групах з різним індексом ПППН.

Встановлено, що середні бали екстраверсії були найнижчими у групі осіб з індексом надцінності ФВН ($4,50 \pm 1,25$ балів), проте все ж суттєво не відрізнялись від балів у групі осіб з відсутністю феномену зміненої самооцінки

($4,59 \pm 1,17$ балів, $p > 0,05$) та у групі осіб з індексом неповноцінності ФВН ($4,72 \pm 1,17$ балів, $p > 0,05$) (рис. 3.6).

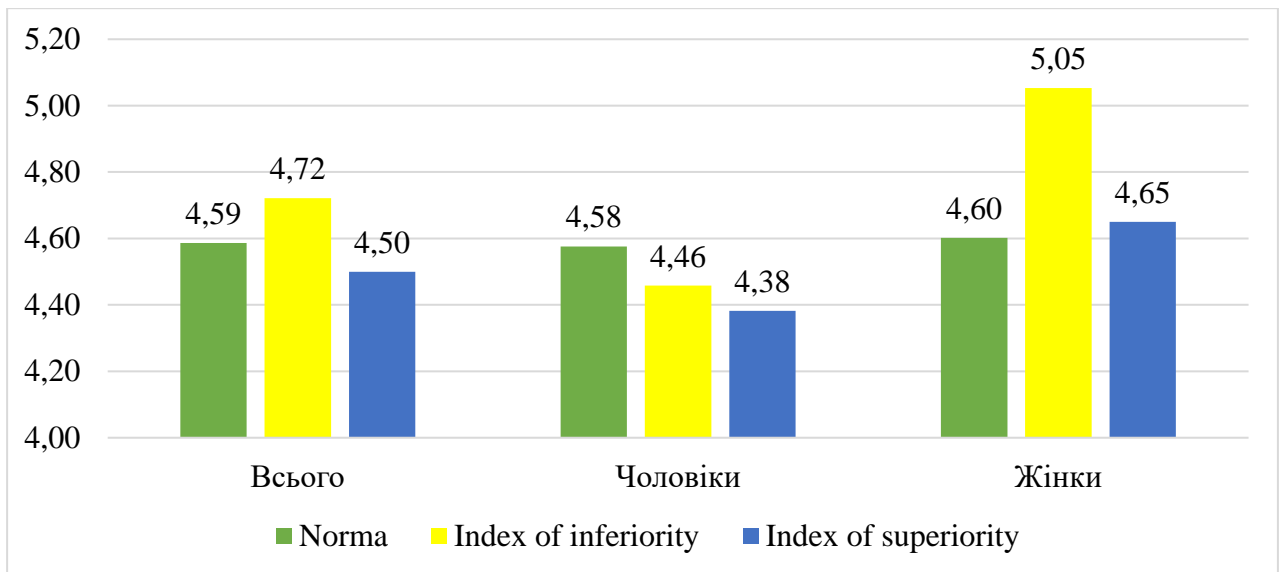
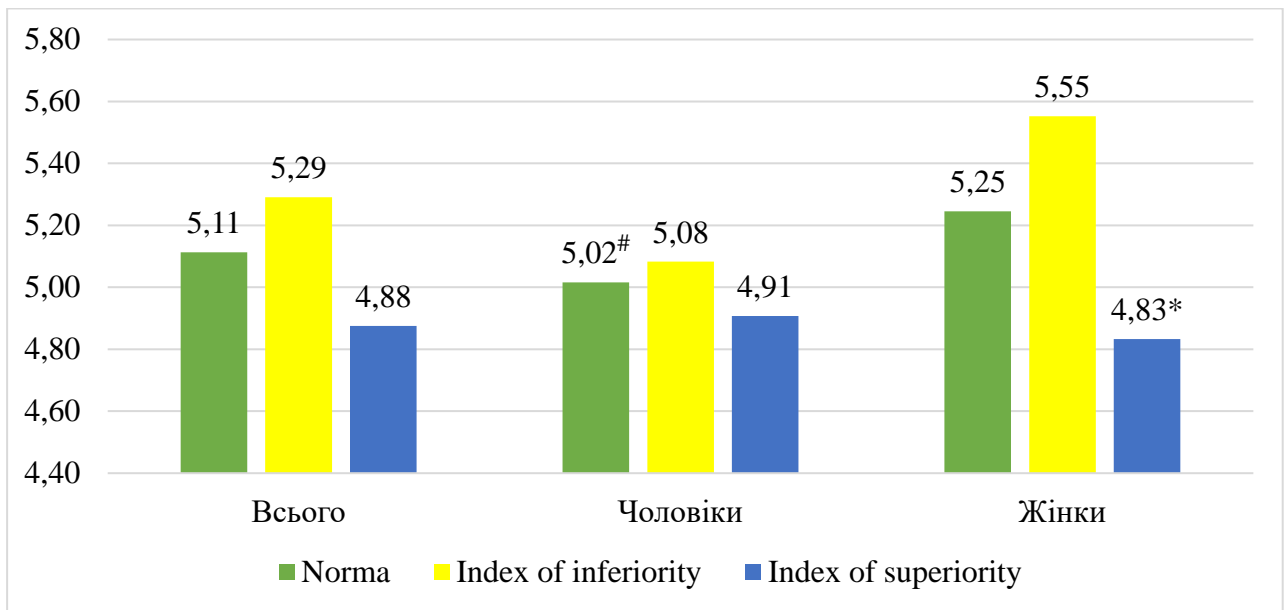


Рис. 3.6. Порівняння середніх показників балів екстраверсії у групах з різним порівняльним індексом почуття неповноцінності

Середній бал екстраверсії у групі осіб з ФВН (особи з індексом надцінності + з індексом неповноцінності) становив $4,58 \pm 1,23$ балів та достовірно не відрізнявся від середнього значення у групі осіб з відсутністю феномену зміненої самооцінки ($4,59 \pm 1,17$ балів, $p > 0,05$).

Значної різниці між показниками середніх балів екстраверсії у групах чоловіків та жінок також не виявлено ($p > 0,05$), проте слід відмітити, що у чоловіків бали екстраверсії були нижчими, ніж у жінок, особливо у групах із феноменом зміненої самооцінки: у групі з індексом неповноцінності – $4,46 \pm 1,21$ балів у чоловіків та $5,05 \pm 1,07$ балів у жінок, у групі з індексом надцінності – $4,38 \pm 1,26$ балів у чоловіків та $4,65 \pm 1,25$ балів у жінок. Також з-поміж усіх груп досліджуваної молоді у групі чоловіків з індексом надцінності найчастіше зустрічався низький бал (2,5-3,0 бали) екстраверсії – у $18,42 \pm 6,29\%$ чоловіків цієї групи. Це значить, практично п'ята частина чоловіків з індексом надцінності були інтровертами, для яких є характерним *тримати соціальну дистанцію, уникати широкого загалу, інертність та сором'язливість*.

Середні бали дружелюбності, подібно до екстраверсії, також були найнижчими в групі осіб з індексом надцінності – $4,88 \pm 1,13$ балів та не мали суттєвих відмінностей з іншими групами ($p > 0,05$): $5,11 \pm 1,28$ балів в осіб з відсутністю феномену зміненої самооцінки та $5,29 \pm 1,15$ балів в осіб з індексом неповноцінності (рис. 3.7).



Примітка: * - $p < 0,05$ між групами з індексами неповноцінності та надцінності

[#] - $p < 0,05$ між відповідними групами чоловіків та жінок

Рис. 3.7. Порівняння середніх показників балів дружелюбності у групах з різним порівняльним індексом почуття неповноцінності

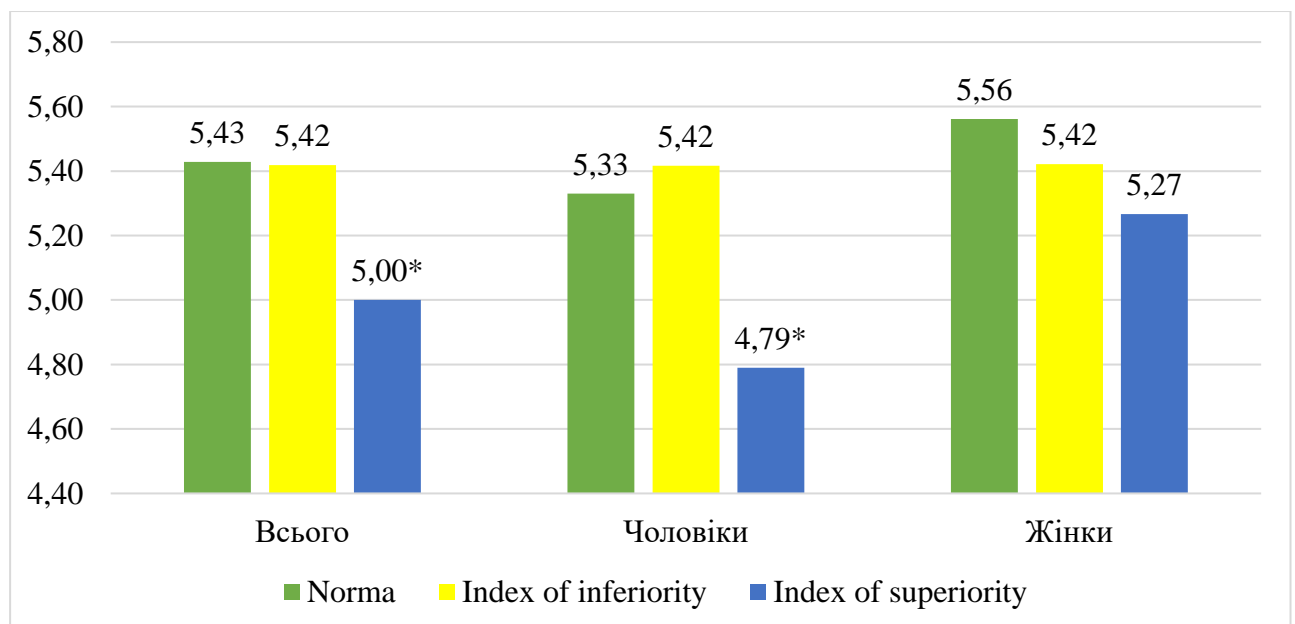
Середній бал дружелюбності у групі осіб з ФВН (особи з індексом надцінності + з індексом неповноцінності) становив $5,05 \pm 1,15$ балів та достовірно не відрізнявся від середнього значення у групі осіб з відсутністю феномену зміненої самооцінки ($5,11 \pm 1,28$ балів, $p > 0,05$).

Порівняння балів дружелюбності за статтю показало суттєво нижчий бал цієї риси особистості у групі чоловіків з відсутністю феномену зміненої самооцінки ($5,02 \pm 1,33$ балів), ніж в аналогічній групі жінок ($5,25 \pm 1,22$ балів, $p = 0,032$). Серед осіб із феноменом зміненої самооцінки відмінностей за статтю не доведено ($p > 0,05$).

Аналіз балів дружлюбності окремо у групах чоловіків та жінок показав, що у групі чоловіків суттєвих відмінностей між особами з різним ППН не встановлено ($p > 0,05$), тоді як в групі жінок виявлено достовірно нижчі бали у групі з індексом надцінності ($4,83 \pm 1,35$ балів) порівняно з групою з індексом неповноцінності ($5,55 \pm 1,09$ балів, $p < 0,05$).

Також слід відмітити, що $16,67 \pm 6,80\%$ жінок у групі з індексом надцінності мали низькі бали (від 1,5 до 3,0 балів) дружлюбності, що дозволяє припустити, що кожній шостій жінці з індексом надцінності притаманний егоцентризм, конфліктність, схильність до суперечок та ворожість.

Така риса, як добросовісність мала достовірні ($p = 0,02$) відмінності поміж групами з різними індексами ППН. Зокрема, найнижчий середній бал був у групі осіб з індексом надцінності ($5,00 \pm 1,26$ балів), що було достовірно менше порівняно з групою з відсутністю феномену зміненої самооцінки ($5,43 \pm 1,34$ бали, $p = 0,003$). У групі осіб з індексом неповноцінності середній бал був на рівні $5,42 \pm 1,33$ балів, проте достовірно не відрізнявся ($p = 0,07$) від групи осіб з індексом надцінності (рис. 3.8).



Примітка: * - $p < 0,05$ із групою з відсутністю феномену зміненої самооцінки

Рис. 3.8. Порівняння середніх показників балів добросовісності у групах з різним порівняльним індексом почуття неповноцінності

Середній бал добросовісності у групі осіб з ФВН (особи з індексом надцінності + з індексом неповноцінності) становив $5,18 \pm 1,29$ балів та достовірно ($p=0,02$) був меншим від середнього значення у групі осіб з відсутністю феномену зміненої самооцінки ($5,43 \pm 1,34$ балів). Порівняння балів добросовісності за статтю не виявило суттєвих відмінностей між групами чоловіків та жінок ($p>0,05$).

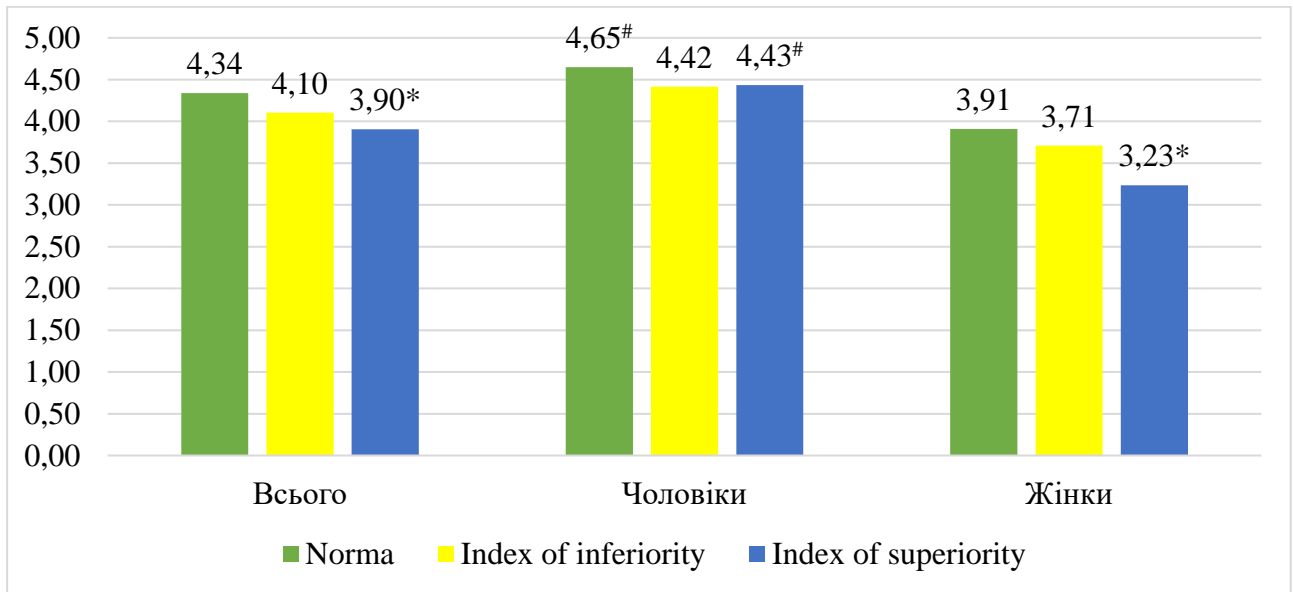
Аналіз порівняння балів добросовісності окремо у кожній групі за статтю показав, що у групі жінок відсутня достовірна різниця між середніми балами в осіб з різним ПППН, тоді як у групі чоловіків була доведена різниця балів у групах з різним ПППН ($p=0,02$). Зокрема, достовірно нижчий середній бал був в осіб з індексом надцінності ($4,79 \pm 1,23$ бали) порівняно з особами з відсутністю феномену зміненої самооцінки ($5,33 \pm 1,38$ балів, $p=0,01$). Також встановлено, що $10,53 \pm 4,98\%$ чоловіків з індексом надцінності мали низькі бали (від 2,0 до 3,0 балів) добросовісності, що дозволяє припустити, що кожний десятий чоловік з індексом надцінності має схильність до гедонізму, імпульсивності в прийнятті рішень, а також легковажність, неорганізованість та спонтанність у діях.

Середні бали емоційної стабільності були найнижчими в усіх досліджуваних групах порівняно з іншими рисами особистості та не піднімались вище п'яти балів в усіх групах. Доведено найнижчими вони були в групі осіб з індексом надцінності – $3,90 \pm 1,58$ балів, тоді як у групі осіб з відсутністю феномену зміненої самооцінки цей бал був суттєво вищим ($4,34 \pm 1,47$ балів, $p=0,03$). У групі осіб з індексом неповноцінності середній бал емоційної стабільності був на рівні $4,10 \pm 1,44$ балів ($p>0,05$ іншими групами) (рис. 3.9).

Проте, середній бал емоційної стабільності у групі осіб з ФВН (особи з індексом надцінності + з індексом неповноцінності) становив $4,00 \pm 1,51$ балів та достовірно ($p=0,03$) був меншим від середнього значення у групі осіб з відсутністю феномену зміненої самооцінки ($4,34 \pm 1,47$ балів).

Порівняння середніх балів емоційної стабільності за статтю показало суттєво нижчі бали у жінок, ніж у чоловіків у групах із наявністю феномену зміненої самооцінки ($p=0,001$), а саме у групі з індексом надцінності – $3,23 \pm 1,61$

бали у жінок та $4,43 \pm 1,36$ бали у чоловіків ($p=0,002$).



Примітка: * - $p < 0,05$ із групою з відсутністю феномену зміненої самооцінки

- $p < 0,05$ між відповідними групами чоловіків та жінок

Рис. 3.9. Порівняння середніх показників балів емоційної стабільності у групах з різним порівняльним індексом почуття неповноцінності

Також достовірно нижчі бали емоційної стабільності були у жінок у групі з відсутністю феномену зміненої самооцінки ($3,91 \pm 1,42$ бали), ніж у чоловіків цієї групи ($4,65 \pm 1,43$, $p < 0,001$).

Співставлення окремо по гендерним групам балів емоційної стабільності показало, що у чоловіків відсутні відмінності між цими показниками у різних групах за ППН, тоді як у жінок доведена значна різниця між балами групи з індексом надцінності та групи з відсутністю феномену зміненої самооцінки: $3,23 \pm 1,61$ бали проти $3,91 \pm 1,42$ бали, $p = 0,024$. Також серед жінок з індексом надцінності $50,00 \pm 9,13\%$ мали низькі (1,00-3,00) бали емоційної стабільності, що дозволяє припустити те, що половина жінок з індексом надцінності мали *високий нейротизм, були чутливими до стресу та фрустрації, схильними до поганого настрою, сором'язливості та розгубленості*.

Розподіл середніх балів риси особистості «Відкритість новому досвіду» відрізнявся від попередніх рис тим, що найнижчі рівні балів були в групі з

індексом неповноцінності ($5,07 \pm 1,35$ балів), проте суттєвої різниці з іншими групами за ППН не було: $5,17 \pm 1,42$ балів у групі з відсутністю феномену зміненої самооцінки та $5,33 \pm 1,29$ балів у групі з індексом надцінності ($p > 0,05$) (рис. 3.10).

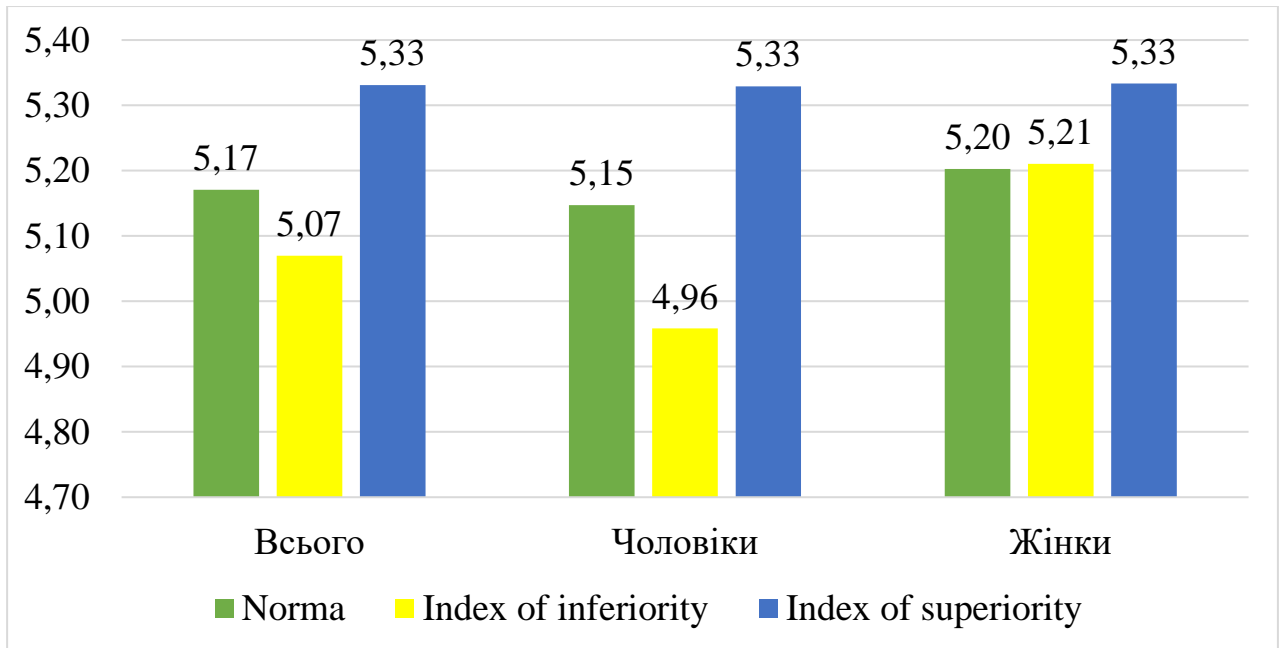


Рис. 3.10. Порівняння середніх показників балів відкритості новому досвіду в групах з різним порівняльним індексом почуття неповноцінності

Середній бал щодо відкритості новому досвіду у групі осіб з ФВН (особи з індексом надцінності + з індексом неповноцінності) становив $5,24 \pm 1,24$ бали та достовірно не відрізнявся від середнього значення у групі осіб з відсутністю феномену зміненої самооцінки ($5,17 \pm 1,42$ балів, $p > 0,05$) [197].

Порівняння між групами за статтю не довело наявності суттєвих відмінностей між балами відкритості новому досвіду у чоловіків та жінок ($p > 0,05$). Так само не було виявлено особливостей розподілу середніх балів відкритості новому досвіду окремо у гендерних групах в залежності від порівняльного індексу почуття неповноцінності ($p > 0,05$).

Оцінка частоти поширення низьких балів (1,0-3,0 бали) у досліджуваних групах показала лише поодинокі випадки в кожній групі, що в сумі серед усіх

опитуваних склало лише $8,17 \pm 1,11\%$ випадків. Це свідчить, що серед молоді Львівщини дуже мало закритих для нового досвіду індивідів, яким притаманний *конформізм, низька самобутність, оригінальність та консервативність*.

3.3. Асоціація тривожних проявів та феномену власної неповноцінності

Аналіз результатів анкетування респондентів щодо проявів тривожності показав, що 45,92% [41,98-49,87] опитаних мали прояви тривоги, з яких 26,47% [23,05-30,04] – легкий рівень тривоги (8-15 балів), 12,91% [10,37-15,68] – помірний рівень тривоги (16-25 балів) та 6,54% [4,72-8,63] – важкі прояви тривоги (26-63 бали) (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Розподіл респондентів із різними тривожними проявами за статтю (% [95% ДІ])

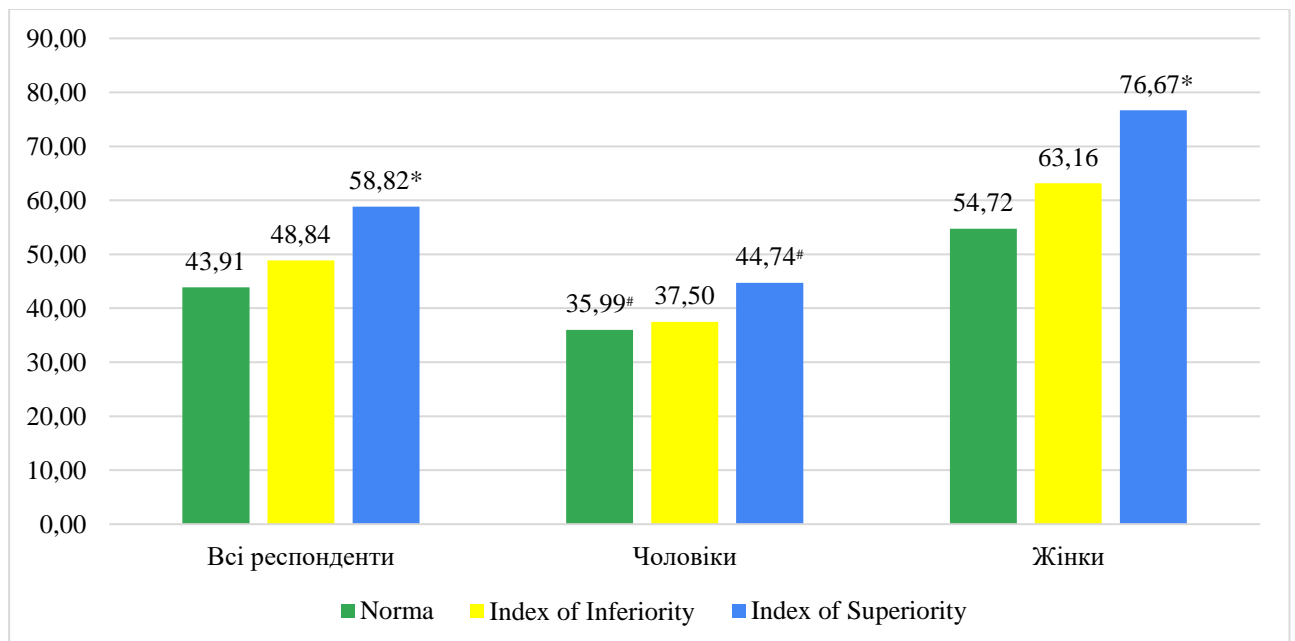
Групи	Всього			Чоловіки			Жінки			p
	n	%	95%ДІ	n	%	95%ДІ	n	%	95%ДІ	
Без тривоги	331	54,08	50,13-58,02	221	62,96	57,85-67,93	110	42,15	36,23-48,18	<0,001
Тривога	281	45,92	41,98-49,87	130	37,04	32,07-42,15	151	57,85	51,82-63,77	<0,001
Легка	162	26,47	23,05-30,04	84	23,93	19,62-28,53	78	29,89	24,49-35,57	0,10
Помірна	79	12,91	10,37-15,68	34	9,69	6,82-13,00	45	17,24	12,91-22,05	0,006
Важка	40	6,54	4,72-8,63	12	3,42	1,78-5,57	28	10,73	7,27-14,76	0,0003
Всі респонденти	612	100		351	100		261	100		

Порівняння наявності проявів тривоги за статтю засвідчило, що у жінок значно частіше зустрічаються тривожні прояви, ніж у чоловіків: 57,85% [51,82-63,77] проти 37,04% [32,07-42,15] відповідно, $p < 0,001$. Причому, більш вищі

рівні проявів тривоги також доведено частіше зустрічаються у жінок: помірна тривога – у 1,8 рази (17,24% [12,91-22,05] проти 9,69% [6,82-13,00], $p=0,006$), важка тривога – у 3,1 рази (10,73% [7,27-14,76] проти 3,42% [1,78-5,57], $p=0,0003$).

Розподіл за групами з різним індексом неповноцінності показав, що прояв тривоги мають більше половини (54,95% [45,67-64,07]) опитаних зі ФВН, тоді як серед осіб групи з відсутністю феномену зміненої самооцінки тривожність була притаманна 43,91% [39,60-48,28] опитаним, $p=0,035$. За структурою рівнів тривоги у осіб з відсутністю феномену зміненої самооцінки суттєвих відмінностей з іншими групами не встановлено ($p>0,05$), розподіл був наступний: легка тривога – 25,95% [22,21-29,87], помірна – 11,98% [9,28-14,96], важка – 5,99% [4,08-8,23].

З-поміж усіх груп респондентів за індексом феномену власної неповноцінності найбільша частка опитаних мала тривожність у групі осіб з індексом надцінності ФВН – 58,82% [46,99-70,16], $p=0,021$ порівняно з групою осіб з відсутністю феномену зміненої самооцінки (рис. 3.11).



Примітки. * – $p<0,05$ із групою Norma

– $p<0,05$ між чоловіками та жінками відповідних груп

Рис. 3.11. Частки (%) пацієнтів з діагностованою тривожністю в залежності

від індексу неповноцінності та статі

Розподіл рівнів тривожності у групі осіб з індексом надцінності ФВН був таким: легка тривога – 30,88% [20,54-42,30], помірна – 17,65% [9,58-27,53], важка – 10,29% [4,26-18,57].

Серед респондентів з індексом неповноцінності ФВН частка осіб з проявами тривоги становила 48,84% [34,17-63,61], що суттєво не відрізнялось від інших груп за індексом почуття неповноцінності ($p > 0,05$). Структура рівнів тривожності у цій групі була наступною: легка тривога – 25,58% [13,82-39,51], помірна – 16,28% [6,90-28,65], важка – 6,98% [1,38-16,39].

Порівняння за статтю показало значно вищі показники тривоги у жінок всіх груп за індексом почуття неповноцінності порівняно з чоловіками. Так, у групах осіб з відсутністю феномену зміненої самооцінки частка жінок з тривожністю була в 1,5 рази більшою, ніж чоловіків: 54,72% [47,99-61,35] проти 35,99% [30,56-41,60], $p < 0,001$. Найбільш значимі різниці були при вищих рівнях тривоги: при помірній тривозі – в 1,8 рази (16,04% [11,42-21,27] проти 9,00% [5,98-12,56], $p = 0,016$), при важкій тривозі – в 3,2 рази (9,91% [6,26-14,28] проти 3,11% [1,43-5,42], $p = 0,002$).

Серед осіб у групах з індексом неповноцінності ФВН також частка жінок з проявами тривоги була більшою (63,16% [40,88-82,82]), ніж аналогічна частка чоловіків (37,50% [19,63-57,34]), проте ця різниця була несуттєвою ($p = 0,09$). Слід відмітити значно більшу (у 7,6 рази) частку жінок з помірною тривожністю серед жінок з індексом неповноцінності ФВН порівняно з чоловіками аналогічної групи: 31,58% [13,21-53,61] проти 4,17% [0-15,57], $p = 0,016$.

Встановлено, що переважна більшість (76,67% [60,16-89,79]) жінок з індексом надцінності ФВН мали виразні прояви тривоги ($p = 0,023$ з групою жінок Norma), тоді як у відповідній групі чоловіків прояви тривоги мали менше половини (44,74% [29,46-60,54], $p = 0,008$) осіб. Важливим є зазначити, що кожна п'ята (20,00% [7,89-35,91]) жінка з індексом надцінності ФВН мала прояви *важкої тривоги*, тоді як у відповідній групі чоловіків таких було суттєво менше – лише 2,63% [0-10,01], $p = 0,019$.

Аналіз середніх показників балів тривоги у досліджуваної молоді показав, що загальне медіанне значення за шкалою тривоги Бека становило 7 [3; 13] балів та було вищим в 1,8 рази у жінок, ніж у чоловіків: 9 [5; 17] балів проти 5 [2; 10,5] балів відповідно, $p < 0,001$.

Порівнюючи розподіл медіанних значень тривоги за шкалою Бека в групах з різним індексом ФВН встановлено наявність достовірних відмінностей між групами ($p = 0,020$). Так, доведено, що у осіб зі ФВН є значно вищі медіанні бали тривоги (8 [4; 16] балів), ніж у опитуваних з відсутністю феномену зміненої самооцінки (6 [3; 12] балів), $p = 0,006$ [197]. Серед осіб зі ФВН найвище медіанне значення балів тривоги за шкалою Бека було у групі осіб з індексом надцінності ФВН (8,5 [5; 16,3] балів), $p = 0,029$ з групою опитуваних з відсутністю феномену зміненої самооцінки (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

**Розподіл медіанних значень тривоги за шкалою Бека
у групах з різним індексом неповноцінності**

Групи	n	Me [Q1; Q3]	p (Краскела -Уолліса)	p (Дана)		
				Norma - Inferiority	Norma - Superiority	Inferiority - Superiority
Norma	501	6 [3; 12]	0,020	0,36	0,029	0,54
Index of Inferiority	43	6 [3; 13,5]				
Index of Superiority	68	8,5 [5; 16,25]				

Значення медіанних балів тривоги у осіб з індексом неповноцінності ФВН було на рівні 6 [3; 13,5] балів та суттєво не відрізнялось від інших груп за індексом почуття неповноцінності ($p > 0,05$).

У чоловіків медіанне значення балу тривоги було найнижчим у групі з відсутністю феномену зміненої самооцінки, де становило 5 [2; 10] балів, тоді як у чоловіків з індексом неповноцінності ФВН цей бал був вищим (5,5 [3; 10,5] балів), як і з індексом надцінності ФВН (7 [3,3; 10,8] балів), проте порівняння

між групами не довело суттєвої різниці ($p>0,05$) (рис. 3.12). На загал медіанний бал тривоги в групі ФВН становив 6 [3; 10,8] балів.

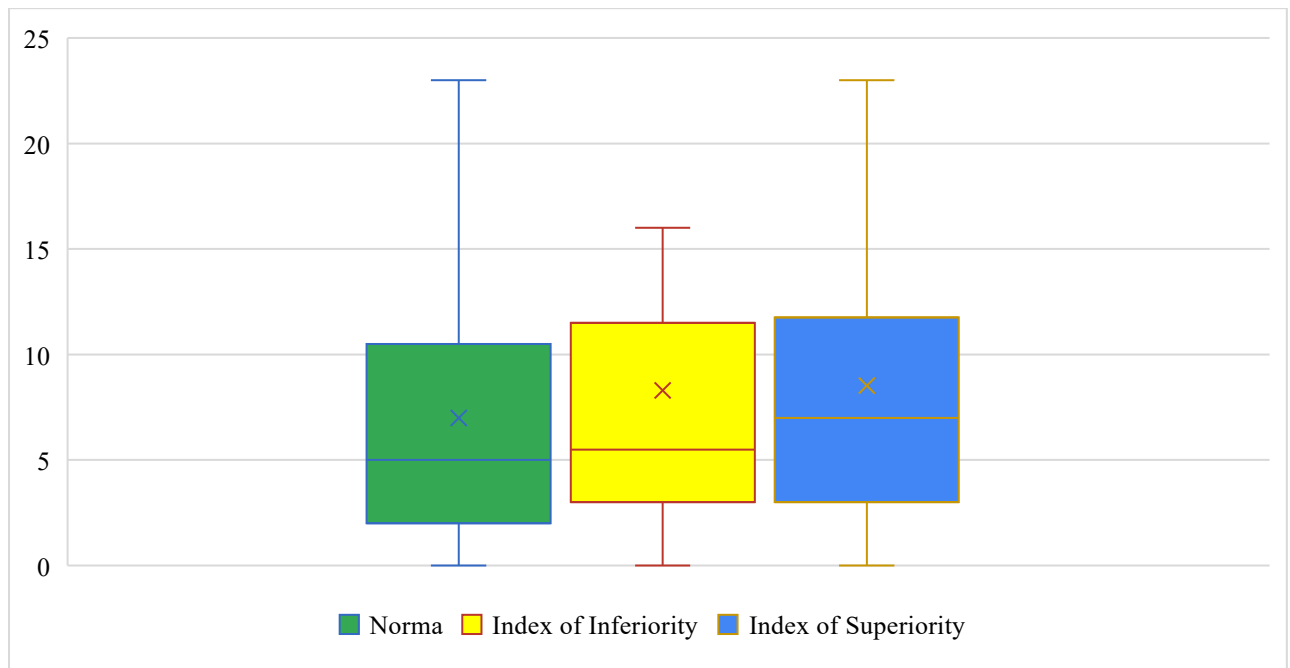


Рис. 3.12. Порівняння медіанних показників балів тривоги у групах чоловіків з різним індексом неповноцінності

У жінок медіанні бали тривоги достовірно відрізнялись в групах за індексом почуття неповноцінності ($p=0,035$). При попарному порівнянні балів тривоги встановлено, що найвищий бал був у жінок з індексом надцінності ФВН (13 [8; 22] балів, а найнижчий – у жінок з відсутністю феномену зміненої самооцінки (9 [4; 16] балів, $p=0,016$). У жінок з індексом неповноцінності ФВН середні показники тривоги (12 [5,5; 22] балів) не мали значних відмінностей з балами тривоги у жінок інших груп ($p>0,05$) (рис. 3.13).

Загалом у всіх жінок зі ФВН медіанний бал склав 13 [6; 22] балів та був достовірно ($p=0,012$) вищим порівняно з жінками з відсутністю феномену зміненої самооцінки.

Порівняння балів тривоги між відповідними групами чоловіків та жінок за індексом почуття неповноцінності показало доведену різницю за статтю ($p<0,05$) у всіх групах зі значним переважанням балів тривоги за шкалою Бека у жінок.

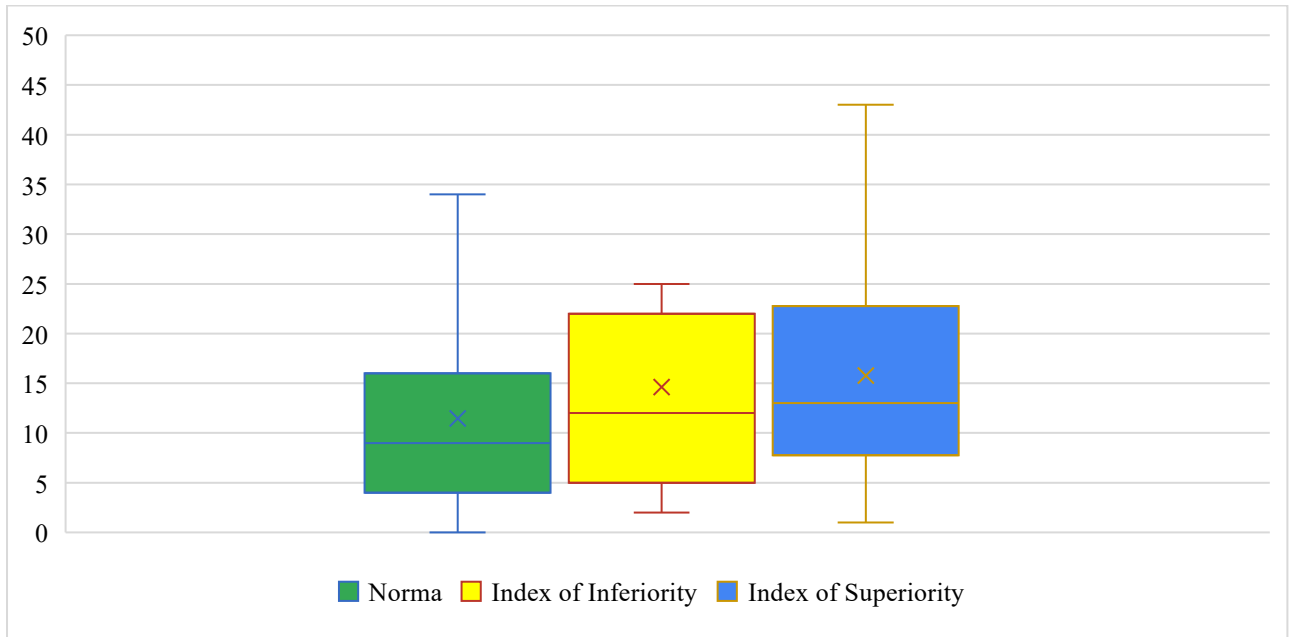


Рис. 3.13. Порівняння медіанних показників балів тривоги у групах жінок з різним індексом неповноцінності

3.4. Феномен власної неповноцінності та депресія

Тестування за шкалою депресії Бека засвідчило, що у 22,88% [19,64-26,29] респондентів сумарна кількість балів за результатами проходження тесту Бека була понад 13 балів, що свідчить про наявність депресивних станів, причому серед жінок такі результати тесту мала третина (34,10% [28,48-39,95]) опитаних, тоді як серед чоловіків – у 2,35 рази менше ($p < 0,001$), а саме – 14,53% [11,04-18,40] респондентів (табл. 3.6).

Легкий рівень депресії ситуативного або невротичного генезису мав кожний десятий опитаний (10,78% [8,45-13,36]) серед всієї досліджуваної молоді. Серед жінок цей рівень депресії зустрічався значно частіше, ніж серед чоловіків: 14,94% [10,89-19,51] ($n=39$) проти 7,69% [5,14-10,71] ($n=27$) відповідно, $p=0,004$ [24].

Помірний рівень депресії (20-28 балів) за результатами самоопитування діагностовано у 8,17% [6,13-10,47] ($n=50$) молоді. Причому серед жінок було практично втричі більше такої форми, ніж серед чоловіків (13,03% [9,22-17,37] ($n=34$)) проти 4,56% [2,63-6,98] ($n=16$), $p < 0,001$). Така ж суттєва різниця з

переважанням у жінок спостерігалась і при важкій формі депресії (29-52 бали): 6,13% [3,55-9,36] (n=16) проти 2,28% [0,98-4,10] (n=8) у чоловіків (p=0,015).

Таблиця 3.6

**Розподіл респондентів із різними депресивними станами
за статтю (% [95% ДІ])**

Групи	Всього			Чоловіки			Жінки			p
	n	%	95%ДІ	n	%	95%ДІ	n	%	95%ДІ	
Без депресії	472	77,12	73,71-80,36	300	85,47	81,60-88,96	172	65,90	60,05-71,52	<0,001
Депресія	140	22,88	19,64-26,29	51	14,53	11,04-18,40	89	34,10	28,48-39,95	<0,001
Легка депресія	66	10,78	8,45-13,36	27	7,69	5,14-10,71	39	14,94	10,89-19,51	0,004
Помірна депресія	50	8,17	6,13-10,47	16	4,56	2,63-6,98	34	13,03	9,22-17,37	<0,001
Важка депресія	24	3,92	2,53-5,60	8	2,28	0,98-4,10	16	6,13	3,55-9,36	0,015
Всі респонденти	612	100		351	100		261	100		

Наступним етапом роботи було порівняння розподілу кількості опитуваних з різними рівнями депресії у групах згідно індексів почуття неповноцінності. Зокрема, найбільша частка опитуваних з депресією була встановлена у групі з індексом надцінності ФВН – 32,35% [21,83-43,86], тоді як у групі опитуваних з відсутністю феномену зміненої самооцінки таких осіб було лише 21,36% [17,88-25,05] (p=0,042) (табл. 3.7).

Також слід відмітити суттєво більшу (практично вдвічі) частку осіб з помірною депресією у осіб із ФВН, ніж у групі респондентів з відсутністю феномену зміненої самооцінки: 13,51% [7,82-20,47] проти 6,99% [4,92-9,38] відповідно, p=0,023. Розподіл легкої та важкої депресії у групах з різними ПППН не мав значних відмінностей (p>0,05).

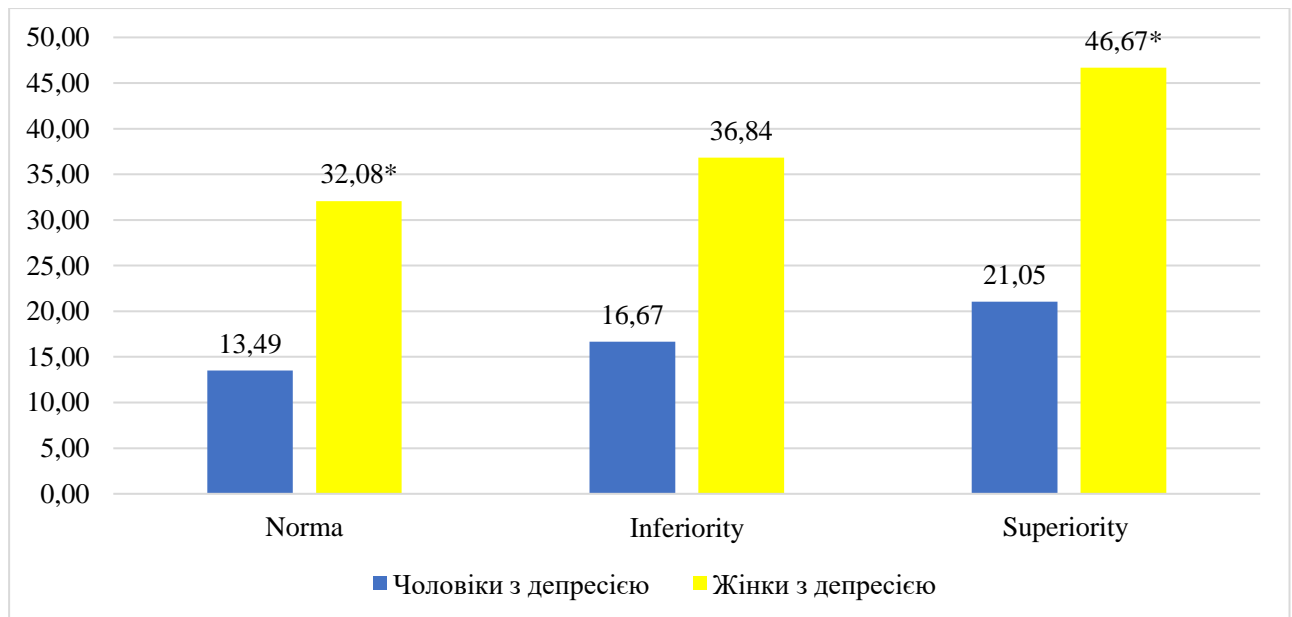
Таблиця 3.7

Розподіл часток опитуваних з проявами депресії у групах з різними ППН (%)

Групи	Norma			Index of Inferiority			Index of Superiority		
	n	%	95%ДІ	n	%	95%ДІ	n	%	95%ДІ
Без депресії	394	78,64	74,95-82,12	32	74,42	60,49-86,18	46	67,65*	56,14-78,17
Депресія	107	21,36	17,88-25,05	11	25,58	13,82-39,51	22	32,35*	21,83-43,86
Всі респонденти	501	100		43	100		68	100	

Примітка. * $p < 0,05$ порівняно із групою з відсутністю феномену зміненої самооцінки (Norma)

Співставлення відповідних показників за статтю показало суттєво більше число жінок, ніж чоловіків з проявами депресії – практично у всіх групах з різними ППН. Так, майже половина жінок з індексом надцінності ФВН мала ті чи інші прояви депресії (46,67% [29,4-64,35]), тоді як лише 21,05% [9,76-35,25] чоловіків з тим же феноменом страждали на депресію ($p=0,025$) (рис. 3.14).



Примітка. * $p < 0,05$ із відповідними показниками у чоловіків

Рис. 3.14. Розподіл часток опитуваних чоловіків та жінок з депресією у групах з різними порівняльними індексами почуття неповноцінності (%)

Серед всіх жінок з ФВН депресію мали 42,86% [29,46-56,81] опитаних, а серед чоловіків цієї ж групи – лише 19,35% [10,57-30,03], $p=0,007$. Також у групі респондентів з відсутністю змін у проявах самооцінки частка жінок з депресією була більша, ніж у чоловіків тотожної групи – 32,08% [25,97-38,5] проти 13,49% [9,81-17,67], $p<0,001$).

Результати співставлення медіанних значень депресії за шкалою Бека в залежності від порівняльного індексу почуття неповноцінності теж довели наявність достовірних відмінностей ($p=0,0008$). У зв'язку з тим, що більшість учасників дослідження не мали депресії, медіанні значення у кожній підгрупі не перевищували порогових 13-ти балів (табл. 3.8), однак значення третього квартиля (Q3) вказують на те, що 25 відсотків осіб з індексом надцінності ФВН та індексом неповноцінності ФВН мали депресію, чого не спостерігалось у групі осіб з відсутністю феномену зміненої самооцінки [24].

Таблиця 3.8

Розподіл медіанних значень балів депресії за шкалою Бека у групах з різним порівняльним індексом почуття неповноцінності

Групи	n	Me [Q1; Q3]	p (Краскела-Уолліса)	p (Дана)		
				Norma - Inferiority	Norma - Superiority	Inferiority - Superiority
Norma	501	7 [3; 12]	0,0008	0,33	<0,001	0,19
Index of Inferiority	43	8 [4; 13,5]				
Index of Superiority	68	10 [6; 15]				

Серед осіб з ФВН найвище медіанне значення балів за шкалою депресії було у групі осіб з індексом надцінності ФВН (10 [6; 15] балів), що аналогічно було достовірно більше ($p<0,001$), у порівнянні з групою «Norma».

В опитуваних з індексом неповноцінності ФВН серединний рівень балів за шкалою депресії Бека становив 8 [4; 13,5] балів. Суттєвої різниці між рівнем балів депресії за шкалою Бека цієї групи з відповідними балами депресії осіб з

відсутністю феномену зміненої самооцінки та з індексом надцінності ФВН не встановлено ($p > 0,05$).

Серединний бал депресії у осіб з ФВН (Index of Inferiority + Index of Superiority, $n = 111$) становив 9 [5; 15] балів та був достовірно ($p = 0,003$) більшим порівняно з респондентами з відсутністю феномену зміненої самооцінки (7 [3; 12] балів).

Аналіз порівняння балів депресії у групах чоловіків та жінок з різним порівняльним індексом почуття неповноцінності довів суттєву різницю за статтю ($p < 0,05$) зі значним переважанням балів депресії у жінок у всіх досліджуваних групах (табл. 3.9).

Таблиця 3.9

Розподіл медіанних значень балів депресії за шкалою Бека у групах чоловіків та жінок з різним порівняльним індексом почуття неповноцінності

Групи	Чоловіки	Жінки	p
Norma	5 [2; 10]	10 [5; 15]	<0,001
Index of Inferiority	5,5 [3; 10,5]	9 [5,5; 22]	0,041
Index of Superiority	9 [5; 12,8]*	12 [9; 21]*	0,007

Примітка. * $p < 0,05$ із групою з відсутністю феномену зміненої самооцінки (Norma)

Порівняння медіанних значень балів депресії у групах чоловіків з різним порівняльним індексом почуття неповноцінності показало значущу різницю між групами ($p = 0,0086$) [24].

При попарному порівнянні груп було встановлено суттєво більші бали депресії у чоловіків з індексом надцінності ФВН, ніж у чоловіків з відсутністю феномену зміненої самооцінки: 9 [5; 12,75] балів проти 5 [2; 10] балів ($p = 0,003$) (рис. 3.15).

У той же час, співставлення балів депресії у групі чоловіків з індексом неповноцінності ФВН (5,5 [3,0; 10,5] балів) суттєвих відмінностей з іншими групами ($p > 0,05$) не показало.

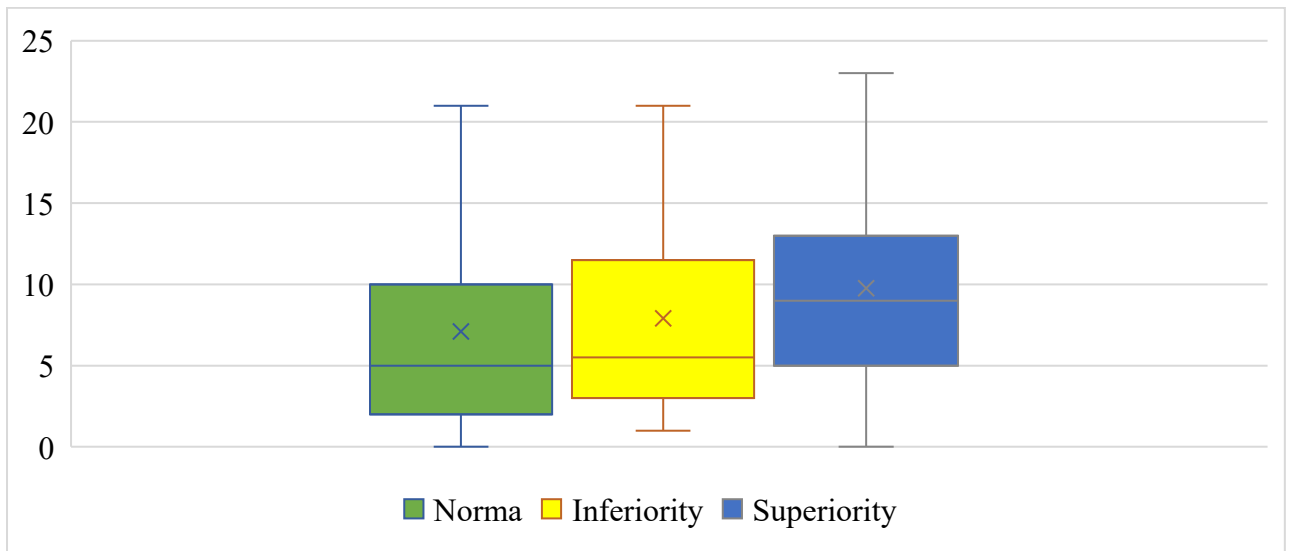


Рис. 3.15. Порівняння медіанних показників балів депресії у групах чоловіків з різним порівняльним індексом почуття неповноцінності

Порівняння медіанних балів депресії у жінок з різним ППН довело суттєву різницю між цими групами ($p=0,048$). Попарне порівняння поміж цими групами виявило достовірно вищі бали депресії у жінок з індексом надцінності ФВН (12 [9; 21] балів), ніж у жінок з відсутністю феномену зміненої самооцінки (10 [5; 15] балів, $p=0,018$). Жінки з індексом неповноцінності ФВН мали дещо нижчі бали (9 [5,5; 22] бали) порівняно з іншими групами, проте ці відмінності були незначними ($p>0,05$) (рис. 3.16).

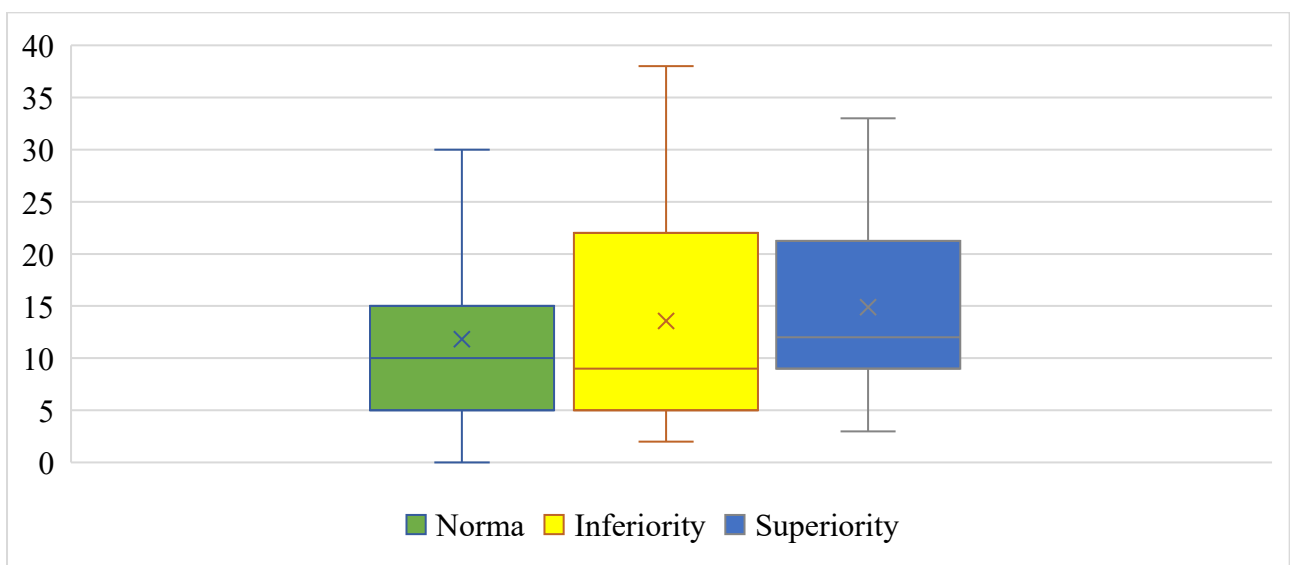


Рис. 3.16. Порівняння медіанних показників балів депресії у групах жінок з різним порівняльним індексом почуття неповноцінності

Таким чином, вивчення та розуміння ФВН є важливим для поглибленого дослідження її в контексті асоціації з іншими психопатологічними станами, особливо в умовах сьогодення.

3.5. Вплив ФВН на низьку самооцінку та самоефективність, та їх вплив на депресію та тривогу

Метою даної частини роботи було встановлення закономірних взаємозв'язків в ряду проявів: феномен власної неповноцінності (ФВН) – самооцінка та самоефективність – тривожні розлади та депресія. Спочатку нами було досліджено чи впливає ФВН на появу низької самооцінки та низької самоефективності. У подальшому аналізувалось чи впливає низька самооцінка та низька самоефективність на появу депресії та тривоги. Дослідження проведено на загальній популяції та окремо з-поміж чоловіків.

Для встановлення впливу ФВН на виникнення низького рівня самооцінки у загальній популяції, нами було застосовано метод логістичної регресії. При побудові регресійного рівняння, для фактору «ФВН згідно опитувальника ПППН, а саме наявність inferiority чи superiority» використано наступне кодування: «1» – наявний, «0» – відсутній. Методологічно, спочатку нами здійснювався розрахунок коефіцієнтів для аналізованого фактору та константи. У подальшому, використовуючи отримані коефіцієнти, здійснюється обрахунок двох рівнянь. Першочергово у процесі прогнозування появи заниженої самооцінки у конкретної особи здійснюється розрахунок M (3.1) згідно лінійної функції (2.2):

$$M = 0,126 * X_1 - 3,18 \quad (3.1)$$

де X_1 – наявність ФВН згідно опитувальника ПППН

Другим кроком є вставлення отриманого значення M в рівняння логістичної регресії (2.1).

$$K = \frac{1}{1+e^{-M}} * 100\%$$

Якщо отриманий результат K буде рівним або більшим порогового значення, то це буде свідчити про високий ризик розвитку низької самооцінки у опитуваного. Відповідно, якщо K становитиме до порогового значення, то це буде вказувати на низький ризик появи даного феномену.

З'ясовано, що наявність ФВН практично *не здійснює впливу на виникнення низького рівня самооцінки у загальній популяції*: аналізований вплив є недостовірним ($p=0,81$) та незначним ($<0,1\%$). Загальна точність моделі становить 95,9%.

Методологія встановлення впливу ФВН на виникнення низького рівня самооцінки у респондентів чоловічої статі була тотожною до попередньої і також включала обрахунок двох рівнянь згідно розрахованих нами коефіцієнтів.

Першим здійснюється розрахунок M (3.2) згідно лінійної функції 2.2. Другим кроком є вставлення отриманого значення M в рівняння логістичної регресії 2.1.

$$M = -17,765 * X_1 - 3,438 \quad (3.2)$$

де X_1 – наявність ФВН згідно опитувальника ПППН.

З'ясовано, що наявність ФВН лише серед чоловіків, на відміну від загальної популяції, може розглядатись тільки як фактор ймовірного впливу на формування низького рівня самооцінки. Проте цей вплив також є недостовірним ($p=0,06$) та незначним (4,7%). Загальна точність моделі становить 97,4%.

Аналогічно методом логістичної регресії було встановлено вплив наявності ФВН на низьку самоефективність серед усіх опитаних. Розрахунок M (3.3) згідно лінійної функції (2.2) мав наступний вигляд:

$$M = 0,484 * X1 - 1,939 \quad (3.3)$$

де $X1$ – наявність ФВН згідно опитувальника ПППН.

Другий крок аналогічний до попередніх дій і передбачав розрахунок ризику розвитку низької самоефективності регресійним рівнянням (2.1).

Визначено «прямий», хоча й недостовірний ($p=0,09$) та незначний (0,9%) вплив наявності ФВН на виникнення низької самоефективності у респондентів загальної популяції. Загальна точність моделі становить 86,3%.

У процесі прогнозування розвитку низької самоефективності у субпопуляції чоловіків використано таку саму методику, де необхідно обраховувати два рівняння.

Першим здійснюється розрахунок M (3.4) згідно лінійної функції 2.2. Другий крок передбачав розрахунок ризику розвитку низької самоефективності у чоловіків за допомогою регресійного рівняння 2.1.

$$M = 0,448 * X1 - 2,357 \quad (3.4)$$

де $X1$ – наявність ФВН згідно опитувальника ПППН.

І у цій субпопуляції (лише чоловіків) виявлено аналогічний результат: «прямий», хоча й недостовірний ($p=0,316$) та незначний (0,6%) вплив наявності ФВН на виникнення низької самоефективності у чоловіків. Загальна точність моделі становить 90,6%.

У процесі дослідження міри впливу низької самооцінки на розвиток депресії серед опитуваних загальної популяції для фактору «низька самооцінка» використано наступне кодування: «1» – наявна низька самооцінка (результат згідно опитувальника самооцінки Розенберга до 11 балів, що включав низький та вкрай низький рівень самооцінки), «0» – відсутня.

Методологічно, у процесі прогнозування впливу зниженої самооцінки на розвиток депресії, також передбачається розрахунок двох рівнянь згідно

обчислених нами коефіцієнтів.

На першому етапі здійснюється розрахунок M (3.5) згідно лінійної функції 2.2. Другий етап передбачає розрахунок ризику розвитку депресії за допомогою рівняння логістичної регресії (2.1) аналогічному до попередніх розрахунків.

$$M = 4,579 * X_1 - 1,401 \quad (3.5)$$

де X_1 – наявність заниженої самооцінки.

Встановлено, що знижена самооцінка є фактором, який впливає на виникнення симптомів депресії у загальній популяції, а величина даного впливу складає 15,6%. Дана модель вірогідна ($p < 0,01$). Загальна точність регресійної моделі становить 80,9%.

Прогнозування впливу заниженої самооцінки на розвиток депресії у чоловіків також передбачає обрахунок двох рівнянь.

Першим здійснюється розрахунок M (3.6) згідно лінійної функції. У подальшому аналогічно проводиться розрахунок ризику розвитку депресії за допомогою рівняння логістичної регресії 2.1.

$$M = 4,019 * X_1 - 1,939 \quad (3.6)$$

де X_1 – наявність заниженої самооцінки.

Для респондентів чоловічої статі встановлено подібні результати до загальної популяції, а саме: що занижена самооцінка у осіб чоловічої статі прямопропорційно впливає на появу симптомів депресії, ймовірно провокуючи їх виникнення, а величина даного впливу складає 12,7%. Дана модель вірогідна ($p < 0,01$). Загальна точність прогностичної регресійної моделі становить 87,5%.

Наше подальше дослідження передбачало аналіз впливу низької самооцінки на розвиток тривоги серед усіх респондентів. Методологічно, після розрахунку коефіцієнтів регресії, необхідно обраховувати два рівняння.

Першим здійснюється розрахунок M (3.7) згідно лінійної функції, результати якого підставляються у рівняння 2.1:

$$M = 1,888 * X_1 - 0,229 \quad (3.7)$$

де X_1 – наявність заниженої самооцінки.

Регресійний аналіз дозволив встановити вірогідний ($p < 0,01$) незначний (3,5%) прямий вплив низької самооцінки на розвиток симптомів тривоги у загальній популяції. Точність даної регресійної моделі становила 56,9%.

Методологія процесу персоніфікованого прогнозування розвитку тривоги серед осіб чоловічої статі, передбачає аналогічні два рівняння.

Першим здійснюється розрахунок M (3.8) згідно лінійної функції:

$$M = 1,257 * X_1 - 0,564 \quad (3.8)$$

де X_1 – наявність низької самооцінки.

Другий етап у передбачає розрахунок ризику розвитку тривоги за допомогою рівняння логістичної регресії (2.1).

Проведений аналіз констатує, що на відміну від загальної популяції у чоловіків спостерігається невірогідний ($p = 0,07$) та незначний (1,3%) прямий вплив низької самооцінки на розвиток тривоги. Загальна точність даної моделі становить 63,8%.

Подальші дослідження передбачали дослідження впливу зниженої самоефективності на розвиток депресії серед опитуваних загальної популяції. Для фактору «знижена самоефективність» використано наступне кодування: «1» – наявна знижена самоефективність (результат згідно опитувальника загальної самоефективності Шварцера і Єрусалима до 25 балів, що включав низьку та нижче середнього самоефективність), «0» – відсутня. Методологічно, у процесі прогнозування впливу зниженої самоефективності на розвиток депресії, також

передбачається розрахунок двох рівнянь згідно попередньо обчислених коефіцієнтів.

На першому етапі здійснюється розрахунок M (3.9) згідно лінійної функції. Другий етап аналізу аналогічний до попередніх моделей та передбачає розрахунок ризику розвитку депресії за допомогою рівняння логістичної регресії (2.1).

$$M = 1,906 * X_1 - 1,569 \quad (3.9)$$

де X_1 – наявність зниженої самоефективності.

Визначено, що знижена самоефективність прямопропорційно впливає на появу симптомів депресії у загальній популяції; частка впливу становить 13,9%, достовірність ($p < 0,01$), а точність моделі становить 79,4%.

Процес визначення міри впливу зниженої самоефективності на ймовірність появи симптомів депресії у респондентів-чоловіків був аналогічним як для всієї популяції та також включав необхідність обрахунку двох рівнянь.

Перший етап оцінювання міри впливу зниженої самоефективності на ймовірність появи симптомів депресії у респондентів-чоловіків передбачав розрахунок M (3.10) згідно лінійної функції, а другий етап аналізу аналогічний до попередніх моделей.

$$M = 1,876 * X_1 - 2,058 \quad (3.10)$$

де X_1 – наявність зниженої самоефективності.

Визначено прямий, вірогідний ($p < 0,01$) вплив зниженої самоефективності на ймовірність появи симптомів депресії у респондентів-чоловіків, частка впливу становить 10,2%. Загальна точність моделі 85,5%.

При встановленні впливу зниженої самоефективності на розвиток тривоги серед усіх опитуваних теж необхідно обрахувати два рівняння. Першочергово здійснюється розрахунок M (3.11) згідно лінійної функції.

$$M = 1,180 * X1 - 0,321 \quad (3.11)$$

де $X1$ – наявність зниженої самоефективності.

Встановлено, що знижена самоефективність достовірно ($p < 0,01$) провокує розвиток тривоги серед усіх опитуваних, величина даного впливу 5,0%, загальна точність даної моделі становить 59,6%.

При побудові рівняння логістичної регресії, для встановлення міри впливу зниженої самоефективності на розвиток тривоги у популяції чоловіків, першочергово здійснюється розрахунок M (3.12) згідно лінійної функції. На другому етапі проводиться аналогічний у обох моделях розрахунок ризику розвитку тривоги за допомогою регресійного рівняння 2.1.

$$M = 1,211 * X1 - 0,651 \quad (3.12)$$

де $X1$ – наявність зниженої самоефективності.

Результати засвідчують, що низька самоефективність у респондентів чоловічої статі, як і у загальній популяції, достовірно ($p < 0,01$) провокує розвиток тривоги серед опитуваних чоловіків, величина даного впливу 4,1% при загальній точності даної моделі 65,5%.

Висновки до РОЗДІЛУ 3

1. На рівні загальної популяції встановлено, що індекс неповноцінності (index of inferiority) ФВН мали $7,03 \pm 1,03$ % анкетованих; тоді як $11,11 \pm 1,27$ % респондентів – індекс надцінності (index of superiority) ФВН. Більшість анкетованих мали відсутність феномену зміненої самооцінки (Norma) – $81,86 \pm 1,56$ %.

2. Встановлено достовірні відмінності між рівнями самоефективності ($p = 0,03$) та самооцінки ($p = 0,0004$) в залежності від наявності ФВН. Анкетовані, з індексом надцінності (index of superiority) ФВН, мали достовірно ($p = 0,04$)

найменше медіанне значення самооефективності (28 [25; 32] балів) порівняно з групою з відсутністю феномену зміненої самооцінки (Norma) (30 [27; 34] балів) та групою з індексом неповноцінності (index of inferiority) ФВН, де аналізований показник становив 31 [28; 33] бал. Отримане значення у осіб з індексом надцінності відповідає «середньому» рівню самооефективності, що є на порядок нижче, ніж у групах з відсутністю феномену зміненої самооцінки та з індексом неповноцінності, де рівень самооефективності трактується як «вище середнього».

3. Анкетовані з відсутністю феномену зміненої самооцінки (Norma) мали найвище медіанне значення самооцінки – 22 бали [18; 25]. Натомість у осіб із індексом неповноцінності (index of inferiority) ФВН значення показників самооцінки становили 19 [17;24] балів. Найнижчими показники самооцінки були у групі із індексом надцінності (index of superiority) ФВН, та є достовірно меншими порівняно з групою з відсутністю феномену зміненої самооцінки (Norma). Особливістю розподілу за статтю є вищі бали ($p < 0,001$) самооцінки у чоловіків (22 [19; 25] балів), ніж у жінок (20 [16; 24] балів); та достовірно ($p = 0,001$) менші бали самооцінки у чоловіків з індексом надцінності ФВН – 19 [17,3; 22], порівняно з чоловіками із відсутнім феноменом зміненої самооцінки – 22 [19; 26].

4. Для чотирьох з п'яти рис особистості (екстраверсія, дружелюбність, добросовісність та емоційна стабільність) найнижчі середні бали були встановлено для групи осіб з індексом надцінності ФВН. Достовірні різниці ($p < 0,05$) для цієї групи порівняно з особами з відсутністю феномену зміненої самооцінки встановлено щодо добросовісності та емоційної стабільності. Середні значення щодо відкритості новому досвіду достовірно не відрізнялись поміж аналізованими підгрупами, а найбільше значення виявлено в групі осіб з індексом надцінності ФВН. З-поміж чоловіків групи з індексом надцінності ФВН $18,42 \pm 6,29\%$ мали низькі бали екстраверсії, а $10,53 \pm 4,98\%$ – низькі бали добросовісності; натомість серед жінок з індексом надцінності $16,67 \pm 6,80\%$ мали низькі бали дружелюбності, а $50,00 \pm 9,13\%$ – низькі бали емоційної стабільності. У групі осіб з індексом неповноцінності ФВН середні бали п'яти рис особистості

достовірно не відрізнялись ($p > 0,05$) від показників групи з відсутністю феномену зміненої самооцінки.

5. Встановлено, що 54,95% [45,67-64,07] опитаних осіб з ФВН мали прояви тривоги, тоді як у групі опитуваних з відсутністю феномену зміненої самооцінки (Norma) таких було 43,91% [39,60-48,28] осіб, $p = 0,035$. Порівняння балів тривоги за статтю у групах з різним індексом почуття неповноцінності довело значне переважання балів тривоги за шкалою Бека у жінок, порівняно з чоловіками у всіх групах ($p < 0,05$). Найбільш частою тривога притаманна для жінок з індексом надцінності ФВН: її мали 76,67% [60,16-89,79] опитаних жінок цієї групи. Медіанні значення балів за шкалою тривоги Бека були суттєво вищими у осіб з індексом надцінності ФВН – 8,5 [5; 16,3] балів ($p = 0,029$ порівняно з опитуваними з відсутністю феномену зміненої самооцінки, де даний показник становив 6 [3; 12] балів). Серединні бали тривоги в осіб з індексом неповноцінності ФВН (6 [3; 13,5] балів) суттєво не відрізнялись від балів у опитуваних з відсутністю феномену зміненої самооцінки та з індексом надцінності ФВН ($p > 0,05$).

6. Встановлено, що найчастіше депресія зустрічалась у групі осіб з індексом надцінності ФВН, в яких були присутні ознаки екстремального прагнення у будь який спосіб компенсувати надмірне почуття неповноцінності. Близько третини (32,35% [21,83-43,86]) опитаних з цим феноменом мали депресію, тоді як у групі опитуваних з відсутністю феномену зміненої самооцінки таких осіб було 21,36% [17,88-25,05] ($p = 0,042$). Аналіз співставлення балів депресії у групах чоловіків та жінок з різним порівняльним індексом почуття неповноцінності довів суттєву різницю за статтю ($p < 0,05$) зі значним переважанням балів депресії у жінок у всіх досліджуваних підгрупах. Найчастіше депресія зустрічалась у жінок з індексом надцінності ФВН: 46,67% [29,4-64,35] жінок з цим феноменом мали прояви депресії. Найвище медіанне значення за шкалою депресії теж було у групі осіб з індексом надцінності ФВН (10 [6; 15] балів), $p < 0,001$ порівняно з опитуваними з відсутністю феномену зміненої самооцінки.

7. У загальній популяції вплив ФВН на виникнення низького рівня самооцінки є недостовірним ($p=0,81$) прямопропорційним та незначним ($<0,1\%$). Натомість у респондентів чоловіків ФВН чинить превентивну дію на формування низького рівня самооцінки. Проте цей вплив також є недостовірним ($p=0,06$) та незначним ($4,7\%$). З поміж усіх чинників, які впливають на виникнення низької самооефективності ФВН здійснює провокуючий недостовірний ($p>0,05$) та незначний вплив ($0,9\%$ у загальній популяції та $0,6\%$ у чоловіків).

Низька самооцінка достовірно ($p<0,05$) прямопропорційно впливає на появу симптомів депресії. Частка впливу низької самооцінки на виникнення депресії у загальній популяції складає $15,6\%$, а у чоловіків $12,7\%$. Низька самооцінка також прямопропорційно впливає на появу симптомів тривоги. Частка впливу низької самооцінки на виникнення тривоги у загальній популяції складає $3,5\%$ ($p<0,01$), а у чоловіків $1,3\%$ ($p=0,07$).

Визначено, що знижена самооефективність достовірно ($p<0,05$) прямопропорційно впливає на появу симптомів депресії. Частка впливу у загальній популяції складає $13,9\%$, а у чоловіків $10,2\%$. Знижена самооефективність, як і у загальній популяції (на $5,0\%$), так і у респондентів чоловічої статі (на $4,1\%$) достовірно ($p<0,01$) провокує розвиток тривоги.

Результати досліджень розділу 3 наведено в публікаціях:

1. Березюк О. Р., Фільц О. О. Асоціація почуття тривоги та феномена власної неповноцінності. Медичні перспективи. 2023. Т. 28, № 3. С. 86-93. DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.3.289202>.

2. Berezyuk O., Filts O., Hrabchak V., Sirko R. The phenomenon of inferiority and depression. Proceeding of the Shevchenko Scientific Society. Medical Sciences. 2023. Vol. 72. No. 2. DOI: <https://doi.org/10.25040/ntsh2023.02.11>

3. Березюк О. Р., Фільц О. О., Грабчак В. І., Сірко Р. І. Опитувальник порівняльного індексу почуття неповноцінності: переклад, валідизація та досвід використання в Україні. Вісник Вінницького національного медичного

університету. 2022. Т. 26, № 4. С. 633-636. DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26\(4\)-20](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26(4)-20).

4. Березюк О. Р., Фільц О. О. Асоціація феномена власної неповноцінності з самоефективністю та самооцінкою. Український вісник психоневрології. 2023. Т. 31, № 1(114). С. 20-25. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is1-2023-2>

РОЗДІЛ 4.

ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ ВЛАСНОЇ НЕПОВНОЦІННОСТІ У ЧОЛОВІКІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ БОЙОВУ ПСИХІЧНУ ТРАВМУ

Анкетування 95 чоловіків, які перенесли бойову психічну травму, було проведено в лютому-липні 2023 року на базі КНП «Перше територіальне медичне об'єднання міста Львова» та КНП ЛОР «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня».

На першому етапі досліджувані заповнювали опитувальник PCL-5, за результатами якого посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) було діагностовано у 57 чоловіків. На другому етапі пацієнти з ПТСР заповнювали опитувальник Порівняльного Індексу Почуття Неповноцінності (ППІН). Згідно його результатів пацієнтів було поділено на три групи: група з індексом неповноцінності (index of inferiority) ФВН, група з індексом надцінності (index of superiority) ФВН та група з відсутністю феномену зміненої самооцінки (Norma). На наступному етапі, в кожній з цих трьох груп визначались рівні самоефективності та самооцінки, рис особистості, тривоги та депресії, які порівнювались поміж вищезгаданими групами згідно наявності ФВН. Середній вік 57 чоловіків з ПТСР становив $31,62 \pm 8,57$ років, та був достовірно більшим ($p < 0,01$) від віку чоловіків, які аналізувались у попередній частині роботи ($20,24 \pm 3,03$ роки).

Згідно результатів проведеного дослідження встановлено, що серед 57 чоловіків з ПТСР, феномен власної неповноцінності (ФВН) був наявний у 12,28% [5,12-21,97] ($n=7$) опитаних (у тому числі індекс неповноцінності ФВН – у 5,26% [1,03-12,49] ($n=3$) чоловіків та індекс надцінності ФВН – у 7,02% [1,90-15,02] ($n=4$) чоловіків). Відповідно у 87,72% [78,03-94,88] ($n=50$) чоловіків був відсутній феномен зміненої самооцінки (рис. 4.1). Даний розподіл достовірно не відрізнявся ($p > 0,05$) від аналогічного з-поміж чоловіків у загальній популяції. Як було зазначено у попередній частині нашої роботи, у загальній популяції частка

чоловіків з ФВН становила 17,66% [13,86-21,82], відповідно 82,34% [78,18-86,14] чоловіків були з відсутнім феноменом зміненої самооцінки. Зокрема, індекс неповноцінності ФВН мали 6,84% [4,44-9,71] чоловіків, а індекс надцінності ФВН – 10,83% [7,80-14,29] чоловіків.

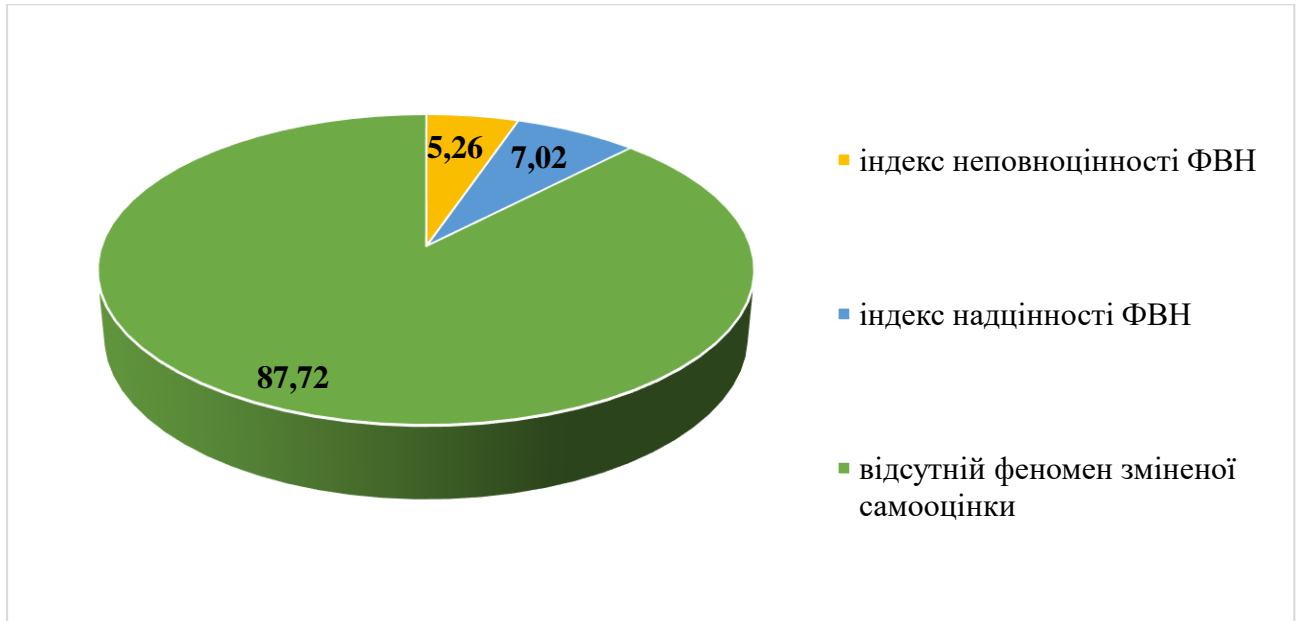


Рис. 4.1. Структура досліджуваної групи чоловіків з ПТСР, які перенесли бойову психічну травму (n=57) щодо наявності ФВН (%)

Варто зазначити, що загальна сума балів за шкалою PCL-5 була достовірно вищою ($p=0,04$) для пацієнтів, які мали будь-який прояв феномену зміненої самооцінки (індекс неповноцінності + індекс надцінності, $n=7$) – 66,00 [63,00; 69,50] балів, порівняно з пацієнтами із відсутнім феноменом зміненої самооцінки (59,00 [51,50; 64,75] балів). При цьому у чоловіків з індексом надцінності ФВН середнє значення кількості балів згідно опитувальника PCL-5 становило 67,50 [65,75; 69,50] балів, а у чоловіків з індексом неповноцінності ФВН – 61,00 [57,00; 65,50] балів.

Результати анкетування згідно **опитувальника загальної самоефективності Шварцера і Єрусалима** показали, що медіанне значення самоефективності чоловіків з ПТСР, які мали будь-який прояв феномену зміненої самооцінки (індекс неповноцінності + індекс надцінності, $n=7$)

знаходиться на рівні «нижче середнього» – 23,00 [22,50; 24,00] бали, а самоефективності чоловіків з відсутнім феноменом зміненої самооцінки (n=50) – на рівні «середня самоефективність» – 27,00 [22,00; 30,75] балів, проте порівняння між групами не виявило суттєвої різниці ($p>0,05$). З'ясовано, що медіанні бали самоефективності у чоловіків з індексом неповноцінності ФВН (24,00 [23,00; 24,00]) були незначно ($p>0,05$) вищими, ніж у чоловіків з індексом надцінності ФВН (23,00 [22,50; 23,25]).

Натомість, розподіл (%) результатів шкали загальної самоефективності достовірно ($p=0,031$) відрізнявся у чоловіків з будь-яким проявом феномену зміненої самооцінки порівняно з розподілом у чоловіків з відсутнім феноменом зміненої самооцінки.

Усім 100% чоловікам з будь-яким проявом феномену зміненої самооцінки (індекс неповноцінності + індекс надцінності, n=7) визначено ефективність на рівні «нижче середнього». Водночас, у групі чоловіків з ПТСР, у яких відсутній феномен зміненої самооцінки (n=50) розподіл був наступним: третина опитаних (32,00% [19,92-45,45]) мали самоефективність на рівні «нижче середнього», 30,00% [18,22-43,3] – «вище середнього», чверть опитаних (26,00% [14,91-38,92]) – «середню самоефективність». Примітно, що «низьку самоефективність» визначено 8,00% [2,18-17,03] опитаним, а «високу самоефективність» – лише 4,00% [0,39-11,12] пацієнтам даної групи (рис. 4.2).

Результати опитування за **шкалою самооцінки Розенберга** не показали достовірних відмінностей ($p>0,05$) згідно наявності ФВН у пацієнтів з ПТСР: незначно вищий рівень самооцінки був серед чоловіків з відсутнім феноменом зміненої самооцінки (медіанне значення становило 15,00 [13,00; 18,75] балів) порівняно з групою чоловіків з будь-яким проявом феномену зміненої самооцінки (індекс неповноцінності + індекс надцінності, n=7), у яких медіанне значення становило 14,00 [9,00; 18,00] балів. Встановлено, що медіанні бали самооцінки у пацієнтів з індексом неповноцінності ФВН та з індексом надцінності ФВН були однаковими: 14,00 [11,00; 16,50] та 14,00 [9,50; 18,00] відповідно.

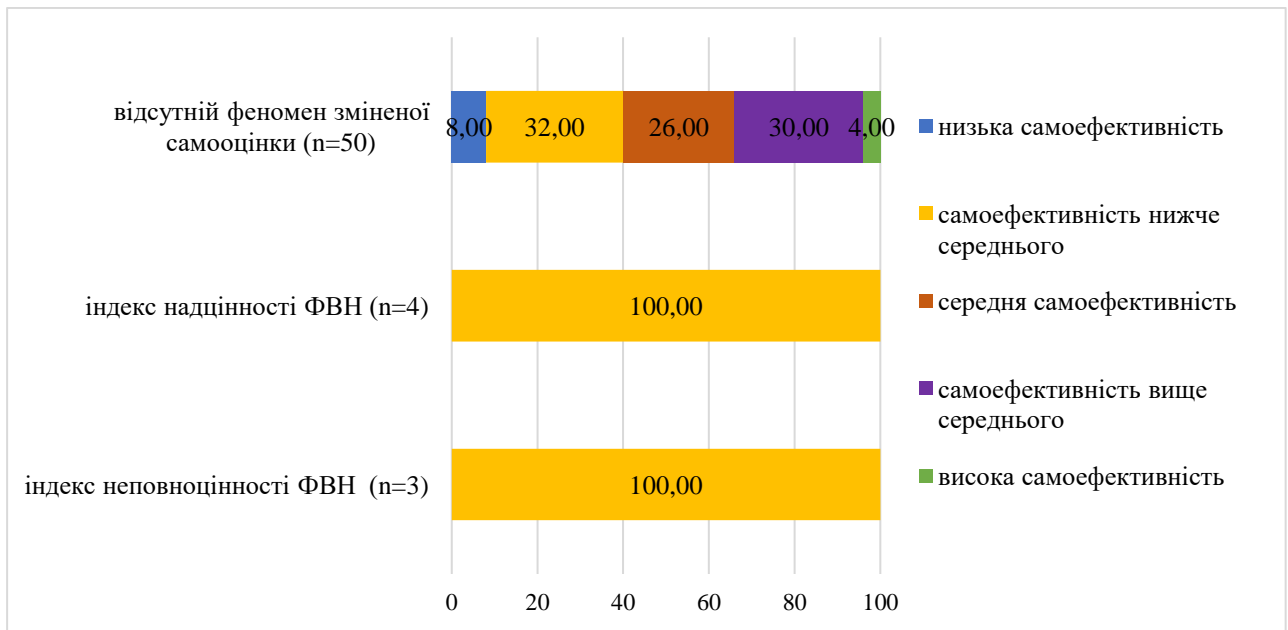


Рис. 4.2. Розподіл (%) результатів згідно шкали загальної самоефективності Шварцера і Єрусалима у чоловіків з ПТСР в залежності від наявності у них ФВН

При детальнішому розподілі визначено, що у чоловіків з ПТСР та з індексом неповноцінності ФВН переважав середній рівень самооцінки (66,67% [14,42-99,75]), як і в пацієнтів з відсутнім феноменом зміненої самооцінки (66,00% [52,43-78,35]). Даний рівень характеризується критичним ставленням пацієнтів до самого себе та у бажанні до схвалення з боку соціуму. Такі чоловіки вдало виконують нескладні завдання, проте не намагаються удосконалити свої досягнення та опанувати складніші цілі [209]. У той час як в групі пацієнтів з індексом надцінності ФВН було по 50,00% [8,48-91,52] чоловіків з середнім та низьким рівнем самооцінки (рис. 4.3).

Розподіл результатів (%) шкали самооцінки не засвідчив достовірної різниці ($p > 0,05$) поміж групами пацієнтів в залежності від наявності у них ФВН.

У чоловіків з ПТСР найвищу частку (50,00% [8,48-91,52]) осіб з низьким рівнем самооцінки виявлено у пацієнтів з індексом надцінності ФВН, а найнижчу – у пацієнтів з відсутнім феноменом зміненої самооцінки (8,00% [2,18-17,03]). Низький рівень самооцінки характерний для третини (33,33% [0,25-85,58]) пацієнтів з індексом неповноцінності ФВН. Пацієнти з даним рівнем самооцінки

є залежними від зовнішніх обставин і оцінок та, як наслідок, очікують позитивного ставлення до себе від інших [209].

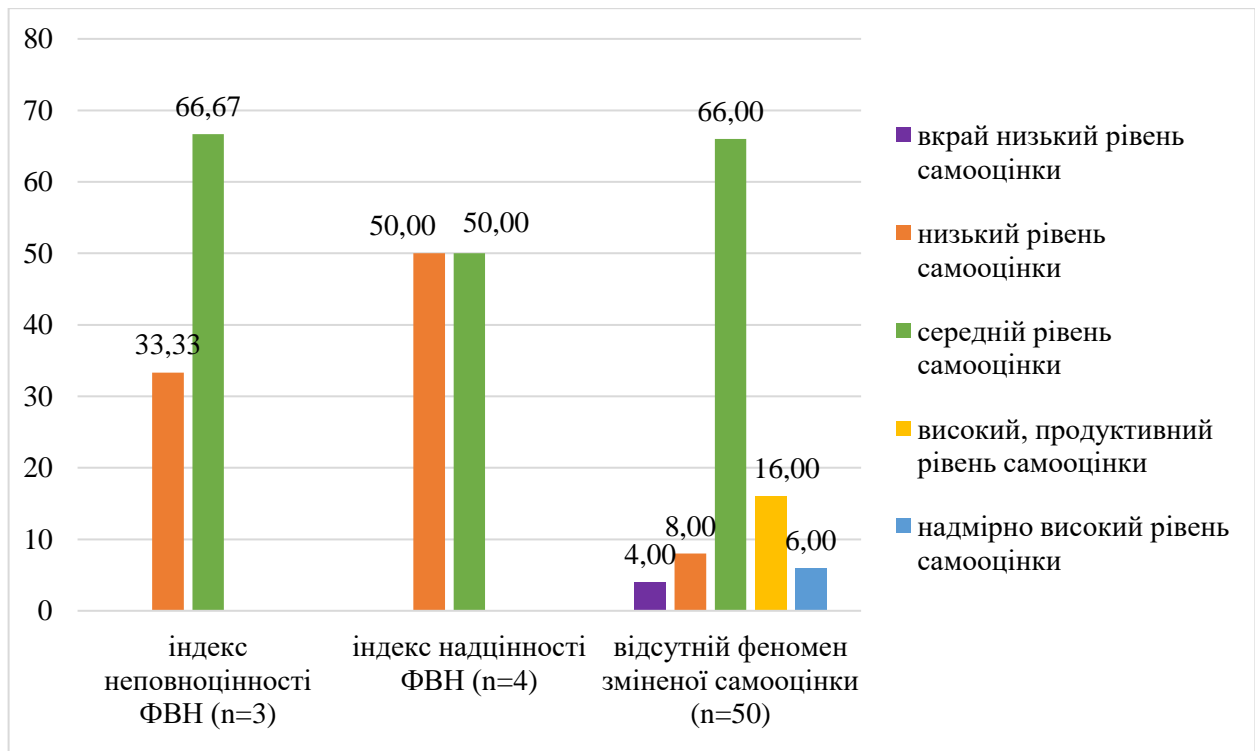


Рис. 4.3. Розподіл (%) результатів згідно шкали самооцінки Розенберга у чоловіків з ПТСР в залежності від наявності у них ФВН

Примітно, що у пацієнтів з будь-яким проявом феномену зміненої самооцінки (індекс неповноцінності + індекс надцінності, n=7) немає жодної особи із вкрай низьким (0,00%), високим, продуктивним (0,00%) та надмірно високим рівнем самооцінки (0,00%). Водночас у чоловіків з відсутнім феноменом зміненої самооцінки високий, продуктивний рівень самооцінки зустрічався у кожного шостого пацієнта (16,00% [7,27-27,33]), вкрай низький рівень самооцінки – у 4,00% [0,39-11,12], а надмірно високий рівень – у 6,00% [1,18-14,18] анкетованих.

Проведений аналіз рис особистості за шкалою ТРІ дозволив констатувати, що поміж результатами пацієнтів з будь-яким проявом феномену зміненої самооцінки (індекс неповноцінності + індекс надцінності, n=7) та результатами пацієнтів з відсутнім феноменом зміненої самооцінки достовірних

відмінностей не встановлено ($p > 0,05$). Водночас з'ясовано, що у чоловіків з ПТСР та з будь-яким проявом феномену зміненої самооцінки лише один параметр з аналізованих п'яти (табл. 4.1) мав вище медіанне значення, ніж у чоловіків з відсутнім феноменом зміненої самооцінки: рівень дружелюбності, який становив 6,00 [4,75; 6,75] балів та 5,00 [4,00; 6,00] відповідно [196]. На підставі цього можна стверджувати, що чоловіки з ФВН більше прагнуть до соціальних взаємодій, побудови дружніх стосунків, є більш толерантними, терпимими до інтересів і запитів інших [203].

Таблиця 4.1

Медіанні бали рис особистості за шкалою ТІРІ у чоловіків з ПТСР в залежності від наявності у них ФВН (Me [Q1; Q3])

	ФВН (індекс неповноцінності + індекс надцінності), n=7	відсутній феномен зміненої самооцінки, n=50	p
Екстраверсія	4,00 [2,75; 4,25]	4,75 [3,50; 5,88]	0,17
Дружелюбність	6,00 [4,75; 6,75]	5,00 [4,00; 6,00]	0,21
Добросовісність	5,00 [3,75; 5,25]	5,50 [4,50; 6,00]	0,27
Емоційна стабільність	2,00 [2,00; 5,00]	3,50 [2,50; 4,00]	0,84
Відкритість новому досвіду	4,00 [4,00; 5,00]	4,00 [3,50; 6,00]	0,78

У свою чергу, чоловіки з відсутнім феноменом зміненої самооцінки (n=50) демонструють найвищий бал добросовісності – 5,50 [4,50; 6,00] балів, що характеризує їх як відповідальних, розсудливих та надійних особистостей.

Найнижчий бал рис особистості, як для чоловіків з ФВН, так і для групи з відсутнім феноменом зміненої самооцінки характерний для емоційної стабільності: 2,00 [2,00; 5,00] та 3,50 [2,50; 4,00] балів відповідно. Низький рівень емоційної стабільності свідчить про меншу здатність до емоційної саморегуляції, схильність до занепокоєння, переживання страху і напруги [203].

Відкритість новому досвіду становила 4,00 [4,00; 5,00] бали для чоловіків з ФВН та 4,00 [3,50; 6,00] бали для чоловіків з відсутнім феноменом зміненої самооцінки. Однакові медіанні бали у порівнюваних групах свідчать про ідентичний рівень пізнавальної цікавості до нового, схильності до пошуку та отримання нового життєвого досвіду.

Медіанні бали екстраверсії були недостовірно ($p > 0,05$) вищими у чоловіків з відсутнім феноменом зміненої самооцінки – 4,75 [3,50; 5,88] балів, натомість у чоловіків з ФВН медіанний бал становив 4,00 [2,75; 4,25] бали. Тобто чоловіки з ФВН демонструють незначно нижчий рівень енергійності, активності та переживання позитивних емоцій [203] порівняно з чоловіками з відсутнім феноменом зміненої самооцінки.

При порівнянні рис особистості за шкалою ТІРІ у групах пацієнтів з індексом неповноцінності ФВН та чоловіків з індексом надцінності ФВН визначено, що медіанний бал дружелюбності був вищим у групі з індексом неповноцінності ФВН – 6,50 [6,25; 6,75] балів у порівнянні з групою надцінності ФВН – 4,75 [3,63; 5,88] балів (табл. 4.2). Аналогічна тенденція спостерігається і щодо добросовісності: у чоловіків з індексом неповноцінності ФВН вона становила 5,00 [4,00; 6,00] балів, а для чоловіків з індексом надцінності ФВН – 4,75 [4,13; 5,13] балів [196].

Таблиця 4.2

**Розподіл медіанних балів рис особистості за шкалою ТІРІ
у чоловіків з ФВН, Me [Q1; Q3]**

	індекс неповноцінності ФВН (n=3)		індекс надцінності ФВН (n=4)	
Екстраверсія	3,00	[2,75; 3,75]	4,00	[3,63; 4,75]
Дружелюбність	6,50	[6,25; 6,75]	4,75	[3,63; 5,88]
Добросовісність	5,00	[4,00; 6,00]	4,75	[4,13; 5,13]
Емоційна стабільність	2,00	[2,00; 3,50]	3,50	[1,75; 5,13]
Відкритість новому досвіду	4,00	[4,00; 5,00]	4,25	[3,63; 4,75]

Натомість, для таких рис особистості, як екстраверсія, емоційна стабільність та відкритість новому досвіду незначно вищі ($p>0,05$) бали притаманні чоловікам з індексом надцінності ФВН. Так, медіанне значення балів екстраверсії для групи з індексом надцінності ФВН становило 4,00 [3,63; 4,75] бали, а для групи з індексом неповноцінності ФВН – 3,00 [2,75; 3,75] бали; медіанні бали емоційної стабільності – 3,50 [1,75; 5,13] бали та 2,00 [2,00; 3,50] бали відповідно. Відкритість новому досвіду у групі з індексом неповноцінності ФВН становила 4,00 [4,00; 5,00] бали, у групі з індексом надцінності ФВН – 4,25 [3,63; 4,75] балів.

Аналіз результатів анкетування чоловіків з ПТСР згідно **опитувальника Бека** засвідчив, що прояви **тривожності** не відрізнялися в залежності від наявності у них ФВН ($p>0,05$): дещо вищий рівень тривожності був притаманний пацієнтам з будь-яким проявом феномену зміненої самооцінки (індекс неповноцінності + індекс надцінності, $n=7$), де медіанний рівень склав 35,00 [28,50; 37,50] балів, порівняно з пацієнтами із відсутнім феноменом зміненої самооцінки, де медіанний рівень становив 29,00 [22,25; 39,75] балів. При цьому в групі чоловіків з ФВН медіанні бали тривожності були недостовірно ($p>0,05$) вищими у чоловіків з індексом неповноцінності ФВН (35,00 [33,50; 37,50] балів) порівняно з чоловіками з індексом надцінності ФВН, де аналізований показник склав 30,00 [23,50; 40,75] балів (рис. 4.4).

Всі опитані чоловіки з індексом неповноцінності ФВН ($n=3$) мали важкий рівень тривожності, в той час як для чоловіків з індексом надцінності ФВН ($n=4$) характерний як важкий рівень тривожності (50,00% [8,48-91,52]), так і помірний (50,00% [8,48-91,52]). Примітно, що у чоловіків з відсутнім феноменом зміненої самооцінки також переважав важкий рівень тривожності (68,00% [54,55-80,08]), помірна тривожність зустрічалась у 22,00% [11,73-34,4] опитаних, а легка тривожність – лише у 10,00% [3,32-19,74] респондентів даної групи ($p>0,05$).

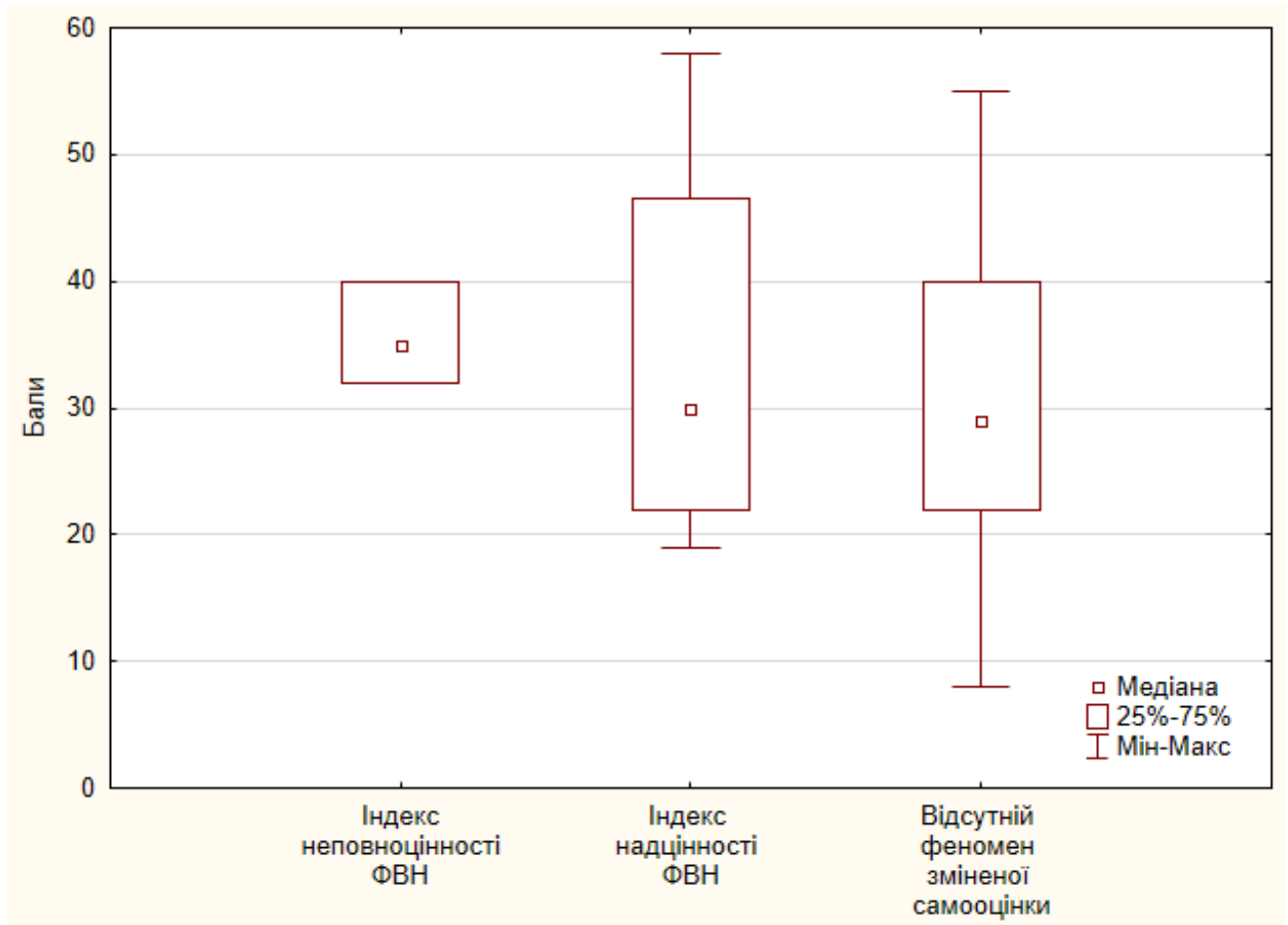


Рис. 4.4. Серединні показники рівня тривожності (бали) згідно опитувальника Бека у чоловіків з ПТСР в залежності від наявності ФВН

Згідно опитувальника **GAD-7** серединний рівень генералізованого тривожного розладу у чоловіків з ПТСР був незначно вищим у групі пацієнтів з будь-яким проявом феномену зміненої самооцінки (індекс неповноцінності + індекс надцінності, $n=7$), де медіанне значення становило 18,00 [14,00; 19,50] балів, порівняно з чоловіками з відсутнім феноменом зміненої самооцінки, для яких медіанний бал становив 16,00 [12,00; 18,00] балів, однак достовірної різниці між порівнюваними групами не доведено ($p>0,05$). При цьому у чоловіків з індексом неповноцінності ФВН медіанний бал генералізованого тривожного розладу становив 18,00 [16,00; 18,50] балів, а у чоловіків з індексом надцінності ФВН – 17,00 [13,75; 20,25] балів ($p>0,05$).

Важка тривожність (15-21 балів) була домінуючою для чоловіків з відсутнім феноменом зміненої самооцінки (68,00% [54,55-80,08]) та чоловіків з

індексом неповноцінності ФВН (66,67% [14,42-99,75]), $p>0,05$. Найрідше важка тривожність зустрічалась у групі чоловіків з індексом надцінності ФВН – у 50,00% [8,48-91,52] опитаних респондентів даної групи. Водночас, у даній групі була найвищою частка осіб зі середнім рівнем тривожності (10-14 балів) – 50,00% [8,48-91,52] осіб. В той час як у порівнюваних групах середня тривожність зустрічалась не більше ніж в третини випадків, зокрема у 33,33% [0,25-85,58] чоловіків з індексом неповноцінності ФВН та 28,00% [16,55-41,13] чоловіків з відсутнім феноменом зміненої самооцінки. Мінімальний рівень тривожності (5-7 балів) був діагностований лише у 4,00% [0,39-11,12] чоловіків з відсутнім феноменом зміненої самооцінки (рис. 4.5).

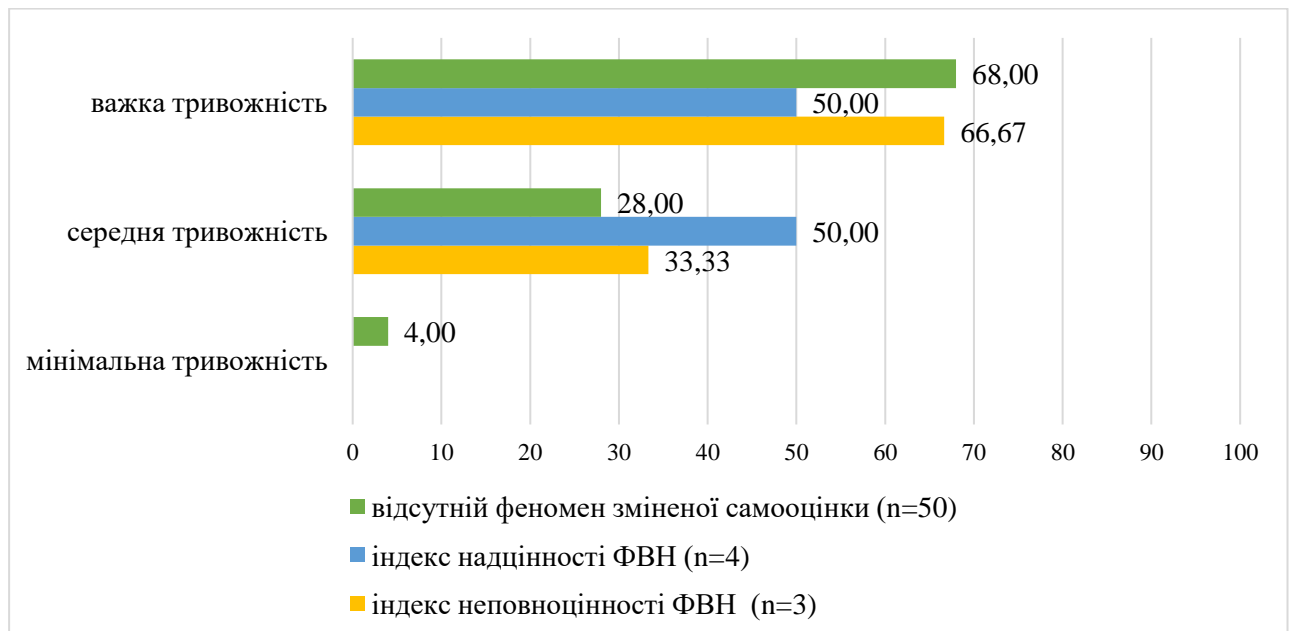


Рис. 4.5. Розподіл (%) результатів опитувальника GAD-7 у чоловіків з ПТСР в залежності від наявності у них ФВН

Анкетування за допомогою **шкали депресії Бека** засвідчило достовірні ($p=0,04$) відмінності рівня депресії залежно від наявності ФВН у чоловіків з ПТСР. Встановлено, що найнижчий рівень депресії був у чоловіків з відсутнім феноменом зміненої самооцінки (23,00 [18,25; 31,75] бали), що відповідало рівню «середня депресія». У той час рівень депресії у чоловіків з індексом надцінності ФВН становив 36,00 [27,75; 44,25] балів, а у чоловіків з індексом

неповноцінності ФВН – 38,00 [32,50; 43,00] балів, що відповідало рівню «важка депресія» (рис. 4.6).

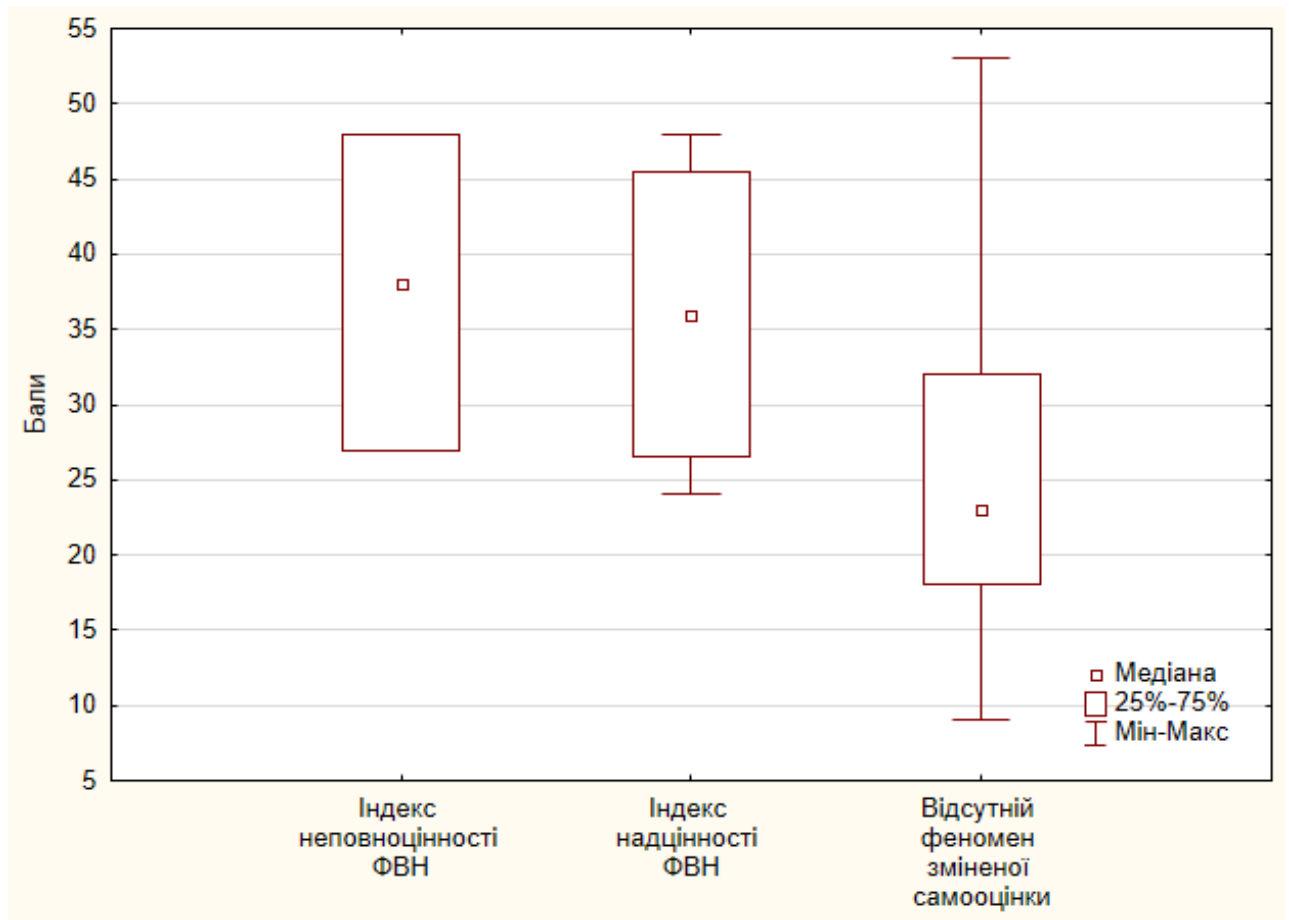


Рис. 4.6. Серединні показники рівня депресії (бали) згідно опитувальника Бека у чоловіків з ПТСР в залежності від наявності ФВН

Таким чином, у чоловіків з ПТСР та будь-яким проявом феномену зміненої самооцінки (індекс неповноцінності + індекс надцінності, $n=7$) серединний бал депресії відповідав рівню «важка депресія» та становив 38,00 [28,00; 45,50] балів, що було достовірно більше ($p=0,01$) порівняно з пацієнтами з відсутнім феноменом зміненої самооцінки, де аналізований показник, як вже зазначалось вище, становив 23,00 [18,25; 31,75] бали, що відповідало рівню «середня депресія».

Важкий рівень депресії (29-63 бали) у чоловіків з ПТСР за результатами опитування було діагностовано в 75,00% [27,96-99,89] анкетованих з індексом

надцінності ФВН та в 66,67% [14,42-99,75] анкетованих з індексом неповноцінності ФВН, в той час як серед чоловіків з відсутнім феноменом зміненої самооцінки – лише у 32,00% [19,92-45,45] (рис.4.7).

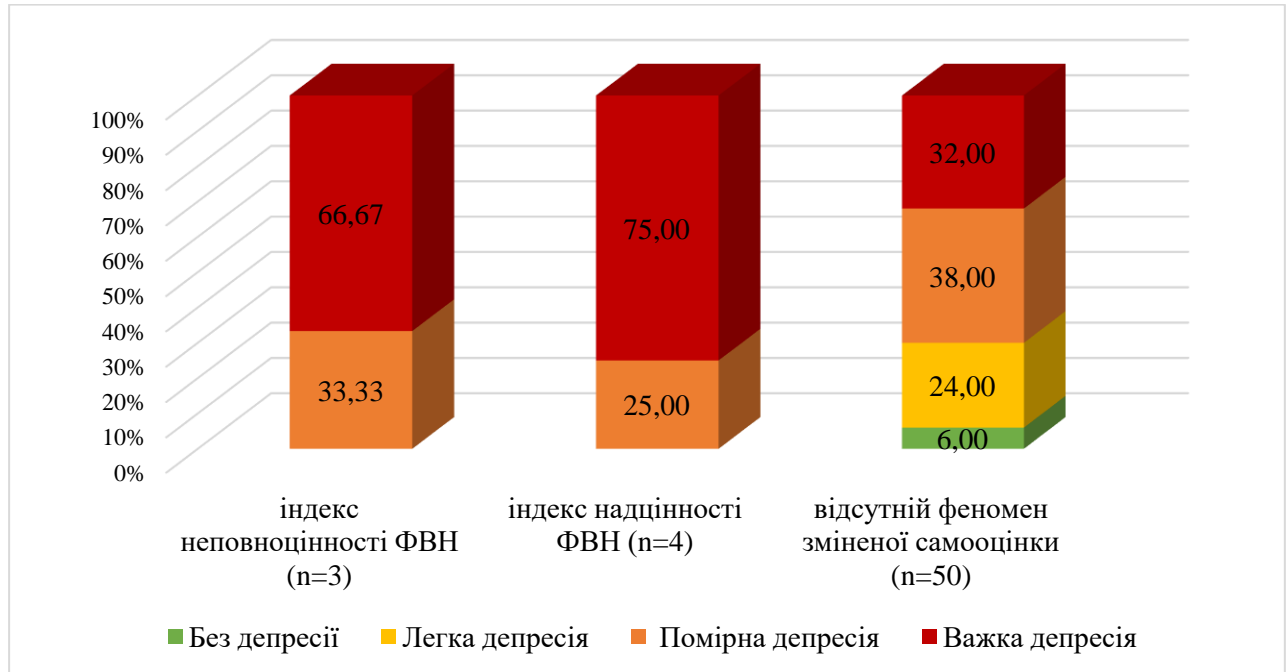


Рис. 4.7. Розподіл (%) результатів опитувальника депресії Бека у чоловіків з ПТСР в залежності від наявності у них ФВН

Дослідженням встановлено, що у пацієнтів з будь-яким проявом феномену зміненої самооцінки (індекс неповноцінності + індекс надцінності, n=7) частка пацієнтів з важкою депресією становила 71,43% [35,32-96,3], та була достовірно ($p=0,04$) більшою порівняно з пацієнтами, у яких відсутній феномен зміненої самооцінки (32,00% [19,92-45,45]).

Помірна депресія (20-28 балів) була присутня у 38,00% [25,18-51,74] чоловіків з відсутнім феноменом зміненої самооцінки, у 33,33% [0,25-85,58] чоловіків з індексом неповноцінності ФВН та в 25,00% [0,11-72,04] чоловіків з індексом надцінності ФВН.

Варто зазначити, що відсутність депресії (0-13 балів) та легкий рівень депресії (14-19 балів) не було зафіксовано у жодного чоловіка з ПТСР та з будь-яким проявом феномену зміненої самооцінки. Натомість, у групі чоловіків з

ПТСР та з відсутнім феноменом зміненої самооцінки близько чверті опитаним чоловікам (24,00% [13,31-36,68]) діагностовано легку депресію, а 6,00% [1,18-14,18] – її відсутність.

Водночас згідно **шкали депресії PHQ-9**, чоловіки з ПТСР та з будь-яким проявом феномену зміненої самооцінки (індекс неповноцінності + індекс надцінності, $n=7$) мали серединний показник 23,00 [21,00; 24,50] бали, що було вірогідно ($p=0,02$) більше порівняно з пацієнтами з відсутнім феноменом зміненої самооцінки, де даний показник становив 19,00 [17,00; 21,75] балів.

При множинному порівнянні за критерієм Краскела-Уолліса встановлено достовірну ($p=0,016$) різницю щодо результатів згідно шкали депресії PHQ-9 поміж трьома групами ФВН. Найвищий рівень депресії визначено у групі чоловіків з індексом надцінності ФВН – 24,50 [23,50; 25,00] балів, що переважало результат у групі чоловіків з індексом неповноцінності ФВН (20,00 [17,00; 21,50] балів) та у групі чоловіків з відсутнім феноменом зміненої самооцінки, де даний показник становив 19,00 [17,00; 21,75] балів ($p<0,05$).

Розподіл опитаних чоловіків з ПТСР щодо рівня депресії згідно опитувальника PHQ-9 виглядав наступним чином: у пацієнтів з будь-яким проявом феномену зміненої самооцінки (індекс неповноцінності + індекс надцінності, $n=7$) визначено важку або помірну депресію (рис. 4.8): у більшості з них (85,71% [52,74-99,97]) діагностовано важку (20-27 балів), а у 14,29% [0,03-47,26] – помірну депресію (10-14 балів). Розподіл результатів (%) згідно опитувальника PHQ-9 не засвідчив достовірної різниці ($p>0,05$) поміж групами пацієнтів в залежності від наявності у них ФВН.

Детальніший аналіз засвідчив, що важку депресію було діагностовано у 100% чоловіків з індексом надцінності ФВН та у 66,67% [14,42-99,75] чоловіків з індексом неповноцінності ФВН. В той час як помірна депресія була присутня у третини (33,33% [0,25-85,58]) опитаних пацієнтів з індексом неповноцінності ФВН.

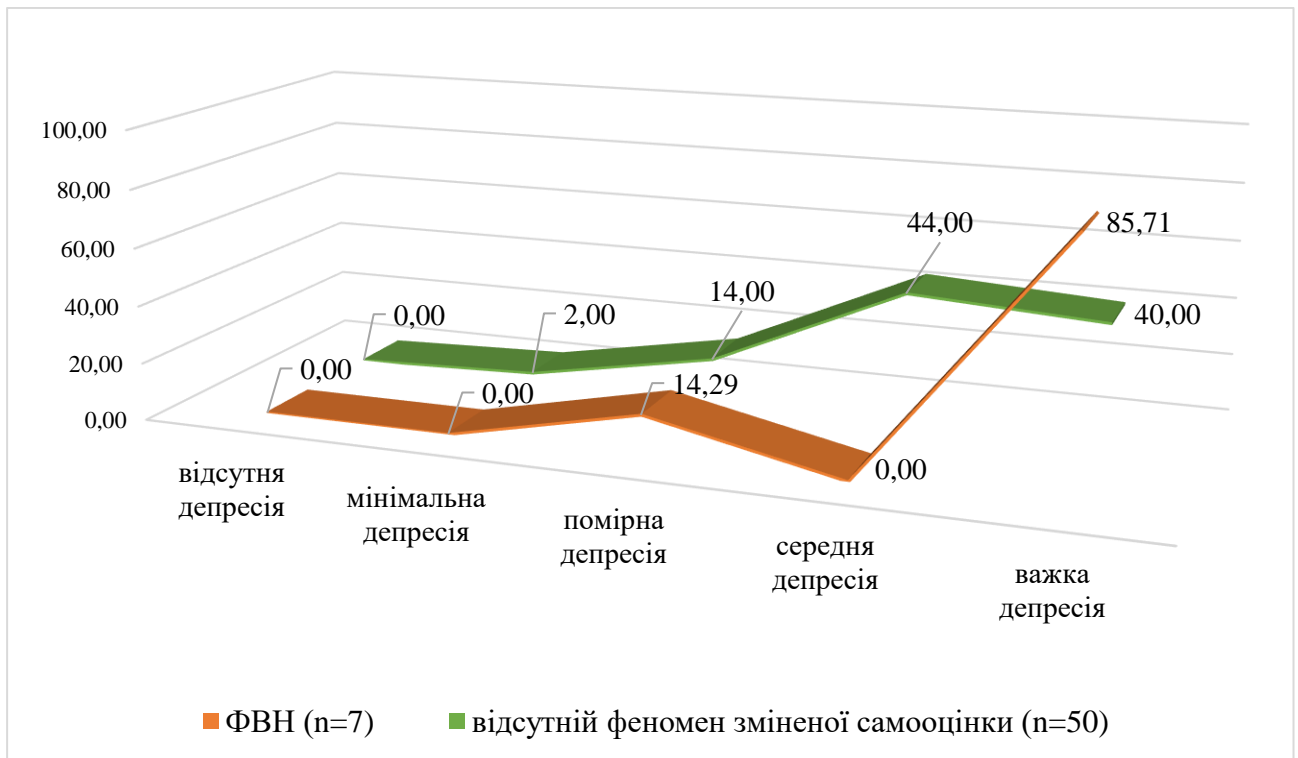


Рис. 4.8. Розподіл чоловіків з ПТСР, які перенесли бойову психічну травму за рівнем депресії згідно опитувальника PHQ-9 (%)

Встановлено, що у групі чоловіків з відсутнім феноменом зміненої самооцінки переважала середня депресія (15-19 балів): її діагностовано 44,00% [30,65-57,81] пацієнтам. Важку депресію (20-27 балів) мали 40,00% [26,98-53,79] пацієнтів з ПТСР та з відсутнім феноменом зміненої самооцінки, що є вдвічі меншим ніж серед чоловіків з ФВН (85,71% [52,74-99,97]). Помірна депресія (10-14 балів) діагностувалась 14,00% [5,88-24,87] пацієнтам з відсутнім феноменом зміненої самооцінки, що практично співпадало з аналогічною часткою у групі пацієнтів з ФВН (14,29% [0,03-47,26]). І лише у 2,00% [0-7,66] анкетованих чоловіків з ПТСР та з відсутнім феноменом зміненої самооцінки діагностовано мінімальну, «м'яку» депресію (5-9 балів) згідно опитувальника PHQ-9.

Проведений **кореляційний аналіз** засвідчив, що у чоловіків з ПТСР, які перенесли бойову психічну травму (n=57), високі рівні депресії поєднуються з низькими балами самооцінки та самоефективності (рис. 4.9).

Зокрема, поміж рівнем депресії та самооцінки встановлено достовірний, зворотній, середньої сили коефіцієнт парної кореляції Спірмена ($r=-0,64$; $p<0,05$).

Аналогічно поміж рівнем депресії та самоефективності теж встановлено достовірний, зворотній, середньої сили коефіцієнт кореляції ($r=-0,46$; $p<0,05$).

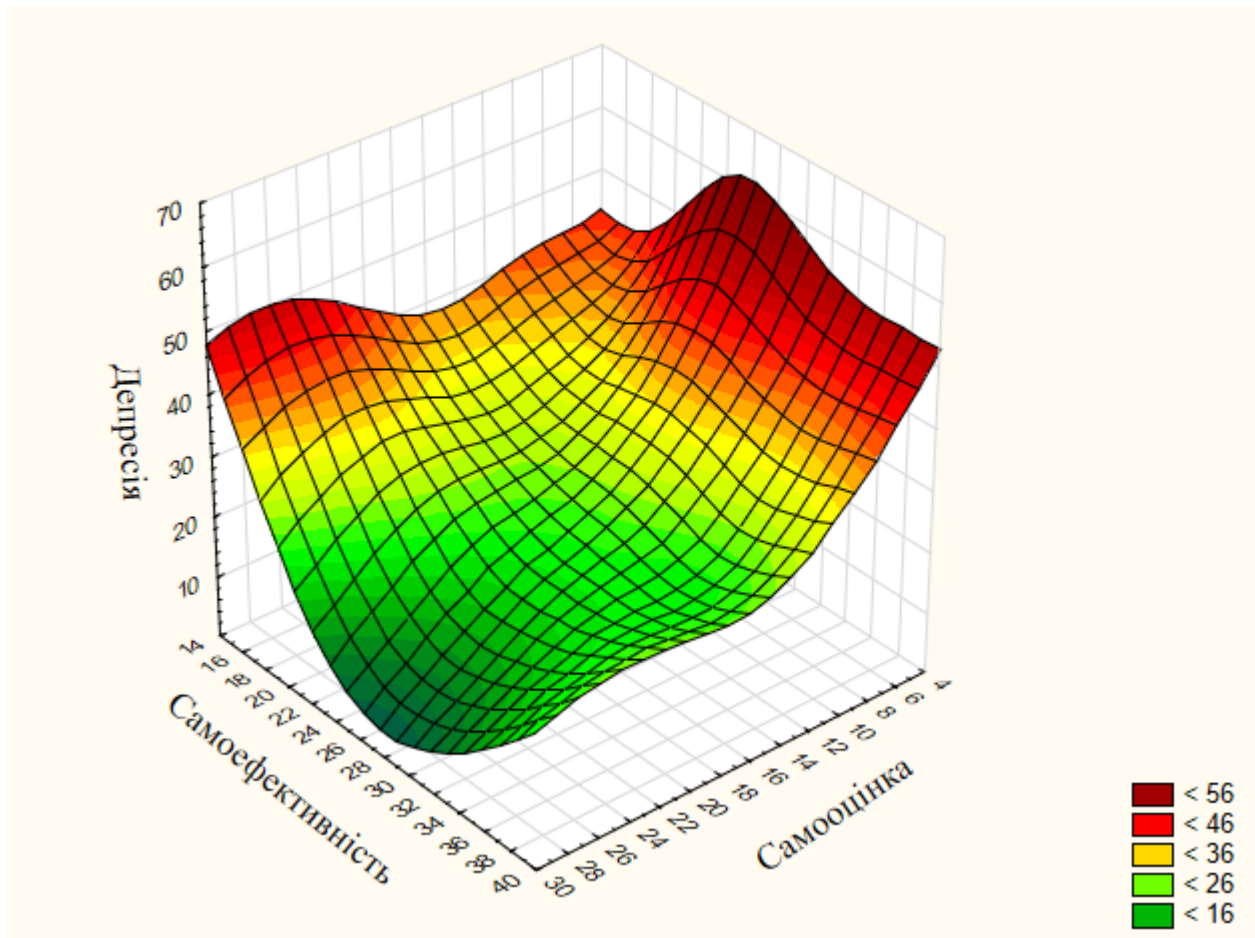


Рис. 4.9. Взаємозв'язок поміж рівнями депресії, самооцінки та самоефективності у чоловіків з ПТСР, які перенесли бойову психічну травму

У загальній популяції чоловіків фіксувались аналогічні кореляційні зв'язки ($r=-0,63$ та $r=-0,45$ при $p<0,05$) відповідно. Натомість низькі бали депресії спостерігались у аналізованих пацієнтів з високими балами самооцінки та самоефективності.

Доведено, що у чоловіків з ПТСР, які перенесли бойову психічну травму, високі бали депресії поєднувались з високими балами загальної тривожності згідно опитувальника Бека: між даними параметрами встановлено достовірний, прямий, середньої сили коефіцієнт кореляції ($r = 0,65$; $p<0,05$), що відображено на рисунку 4.10.

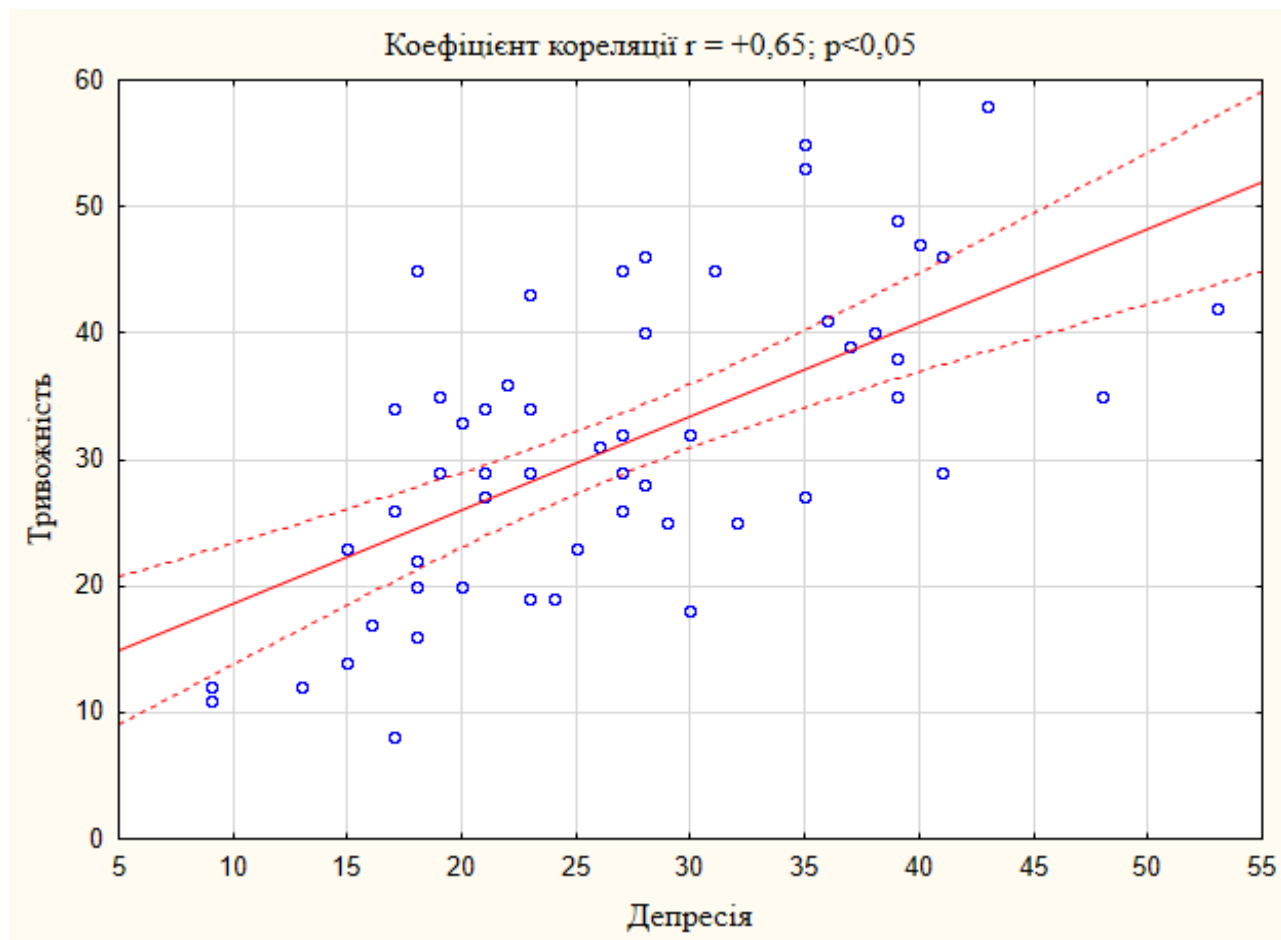


Рис. 4.10. Взаємозв'язок поміж рівнями депресії та тривожності у чоловіків з ПТСР, які перенесли бойову психічну травму

У загальній популяції чоловіків між даними параметрами теж був достовірний, прямий, середньої сили зв'язок ($r = 0,61$; $p < 0,05$).

Також з'ясовано, що у даних пацієнтів високі бали шкали депресії Бека достовірно також поєднувались з високими балами опитувальника PCL-5: між даними параметрами встановлено достовірний, прямий, середньої сили коефіцієнт кореляції ($r = 0,56$; $p < 0,05$), що відображено на рисунку 4.11.

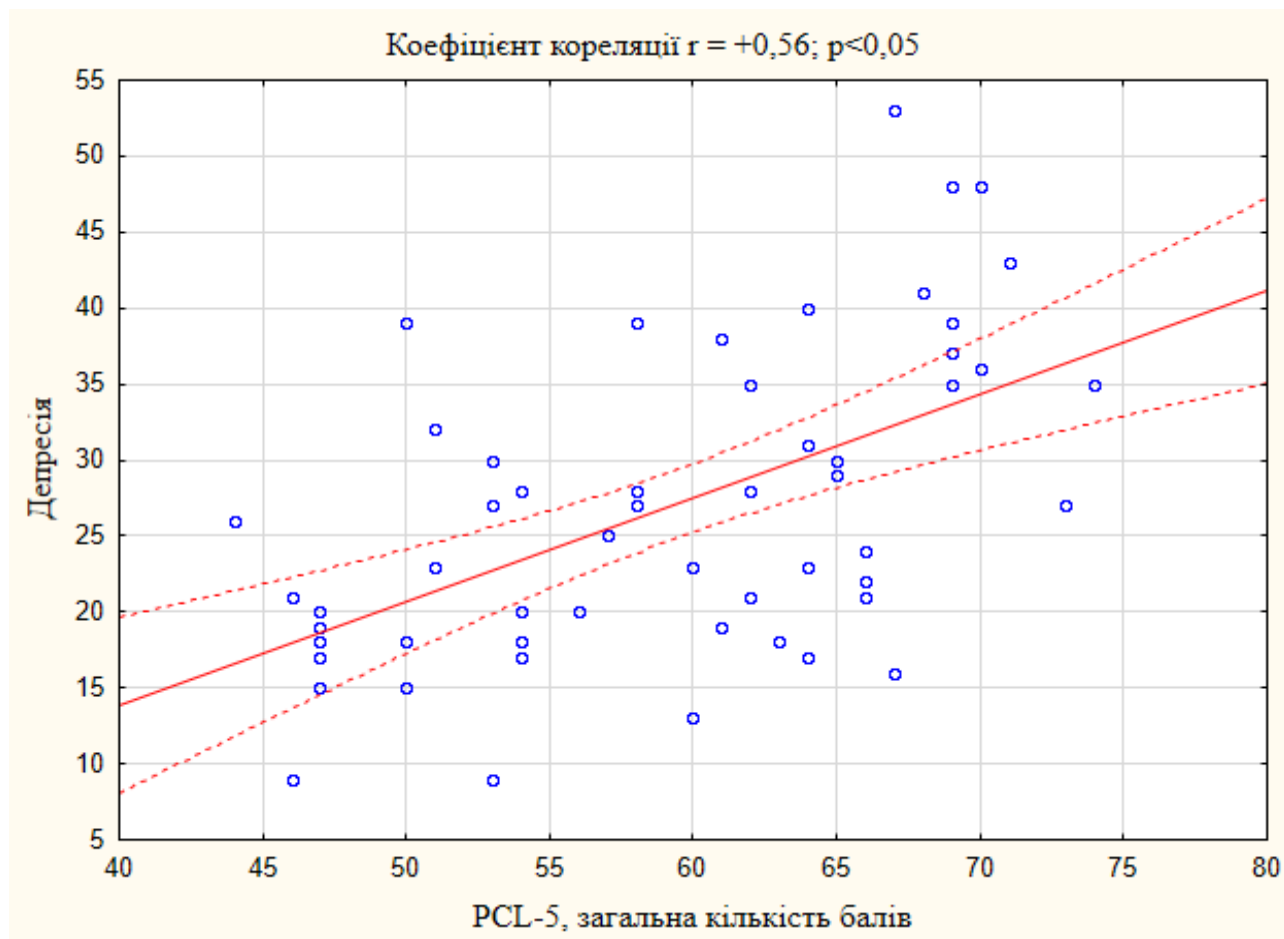


Рис. 4.11. Взаємозв'язок поміж рівнями депресії та кількістю балів згідно опитувальника PCL-5 у чоловіків з ПТСР, які перенесли бойову психічну травму

Встановлено (табл. 4.3), що у аналізованих чоловіків з ПТСР, які перенесли бойову психічну травму, високі бали за шкалою самооцінки Розенберга достовірно поєднувались з високими балами згідно опитувальника загальної самоефективності Шварцера і Єрусалима ($r=0,36$; $p<0,05$) та з низькими балами згідно шкали тривоги Бека ($r=-0,46$; $p<0,05$) і загальною кількістю балів згідно опитувальника PCL-5 ($r=-0,43$; $p<0,05$), що відображено на рис. 4.12.

З'ясовано, що у аналізованих пацієнтів високі бали за шкалою самооцінки Розенберга достовірно поєднувались з високими балами екстраверсії ($r=0,34$; $p<0,05$), доброзичливості ($r=0,38$; $p<0,05$) та відкритості новому досвіду ($r=0,26$; $p<0,05$) згідно аналізу рис особистості за шкалою TIPI.

Таблиця 4.3

Взаємозв'язок між рівнем самооцінки за шкалою Розенберга та результатами інших опитувальників у чоловіків з ПТСР, які перенесли бойову психічну травму

	Коефіцієнт кореляції Спірмена
Самоефективність	0,36*
Депресія	-0,64*
Тривожність	-0,46*
PCL-5, загальна кількість балів	-0,43*
Екстраверсія	0,34*
Дружелюбність	0,05
Доброзичливість	0,38*
Емоційна стабільність	0,03
Відкритість новому досвіду	0,26*

Примітка: * - коефіцієнт кореляції достовірний ($p < 0,05$)

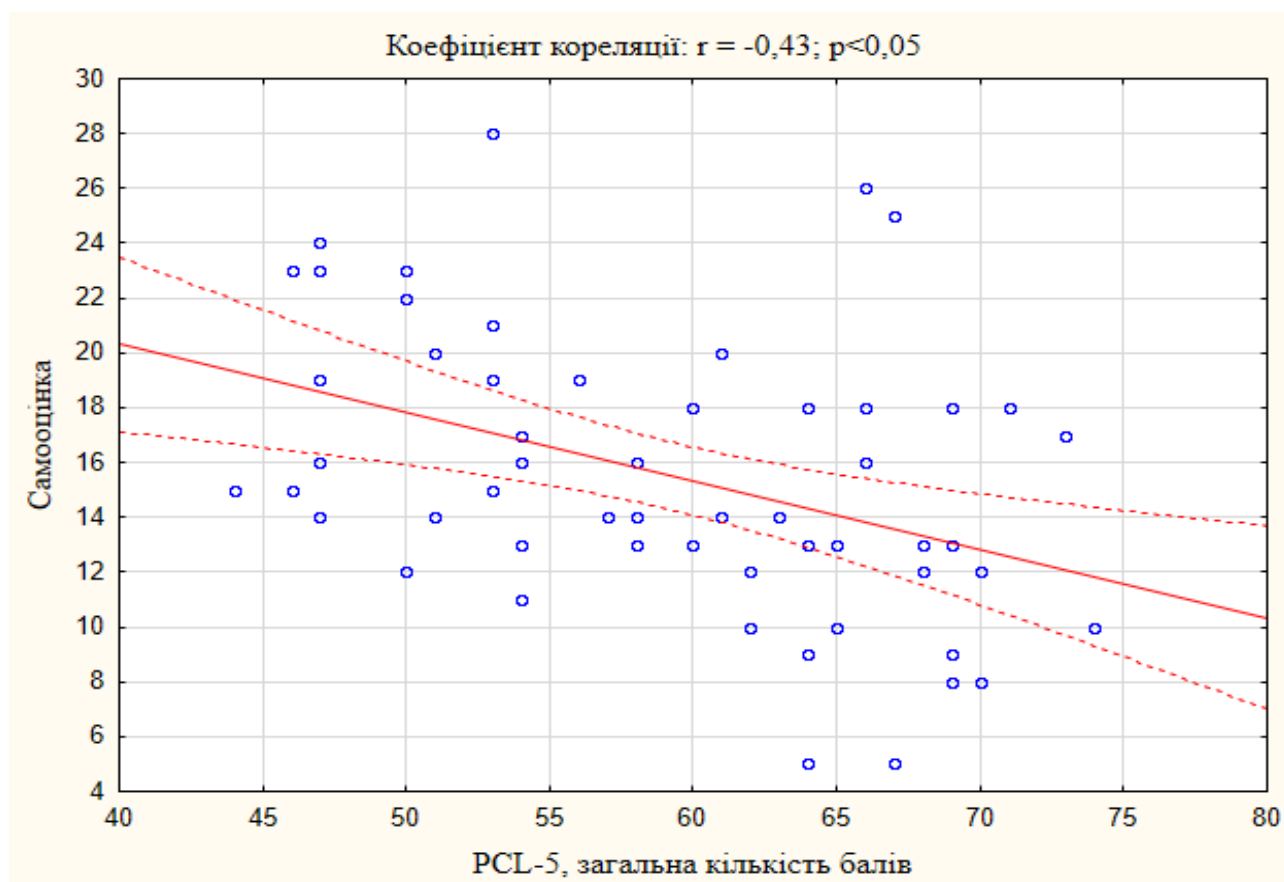


Рис. 4.12. Взаємозв'язок поміж рівнями самооцінки та кількістю балів згідно опитувальника PCL-5 у чоловіків з ПТСР, які перенесли бойову психічну травму

Натомість поміж рівнем самооцінки та рівнями дружелюбності й емоційної стабільності достовірних зв'язків не встановлено: коефіцієнти кореляції становили $r=0,05$ та $r=0,03$ відповідно при $p>0,05$. У загальній популяції чоловіків між рівнем самооцінки за шкалою Розенберга та результатами інших опитувальників, які відображені в таблиці 4.3, спостерігаються аналогічні результати. Єдиною відмінністю є наявність у загальній популяції достовірного прямого кореляційного зв'язку поміж рівнем самооцінки та емоційною стабільністю ($r=0,31$; $p<0,05$).

Доведено, що у чоловіків з ПТСР, які перенесли бойову психічну травму, високі бали шкали тривожності Бека достовірно поєднувались з високими балами опитувальника PCL-5 (рис. 4.13): між даними параметрами встановлено достовірний, прямий, середньої сили коефіцієнт кореляції ($r = 0,40$; $p<0,05$).

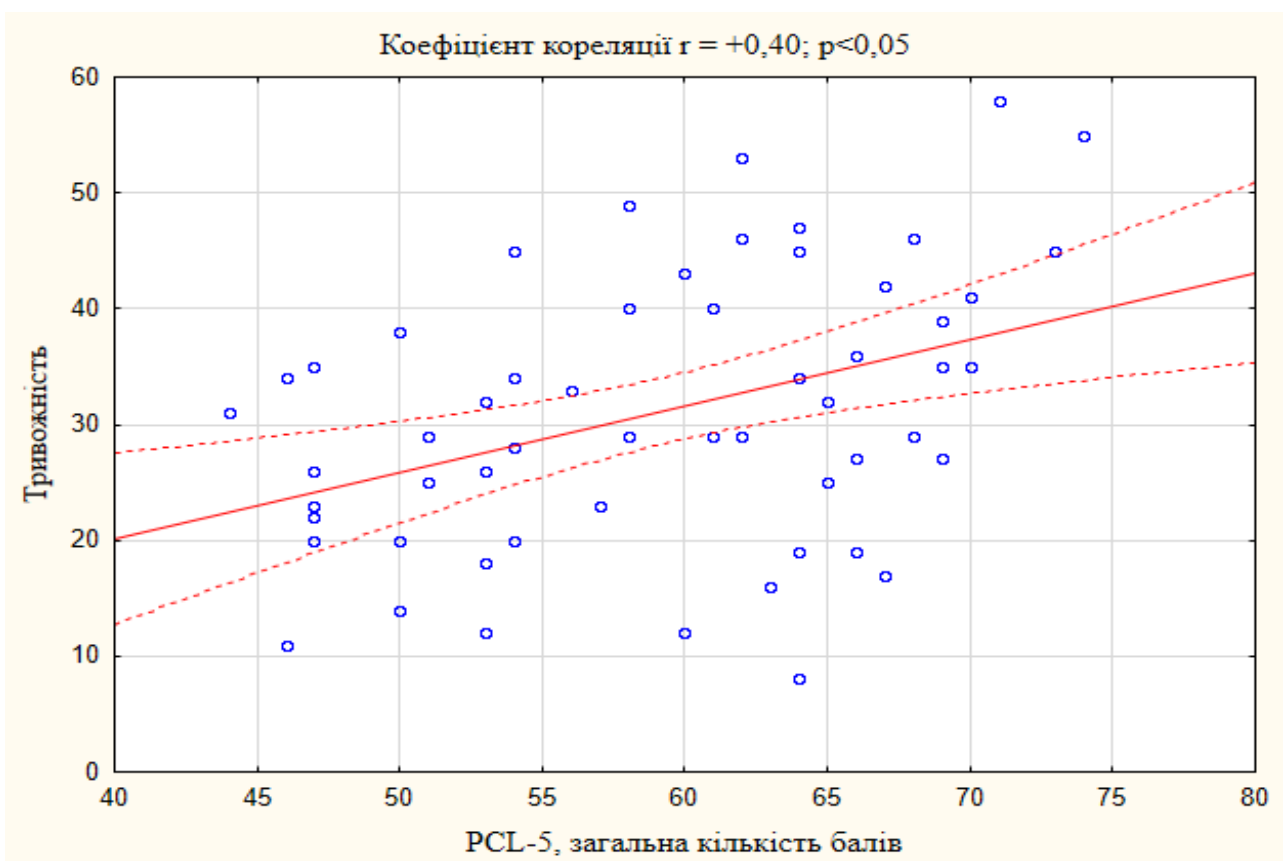


Рис. 4.13. Взаємозв'язок поміж рівнями тривожності та кількістю балів згідно опитувальника PCL-5 у чоловіків з ПТСР, які перенесли бойову психічну травму

Висновки до РОЗДІЛУ 4

Дослідженням встановлено, що у чоловіків з ПТСР ($n=57$), які перенесли бойову психічну травму:

1. Згідно шкали PCL-5 загальна сума балів була достовірно більшою ($p=0,04$) для пацієнтів, які мали будь-який прояв феномену зміненої самооцінки (індекс неповноцінності + індекс надцінності) – 66,00 [63,00; 69,50] балів, порівняно з пацієнтами із відсутнім феноменом зміненої самооцінки, де даний показник становив 59,00 [51,50; 64,75] балів.

2. Згідно опитувальника загальної самоефективності Шварцера і Єрусалима 100% чоловіків з будь-яким проявом феномену зміненої самооцінки (індекс неповноцінності + індекс надцінності) мали ефективність на рівні «нижче середнього», що було достовірно більше ($p=0,03$) порівняно з групою чоловіків, у яких відсутній феномен зміненої самооцінки, де самоефективність на рівні «нижче середнього» мали 32,00% [19,92-45,45] пацієнтів, 30,00% [18,22-43,3] – «вище середнього», 26,00% [14,91-38,92] – «середню самоефективність», 8,00% [2,18-17,03] – «низьку самоефективність, а 4,00% [0,39-11,12] – «високу самоефективність». Водночас порівняння медіанних балів не виявило суттєвої різниці ($p>0,05$) поміж групами.

3. Результати за шкалою самооцінки Розенберга, опитувальників тривожності Бека та GAD-7 не показали достовірних відмінностей ($p>0,05$) поміж групами залежно від наявності ФВН.

4. Аналіз рис особистості за шкалою ТІРІ не показав достовірних відмінностей ($p>0,05$) поміж групами залежно від наявності ФВН. З'ясовано, що у чоловіків з будь-яким проявом феномену зміненої самооцінки лише рівень дружелюбності з аналізованих п'яти параметрів мав недостовірно вище медіанне значення, порівняно з чоловіками з відсутнім феноменом зміненої самооцінки. Найнижчий бал рис особистості, як для чоловіків з ФВН, так і для групи з відсутнім феноменом зміненої самооцінки характерний для емоційної стабільності: 2,00 [2,00; 5,00] та 3,50 [2,50; 4,00] балів відповідно.

5. Згідно опитувальника Бека вищий рівень тривожності (35,00 [28,50; 37,50] балів) був притаманний пацієнтам з будь-яким проявом феномену зміненої самооцінки (індекс неповноцінності + індекс надцінності, $n=7$) порівняно з пацієнтами із відсутнім феноменом зміненої самооцінки (29,00 [22,25; 39,75] балів, $p>0,05$). За даними опитувальника GAD-7, серединний рівень генералізованого тривожного розладу у чоловіків з ПТСР теж був незначно вищим у групі пацієнтів з будь-яким проявом феномену зміненої самооцінки (18,00 [14,00; 19,50] балів) порівняно з чоловіками з відсутнім феноменом зміненої самооцінки (16,00 [12,00; 18,00] балів, $p>0,05$).

6. Пацієнти з будь-яким проявом феномену зміненої самооцінки мали важку депресію. Згідно шкали депресії Бека, рівень депресії у чоловіків з індексом надцінності ФВН становив 36,00 [27,75; 44,25] балів, а у чоловіків з індексом неповноцінності ФВН – 38,00 [32,50; 43,00] балів, що відповідало рівню «важка депресія». Достовірно ($p=0,04$) найнижчий рівень депресії був у чоловіків з відсутнім феноменом зміненої самооцінки (23,00 [18,25; 31,75] бали), що відповідало рівню «середня депресія». Водночас у пацієнтів з будь-яким проявом феномену зміненої самооцінки (індекс неповноцінності + індекс надцінності) частка пацієнтів з важкою депресією становила 71,43% [35,32-96,3] та була достовірно ($p=0,04$) більшою у порівнянні з пацієнтами, у яких відсутній феномен зміненої самооцінки (32,00% [19,92-45,45]).

Згідно результатів шкали депресії PHQ-9, найвищий рівень депресії визначено у групі чоловіків з індексом надцінності ФВН – 24,50 [23,50; 25,00] бали, що переважав результат у групі чоловіків з індексом неповноцінності ФВН (20,00 [17,00; 21,50] балів) та у групі чоловіків з відсутнім феноменом зміненої самооцінки, де даний показник становив 19,00 [17,00; 21,75] балів ($p<0,05$).

7. Проведений кореляційний аналіз засвідчив, що у чоловіків з ПТСР, які перенесли бойову психічну травму, високі рівні депресії поєднуються з низькими балами самооцінки ($r=-0,64$; $p<0,05$) та самоефективності ($r=-0,46$; $p<0,05$), а також з високими балами загальної тривожності згідно опитувальника Бека ($r = 0,65$; $p<0,05$) та з високими балами опитувальника PCL-5 ($r = 0,56$; $p<0,05$).

З'ясовано, що високі бали за шкалою самооцінки Розенберга достовірно поєднувались з високими балами згідно опитувальника загальної самооефективності Шварцера і Єрусалима ($r=0,36$; $p<0,05$) та з низькими балами згідно шкали тривоги Бека ($r=-0,46$; $p<0,05$) і низькою загальною кількістю балів згідно опитувальника PCL-5 ($r=-0,43$; $p<0,05$). Високі бали за шкалою самооцінки достовірно поєднувались з високими балами екстраверсії ($r=0,34$; $p<0,05$), доброзичливості ($r=0,38$; $p<0,05$) та відкритості новому досвіду ($r=0,26$; $p<0,05$) згідно аналізу рис особистості за шкалою ТІРІ. Водночас високі бали шкали тривожності Бека достовірно поєднувались з високими балами опитувальника PCL-5 ($r = 0,40$; $p<0,05$).

Результати досліджень розділу 4 наведено в публікаціях:

1. Березюк О. Р. Феномен власної неповноцінності крізь призму п'ятифакторної моделі особистості. Український вісник психоневрології. 2023. Т. 31, № 4(117). С. 42-48. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is4-2023-6>
2. Pathogenesis of socially conditioned feelings of inferiority. Challenges in the global world: healing and growth: abstract book of the 28th International Congress of the International Association of Individual Psychology; 2021 July 11-14; Lviv, Ukraine. / Scient.ed. O. Filts, Z. Koshulynska, O. Lyzak, N. Grinko, O. Berezyuk, P. Kozyra. Lviv: Publisher "Halych- Press", 2021. P.71.

РОЗДІЛ 5.

**ФЕНОМЕН ВЛАСНОЇ НЕПОВНОЦІННОСТІ У ФОРМУВАННІ
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ЧОЛОВІКІВ, ЯКІ
ПЕРЕНЕСЛИ БОЙОВУ ПСИХІЧНУ ТРАВМУ**

5.1. Формування чинників, які впливають на появу ПТСР у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму

Завданням даної частини роботи було встановлення чинників, які впливають на появу ПТСР та його критеріїв у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму. Було проаналізовано результати анкетування 95 чоловіків, які перенесли бойову психічну травму, 57 з яких мали діагностований ПТСР. Усім пацієнтам було досліджено рівні їхньої самооцінки та самоефективності, рис особистості, тривоги та депресії, а також загальної кількості балів згідно опитувальників PCL-5, PHQ-9 та GAD-7.

За допомогою методу логістичної регресії, нами було виокремлено з 15-ти аналізованих чинників (14-ти результатів опитувальників та вік) три, які при поєднаній дії мали достовірний вплив на появу ПТСР у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму. Фактори та їхні бета-коефіцієнти регресії наведено у таблиці 5.1.

Таблиця 5.1

Коефіцієнти регресії факторів, які при поєднаній дії впливають
на **появу ПТСР** у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму

№ з/п	Фактори	Умове позначення	Коефіцієнти регресії (β_i)
1.	Норма згідно опитувальника ПППН	X1	1,443
2.	PHQ-9, загальна кількість балів	X2	0,181
3.	GAD-7, загальна кількість балів	X3	0,163
	Константа		-6,105

З'ясовано, що усі три аналізовані фактори мають провокуючу дію на появу ПТСР у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму. Тобто відсутність феномену зміненої самооцінки, високі бали згідно опитувальників PHQ-9 та GAD-7 провокуватимуть розвиток ПТСР у пацієнтів даної групи.

При побудові рівняння логістичної регресії, для фактору «Норма згідно опитувальника ПППН» використано наступне кодування: «1» – наявна, «0» – відсутня; водночас результати опитувальників PHQ-9 та GAD-7 наводяться у вигляді їхніх абсолютних значень. Методологічно, у процесі прогнозування появи ПТСР у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму, необхідно обраховувати два рівняння.

Першочергово здійснюється розрахунок M (5.1) згідно лінійної функції (2.2):

$$M = 1,443 * X_1 + 0,181 * X_2 + 0,163 * X_3 - 6,105 \quad (5.1)$$

де X_1 – наявність Норми згідно опитувальника ПППН

X_2 - загальна кількість балів за результатом опитувальника PHQ-9

X_3 - загальна кількість балів згідно опитувальника GAD-7.

Другим кроком є вставлення отриманого значення M в рівняння логістичної регресії (2.1).

$$K = \frac{1}{1 + e^{-M}} * 100\%$$

Якщо отриманий результат K буде рівним або більшим порогового значення, то це буде свідчити про високий ризик розвитку ПТСР у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму. Відповідно, якщо K становитиме до порогового значення, то це буде вказувати на низький ризик появи даної патології.

Проведений ROC-аналіз (рис.5.1) засвідчив, що площа під кривою (AUC) становить 0,82, що вважається «добрим» (good) результатом; а оптимальним показником порогового значення прийняття рішення є значення 60,0%. При

такому пороговому значення загальна точність моделі становить 74,74%, чутливість 75,44 %, а специфічність 73,68 %.

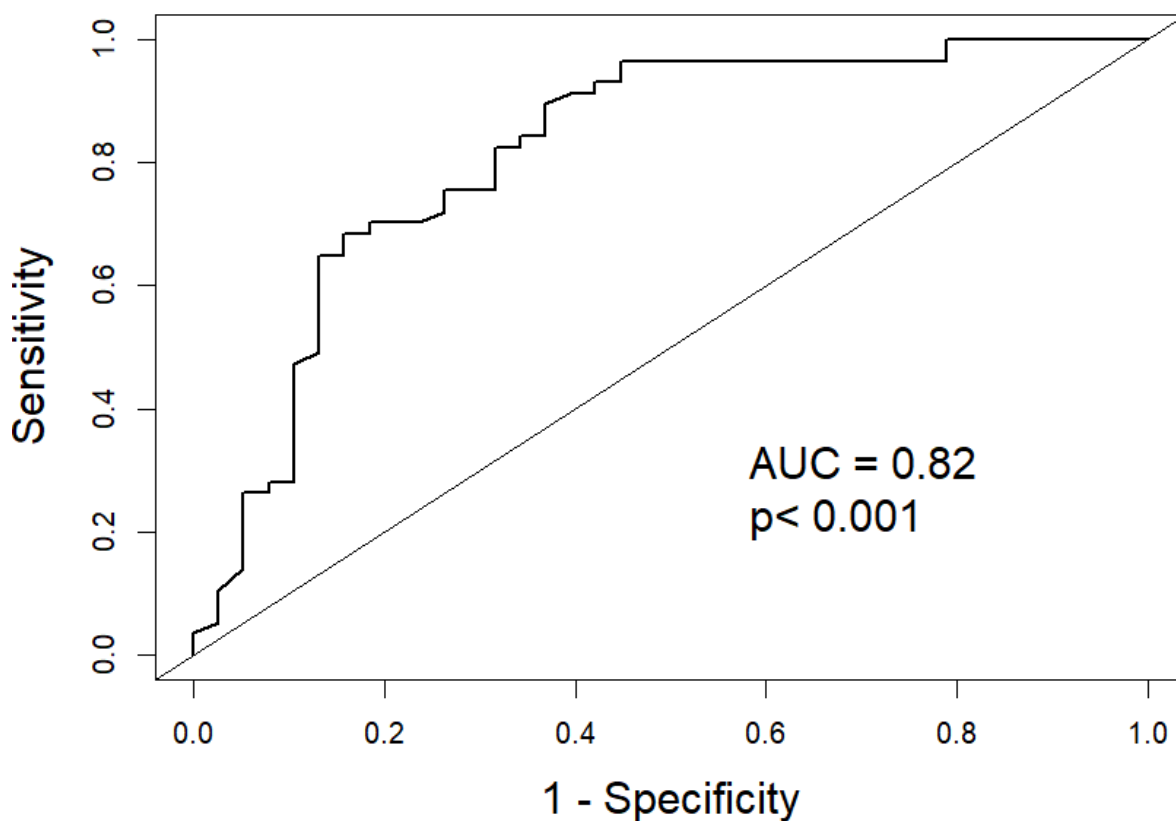


Рис.5.1. ROC-аналіз моделі прогнозування появи ПТСР у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму

Для кращого розуміння функціонування запропонованої моделі наводимо *клінічний приклад*. Пацієнт №18 (чоловік віком 28 років). У даного пацієнта була відсутність феномену зміненої самооцінки (Норма) згідно опитувальника ППН (код 1), згідно опитувальника PHQ-9 встановлено 23 бали та 19 балів згідно опитувальника GAD-7.

Підставивши дані в формули 5.1 та 2.1 отримаємо:

$$M = 1,443 \cdot 1 + 0,181 \cdot 23 + 0,163 \cdot 19 - 6,105 = 2,598$$

$$K = \frac{1}{1 + e^{-2,598}} * 100\% = 93,07\%$$

Результат 93,07% перевищує порогове значення 60,0%, тобто даний пацієнт має високий ризик появи ПТСР. Подальше спостереження показало, що у нього дійсно було діагностовано ПТСР, тобто прогноз справдився.

Аналогічно методом логістичної регресії нами було виокремлено та розраховано бета-коефіцієнти регресії двох встановлених чинників, які вірогідно при поєднаній дії мають вплив на виникнення у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму, симптомів інтрузії – В-критерію, як складової ПТСР. Власне чинники та їх коефіцієнти регресії наведено у таблиці 5.2.

Таблиця 5.2

Коефіцієнти регресії факторів, які при поєднаній дії впливають на появу **симптомів інтрузії (критерій В** у структурі ПТСР) у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму

№ з/п	Фактори	Умовне позначення	Коефіцієнти регресії (β_i)
1.	Superiority згідно опитувальника ПППН	X1	-12,282
2.	GAD-7, загальна кількість балів	X2	1,760
	Константа		-8,726

Встановлено, що високі бали згідно опитувальника генералізованої тривоги GAD-7 прямопропорційно впливають на появу симптомів інтрузії (критерій В), тоді як наявність Superiority має оберненопропорційну дію, тобто превентивний вплив щодо розвитку симптомів інтрузії ПТСР.

При побудові рівняння логістичної регресії, для фактору «Superiority згідно опитувальника ПППН» використано наступне кодування: «1» – наявний, «0» – відсутній; водночас результати опитувальника GAD-7 наводяться у вигляді їхніх абсолютних значень. Методологія процесу прогнозування появи симптомів інтрузії (критерію В ПТСР) у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму також передбачає обрахунок двох рівнянь.

Першим необхідно провести розрахунок М (5.2) згідно лінійної функції:

$$M = -12,282 * X1 + 1,760 * X2 - 8,726 \quad (5.2)$$

Де $X1$ – наявність Superiority згідно опитувальника ПППН

$X2$ - загальна кількість балів за результатом опитувальника GAD-7

Другим кроком є вставлення отриманого значення M в рівняння логістичної регресії (2.1).

$$K = \frac{1}{1+e^{-M}} * 100\%$$

Якщо отриманий результат K буде рівним або більшим порогового значення 50,0%, то це буде свідчити про високий ризик розвитку симптомів інтрузії (критерію В ПТСР) у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму. Відповідно, якщо K становитиме до порогового значення, то це буде вказувати на низький ризик появи даної симптоматики. При такому пороговому значенні загальна точність моделі прогнозування розвитку симптомів інтрузії становить 98,9%.

Подальший аналіз дозволив встановити фактори, які при поєднаній дії мали достовірний вплив на появу у пацієнтів, що перенесли бойову психічну травму, симптомів уникнення (критерій С), однієї зі складових ПТСР. За допомогою методу логістичної регресії, авторами було виокремлено з 15-ти аналізованих чинників чотири, три з яких були результатами опитування, а четвертим – вік опитуваних. Фактори та їхні бета-коефіцієнти регресії наведено у таблиці 5.3.

Результати аналізу засвідчують, що на появу симптомів уникнення (критерій С) впливають низькі бали самооцінки та депресії, а також високі бали згідно опитувальника генералізованої тривоги GAD-7 та старший вік чоловіків.

При побудові рівняння логістичної регресії, для усіх чотирьох факторів результати наводяться у вигляді їхніх абсолютних значень. Процес прогнозування появи симптомів уникнення (критерію С ПТСР) у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму включає в себе обрахунок двох рівнянь.

Таблиця 5.3

Коефіцієнти регресії факторів, які при поєднаній дії впливають на появу **симптомів уникнення (критерій С у структурі ПТСР)** у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму

№ з/п	Фактори	Умовне позначення	Коефіцієнти регресії (β_i)
1.	Самооцінка	X1	-0,020697
2.	Депресія	X2	-0,010122
3.	GAD-7 загальна кількість балів	X3	0,021369
4.	Вік	X4	0,009692
	Константа		0,749176

Першим необхідно провести розрахунок М (5.3) згідно лінійної функції (2.2):

$$M = -0,020697 * X1 + -0,010122 * X2 + 0,021369 * X3 + 0,009692 * X4 + 0,749176 \quad (5.3)$$

де X1 – загальна кількість балів за результатом опитувальника самооцінки Розенберга

X2 - загальні результати опитувальника депресії Бека

X3 – загальна кількість балів за результатом опитувальника GAD-7

X4 – вік опитуваного.

Другим кроком є вставлення отриманого значення М в рівняння логістичної регресії (2.1).

$$K = \frac{1}{1+e^{-M}} * 100\%$$

Якщо отриманий результат К буде рівним або більшим порогового значення 50,0%, то це буде свідчити про високий ризик розвитку симптомів уникнення

(критерію С ПТСР) у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму. Відповідно, якщо К становитиме до порогового значення, то це буде вказувати на низький ризик появи даної симптоматики. При такому пороговому значенні загальна точність моделі становить 81,1%.

Подальше використання авторами методу логістичної регресії дозволило виокремити два з 15-ти аналізованих чинників, які при поєднаній дії мали достовірний вплив на появу негативних думок та емоцій (критерію D у структурі ПТСР). У таблиці 5.4 наведено встановлені фактори та їхні бета-коефіцієнти регресії.

Таблиця 5.4

Коефіцієнти регресії факторів, які при поєднаній дії впливають
на **появу негативних думок та емоцій (критерій D)** у структурі ПТСР)
у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму

№ з/п	Фактори	Умовне позначення	Коефіцієнти регресії (β_i)
1.	Inferiority згідно опитувальника ПППН	X1	-2,575
2.	RHQ-9, загальна кількість балів	X2	0,374
	Константа		-3,359

Дослідниками встановлено, що на появу негативних думок та емоцій (критерій D) прямопропорційно впливає високий бал згідно опитувальника RHQ-9, натомість превентивний вплив має наявність inferiority згідно опитувальника ПППН.

При побудові рівняння логістичної регресії, для фактору «Inferiority згідно опитувальника ПППН» використано наступне кодування: «1» – наявна, «0» – відсутня; водночас результати опитувальника RHQ-9 наводяться у вигляді їхніх абсолютних значень. Методологічно, у процесі прогнозування появи негативних думок та емоцій (критерію D ПТСР) у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму, необхідно обраховувати два рівняння.

Першочергово здійснюється розрахунок M (5.4) згідно лінійної функції (2.2):

$$M = -2,575 * X1 + 0,374 * X2 - 3,359 \quad (5.4)$$

де $X1$ – наявність Inferiority згідно опитувальника ПППН

$X2$ - загальна кількість балів за результатом опитувальника PHQ-9.

Другим кроком є вставлення отриманого значення M в рівняння логістичної регресії (2.1).

$$K = \frac{1}{1 + e^{-M}} * 100\%$$

Якщо отриманий результат K буде рівним або більшим порогового значення 50,0%, то це буде свідчити про високий ризик розвитку у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму, негативних думок та емоцій (критерій D у структурі ПТСР). Відповідно, якщо K становитиме до порогового значення, то це буде вказувати на низький ризик появи даної патології. При такому пороговому значенні загальна точність моделі становить 88,4%

Наступним кроком стало дослідження чинників, які при поєднаній дії мали достовірний вплив на появу надмірної реактивності (критерій E у структурі ПТСР). Було виокремлено чотири з 15-ти аналізованих чинників, їхні бета-коефіцієнти регресії наведено у таблиці 5.5.

З'ясовано, що у чоловіків які перенесли бойову психічну травму, на появу надмірної реактивності (критерій E) превентивний вплив здійснює наявність inferiority згідно опитувальника ПППН; водночас прямопропорційно впливає відкритість новому досвіду з опитувальника ТІРІ, високий рівень тривожності згідно опитувальника Бека та високий бал згідно опитувальника шкали самооцінки депресії PHQ-9.

При побудові рівняння логістичної регресії, для фактору «Inferiority згідно опитувальника ПППН» використано наступне кодування: «1» – наявна, «0» –

відсутня; водночас результати опитувальника ТІРІ, тривожності Бека та РНQ-9 наводяться у вигляді їхніх абсолютних значень.

Таблиця 5.5

Коефіцієнти регресії факторів, які при поєднаній дії впливають на появу **надмірної реактивності (критерій Е у структурі ПТСР)** у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму

№ з/п	Фактори	Умовне позначення	Коефіцієнти регресії (β_i)
1.	Inferiority згідно опитувальника ПППН	X1	-3,289
2.	Відкритість новому досвіду	X2	0,727
3.	Тривожність	X3	0,160
4.	РНQ-9, загальна кількість балів	X4	0,365
	Константа		-10,575

Методологічно, у процесі прогнозування появи надмірної реактивності (критерій Е ПТСР) у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму, необхідно обраховувати два рівняння.

Першочергово здійснюється розрахунок М (5.4) згідно лінійної функції:

$$M = -3,289 * X1 + 0,727 * X2 + 0,160 * X3 + 0,365 * X4 - 10,575 \quad (5.4)$$

де X1 – наявність Inferiority згідно опитувальника ПППН

X2 – бал відкритості новому досвіду з опитувальника ТІРІ

X3 – загальна кількість балів з опитувальника тривожності Бека

X4 – загальна кількість балів за результатом опитувальника РНQ-9.

Другим кроком є вставлення отриманого значення М в рівняння логістичної регресії (2.1).

$$K = \frac{1}{1 + e^{-M}} * 100\%$$

Якщо отриманий результат K буде рівним або більшим порогового значення 50,0%, то це буде свідчити про високий ризик у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму, розвитку надмірної реактивності (критерій E у структурі ПТСР). Відповідно, якщо K становитиме до порогового значення, то це буде вказувати на низький ризик появи даної патології. При такому пороговому значенні загальна точність моделі становить 91,6%.

За допомогою методу логістичної регресії, авторами було виокремлено два чинники з 15-ти аналізованих, які при поєднаній дії мали достовірний вплив на появу будь якої форми депресії (14 балів та вище) у опитуваних чоловіків, які перенесли бойову психічну травму. Фактори та їхні бета-коефіцієнти регресії наведено у таблиці 5.6.

Таблиця 5.6

Коефіцієнти регресії факторів, які при поєднаній дії впливають на появу депресії у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму

№ з/п	Фактори	Умовне позначення	Коефіцієнти регресії (β_i)
1.	Самоефективність	X1	-0,399
2.	Тривожність	X2	0,398
	Константа		6,153

В процесі дослідження з'ясовано, що на появу будь якої форми депресії (14 балів та вище) прямопропорційно впливає високий рівень тривожності, натомість високі бали самоефективності мають превентивну дію.

При побудові рівняння логістичної регресії, для обох виокремлених факторів використано результати опитувальників Бека та Шварцера і Єрусалима, які наводяться у вигляді їхніх абсолютних значень. Процес прогнозування появи депресії методологічно передбачає обрахунок двох рівнянь.

На першому етапі здійснюється розрахунок M (5.6) згідно лінійної функції (2.2):

$$M = -0,399 * X1 + 0,398 * X2 + 6,153 \quad (5.6)$$

де $X1$ – загальна кількість балів за результатом опитувальника самоефективності Шварцера і Єрусалима

$X2$ - загальна кількість балів за результатом опитувальника тривожності Бека.

Другим кроком є вставлення отриманого значення M в рівняння логістичної регресії (2.1).

$$K = \frac{1}{1+e^{-M}} * 100\%$$

Якщо отриманий результат K буде рівним або більшим порогового значення 50,0%, то це буде свідчити про високий ризик розвитку депресії у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму. Відповідно, якщо K становитиме до порогового значення, то це буде вказувати на низький ризик появи даної патології. При такому пороговому значенні загальна точність моделі становить 93,7%.

5.2. Удосконалення діагностичного алгоритму для ПТСР

Результати вивчення релевантної літератури та власні дослідження показали, що ПТСР є важким психічним розладом, який виникає після пережитих травматичних подій, таких як воєнні дії, природні катастрофи, або насилля, при якому, попри значний прогрес у діагностиці та лікуванні ПТСР, психологічні чинники, такі як феномен власної неповноцінності, самооцінка та самоефективність, часто залишаються поза увагою в традиційних діагностичних підходах. Визнання ФВН як одного з клінічних психопатологічних феноменів, що модулює формування та перебіг ПТСР, підкреслює потребу в діагностичних і терапевтичних практиках, які охоплюють психологічні виміри поза конвенційними методами, орієнтованими на симптоми. Врахування цих аспектів може суттєво покращити діагностику та лікування ПТСР.

Враховуючи проведені дослідження, нами пропонується удосконалення діагностичного алгоритму для ПТСР шляхом інтеграції шкал, що вимірюють феномен неповноцінності, самооцінку та самоефективність, а саме:

- шкала Порівняльного Індексу Почуття Неповноцінності (ППН) (Comparative Feeling of Inferiority Index – CFII);
- шкала самооцінки Розенберга;
- шкала загальної самоефективності Шварцера і Єрусалима.

Такий підхід дозволяє адаптувати лікування до унікальних потреб пацієнта, що потенційно покращить результати терапії. Для мінімізації впливу феномену власної неповноцінності на розвиток симптоматики ПТСР визначено рекомендації 5 терапевтичних алгоритмів з виокремленням специфічних мішеней психотерапевтичних інтервенцій.

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)

Мішень, на яку будуть спрямовані психотерапевтичні інтервенції – це негативні думки та переконання, пов'язані з ФВН.

Психотерапевтичні інтервенції для цих мішеней включають: розвиток позитивного самосприйняття, перебудову негативних мисленневих схем та реструктуризацію дисфункціональних думок.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – це психологічний метод лікування, до якого входить когнітивна та поведінкова терапії, та який спрямований на зменшення дезадаптивних емоцій і поведінки шляхом зміни індивідуальних когнітивних та поведінкових патернів [192].

В основу КПТ покладена «Модель когнітивної концептуалізації» Аарона Т. Бека [21], яка включає три частини: 1) збір даних про дисфункціональні думки, емоції та поведінку, які домінують у поточних проблемах пацієнта; 2) виявлення механізмів, що лежать в основі цих проблем (основні переконання або ключові схеми, потенційні припущення, правила і установки); 3) розгляд того, як утворюються та підтримуються основні переконання та поведінкові стратегії пацієнтів, що дозволить сформувати когнітивну карту психопатології пацієнта.

2. Схемна терапія

Мішень, на яку будуть спрямовані психотерапевтичні інтервенції – це неадаптивні схеми, що ґрунтуються на ФВН.

Психотерапевтичні інтервенції для цих мішеней включають когнітивні, емоційні та поведінкові техніки для зміни негативних переконань.

Схемна терапія об'єднує теорію та методи психодинамічної та емоційно-орієнтованої терапії. У цій моделі психопатологія розглядається як взаємодія між вродженим темпераментом дитини і ранніми переживаннями позбавлення або фрустрації основних потреб суб'єкта. Завдяки особливій увазі до терапевтичних відносин і емоційно-орієнтованих технік, цей підхід успішно лікує важку емоційну дисрегуляцію [16, 50].

3. Терапія прийняття та відповідальності (Acceptance and Commitment Therapy – АСТ)

Мішень, на яку будуть спрямовані психотерапевтичні інтервенції – це підвищення усвідомлення власних емоцій та розвиток самоспівчуття.

Психотерапевтичні інтервенції для цих мішеней включають майндфулнес-практики для підвищення психологічної гнучкості та зменшення самокритики.

Терапія прийняття та відданості ефективна при ФВН, страху перед зовнішнім виглядом і почуттям власної гідності. Виходячи з цих висновків, рекомендується використовувати цей метод для зменшення страху перед образом тіла та відчуття неповноцінності, а також для підвищення самооцінки людей, які звертаються за косметичною чи відновлюваною хірургією.

Метою АСТ є підвищення психологічної гнучкості, яка відноситься до здатності спілкуватися з усіма моментами життя і змінювати або стабілізувати поведінку, узгоджену із цінностями індивіда відповідно до ситуації. Іншими словами, це дозволяє людям вести більш повноцінне життя, навіть незважаючи на неприємні думки, емоції та почуття. Підвищуючи психологічну гнучкість, АСТ підвищує самооцінку і, як наслідок, зменшує почуття неповноцінності [5, 111].

4. Десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR)

Мішень, на яку будуть спрямовані психотерапевтичні інтервенції – це травматичні спогади, що підтримують ФВН.

Психотерапевтичні інтервенції для цих мішеней включають: десенсибілізацію та репроцесуалізацію з використанням руху очей для зменшення емоційної напруги.

EMDR – це заснована на доказах терапія ПТСР та інших розладів, пов'язаних із травмою та стресом, яка здатна усунути та суттєво змінити тривожні спогади про травматичні події і є ефективним методом лікування для зменшення яскравості пам'яті та емоційності у таких пацієнтів. EMDR спрямована на десенсибілізацію уявлень негативної пам'яті, які підтримують низьку самооцінку, а також на зменшення або усунення емоційних, соматичних, когнітивних та поведінкових симптомів тривоги [61, 164, 189].

5. Адлеріанська психотерапія

Мішень, на яку будуть спрямовані психотерапевтичні інтервенції – це індекс неповноцінності ФВН та індекс надцінності ФВН.

Психотерапевтичні інтервенції для цих мішеней включають: розуміння цілісності власного стилю життя для досягнення мети, розуміння соціального інтересу.

Адлеріанська терапія – це терапевтичний підхід, розроблений Альфредом Адлером на основі теорії індивідуальної психології. Цей підхід консультування ефективний у зниженні рівня тривоги та безнадійності.

Процес адлеріанської терапії складається з чотирьох етапів: встановлення терапевтичних відносин (визначення цілей пацієнта, встановлення емпатичних взаємин та заохочення змін), виявлення психологічної динаміки поведінки пацієнта (аналіз способу життя, важливі життєві події пережиті в дитинстві), формування уявлення про власне життя (підкреслення сильних сторін, позитивних аспектів, використання техніки заохочення) та підтримка нових виборів у житті пацієнта (плани, складені на цьому етапі, мають бути реалістичними та досяжними).

Через призму адлеріанства також розглядаються методи вивчення таких цінностей, як почуття спільності, соціальний інтерес, цілеспрямованість, соціальна справедливість і пом'якшення почуття неповноцінності [121, 158, 176].

Запропоновані діагностичні та терапевтичні стратегії спрямовані на вирішення багатогранної природи посттравматичного стресового розладу шляхом включення феномену власної неповноцінності в психопатологічну картину ПТСР. Цей підхід дозволяє розробляти більш персоналізовані та ефективні плани лікування, потенційно покращуючи загальні результати ментального здоров'я пацієнтів.

У подальшому плануються дослідження для вивчення переваг та недоліків цих діагностичних і терапевтичних підходів, а також для вивчення можливостей їх потенційної адаптації й використання для різних груп пацієнтів та населення з метою широкого застосування та підвищення ефективності діагностики і лікування.

Висновки до РОЗДІЛУ 5

За допомогою проведення попередніх анкетувань у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму існує можливість спрогнозувати появу ПТСР чи окремого його критерію. На етапі діагностики це надасть можливість скоригувати лікувальні дії для цієї категорії чоловіків.

1. Встановлено, що провокуючий вплив на появу симптоматики ПТСР мають:
 - відсутність феномену власної неповноцінності (index of inferiority + index of superiority) – на появу ПТСР у чоловіків, які перенесли бойову психічну травму;
 - низькі бали самооцінки за шкалою Розенберга – на появу симптомів уникнення (критерій С у структурі ПТСР);
 - відкритість новому досвіду з опитувальника ТІРІ – на появу надмірної реактивності (критерій Е у структурі ПТСР);

- високий рівень тривожності згідно опитувальника Бека – на появу надмірної реактивності (критерій E у структурі ПТСР);
 - високі бали генералізованого тривожного розладу згідно опитувальника GAD-7 – на появу ПТСР, симптомів інтрузії (критерій B у структурі ПТСР), симптомів уникнення (критерій C у структурі ПТСР);
 - високі бали депресії згідно опитувальника PHQ-9 – на появу ПТСР, появу негативних думок та емоцій (критерій D у структурі ПТСР), появу надмірної реактивності (критерій E у структурі ПТСР);
 - старший вік – на появу симптомів уникнення (критерій C у структурі ПТСР).
2. Натомість запобіжний вплив на появу симптоматики ПТСР мають:
- наявність Superiority або Inferiority – на появу ПТСР
 - наявність Superiority – щодо розвитку симптомів інтрузії ПТСР (критерій B у структурі ПТСР)
 - наявність Inferiority – на появу негативних думок та емоцій (критерій D у структурі ПТСР), на появу надмірної реактивності (критерій E у структурі ПТСР)
 - низькі бали депресії згідно опитувальника Бека – на появу симптомів уникнення (критерій C у структурі ПТСР).

Результати досліджень розділу 5 наведено в публікаціях:

1. Березюк О. Р. Шкала-запитальник «Порівняльний індекс почуття неповноцінності (ППН)»: свідоцтво на авторський твір № 112629 від 20 квітня 2022 року.

2. Березюк О. Р. Застосування опитувальника порівняльного індексу почуття неповноцінності: інформаційний лист. Львів: ЛНМУ; 2023.

ВИСНОВКИ

Комплексним дослідженням вирішено важливе науково-практичне завдання оцінки клініко-психопатологічних проявів феномену власної неповноцінності як валідного предиктора формування та перебігу ПТСР у пацієнтів-чоловіків з перенесеною бойовою психічною травмою, що дозволить проводити своєчасну ефективну діагностику та якісне лікування таких пацієнтів.

1. Проведений аналіз міжнародних та вітчизняних наукових джерел засвідчив актуальність дослідження асоціацій феномену власної неповноцінності, що дозволяє суттєво розширити та поглибити клінічну кваліфікацію досліджуваних психічних розладів, а також сприяти конструктивному розвитку оздоровчих ресурсів особистості.

2. Досліджено прояви феномену власної неповноцінності/надцінності (ФВН) у структурі ПТСР і, зокрема, його компонентів – рівня самоефективності та самооцінки, що набуває особливої вагомості у сучасних травматичних умовах клінічної видозміни коморбідних депресивних та тривожних розладів, а також і відповідних проявів особистісної дезадаптації.

3. У роботі здійснено переклад українською мовою та проведено валідизацію усіх складових опитувальника ПППН з його україномовними описовими прикметниками; при цьому загальні показники альфи Кронбаха склали 0,85 – для шкали сімейної оцінки, і 0,80 – для шкали самооцінки, що засвідчує високий ступінь валідності та надійності україномовного перекладу шкали ПППН; пілотне ж тестування перекладеного опитувальника та повторний ре-тест показали високу валідність на надійність (validity) опитувальника ПППН загалом.

4. На рівні загальної популяції у більшості анкетованих – $81,86 \pm 1,56$ % – встановлено відсутність феномену зміненої самооцінки (Norma), тоді як у $11,11 \pm 1,27$ % респондентів виявлено підвищений індекс надцінності (index of superiority), і лише у $7,03 \pm 1,03$ % – індекс неповноцінності (index of inferiority)

ФВН.

4.1 При цьому, анкетовані з виявленим індексом надцінності (index of superiority) ФВН, мали достовірно ($p < 0,05$) найменші медіанні значення самоефективності (28 [25; 32] балів), самооцінки (18 [15,75; 22] балів) добросовісності ($5,00 \pm 1,26$ балів) та емоційної стабільності ($3,90 \pm 1,58$ балів), найбільші медіанні значення балів – за шкалою тривоги Бека (8,5 [5; 16,3] балів) та за шкалою депресії (10 [6; 15] балів).

5. У чоловіків з ПТСР, які перенесли бойову психічну травму, виявлено наступні особливості:

5.1. Загальна сума балів згідно шкали PCL-5 є достовірно більшою ($p = 0,04$) для пацієнтів, які мали будь-який прояв феномену зміненої самооцінки (індекс неповноцінності + індекс надцінності) – 66,00 [63,00; 69,50] балів, порівняно з пацієнтами із відсутнім феноменом зміненої самооцінки, де цей показник становив 59,00 [51,50; 64,75] балів.

5.2. Згідно з опитувальником загальної самоефективності Шварцера і Єрусалима, у 100% чоловіків з будь-якими проявами феномену зміненої самооцінки (сукупний ФВН = індекс неповноцінності + індекс надцінності) виявлено рівень самоефективності на рівні «нижче середнього», що достовірно ($p = 0,03$) перевищує такий рівень самоефективності («нижче середнього») серед чоловіків, у яких феномен зміненої самооцінки відсутній – 32,00% [19,92-45,45]) пацієнтів.

5.3. Чоловіки з ПТСР та з будь-якими проявами феномену зміненої самооцінки достовірно ($p = 0,04$) відрізнялись від чоловіків з відсутнім феноменом зміненої самооцінки за показником важкості депресії, вимірюваним за шкалою депресій Бека: рівень депресії у чоловіків з індексом надцінності ФВН становив 36,00 [27,75; 44,25] балів, у чоловіків з індексом неповноцінності ФВН – 38,00 [32,50; 43,00] балів (показники «важкої депресії»), коли ж у чоловіків з відсутнім феноменом зміненої самооцінки рівень депресії був найнижчим (23,00 [18,25; 31,75] балів), що відповідало рівню «середня депресія».

5.4. Згідно з даними кореляційного аналізу встановлено, що високі рівні

депресії поєднуються з низькими балами самооцінки ($r=-0,64$; $p<0,05$) та самоефективності ($r=-0,46$; $p<0,05$), а також з високими балами загальної тривожності згідно з опитувальником Бека ($r = 0,65$; $p<0,05$) та з високими балами опитувальника PCL-5 ($r = 0,56$; $p<0,05$); водночас високі бали шкали тривожності Бека достовірно поєднувались з високими балами опитувальника PCL-5 ($r = 0,40$; $p<0,05$).

6. У чоловіків, які перенесли бойову психічну травму, розвиток ПТСР провокують три наступні фактори: 1) відсутність феномену зміненої самооцінки 2) високі бали згідно опитувальників PHQ-9 та 3) високі бали за шкалою GAD-7. Таким чином, наявність Superiority або Inferiority ФВН матиме запобіжний вплив на появу ПТСР. Також з'ясовано, що наявність Superiority впливатиме на розвиток симптомів інтрузії ПТСР (критерій В), тоді як наявність Inferiority – на появу негативних думок та емоцій (критерій D) та на появу надмірної реактивності (критерій Е у структурі ПТСР).

Прогностично несприятливими на появу окремих критеріїв у структурі ПТСР є низькі бали самооцінки, високий рівень тривожності згідно з опитувальником Бека, відкритість новому досвіду з опитувальника ТПІ, високі бали згідно з опитувальниками PHQ-9 та GAD-7, а також старший вік чоловіків, які перенесли бойову психічну травму.

7. Результати, отримані у роботі, показують, що інтеграція шкал для вимірювання почуття неповноцінності, самооцінки та самоефективності, а саме: шкали ПППН (Comparative Feeling of Inferiority Index – CFII), шкали самооцінки Розенберга, та шкали загальної самоефективності Шварцера і Єрусалима, – дозволяє суттєво удосконалити діагностичний алгоритм для ПТСР, а також адаптувати лікування до унікальних потреб пацієнта та потенційно вплинути на покращення результатів терапії.

8. Для мінімізації впливу феномену власної неповноцінності на розвиток симптоматики ПТСР визначено рекомендації для п'яти терапевтичних алгоритмів з виокремленням специфічних мішеней психотерапевтичних інтервенцій: 1) когнітивно-поведінкова терапія (КПТ); 2) схемна терапія; 3)

терапія прийняття та відповідальності (Acceptance and Commitment Therapy – АСТ); 4) десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR); 5) адлеріанська психотерапія. Використання цих психотерапевтичних методів дозволить розробляти більш персоналізовані та ефективні плани лікування, потенційно покращуючи ментальне здоров'я пацієнтів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ

1. Abdallah C. G., Roache J. D., Gueorguieva R. et al. Dose-related effects of ketamine for antidepressant-resistant symptoms of posttraumatic stress disorder in veterans and active-duty military: a double-blind, randomized, placebo-controlled multi-center clinical trial. *Neuropsychopharmacology*. 2022. Vol. 47(8). P. 1574-1581. DOI: 10.1038/s41386-022-01266-9
2. Abramson L. Y., Seligman M. E. P., Teasdale J. D. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*. 1978. Vol. 87. P. 49-74.
3. Adler A. Compulsion neurosis. *International Journal of Individual Psychology*. 1936. Vol. 2. P. 3-22.
4. Adler A. Superiority and social interest: A collection of late writings. (H. L. Ansbacher & R. R. Ansbacher, Eds.). Evanston, IL: Northwestern University Press. 1964.
5. Aghili M., Ramrodi S. Effects of acceptance and commitment therapy on goal orientation and feeling of inferiority in individuals with physical-motor disabilities. *Iranian Journal of Health Psychology*. 2021. Vol. 3, No. 2 (6). P. 79-88. URL: https://journals.pnu.ac.ir/article_7527_b368f069d4152b3ab0624067ad33b62b.pdf
6. Ahmed A., Jenkins B. Critical Synthesis Package: Ten-Item Personality Inventory (TIPI) – A Quick Scan of Personality Structure. *MedEdPORTAL Publications*. 2013. Vol. 9 (1). P. 9427. DOI: https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.9427
7. Akdoğan R., Aydın M., Eken H. Understanding the contribution of abnormal inferiority feelings on insecure attachment through gender and culture: A study of university students seeking psychological support. *The Journal of Individual Psychology*. 2018. Vol. 74. №1. P. 96-116. DOI: <https://doi.org/10.1353/jip.2018.0006>
8. Akdoğan R., Çimşir E. Collectivistic ambivalence: A potential source of social anxiety for individuals with higher inferiority feelings. *International Journal of Intercultural Relations*. 2022. Vol. 89. P. 195-207. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2022.07.003>

9. Anders R., Willemin-Petignat L., Rolli Salathé C. et al. Profiling police forces against stress: risk and protective factors for post-traumatic stress disorder and burnout in police officers. *Int J Environ Res Public Health*. 2022. Vol. 19(15). P. 9218. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19159218>

10. Andreescu C., Lee S. Anxiety Disorders in the Elderly. *Adv Exp Med Biol*. 2020. Vol. 1191. P. 561-576. DOI: https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_28

11. Aneshensel C. S., Rutter C. M., Lachenbruch P. A. Social Structure, Stress, and Mental Health: Competing Conceptual and Analytic Models. *American Sociological Review*. 1991. Vol. 56(2). P. 166-178.

12. APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org>

13. Bandura A. *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York, NY: W H Freeman. 1997. 604 p.

14. Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*, Englewood cliffs. NJ: Prentice Hall.1986. 617 p.

15. Barkham M., Saxon D., Hardy G. E. et al. Person-centered experiential therapy versus cognitive behavioral therapy delivered in the English Improving Access to Psychological Therapies service for the treatment of moderate or severe depression (PRaCTICED): a pragmatic, randomized, non-inferiority trial. *Lancet Psychiatry*. 2021. Vol 8(6). P. 487-499. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00083-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00083-3)

16. Basile B., Tenore K., Mancini F. Investigating schema therapy constructs in individuals with depression. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*. 2018. Vol. 9, Issue 2. P. 214-221. DOI: <https://doi.org/10.15406/jpcpy.2018.09.00524>

17. Baumeister R. F. Suicide as Escape from Self. *Psychological Review*. 1990. Vol. 97(1). P. 90-113. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-295x.97.1.90>

18. Beck A. T. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York, NY: Harper & Row. 1967. 370 p.

19. Beck A. T., Steer R. A. *Beck Anxiety Inventory manual*. San Antonio. TX: Psychological Corporation. 1993.

20. Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M. et al. *An Inventory for Measuring*

Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961. Vol 4(6). P. 561-571. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>

21. Beck J. S. *Cognitive behavior therapy: basics and beyond*. Beck. – 2nd ed. p. cm. Rev. ed. of: *Cognitive therapy*. 1995. 391 p.

22. Benight C. C., Harper M. L. Coping self-efficacy perceptions as a mediator between acute stress response and long-term distress following natural disasters. *J. Trauma Stress*. 2002. Vol. 15. P. 177-186. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1015295025950>

23. Benight C. C., Ironson G., Klebe K. et al. Conservation of resources and coping self-efficacy predicting distress following a natural disaster: a causal model analysis where the environment meets the mind. *Anxiety Stress Coping*. 1999. Vol. 12. P. 107-126. DOI: <https://doi.org/10.1080/10615809908248325>

24. Berezyuk O., Filts O., Hrabchak V., Sirko R. The phenomenon of inferiority and depression. *Proceeding of the Shevchenko Scientific Society. Medical Sciences*. 2023. Vol. 72. No. 2. DOI: <https://doi.org/10.25040/ntsh2023.02.11>

25. Beurel E., Toups M., Nemeroff C. B. The Bidirectional Relationship of Depression and Inflammation. *Double Trouble*. *Neuron*. 2020. Vol. 107(2). P. 234-256. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2020.06.002>

26. Beymer M. R., Apostolou A., Smith C. M. et al. Mental Health Outcomes Among American Indian and Alaska Native U.S. Army Soldiers: A Serial Cross-Sectional Analysis. *Mil Med*. 2023. Vol. 188 (7-8). P. e2292-e2299. DOI: <https://doi.org/10.1093/milmed/usad049>

27. Biçen Ç., Akdemir M., Gülveren D., et al. Depression, Anxiety, and Post-Traumatic Stress Disorder Following Orthopedic War Injuries. *Cureus*. 2021. Vol. 13(3). P. 13792. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.13792>

28. Bisson J. I., Ariti C., Cullen K. et al. Pragmatic randomized controlled trial of guided self-help versus individual cognitive behavioural therapy with a trauma focus for post-traumatic stress disorder (RAPID). *Health Technol Assess*. 2023 Vol. 27 (26). P. 1-141. DOI: <https://doi.org/10.3310/YTQW8336>

29. Blase K., Vermetten E., Lehrer P., Gevirtz R. *Neurophysiological Approach*

by Self-Control of Your Stress-Related Autonomic Nervous System with Depression, Stress and Anxiety Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2021. Vol. 18(7). P. 3329. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18073329>

30. Blevins C. A., Weathers F. W., Davis M. T. et al. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*. 2015. Vol. 28(6). P. 489-498. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.22059>

31. Blumberg D. M., Schlosser M. D., Papazoglou K. et al. New Directions in Police Academy Training: A Call to Action. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2019. Vol. 16. P. 4941. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16244941>

32. Bøg M., Filges T., Jørgensen A. M. K. Deployment of personnel to military operations: impact on mental health and social functioning. *Campbell Syst Rev*. 2018. Vol. 14(1). P. 1-127. DOI: <https://doi.org/10.4073/csr.2018.6>

33. Bosmans M. W. G., van der Velden P. G. Longitudinal interplay between posttraumatic stress symptoms and coping self-efficacy: a four-wave prospective study. *Soc. Sci. Med.* 2015. Vol. 134. P. 23-29. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.04.007>

34. Breuer J. Zwei Fälle von Hydrophobie. *Y: Wiener medizinische Wochenschrift* 18 (1868). Sp. 178 ff., 210-213.

35. Bremner J. D. Neuroimaging in posttraumatic stress disorder and other stress-related disorders. *Neuroimaging Clin N Am*. 2007. Vol. 17(4). P. 523-538. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nic.2007.07.003>

36. Bremner J. D. Traumatic stress: effects on the brain. *Dialogues Clin Neurosci*. 2006. Vol. 8(4). P. 445-461. DOI: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.4/jbremner>

37. Bryant R. A., Nickerson A., Morina N., Liddell B. Posttraumatic Stress Disorder in Refugees. *Annual review of clinical psychology*. 2023. Vol. 19. P. 413-436. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-080921-080359>

38. Carmassi C., Dell'Oste V., Bui E. et al. The interplay between acute post-traumatic stress, depressive and anxiety symptoms on healthcare workers functioning

during the COVID-19 emergency: a multicenter study comparing regions with increasing pandemic incidence. *J Affect Disord.* 2022. Vol. 298. P. 209-216. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.128>

39. Cason D. R., Resick P. A., Weaver T. L. Schematic integration of traumatic events. *Clinical Psychology Review.* 2002. Vol. 22(1). P. 131-153. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00085-X](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00085-X)

40. Cedeno R., Torrico T. J. Adlerian Therapy. Treasure Island. StatPearls Publishing. 2024. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38261699/>

41. Cervone D. Thinking about self-efficacy. *Behav Modif.* 2000. Vol. 24. P. 30-56. DOI: <https://doi.org/10.1177/0145445500241002>

42. Cheng P., Wang L., Zhou Y. et al. Post-traumatic stress disorder and depressive symptoms among firefighters: a network analysis. *Front Public Health.* 2023. Vol 11:1096771. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1096771>

43. Cheng W.-L., Chang Ch.-Ch., Griffiths M. D. et al. Quality of life and care burden among family caregivers of people with severe mental illness: mediating effects of self-esteem and psychological distress. *BMC Psychiatry.* 2022. Vol. 22(1). P. 672. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04289-0>

44. Christensen J., Ipsen T., Doherty P., Langberg H. Physical and social factors determining quality of life for veterans with lower-limb amputation(s): a systematic review. *Disabil Rehabil.* 2016. Vol. 38. P. 2345-2353. DOI: <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1129446>

45. Ciarleglio M. M., Aslan M., Proctor S. P. et al. Associations of stress exposures and social support with long-term mental health outcomes among U.S. Iraq war veterans. *Behav Ther.* 2018. Vol. 49. P. 653-667. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.01.002>

46. Coppola E. C., Christ S. L., Topp D. et al. Trajectories of depression symptoms during the process of deployment in military couples. *Mil Psychol.* 2021. Vol. 34(1). P. 110-120. DOI: <https://doi.org/10.1080/08995605.2021.1974807>

47. Costa P. T., McCrae R. R. NEO PI-R professional manual. Psychological Assessment Resources. 1992. 396 p.

48. Coventry P. A., Meader N., Melton H. et al. Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. *PLoS Med.* 2020. Vol. 17(8). P. e1003262. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262>

49. Curley J. M., McDonald J. L., Nugent K. et al. Soldier Attitudes Toward Behavioral Health Profiles in the US Army. *Mil Med.* 2020. Vol. 185(1-2). P. 84-91. DOI: <https://doi.org/10.1093/milmed/usz133>

50. Dadomo H., Grecucci A., Giardini I. et al. Schema Therapy for Emotional Dysregulation: Theoretical Implication and Clinical Applications. *Frontiers in Psychology.* 2016. Vol. 7: 1987. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2016.01987>

51. DeVylder J., Lalane M., Fedina L. The Association Between Abusive Policing and PTSD Symptoms Among U.S. Police Officers. *J. Soc. Soc. Work Res.* 2019. Vol. 10. P. 261-273. DOI: <https://doi.org/10.1086/703356>

52. Dixon P. N., Strano D. A. The measurement of inferiority: A review and directions for scale development. *Individual Psychology.* 1989. Vol. 45 (3). P. 313-322.

53. Donnellan M. B., Trzesniewski K. H., Robins R. W. et al. Low Self-Esteem Is Related to Aggression, Antisocial Behavior, and Delinquency. *Psychological Science.* 2005. Vol. 16(4). P. 328-335. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2005.01535.x>

54. Dreikurs R. *Fundamentals of Adlerian Psychology.* Chicago: Alfred Adler Institute. 1953. 117 p.

55. DSM-III-R. *Science Direct.* 1992. URL: <https://www.sciencedirect.com/topics/biochemistry-genetics-and-molecular-biology/dsm-iii-r>

56. DSM IV Posttraumatic Stress Disorder Diagnostic Features. European Society for Traumatic Stress Studies. URL: <https://estss.org/learn-about-trauma/dsm-iv-ptsd-diagnostic-features/>

57. DSM-5 Diagnostic Criteria for PTSD. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013. P. 271-272.

58. Duckworth D. H. Psychological problems arising from disaster work *Stress Med.* 1986. Vol. 2. P. 315-323. DOI: <https://doi.org/10.1002/smi.2460020407>

59. Ehlers A., Clark D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther.* 2000. Vol. 38(4). P. 319-345. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0)

60. Elliott M. Gender differences in the determinants of distress, alcohol misuse, and related psychiatric disorders. *Society and Mental Health.* 2013. Vol. 3(2). P. 96-113. DOI: <https://doi.org/10.1177/2156869312474828>

61. Faretta E., Dal Farra M. Efficacy of EMDR Therapy for Anxiety Disorders. *Journal of EMDR Practice and Research.* 2019. Vol. 13. Issue 4. P. 325-332. DOI: <https://doi.org/10.1891/1933-3196.13.4.325>

62. Filts O., Fitkalo O., Lyzak O., Berezyuk O. et al. Toward a cohesive clinical interpretation of mental disorders in SARS-CoV-2 pandemic: An expert opinion. *Proceedings of the Shevchenko Scientific Society. Medical Sciences.* 2021. Vol. 64(1). P. 155-160. DOI: <https://doi.org/10.25040/ntsh2021.01.15>

63. Fisher K. A., Torrico T. J., Hany M. Antisocial Personality Disorder. In: *StatPearls. Treasure Island (FL). StatPearls Publishing. 2024. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546673/*

64. Flory J. D., Yehuda R. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015. Vol. 17(2). P.141-150. DOI: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.2/jflory>

65. Foa E. B., Huppert J. D., Cahill S. P. Emotional Processing Theory: An Update. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment.* The Guilford Press. 2006. P. 3-24.

66. Fredman S. J., Le Y., Renshaw K. D., Allen E. S. Longitudinal Associations Among Service Members' PTSD Symptoms, Partner Accommodation, and Partner

Distress. Behav Ther. 2022. Vol. 53(6). P. 1161-1174. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.05.005>

67. Freitas P. H. B., Meireles A. L., Ribeiro I. K. D. S. et al. Symptoms of depression, anxiety and stress in health students and impact on quality of life. Rev Lat Am Enfermagem. 2023. Vol. 31. P. e3884. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6315.3884>.

68. Frieiro P., González-Rodríguez R., Domínguez-Alonso J. Self-esteem and socialisation in social networks as determinants in adolescents' eating disorders. Health Soc Care Community. 2022. Vol. 30(6). P. 4416-4424. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.13843>

69. Friston K. Learning and inference in the brain. Neural Networks. 2003. Vol. 16 (9). P. 1325-1352. DOI: [10.1016/j.neunet.2003.06.005](https://doi.org/10.1016/j.neunet.2003.06.005).

70. Friston K., Fitz T. G., Rigoli F. et al. Active inference and learning. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2016. Vol. 68. P. 862-879. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.06.022>.

71. Friston K. J., Salvatori T., Isomura T. et al. Active Inference and Intentional Behaviour. Neurons and Cognition. Submitted on 6 Dec 2023. 33 p. DOI: <https://doi.org/10.48550/arXiv.2312.07547>

72. Garcia J. M., Gallagher M. W., O'Bryant S. E., Medina L. D. Differential item functioning of the Beck Anxiety Inventory in a rural, multi-ethnic cohort. J. Affect Disord. 2021. Vol. 293. P. 36-42. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.005>

73. Gehrman P. R., Harb G. C. Treatment of Nightmares in the Context of Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Clinical Psychology. 2010. Vol. 11. P. 1185-1194. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.20730>

74. Gibbon S., Khalifa N. R., Cheung N. H. et al. Psychological interventions for antisocial personality disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2020. Vol. 9(9). CD007668. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007668.pub3>

75. Gilbert P., Broomhead C., Irons C. et al. Development of a striving to avoid inferiority scale. Br J Soc Psychol. 2007. Vol. 46(3). P. 633-648. DOI: <https://doi.org/10.1348/014466606X157789>

76. Goldberg L. R. Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. In L. Wheeler (Ed.). Beverly Hills Review of Personality and Social Psychology. 1981. Vol. 2. P. 141-165.

77. Gonon F., Keller P. H. Efficacy of psychodynamic therapies: A systematic review of the recent literature. *Encephale*. 2021. Vol. 47(1). P. 49-57. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.020>

78. Goreis A., Felnhofer A., Kafka J. X. et al. Efficacy of Self-Management Smartphone-Based Apps for Post-traumatic Stress Disorder Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Neurosci*. 2020. Vol.14. P. 3. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.00003>

79. Gosling S. D., Rentfrow P. J., Swann W. B. Jr. A Very Brief Measure of the Big Five Personality Domains. *Journal of Research in Personality*. 2003. Vol. 37. P. 504-528. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(03\)00046-1](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(03)00046-1)

80. Grant A. M., Schwartz B. Too much of a good thing: The challenge and opportunity of the inverted U. *Perspectives on Psychological Science*. 2011. Vol. 6(1). P. 61-76. DOI: <https://doi.org/10.1177/1745691610393523>

81. Hailes H. P., Yu R., Danese A., Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry*. 2019. Vol. 6(10). P. 830-839. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)

82. Hein S., Bonsignore M., Barkow K. et al. Lifetime depressive and somatic symptoms as preclinical markers of late-onset depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2003. Vol. 253. P. 16-21. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00406-003-0399-4>

83. Inferiority complex. *New World Encyclopedia: website*. URL: https://www.newworldencyclopedia.org/entry/Inferiority_complex

84. Jakšić N., Brajković L., Ivezić E. et al. The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Psychiatr Danub*. 2012. Vol. 24. P. 256-266. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23013628/>

85. James L. M., Van Kampen E., Miller R. D, Engdahl B. E. Risk and protective factors associated with symptoms of post-traumatic stress, depression, and alcohol misuse in OEF/OIF veterans. *Mil Med*. 2013. Vol. 178. P. 159-165. DOI:

<https://doi.org/10.7205/milmed-d-12-00282>

86. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*, Neunte Auflage. Berlin: Springer Verlag. 1973.

87. Jerusalem M., Schwarzer R. Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington. DC: Hemisphere. 1992. P.195-213.

88. Jian Y., Hu T., Zong Y., Tang W. Relationship between post-traumatic disorder and posttraumatic growth in COVID-19 home-confined adolescents: The moderating role of self-efficacy. *Curr Psychol*. 2022. P.1-10. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02515-8>

89. Johansen V. A., Eilertsen D. E., Nordanger D., Weisaeth L. Prevalence, comorbidity and stability of post-traumatic stress disorder and anxiety and depression symptoms after exposure to physical assault: an 8-year prospective longitudinal study. *Nord. J. Psychiatry*. 2012. Vol. 67(1). P. 69-80. DOI: <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.732112>

90. Johansen V. A., Wahl A. K., Eilertsen D. E., Weisaeth L. Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder (PTSD) in physically injured victims of non-domestic violence - A longitudinal study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*. 2007. Vol. 42. P. 583-593. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0205-0>

91. John O. P., Srivastava S. The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. *Handbook of personality: Theory and research*. 1999. Vol. 2. P. 102-138.

92. Kardiner A. *The Traumatic Neuroses of War*. Martino Fine Books. 2012. 270 p.

93. Karsten J., Penninx B. W. J. H., Riese H. et al. The state effect of depressive and anxiety disorders on big five personality traits. *J Psychiatr Res*. 2012. Vol. 46. P. 644-650. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.01.024>

94. Katsavouni F., Bebetos E., Malliou P., Beneka A. The relationship between burnout, PTSD symptoms and injuries in firefighters. *Occup Med*. 2016. Vol. 66. P. 32-37. DOI: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv144>

95. Kawabata K., Nishioka N., Ishikawa T. et al. Relationship between Self-Esteem, Cigarette Smoking, Alcohol Drinking, and Use of Illegal Drugs among Adolescents. *Japan Journal of School Health*. 2005. Vol. 46. P. 612-627.
96. Klein D. N., Kotov R., Bufferd S. J. Personality and depression: Explanatory models and review of the evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2011. Vol. 7. P. 269-295. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104540>
97. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med*. 2007. Vol.146(5). P. 317-325. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
98. Kunitatsu A., Yasaka K., Akai H. et al. MRI findings in posttraumatic stress disorder. *J Magn Reson Imaging*. 2020. Vol. 52(2). P. 380-396. DOI: <https://doi.org/10.1002/jmri.26929>
99. Lamberson K. A., Wester K. L. Feelings of Inferiority: A First Attempt to Define the Construct Empirically. *The Journal of Individual Psychology*. 2018. Vol. 74. P. 172-187. DOI: <https://doi.org/10.1353/jip.2018.0011>
100. Landers M., Sznycer D. The evolution of shame and its display. *Evol Hum Sci*. 2022. Vol. 4. P. e45. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10426012/>
101. Leganger A., Kraft P., Roysamb E. Perceived self-efficacy in health behavior research: conceptualization, measurement and correlates. *Psychol. Health*. 2000. Vol. 15. P. 51-69. DOI: <https://doi.org/10.1080/08870440008400288>
102. Leontiev D., Mospan A., Osin E. Positive personality resources as buffers against psychological reactions to uncertainty. *Curr Psychol*. 2022. P. 1-12. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03879-1>
103. Li G., Wang L., Zhang K. et al. FKBP5 Genotype Linked to Combined PTSD-Depression Symptom in Chinese Earthquake Survivors. *Can J Psychiatry*. 2019. Vol. 64(12). P. 863-871. DOI: <https://doi.org/10.1177/0706743719870505>
104. Li J., Jia S., Wang L. et al. Relationships among inferiority feelings, fear of negative evaluation, and social anxiety in Chinese junior high school students. *Front Psychol*. 2023. Vol.13. P. 1015477. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1015477>

105. Lindsay-Hartz J. The Shame Cluster of Emotions: Differentiating Shame, Humiliation, Inferiority, and Embarrassment; and Making Psychotherapeutic Interventions. Paper presented at the Grand Rounds, Department of Psychiatry, University of Miami School of Medicine. 1996.
106. Liu Y., Xu C., Kuai X. et al. Analysis of the causes of inferiority feelings based on social media data with Word2Vec. *Sci Rep.* 2022. Vol. 12(1). P. 5218. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-09075-2>
107. Longmore M. A., Manning W. D., Giordano P. C., Rudolph J. L. Self-esteem, depressive symptoms, and adolescents' sexual onset. *Social Psychology Quarterly.* 2004. Vol. 67(3). P. 279-295. DOI: <https://doi.org/10.1177/019027250406700304>
108. Lung F. W., Lee M. B. The five-item Brief-Symptom Rating Scale as a suicide ideation screening instrument for psychiatric inpatients and community residents. *BMC Psychiatry.* 2008. Vol. 8. P. 53. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-53>
109. Luszczynska A., Benight C. C., Cieslak R. Self-efficacy and health-related outcomes of collective trauma a systematic review. *Eur. Psychol.* 2009. Vol. 14. P. 51-62. DOI: <https://doi.org/10.1027/1016-9040.14.1.51>
110. Magruder K. M., Frueh B. C., Knapp R. G. et al. Prevalence of posttraumatic stress disorder in Veterans Affairs primary care clinics. *Gen Hosp Psychiatry.* 2005. Vol. 27. P. 169-179. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2004.11.001>
111. Mahmoudfakhe H., Hasanzadeh N., Shiri H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on feelings of inferiority, fear of body image, and feeling of self-worth in cosmetic surgery applicants. *Journal of Research in Psychopathology,* 2023. Vol. 4(12). P. 31-38. DOI: <https://doi.org/10.22098/jrp.2023.11868.1148>
112. Mann M., Hosman C. M., Schaalma H. P., de Vries N. K. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research.* 2004. Vol. 19(4). P. 357-372. DOI: <https://doi.org/10.1093/her/cyg041>

113. Marshall G. N., Miles J. N. V., Stewart S. H. Anxiety sensitivity and PTSD symptom severity are reciprocally related: evidence from a longitudinal study of physical trauma survivors. *J. Abnorm. Psychol.* 2010. Vol. 119. P. 143-150. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0018009>
114. Marshall R. D., Garakani A. Psychobiology of the acute stress response and its relationship to the psychobiology of post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America.* 2002. Vol. 25(2). P. 385-395. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(01\)00005-3](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(01)00005-3)
115. Martín-Albo J., Núñez J., Navarro J., Grijalvo F. The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology.* 2007. Vol. 10(2). P. 458-467. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1138741600006727>
116. Martínez-Casanova E., Molero-Jurado M. D. M., Pérez-Fuentes M. D. C. Self-Esteem and Risk Behaviours in Adolescents: A Systematic Review. *Behav Sci (Basel).* 2024. Vol. 14(6). P. 432. DOI: <https://doi.org/10.3390/bs14060432>
117. McCluskey M.C. Revitalizing Alfred Adler: An Echo for Equality. *Clin Soc Work J.* 2022. Vol. 50(4). P. 387-399. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10615-021-00793-0>
118. McCrae R. R., Costa P. T. A five-factor theory of personality. *Handbook of personality: Theory and research.* 1999. Vol. 2. P. 139-153. URL: <https://psycnet.apa.org/record/1999-04371-005>
119. McCrae R. R., Costa P. T. Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist.* 1997. Vol. 52(5). P. 509-516. DOI: <https://doi.org/10.1037//0003-066x.52.5.509>
120. McGraw K. Gender Differences Among Military Combatants: does social support, ostracism, and pain perception influence psychological health? *Mil Med.* 2016. Vol. 1. P. 80-85. DOI: <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00254>
121. Melda MELİHA Erbaş. Adlerian Therapy: A General Review. *International Journal of Innovative Approaches in Education.* 2023. Vol. 7(2). P. 79-90. DOI: <https://doi.org/10.29329/ijiape.2023.567.3>

122. Melton H., Meader N., Dale H. et al. Interventions for adults with a history of complex traumatic events: the INCiTE mixed-methods systematic review. *Health Technol Assess.* 2020. Vol. 24(43). P. 1-312. DOI: <https://doi.org/10.3310/hta24430>
123. Metalsky G. I., Joiner T. E., Hardin T. S., Abramson L. Y. Depressive reactions to failure in a naturalistic setting: A test of the hopelessness and self-esteem theories of depression. *Journal of Abnormal Psychology.* 1993. Vol. 102. P. 101-109. DOI: <https://doi.org/10.1037//0021-843x.102.1.101>
124. Mirsaleh Y. R., Makarianpour E., Amini, R. Designing and validation of the Disability Impact Scale for Veterans and Disabled Individuals. *Journal of Military Medicine.* 2020. Vol. 22. P. 908-922. DOI: <https://doi.org/10.30491/JMM.22.9.7>
125. Mitra P., Torrico T.J., Fluyau D. Narcissistic personality disorder. In: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls. 2024. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556001/>*
126. Noda Y., Asano K., Shimizu E., Hirano Y. The mediating effect of symptoms of posttraumatic stress disorder and depression on the relationship between personality traits and quality of life in emergency service workers. *Compr Psychiatry.* 2022. Vol. 116. P. 152327. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152327>
127. Nygaard E., Hussain A., Siqueland J., Heir T. General self-efficacy and posttraumatic stress after a natural disaster: a longitudinal study. *BMC Psychol.* 2016. Vol. 4. P. 15. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0119-2>
128. Nygaard E., Johansen V.A., Siqueland J. et al. Longitudinal Relationship between Self-efficacy and Posttraumatic Stress Symptoms 8 Years after a Violent Assault: An Autoregressive Cross-Lagged Model. *Front Psychol.* 2017. Vol. 8. P. 913. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00913>
129. Obuobi-Donkor G., Oluwasina F., Nkire N., Agyapong V. I. O. A Scoping Review on the Prevalence and Determinants of Post-Traumatic Stress Disorder among Military Personnel and Firefighters: Implications for Public Policy and Practice. *Int J Environ Res Public Health.* 2022. Vol. 19(3). P. 1565. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19031565>
130. Omasu F., Hotta Y., Watanabe M., Yoshioka T. The Relationship between

Post-Traumatic Stress Disorder and Self-Esteem along with the Importance of Support for Children. *Open Journal of Preventive Medicine*. 2018. Vol. 8. P. 95-101. DOI: <https://doi.org/10.4236/ojpm.2018.84009>

131. Omasu F., Uemura S., Yukizane S. The Impact of Family Relationships on the Smoking Habits of University Students. *Open Journal of Preventive Medicine*. 2015. Vol. 5. P. 14-22. DOI: <https://doi.org/10.4236/ojpm.2015.51002>

132. Omasu F., Ueno Y., Sakazaki Y., Nishimura Y. Association between the Way of Being Scolded and Self-Esteem in University Students. *Open Journal of Preventive Medicine*. 2016. Vol. 6. P. 84-95. DOI: <https://doi.org/10.4236/ojpm.2016.62007>

133. Orth U., Robins R. W., Roberts B.W. Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *J Pers Soc Psychol*. 2008. Vol. 95(3). P. 695-708. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.3.695>

134. Orth U., Robins R. W. Understanding the Link between Low Self-Esteem and Depression. *Current Directions in Psychological Science*. 2013. Vol. 22(6). P. 455-460. DOI: <https://doi.org/10.1177/0963721413492763>

135. Orth U., Robins R. W., Widaman K. F. Life-Span Development of Self-Esteem and Its Effects on Important Life Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2012. Vol. 102(6). P. 1271-1288. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0025558>

136. Pang Z., Tu D., Cai Y. Psychometric Properties of the SAS, BAI, and S-AI in Chinese University Students. *Front Psychol*. 2019. Vol. 10. Article 93. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00093>

137. Park K., Yang T. C. The Long-term Effects of Self-Esteem on Depression: The Roles of Alcohol and Substance Uses during Young Adulthood. *Sociol Q*. 2017. Vol. 58(3). P. 429-446. DOI: <https://doi.org/10.1080/00380253.2017.1331718>

138. Penninx B. W., Pine D. S., Holmes E. A., Reif A. Anxiety disorders. *Lancet*. 2021. Vol. 397. № 10277. P. 914-927. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7)

139. Pietrzak R. H., Schechter C. B., Bromet E. J. et al. The burden of full and subsyndromal posttraumatic stress disorder among police involved in the World Trade

Center rescue and recovery effort. *J Psychiatr Res.* 2012. Vol. 46. P. 835-842. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.03.011>

140. Post-traumatic stress disorder. The National Health Service (NHS): website. URL: <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/overview/>

141. Psarros C., Theleritis C., Kokras N. et al. Personality characteristics and individual factors associated with PTSD in firefighters one month after extended wildfires. *Nord J Psychiatry.* 2017. Vol. 72. P. 17-23. DOI: <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1368703>

142. Renshaw K. D., Allen E. S., Fredman S. J. et al. Partners' motivations for accommodating posttraumatic stress disorder symptoms in service members: The reasons for accommodation of PTSD scale. *J Anxiety Disord.* 2020. Vol. 71. P. 102199. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102199>

143. Robinson O. J., Pike A. C., Cornwell B., Grillon C. The translational neural circuitry of anxiety. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2019. Vol. 90(12). P. 1353-1360. DOI: <https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-321400>

144. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*: Princeton University Press. 1965. 338 p. URL: <https://www.jstor.org/stable/j.ctt183pjhh>

145. Sakuma A., Takahashi Y., Ueda I. et al. Post-traumatic stress disorder and depression prevalence and associated risk factors among local disaster relief and reconstruction workers fourteen months after the Great East Japan Earthquake: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2015. Vol. 15. P. 58. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0440-y>

146. Salisbury L. *Grey Time: Anachromism and Waiting for Beckett*. Edinburgh University Press. 2023. URL: <https://doi.org/10.1515/9781474478533-006>

147. Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *Can J Psychiatry.* 2014. Vol. 59(9). P. 460-467. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674371405900902>

148. Sarubin N., Goerigk S., Padberg F. et al. Self-esteem fully mediates positive life events and depressive symptoms in a sample of 173 patients with affective

disorders. *Psychol Psychother Theory Res Pract.* 2020. Vol. 93. P. 21-35. DOI: <https://doi.org/10.1111/papt.12205>

149. Schmitt D. P., Allik J. Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology.* 2005. Vol. 89(4). P. 623-642. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.4.623>

150. Schneider K. *Klinische Psychopathologie.* 1950 / Authors: Huber, Gerd; Gross, Gisela. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart. 2007. 134 p. Print ISBN: 9783133982153; Online ISBN: 9783131892157. DOI: <https://doi.org/10.1055/b-002-44928>

151. Schnyder U., Cloitre M. *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders: A Practical Guide for Clinicians.* 2022. 580 p. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-97802-0>

152. Scholz U., Dona B. G., Sud S., Schwarzer R. Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *Eur. J. Psychol. Assess.* 2002. Vol. 18. P. 242-251. DOI: <https://doi.org/10.1027//1015-5759.18.3.242>

153. Schwarzer R., Scholz U. Cross-Cultural Assessment of Coping Resources: The General Perceived Self-Efficacy Scale. Paper presented at the First Asian Congress of Health Psychology. *Health Psychology and Culture.* Tokyo. 2000.

154. Shalev A. Y., Freedman S., Peri T. et al. Prospective Study of Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma. *Am J Psychiatry.* 1998. Vol. 155(5). P. 630-637. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.155.5.630>

155. Shalev A. Y. Post-traumatic stress disorder - Disorder takes away human dignity and character. *Br. Med. J.* 2001. Vol. 322. P. 1301. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7297.1301>

156. Sharma N. P., Spiro P. M. *Psychoanalytic Therapy.* StatPearls. Treasure Island. 2023. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37276295/>

157. Sherin J. E., Nemeroff C. B. Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues Clin Neurosci.* 2011. Vol. 13(3). P. 263-278. DOI: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.2/jsherin>

158. Shienko L. An Adlerian Approach to Preventing Vicarious Trauma from Prolonged Exposure to Social Media. *The Journal of Individual Psychology*. 2023. Vol. 79. N. 4. P. 392-412. DOI: <https://doi.org/10.1353/jip.2023.a915975>
159. Simmen-Janevska K., Brandstatter V., Maercker A. The overlooked relationship between motivational abilities and posttraumatic stress: a review. *Eur. J. Psychotraumatol*. 2012. Vol. 3. P. 18560. DOI: <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.18560>
160. Simon R. W. Revisiting the Relationships among Gender, Marital Status, and Mental Health. *American Journal of Sociology*. 2002. Vol. 107(4). P. 1065-1096. URL: <https://www.jstor.org/stable/10.1086/339225>
161. Sowislo J. F., Orth U. Does Low Self-Esteem Predict Depression and Anxiety? A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Psychological Bulletin*. 2013. Vol. 139(1). P. 213-240. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0028931>
162. Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B. et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006. Vol. 166(10). P. 1092-1097. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
163. Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B. Patient Health Questionnaire Study Group. Validity and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *JAMA*. 1999. Vol. 282. P. 1737-1744. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
164. Staring A. B. P., van den Berg D. P. G., Cath D. C. et al. Self-esteem treatment in anxiety: A randomized controlled crossover trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) versus Competitive Memory Training (COMET) in patients with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 2016. Vol. 82. P. 11-20. URL: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.04.002>
165. Steiger A. E., Allemand M., Robins R. W., Fend H. A. Low and Decreasing Self-Esteem during Adolescence Predict Adult Depression Two Decades Later. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2014. Vol. 106(2). P. 325-338. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0035133>
166. Stein H. An Adlerian View of PTSD and *Behavior online: website*. 1998. URL: <https://www.behavior.net/forums/evolutionary/1998/2->

user=&email=&depth=8&detail=description&lastread=5-177.htm

167. Strano D. A., Dixon P. N. The Comparative Feeling of Inferiority Index. *Individual Psychology*. 1990. Vol. 46(1). P. 29-42. URL: <https://psycnet.apa.org/record/1990-24287-001>

168. Swetlitz N. Depression's problem with men. *AMA journal of ethics*. 2021. Vol. 23(7). P. 586-589. DOI: <https://doi.org/10.1001/amajethics.2021.586>

169. Swinson R. P. The GAD-7 scale was accurate for diagnosing generalised anxiety disorder. *Evid Based Med*. 2006. Vol. 11(6). P.184. DOI: <https://doi.org/10.1136/ebm.11.6.184>

170. Tarzian M., Norio M., Fakoya A. O. An Introduction and Brief Overview of Psychoanalysis. *Cureus*. 2023. Vol. 15(9). P. e45171. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.45171>

171. Tatayeva R., Ossadchaya E., Sarculova S. et al. Psychosomatic Aspects of The Development of Comorbid Pathology: A Review. *Med J Islam Repub Iran*. 2022. Vol. 36. P. 152. DOI: <https://doi.org/10.47176/mjiri.36.152>

172. Trzesniewski K. H., Donnellan M. B., Moffitt T. E. et al. Low Self-Esteem during Adolescence Predicts Poor Health, Criminal Behavior, and Limited Economic Prospects during Adulthood. *Developmental Psychology*. 2006. Vol. 42(2). P. 381-390. DOI: <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.2.381>

173. Trzesniewski K. H., Donnellan M. B., Robins R. W. Stability of self-esteem across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003. Vol. 84. P. 205-220. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12518980/>

174. Tupes E. C., Christal R. E. Recurrent personality factors based on trait ratings. *USAF ASD Technical Report*. Lackland Air Force Base. 1961. Vol. 61. P. 97.

175. Van der Kolk B. A., Brown P., van der Hart O. Pierre Janet on post-traumatic stress. *J Trauma Stress*. 1989. Vol. 2. P. 365-378. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.2490020403>

176. Vonny F., Ramli M., Wahyuni F. Counseling Adlerian approach: a systematic literature review. *Technium Social Sciences Journal*. 2024. Vol. 54(1). P. 234-240. DOI: <https://doi.org/10.47577/tssj.v54i1.10401>

177. Wang H., Tian X., Wang X., Wang Y. Evolution and Emerging Trends in Depression Research From 2004 to 2019: A Literature Visualization Analysis. *Frontiers in Psychiatry*. 2021. Vol. 12. Article 705749. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.705749>

178. Wang Q., Tu R., Hu W. et al. Childhood psychological maltreatment and depression among Chinese adolescents: multiple mediating roles of perceived ostracism and core self-evaluation. *Int J Environ Res Public Health*. 2021. Vol. 18(21). P. 11283. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph182111283>

179. Wang S., Shi X., Zhu Y., Wang Z. Factor structure of the Chinese version of the Screen for Adult Anxiety Related Disorders (SCARRED). *Asian J Psychiatr*. 2022. Vol. 73. P. 103159. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103159>

180. Weathers F. W., Litz B. T., Keane T. M. et al. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). 2013. Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.

181. Weinberg M. The bidirectional dyadic association between tendency to forgive, self-esteem, social support, and PTSD symptoms among terror-attack survivors and their spouses. *Journal of Traumatic Stress*. 2013. Vol. 26. P. 744-752. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.21864>

182. Wesselmann E. D., Williams, K. D., Ren, D. et al. Ostracism and solitude. Psychological perspectives on social isolation, social withdrawal, and being alone. 2nd ed. Wiley Blackwell. 2021. P. 209-223. DOI: <https://doi.org/10.1002/9781119576457.ch15>

183. What is Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)? American Psychiatric Association: website. URL: <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>

184. Williams J. W., Mulrow C. D., Kroenke K. et al. Case-finding for depression improves patient outcomes: results from a randomized trial in primary care. *Am J Med*. 1999. Vol. 106. P. 36-43. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0002-9343\(98\)00371-4](https://doi.org/10.1016/s0002-9343(98)00371-4)

185. Williams K. D., Nida S. A. Ostracism and social exclusion: Implications

for separation, social isolation, and loss. *Curr Opin Psychol.* 2022. Vol. 47. P.101353. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101353>

186. Wilson J. P., Friedman M. J., Lindy J. D. A holistic, organismic approach to healing trauma and PTSD. In: Wilson JP, Friedman MJ, Lindy JD (eds) *Treating psychological trauma and PTSD*. Guilford Press, New York, NY; London, 2012. P. 28-58. URL: <https://www.perlego.com/book/4409679/treating-psychological-trauma-and-ptsd-pdf>

187. Wilson J. P. The historical evolution of PTSD diagnostic criteria: from Freud to DSM-IV. *J Trauma Stress.* 1994. Vol. 7(4). P. 681-698. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF02103015>

188. Xu L., Zhang J., Yang H., et al. Epistasis in neurotransmitter receptors linked to posttraumatic stress disorder and major depressive disorder comorbidity in traumatized Chinese. *Front Psychiatry.* 2024. Vol.15. P. 1257911. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1257911>

189. Young J. E., Zangwill W. M., Behary W. E. Combining EMDR and schema-focused therapy: The whole may be greater than the sum of the parts. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. American Psychological Association. 2002. P. 181-208. DOI: <https://doi.org/10.1037/10512-007>

190. Yuan H., Ren L., Ma Z., et al. Network structure of PTSD symptoms in Chinese male firefighters. *Asian J Psychiatr.* 2022. Vol. 72. P. 103062. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103062>

191. Yu X., Zhang L., Lin Z. et al. Ostracism, psychological capital, perceived social support and depression among economically disadvantaged youths: a moderated mediation model. *Int J Environ Res Public Health.* 2021. Vol. 18(21). P. 11282. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph182111282>

192. Zhang Ya. Conceptualization Report on a Case of Cognitive Behavioral Counseling for Low Self-Esteem. Material of International Conference on Social Science, Education and Management. Dalian, China, 28-29.02.2024. P. 141-152. DOI: <https://doi.org/10.25236/icssem.2024.024>

193. Zoellner L. A., Bedard-Gilligan M. A., Jun J. J. et al. The evolving construct of posttraumatic stress disorder (PTSD): DSM-5 criteria changes and legal implications. *Psychological Injury and Law*. 2013. Vol. 6(4). P. 277-289. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12207-013-9175-6>

194. Ананова І. В., Ващенко І. В. Особистісні особливості, що визначають схильність до переживання почуття провини. *Проблеми сучасної психології*. 2016. Вип. 34. С. 31-45. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2016_34_5

195. Безшейко В. Г. Адаптація шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2016. Т. 1. № 1. С. 010108. URL: [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2018/3\(96\)/NN18-3_30-31_f164a4ae18a0f3e8ac06fc9e7ec60f83.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2018/3(96)/NN18-3_30-31_f164a4ae18a0f3e8ac06fc9e7ec60f83.pdf)

196. Березюк О. Р. Феномен власної неповноцінності крізь призму п'ятифакторної моделі особистості. *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31. № 4(117). С. 42-48. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is4-2023-6>

197. Березюк О. Р., Фільц О. О. Асоціація почуття тривоги та феномена власної неповноцінності. *Медичні перспективи*. 2023. Т. 28. № 3. С. 86-93. DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.3.289202>

198. Березюк О. Р., Фільц О. О. Асоціація феномена власної неповноцінності з самоефективністю та самооцінкою. *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31. № 1(114). С. 20-25. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is1-2023-2>

199. Березюк О. Р., Фільц О. О., Грабчак В. І., Сірко Р. І. Опитувальник порівняльного індексу почуття неповноцінності: переклад, валідизація та досвід використання в Україні. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2022. Т. 26. № 4. С. 633-636. DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26\(4\)-20](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26(4)-20)

200. Галецька І. І. Самоефективність у структурі соціальної адаптації. *Вісник ЛНУ. Серія: Філософські науки*. 2003. №5. С.138-149.

201. Гальцева Т. Розробка та психометрична перевірка опитувальника

«Навчальна самоефективність дорослого». Психологічні перспективи. 2018. №31. С.327-344. DOI: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2018-31-327-344>

202. Грузєва Т. С., Лехан В. М., Огнєв В. А. та ін. Біостатистика. Вінниця. Нова Книга. 2020. 384 с.

203. Кліманська М. Б., Галецька І. І. Українська адаптація короткого п'ятифакторного опитувальника особистості ТІРІ (ТІРІ-UKR). Психологічний Часопис. 2019. № 5(9). С. 57-76. DOI: <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.9.4>

204. Крячкова, Л.В., Коробко, М.Ю., Сімон, К.І., Кротова, Л.О. Доцільність застосування логістичного регресійного аналізу у медико-біологічних дослідженнях. Матеріали ІІ науково-практичної інтернет-конференції. м. Чернівці. 2022. С. 216-218.

205. Малєєва О. Л. Психологічні особливості схильності особистості до переживання почуття провини: дисертація на здобуття ступеня кандидата наук: спец. 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології». Одеса, 2007. 285 с.

206. Правдун В. С. Причини та наслідки переживання комплексу неповноцінності в підлітковому віці. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня бакалавра за спеціальністю «053 – психологія». Тернопіль: ТНТУ. 2023. 68 с.

207. Седих К. В., Фільц О. О., Банцер В. І. та ін. Основи психотерапії: навч. посіб. Київ. ВЦ «Академія». 2017. 192 с.

208. Фільц О. О., Седих К. В., Михайлів С. В. Фіксована уява як механізм виникнення узалежнення. Психологія і особистість. 2018. №2 (14). С. 9-22. DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.1342003>

209. Яремко Р. Я. Психологічні особливості розвитку самоповаги у здобувачів вищої освіти. Наукові записки Львівського державного університету безпеки життєдіяльності. Педагогіка і психологія. 2023. №1. С. 51-57. DOI: <https://doi.org/10.32782/3041-1297/2023-1-8>

ДОДАТОК А

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, опубліковані у наукових виданнях з індексацією Scopus:

1. Березюк О. Р., Фільц О. О. Асоціація почуття тривоги та феномена власної неповноцінності. *Медичні перспективи*. 2023. Т. 28, № 3. С. 86-93. DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.3.289202> (Особистий внесок авторів: концептуалізація, методологія, курація даних, аналіз, написання, рецензування та редагування – Б.О.Р.; концептуалізація, методологія, написання, рецензування та редагування – Ф.О.О.).

2. Berezyuk O., Filts O., Hrabchak V., Sirko R. The phenomenon of inferiority and depression. *Proceeding of the Shevchenko Scientific Society. Medical Sciences*. 2023. Vol. 72. No. 2. DOI: <https://doi.org/10.25040/ntsh2023.02.11> (Особистий внесок авторів: створення концепції, написання, редагування та затвердження остаточного варіанту – Б.О.Р.; створення концепції, написання, редагування та затвердження остаточного варіанту – Ф.О.О.; результати дослідження, редагування та затвердження остаточного варіанту – Г.В.І.; результати дослідження, редагування та затвердження остаточного варіанту – С.Р.І.)

Наукові праці, опубліковані у наукових фахових виданнях України:

3. Березюк О. Р., Фільц О. О., Грабчак В. І., Сірко Р. І. Опитувальник порівняльного індексу почуття неповноцінності: переклад, валідизація та досвід використання в Україні. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2022. Т. 26, № 4. С. 633-636. DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26\(4\)-20](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26(4)-20) (Особистий внесок авторів: ідея написання, аналіз літератури, участь в зборі матеріалу та написанні статті, аналіз й узагальнення одержаних результатів – Б.О.Р.; створення концепції, редагування та затвердження остаточного варіанту – Ф.О.О.; результати дослідження, редагування та затвердження остаточного варіанту – Г.В.І.; результати

дослідження, редагування та затвердження остаточного варіанту – С.Р.І.).

4. Березюк О. Р., Фільц О. О. Асоціація феномена власної неповноцінності з самоефективністю та самооцінкою. *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31, № 1(114). С. 20-25. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is1-2023-2> (*Особистий внесок авторів: ідея написання, аналіз літератури, участь в зборі матеріалу та написанні статті, аналіз й узагальнення одержаних результатів – Б.О.Р; створення концепції, редагування та затвердження остаточного варіанту – Ф.О.О.*).

5. Березюк О. Р. Феномен власної неповноцінності крізь призму п'ятифакторної моделі особистості. *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31, № 4(117). С. 42-48. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is4-2023-6>

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

6. Pathogenesis of socially conditioned feelings of inferiority. Challenges in the global world: healing and growth: abstract book of the 28th International Congress of the International Association of Individual Psychology; 2021 July 11-14; Lviv, Ukraine. / Scient.ed. O. Filts, Z. Koshulynska, O. Lyzak, N. Grinko, O. Berezyuk, P. Kozyra. Lviv: Publisher “Halych- Press”, 2021. P.71.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

7. Березюк О. Р. Шкала-запитальник «Порівняльний індекс почуття неповноцінності (ППН)»: свідоцтво на авторський твір № 112629 від 20 квітня 2022 року.

8. Березюк О. Р. Застосування опитувальника порівняльного індексу почуття неповноцінності: інформаційний лист. Львів: ЛНМУ; 2023.

ДОДАТОК А1

Відомості про апробацію результатів дисертації

Основні положення дисертації викладені та обговорені на:

- 28th International Congress of the International Association of Individual Psychology (Львів, 11-14 липня 2021 р., форма участі – публікація тез);
- I Міжнародна науково-практична конференція, присвячена 150-літтю НТШ «Лікарі та медсестринство – медичний фронт в Україні та світі» (Луцьк, 11-12 травня 2023 р., форма участі – доповідь);
- 7 Міжнародний Симпозіум SMARTLION 2023 «Реабілітація в Україні» (Львів, 26 вересня 2023 р. форма участі – доповідь);
- Ювілейний міжнародний медичний форум «Медицина України та світу: основи, реалії та стратегічні перспективи» (Львів, 13-15 грудня 2023 року, форма участі – доповідь).

ДОДАТОК Б

АКТИ ВПРОВАДЖЕНЬ

"Затверджую"
Керівник установи, в якій впроваджена пропозиція¹
Самчук Олег Олександрович

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Застосування опитувальника порівняльного індексу почуття неповноцінності
(найменування пропозиції для впровадження)²
 2. Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, кафедра
(установа, що розробила, її поштова адреса, прізвище, ім'я, по батькові авторів)³
психіатрії і психотерапії ФПДО, 29010, Львів, вул. Пекарська, 69; Березюк О.Р.

Джерело інформації Інформ. лист. 27.09.2023 Львів, Протокол засідання Вченої ради ДУ
"ЛНМУ ім. Д. Галицького" № 6-ВР від 27.09.2023 р.
(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційного листа, вихідні дані статті, № а.с. і т.п.)²
 4. Впроваджено з 2022 по 2023 р.
 5. КНП "Перше територіальне медичне об'єднання м. Львова"
(найменування лікувально-профілактичного закладу)³
6. Термін впровадження⁴ з 2022 по 2023 роки
6. Загальна кількість спостережень⁴ 100
7. Ефективність впровадження у відповідності з критеріями вкладеними у джерелі інформації (п.3)

Показники ⁴	За даними	
	розроблювачів ²	організації, що впровадила ⁴
За допомогою опитувальника порівняльного індексу почуття неповноцінності визначення індексу почуття неповноцінності та схильності до депресії та посттравматичних станів.	7,03% обстежуваних студентів мали почуття неповноцінності, 11,11% почуття надцінності	7,89% обстежуваних мали почуття неповноцінності, 5,26% мали почуття надцінності

Пропонований опитувальник ефективний під час стресогенних ситуацій для пошуку можливостей допомогти особі, яка зневірена в собі та потребує психологічної підтримки.

8. Зауваження, пропозиції⁴. Відсутні

"02" листопада 2023 р.

Відповідальний за впровадження
(посада, підпис, ім'я, по батькові, прізвище)

Завідувач психіатричним відділенням
КНП "Перше територіальне медичне об'єднання м. Львова"



Свченко Ю.О.

¹ Узагальнені акти впровадження затверджує заст. завідувача відділом охорони здоров'я.

² Залповнюється розробником.

³ Залповнюється організацією, яка впровадила розробку.

"Затверджую"

Керівник установи, в якій впроваджена пропозиція
Чечотка Богдан Романович
Генеральний директор
КНП ЛОР "Львівська обласна клінічна психіатрична
лікарня"

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

1. Застосування опитувальника порівняльного індексу почуття неповноцінності
(найменування пропозиції для впровадження)¹
2. Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, кафедра
(установа, що розробила, її поштова адреса, прізвище, ім'я, по батькові авторів)²
психіатрії і психотерапії ФПДО, 29010, Львів, вул. Пекарська, 69:Березюк О.Р.

Джерело інформації Інформ. лист. 27.09.2023 Львів. Протокол засідання Вченої ради ДУ

"ЛНМУ ім. Д. Галицького" № 6-ВР від 27.09.23

(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційного листа, вихідні дані статті, № а.с. і т.п.)²

4. Впроваджено з 2022 по 2023 р.
5. КНП ЛОР "Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня"
(найменування лікувально-профілактичного закладу)¹

6. Термін впровадження¹ з 2022 по 2023 роки
6. Загальна кількість спостережень⁴ 100
7. Ефективність впровадження у відповідності з критеріями вкладеними у джерелі

інформації (п.3)

Показники ⁵	За даними	
	розроблювачів ²	організації, що впровадила ⁴
За допомогою опитувальника порівняльного індексу почуття неповноцінності визначення індексу почуття неповноцінності та схильності до депресії та посттравматичних станів.	7,03% обстежуваних студентів мали почуття неповноцінності, 11,11% почуття надцінності	7,89% обстежуваних мали почуття неповноцінності, 5,26% мали почуття надцінності

1 Пропонований опитувальник ефективний під час стресогенних ситуацій для пошуку можливостей допомогти особі, яка зневірена в собі та потребує психологічної підтримки..

8. Зауваження, пропозиції¹.
"14" листопада 2023 р.
Відповідальний за впровадження
(посада, підпис, ім'я, по батькові, прізвище)

Завідувачка психоневрологічним відділенням
КНП ЛОР "Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня"

Виртос Я.

¹ Узагальнені акти впровадження затверджує заст. завідувача відділом охорони здоров'я.
² Заповнюється розробником.
⁵ Заповнюється організацією, яка впровадила розробку.

"Затверджую"

Керівник установи, в якій впроваджена пропозиція
 Мотульська Галина Володимирівна
 Генеральний директор
 КНП "1-ша міська поліклініка м. Львова"

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

1. Застосування опитувальника порівняльного індексу почуття неповноцінності
(найменування пропозиції для впровадження)²
2. Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, кафедра
(установа, що розробила, її поштова адреса, прізвище, ім'я, по батькові авторів)²
психіатрії і психотерапії ФПДО, 29010, Львів, вул. Пекарська, 69:Березюк О.Р.

Джерело інформації Інформ. лист. 27.09.2023 Львів. Протокол засідання Вченої ради ДУ
 "ЛНМУ ім. Д. Галицького" № 6-ВР від 27.09.2023 р.

(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційного листа, вихідні дані статті, № а.с. і т.п.)²

4. Впроваджено з 2022 по 2023 р.
5. КНП "1-ша міська поліклініка м. Львова"
(найменування лікувально-профілактичного закладу)³

6. Термін впровадження¹ з 2022 по 2023 роки

6. Загальна кількість спостережень¹ 100

7. Ефективність впровадження у відповідності з критеріями вкладеними у джерелі
 інформації (п.3)

Показники ⁵	За даними	
	розроблювачів ²	організації, що впровадила ⁴
За допомогою опитувальника порівняльного індексу почуття неповноцінності визначення індексу почуття неповноцінності та схильності до депресії та посттравматичних станів.	7,03% обстежуваних студентів мали почуття неповноцінності, 11,11% почуття надцінності	7,12% обстежуваних мали почуття неповноцінності, 10,09% мали почуття надцінності

8. Зауваження, пропозиції⁴.

Пропонований опитувальник ефективний під час стресогенних ситуацій для пошуку можливостей допомогти особі, яка зневірена в собі та потребує психологічної підтримки.

"07" листопада 2023 р.

Відповідальний за впровадження
(посада, підпис, ім'я, по батькові, прізвище)

Завідувачка Центру психічного здоров'я
 КНП "1-ша міська поліклініка м. Львова"

Григораш І. І.

¹ Узагальнені акти впровадження затверджує заст. завідувача відділом охорони здоров'я.
² Заповнюється розробником.
⁴ Заповнюється організацією, яка впровадила розробку.



"Затверджую"

Керівник установи, в якій впроваджена пропозиція¹

Торопова Тереза Борисівна

Генеральний директор

Комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради

"Львівський обласний клінічний психоневрологічний диспансер"

М. Львів, вул. Коциловського 30

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Застосування опитувальника порівняльного індексу почуття неповноцінності
(найменування пропозиції для впровадження)²

2. Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, кафедра
(установа, що розробила її поштова адреса, прізвище, ім'я, по батькові авторів)²

психіатрії і психотерапії ФПДО, 29010, Львів, вул. Пекарська, 69; Березюк О.Р.

Джерело інформації Інформ. лист, 27.09.2023 Львів. Протокол засідання Вченої ради ДУ

"ЛНМУ ім. Д. Галицького" № 6-ВР від 27.09.23

(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційного листа, вихідні дані статті, № а.с. і т.п.)²

4. Впроваджено з 2022 по 2023 р.

5. КНП ЛОР "Львівський обласний клінічний психоневрологічний диспансер"
(найменування лікувально-профілактичного закладу)³

6. Термін впровадження⁴ з 2022 по 2023 роки

6. Загальна кількість спостережень⁴ 100

7. Ефективність впровадження у відповідності з критеріями вкладеними у джерелі

інформації (п.3)

Показники ⁵	За даними	
	розроблювачів ²	організації, що впровадила ¹
За допомогою опитувальника порівняльного індексу почуття неповноцінності визначення індексу почуття неповноцінності та схильності до депресії та посттравматичних станів.	7,03% обстежуваних студентів мали почуття неповноцінності, 11,11%- почуття надцінності	7,89% обстежуваних мали почуття неповноцінності, 5,26% мали почуття надцінності

8. Зауваження, пропозиції¹.

Пропонований опитувальник ефективний під час стресогенних ситуацій для пошуку можливостей допомоги особі, яка зневірена в собі та потребує психологічної підтримки.

Відповідальний за впровадження
(посада, підпис, ім'я, по батькові, прізвище)

Завідувачка стаціонарним відділенням № 2

КНП ЛОР "Львівський обласний клінічний психоневрологічний диспансер"

10.01.2024

Самсонова Л.С.

¹ Узагальнені акти впровадження затверджує заст. завідувача відділом охорони здоров'я.

² Заповнюється розробником.

⁴ Заповнюється організацією, яка впровадила розробку.

"Затверджую"

Керівник установи, в якій впроваджена пропозиція
Малетич Олег Ярославович
Генеральний директор
КНП "5-та Міська клінічна поліклініка м. Львова"

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

1. Застосування опитувальника порівняльного індексу почуття неповноцінності
(найменування пропозиції для впровадження)¹

2. Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, кафедра
(установа, що розробила, її поштова адреса, прізвище, ім'я, по батькові авторів)²

психіатрії і психотерапії ФПДО, 29010, Львів, вул. Пекарська, 69; Березюк О.Р.

Джерело інформації Інформ. лист. 27.09.2023 Львів. Протокол засідання Вченої ради ДУ
"ЛНМУ ім. Д. Галицького" № 6-ВР від 27.09.2023 р.

(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційного листа, вихідні дані статті, № а.с. і т.п.)²

4. Впроваджено з 2022 по 2023 р.

5. КНП "5-та Міська клінічна поліклініка м. Львова"
(найменування лікувально-профілактичного закладу)³

6. Термін впровадження¹ з 2022 по 2023 роки

6. Загальна кількість спостережень⁴ 100

7. Ефективність впровадження у відповідності з критеріями вкладеними у джерелі

інформації (п.3)

Показники ⁵	За даними	
	розроблювачів ²	організації, що впровадила ⁴
За допомогою опитувальника порівняльного індексу почуття неповноцінності визначення індексу почуття неповноцінності та схильності до депресії та посттравматичних станів.	7,03% обстежуваних студентів мали почуття неповноцінності, 11,11% почуття надцінності	7,05% обстежуваних мали почуття неповноцінності, 10,01% мали почуття надцінності

8. Зауваження, пропозиції⁴.

Пропонований опитувальник ефективний під час стресогенних ситуацій для пошуку можливостей допомогти особі, яка зневірена в собі та потребує психологічної підтримки.

"07" листопада 2023 р.

Відповідальний за впровадження
(посада, підпис, ім'я, по батькові, прізвище)

Завідувач Центру психічного здоров'я
КНП "5-та Міська клінічна поліклініка м. Львова"

Островський М. М.

¹ Узагальнені акти впровадження затверджує заст. завідувача відділом охорони здоров'я.

² Заповнюється розробником.

⁴ Заповнюється організацією, яка впровадила розробку.

ЗАТВЕРДЖУЮ

начальник факультету психології та
соціального захисту Львівського
державного університету безпеки
життєдіяльності, кандидат історичних



доцент,

капітан служби цивільного захисту

Роман ЛАВРЕЦЬКИЙ

**впровадження результатів дисертаційного дослідження
БЕРЕЗЮКА Олега Романовича на тему «Клінічне значення
психопатологічного феномену почуття неповноцінності у формуванні та
перебігу ПТСР»**

Комісією у складі:

голови – начальника кафедри практичної психології та педагогіки, доктора психологічних наук, професора, полковника служби цивільного захисту СІРКО Р.І.; членів комісії: професора кафедри практичної психології та педагогіки, доктора педагогічних наук, професора ЛИТВИНА А.В.; доцента кафедри практичної психології та педагогіки, кандидата педагогічних наук, підполковника служби цивільного захисту КОВАЛЯ І.С.; доцента кафедри практичної психології та педагогіки, кандидата психологічних наук, доцента, майора служби цивільного захисту ЯРЕМКА Р.Я. складено цей акт, про те, що розроблений автором опитувальник порівняльного індексу почуття неповноцінності був впроваджений у освітній процес Львівського державного університету безпеки життєдіяльності.

Вищезазначений опитувальник використовувався під час психологічного супроводження службової діяльності, що дало змогу діагностувати у курсантів наявність почуття неповноцінності, схильність до депресії та розвитку посттравматичного стресового розладу. Окрім того результати дисертаційного

дослідження використовувались при викладанні наступних навчальних дисциплін, а саме «Психологія діяльності в особливих умовах», «Психологія посттравматичної реабілітації», «Психологія кризових ситуацій», «Реабілітаційна психологія», що підтверджує ефективність використання опитувальника порівняльного індексу почуття неповноцінності при здійсненні психологічної підтримки населення у екстремальних та кризових ситуаціях.

Голова комісії:

доктор психологічних наук, професор,
полковник служби цивільного захисту

Роксолана СІРКО

Члени комісії:

доктор педагогічних наук, професор

Андрій ЛИТВИН

кандидат педагогічних наук, підполковник
служби цивільного захисту

Ігор КОВАЛЬ

кандидат психологічних наук, доцент,
майор служби цивільного захисту

Роман ЯРЕМКО

« 09 » серпня 2024/

ДОДАТОК В

Запитальник 1. Шкала Порівняльного Індексу Почуття Неповноцінності (ППН).

Запитальник 2. ТІРІ (10-пунктний Запитальник рис особистості, розроблений С. Гослінгом, П. Ренфру і В. Свонном).

Запитальник 3. Шкала самооцінки Розенберга.

Запитальник 4. Шкала загальної самоефективності Шварцера і Єрусалима.

Запитальник 5. Шкала депресії Бека.

Запитальник 6. Шкала тривоги Бека.

Анкета, що Ви тримаєте в руках, є частиною академічного дослідження, ціллю якого є валідизація запитальника особистісної оцінки.

Ваші відповіді є цілком конфіденційними. Вони будуть використані виключно в узагальненому вигляді для калібровки запитальника. Просимо бути максимально відвертими. Пам'ятайте, тут немає правильних чи неправильних відповідей. Ви можете відмовитись відповідати на будь-яке із запитань.

Анкета містить інструкції щодо заповнення. Прочитайте їх уважно, перш ніж переходити до заповнення. Якщо у Вас виникнуть запитання, – звертайтеся за роз'ясненнями чи додавайте коментарі поруч із запитаннями.

ЗАПИТАЛЬНИК 1

Далі наведено перелік слів, якими можна описати людину. Ми просимо Вас застосувати їх для оцінки себе та Ваших брата або сестри, коли Ви ще були дітьми.

Як це зробити?

Спершу застосуйте кожне зі слів окремо щодо Ваших брата або сестри у Вашому дитинстві (якщо Ви були єдиною дитиною, застосуйте їх щодо одного з батьків), вставивши їх по черзі у наступне речення:

Коли я був(ла) малою дитиною, мій брат був / моя сестра була [наприклад, здоровим / здоровою].

Тепер оцініть наскільки ці твердження відповідають дійсності. Дайте оцінку згоди чи незгоди із твердженням, використовуючи 6-бальну шкалу від «Цілком згоден / Цілком згідна» до «Цілком не згоден / не згідна».

Відповіді вносьте в таблицю, залишаючи відмітку у відповідній комірці [категорії оцінки є в рядках, шкала оцінки - товпцях]. Будь ласка, дайте відповідь щодо усіх категорій [у кожному рядку].

Якщо у Вас кілька братів чи сестер, просимо вибрати когось одного для оцінки. Якщо ж у Вас немає братів / сестер, використовуйте для порівняння Ваших батька чи матір, такими, якими Ви їх пам'ятаєте з дитинства.

Завершивши з оцінкою Вашого брата / Вашої сестри, оцініть себе у дитячому віці за тими ж параметрами. Для цього використовуйте вказане нижче твердження та ту ж шкалу, що й у випадку із сиблінгами (братом чи сестрою):

Коли я був(ла) малою дитиною, я був(ла) [наприклад, серйозною] дитиною.

Кого Ви будете оцінювати?

Наскільки добре кожна із запропонованих категорій описує Вашого брата / сестру, коли Ви були дитиною?

Твердження-підказка:

Коли я був(ла) малою дитиною, мій брат/сестра був(ла) ... дитиною.

	Цілком згоден(а)	Здебільшого згоден(а)	Частково згоден(а)	Частково не згоден(а)	Здебільшого не згоден(а)	Цілком не згоден(а)
1	здоровою	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	серйозною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	легко збудливою	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	спортивною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	гордою	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	дружелюбною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	спритною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	обережною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	компанійською	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	привабливою	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	доброю	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	вразливою	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	сильною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	скромною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	оборонною, “їжакуватою”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	товстою	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	оптимістичною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	байдужою, не чутливою	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	неохайною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	стурбованою	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	агресивною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	кволою	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	авторитетною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	егоїстичною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	невибагливою щодо власного вигляду	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	мудрою	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	пасивною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	незграбною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	раціональною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	тихою, спокійною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Наскільки добре кожна із запропонованих категорій описує Вас, коли Ви були дитиною?

Твердження-підказка:

Коли я був(ла) малою дитиною, я був(ла) ... дитиною.

	Цілком згоден(а)	Здебільшого згоден(а)	Частково згоден(а)	Частково не згоден(а)	Здебільшого не згоден(а)	Цілком не згоден(а)
1	здоровою	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	серйозною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	легко збудливою	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	спортивною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	гордою	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	дружелюбною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	спритною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	обережною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	компанійською	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	привабливою	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	доброю	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	вразливою	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	сильною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	скромною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	оборонною, “їжакуватою”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	товстою	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	оптимістичною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	байдужою, не чутливою	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	неохайною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	стурбованою	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	агресивною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	кволюю	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	авторитетною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	егоїстичною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	невибагливою щодо власного вигляду	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	мудрою	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	пасивною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	незграбною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	раціональною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	тихою, спокійною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ЗАПИТАЛЬНИК 3

Ще один перелік тверджень: цього разу вони пов'язані з Вашим загальним відчуттям щодо себе.

Для відповіді використовуйте 4-бальну шкалу:

- Цілком погоджуюсь
- Погоджуюсь
- Не погоджуюсь
- Взагалі не погоджуюсь

На скільки Ви погоджуєтесь чи не погоджуєтесь з цими твердженнями?

		Цілком погоджуюсь	Пого- джуюсь	Не погоджуюсь	Взагалі не погоджуюсь
1	Загалом, я задоволений / задоволена собою	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Час від часу, я думаю, що я ні на що не здатний / здатна	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Я відчуваю, що у мене є багато хороших якостей	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Я можу робити різні речі, як і більшість інших людей	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Я відчуваю, що особливо не маю чим пишатися	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Іноді я почуваюсь ні на що не здатним / здатною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Я відчуваю, що я цінний / цінна, принаймні, що я на рівних з іншими	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Я хотів / хотіла би мати більше поваги до себе	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Загалом, я схильний / схильна думати, що я невдаха	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Я позитивно ставлюсь до себе	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ЗАПИТАЛЬНИК 4

Прочитайте наведені нижче твердження і зазначте, як часто Ви реагуєте так. Дайте відповідь по кожному з тверджень, використовуючи шкалу:

- Ніколи
- Інколи
- Переважно, так
- Так, завжди

Як часто Ви поводитесь таким чином?

		Ніколи	Інколи	Переважаю, так	Так, завжди
1	Я завжди можу вирішити складну проблему, якщо достатньо постараюся	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Якщо мені чинять опір, я завжди знайду спосіб, щоб досягти свого	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Мені легко дотримуватися своїх намірів для досягнення мети	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Я переконаний / переконана, що успішно дам собі раду у несподіваних обставинах	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Завдяки власній розважливості, я зможу зарадити собі в неочікуваній ситуації	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Я спроможний / спроможна вирішити більшість проблем, якщо докладу до цього необхідних зусиль	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Я зберігаю спокій перед труднощами, оскільки можу покласти на своє вміння долати проблеми	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Коли я долаю якусь проблему, то завжди знаходжу декілька варіантів	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Коли я перебуваю в складній ситуації, то загалом знаю, що робити	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Незалежно від того, що зі мною трапилося, я можу завжди собі зарадити	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ЗАПИТАЛЬНИК 5

Далі подано 21 групу тверджень, які стосуються різних аспектів Вашого життя.

Будь ласка, уважно прочитайте всі твердження кожної групи і виберіть один з них (в кожній групі), який найкраще описує Ваше самопочуття протягом останніх двох тижнів, включаючи сьогоднішній день.

Як Ви себе почуваєте останнім часом?

- 1
 - Я не сумую
 - Мені погано і сумно
 - Мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою вдіяти
 - Мені так погано і сумно, що я не в змозі більше терпіти
- 2
 - Майбутнє не лякає мене
 - Я боюся майбутнього
 - Нічого хорошого в майбутньому мене не чекає
 - Моє майбутнє безпросвітне
- 3
 - Я не відчуваю себе невдахою
 - У моєму житті невдач і провалів було більше, ніж у будь-кого іншого
 - Коли я оглядаюся на своє життя, я бачу в ньому багато невдач
 - Я відчуваю, що я – цілковитий невдаха
- 4
 - Я цілком задоволений / задоволена своїм життям
 - Я не так задоволений / задоволена життям, як раніше
 - Я не можу отримувати задоволення від життя
 - Мене не задовольняє абсолютно все
- 5
 - Я не відчуваю себе винуватим / винуватою
 - Може, я і образив / образила когось, сам / сама того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо
 - Більшість часу я відчуваю себе винуватим / винуватою
 - Я постійно відчуваю провини
- 6
 - Я задоволений / задоволена собою
 - Іноді я відчуваю себе нестерпним / нестерпною
 - Я постійно відчуваю власну неповноцінність
 - Я абсолютно нікчемна людина
- 7
 - Я не відчуваю, що заслужив / заслужила покарання
 - Я зробив / зробила щось варте осуду, і готовий / готова до покарання
 - Я знаю, що заслуговую на суворе покарання
 - Я відчуваю себе вже покараним / покараною життям
- 8
 - Я знаю, що я не гірший / гірша за інших
 - Іноді я роблю помилки, за які потім себе критикую
 - Я весь час звинувачую себе у своїх прорахунках
 - Я відчуваю себе винуватим / винуватою у всіх бідах
- 9
 - Я ніколи не розчаровувався / розчаровувалась в собі
 - Я часто відчуваю розчарування в собі
 - Я не люблю себе
 - Я себе ненавиджу
- 10
 - Я ніколи не думав / думала про самогубство
 - Іноді мені спадає на думку самогубство, але я не буду цього робити
 - Я хотів би накласти на себе руки
 - Я в'ю себе, як тільки трапиться нагода
- 11
 - Я ніколи не плачу

- Іноді мені хочеться плакати
 Я плачу майже постійно
 Раніше я плакав / плакала, а тепер не можу, навіть якщо дуже хочеться
- 12** Я спокійний / спокійна
 Мене легко роздратувати
 Я постійно відчуваю роздратування
 Мені все байдуже, навіть те, що раніше дратувало мене
- 13** Я легко приймаю рішення
 Буває, що я відкладаю прийняття рішення на потім
 Мені важко приймати рішення
 Я взагалі не можу нічого вирішувати
- 14** Я маю вигляд, як зазвичай
 Я маю вигляд гірший, ніж зазвичай
 Я почав / почала виглядати набагато гірше, ніж зазвичай
 Я огидний / огидна
- 15** Я можу працювати так само добре, як і раніше
 Мені доводиться робити зусилля, щоб змусити себе працювати
 Я насилу можу виконувати звичайну роботу
 Я взагалі не можу виконувати ніякої роботи
- 16** Я сплю так само добре, як і раніше
 Я почав / почала гірше спати і прокидаюся втомленим / втомленою
 Я рано прокидаюся і відчуваю, що не виспався / виспалась
 Я прокидаюся кілька разів за ніч і більше не можу заснути
- 17** Я втомлююся не більше, ніж зазвичай
 Тепер я втомлююся більше, ніж завжди
 Майже все викликає в мене втому
 Я взагалі нічого не можу робити через втому
- 18** У мене хороший апетит
 Мій апетит гірший, ніж раніше
 Мій апетит набагато гірший, ніж раніше
 У мене взагалі немає апетиту
- 19** Мені легко спілкуватися з людьми
 Мені доводиться змушувати себе спілкуватися з людьми
 Мені дуже важко спілкуватися з людьми
 Я абсолютно не спілкуюся з людьми
- 20** Я відчуваю себе цілком здоровим / здоровою
 Мене турбують проблеми, пов'язані з моїм здоров'ям (закрепи, пронос, біль тощо)
 Я постійно думаю про проблеми, пов'язані з моїм здоров'ям
 Я вважаю, що моє здоров'я безнадійно підірване
- 21** Мій сексуальний потяг зберігся на колишньому рівні
 Мій сексуальний потяг знизився
 Зараз я міг / могла би спокійно обходитися без сексу
 Секс мене абсолютно не цікавить

ЗАПИТАЛЬНИК 6

Цей список містить найпоширеніші симптоми тривоги. Будь ласка, уважно ознайомтесь із кожним пунктом та відзначте, наскільки Вас турбував кожен з них протягом останнього тижня.

Для відповіді пропонується така шкала:

- Зовсім не турбувало
- Злегка турбувало / Не дуже мене турбував
- Турбував певною мірою / Це було неприємно, але я міг / могла це переносити
- Дуже сильно турбувало / Я насилу міг / могла це виносити протягом минулого тижня, включаючи сьогоднішній день.

Чи турбували Вас протягом останнього тижня ці симптоми?

1 Відчуття оніміння та поколювання в тілі

- Зовсім не турбувало
- Злегка турбувало
- Турбував певною мірою
- Дуже сильно турбувало

2 Відчуття жару

- Зовсім не турбувало
- Злегка турбувало
- Турбував певною мірою
- Дуже сильно турбувало

3 Тремтіння в ногах

- Зовсім не турбувало
- Злегка турбувало
- Турбував певною мірою
- Дуже сильно турбувало

4 Немоżliвість розслабитись

- Зовсім не турбувало
- Злегка турбувало
- Турбував певною мірою
- Дуже сильно турбувало

5 Страх, що станеться найгірше

- Зовсім не турбувало
- Злегка турбувало
- Турбував певною мірою
- Дуже сильно турбувало

6 Головокружіння

- Зовсім не турбувало
- Злегка турбувало
- Турбував певною мірою
- Дуже сильно турбувало

7 Прискорене серцебиття

- Зовсім не турбувало
- Злегка турбувало
- Турбував певною мірою
- Дуже сильно турбувало

- 8 Нестійкість, нестабільність**
 Зовсім не турбувало
 Злегка турбувало
 Турбував певною мірою
 Дуже сильно турбувало
- 9 Відчуття жаху**
 Зовсім не турбувало
 Злегка турбувало
 Турбував певною мірою
 Дуже сильно турбувало
- 10 Дратівливість**
 Зовсім не турбувало
 Злегка турбувало
 Турбував певною мірою
 Дуже сильно турбувало
- 11 Тремтіння в руках**
 Зовсім не турбувало
 Злегка турбувало
 Турбував певною мірою
 Дуже сильно турбувало
- 12 Відчуття задухи**
 Зовсім не турбувало
 Злегка турбувало
 Турбував певною мірою
 Дуже сильно турбувало
- 13 Нерівна хода**
 Зовсім не турбувало
 Злегка турбувало
 Турбував певною мірою
 Дуже сильно турбувало
- 14 Страх втрати контролю**
 Зовсім не турбувало
 Злегка турбувало
 Турбував певною мірою
 Дуже сильно турбувало
- 15 Труднощі з диханням**
 Зовсім не турбувало
 Злегка турбувало
 Турбував певною мірою
 Дуже сильно турбувало
- 16 Страх смерті**
 Зовсім не турбувало
 Злегка турбувало
 Турбував певною мірою
 Дуже сильно турбувало
- 17 Переляк**
 Зовсім не турбувало
 Злегка турбувало
 Турбував певною мірою
 Дуже сильно турбувало
- 18 Шлунково-кишкові розлади**
 Зовсім не турбувало
 Злегка турбувало
 Турбував певною мірою
 Дуже сильно турбувало

- Батьками
- Сусідами по кімнаті
- Інше. **Що саме?**

Який найвищий освітній рівень Ви здобули?

- Базова середня освіта (9 класів загальноосвітньої школи і менше)
- Повна середня освіта (10-11 класів загальноосвітньої школи, ПТУ)
- Середня спеціальна освіта (коледж, технікум)
- Неповна вища освіта (до 3 курсів ЗВО)
- Базова вища освіта (бакалавр, 4 курси ЗВО)
- Вища освіта (спеціаліст, магістр)
- Кандидат, доктор наук

Який Ваш основний рід занять?

Оберіть усі відповідні відповіді.

- Роботодавець
- Найманий працівник
- Фрілансер / самозайнятий
- Заробітчанин / сезонний робітник
- Студент
- Пенсіонер
- Незайнятий
- Інше. **Що саме?**

КІНЕЦЬ

ДЯКУЄМО ЗА СПІВПРАЦЮ!

ДОДАТОК Г

Первинний скринінг ПТСР

Нижче перераховані проблеми з якими інколи стикаються люди, що пережили сильну стресову подію: будь ласка, тримаючи у голові найгіршу подію, уважно прочитайте кожну проблему та позначте, як часто вона вас турбувала протягом останнього місяця.

Будь ласка, коротко опишіть подію (якщо це викликає сильне занепокоєння, пропустіть цей пункт)

		зовсім не турбували	трохи	помірно	відчутно	дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших людей?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові повідношенні до близької людини)	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4

19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

PHQ-9		Протягом <i>останніх двох тижнів</i> (або протягом іншого узгодженого проміжку часу) як часто вас турбували будь-які з наступних проблем?		ніколи	кілька днів	більше половини часу	майже щодня
1.	Зниження інтересу чи відчуття задоволення від виконання справ	0	1	2	3		
2.	Поганий настрій, пригнічення чи безнадія	0	1	2	3		
3.	Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість	0	1	2	3		
4.	Відчуття втоми або зниження енергії	0	1	2	3		
5.	Поганий апетит або переїдання	0	1	2	3		
6.	Негативне відчуття щодо себе – що ви невдаха або, що ви підвели себе чи свою родину	0	1	2	3		
7.	Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, під час читання газети чи перегляду телевізора	0	1	2	3		
8.	Сповільненість рухів та мовлення, помітна навіть для оточуючих. Або навпаки, надмірна і непритаманна вам метушливість та активність.	0	1	2	3		
9.	Думки, що було б краще, якби ви померли або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду	0	1	2	3		
PHQ-9 загальна кількість балів =							

GAD-7		Протягом <i>останніх двох тижнів</i> (або протягом іншого узгодженого проміжку часу) як часто вас турбували будь-які з наступних проблем?		ніколи	кілька днів	більше половини часу	майже щодня
1.	Роздратованість, хвилювання або відчуття, що ви «на межі»	0	1	2	3		
2.	Постійне хвилювання, «переживання», яке ви не в змозі зупинити або контролювати	0	1	2	3		
3.	Надмірні переживання за різні справи	0	1	2	3		
4.	Важко розслабитись	0	1	2	3		
5.	Ви настільки неспокійні, що навіть важко сидіти на одному місці	0	1	2	3		
6.	Підвищена дратівливість	0	1	2	3		
7.	Страх, ніби має статись щось жахливе	0	1	2	3		
GAD-7 загальна кількість балів =							