

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПРИВАТНА УСТАНОВА
ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
МІЖНАРОДНИЙ ГУМАНІТАРНО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ІНСТИТУТ
«БЕЙТ-ХАНА»

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА

на тему: Психічна дезадаптація у хворих при тривожно-фобічних розладах

Спеціальність: 053 «Психологія»

Бакалаврська робота допущена до
захисту
рішенням засідання кафедри
педагогіки та психології
Протокол №__ від _____ 202__ р.
Завідувач кафедри
_____ д. псих. н. Самойлов О.Є.

Виконавець:
студентка групи ПП-17-11
Каніщикова Ксенія Михайлівна
Науковий керівник: професор,
доктор мед. наук Первий В.С
Оцінка за результатами захисту

ДНІПРО 2021

ЗМІСТ

ВСТУП.....	Ошибка! Закладка не определена.
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМАТИКИ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ З ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	
	Ошибка! Закладка не определена.
1.1. Поняття адаптація. Психічна дезадаптація особистості	Ошибка! Закладка не определена.
1.2. Поняття тривожно-фобічних розладів	Ошибка! Закладка не определена.
1.3. Психічна дезадаптація у хворих з тривожно-фобічними розладами..	18
1.4 Механізми психологічного захисту при реакціях на важкий стрес і порушеннях адаптації	Ошибка! Закладка не определена.
ВИСНОВКИ ЗА ПЕРШИМ РОЗДІЛОМ.....	344
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМАТИКИ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ З ТРИВОЖНО- ФОБІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	
	377
2.1. Цілі, задачі та організація емпіричного дослідження.....	377
2.2. Результати дослідження.....	422
2.3. Аналіз результатів емпіричного дослідження.....	554
ВИСНОВКИ ЗА ДРУГИМ РОЗДІЛОМ.....	Ошибка! Закладка не определена.2
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	643
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	687
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Актуальність дослідження. Тривожно-фобічні розлади широко розповсюджені серед різних груп і популяцій людей у всьому світі. Цифри зустрічності цих розладів серед населення коливаються від 0.6 до 2.7 %. Співвідношення чоловіків та жінок, що хворіють на тривожно-фобічні розлади, складає приблизно 1:4. Тривожно-фобічні розлади мають під собою серйозну генетичну базу: хворіючі на агорафобію мають 20% родичів зі суміжними хворобами, а для генералізованих тривожних розладів – 50% у однояйцевих та 15% у різнояйцевих близнюків [4].

Кожний четвертий житель планети хоча б раз у житті відчував тривожно – фобічні прояви, а захворюваність ними складає 17,7% на рік. При цьому практичний досвід свідчить про те, що, не дивлячись на виражений дезадаптуючий характер тривоги, більшість пацієнтів не отримують спеціалізованої допомоги чи лікуються не ефективно. Таким чином діагностика та адекватна, відповідна терапія мають особливе значення [2].

Об'єктом дослідження є: особи з тривожно-фобічними розладами, предметом – психічна дезадаптація у хворих з тривожно-фобічними розладами.

Метою дослідження стало: теоретично обґрунтувати та теоретично дослідити специфіку психологічної дезадаптації у хворих з тривожно-фобічними розладами.

Концептуальною гіпотезою виступила така: існує взаємозв'язок між рівнем психічної дезадаптації особистості та наявністю у неї тривожно-фобічних розладів.

Також було виокремлено декілька емпіричних гіпотез:

1. Серед досліджуваних чоловічої статі в експериментальній групі є прямий взаємозв'язок між рівнем психічної дезадаптації, наявності у них

тривожно-фобічних розладів і проявів деструктивних видів психологічного захисту;

2. Серед досліджуваних жіночої статі в експериментальній групі є зворотній взаємозв'язок між рівнем психічної дезадаптації та наявності у них тривожно-фобічних розладів;

3. Серед досліджуваних жіночої статі в експериментальній групі є прямий зв'язок між наявністю тривожно-фобічних розладів, високим або середнім рівнем психічної дезадаптації та проявами деструктивних видів психологічного захисту;

4. Досліджувані зрілого віку в експериментальній групі проявлятимуть більш високий рівень психічної дезадаптації при наявності тривожно-фобічних розладів, більш конструктивні види психологічного захисту, ніж досліджувані молодого віку;

5. Досліджувані молодого віку в експериментальній групі проявлятимуть більш високу схильність до застосування компенсаторних механізмів психіки у порівнянні з респондентами зрілого віку.

Залежною змінною є: наявність тривожно-фобічних розладів, незалежною – ступінь психологічної дезадаптації особистості.

Досягнення мети дослідження передбачало виконання таких завдань:

1. Провести теоретичний аналіз літератури стосовно психічної дезадаптації у хворих з тривожно-фобічними розладами;

2. Виявити характерні риси хворих з тривожно-фобічними розладами;

3. Обґрунтувати та провести емпіричне дослідження з метою встановлення зв'язку між рівнем психічної дезадаптації особистості та наявності у них тривожно-фобічних розладів;

4. Встановити подальші перспективи дослідження.

Методи дослідження. З метою вивчення специфіки психічної дезадаптації у хворих з тривожно-фобічними розладами використано методи теоретичного аналізу багатодетермінованості і взаємовпливу психічних явищ, що дозволили розкрити роль тривожно-фобічних розладів у формуванні психічної дезадаптації особистості. З використанням організаційних методів проведено порівняльний аналіз різних факторів, які зумовлюють появу феномена, що вивчається.

Для перевірки гіпотез дослідження застосовано емпіричні методи: спостереження, бесіда, анкетування. Для з'ясування залежності рівня психічної дезадаптації особистості від наявності у неї тривожно-фобічних розладів використано психодіагностичні методи: Метод виявлення рівня психічної дезадаптації SOUD, Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS, шкала Гамільтона для оцінки тривоги НАМ-А, опитувальник «Індекс життєвого стилю» Р. Плутчика, Г. Келлермана, Х. Р. Конте, тест фрустраційних реакцій Розенцвейга.

Обробка результатів емпіричного дослідження відбувалася за допомогою математико-статистичного метода r-Пірсона. Узагальнення результатів здійснено з використанням інтерпретаційних методів (класифікація і узагальнення емпіричних даних).

Методологічну й теоретичну основу роботи складають теоретичні відомості про поняття адаптації та дезадаптації (Маклаков В. Г., Фрейд З., Мамардашвілі М. К., Тіліх П., Фром Е., Франкл І. В., Леонтьєв О. М., Леонтьєв Д. О., Березін Ф. Б., Налчаджан А. А., Мей Р., Беличева С. А., Молодцова Т. Д., Василюк Ф. Є.), про філософські засади внутрішнього буття індивіда (Олександровський Ю. О., Гумільов Л. М.), тривожно-фобічні розлади (Яницький М. С., Чудновський В. Е., Магомед – Емісов М. Ш.).

Теоретична значущість роботи полягає у розширенні теоретичних відомостей про проблему психічної дезадаптації у хворих з тривожно-фобічними розладами, конкретизації типу психологічного захисту, який використовують хворі у процесі адаптації до життя.

Практична значущість роботи визначається в тому, що результати дослідження можуть бути використані у практиці клінічного психолога в роботі з пацієнтами, а також можуть бути використані на практиці психокорекції.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМАТИКИ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ З ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

1.1. Поняття адаптація. Психічна дезадаптація особистості

У психологічній літературі адаптація трактується як процес, явище, стан та результат. Кожна з цих категорій досліджується окремо у зв'язку з соціальним середовищем людини. Об'єкти та явища зовнішнього середовища постійно впливають на людину і визначають умови її діяльності, при чому часто їх вплив має негативний характер [14].

Поняття адаптації, на думку Маклакова О. Г. – одне з основних у дослідженні організму, оскільки саме адаптація забезпечує можливість існування організму у мінливих умовах. Крім чинників навколишнього середовища стани адаптації та дезадаптації визначаються індивідними та індивідуально-особистісними якостями [7].

До індивідних відносять:

1. фізична конституція,
2. тип нервової системи,
3. темперамент,
4. біологічні потреби,
5. афективність,
6. природні задатки,
7. знання,
8. уміння,
9. навички.

На думку Леонтьєва О. М., індивідні властивості можуть змінюватися в процесі життя людини, але від цього не стають особистісним [11].

Низка вчених [5, 9, 21] одним з ключових критеріїв адаптації визначають емоційну стійкість, як інтегральну особистісну властивість, що відображує схильність до збереження емоційної рівноваги та життєвої активності. Емоційна стійкість формується, як єдність біологічно зумовленої чутливості організму до сили і тривалості дії емоціогенних чинників, форм емоційного реагування та способів його регулювання.

Фрейдом З. було показано зв'язок типології характеру з узагальненими формами поведінки, або прагненням до адаптації. Антистресова, емоційна стійкість індивіда безпосередньо пов'язана з його особистісними особливостями, у першу чергу з характеристиками темпераменту, а також силою потреб особистості.

Вплив акцентуацій характеру на адаптацію досліджувався Ф.Б. Березіним [9].

На його думку, акцентуйовані особистості не виявляють порушень психічної адаптації, оскільки особистісні риси, що визначають їх поведінку, сприяють психічній адаптації, якщо вони відповідають вимогам середовища. Однак, якщо тривале напруження адаптаційних механізмів призводить до небажаного загострення акцентуйованих рис, адаптивні можливості індивіда знижуються і ці риси полегшують виникнення інтрапсихічних і міжособистісних конфліктів.

Індивідуальні особливості стресостійкості є прямим наслідком описаного фізіологами індивідуального стилю реагування на стрес, пов'язаного у першу чергу з індивідуальними характеристиками вегетативної регуляції і не залежить від характеру стресорів [8].

Подібний «антистресовий імунітет» розуміється як здатність людини активно протистояти неврозоутворюючим чинникам, толерантність до стресу. Індивідуальні особливості стресостійкості людини характеризує введене Ю.О.Александровським поняття бар'єру психічної адаптації, який об'єднує усі потенційні можливості здійснення людиною адекватної і цілеспрямованої психічної діяльності і переробки психотравмуючого впливу [7]. Ця модель передбачає, що бар'єр психічної адаптації є динамічним, тобто під впливом життєвих обставин його рівень постійно коливається і в екстремальній ситуації наближається до індивідуально критичної величини, коли людина використовує усі резервні психічні можливості.

Найважливішими чинниками, що детермінують стан адаптації та дезадаптації особистості, є мотиви, смисли і цілі, життєві цінності. Вони належать до особистісних чинників адаптації і дезадаптації. У сучасній психології робляться спроби цілісного осмислення особистісних характеристик, відповідальних за успішну адаптацію та подолання життєвих труднощів – це і психологічне наповнення введеного Л.М. Гумільовим поняття пасіонарності і поняття про особистісний адаптаційний потенціал, що визначає стійкість людини до екстремальних чинників, запропоноване О.Г. Маклаковим, і поняття про особистісний потенціал, що розробляється

Д.О. Леонтьєвим на основі синтезу філософських ідей М.К. Мамардашвілі, П.Тіліха, Е.Фрома, І.В.Франкла [10, С.35].

Важливу роль в адаптації і дезадаптації, як вважає Ф.Є. Василюк, відіграє пов'язана з мотиваційно-смісловою сферою особистості здатність до динамічної перебудови системи мотивів, відносин, установок, життєвих цілей і смислів [12]. Максимально можливе задоволення актуальних потреб і збереження сенсу життєвих і ціннісних орієнтацій є важливим критерієм ефективності стану адаптації. Отже, адаптацію можна визначити як стан оптимальної відповідності особистості і навколишнього середовища в процесі здійснення властивої людині діяльності. Цей стан дозволяє їй задовольнити актуальні потреби і реалізовувати пов'язані з ними значущі цілі, зберігаючи насиченість життя, можливість її регуляції, спрямованості, осмислення, забезпечуючи відповідність максимальної діяльності людини, її поведінки, вимогам середовища.

Дезадаптуючим можна називати такий хід внутріпсихічних процесів і поведінки людини, що призводить не до розв'язання проблемної ситуації, а до її поглиблення, до посилення труднощів і тих неприємних переживань, які вона викликає.

Р.Мей [30] вважає, що дезадаптація обумовлена у першу чергу, несвободою особистості, яка інтерпретується як відсутність можливості будувати себе, власні життєві цілі, моделі поведінки. До чинників адаптації він відносить також індивідуальність, основний зміст якої розкривається в умінні бути собою, у розумінні і прийнятті власної неповторності, унікальності [11].

У континіумі стану «адаптація – дезадаптація» розрізняють кілька рівнів: стійкої адаптації, нестійкої адаптації (тимчасової дезадаптації) і загальної стійкої дезадаптації. У названому континіумі можна виділити зону адаптації - «критичну точку», яка відповідає тимчасовій дезадаптації. Головними чинниками, що визначають сприятливий результат тимчасової дезадаптації, передбачаються: збереження основних гуманістичних

цінностей (М.С.Яницький), здатність знаходити «оптимальний сенс життя» у критичній ситуації (В.Е. Чудновський), інтеграція екстремального досвіду у мирне життя (М.Ш. Магомед-Емінов) [17].

Деадаптація може мати патологічний і непатологічний характер. Непатологічною деадаптацією можна назвати відхилення в поведінці й переживаннях суб'єкта, пов'язаних з недостатньою соціалізацією, соціально неприйнятними установками особистості, різкою зміною умов існування, розривом значущих інтерперсональних зв'язків і відносин та ін.

Дослідження [26, 27, 29] показують, що конфлікти деадаптаційного стану нерідко є джерелом суїцидальної поведінки людини. В одному випадку конфлікт є «останньою краплею» і посилює деадаптацію, переводячи її у суїцидальну фазу; в іншому – сам конфлікт породжує процес деадаптації, смисловий зміст якого відрізняється неприйняттям суб'єктивно нестерпної ситуації при достатньо високій мірі загострення її значущості для особистості. Протиріччя деадаптаційного стану можуть провокувати її суїцидальну поведінку.

Серед ознак деадаптації людини виділяють об'єктивні і суб'єктивні. До об'єктивних відносять: зміну поведінки людини у соціальній сфері, невідповідність його своїм соціальним функціям, патологічну трансформацію поведінки.

До суб'єктивних відносять: психоемоційні зрушення в особистості – від негативно забарвлених переживань до клінічно виражених психопатологічних синдромів. До суб'єктивних ознак можна віднести і стан психологічного глухого кута. Це стан, який виникає в результаті тривалого перебування особистості в конфлікті (зовнішньому чи внутрішньому) і відсутності необхідних адаптаційних механізмів для виходу з цього стану.

Механізми виникнення деадаптації представлено на рисунку 1.(див. Додаток Д, Рис. 1)

1. Негативний вплив виховання, сім'ї, мікросоціальної групи, психічна депривація.

2. Біологічні фактори, що впливають на людину під час формування.

3. Труднощі у спілкуванні з оточенням, виконанні норм та правил поведінки, діяльності (порушення поведінки, активної діяльності) – негативне ставлення релевантної групи.

4. Негативне ставлення керівництва – стан емоційного дискомфорту-соціальна дезадаптація – подальше формування некоректної поведінки, формування асоціальної спрямованості, формування негативних особистісних якостей, подальші порушення, виникнення соматичної та нервово-психічної патології.

А.А. Налчаджян, висуваючи проблему рівнів дезадаптації, передбачає існування тимчасової і стійкої дезадаптації [5]. Перша усувається за допомогою адаптивних дій. Друга зберігається довго, оскільки особистість не знаходить шляхів і засобів адаптації у певних соціальних ситуаціях, хоча робить спроби, які виявляються малоуспішними. Вираженням загальної стійкої дезадаптації особистості визнається стан «перманентної фрустрованості», який активізує захисні механізми, що набули характеру, стали патологічними. Внаслідок їхнього багаторазового включення виникають неврози і психози.

Нині існує декілька типів класифікації дезадаптації (С.А. Беличевой Т.Д. Молодцовой та ін.) за різними критеріями[3, 5, 6]. Найповніший варіант класифікації належить Т.Д. Молодцовій: за джерелом виникнення; за характером прояву; за сферою прояву.

Як вказано вище, процес дезадаптації полягає в розузгодженні стосунків особи з навколишнім світом або з самим собою, тобто завжди є внутрішньо особовим процесом, але спонукальною силою, що провокує внутрішньоособові порушення, можуть бути як зовнішні чинники по відношенню до особи, так і зміни якостей самого суб'єкта. Тому за джерелом виникнення дезадаптацію підрозділяють на екзогенну, де причиною дезадаптації служать переважно зовнішні чинники, чинники соціального середовища; ендогенну, з переважною участю в процесі дезадаптації

внутрішніх чинників та комплексну, причиною виникнення якої були одночасно багатofакторів.

За характером прояву дезадаптацію зручно поділити на поведінкову, яка може проявлятися у виражених діях суб'єкта відповідно інших, та приховану, що проявляється лише у певних умовах.

За сферою прояву дезадаптація буває світосприйняття, коли основні порушення виявляються у ідеологічних структурах взаємодії з іншими людьми та діяльністю, що виражається у різних сферах діяльності.

1.2. Поняття тривожно-фобічних розладів

Останні десятиліття сучасного розвитку суспільства характеризуються значним поширенням межових психічних розладів. У структурі цих розладів значну питому вагу становлять невротичні прояви – до 44%.

Термін «фобії» заснував Гіппократ: слово «фобія» походить від слова «фобос», що означає панічний страх, жакіття. В медичних журналах 18 ст. були представлені відомості про гострі напади тривоги і страху з кардіологічними і дихальними симптомами. Детальний опис агорафобії К. Вестфалю поклав початок детального вивчення в психіатричній практиці. Він казав, що в основі нав'язливих страхів лежить розлад мислення, у той час, як Морел Д. причиною їх вважав порушення емоцій. Лише на стику 19-20 ст. завдяки дослідженням Чаркота Дж, Фрейда З., Джанет П., що виходили з різних теоретичних установок, були початі спроби об'єднати тривожно-фобічні розлади у самостійне захворювання – тривожний невроз, психастенію. У 1914 році Хол Г. С. представив список 135 видів фобій. У Міжнародній класифікації хвороб фобії отримали окремий діагностичний знак в 1947 році, у номенклатурі американської психіатричної асоціації – в 1952 році [1].

Сучасні уявлення про тривожно-фобічні розлади викладені в МКХ-10, DSM-IX, об'єднує все фобічні розлади в одну групу F40, для якої характерні наступні ознаки [10]:

1. Стани тривоги обумовлені виключно або переважно певними ситуаціями чи об'єктами, які в цей момент не становлять об'єктивної загрози.
2. Фобічні ситуації звичайно уникаються або переносяться з почуттям страху.
3. Суб'єктивно, фізіологічно, поведінково фобічна тривога не відрізняється від інших типів тривоги і може варіювати від легкого занепокоєння до жаху.
4. Характерна концентрація пацієнтів на індивідуальних симптомах з розвитком вторинних страхів.
5. Тривога не знижується від усвідомлення того, що інші люди не бачать цю ситуацію небезпечною.
6. Характерна тривога очікування потрапити в ситуацію, яка визиває страх.

До інших тривожних розладів (F41) належать панічний розлад, генералізований тривожний розлад, а також змішаний тривожно – депресивний розлад. Характерними для них є те, що прояви тривоги стають головними симптомами і не обмежуються особливою ситуацією. Також можуть бути присутні депресивні та obsесивні симптоми й, навіть, деякі елементи фобічної тривоги, але вони є чітко вторинними і менш тяжкими.

Найбільш важливою умовою класифікації тривожно-фобічних розладів є, з одного боку, найбільш тонка диференціація тривоги як первинної емоції з її афективними, фізіологічними і когнітивними компонентами, тривожності як властивості особистості та диференціальна діагностика різних форм патологічної тривоги, а з іншого боку, проведення грані між патологічною тривогою і іншими видами психічних розладів.

Основними ознаками патологічної тривоги є [15]:

1. Тривожна реакція та уникаюча поведінка переживаються людьми, що страждають на це захворювання, як необґрунтовані, неадекватно сильні, занадто частовиникаючі

2. Хворі починають уникати ситуацій, що викликають тривогу, і втрачають контроль над тривогою

3. Тривожні реакції виникають послідовно і тривають довше звичайного

4. Тривога призводить до порушення якості життя.

Відмежування нормальної тривоги і тривожності від різних форм патологічної тривоги в останні роки відбувається завдяки відокремленню чітких критеріїв і алгоритмів постановки діагнозу. Для цих цілей використовуються 2 класифікаційні системи: МКХ-10 та DSM-IV.

Таблиця 1.1 Класифікація тривожних розладів за МКХ-10 і DSM-IV

Класифікація МКХ-10	Класифікація DSM-IV	Основні відмінності
F4 Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади	Тривожні розлади	Всі розглянуті захворювання, за винятком поміщених у дужках, класифікуються як тривожні розлади
F40 Тривожно-фобічні розлади		
40 Агорафобія		В DSM-IV подані більш докладні критерії й більше вказівок для диференціальної діагностики
. 00 без панічного розладу	Агорафобія без панічного розладу	
. 01 з панічним розладом	Панічний розлад з агорафобією	
40.1 соціальні фобії	Соціальна фобія	В DSM-IV виділено більше підтипів, особливо для фобій
40.2 специфічні (ізолювані фобії)	Специфічна фобія	

40.8 інші фобічні розлади	Неуточнений тривожний розлад	
40.9 Неуточнені фобічні розлади	Неуточнений тривожний розлад	
41 Інші тривожні розлади		
41.0 Панічний розлад . 00 середньої важкості . 01 важкий	Панічний розлад без агорафобії	
41.1 Генералізований тривожний розлад	Генералізований тривожний (змішаний тривожно депресивний розлад)	Якщо розлад задовольняє критеріям
41.2 Змішаний тривожний і депресивний розлад		як агорафобії, так і панічного розладу, то симптоматична картина
41.3 Інші змішані тривожні розлади		класифікуються в МКХ-10 як агорафобія, а в DSM-10 як панічний розлад
41.8 Інші уточнені тривожні розлади	Неуточнений тривожний розлад	
41.9 Неуточнені тривожні розлади	Неуточнені тривожні розлади	
42 Нав'язливі розлади		
42.0 Нав'язливі думки та міркування	Нав'язливий розлад	В DSM розлад далі не класифікуються,замість цього виділяються підтипи по здатності до інсайту
42.1 Нав'язливі дії та ритуали		
42.2 Змішані нав'язливі думки й дії		
42.8 Інші нав'язливі	Неуточнені тривожні	

розлади	розлади	
42.9 Неуточнені нав'язливі розлади	Неуточнені тривожні розлади	
43 Реакція на важкий стрес і порушення адаптації		
43.0 Гостра реакція на стрес	Гострий стресовий розлад	Порушення адаптації утворюють окрему групу розладів, що не входять у тривожні розлади
43.1 Посттравматичний стресовий розлад	Посттравматичний стресовий розлад	
43.2 Порушення адаптації	(порушення адаптації)	
43.8 Інші реакції на тяжкий стрес		Тільки одна
43.9 Неуточнені реакції на тяжкий стрес		резидуальна категорія неуточнений тривожний розлад

Безперечно прогресивним є наявність високої стандартизації та уніфікації клінічної діагностики, зрозумілих і валідних діагностичних критеріїв психічних розладів, багатоосової системи діагностики, що значно допомагає в практичній, дослідницькій та статистичній роботі.

Дослідники так пояснюють значення тривожно-фобічних розладів [18]:

Фобічні тривожні розлади певні конкретні ситуації викликають:

- 1) надмірну чи ірраціональну тривогу, що виникає під час безпосереднього контакту з ними;
- 2) надмірний страх контакту з ними;
- 3) уникання їх.

Агорафобія — стосується перебування у місці, з якого важко вибратись, або, у якому важко отримати допомогу у випадку виникнення симптомів хвороби. Соціальна фобія — стосується ситуацій, при яких за пацієнтом можуть спостерігати інші люди. Специфічні фобії (ізолювані) — стосуються певних об'єктів чи ситуацій: тварин, природних середовищ (висота, буря і т. д.), вигляд крові, конкретних ситуацій (напр., клаустрофобія), інших подій (напр., хвороби, падіння).

Гостра реакція на стрес:

- 1) вплив стресора виняткової сили;
- 2) негайне (≤ 12 год) виникнення симптомів;
- 3) виникнення вегетативних симптомів;
- 4) ізоляція, дезорієнтація, порушення уваги або неадекватна поведінка;
- 5) у випадку припинення дії стресора, симптоми зникають впродовж кількох годин, а у випадку його подальшої дії — впродовж 2 днів.

Посттравматичні стресові порушення:

- 1) вплив стресора виняткової сили;
- 2) стійке повернення небажаних спогадів щодо травматичної ситуації;
- 3) тенденції уникати ситуації, що асоціюється з травмою;
- 4) нездатність до відтворення травматичних подій і/або симптоми підвищеної психічної чутливості.

Нав'язливі компульсивні розлади: є нав'язливі думки (нав'язливі ідеї, obsesії) — ідеї, образи, імпульси до дії, які з'являються в свідомості через стереотипи і/або нав'язливі дії (примус, компульсії) — стереотипна поведінка, яка багаторазово повторюється.

Адаптаційні розлади: симптоми невротичних розладів і/чи депресивних порушень, що не відповідають критеріям жодного з них, які розвиваються впродовж місяця від суттєвої зміни життєвої ситуації.

1.3. Психічна дезадаптація у хворих з тривожно-фобічними розладами

Суттєвим елементом стану адаптації є тривожність. Прояви тривожності спостерігаються на різних рівнях психофізіологічної організації, включаючи як емоційний, так і когнітивний, психовегетативний, руховий аспекти. Доцільність тривоги залежить від ступеня її вираженості, адаптивні значення тривожності проявляються при помірній вираженості тривожної реакції, у той час тривога, яка за інтенсивністю і тривалістю є неадекватною ситуації, перешкоджає формуванню адаптивної поведінки. Аналогічні співвідношення і у часовому аспекті: якщо у гострій стресовій ситуації тривожність характеризує адаптивний стан, то хронічна, довготривала психічна напруженість – стан дезадаптації.

Описано вплив індивідуально-типологічних особливостей на формування різних проявів психічної адаптації – рівня тривоги, депресії, психовегетативного синдрому.

А. А. Налчаджян показники, що визначають психічну адаптацію особистості, виділяє такі [13]:

1. Адекватність інтрапсихічних механізмів відображення навколишньої дійсності,
2. Зрілість особистості,
3. Соціальну адаптованість.

Тривожно-фобічні розлади – це група розладів, в якій тривога викликається виключно або переважно певними ситуаціями або об'єктами (зовнішніми по відношенню до суб'єкта), які нині не є небезпечними. В результаті ці ситуації зазвичай характерним чином уникаються або переносяться з почуттям страху. Фобічна тривога суб'єктивно, фізіологічно і поведінково не відрізняється від інших типів тривоги і може розрізнятися по інтенсивності від легкого дискомфорту до відчуття жаху. Стурбованість

пацієнта може концентруватися на окремих симптомах, таких як серцебиття або відчуття нудоти, і часто поєднується зі вторинними страхами смерті, втрати самоконтролю або божевілля [7].

Тривога не зменшується від свідомості того, що інші люди не вважають цю ситуацію такою небезпечною або загрозливою. Одне лише уявлення про попадання у фобічну ситуацію зазвичай заздалегідь викликає тривогу передбачення. Прийняття критерію, що фобічний об'єкт або ситуація є зовнішніми по відношенню до суб'єкта, має на увазі, що багато страхів наявності якого-небудь захворювання (нозофобія) або потворності (дисморфобія) тепер класифікуються в рубриці F45.2 (іпохондричний розлад). Проте, якщо страх захворювання виникає і повторюється головним чином при можливому зіткненні з інфекцією або забрудненні або є просто страхом медичних процедур (ін'єкцій, операцій і так далі), або медичних установ (стоматологічних кабінетів, лікарень і так далі), в цьому випадку відповідною буде рубрика F40.- (зазвичай - F40.2, специфічні (ізольовані) фобії).

Фобічна тривога часто співіснує з депресією. Попередня фобічна тривога майже незмінно посилюється під час скороминущого депресивного епізоду. Деякі депресивні епізоди супроводжуються тимчасовою фобічною тривогою, а знижений настрій часто супроводить деякі фобії, особливо агорафобія. Скільки діагнозів при цьому необхідно ставити - два (фобічна тривога і депресивний епізод) або тільки один, - залежить від того, чи розвинувся один розлад явно раніше іншого, і від того, чи є один розлад виразно переважаючим на момент постановки діагнозу. Якщо критерії для депресивного розладу задовольнялися ще до того, як уперше з'явилися фобічні симптоми, тоді перший розлад потрібно діагностувати як основний. Більшість фобічних розладів, окрім соціальних фобій, частіше зустрічаються у жінок [4].

Співвідношення чоловіків і жінок, що страждають тривожними розладами, складає приблизно 1: 4. Це є наслідком не лише відносно низки

поширеності неврозів серед чоловіків, але і малої готовності останніх до психіатричної допомоги в силу соціокультурних передумов, що склалися. Соромлячись таких безглуздих, із їхньої точки зору, думок або боячись уславитися «божевільними», деякі хворі упродовж ряду років за допомогою вироблених індивідуальних систем «Захисних заходів» продовжують звичне соціальне функціонування і, незважаючи на значне ускладнення життя, наполегливо уникають лікарів-психіатрів. Особливе місце займає проблема тривожних станів у літніх осіб. Вікові зміни психічної сфери характеризуються погіршенням образного мислення, зниженням сили, урівноваженості, концентрації і рухливості основних нервових процесів, зміною темпу психомоторних реакцій. Загальноприйнятою є думка про зіпсованість характеру, консерватизм літніх, їх знижену мотивацію.

Для тривожно-фобічних розладів невротичного рівня характерні функціональні порушення, що вимагають проведення диференціальної діагностики з використанням мультидисциплінарного підходу, включаючи дані різних медичних спеціальностей і практичних дисциплін. Це стосується в першу чергу серцево – судинної системи, шлунково – кишкового тракту, хронічних не специфічних хвороб органів дихання, ендокринної системи, при яких складні взаємодії несприятливих психічних і соматичних чинників сприяють формуванню невротичних розладів, що порушують механізми соціально – психологічній адаптації. Тривожно-фобічні реакції дезадаптації часто проявляються на тлі хронічних соматичних захворювань. При цьому захворювання є коморбидним розладом, на тлі соматичних захворювань виникають невротичні розлади. Погіршення психічного стану хворого, впливає на фізичний стан, помітно знижує толерантність до стресу [22].

Тривожність проявляється у вигляді дифузного, дуже неприємного, часто смутного очікування чогось і протікає на тлі одного або декількох соматичних відчуттів – наприклад, почуття ніяковості в грудях, пітливості, ускладненого дихання, запаморочення або дискомфорту в області шлунку. Тривога є афектом, що виникає в очікуванні невизначеної небезпеки,

несприятливого розвитку подій. Патологічну тривожність можуть провокувати такі об'єкти і ситуації, як відкриті і замкнуті простори, висота, павуки, змії, грім, подорож, натовп, незнайомці і т. Д. При цьому переживання завжди проявляються в ступені, абсолютно несумірному з дійсною небезпекою цих об'єктів і ситуацій. Симптоми, що визначають тривожний стан, можуть хронифіцироваться і призводити до втрати працездатності. У ряді випадків вони ускладнюють течію інших хворобливих порушень, знижуючи готовність хворого виконувати призначення лікаря і тим самим погіршуючи прогноз [2].

При цьому відзначається так звана «післястресова психосоматична безпорадність», що викликає підвищення чутливості до будь-яких впливів зовнішнього середовища.

Серед цієї категорії значну групу складають пацієнти, у яких це триває місяцями, а іноді і роками. Неврозо- і психопатоподібна симптоматика найчастіше виражається в «соматизуванні психічного розладу», в даному випадку йдеться швидше про «симптоматику, що значною мірою імітує ті або інші соматичні захворювання», не про «невротизацію» того або іншого органу, а про функціональний психічний розлад. Характерно, що саме ця група хворих приречена на наполегливі, але безплідні пошуки причини погіршення здоров'я, перш ніж стане очевидною необхідність психіатричного обстеження.

Поглиблюючи знання стосовно станів дезадаптації, що настають в результаті психотравматичних подій і можуть супроводжуватися гострими проявами тривоги та застосуванням різних видів психологічного захисту, ми звернулися до пункту 1.4 даної роботи.

1.4 Механізми психологічного захисту при реакціях на важкий стрес і порушеннях адаптації

Реакція на важкий стрес і порушення адаптації за класифікацією МКХ -10 розподіляються на [16]:

F43 Реакція на важкий стрес і порушення адаптації.

F43.0 Гостра реакція на стрес.

F43.1 Посттравматичний стресовий розлад.

F43.2 Розлади адаптації.

F43.20 Короткочасна депресивна реакція.

F43.21 Пролонгована депресивна реакція.

F43.22 Змішана тривожна і депресивна реакція.

F43.23 З переважанням порушення інших емоцій.

F43.24 З переважанням порушення поведінки.

F43.25 Змішаний розлад емоцій і поведінки.

F43.8 Інші реакції на важкий стрес.

F43.9 Реакція на важкий стрес неуточнена.

Вплив стресу на людину залежить, з одного боку, від інтенсивності і тривалості стресового впливу, а з іншого боку, від поточного стану психіки і адаптаційних можливостей особистості [19].

Певну роль відіграє і генетична спадковість, наприклад, у пацієнтів з низькою стійкістю до стресу виявлена аномалія гаммааміномасляної кислоти бензодіазепінового рецепторного комплексу. Один і той самий стресор може викликати в однієї людини виражену дезорганізацію психіки, а інша – сприйме його як невелику перешкоду [20].

Ця група розладів відрізняється від інших груп тим, що до неї включені розлади, ідентифіковані не тільки на основі симптоматики і характеру перебігу, але також на основі очевидності впливу однієї або навіть обох причин: виключно несприятливої події в житті, що викликала гостру стресову реакцію, або значної переміни в житті, що веде до тривалих неприємних обставин і такої, що обумовлює порушення адаптації.

Хоча менш важкий психосоціальний стрес (життєві обставини) може прискорити початок або сприяти прояву широкого спектру розладів, представлених в цьому класі захворювань, його етіологічна значимість не завжди зрозуміла, і в кожному випадку буде визнаватися залежність від індивіда, часто від його надчутливості та вразливості (тобто життєві події не є обов'язковими або достатніми, щоб пояснити виникнення і форму розладу). Розлади, зібрані в цьому розділі, навпаки, завжди розглядаються як безпосередній наслідок гострого важкого стресу або тривалого травмування. Стресові події, або тривалі неприємні обставини, є первинним, або переважаючим причинним фактором і розлад не міг би виникнути без їх впливу. Таким чином, розлади, класифіковані в цьому розділі, можуть розглядатися як збочені пристосувальні реакції на важкий або тривалий стрес, при цьому вони заважають успішно долати стрес і, таким чином, призводять до проблем соціального функціонування [25].

Гостра реакція на стрес (F43.0) – транзиторний розлад значної тяжкості, який розвивається в особистості без видимого психічного розладу у відповідь на надзвичайний фізичний і психічний стрес, який проходить через кілька годин або днів.

Гостра реакція на стрес може бути легкою (F43.00), помірною (F43.01), важкою (F43.02) [23].

1. Термін використовується на позначення ряду станів, які виникають час від часу, розвиваючись у відповідь на травматичну подію. Принаймні деякі ознаки та симптоми можуть виникати одночасно з травматичною подією або кілька хвилин потому, а можуть з'являтися через години чи кілька днів після події.

Будь-хто з нас міг відчувати гострі стрес-реакції в житті. Головною особливістю їх є: гострий характер та досить мала тривалість. Симптоматика проявів гострої реакції на стрес досить докладно прописана в багатьох публікаціях. Гострий стресовий розлад [28]:

1. Розвивається після пережитої психічної травми.

2. Симптоми тривають більше двох днів, але менше одного місяця після травми.

3. Термін включає повторне переживання, уникання, підвищення збудливості НС та принаймні три з п'яти дисоціативних симптомів.

4. Може прогресувати до ПТСР, якщо симптоми тривають понад місяць.

В поширеності та тяжкості стресових реакцій мають значення індивідуальна вразливість і здатність до самовладання [33]. Симптоми показують типову змішану і мінливу картину і включають первинний стан «приголомшення» з деяким звуженням області свідомості й уваги, неможливістю повністю усвідомити подразники і дезорієнтацією. Цей стан може супроводжуватися подальшим «відходом» з навколишньої ситуації (до стану дисоціативного ступору – F44.2) або ажитацією і надактивністю (реакція польоту або фуґи). Зазвичай наявні окремі риси панічного розладу (тахікардія, надмірне потовиділення, почервоніння). Симптоматика, як правило, проявляється через кілька хвилин після впливу стресових стимулів або події і зникає через 2-3 дні (часто через кілька годин). Може мати місце часткова або повна амнезія (F44.0) на стресову подію. Якщо вищевказана симптоматика стійка, то ставиться діагноз: гостра кризова реакція; гостра реакція на стрес; нервова демобілізація; кризовий стан; психічний шок.

Перебіг гострої реакції на стрес, як правило, включає два етапи [38]. На початковому етапі спостерігається стан розгубленості, що характеризується дезорієнтацією, звуженням сприйняття і уваги. В подальшому розвивається тривога, паніка, вегетативно-соматичні симптоми, злість, відчай або ступор. У більшості випадків симптоми «розмиваються» протягом декількох хвилин, і їх вираженість зменшується через 24-48 годин. Після реакції може зберігатися часткова або повна амнезія.

Відомо, що така реакція є адаптаційною і при дії екстремальних факторів завжди стає надмірною (надлишковою), тому проявляється не тільки адаптивними, а й патологічними змінами. На початковому етапі

патофізіологічні зміни носять динамічний характер, а психопатологічні симптоми мають змішану, транзиторну, синдромально неокреслену картину. Вони можуть включати звуження поля свідомості, неповне орієнтування, тривогу, пригніченість, агресивність, гіперактивність, порушення здатності адекватно реагувати на зовнішні стимули і взаємодіяти з оточуючими та ін. Виділяють, в основному, гіперкінетичну (активно-оборонну), гіпокінетичну (пасивно-оборонну) і деструктивну форми гострої реакції на стрес. Симптомокомплекс вегетативних нервовопсихічних і поведінкових проявів відповідає формам наведених реакцій [40].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (F43.1) – виникає як відстрочена або тривала відповідь (після латентного періоду, але не більше 6-ти місяців) на стресову подію (коротку або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, яка може спричинити глибокий стрес майже у кожного. ПТСР має дві особливості: психогенну природу розладу та нестерпну для пересічної людини тяжкість психогенії. Такі сприятливі фактори, як особистісні особливості (компульсивність, астенічність) або нервові захворювання в анамнезі, можуть знизити поріг для розвитку синдрому або посилити його перебіг, але вони ніколи не стають необхідними або достатніми для пояснення його виникнення. Типові ознаки включають епізоди повторюваних переживань травмуючої події в нав'язливих спогадах ("кадрах"), думках або кошмарах, що з'являються на стійкому фоні почуття заціпеніння, емоційної загальмованості, відчуженості від інших людей, безмовної реакції на навколишнє і уникнення дій і ситуацій, що нагадують про травму. Зазвичай мають місце перезбудження і виражена надмірна пильність, підвищена реакція на переляк і безсоння. З вищезазначеними симптомами часто пов'язані тривожність і депресія, і не рідко – ідеї самогубства. Появі симптомів розладу передуює латентний період після травми, що коливається від декількох тижнів до декількох місяців. Перебіг розладу відбувається по-різному, але в більшості випадків, можна очікувати

на одужання. У деяких випадках стан може прийняти хронічний перебіг на багато років з можливим переходом в стійку зміну особистості (F62.0) [24].

У періоді повторної адаптації можна виділити три етапи [34]:

1) перший етап – ейфорія (два-три місяці) – почуття гордості і впевненості в собі, очікування соціальних реакцій;

2) другий етап – період неадекватного реагування (до трьох-чотирьох років) – виникає внаслідок нереалізованості очікуваних реакцій від суспільства, негативного і байдужого ставлення;

3) третій етап – період адаптації до життя в суспільстві.

ПТСР діагностується у випадку, коли стан людини відповідає наступним критеріям [36]:

1) короткочасне або тривале перебування в надзвичайно загрозливій або катастрофічній ситуації, яке майже у кожного викликало б почуття глибокого відчаю;

2) стійкі мимовільні і надзвичайно живі спогади (flash-backs) пережитого, що знаходять своє відображення й у снах, а також посилюються при попаданні в ситуації, що нагадують стресову або пов'язану з нею;

3) уникнення ситуацій, що нагадують стресову або пов'язані з нею, за відсутності такої поведінки до стресу;

4) один з нижче наведених двох ознак:

А) часткова або повна амнезія важливих аспектів пережитого стресу;

Б) наявність не менше двох з нижченаведених ознак підвищеної психічної чутливості і збудливості, що були відсутні до експозиції стресу:

а) порушення засинання, поверхневий сон,

б) дратівливість або спалахи гніву,

в) зниження зосередження,

г) підвищений рівень бадьорості,

д) підвищена боязкість;

5) за рідкісним винятком, відповідність критеріям 2 та 4 настає на протязі 6 місяців після експозиції стресу.

Під впливом тригера або при появі флешбеків організм реагує так, як якщо б людині загрожувала реальна небезпека. М'язи, в тому числі м'язи живота, напружуються, що перешкоджає глибокому диханню. Дихання стає частим і поверхневим, що призводить до стану гіпервентиляції. Може з'явитися запаморочення; в крові знижується концентрація CO₂, це ще більше посилює напругу в м'язах і може викликати відчуття неможливості діяти. У відповідь на стан мобілізації організму гіпоталамус відправляє «сигнал тривоги» нервовій системі, що підсилює симптоми, призводить до почуття втрати контролю над собою і, як наслідок, до ще більшої тривожності [32].

Особливу увагу необхідно звернути на підхід І.О. Котеньова щодо психогенних розладів внаслідок травматичної події (рис.1.1).



Рис. 1.1 Психогенні розлади в наслідок травматичної події за Котеньовим І. О.

Психологічний захист - це зазвичай неусвідомлюваний процес усунення або послаблення психікою людини негативних, травмуючих або неприйнятних емоційних переживань [39].

Важливо, що психологічний захист поєднує в собі *протилежні наслідки* для психіки людини: *позитивні*, так як усуває або послаблює

напруження від негативних емоційних переживань, але і негативні, бо не вирішує самої проблеми, а часто ще й ускладнює її.

Відповідно до впливу на проблему особистості психологічний захист поділяється на такі різновиди [31]:

- 1) конструктивний - не вирішуючи проблеми, хоча б не ускладнює її,
- 2) деструктивний-ускладнення проблеми, погіршення ситуації для особистості, причому останніх значно більше. Надамо опис типових механізмів психологічного захисту.



Рис. 1.2 Конструктивні механізми психологічного захисту

Компенсація-досягнення людиною альтернативних успіхів у іншій сфері для збереження позитивної оцінки.

Сублімація - переведення неприйнятних емоцій і енергії у прийнятне, можливе русло (написання віршів через нещасливе кохання, прибирання квартири при агресії тощо).

Існують також деструктивні механізми психологічного захисту:



Рис. 1.3 Деструктивні механізми психологічного захисту

Витіснення - штучне забування людиною травмуючих спогадів через їх перехід у несвідоме.

Проекція - приписування своїх негативних якостей іншим людям для самозаспокоєння (якщо людина переконує, що навколо всі - брехуни, то вона сама часто говорить неправду).

Заміщення - перенесення агресивних імпульсів на менш загрозливого об'єкта.

Регресія - повернення до дитячих форм поведінки, «впадання в дитинство».

Формування реакції - захист від заборонених, неприйнятних імпульсів через думки чи поведінку зворотного характеру.

Раціоналізація - наведення для себе псевдорозумної аргументації у випадку поразки.

Втеча - уникання неприємних ситуацій, що асоціюються з попередніми невдачами.

Основною функцією психологічного захисту є «відмежування» сфери свідомості від негативних, травмуючих особистість переживань. В широкому розумінні даний термін використовують для позначення будь-якої поведінки, яка долає психологічний дискомфорт, в результаті якого може сформуватися негативізм, змінитися система міжособистісних стосунків тощо.

Клінічні діагностичні критерії прояву типів психологічного захисту під час порушень адаптації [37]:

Критерій А (відноситься до травматичної події).

Людина була під впливом екстремальної травматичної події, що характеризується двома обов'язковими ознаками:

1. Травматична подія пов'язана з загибеллю або серйозними пораненнями людей, або з можливою загрозою такої загибелі або поранень, при цьому людина може бути як очевидцем страждань інших, так і безпосередньо жертвою.

2. В момент перебування в травматичній ситуації людина повинна відчувати інтенсивний страх, жах і почуття безпорадності.

Критерій В (критерій «вторгнення»).

Травматична подія нав'язливо повторюється в переживаннях одним (або більше) з наступних способів:

1. Нав'язливі і повторювані спогади екстремальної події, відповідних образів, думок і почуттів, що викликають важкі емоційні переживання.

2. Повторювані кошмарні сновидіння про пережиту подію.

3. «Флешбек»-ефекти – миттєве, без видимих причин, відродження з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації (почуття, начебто травматична подія відбувається заново) у поєднанні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними переживаннями травми.

4. Інтенсивні негативні переживання, викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або символізує їх.

5. Фізіологічна (вегетативна) гіперреактивність у ситуаціях, що зовні або внутрішньо символізують про травматичну подію.

Критерій С (“уникнення”). Постійне уникнення стимулів, пов’язаних із травмою, а також ознаки нумбінгу (numbing) блокування емоційних реакцій, «заціпеніння» (не спостерігалось до травми). Визначається за наявності трьох (або більше) з перерахованих нижче ознак [35]:

1. Зусилля по униканню думок, почуттів або розмов, пов’язаних із травмою.

2. Зусилля по униканню дій, місць або людей, що пробуджують спогади про травму.

3. Нездатність згадати про важливі аспекти травми (часткова психогенна амнезія).

4. Помітно знижений інтерес або участь у раніше значущих видах діяльності.

5. Почуття відчуженості або віддаленості від інших людей.

6. Знижена інтенсивність вищих емоцій (нездатність, наприклад, до почуття любові).

7. Почуття відсутності перспективи в майбутньому (наприклад, відсутність очікувань із приводу кар’єри, одруження, дітей).

Критерій D (гіперактивація). Постійні симптоми гіперактивації (порушення), що не спостерігалися до травми. Визначаються за наявністю, як мінімум, двох з нижчеперелічених симптомів:

1. Труднощі із засипанням або поганий сон (ранні пробудження).
2. Дратівливість або спалахи гніву.
3. Складнощі з зосередженням уваги.
4. Підвищений рівень настороженості, стан постійного очікування загрози.
5. Гіпертрофована реакція переляку.

Критерій E. Тривалість перебігу розладу. Симптоми, що відносяться до критеріїв B, C і D спостерігаються протягом шести місяців стресогенної дії або після стресорного періоду (в таких окремих випадках початок розладу може бути відстрочений більше, ніж на шість місяців після травми).

Критерій F. Розлад викликає клінічно значущий дистрес або порушення адаптації в соціальній, професійній або інших важливих сферах життєдіяльності. Як, видно, з опису критерію A, визначення травматичної події відноситься до числа першочергових при діагностиці ПТСР.

Аналіз особливостей клінічної картини ПТСР, проведений Л.Ф. Шестопаловою, Д.М. Болотовим привів до виокремлення декількох його варіантів, а саме: тривожного, астеничного, дисфоричного, іпохондричного, соматоформного та змішаного. Причому перші три варіанти майже рівномірно розподілені серед 60% пацієнтів з ПТСР, ще понад 30% разом складають іпохондричний і соматоформний варіанти, а змішана форма ПТСР зустрічається досить нечасто (до 10%) [17].

Тривожний варіант ПТСР характеризується високим рівнем немотивованої тривоги, часто поєднаним з вегето-судинними пароксизмами, а також нав'язливими переживаннями і уявленнями, що відображають події пережитої пацієнтом психотравмуючої ситуації.

Астеничний варіант ПТСР відзначається домінуючими ознаками почуття слабкості та млявості, зниженим фоном настрою на фоні байдужості

до колишніх життєвих інтересів, а також проявами пасивності та ангедонії в поведінці.

Дисфоричний варіант ПТСР постає як постійне переживання внутрішньої невдоволеності, дратівливості на фоні пригніченого настрою, в поєднанні з високим рівнем агресивності та люті, спрямованих на оточуючих.

Соматоформний варіант ПТСР демонструє наявне витіснення психотравмуючих переживань у “тілесну сферу”, що виявляється у значній кількості скарг переважно соматичного характеру (кардіологічних, церебральних, гастроентерологічних тощо).

Іпохондричний варіант ПТСР характеризується більш вираженими соматичними скаргами в поєднанні з вегетосудинними пароксизмами на фоні депресивного афекту (недиференційована гіпотимія з чіткими тривожно-фобічними включеннями) з подальшим формуванням уникаючої поведінки. Водночас, пацієнтам зі змішаним варіантом ПТСР притаманні психопатологічні порушення, характерні для різних клінічних варіантів розладу, з урахуванням домінування в клінічній картині ПТСР симптомів «занурення» в травматичне переживання, «уникнення» явищ, що асоціюють зі стресогенною ситуацією або «аморфних» проявів реагування.

Існує також варіант клінічної картини ПТСР, обтяжений хронічним больовим синдромом (ХБС). Серед клінічних симптомів ПТСР є група таких, що описують больові відчуття. Певна кількість симптомів болю здатні сформувати картину хронічного больового синдрому. Таким чином ХБС, з одного боку, може існувати як окремий розлад, а з іншого – включається в картину ПТСР. Обидва розлади є продуктами зриву адаптаційних механізмів психіки з вторинною дисфункцією нейровегетативної системи.

Розлади **адаптації** також відносять до розладів настрою з інших рубрик МКХ-10 (F43.2).

Розлади адаптації діагностуються за умови відповідності стану наступним критеріям [11]:

1) ідентифікований психосоціальний стрес, що не досягає надзвичайного або катастрофічного розмаху, симптоми з'являються протягом місяця;

2) окремі симптоми (за виключенням маячних та галюцинаторних), що відповідають критеріям афективних (F3), невротичних, стресових і соматоформних (F4) розладів і порушень соціальної поведінки (F91), що не відповідають повністю жодному з них. Симптоми можуть варіювати за структурою і тяжкістю.

Розлади адаптації, в залежності від домінуючих в клінічній картині проявів, диференціюються таким чином [29]:

1. F43.20 короткочасна депресивна реакція, стан легкої депресії, що триває не більше місяця;
2. F43.21 пролонгована депресивна реакція, легкий депресивний стан як реакція на затяжну стресову ситуацію, що триває не більше двох років;
3. F43.22 змішана тривожна і депресивна реакція, представлена як тривожна, так і депресивна симптоматика, за інтенсивністю не перевищує змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2) або інші змішані тривожні розлади (F41.3);
4. F43.23 з переважанням порушення інших емоцій симптоматика має різноманітну структуру афекту; представлені тривога, депресія, занепокоєння, напруженість і гнів. Симптоми тривоги і депресії можуть відповідати критеріям змішаного тривожного і депресивного розладу (F41.2) або інших змішаних тривожних розладів (F41.3), але їх вираженість недостатня для діагностики більш специфічних тривожних або депресивних розладів;
5. F43.24 з переважанням порушення поведінки розлад зачіпає переважно соціальну поведінку, наприклад, агресивні або дисоціальні її форми;
6. F43.25 змішаний розлад емоцій і поведінки; визначальними є як емоційні прояви, так і порушення соціальної поведінки. Більш важливу, ніж при інших розладах, в F43 роль у ризику виникнення і формування проявів

адаптаційних розладів відіграє індивідуальна схильність або вразливість, але, тим не менш, вважається, що стан не зміг би виникнути без стресового чинника. Прояви різні і включають депресивний настрій, тривогу, занепокоєння (або їх поєднання); почуття нездатності справлятися, планувати або продовжувати залишатися в цій ситуації; а також деяку ступінь зниження продуктивності в щоденних справах. Індивідуум може відчувати схильність до драматичної поведінки і спалахів агресивності, але вони зустрічаються рідко.

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

Тривога — природне відчуття страху перед загрозою, яке дозволяє її помітити і вжити відповідні заходи. Якщо причина небезпеки відома, вживається термін страх, а якщо важка для визначення — термін тривога. Патологічні стани характеризуються неадекватністю інтенсивності реакції до причини, яка є джерелом страждання, і заважає життєдіяльності пацієнта.

Страх і тривога мають наступні компоненти:

- 1) Пізнавальний — думки про конкретну загрозу (відсутній при тривозі);
- 2) Фізіологічний — сигнальна реакція у вигляді збудження симпатичної нервової системи (розширення зіниць, прискорення частоти серцевих скорочень, зменшення активності ШКТ, загальмування виділення слини, а також блідість, скорочення м'язів, міміка, що виражає страх), яка збільшує ресурси кисню і енергії у тканинах, що забезпечує можливість реакції на небезпеку;
- 3) Емоційний — відчуття страху, переляку, паніки;
- 4) Поведінковий — відступ, втеча або боротьба.

Страх і тривога мають різну інтенсивність і не всі їх компоненти повинні розвинутиись одночасно і у кожному випадку.

Страх як нормальна реакція адаптації чи відповідь на безпосередню небезпеку, конфлікт або стрес.

Первинна тривога — домінуючий симптом невротичних розладів.
Форми:

1) Фобічна — ізольована тривога, пов'язана з певним подразником, що має необґрунтовано велику інтенсивність, і спрямована на уникання контакту з подразником, який несе загрозу; спостерігається при фобіях;

2) Панічна (пароксизмальна) — з'являється раптово і триває декілька хвилин; спостерігається при епізодичній пароксизмальній тривозі (панічний розлад);

3) Генералізована — надокучлива, змінної інтенсивності, що провокує надмірні страхи; спостерігається при генералізованих тривожних розладах;

4) Пов'язана зі скаргами на соматичні нездужання, які не мають підтвердження при медичному обстеженні; спостерігаються при соматоформних розладах;

5) Пов'язана зі стресорною подією; спостерігається при гострій реакції на стрес, розладах адаптації, посттравматичних стресових розладах.

Вторинна тривога — симптом інших хвороб і порушень: психічних (при депресії, шизофренії, розладах на органічному підґрунті), соматичних, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин чи побічною дією ліків.

Епідеміологічні дослідження свідчать, що тривожний розлад — один із найпоширеніших розладів психічного здоров'я, можливість виникнення якого впродовж життя становить приблизно 12–15 % [7, 8, 10]. Дані більшості досліджень вказують на вищу поширеність згаданого розладу серед жінок, водночас і вираженість симптомів тривоги серед осіб жіночої

статі також є вищою [4, 8]. Проте інформацію про поширеність розладу тривоги не можна уніфікувати. Результати кроскультуральних досліджень свідчать, що культурні традиції та рівень розвитку країн можуть впливати на поширеність та особливості клінічної картини [10, 12].

Ці розлади часто тягнуть за собою економічні втрати для індивіда та його рідних, що пов'язано з уникненням чи помітними труднощами у професійній та навчальній -сферах, слабкості соціальної активності, формуванням певної залежності від особливих умов й обставин, за яких індивід міг би почуватися комфортно. Заразом висока коморбідність з іншими тривожними розладами, депресією та вживанням психоактивних речовин створює додаткове фінансове навантаження та призводить до дезадаптації.

Під впливом тригера або при появі флешбеків організм реагує так, як якщо б людині загрожувала реальна небезпека. М'язи, в тому числі м'язи живота, напружуються, що перешкоджає глибокому диханню. Дихання стає частим і поверхневим, що призводить до стану гіпервентиляції. Може з'явитися запаморочення; в крові знижується концентрація CO₂, це ще більше посилює напругу в м'язах і може викликати відчуття неможливості діяти. У відповідь на стан мобілізації організму гіпоталамус відправляє «сигнал тривоги» нервовій системі, що підсилює симптоми, призводить до почуття втрати контролю над собою і, як наслідок, до ще більшої тривожності.

Психологічний захист - це зазвичай неусвідомлюваний процес усунення або послаблення психікою людини негативних, травмуючих або неприйнятних емоційних переживань. Виділяють основні види психологічного захисту, а саме: *компенсація, сублімація, витіснення, проєкція, заміщення, регресія, формування реакції, раціоналізація та втеча*.

Основною функцією психологічного захисту є «відмежування» сфери свідомості від негативних, травмуючих особистість переживань. В широкому розумінні даний термін використовують для позначення будь-якої поведінки,

яка долає психологічний дискомфорт, в результаті якого може сформуватися негативізм, змінитися система міжособистісних стосунків тощо.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМАТИКИ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ З ТРИВОЖНО- ФОБІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

2.1. Цілі, задачі та організація емпіричного дослідження

В період з вересня 2020 року по квітень 2021 року було проведено обстеження 30 хворих з тривожно-фобічними розладами, 15 чоловіків, 15 жінок, що проходили амбулаторне або стаціонарне обстеження і лікування в приватній клініці «Medical Plaza» (місто Дніпро), та 30 респондентів, 15 чоловіків та жінок, які не мають ознак тривожно-фобічних або інших психічних розладів, метою якого стало визначення взаємозв'язку між рівнем психічної дезадаптації особистості, наявності у неї тривожно-фобічних розладів та проявів різних видів психологічного захисту.

Основними завданнями стали такі:

1. добір методик з метою перевірки гіпотез;
2. якісний та кількісний аналіз отриманих даних емпіричного дослідження;
3. обговорення отриманих результатів і висновки за підсумками дослідження;
4. визначення подальших перспектив розробки заявленої проблематики.

Концептуальною гіпотезою виступила така: існує взаємозв'язок між рівнем психічної дезадаптації особистості, наявністю у неї тривожно-фобічних розладів та проявом певного типу психологічного захисту.

Також було виокремлено декілька емпіричних гіпотез:

1. Серед досліджуваних чоловічої статі в експериментальній групі є прямий взаємозв'язок між рівнем психічної дезадаптації, наявності у них тривожно-фобічних розладів і проявів деструктивних видів психологічного захисту;
2. Серед досліджуваних жіночої статі в експериментальній групі є зворотній взаємозв'язок між рівнем психічної дезадаптації та наявності у них тривожно-фобічних розладів;
3. Серед досліджуваних жіночої статі в експериментальній групі є прямий зв'язок між наявністю тривожно-фобічних розладів, високим або середнім рівнем психічної дезадаптації та проявами деструктивних видів психологічного захисту;
4. Досліджувані зрілого віку в експериментальній групі проявлятимуть більш високий рівень психічної дезадаптації при наявності тривожно-фобічних розладів, більш конструктивні види психологічного захисту, ніж досліджувані молодого віку;
5. Досліджувані молодого віку в експериментальній групі проявлятимуть більш високу схильність до застосування компенсаторних механізмів психіки у порівнянні з респондентами зрілого віку.

Залежною змінною стала наявність тривожно-фобічних розладів, незалежними – ступінь психологічної дезадаптації особистості, застосування видів психологічного захисту.

В досліджувані брали участь 15 чоловіків, 15 жінок з різними видами тривожно-фобічних розладів (F40.0 – Агорафобія, F.40.8 –Тривожно-фобічний розлад неуточнений, F.41.0 – Панічний розлад, F.41.1 –

Генералізований тривожний розлад), 15 чоловіків та 15 жінок без проявів захворювання. Верифікація діагнозу була проведена за критеріями МКБ-10.

Вік респондентів склав 25-35 років. Експериментальна і контрольна група були обрані саме такого віку з урахуванням специфіки та дебюту захворювання, гостроти проявів симптоматики, стажу перебування у стані хвороби (4 роки).

Слід зазначити, що у дослідженні брали участі ті самі респонденти, які співпрацювали у процесі створення роботи минулого року. Таким чином, можна враховувати більшу відкритість, знижений рівень ситуативної тривоги та замкненості при тестуванні і відповідях на питання попереднього інтерв'ю.

Всі досліджувані перебували у громадському чи офіційному шлюбі, без дітей.

Ніхто з респондентів на момент участі у дослідженні не мав додаткових психологічних або психіатричних знань стосовно тривожно-фобічних розладів, дезадаптації та механізмів психологічного захисту.

Таблиця 2.1 –Розподіл хворих в залежності від клінічних варіантів тривожно –фобічних розладів

Тривожно-фобічний розлад	Кількість чоловіків	Кількість жінок
Агорафобія	4	3
Панічний розлад	4	5
Тривожно-фобічний розлад неуточнений	3	2
Генералізований тривожний розлад	4	5

Згідно з інформацією, відображеною на таблиці 2.1 кількість респондентів чоловічої статі з агорофобією та тривожно-фобічним розладом неуточненим на 1 особу більше, ніж жіночої статі, але пацієнтів жіночої статі з панічним та генералізованим тривожним розладом більше, ніж чоловіків.

Для отримання результату були використані такі методики:

1. Метод виявлення рівня психічної дезадаптації SOUD.

Даний метод розроблений для оцінки окремих груп факторів, що впливають на вираженість дезадаптації, так і для діагностики дезадаптації в цілому. SOUD дозволяє систематично оцінити присутність і вираженість 35 основних факторів, що впливають на дезадаптацію: 12 соціальних, 21 клінічний і 3 психологічних факторів. Він також дозволяє інтерв'юєру діагностувати в цілому модель дезадаптивних форм поведінки. Відповіді на 36 пунктів підраховуються і інтерпретуються по 3 основних модуль: соціальну поведінку, біологічні та клінічні особливості та особистісні розлади, також по 2 узагальненим шкалами другого порядку: загальний індекс тяжкості передіспонованих факторів дезадаптації (ITF) і загальне число характеристик - відповідей (CHO). Результати за шкалою SOUD можуть бути інтерпретовані на трьох рівнях: загальна вираженість (рівня) дезадаптації, вираженість окремих модулів шкали, а також вираженість окремих передіспонованих факторів, що впливають на рівень дезадаптації.

Згідно даної методики адаптація розуміється як цілісний, динамічний неперервний, відносно стійкий процес встановлення співвідношення між сукупним рівнем найбільш актуальних на даний момент потреб та наявним рівнем їх задоволення завдяки діяльності.

Методика була обрана таким чином, щоб за мінімальну кількість питань максимально точно та коректно охопити найбільшу кількість рівнів соціальної адаптації особистості.

2. Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P.).

Шкала розроблена для первинного виявлення депресії і тривоги в умовах загальноомедичної та загально психологічної практики. Шкала HADS для визначення рівня тривоги і депресії, не викликає ускладнень у пацієнта і не вимагає тривалого часу на заповнення та інтерпретації результатів. Шкала HADS призначена для того, щоб краще зрозуміти емоційний стан і

самопочуття пацієнта. Шкалу необхідно заповнювати за 10-15 хвилин самотійно, без обговорення з будь-ким. За всіма пунктами повинні бути обрані відповіді. Кожному твердженню шкали HADS відповідають чотири варіанти відповіді. Обирають і відзначають ту з відповідей, яка відповідає стану протягом останніх 7 днів.

Для поглибленої діагностики емоційного стану додатково була застосована *шкала Гамільтона для оцінки тривоги HAM-A*.

Шкала дозволяє кількісно оцінювати вираженість тривожного синдрому. Вона складається з 14 показників, кожен з яких визначається рядом симптомів. Кожен показник оцінюється за 5-бальною шкалою від 0 (відсутній) до 4 (важкий).

Подані методики застосовуються психологами та психіатрами у діагностично-корекційному процесі та пацієнтами для самоаналізу власних психічних станів, тому сформовані лаконічно, зрозуміло та доступно.

3. Опитувальник «Індекс життєвого стилю» Плутчика Келлермана Конте.

Опитувальник був розроблений Р. Плутчіком в співавторстві з Г. Келлерманом і Х. Р. Контом в 1979 році. Тест використовується для діагностики різних механізмів психологічного захисту.

Механізми психологічного захисту розвиваються в дитинстві для стримування, регулювання певної емоції; всі захисти в своїй основі мають механізм придушення, який спочатку виник для того, щоб перемогти почуття страху. Передбачається, що існує вісім базисних захистів, які тісно пов'язані з вісьмома базисними емоціями псіхоеволюційної теорії. Існування захистів дозволяє опосередковано виміряти рівні внутрішньоособистісних конфліктів, тобто дезадаптовані люди повинні використовувати захисту в більшій мірі, ніж адаптовані особистості.

Опитувальник складається з 92 тверджень, на які необхідно відповісти «так» чи «ні». По результатам тестування можна отримати результати за 8 шкалами, що виражають 8 типів психологічного захисту: витіснення,

регресія, заміщення, заперечення, проекція, компенсація, гіперкомпенсація, раціоналізація.

4. *Тест фрустраційних реакцій Розенцвейга.*

Проективна методика, призначена для дослідження реакцій на невдачу і способів виходу з ситуацій, що перешкоджають діяльності або задоволенню потреб особистості. Розроблено Саулом Розенцвейгом в 1945 році.

Матеріал тесту складається з серії 24 малюнків, що представляють кожного з персонажів у фрустраційній ситуації. На кожному малюнку зліва персонаж представлений під час проголошення слів, що описують фрустрації іншого індивіда або його власну. Персонаж справа має над собою порожній квадрат, в якому респондент повинен вписати свою відповідь, свої слова. Риси і міміка персонажів усунені з малюнка, щоб сприяти ідентифікації цих рис (проективно). Ситуації, представлені в тесті, можна розділити на дві основні групи: ситуація перешкоди «я» (его-блокінговіе), Ситуація перешкоди «понад я» (суперегоблокінговіе).

5. Спеціально розроблена *анкета*, метою якої було первинне і завершальне інтерв'ю респондентів стосовно їх емоційних переживань, поведінкових паттернів, психічних установок відносно наявності і переживання хвороби.

6. *Лонгетюдне дослідження* поведінкових та емоційних реакцій респондентів на протікання і переживання стану власної захворюваності.

Підрахунок результатів відбувався за допомогою коефіцієнту кореляції r -Пірсона.

2.2. Результати дослідження

Під час дослідження були отримані такі результати:

Усереднені бали експериментальної групи за «Методом виявлення рівня психічної дезадаптації SOUD» відображені на рисунку 2.1 :

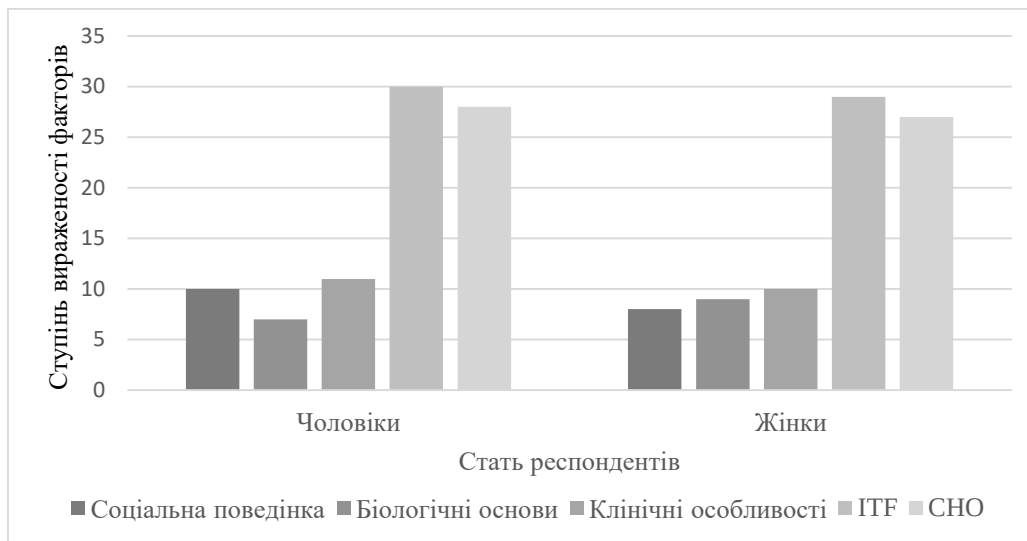


Рис. 2.1 Усереднені бали експериментальної групи за «Методом виявлення рівня психічної дезадаптації SOUD»

Таким чином у чоловіків з експериментальної групи найважливішу роль у формуванні дезадаптації грає клінічний та соціальний фактори, біологічні основи виражені нижче, а у жінок на першому місці клінічні особливості та біологічні основи, а соціальна поведінка на більш низькому рівні.

Загальний показник дезадаптації та предиспонованих факторів у чоловіків вище, ніж у жінок.

Усереднені бали контрольної групи за «Методом виявлення рівня психічної дезадаптації SOUD» відображені на рисунку 2.2:

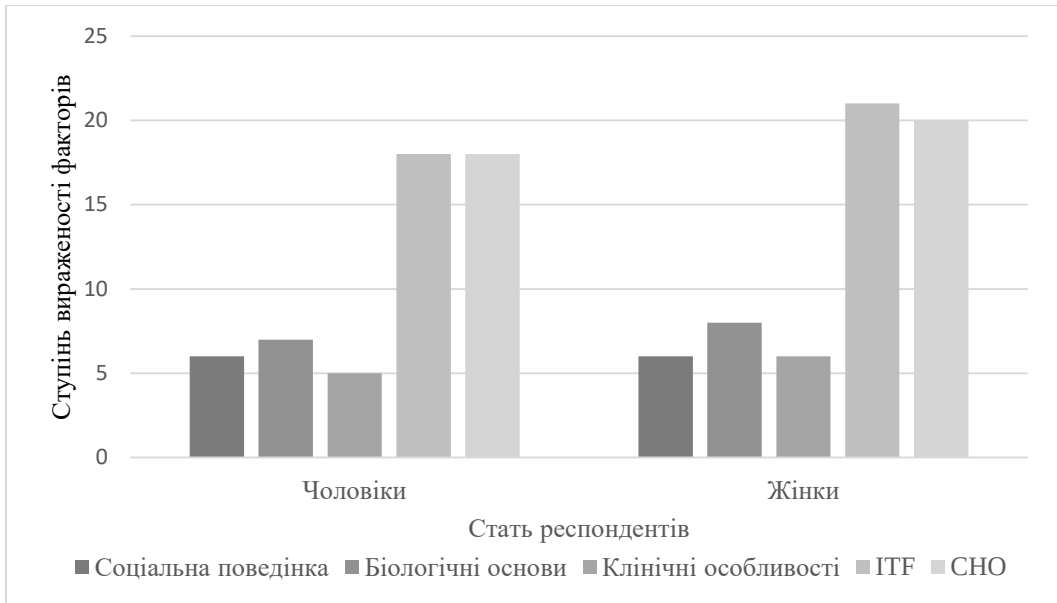


Рис. 2.2 Усередні бали контрольної групи за «Методом виявлення рівня психічної дезадаптації SOUD»

Відповідно до рисунку серед респондентів чоловіків з контрольної групи домінування біологічних факторів виявилось найзначнішим, на другому місці соціальна поведінка і в останню чергу -клінічні фактори, у жінок – біологічні фактори також на першому місці, а соціальна поведінка та клінічні фактори мають однакове значення.

Нижче наведений рисунок 2.3, на якому зображений порівняльний аналіз результатів експериментальної та контрольної груп за «Методом виявлення рівня психічної дезадаптації SOUD».

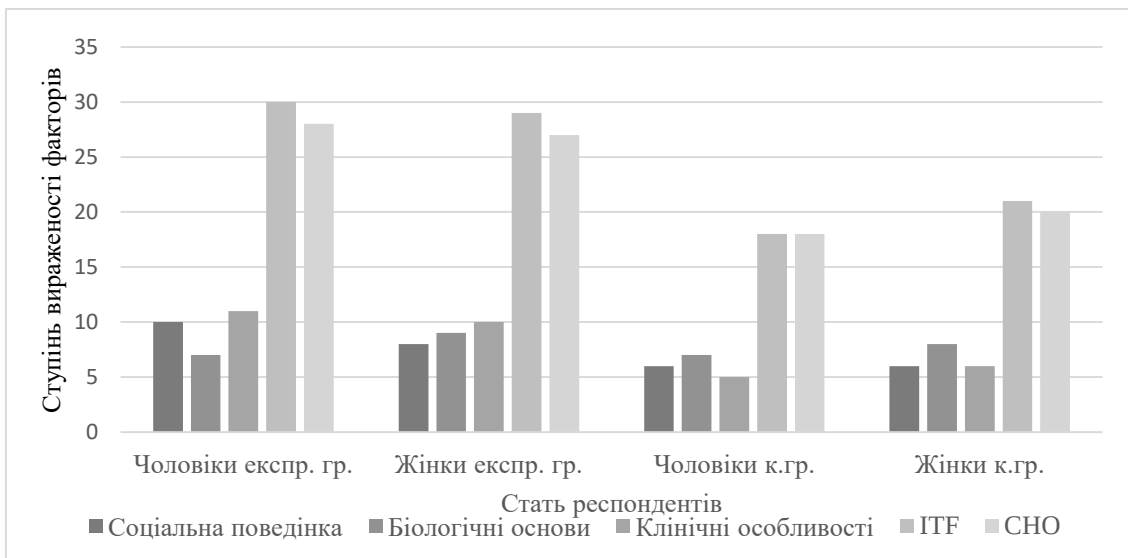


Рис. 2.3 Порівняльний аналіз результатів експериментальної та контрольної груп за «Методом виявлення рівня психічної дезадаптації SOUD»

При порівняльному аналізі, зображеному на рисунку 2.3, виявилося, що бали експериментальної групи значно вищі за всіма показниками, основні розбіжності у результатах за шкалою «Соціальна поведінка», «Клінічні особливості», «ITF», «СНО» в бік експериментальної групи і «Біологічні основи» у контрольної групи.

Усереднені бали експериментальної групи за методикою «Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS» відображені на рисунку 2.4:

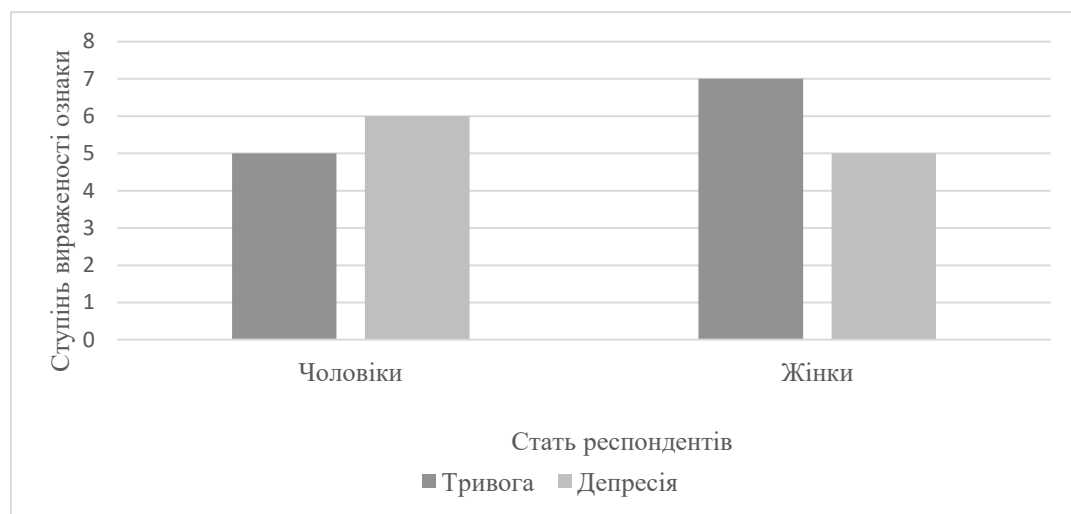


Рис. 2.4 Усереднені бали експериментальної групи за методикою «Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS»

Відповідно до рисунку у чоловіків з експериментальної групи в більший мірі виражений депресивний компонент, ніж тривожний, у жінок навпаки – тривожний домінує на депресивним. Серед показників обох статей слід звернути увагу лише на показник тривоги у жінок, він знаходиться на близькому до високого рівня, тривога у чоловіків та депресійний компонент у обох статей знаходиться на задовільному рівні.

Усереднені бали контрольної групи за методикою «Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS» відображені на рисунку 2.5:

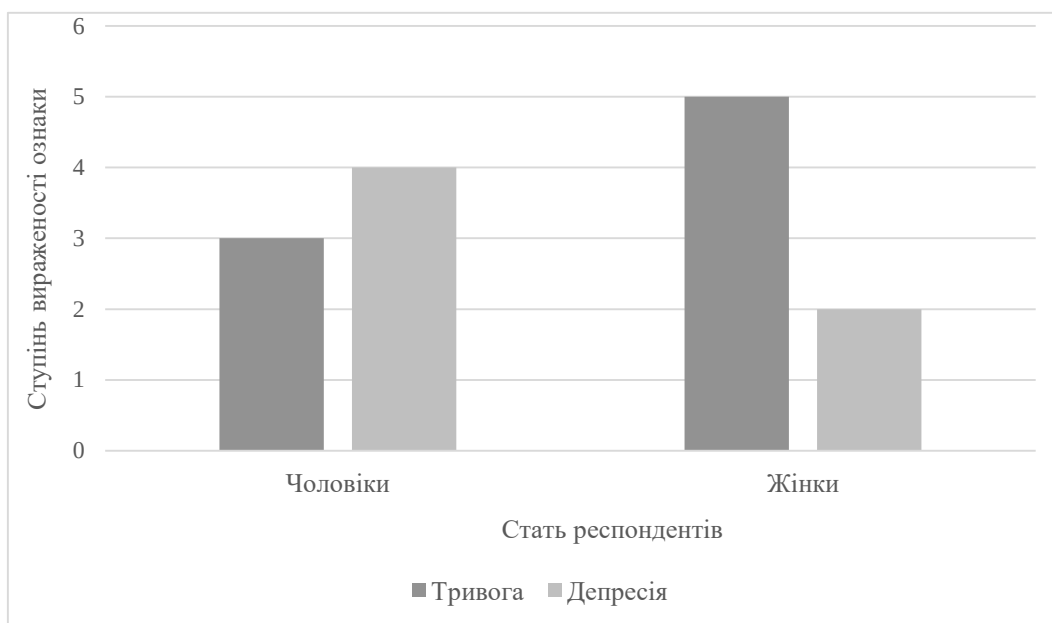


Рис. 2.5 Усередні бали контрольної групи за методикою «Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS»

У респондентів чоловічої статі з контрольної групи ступінь депресивного компонента у реагуванні психіки більше, ніж тривожний, у досліджуваних жіночої статі в значній мірі тривожний компонент проявляється яскравіше, ніж депресивний. Однак у учасників обох статей, як тривожний, так і депресивний компонент виражені на досить низькому рівні, тому не можливо у даному випадку констатувати наявність різновидів депресивних або тривожних розладів взагалі.

Порівняльний аналіз результатів експериментальної та контрольної груп за методикою «Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS» відображені на рисунку 2.6:

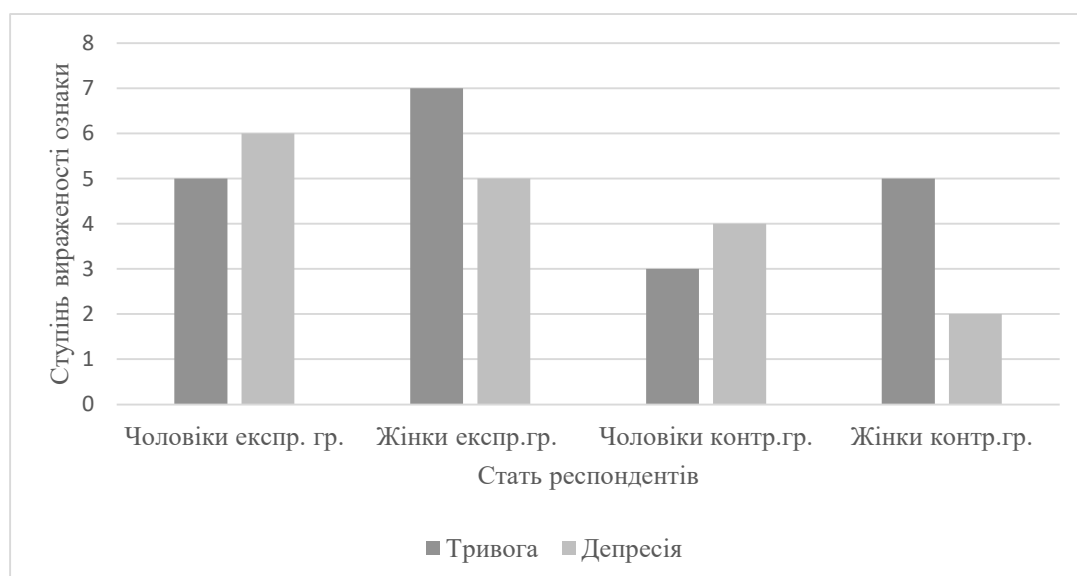


Рис. 2.6 Порівняльний аналіз результатів експериментальної та контрольної груп за методикою «Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS»

При порівнянні результатів контрольної та експериментальної групи за вказаною методикою дійшли висновку стосовно того, що найбільш висока ступінь вираженості тривоги у жінок з експериментальної групи, у жінок з контрольної групи вона також проявляється, але не так яскраво. У чоловіків з експериментальної групи тривога на задовільному рівні, у контрольної групи вона на низькому рівні. Схильність до депресії виявилася найбільшою у чоловіків з експериментальної групи і значно нижча у контрольної групи, у жінок також є різниця у проявах депресії, але не на стільки значна.

Для уточнення та поглиблення знань стосовно проявів тривоги у респондентів з тривожно-фобічними розладами додатково була застосована Шкала Гамільтона.

Порівняльний аналіз результатів експериментальної та контрольної груп за методикою «Шкала Гамільтона для оцінки тривоги НАМ-А» відображено на рисунку 2.7:

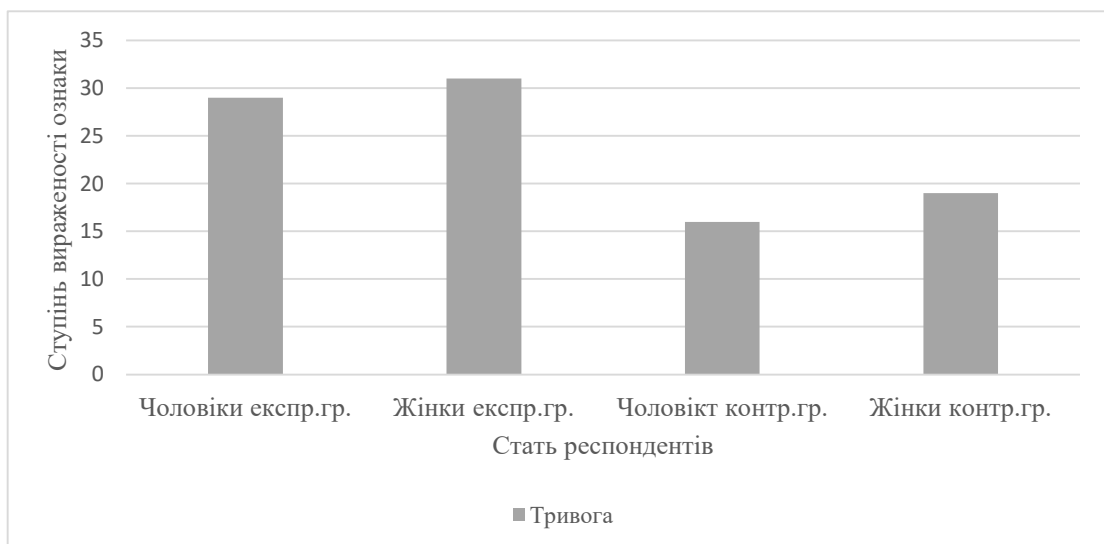


Рис. 2.7 Порівняльний аналіз результатів експериментальної та контрольної груп за методикою «Шкала Гамільтона для оцінки тривоги НАМ-А»

Відповідно до зазначеного рисунку найбільш високі показники тривоги у жінок з експериментальної групи, незначно нижче у чоловіків.

Результати контрольної групи значно нижчі, однак і там жінки показують більш емоційні результати у порівнянні з чоловіками. Загалом рівень тривоги у експериментальної групи вважається високим, у контрольної середній з тенденцією до зниження.

Усереднені бали експериментальної групи за методикою «Індекс життєвого стилю» представлені на рисунку 2.8:

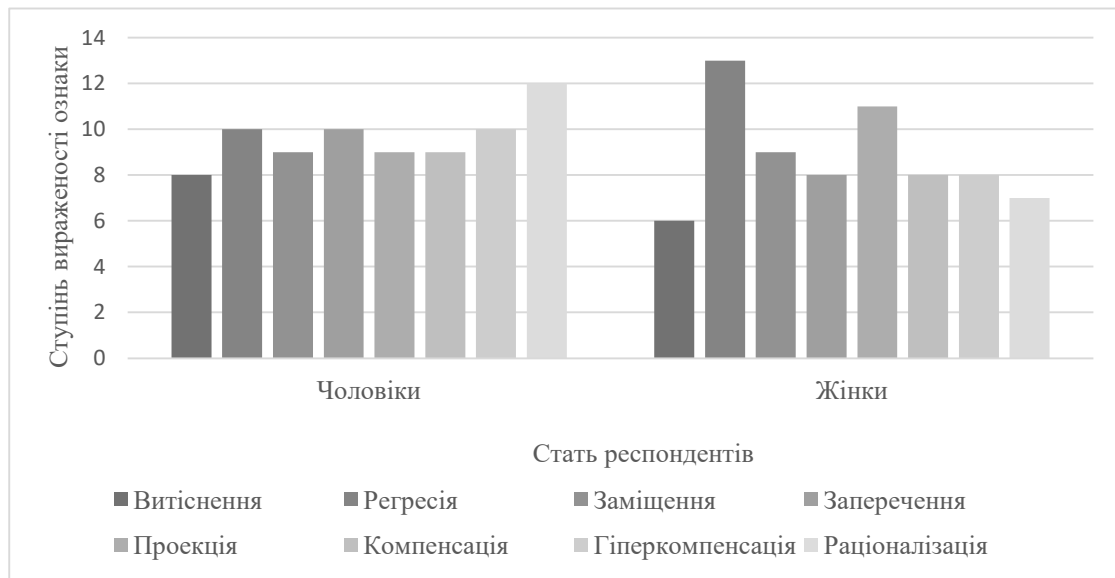


Рис. 2.8 Усереднені бали експериментальної групи за методикою «Індекс життєвого стилю»

Чоловіки з експериментальної групи загалом схильні до прояву різних видів психологічного захисту на високому рівні, однак, найвищі результати за показниками «Раціоналізації», «Гіперкомпенсації», «Регресії» та «Заперечення», найнижчі результати – «Витіснення», всі інші показники на середньому рівні. Жінки загалом продемонстрували нижчий рівень напруженості механізмів психологічного захисту, однак, на високому рівні все ще залишається «Регресія» та «Проекція», на низькому – «Витіснення» і «Раціоналізація».

Усереднені бали експериментальної групи за методикою «Індекс життєвого стилю» представлені на рисунку 2.9:

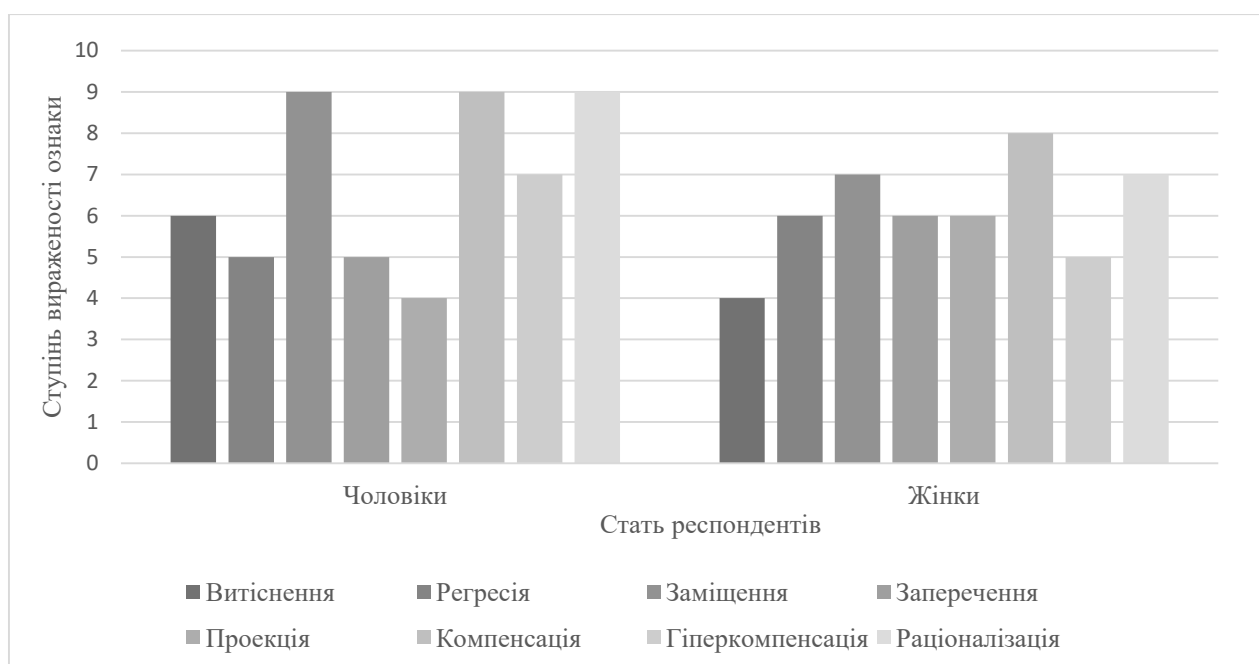


Рис. 2.9 Усереднені бали експериментальної групи за методикою «Індекс життєвого стилю»

Чоловіки з контрольної групи схильні до прояву різних видів психологічного захисту на середньому та низькому рівні, однак, найвищі результати за показниками «Заміщення», «Компенсація», «Раціоналізація», найнижчі результати – «Проекція», всі інші показники на середньому рівні та низькому рівні.

Жінки навпаки мають більш високий рівень напруженості механізмів психологічного захисту, однак, на досить високому рівні, так само, як у чоловіків, знаходиться «Компенсація», «Заміщення», «Раціоналізація». Останні дві характеристики все ж таки нижчі, ніж у чоловіків, на низькому – «Витіснення» і «Гіперкомпенсація».

Порівняльний аналіз результатів експериментальної та контрольної груп за методикою «Індекс життєвого стилю» представлені на рисунку 2.10:

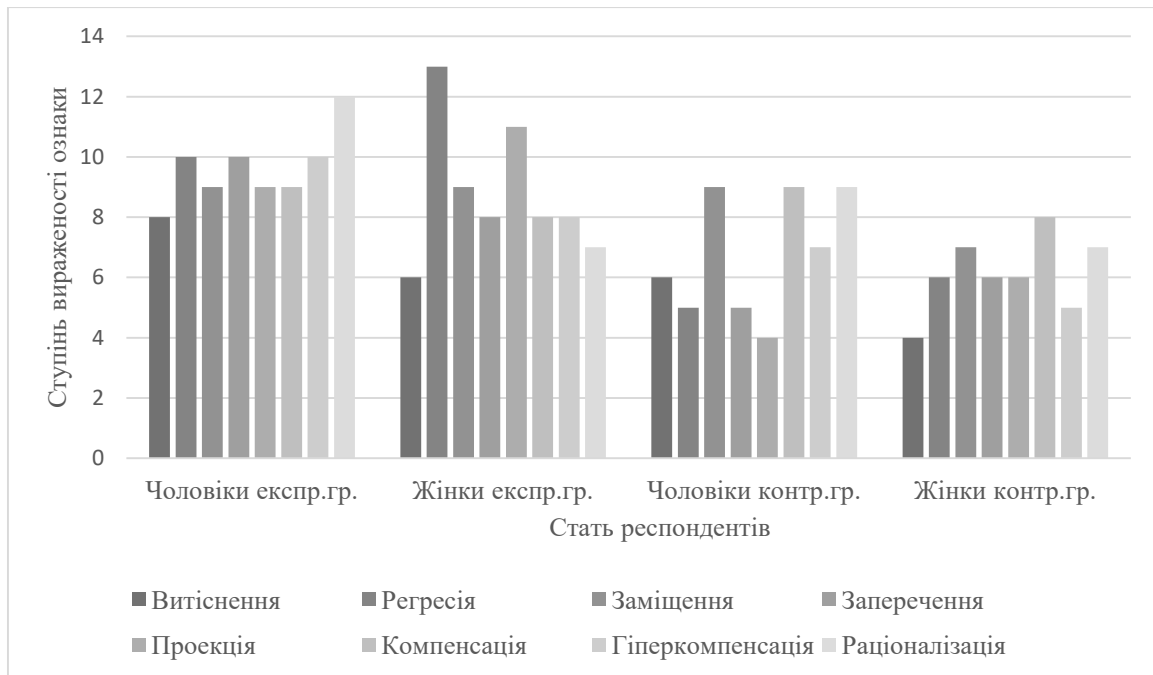


Рис. 2.10 Порівняльний аналіз результатів експериментальної та контрольної груп за методикою «Індекс життєвого стилю»

Згідно рисунку можна зробити висновок стосовно того, що загалом ступінь напруженості механізмів психологічного захисту вища у групах чоловіків та жінок з експериментальної групи, показники контрольної групи знаходяться на середньому та низькому рівнях. Спільним для трьох груп, крім жінок з контрольної групи, є схильність до застосування «Заміщення» та уникнення «Витіснення».

Найвищий результат у групи чоловіків з експериментальної групи за «Раціоналізацією», у жінок – «Регресією», у чоловіків з контрольної групи «Заміщення», «Компенсація», «Раціоналізація», у жінок – «Компенсація». Найнижчі «Витіснення» та у окремих випадках «Проекція».

Порівняльний аналіз усереднених показників за методикою «Тест фрустраційних реакцій Розенцвейга» наведений на рисунку 2.11:

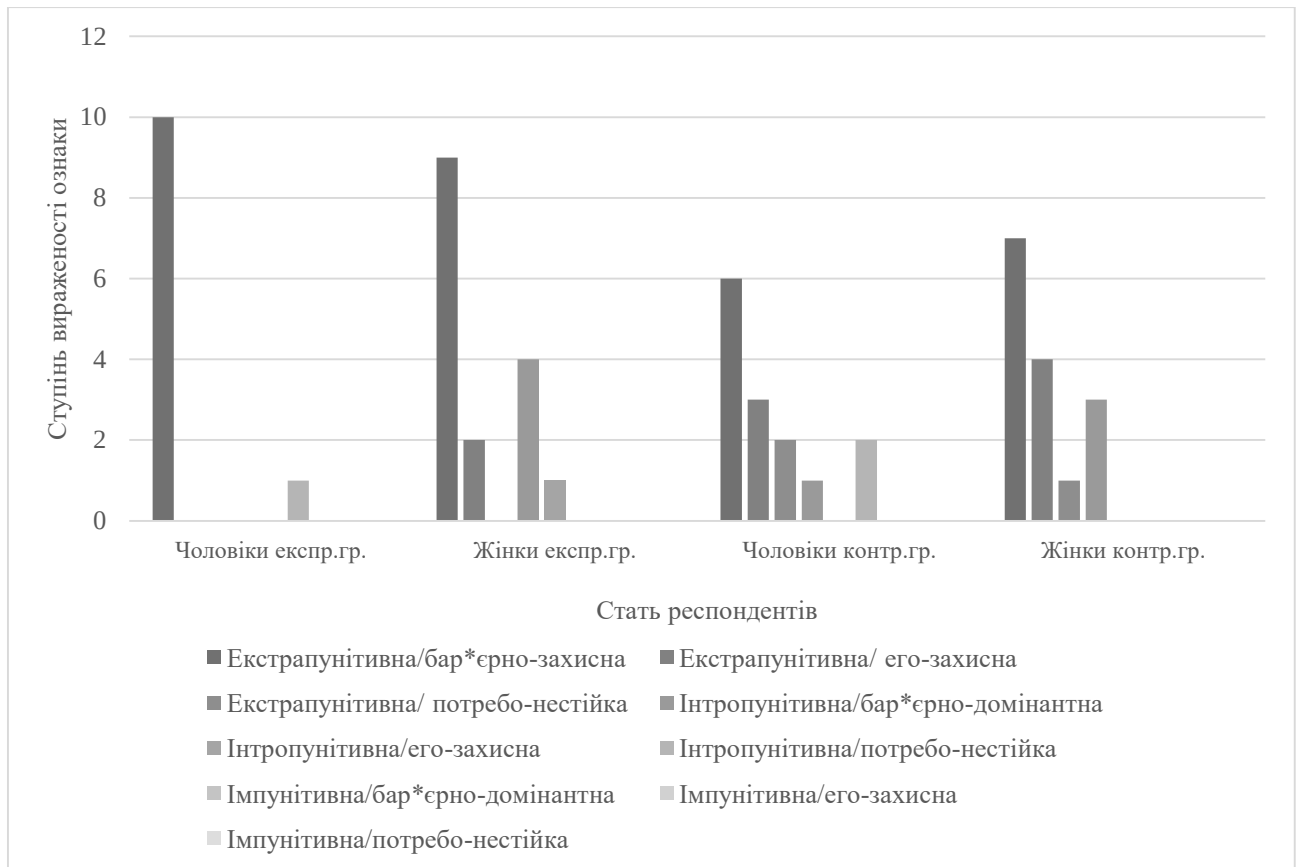


Рис. 2.11 Порівняльний аналіз результатів експериментальної та контрольної груп за методикою «Тест фрустраційних реакцій Розенцвейга»

Відповідно до рисунку досліджувані з усіх груп проявили тенденцію до застосування екстрапунітивного / бар'єрно домінантного типу реагування, що передбачає активну протестну поведінку, виразне виділення, підкреслення наявності фруструючої обставини, перешкоди, але результати контрольної групи все одно нижчі, ніж у експериментальній.

Всі, крім експериментальної групи чоловіків, також проявляють екстрапунітивний/ его-захисний тип реагування, а саме звинувачення. Ворожість проявляється щодо зовнішнього оточення (іноді -сарказм). Суб'єкт активно заперечує свою провину, проявляючи ворожість до обвинувача.

Лише респонденти з контрольної групи іноді застосовують екстрапунітивний/потребо-нестійкий тип, тобто переспрямування вимоги до конкретної особи з метою виправлення фрустрируючої ситуації та інтрапунітивного / бар'єрно домінантний тип, коли фруструюча ситуація

тлумачиться як сприятлива, підкреслюється дискомфорт від занепокоєння інших.

Лише чоловіки, незалежно від наявності чи відсутності тривожно-фобічних розладів схильні до інтрапунітивного/ его-захисного типу, коли звинувачення, засудження об'єкт пред'являє самому собі. Суб'єкт визнає свою провину, але заперечує відповідальність, посиляючись на пом'якшуючі обставини.

Всі інші типи реагування на фруструючі обставини досліджувані не демонстрували, як ведучі, що, на нашу думку, є цікавим.

Результати підрахунку взаємозв'язку між параметрами за допомогою коефіцієнта кореляції r-Пірсона наведено у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 –Результати підрахунку взаємозв'язку між параметрами за допомогою коефіцієнта кореляції r-Пірсона

Методика	Показники	Середні показники чоловіків	r - Пірсона	Середні показники жінок	r - Пірсона
«Метод виявлення рівня психічної дезадаптації SOUD»	Біологічні	6.3	0.367	8,1	0.531*
	Соціальні	9.8	0.560*	8.4	0.542*
	Клінічні	11	0,678**	10	0.642**
	ITF	29.5	0.667**	28	0.630**
	СНО	28	0.642**	27	0.627**
«Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS»	Тривога	3	0.459	5	0.555*
	Депресія	4	0.350	2	0.361
«Шкала Гамільтона для оцінки тривоги HAM-A»	HAM-A	29	0.662**	31	0.693**
«Індекс життєвого стилю»	Витіснення	7.9	0.528*	6	0.300
	Регресія	9.8	0.630**	13	0.691**
	Заміщення	8.8	0.567*	9	0.528*

Плутчика-Келлермана-Конте	Заперечення	9.9	0.640**	8	0.530*
	Проекція	8.6	0.550*	11	0.678**
	Компенсація	8.7	0.564*	8	0.530*
	Гіперкомпенсація	9.5	0.548*	8	0.530*
	Раціоналізація	11.6	0.688**	7	0.501*
«Тест фрустраційних реакцій Розенцвейга»	Екстрапунітивна бар'єрно-захисна	10	0.642**	9	0.528*
	Екстрапунітивна его-захисна	0	-	2	0.361
	Екстрапунітивна потребо-нестійка	0	-	0	-
	Інтропунітивна бар'єрно-захисна	0	-	4	0.350
	Інтропунітивна его-захисна	2	0.361	0	-
	Інтропунітивна потребо-нестійка	1	0.221	0	-
	Імпунітивна бар'єрно-захисна	0	-	0	-
	Імпунітивна его-захисна	0	-	0	-
	Імпунітивна потребо-нестійка	0	-	0	-

* - рівень значущості критерію при $p < 0.05$ ** - рівень значущості критерії при $p < 0.01$

Згідно з даними, наведеними у таблиці, слід відмітити, що під час дослідження отримана велика кількість кореляцій різного рівня значущості стосовно досліджуваних факторів. Не знайдений зв'язок лише між показниками депресії з іншими явищами тому, що це був додатковий параметр, який потребує більш детального розгляду у майбутніх роботах. Також питання викликає роль біологічного фактору у формуванні дезадаптації. Для підтвердження чи спростування ролі цього фактору потрібне дослідження на більш широкій вибірці респондентів.

Відповідно до результатів анкети респонденти надавали позитивні відповіді на питання, що відображають прояви тривожності в емоційному компоненті більше, ніж у поведінковому. Однак, у цьому році кількість звернень стосовно того, що «накопичується втома від самого себе такого» значно збільшилася. Додатково ми робимо акцент на тому, що у порівнянні з минулим роком, опитувані проявляють більшу тенденцію до боротьби, самопізнання та самолікування за допомогою участі у різних типах творчих проєктів, пошуку соціальної підтримки, реалізації у трудовій діяльності як дистанційного, так і офлайн формату.

2.3. Аналіз результатів емпіричного дослідження

Аналіз результатів відбувався відносно гіпотез, поставлених в ході дослідження.

Концептуальною гіпотезою виступила така: існує взаємозв'язок між рівнем психічної дезадаптації особистості, наявністю у неї тривожно-фобічних розладів та проявом певного типу психологічного захисту.

Концептуальна гіпотеза підтверджена повністю. Був отриманий значущий зворотній зв'язок між наявністю тривожно-фобічних розладів у респондентів та рівнем психічної дезадаптації особистості. У чоловіків з експериментальної групи, відповідно до результатів, простежувалася тенденція до того, що чим сильніший прояв тривожно-фобічних розладів, тим вищий рівень психічної дезадаптації.

Це може бути пояснено в першу чергу особливостями менталітету респондентів [25].

Дослідження українського менталітету в XIX ст. почали Д. Антонович, М. Костомаров, І. Нечуй-Левицький, О. Потебня; продовжили у XX ст. Р. Додонов, Е. Донченко, Л. Гумільов, В. Липинський, І. Старовойт, М. Холод, Б. Цимбалістий, Д. Чижевський та ін. У цьому процесі велика

роль, передусім, належить українським філософам, які займалися пошуками власного ідеалу національної ментальності, окреслювали межі національної ідентичності, визначаючи для цього національно-культурно значущі символи, концепти [12].

Костомаров називає такі їх характерні риси:

- 1) українець вище за все цінує окрему людину, ніж загальне;
- 2) в Україні люди звикли з давніх-давен чути у себе чужу мову, вороже до іноземців вони ставились в разі кривдження своїх святинь;
- 3) українці намагались "одухотворити" весь світ;
- 4) українець любить природу, тому-то українська поезія невідривна від природи, вона оживляє;
- 5) любов до жінки – духовна;
- 6) в українців неможливо, щоб з'явився якийсь розкол із причин обряду, букви, їх релігійність – внутрішня.

Д. Чижевський у своїй роботі виокремлює такі характерні риси менталітету українського чоловіка: «По-перше, безумовною рисою психологічного складу українця є – емоціоналізм та ліризм; найяскравіше виявляються ці риси в естетизмі українського народного життя і обрядовості; одним із боків емоціоналізму є і своєрідний український гумор, що є одним із найбільш глибоких виявів «артистизму» української вдачі. Поряд із цими рисами стоїть індивідуалізм та стремління до свободи в різних розуміннях цього слова. Поряд з цими двома основними рисами стоїть третя – неспокій і рухливість, більш психічні, ніж зовнішні, неспокій і рухливість».

Виявлення і встановлення науковцями психологічних рис національного характеру, як правило, має спонтанний характер, що говорить про відсутність чітко розробленої наукової методології.

Тобто встановлення психологічних рис не можна зводити до переліку простої сукупності рис і властивостей. У цьому сенсі правильною є думка, що психологічний склад нації – це дуже складний феномен, зв'язаний з такими складовими, як статика і динаміка. «До статистичної складової

належать найбільш стійкі ознаки – національний характер, ментальність, національна свідомість і самосвідомості, звичаї, традиції, авто- і гетеростереотипи, базові цінності тощо. Динамічна складова включає мобільні, нестабільні елементи – національні почуття і настрої, національні інтереси та орієнтації, звички тощо» [13, 23].

В українській культурі чоловік є прикладом мужності, малої емоційності, тим, хто приймає рішення без сумніву. Таким чином, беручи до уваги більшу інтровертованість українців, зокрема чоловіків, можна зробити висновок відносно неможливості звернутися за допомогою спеціалістів та визнати, що вони відчують дискомфорт, який призводить до ускладнень, а в подальшому дезадаптації особистості.

Серед жінок тенденція подібна, але науковець Л.П. Крисін же говорить, що «...результатом дослідження розбіжностей чоловічого та жіночого спілкування у різноманітних мовленнєвих суспільствах є такі розбіжності, що торкаються достатньо периферійних ділянок мови та лише у деяких випадках можуть створювати труднощі при комунікації» [6, с. 20].

Від цього і йдуть особливості сприйняття комунікації: чоловіче характеризується зазвичай лівою півкулею головного мозку, що відповідає за аналітичне мислення людини і відповідне вербальне відображення та жіноче, яке характеризується і лівою, і правою півкулями, що відповідає за обробку інформації, і вона, в свою чергу, відображена в символах й образах, а не лише у словах [9, с. 102].

Аналіз комунікативної поведінки чоловіка та жінки у моногамних і гетерогамних групах дають можливість визначити деякі найбільш поширені та стереотипні гендерні стратегії й тактики, що є залежними від різних типів сприйняття навколишнього середовища і пояснюють гендерні особливості в комунікативних процесах [6, с. 11].

З огляду на практику, більшість жінок у процесі мовної комунікації віддані стилю співробітництва, а чоловіки використовують стиль конкуренції, тому кожен має специфічні способи комунікації: жінки зазвичай

дотримуються черговості мовлення, а чоловіки прагнуть до домінування та самоствердження.

Але найголовнішою відмінністю вважається відношення до зворотного зв'язку, так як побутує думка, що жінка сприймає відповідь на повідомлення не стільки як реакцію на відповідне повідомлення як таке, скільки як ознаку взаєморозуміння; чоловіки, в свою чергу, сприймають його суто як інформацію, що може не бути збігом з їх розумінням, і тому як таке, з приводу якого можна мати сумнів, а інколи і помилятися [7, с. 177].

Враховуючи вищезазначені особливості жіночої комунікації стає зрозумілим розбіжність у рівнях дезадаптації чоловіків та жінок. Жінки, маючи більш активні комунікативні здібності, загалом проявляють більшу тенденцію до розділення «труднощів» з іншими, стратегію пошуку соціальної підтримки, що призводить до ранішого звернення по допомогу до спеціалістів і отримання якісного лікування на ранніх етапах формування дезадаптивної поведінки.

Також було виокремлено декілька **емпіричних гіпотез**:

1. Серед досліджуваних чоловічої статі в експериментальній групі є прямий взаємозв'язок між рівнем психічної дезадаптації, наявністю у них тривожно-фобічних розладів і проявів деструктивних видів психологічного захисту;

Дана гіпотеза підтверджена в більшій мірі. Дійсно, чим вищий рівень психічної дезадаптації, ступінь прояву тривожно-фобічного розладу, тим більша схильність чоловіків з експериментальної групи до застосування деструктивних видів психологічного захисту, однак, слід зауважити, що найвищий результат все одно за шкалою «Раціоналізації», яка відноситься до конструктивних типів. Функцію «психологічного захисту» в більшості літературних джерел описано як ряд специфічних прийомів, які використовує особистість для того, щоб знизити рівень неприємних переживань. Психологічний захист має допомогти людині зберегти душевну рівновагу [4].

На думку Т.С. Яценко, провідну роль у формуванні механізму психологічного захисту відіграє «ідеалізоване «Я». Саме воно визначає систему очікувань, як саме сприйматимуть суб'єкта його партнери у спілкуванні.

Т.С. Яценко вибудовує таку структуру психологічного захисту [30]:

1. спрямованість, пов'язана з виявленням особливостей «ідеалізованого «Я» суб'єкта;
2. мета, пов'язана із виявленням специфіки механізму психологічного захисту;
3. цінності, які є головними для функціонування захисту;
4. засоби, тобто сукупність технік захисту;
5. результати, які отримано як результат використання певної техніки психологічного захисту для досягнення визначеної раніше мети.

Таким чином, сама специфіка становлення певного типу психологічного захисту обумовлена соціальними причинами, оточенням та установками. Як було зазначено вище, чоловіки більше схильні до використання «соціально бажаних» стратегій, для того, щоб відповідати соціальним потребам у мужності, «холодному» розумі, зразку поведінки.

2. Серед досліджуваних жіночої статі в експериментальній групі є зворотній взаємозв'язок між рівнем психічної дезадаптації та наявністю у них тривожно-фобічних розладів;

Гіпотеза підтверджена повністю. Найбільш чутливими до негативних змін, насамперед, виявляються жінки, котрі історично несуть основну відповідальність не тільки за себе, але і безпосередньо забезпечують побутовий добробут сім'ї. Така функціональність в епоху соціальних катаклізмів робить жінок особливо вразливими до розвитку психогеній, зокрема, тривожно-фобічних розладів, і станів дезадаптації [7]. Виявлені також суто гендерні відмінності показників чутливості до певних стресових факторів.

У кожному конкретному випадку, патогенність тих чи інших факторів, визначається не тільки об'єктивним характером психотравмуючої ситуації, але і суб'єктивним ставленням до неї особистості, тому процес дезадаптації більшою мірою залежить від мотиваційної структури, емоційних та інтелектуальних особливостей індивіда [8]. Врешті визначальне значення мають саме ті особливості або недоліки в індивідуальному розвитку людини, що не дозволяють їй виробити адекватні новим умовам форми поведінки і діяльності [12].

Ряд авторів відзначає, що в клінічній практиці при виражених вегетативних симптомах стресу (дистресу) формуються вторинні патологічні реакції (іпохондричні, тривожні), що є лише проявами більш складного розладу. Це обумовлено тим, що вегетативна нервова система бере на себе перший удар при дії на організм будь-якого шкідливого чинника [1]. При цьому дистрес є обов'язковим або провідним компонентом цих розладів.

Реакція жінки на виникнення у неї психічного захворювання може бути неоднозначною. Іноді сім'я недооцінює серйозність захворювання і ставиться до нього як до короткого епізоду, без розуміння можливості наслідків, хоча зазвичай і в цих випадках мають місце побоювання того, що близька людина перетвориться на хронічно психічно хворого. Частіше, однак, встановлення відповідного діагнозу сприймається членами сім'ї як значний стрес [6].

Відповідно до вищесказаного можемо зазначити, що на формування негативних процесів у жінок значно впливає реакція як самої жінки, так і близького та віддаленого оточення, що може провокувати вторинну травматизацію з поглибленням тривожних реакцій.

3. Серед досліджуваних жіночої статі в експериментальній групі є прямий зв'язок між наявністю тривожно-фобічних розладів, високим або середнім рівнем психічної дезадаптації та проявами деструктивних видів психологічного захисту;

Вказана гіпотеза підтверджена повністю, це вдало пояснюється дослідженнями зарубіжних вчених Р. Урсало, С. Зоненберг і С. Лазар, які при розкритті динамічної терапії описують такі механізми захисту як витіснення, заперечення, переміщення, виклик зворотного почуття, придушення, інтенсифікація з агресором, аскетизм, інтелектуалізація, ізоляція ефекту, регресія та сублімація [3]. На думку вчених, до компенсаторних засобів психологічного захисту відносять:

1. неусвідомлене, але сильне бажання знищити переживання, які травмують особистість, замінивши їх потім на комфортніші;
2. переміщення неприємних переживань з рівня свідомості на рівень підсвідомого;
3. емоційне «придушення» критики ззовні.

Проекція як різновид психологічного захисту пов'язана з несвідомим перенесенням неприйнятних власних відчуттів, бажань і прагнень на інших.

Регресія полягає в поверненні до більш раннього рівня розвитку або більш спрощеної, більш дитячої манери самовираження. Регресія є способом зменшення тривоги шляхом відмови від реалістичного мислення на користь діям, які зменшили тривогу в минулому.

Психологічний захист у вигляді заміщення полягає в усуненні нестерпної ситуації через перенесення реакції з «недосяжного» об'єкта на «досяжний», або через заміну неприйнятної дії на допустиму. Завдяки такому перенесенню спадає напруження, створене незадоволеною потребою.

Таким чином всі вищезазначені види психологічного захисту спрямовані на зменшення тривоги, яка є основним симптомом тривожно-фобічних розладів. Як зазначає Бондар О.В., жінки більш емоційні, ніж чоловіки, від природи, тому й переживають тривогу таким чином.

4. Досліджувані зрілого віку в експериментальній групі проявлятимуть більш високий рівень психічної дезадаптації при наявності тривожно-фобічних розладів, більш конструктивні види психологічного захисту, ніж досліджувані молодого віку;

На думку Валіанта Г. використання здорових, зрілих видів копінг – стратегій значно збільшується починаючи з 20 років і продовжується протягом всього дорослого життя, однак вони не залишаються стабільними й не регресують, розвиваються у похилому віці [23].

З теорії психосоціального розвитку відомо, що у молодому віці відбувається процес самовизначення, завершується формування ідентичності. Допомагаючи людині отримати своє місце у соціумі, особистісна ідентичність дає можливість появи соціальних порівнянь, одночасно допомагаючи визначити напрямок, цілі, зміст майбутнього життя людини. Поза сумнівом залишається те, що переживання цієї кризи розвитку не можливе без тимчасових труднощів в опануванні нової соціальної ролі, зміни самооцінки в залежності від нового досвіду соціальної взаємодії, а також розвиток навичок опанування стресових ситуацій [24].

Застосування зрілих стратегій у дорослому віці пояснюється життєвим, професійним досвідом, який був набутий цією віковою групою. Але рідко застосовуються найбільш раціональні стратегії подолання, як «Планування рішення, проблеми», «Позитивна переоцінка» тому, що такі види поведінки потребують використання великої кількості внутрішніх ресурсів, які не можливо застосовувати постійно, вони потрібні лише у ситуаціях підвищеної складності, високим рівнем відповідальності перед собою та оточуючими, тоді як у повсякденному житті оптимально звернутися до тих стратегій, що не використовують багато ресурсів «Пошук соціальної підтримки».

Цей вид поведінки на думку Абабкова В. А., Перре М. є найбільш розпливчастим: людина може звернутися за емоційною, інформативною чи дієвою підтримкою, а з іншого боку її можна розцінювати як підготовчий етап до наступного шагу. Основними рисами її є легкість у зверненні, оптимальність, але в більшості для респондентів жіночої статі, як було зазначено вище.

Такі умови стають можливими переважно у зрілому віці, коли вже налагоджені персональні, професійні та індивідуальні зв'язки з оточуючими.

5. Досліджувані молодого віку в експериментальній групі проявлятимуть більш високу схильність до застосування компенсаторних механізмів психіки у порівнянні з респондентами зрілого віку.

Гіпотеза підтверджена повністю. Психологічний захист є функціонально необхідною психічною властивістю, яка сприяє зниженню емоційної напруги та звільненню від внутрішньо особистісних конфліктів. Його основною функцією є охорона від несприятливих впливів шляхом переструктурування свідомості на самопідтримку, самовиправдання чи інші самозахисні процеси, що сприяють зміцненню особистісної стабільності.

У ситуаціях спілкування проблема психологічного захисту набуває особливої актуальності у молодому віці, оскільки це період активної міжособистісної комунікації. Емоційне неблагополуччя, виражене у високій тривожності та інших особистісних проблемах, є показником неуспішності психологічного захисту [36].

Особливості функціонування психологічних захисних механізмів у молодому віці, сенситивному для розвитку спілкування, простежували О. Ковальова, А. Соловйова, Т. Тулуп'єва. З точки зору їх досліджень базовий спосіб захисту визначає патерни комунікативної поведінки, які можуть бути соціально-бажаними, соціально-нейтральними або соціально-небажаними. О. Чумакова, яка прийшла до висновку, що система психологічного захисту молодого віку є гнучкою і має пристосувальний характер, на відміну від захисної поведінки у зрілому віці.

Таким чином досліджувані молодого віку виявляють тенденцію до більш легкого пристосування до негативних обставин, ніж досліджувані зрілого віку.

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

В період з вересня 2020 року по квітень 2021 року було проведено обстеження 30 хворих з тривожно-фобічними розладами, 15 чоловіків, 15 жінок, що проходили амбулаторне або стаціонарне обстеження і лікування в приватній клініці «Medical Plaza» (місто Дніпро), та 30 респондентів, 15 чоловіків та жінок, які не мають ознак тривожно-фобічних або інших психічних розладів, метою якого стало визначення взаємозв'язку між рівнем психічної дезадаптації особистості, наявності у неї тривожно-фобічних розладів та проявів різних видів психологічного захисту.

При проведенні дослідження були використані такі методики: Метод виявлення рівня психічної дезадаптації Soud, Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS, шкала Гамільтона для оцінки тривоги HAM-A, опитувальник «Індекс життєвого стилю» Плутчика Келлермана Конте, тест фрустраційних реакцій Розенцвейга.

Основною гіпотезою стала така: існує взаємозв'язок між рівнем дезадаптації особистості та наявністю у неї тривожно-фобічних розладів, яка в ході дослідження була підтверджена повністю. Результат пояснювався особливостями жіночої комунікації та менталітету чоловіків-респондентів.

Тим самим була підтверджена більша частина поставлених емпіричних гіпотез, вони пояснюються специфікою формування різних видів психологічного захисту та особливостями кожного з них.

Відповідно до результатів анкети респонденти надавали позитивні відповіді на питання, що відображають прояви тривожності в емоційному компоненті більше, ніж у поведінковому. Однак, у цьому році кількість звернень стосовно того, що «накопичується втома від самого себе такого» значно збільшилася. Додатково ми робимо акцент на тому, що у порівнянні з минулим роком, опитувані проявляють більшу тенденцію до боротьби, самопізнання та самолікування за допомогою участі у різних типах творчих

проектах, пошуку соціальної підтримки, реалізації у трудовій діяльності як дистанційного, так і офлайн формату.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У психологічній літературі поняття адаптація та суміжне з ним «дезадаптація» з'являються з 19-20 ст.

Низка вчених одним середключових критеріїв адаптації визначають емоційну стійкість, як інтегральну особистісну властивість, що відображує схильність до збереження емоційної рівноваги та життєвої активності. Емоційна стійкість формується, як єдність біологічно зумовленої чутливості організму до сили і тривалості дії емоціогенних чинників, форм емоційного реагування та способів його регулювання.

Деадаптуючим можна назвати такий хід внутріпсихічних процесів і поведінки людини, що призводить не до розв'язання проблемної ситуації, а до її поглиблення, до посилення труднощів і тих неприємних переживань, які вона викликає.

А.А. Налчаджян, висувуючи проблему рівнів дезадаптації, передбачає існування тимчасової і стійкої дезадаптації [5]. Перша усувається за допомогою адаптивних дій. Друга зберігається довго, оскільки особистість не знаходить шляхів і засобів адаптації у певних соціальних ситуаціях, хоча робить спроби, які виявляються малоуспішними. Вираженням загальної стійкої дезадаптації особистості визнається стан «перманентної фрустрованності», який активізує захисні механізми, що набули характеру, стали патологічними. Внаслідок їхнього багаторазового включення виникають неврози і психози.

В медичних журналах 18 ст. були представлені відомості про гострі напади тривоги і страху з кардіологічними і дихальними симптомами. Детальний

опис агорафобії К. Вестфалю поклав початок детального вивчення в психіатричній практиці.

Тривожно-фобічні розлади – це група розладів, в якій тривога викликається виключно або переважно певними ситуаціями або об'єктами (зовнішніми по відношенню до суб'єкта), які нині не є небезпечними. В результаті ці ситуації зазвичай характерним чином уникаються або переносяться з почуттям страху.

Для тривожно-фобічних розладів характерні функціональні порушення, що вимагають проведення диференціальної діагностики з використанням мультидисциплінарного підходу, включаючи дані різних медичних спеціальностей і параклічних дисциплін. Це стосується в першу чергу серцево – судинної системи, шлунково – кишкового тракту, хронічних не специфічних хвороб органів дихання, ендокринної системи, при яких складні взаємодії несприятливих психічних і соматичних чинників сприяють формуванню невротичних розладів, що порушують механізми соціально – психологічній адаптації.

Під впливом тригера або при появі флешбеків організм реагує так, як якщо б людині загрожувала реальна небезпека. М'язи, в тому числі м'язи живота, напружуються, що перешкоджає глибокому диханню. Дихання стає частим і поверхневим, що призводить до стану гіпервентиляції. Може з'явитися запаморочення; в крові знижується концентрація CO₂, це ще більше посилює напругу в м'язах і може викликати відчуття неможливості діяти. У відповідь на стан мобілізації організму гіпоталамус відправляє «сигнал тривоги» нервовій системі, що підсилює симптоми, призводить до почуття втрати контролю над собою і, як наслідок, до ще більшої тривожності.

Психологічний захист - це зазвичай неусвідомлюваний процес усунення або послаблення психікою людини негативних, травмуючих або неприйнятних емоційних переживань. Виділяють основні види психологічного захисту, а саме: *компенсація, сублімація, витіснення, проекція, заміщення, регресія, формування реакції, раціоналізація та втеча.*

Основною функцією психологічного захисту є «відмежування» сфери свідомості від негативних, травмуючих особистість переживань. В широкому розумінні даний термін використовують для позначення будь-якої поведінки, яка долає психологічний дискомфорт, в результаті якого може сформуватися негативізм, змінитися система міжособистісних стосунків тощо.

В період з вересня 2020 року по квітень 2021 року було проведено обстеження 30 хворих з тривожно-фобічними розладами, 15 чоловіків, 15 жінок, що проходили амбулаторне або стаціонарне обстеження і лікування в приватній клініці «Medical Plaza» (місто Дніпро), та 30 респондентів, 15 чоловіків та жінок, які не мають ознак тривожно-фобічних або інших психічних розладів, метою якого стало визначення взаємозв'язку між рівнем психічної дезадаптації особистості, наявності у неї тривожно-фобічних розладів та проявів різних видів психологічного захисту.

При проведенні дослідження були використані такі методики: Метод виявлення рівня психічної дезадаптації Soud, Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS, шкала Гамільтона для оцінки тривоги HAM-A, опитувальник «Індекс життєвого стилю, тест фрустраційних реакцій Розенцвейга.

Основною гіпотезою стала така: існує взаємозв'язок між рівнем дезадаптації особистості та наявністю у неї тривожно-фобічних розладів, яка в ході дослідження була підтверджена повністю. Результат пояснювався особливостями жіночої комунікації та менталітету чоловіків-респондентів.

Враховуючи особливості жіночої комунікації стає зрозумілим розбіжність у рівнях дезадаптації чоловіків та жінок. Жінки, маючи більш активні комунікативні здібності, загалом проявляють більшу тенденцію до розділення «труднощів» з іншими, стратегію пошуку соціальної підтримки, що призводить до ранішого звернення по допомогу до спеціалістів і отримання якісного лікування на ранніх етапах формування дезадаптивної поведінки.

Беручи до уваги більшу інтровертованість українців, зокрема чоловіків, можна зробити висновок відносно неможливості звернутися за допомогою

спеціалістів та визнати, що вони відчують дискомфорт, який призводить до ускладнень, а в подальшому дезадаптації особистості.

Також під час дослідження були доведені емпіричні гіпотези, вони пояснюються специфікою формування різних видів психологічного захисту та особливостями кожного з них

Відповідно до результатів анкети респонденти надавали позитивні відповіді на питання, що відображають прояви тривожності в емоційному компоненті більше, ніж у поведінковому. Однак, у цьому році кількість звернень стосовно того, що «накопичується втома від самого себе такого» значно збільшилася. Додатково ми робимо акцент на тому, що у порівнянні з минулим роком, опитувані проявляють більшу тенденцію до боротьби, самопізнання та самолікування за допомогою участі у різних типах творчих проектах, пошуку соціальної підтримки, реалізації у трудовій діяльності як дистанційного, так і офлайн формату.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Аведисова А.С. Контролирование симптомов тревоги и лечение тревожно-фобических расстройств – альтернатива или нет? // Психиатрия и психофармакотер. – 2006. - № 5. – С. 3-6.
2. Александрова О. Н. Психология социальной работы / Александрова О. Н., Боголюбова О. Н., Васильева Н. Л. и др. ; под общ. ред. М. А. Гулиной. – СПб. : Питер, 2002. – С. 223–231.
3. Алёхин А. Н. Методологический диагноз психологической диагностике [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. / Алёхин А. Н. – 2011. – № 2. – Режим доступа: URL: http://www.medpsy.ru/mprij/archiv_global/2011_2_7/nomer/nomer01.php.
4. Бедненко Г. Психопатия (социопатия) в культуре и обыденности [Электронный ресурс] : (статья в рамках совместного с Ю. Власовой проекта, посвященного исследованию психопатии) / Бедненко Г. – Режим доступа:
http://www.maap.pro/biblioteka/stati/bednenko_psihopatiya_v_kulture_i_obydennosti.html
5. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология : Руководство для врачей и клинических психологов / Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. – М. : МПСИ МОДЕК, 2008. — 624 с.
6. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь : теория и практика / Бондаренко А. Ф. – 3-е изд., испр. и доп. – М. : Независимая фирма “Класс”, 2001. – 336 с.
7. Бочаров, В. В. Психологические аспекты тревоги [Текст] / В. В. Бочаров // Аффективные расстройства. Междисциплинарный подход : науч. сб. – СПб, 2009. – С. 225 – 232.
8. Вертоградова О.П. Тревожно-фобические расстройства и депрессия. В кн.: Тревога и обсессии / Под ред. А.Б. Смулевича. – М.: НЦПЗ РАМН, 1998. – С. 113-131.

9. Герасименко А. І. Уявлення про тривожно-фобічні розлади з точки зору сучасних класифікаційних систем / А. І. Герасименко. – Київ. – 2012.- 12 с.
- 10.Додонов, Р.А. Теория ментальности: учение о детерминантах мыслительные автоматизмов /Р.А. Додонов. – Запорожье: Тандем-У, 1999. – 264с.
- 11.Изард К. Эмоции человека. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1980. – С. 251–289.
- 12.Кабанов М. М. Реабилитация психических больных /Кабанов М. М. – 2-е изд., доп. и перераб. – Л. : Медицина, 1985. – 216 с.
- 13.Каплан Г. И. Клиническая психиатрия : в 2 т. / Каплан Г. И., Сэдок Б.Дж./ [пер. с англ.]. – М. : Медицина, 1998. – Т. 2. – 528 с.
- 14.Коханов В. П. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций / Коханов В. П., Краснов В. Н. – М. : Практическая медицина, 2008. – 448 с.
- 15.Краснов В. Н. Расстройства аффективного спектра / Краснов В. Н. – М. : Практическая медицина, 2011. – 432 с.
- 16.Краснов В.Н., Довженко Т.В., Ривкина Ю.Л. и др. Диагностика и терапия расстройств аффективного спектра в первичной медицинской сети: возможности и ограничения // Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты». – М. – 2004. – С. 66-68.
- 17.Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих : Клінічний посібник. – Харків : Арсіс, 2001. – 303 с.
- 18.Лебон Г. Психология народов и масс / Г. Лебон. – Москва: Академический проект, 2011. – 238с.
- 19.Маркова, М. В. Особливості аутоагресивної поведінки у пацієнтів з непсихотичними психічними розладами тривожнодепресивного спектра, коморбідними із серцево-судинними захворюваннями та їх психотерапія [Текст] / М. В. Маркова, В. В. Бабич, Н. М. Степанова // Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 1(54). — С. 81.

20. Марута Н. О., Ніканорова Ю. В. Суїцидальна поведінка у хворих на тривожно-фобічні розлади // Н. О. Марута, Ю. В. Ніканорова. – Український вісник психоневрології –ТОМ 22, ВИП. 2 (79) – 2014
21. Мак-Вильямс Нэнси. Психодинамическая диагностика :Понимание структуры личности в клиническом процессе. – Москва. : Класс, 1998. – 480 с.
22. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология / Менделевич В. Д. – М. : МЕДпресс, 2010. – 592 с.
23. Меновщиков В. Ю. Психологическое консультирование : работа с кризисными и проблемными ситуациями / Меновщиков В. Ю. — М. : Смысл, 2002. — С. 14–61.
24. Михайлова Б. В. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки / Б. В. Михайлова. – Х.: Новини української психіатрії. – 2003. – 40 с.
25. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 1994. – 208 с.
26. Підлубний В. Л. Особливості невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів особистості / В. Л. Підлубний. – Запоріжжє: Запорізький державний медичний університет. – 2010. – с. 100-107
27. Посттравматичні стресові розлади : діагностика, лікування, реабілітація : методичні рекомендації / уклад. : Волошин П. В., Шестопалова Л. Ф., Підкоритов В. С. та ін. – Харків, 2002. – 47 с.
28. Психіатрія особливого періоду : навч. посібник / 2-е вид., перероб і доп. – К. : «МП Леся», 2015. – 228 с.
29. Розлади адаптації : діагностика, лікування, реабілітація : методичні рекомендації / уклад. : Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф. та ін. – Харків, 2009. – 32 с. Журнал практического психолога. – 2001. – № 1– С. 110–118.

- 30.Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах : метод. посіб. / за ред. Пінчук І. Я., Бабова К. Д., Гоженка А. І. – К. : ТОВ Видавничий дім “Калита”, 2014. — 92 с.
- 31.Фрейд З. Печаль и меланхолия // Психология эмоций. Тексты. 2-е изд. / Под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. – М. : Изд-во МГУ, 1993. – С. 215–223.
- 32.Чабан О. Пережить потрясение : помощь при стрессовых и послестрессовых расстройствах / Чабан О. – Х. : Изд-во “С.А.М.”, 2015. – 238 с.
- 33.Шестопалова Л. Ф. Застосування психокорекційнопсихотерапевтичного комплексу при розладах адаптації / Шестопалова Л. Ф., Болотов Д. М., Кожевникова В. А. // Л. Ф. Шестопалова. – Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2006. – № 2 (10). – С. 43–44.
- 34.Шутценбергер А. А. Синдром предков.Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциограммы / Шутценбергер А. А. – М. : Изд-во Института Психотерапии, 2001. — 240 с.
- 35.Becker M. R. Last touch: Preparing for a parent’s death. Oakland, CA : New Harbinger Publications, 1992.
- 36.Colgrove M., Bloomfield H., Mc Williams P. How to survive the loss of a love. New York: Bantam Books, 1976.
- 37.Comorbidity of Mental and Physical Disorders [Text] / N. Sartorius, R.I.G. Holt, M. Maj // Key Issues in Mental Health. – 2015. – Vol. 179. – 188 p.
- 38.Folkman S., Chesney M. et al. Postbereavement depressive mood and its prebereavment predictors in HIV + and HIV - gay men // Journal of Personality and Social Psychology. Feb., v. 70 (2), 1996, P. 336–348.
- 39.Freudenberger., Gallagher K. Emotional consequences of loss for our adolescents. Special Issue : Adolescent treatment: New frontiers and new dimensions // Psychotherapy, Spr., v. 32 (1), 1995, P. 150–153.

40. Silvio J. George Bernard Show's Pygmalion : A creative response to loss after early childhood trauma // Journal of the American Academy of Psychoanalysis, Sum., v. 23 (2), 1995, P. 323–334.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

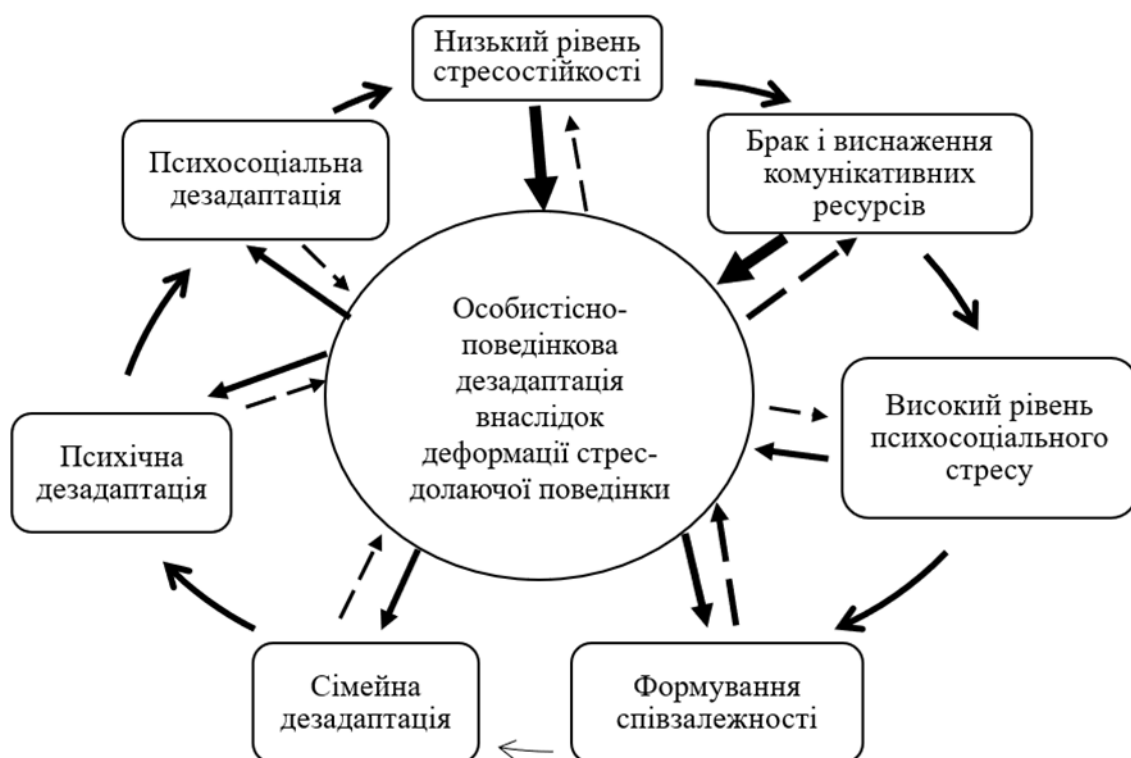


Рис 1. Механізм виникнення дезадаптації