

Міністерство освіти і науки України  
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича  
Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи  
Кафедра практичної психології

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ІНДУКУЮЧОГО ВПЛИВУ  
КОНЬЮКТУРНИХ ЗМІН НА ПРОЯВ ТРИВОЖНИХ ТА  
ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ПАЦІЄНТІВ ХІРУРГІЧНОГО  
ВІДДІЛЕННЯ**

**Кваліфікаційна робота  
Рівень вищої освіти – другий (магістерський)**

Виконала:

Студентка II курсу, групи 622

Філахтова Юлія Михайлівна

Науковий керівник: к.п.н., доцент

Сімак Алла Анатоліївна

*До захисту допущено  
на засіданні кафедри  
протокол № 4.1. від 3 листопада 2023р.*

*Зав кафедрою \_\_\_\_\_ Радчук В.М.*

**Чернівці 2023**

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>4</b>
<b>РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ІНДУКУЮЧОГО ВПЛИВУ КОНЬЮКТУРНИХ ЗМІН НА ПРО ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ПАЦІЄНТІВ ХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ.....</b>	<b>8</b>
1.1. Герменевтичний огляд теоретичних підходів до етіопатогенезу тривожності як психічного розладу особистості.....	8
1.1.1. Теоретична експлікація феномену тривожності, як дестабілізуючого психічного стану.....	8
1.1.2. Типи прояву тривожних розладів.....	10
1.2. Теоретичні моделі депресивних розладів.....	12
1.2.1. Класифікація видів депресивних розладів .....	12
1.2.2. Особливості та ознаки тривожно-депресивного розладу.....	17
1.3. Психосоматична картина особистості з шлунково-кишковими розладами.....	21
Висновки до першого розділу.....	30
<b>РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ІНДУКУЮЧОГО ВПЛИВУ КОНЬЮКТУРНИХ ЗМІН НА ПРОЯВ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ПАЦІЄНТІВ ХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ.....</b>	<b>35</b>
2.1. Організаційно-методичні засади емпіричного дослідження: характеристика вибірки та методів дослідження.....	35
2.2. Апостеріорні результати дослідження особливостей кон'юнктурних змін (госпіталізація, хірургічне втручання) на прояв тривожних та депресивних станів у пацієнтів хірургічного відділення.....	38
2.2.1. Особливості прояву рівнів тривоги у пацієнтів хірургічного відділення –	

чоловіків і жінок, які лікуються від гострого панкреатиту та пацієнтів післяопераційного втручання.....	38
2.2.2. Індикація тривожних розладів у досліджуваних хірургічного відділення – чоловіків і жінок, що лікуються від гострого панкреатиту та у досліджуваних післяопераційного втручання.....	45
2.2.3. Апостеріорні результати прояву депресивних станів у досліджуваних хірургічного відділення – чоловіків та жінок, які лікуються від гострого панкреатиту та у пацієнтів післяопераційного втручання.....	52
Висновки до другого розділу.....	59
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>66</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>73</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>79</b>

**Актуальність теми.**Тривожні розлади у суспільстві за останні роки стрімко зросли і стали надзвичайно поширеною нозологією, яка спричинює дестабілізуючий вплив на якість життя людини та призводить до виражених страждань. Хоча тривога є нормальною базовою емоцією, без якої було б неможливим індивідуальне виживання, проте патологічно підвищена тривожність може виникати не лише в разі тривожних розладів (ТР), але й за більшості інших психічних чи соматичних захворювань. Будь-який пацієнт з ознаками патологічно підвищеної тривожності потребує ретельного психіатричного та соматичного оцінювання для виключення легеневих, серцево-судинних, неврологічних або ендокринних патологій.

Вчені виділяють найпоширеніші типи тривожних розладів: генералізований тривожний (ГТР) кваліфікується тривожним занепокоєнням, надмірною неконтрольованою тривогою, напругою, погіршенні сну, втомлюваністю, зниженням концентрації уваги та когнітивних функцій, страхом щодо повсякденних подій і проблем; панічний розлад (ПР) проявляється в неодноразових та раптових нападах тривоги, епізоди сильного страху (панічні атаки), які швидко виникають моментально досягаючи свого піку, проявляються симультанно з соматичними симптомами – посиленням серцебиття, задишкою, парастезії тахікардії, тремору, ознобу, відчутті страху, онімінні, нудоті, запаморочені; соціальний тривожний розлад або соціальна фобія (РСФ) проявляється в інтенсивному страху пильної уваги інших людей, що призводить до уникання соціальних ситуацій, спектр прояву соціальної фобії – від страху публічних виступів чи знайомств з новими людьми до страху споживати їжу або напоїв серед людей; сепараційна тривога (РСТ) характеризується надмірним та стійким занепокоєнням щодо несприятливих, які можуть статися з найважливішими для пацієнта особами, або щодо їх можливої втрати. Тривожні розлади, які є найпоширенішими психічними захворюваннями й характеризуються послідовною коморбідністю, нині досить ефективно піддаються лікуванню,

наразі терапевтичними стратегіями першої лінії – когнітивно-поведінкова психотерапія і медикаментозне лікування сучасними антидепресантами.

Тривожні розлади можуть проявлятися у контамінації між собою і в однієї особи може спостерігатися декілька видів тривожних розладів або поєднуватися з іншими психічними розладами, зазвичай депресивними. А формування депресивних станів тригерується перманентним впливом негативних чинників з якими людина не може впоратись. Депресія може проявлятися як самостійна хвороба або контамінуватися з іншими психічними захворюваннями.

Важливо, що у осіб які хворіють на шлунково-кишкові захворювання, у зв'язку з тривалим перебігом хвороби і пов'язаними з ними обмеженнями з'являються тривожно-депресивні розлади. Такі хворі надмірно вразливі, примхливі, вимагають до себе підвищеної уваги, схильні до експлозивних реакцій.

Отже, актуальність зазначеної теми, поширеність тривожних та депресивних станів серед хворих осіб, а також пошук новітніх підходів до виявлення етіопатогенезу тривожних та депресивних розладів у пацієнтів, які перебувають на лікуванні та після хірургічного втручання зумовило вибір теми нашого дипломного дослідження.

**Об'єкт дослідження** – психоемоційне функціонування тривожно-депресивних осіб.

**Предмет дослідження** – індукуючий вплив кон'юнктурних змін (госпіталізація, хірургічне втручання) на прояв тривожних та депресивних станів у пацієнтів хірургічного відділення.

**Мета дослідження** полягає в теоретичному обґрунтуванні й емпіричній експлікації тривожно-депресивних розладів, що тригеруються індукуючим впливом кон'юнктурних змін (госпіталізація, хірургічне втручання) у досліджуваних хірургічного відділення, що перебувають на лікуванні з гострим панкреатитом та реабілітуються після операційного втручання.

**Гіпотезою дослідження:** стало припущення про те, щокон'юнктурні зміни (госпіталізація, хірургічне втручання) індукуючим впливом тригерують підвищення рівня тривоги та посилення депресивних/субдепресивних станів у пацієнтів хірургічного відділення; у пацієток жіночої статі рівень тривоги може бути вище, ніж у пацієнтів-чоловіків; також екстраполюємо, що серед жінок може бути виявлений субдепресивний або депресивний стан, а серед чоловіків – легкий стан депресивного генезу.

**Завдання дослідження:**

1. Ідентифікувати теоретичні концепти етіопатогенезу тривожних та депресивних розладів.

2. Реалізувати емпірично-діагностичне дослідження видів та рівнів вираженості тривожних розладів у досліджуваних – пацієнтів хірургії, які були госпіталізовані та перебували на лікуванні з гострим панкреатитом і пацієнтів, що реабілітуються після операції

3. Викрісталізувати депресивні стани у респондентів – хірургічного відділення – чоловіків та жінок, які були госпіталізовані та перебували на лікуванні з гострим панкреатитом і пацієнтів післяопераційного втручання.

У процесі дослідження застосовано такі **методи:**

– *теоретичні:* проаналізувати, резюмувати та узагальнити теоретико-методологічних засад досліджуваної проблеми, представлених у науковій літературі;

– *психодіагностичні:* «Скринінг емоційних розладів, пов'язаних із тривогою (SCARED-S); «Методика вимірювання рівня тривожності Тейлора»; «Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга».

– *статистичні:* знаходження середніх величин, процентних співвідношень.

**База дослідження.** Емпірично-діагностичне дослідження проводилося на базі ОКНП «Чернівецька клінічна лікарня». Сукупна вибірка становила 48 осіб середнього віку (від 42 до 63 років) – це досліджувані хірургічного

відділення – чоловічої та жіночої статі. Диференціація сукупної вибірки відбувалась за кон'юктурним критерієм – досліджувані з гострим пахретатитом (26 осіб) та досліджувані післяопераційного втручання (22 особи-).

**Структура та обсяг роботи.** Дипломна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (42 найменування), 5рисунків,3таблиць,3 додатків. Загальний обсяг роботи викладено на 67сторінках, з яких 60 – основний зміст.

# **РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ІНДУКУЮЧОГО ВПЛИВУ КОНЬЮКТУРНИХ ЗМІН НА ПРОЯВ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ПАЦІЄНТІВ В ХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ**

## **1.1. Герменевтичний огляд теоретичних підходів до етіопатогенезу тривожності як психічного розладу особистості**

### **1.1.1. Теоретична експлікація феномену тривожності, як дестабілізуючого психічного стану**

Ефективність індивідуальної (ІСТ) та групової (ГСТ) терапії при пограничному розладі особистості (ПРЛ) було підтверджено емпірично (Giesen-Bloo et al., 2006; Farrellet al., 2009; Reisset al., 2013a; Nadort et al., 2009). Модель СТ є трансдіагностичною. Використання СТ для унікаючого розладу особистості (ПРЛ), соціальної тривожності, розладів харчової поведінки, посттравматичного стресового розладу, нарцисизму, антисоціального розладу особистості, зловживання психоактивними речовинами та інших психічних розладів вивчається та оцінюється на міжнародному рівні. Цей підхід подобається як пацієнтам, так і терапевтам (Spinhoven et al., 2007). Крім того, у СТ з'являється всебільш доказової бази її економічної ефективності під час проведення індивідуальної модальності (ІСТ) (Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009). Проте обмежена доступність спеціалізованої індивідуальної психотерапії, у тому числі СТ, у сучасній економіці охорони здоров'я заважає ширшому застосуванню ІСТ у клінічних умовах. Нами було проведено оцінку ефективності інтегративної програми, що об'єднує ряд сесій ГСТ з обмеженою кількістю сесій ІСТ в інтегративній програмі, з багатообіцяючими результатами (Muste et al., 2009; Reiss et al., 2013a). Комбінування більш регулярних групових сесій СТ зі стратегічно запланованими індивідуальними сесіями може зробити цей перспективний



метод більш доступним для широкого застосування.

Концепція інтегративної та структурованої програми спочатку була розроблена для використання з важкими пацієнтами в умовах стаціонару (Reiss et al., 2013a), але вона може бути реалізована для широкого спектру груп пацієнтів, формату та тривалості лікування. Однією з груп пацієнтів, для яких вона є ідеальною, є люди з розладами особистості або рисами особистісних розладів, люди з хронічними або комплексними психологічними проблемами, люди із множинною історією психічних травм і ті, для яких інші підходи до лікування зазнали невдачі. Як правило, це пацієнти, які потребують більш інтенсивного рівня уваги з боку фахівців у галузі психічного здоров'я, і люди, чия якість життя, на жаль, виявляється дуже низькою. Перевага схема-терапії полягає в тому, що в процесі лікування фахівець впливає на специфічні дезадаптивні схема-режими, а не на конкретні симптоми або діагностичні категорії, тим самим виходячи за межі психіатричних діагнозів; це стає особливо актуальним в умовах змін у діагностичній класифікації. Ця програма може бути реалізована в умовах стаціонара, денного стаціонару та в рамках інтенсивного амбулаторного лікування, а також у загальному амбулаторному лікуванні з різною частотою сесій. Для пацієнтів з укоріненими дезадаптивними стратегіями поведінки, які викликають важкі та іноді небезпечні для життя симптоми, такі як ПРЛ, інтенсивна програма з великою кількістю сесій на початку лікування може стати хорошим стартом для довгострокової терапії. Усі роздаткові матеріали, представлені в цій книзі, можна використовувати під час індивідуального СТ або вибірково в рамках інших моделей психотерапії. Наприклад, експериментальні втручання можуть посилювати когнітивну терапію, заповнюючи прогалину в цьому підході до лікування пацієнтів з розладами особистості та комплексною травмою. Програма керівництва теоретично узгоджується з індивідуальною (Young et al., 2003) та груповою СТ (Farrell, Shaw, 2012). Як і більшість підходів до психотерапії, які виходять за рамки

навчання навичкам, СТ потребує спеціалізованого навчання для відповідності стандартам прихильності та компетентності. Це керівництво було розроблено, щоб зробити ІСТ, ГСТ та їх інтегративну комбінацію доступними для широкого кола психотерапевтів різних теоретичних орієнтацій, включаючи тих, хто працює в інтенсивних умовах, таких як стаціонарні та денні програми терапії. Посібник містить докладну покрокову інструкцію для реалізації інтегративної програми СТ, яка поєднує сесії ІСТ та ГСТ. Програма включає основні компоненти СТ: обмежене батьківство, психоутворення в області СТ, розвиток навичок усвідомленості режимів, управління режимами, а також когнітивні, експериментальні та поведінкові техніки. Може використовуватись у різних діагностичних групах. Програма включає 12 індивідуальних сесій та 42 групові сесії. Кожна сесія описується з точки зору цілей, терапевтичних втручань, порад з управління процесом терапії, прикладів сценаріїв сесій для терапевтів, відповідних інформаційних роздавальних матеріалів, вправ СТ та домашніх завдань. Окремі сесії призначені для того, щоб доповнювати групову роботу з режимами, на які робиться акцент, дозволяючи задовольнити індивідуальні потреби. Як збалансувати індивідуальний та груповий фокус, обговорюється протягом усієї книги. Такий рівень деталізації дозволить початківцям у схема-терапії проводити сесії з упевненістю та ефективно координувати групову роботу з індивідуальною. Це також дозволить більш досвідченим індивідуальним схема-терапевтам ефективно почати проводити групову СТ. Програма – це не жорсткий протокол, а скоріш платформа, що поєднує у собі гнучкість і структуру. Структурований, але гнучкий формат служить ряду цілей: керівництво можна використовувати як докладний план реалізації структурованої, інтегративної програми індивідуальної та групової СТ з більш високою інтенсивністю декількома сесіями в тиждень; як дослідницький протокол для вивчення результатів ефективності психотерапії; також фахівець може вибирати індивідуальні або групові сесії

або їх поєднання для роботи з певними схема-режимами. Терапевти можуть обирати, чи реалізовувати програму повністю або обирати окремі сесії, групові сесії або їх комбінацію відповідно до групи та її потреб.

### **1.1.2. Типи прояву тривожних розладів**

СТ до об'єднання індивідуальних та групових занять. Загальний напрямок та етапи програми лікування викладені тут. У розділі 3 описані основні елементи програми лікування: пацієнти та критерії включення та виключення з програми; терапевти; середовище як фактичний простір, так і багатопрофільна команда для здійснення лікування; тривалість сесій та терапії; та можливі графіки та формати реалізації програми в різних умовах. Групові заняття з компонентів, зі зразками сценаріїв для терапевта та матеріалами для пацієнтів - роздаткові матеріали, групові вправи та домашні завдання. Представлено 12 індивідуальних сесій - з конкретним змістом, прикладами сценаріїв для терапевтів та роздатковими матеріалами. Розділ 6 описує навчання СТ та супервізії, рекомендовані для терапевтів. Проведене рандомізоване клінічне дослідження з коротким описом досліджень, які ведуться на момент написання керівництва, також коротко описано. Ця книга є унікальною в літературі за СТ, оскільки її мета- надати програму, що повністю реалізується. Вона не орієнтована на конкретний розлад. Вона не обмежена одним із способів проведення лікування; вона охоплює як індивідуальну, так і групову СТ. Посилання на статті по СТ як довідкові матеріали для вивчення теорії та фокусування на роботу з конкретними розладами.

Модель, представлена в цьому посібнику, відповідає теорії, компонентам лікування та цілі, представлені в посібнику зі схема-терапії Джефрі Янга (Young et al., 2003). У цьому розділі коротко викладено модель схема-терапії (СТ). Читачеві пропонується звернутися до книги Янга для додаткового вивчення індивідуальної моделі СТ та її застосування. СТ

отримала розвиток завдяки зусиллям Янга (Young et al., 2003) для більш ефективного лікування пацієнтів з розладами особистості, а також тих, хто не відповідав на традиційну когнітивну терапію, або мав рецидив. СТ ґрунтується на об'єднувальній теорії та структурованому та системному підході.

Оскільки СТ є інтегративною терапією, вона частково збігається з іншими моделями психотерапії, такими як когнітивна та психодинамічна психотерапія, теорія об'єктів і гештальт-психотерапія, але не перекривається будь-якою іншою моделлю. Підсумовує модель етіології психопатології, подану СТ. Коли нормальні, здорові емоційні потреби дитини незадовільнюються під час його розвитку, розвиваються дезадаптивні схеми. Дезадаптивні схеми - це психологічні конструкції, які включають у собі уявлення про себе, світ та інших людей, які виникають в результаті взаємодії незадоволених базових емоційних потреб дитини, уродженого темпераменту та раннього оточення. СТ розглядає цю взаємодію з погляду моделі пластичності чи диференціальної сприйнятливості. Схеми складаються із спогадів, тілесних відчуттів, емоцій та переконань, які беруть свій початок у дитинстві та розвиваються протягом усього життя людини.

## **1.2. Теоретичні моделі депресивних розладів**

### **1.2.1. Класифікація видів депресивних розладів**

Багатьма вченими депресія кваліфікується як розлад, для якого характерно втрата інтересу, підвищена втомлюваність та зниження мотиваційної сфери. Модель, представлена в цьому посібнику, відповідає теорії, компонентам лікування та цілі, представлені в посібнику зі схема-терапії Джефрі Янга (Young et al., 2003). У цьому розділі коротко викладено модель схема-терапії (СТ). Читачеві пропонується звернутися до книги Янга для додаткового вивчення індивідуальної моделі СТ та її застосування. СТ

отримала розвиток завдяки зусиллям Янга (Young et al., 2003) для більш ефективного лікування пацієнтів з розладами особистості, а також тих, хто не відповідав на традиційну когнітивну терапію, або мав рецидив. СТ ґрунтується на об'єднувальній теорії та структурованому та системному підході.

Оскільки СТ є інтегративною терапією, вона частково збігається з іншими моделями психотерапії, такими як когнітивна та психодинамічна психотерапія, теорія об'єктів і гештальт-психотерапія, але не перекривається будь-якою іншою моделлю.

Підсумовує модель етіології психопатології, подану СТ. Коли нормальні, здорові емоційні потреби дитини незадовільнюються під час його розвитку, розвиваються дезадаптивні схеми. Дезадаптивні схеми - це психологічні конструкції, які включають у собі уявлення про себе, світ та інших людей, які виникають в результаті взаємодії незадоволених базових емоційних потреб дитини, уродженого темпераменту та раннього оточення. СТ розглядає цю взаємодію з погляду моделі пластичності чи диференціальної сприйнятливості. Схеми складаються із спогадів, тілесних відчуттів, емоцій та переконань, які беруть свій початок у дитинстві та розвиваються протягом усього життя людини.

Критичні ранні прогалини в емоційному навчанні за допомогою надійної прихильності і точного відображення, які призводять до відчуття почуття цінності та гідності, часто вперше. Спочатку терапевт намагається компенсувати дефіцит емоційних потреб пацієнта, задовольняючи їх у рамках відповідних професійних кордонів. Деякі з незадоволених потреб дитинства включають: безпеку, послідовність, валідацію, відповідні та здорові межі. Згодом досвід терапевтичних відносин сприяє тому, що пацієнти навчаються ефективно піклуватися про свої власні потреби і, зрештою, набувають автономії та здорового міжособистісного функціонування. Такий підхід до потреб різко контрастує з більшістю інших

моделей, які фокусуються на надто ранньому самотійному задоволенні потреб пацієнта. СТ оцінює силу режиму здорового дорослого у пацієнта і намагається заповнити прогалини в ранньому емоційному навчанні на початковому етапі, на якому терапевти безпосередньо задовольняють потреби, безпосередньо надаючи новий позитивний досвід. Новий досвід, взаємодії та терапевтичні відносини, що становлять процес задоволення базових емоційних потреб, стають будівельними блоками для режиму здорового дорослого. Табл. 2.3 описує взаємозв'язок між режимом, у якому перебуває пацієнт, незадоволеними в дитинстві потребами та необхідним втручанням терапевта.

Деяка адаптація обмеженого батьківства потрібна при проведенні групової СТ. Вона включає необхідність зосередитися і збалансувати колективні потреби групи, як батько для групи братів та сестер. Групове обмежене батьківство може бути ближчим до досвіду розвитку пацієнтів, якби вони були лише дітьми. Це ближчий збіг з раннім середовищем має потенціал для забезпечення додаткового досвіду чи посилення інтенсивності лікування схеми. У групі потреби задовольняються як терапевтом, так і групою. ДСТ пропонує додаткові можливості для емоційного навчання та соціалізації завдяки цим взаємодіям із членами групи «рідних» та досвіду приналежності до групи «сім'я». Дві з перших і основних завдань терапевта, незалежно від того, працює він в ІСТ або ГСТ - це встановлення зв'язку і безпека. У обох випадках це повинно виходити від терапевта, що повідомляє валідацію, прийняття, симпатію, те, що про вас піклуються і ви значущі, що ви заслуговуєте на довіру, надійні і послідовні. У групі це також завдання терапевта - полегшити зв'язки між пацієнтами, полегшити їх зв'язок один з одним і допомогти розвинути почуття приналежності до групи. Приналежність спочатку виникає і з-за виявлення, що вони поділяють досвід, деякі загальні проблеми і почуття, а також загальний досвід дитинства з незадоволеними дитячими потребами. Згодом приналежність може

розширюватися, оскільки вони обмінюються емоційними переживаннями у групі та розвивають загальні спогади. В інтенсивних умовах з декількома щотижневими груповими зустрічами ми наголошуємо на аспектах групи, які схожі на сім'ю. Ці «поворотні сімейні» ефекти посилюють обмежене батьківство СТ.

Форми приєднання в кожній модальності - зв'язок в ІСТ та приналежність до ГСТ - обидві вимагають безпеки. Безпека та довіра потребують послідовності, відкритості та надійності. У групі вирішальне значення має встановлення чітких основних правил, що стосуються того, як пацієнти належать один до одного, фізичних кордонів, поваги та прихильності, а також забезпечення їх дотримання. Терапевт повинен сказати пацієнтам у групі, що він підтримуватиме їхню безпеку, і поведінка повинна відповідати цій обіцянці. Це означає, що терапевт бере на себе управління конфліктами та зупинку негативних атак, у тому числі атак з використанням режиму (наприклад, поведінка в режимі агресивного задирання). Важливо керувати конфліктами на ранніх сесіях, поки група не матиме сил, щоб реагувати на конфлікти здоровим чином і вирішувати розбіжності або непорозуміння. Група є чудовим місцем для пацієнтів, щоб навчитися вирішувати конфлікти та керувати відносинами під керівництвом терапевта. Також завдання терапевта - структурувати сесії. В обох модальностях це означає, що потрібно пам'ятати мету роботи та мінімізувати відволікаючі фактори. У групі відволікання визначається як щось сказане або піднята тема, яка має мало спільного з тим, де знаходиться решта групи, але не являє собою режимну реакцію.

Як «Хороший батько» груповий схема-терапевт встановлює обмеження для всіх і намагається розглядати всіх пацієнтів як рівних і сприймати їх чесно.

Модель ГСТ також є інтегративною. Вона поєднує в собі аспекти інших форм групової терапії стратегічно і завжди під керівництвом

терапевта(-ів) як «хороших батьків». У табл. 2.4 узагальнено основні моделі групової терапії та їх інтеграцію до ГСТ.

У сесіях ГСТ важливо використовувати групові терапевтичні фактори - універсальність, приналежність, альтруїзм, екзистенційні фактори, корегуючий перегляд досвіду сім'ї, опосередковане вікарне навчання, навчання *in vivo*, використання розширених джерел інформації для роботи з метою та методами СТ. Коротка інструкція щодо завдань терапевта може бути такою: «Проводити групову схему-терапію, а не тільки індивідуальну схему-терапію в групі». В ідеалі, перехід від індивідуальної до групової СТ вимагає як використання потенціалу групи для будь-якої індивідуальної роботи, так і індивідуальної роботи, яка актуальна для всіх. Групові терапевти повинні мати можливість сфокусувати групу для роботи з конкретною людиною, а потім розширити фокус, включивши до неї всіх членів групи. Це вимагає встановлення особистого контакту з іншими членами групи, в той час як основна увага приділяється одній людині. Це може бути зроблено головним чином другим терапевтом, але також терапевтом, який веде роботу, або індивідуальним терапевтом. Модель двох терапевтів, розроблена для ГСТ, детально описана у (Farrel, Shaw, 2012).

### **1.2.2. Особливості та ознаки тривожно-депресивного розладу**

Тривожно-депресивний розлад – одне із найбільших поширених захворювань. грають адаптивну роль у дитинстві (наприклад, з точки зору виживання в ситуації насильства - це породжує більше надії для дітей, якщо вони вважають, що вони є неповноцінними, а не дорослі являються такими). У зрілому віці дезадаптивні схеми є помилковими, нефункціональними та обмежують, хоча вони міцно утримуються і часто не усвідомлюються людиною. Янг (Young, 1990; Young et al., 2003) ідентифікував 18 ранніх дезадаптивних схем. Схеми визначаються індивідуально, зазначаються у



матеріалах пацієнта для групи, розділ «Психоутворення у сфері СТ» (сесії Психоутворення у сфері СТ 1-5). Коли активуються дезадаптивні схеми, виникають інтенсивні стани, описані в СТ як «режими». Режим визначається як поточний емоційний, когнітивний та поведінковий стан, в якому знаходиться людина.

Дисфункціональні режими виникають найчастіше, коли множинні неадаптивні схеми активовані. Визначено чотири основні категорії режимів (табл. 2.2). Вважається, що основні або вроджені дитячі стани (Уразлива дитина, Сердита дитина, Імпульсивна дитина) розвиваються, коли базові емоційні потреби в дитинстві (такі як безпека, турбота чи автономія) не задовольняються належним чином. Ці «дитячі режими» визначаються сильними почуттями, такими як страх, безпорадність чи лють, і містять у собі вроджені реакції дитини.

Дисфункціональні критикуючі режими (караючий або вимагає критик) становлять другу категорію режимів. Дисфункціональні критикуючі режими відображають виборчу інтерналізацію негативних аспектів фігури прихильності (наприклад, батьків, вчителів, однолітків і т. д.) у дитинстві та підлітковому віці. Дезадаптивні копінг-стратегії, третя категорія режимів, визначаються надмірним використанням хворих способів подолання (боротьба-гіпер-компенсація; втеча - уникнення або заморожування - капітуляція). Усі вони мають на меті захистити людину від болю, занепокоєння чи страху. Ці дезадаптивні копінг-стратегії діють поза усвідомленням, і мета СТ полягає в тому, щоб пацієнти дізналися про свої копінг-стратегії та засвоїли більш здорові, більш адаптивні способи подолання емоцій і складнощів. Дезадаптивні копінг-стратегії включають концепцію захисних механізмів, що раніше були відсутні в когнітивній терапії, і дозволяють терапевтам і пацієнтам краще розуміти розлади особистості.

Гіперкомпенсаторні копінг-стратегії містять способи, у яких людина діє проти схеми чи схем, які спрацьовують. Одним із прикладів є режим агресивного задири, в якому людина, яка зазнає біль в результаті схеми, приймає відповідні заходи, викликаючи біль. Унікаюча копінг-стратегія включає фізичне, психологічне та соціальне усунення та уникнення. Режимми уникнення включають Відстороненого захисника - режим, який може проявлятися різними способами від відчуття, що людина «витає в хмарах» або на короткий час втрачає фокус взаємодії серйозної дисоціації. Цей режим дуже часто присутній, коли пацієнти починають терапію, оскільки він захищає режим вразливої дитини від поглинаючого страху або хворобливих відчуттів. Капітуляція- це третя копінг-стратегія, і вона є капітуляцією або відмовою від опору існуючій схемі. Наприклад, якщо запускаюча схема є схемою дефективності, капітуляцією буде прийняття того, що ви дефектні і ведете себе відповідно: ніколи не кидайте виклики, намагайтеся не показувати себе некомпетентними. У четвертій категорії – «Здорові та функціональні режими», «Здоровий дорослий» та «Щаслива дитина».

Режим «Здоровий дорослий» включає передбачає функціональні думки і поведінку, а також навички, необхідні для функціонування в дорослому житті. Режим «Щаслива дитина»- це ресурс для веселих і приємних занять, особливо при соціальній взаємодії. Багатьом пацієнтам не дозволяли грати чи не заохочували ці заняття, тому вони втрачали можливість зрозуміти, що вони люблять, а що - ні, і брати участь у наших ранніх соціальних взаємодіях з однолітками. Здорові режими, як правило, сильно недорозвинені у пацієнтів з розладами чи особливостями особистості. Режимми часто запускаються подіями, які пацієнти сприймають як дуже емоційні. Режимми можуть швидко переключатися у пацієнтів, які страждають на тяжкі розлади особистості, що призводить до раптових змін у поведінці або зовні непропорційних реакцій, які є одним із джерел міжособистісних труднощів пацієнтів емоційної та поведінкової нестабільності.

### **1.3. Психосоматична картини особистості з шлунково-кишковими розладами**

Основні функції, психологічної картини, шлунково-кишкового тракту – поглинання і виділення і ці функції у перербувають в певній кореляції з оточуючим людини світом, пов'язані з емоційним станом людини, стосунками з іншими людьми і зовнішнім життєвим простором. Режими також можуть залишатися жорстко закріпленими, як у багатьох унікаючих пацієнтів.

Загальні негативні реакції у відповідь - агресія, ворожість, маніпуляція, експлуатація, домінування, пошук визнання, пошук стимуляції, імпульсивність, зловживання психоактивними речовинами, підпорядкування, залежність, надмірна впевненість у собі, компульсивність, придушення, психологічна відстороненість, соціальна ізоляція та ситуаційне та емоційне уникнення - можна розуміти в термінах режиму. Симптоми розладу особистості можуть бути описані та зрозумілі з точки зору роботи режимів. Одним із прикладів є концептуалізація в СТ прикордонного розладу особистості (ПРЛ). Страх покинутості описує емоційний стан режиму вразливої дитини.

Сильний гнів, іноді супроводжується неконтрольованими виразами гніву, виникає в режимах «Сердита дитина» та «Імпульсивна дитина». У режимі «Імпульсивної дитини» реалізуються дії, які можуть завдати шкоди іншим, а також стати джерелом самоушкодження. Дисфункціональні критикуючі режими є ще одним джерелом самоушкоджуючої поведінки у випадку, коли людина вважає, що заслуговує на покарання або є повним невдахою, припустившись помилки. Критикуючі режими також можуть бути джерелом спроб самогубства, оскільки вони вбивають будь-яку надію, а критичні міркування прирікають пацієнта на страждання та почуття марності. Режим Відстороненого захисника також може бути причиною

самоушкодження, особливо порізів або опіків шкіри, щоб щось відчути. Режим «Відсторонений захисник» пояснює відчуття порожнечі, яке може бути нестерпним і може призвести до спроб самогубства. Якщо ви відірвані від своїх почуттів, центральній частині того, хто ви є, ваша особа не буде стабільною. Перемикання режимів пояснює деякі з емоційних реакцій, що спостерігаються у пацієнтів з ПРЛ, і, отже, їх нестабільні відносини з іншими.

Інші розлади особистості та психологічні проблеми можна також легко описати в термінах режиму, надаючи зручний для користувача, зрозумілу мову для пацієнтів та мішені для психотерапевтичного втручання для терапевтів. Мова режимів фокусується більше на можливості навчання, а не на психопатології, даючи пацієнтам надію на зміни.

Янг (Young et al., 2003) резюмує основні цілі терапії, які полягають у тому, щоб допомогти пацієнтам змінити дисфункціональні моделі життя та задовольняти свої базові емоційні потреби за межами терапії шляхом зміни схем та режимів. Цілі СТ виходять за рамки навчання поведінкових навичок і включають фундаментальну роботу зі зміни особи. Ця зміна концептуалізується із зменшенням інтенсивності дезадаптивних схем, які запускають недомодульовані або надмірномодульовані стани емоцій та дій, які називають режимами. Запуск цих напружених станів розглядається як перешкоджаючі для використання пацієнтами адаптивних копінг-стратегій або міжособистісних відносин, які дозволили б їм реалізувати свій потенціал та покращити якість свого життя. З погляду кожного типу режиму, цілі можуть бути визначені як:

*Посилити режим «Здоровий дорослий», щоб пацієнт міг:*

1. Дбати про себе в режимі Вразливої дитини. Компетенція здорової дорослої людини доступна, коли виникає страх, смуток або самотність, які відображають незадоволені дитячі потреби.

2. Перебудувати та замінити дезадаптивні копінг-стратегії. Наприклад, вміти відчувати емоції, коли вони виникають, спілкуватися з іншими і висловлювати свої потреби. Вибір копінг-стратегії здійснюється з урахуванням потреб людини та реальної ситуації, в якій вона знаходиться.

Змінити поведінку в режимі «Сердита / Імпульсивна дитина» на більш відповідні та навчити більш ефективним способам вираження емоцій і потреб - наприклад, здатність висловлювати свої потреби як наполегливий дорослий, а гнів - здоровим чином.

Конфронтувати і вигнати караючий критика. Позбутися суворого внутрішнього критика, замінивши його здатністю мотивувати себе здоровим позитивним чином, приймати свої помилки і, при необхідності, виправляти їх. Модерувати режим вимогливого критика, щоб мати реалістичні очікування і стандарти. Ми додаємо п'яту мету.

Вивільнити режим Щасливої дитини, щоб пацієнт міг досліджувати навколишнє середовище, дізнатися про те, що приносить йому/ їй радість життя, і міг би грати та отримувати задоволення. СТ підходить до цих цілей поетапно. Етапи та цілі кожного з них можна підсумовувати як: Зв'язок та емоційне регулювання: лікування Вразливої дитини; обходження дезадаптивних копінг-стратегій; регуляція афекту та розвиток копінг-стратегій. Зміна схема-режимів: боротьба з режимами карального та вимогливого критика; переорієнтація Сердитої та Імпульсивної дитини; встановлення кордонів; подолання криз. Автономія: індивідуалізація: дотримання природних схильностей; розвиток здорових відносин; поступове завершення з можливістю контакту.

## **РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ІНДУКУЮЧОГО ВПЛИВУ КОН'ЮНКТУРНИХ ЗМІН НА ПРОЯВ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ПАЦІЄНТІВ ХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ**

### **2.1. Організаційно-методичні засади емпіричного дослідження: характеристика вибірки та методів дослідження**

Мета дослідження - апостеріорне визначення депресивних та тривожних проявів актуалізованих індукуючим впливом кон'юнктурних змін у пацієнтів хірургічного відділення, які лікуються від гострого панкреатиту або реабілітуються після операційного втручання.

Досягнення нашої мети стало можливим шляхом перевірки гіпотези про те, що кон'юнктурні зміни індукуючим впливом триггерують підвищення рівня тривоги і посилення депресивних та субдепресивних станів у пацієнтів хірургічного відділення; у пацієнок-жінок рівень тривоги достатньо високий (або середній з тенденцією до високого) на відміно пацієнтів-чоловіків (середній з тенденцією до низького або низькій); можна припустити, що серед жінок є можливість виявлення субдепресивного або депресивного станів, а серед чоловіків – достатньо легкий стан депресії невротичного або ситуативного генезу; панічний розлад (ПР) – може бути виявлений як у жінок так і у чоловіків; розлад сепараційної тривоги та генералізований тривожний розлад (РСТ, ГТР) – більше притаманний жінкам, ніж чоловікам.

Емпіричне дослідження проводилося протягом дев'яти місяців та складалося з декількох етапів.

**Першим етапом дослідження** було виокремлення проблеми, вивчення теоретичних напрацювань з деяких дискурсів теми дослідження, розуміння передумов виникнення депресивних та тривожних розладів у хворих, які хворіють на шлунково-кишкові захворювання.

На другому етапі дипломної роботи було проведено емпіричне дослідження, основою для якого стала сукупна вибірка в 48 осіб середнього віку (від 42 до 63 років) – пацієнти хірургічного відділення – жінки та чоловіки. Окрім цього, така вибірка була диференційована за критерієм кон'юнктурних змін на субвибірки – пацієнти, що були госпіталізовані та перебували на лікуванні з гострим панкреатитом та пацієнти післяопераційного втручання.

В процесі емпіричного дослідження були застосовані такі методики: «Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга»; «Методика емоційних розладів, що пов'язані з тривогою (SCARED-S); «Методика вимірювання рівня тривожності Тейлора».

#### **Методика диференційної діагностики депресивних станів В. Зунга.**

Така методика була розроблена на основі діагностичних критеріїв депресивних станів та моніторингу опитування пацієнтів з депресивним розладом. Оцінка ступеню тяжкості депресії згідно цієї методики проводиться з урахуванням самооцінки самого пацієнта. Чутливість шкали вимірювання депресії підтверджена порівнянням результатів тестування хворих з депресивним та недепресивним станом, до терапії та після, а також груп пацієнтів, які відрізняються за віком, статтю, рівнем освіти, матеріальним та соціальним станом.

Опитувальник розроблений для діагностики депресивних станів і станів, які наближені до депресії для скринінг-діагностики при масових дослідженнях і з метою долікарської діагностики. При обробці результатів тестування оцінка проводиться за семи факторами, які містять симптоми, що відображають почуття душевної спустошеності, загальні соматичні та специфічні соматичні симптоми, розлад настрою, суїцидальні думки та дратівливість/нерішучість, симптоми психомоторних порушень.

Ця методика містить 20 тверджень, в яких потрібно визначити, як людина себе відчуває за чотирибальною шкалою (1 – «ніколи», 2 – «іноді», 3 –

«часто», 4 – «постійно»). Сирібали, отримані респондентом на підставі “прямих” і “зворотніх” відповідей сумуються, і переводяться в шкальну за формулою. Всі шкальні оцінки поділяються на чотири діапазони: діапазон 1 – нижче 50 балів – особи, в яких на момент дослідження не знижений настрій, діапазон 2 – від 51 до 59 балів – чітко виражене зниження настрою, але не значне, діапазон 3 – від 60 до 69 балів – настрій значно знижений, діапазон 4 – вище 70 балів – значне або глибоке зниження настрою, що являється субдепресією або депресією.

### **Скринінг емоційних розладів, пов'язаних із тривогою (SCARED-S).**

Ця методика була використана нами для дослідження видів тривожних розладів. Шкала містить 41 твердження і має триваріантні відповіді. Проходячи цей тест потрібно відзначити відповідь, яка найбільш точно визначає самопочуття протягом певного часу. За кожну відповідь «Дуже/часто» нараховується 2 бали, «Трохи/іноді» 1 бал, «Ні/Ледь-ледь» - 0 балів. Сумуючи всі бали усіх тверджень дозволяє нам виокремити наявність тривожного розладу у хворих. Крім того, сумуючи бали в деяких пунктах даного опитувальника може виявити наявність у досліджуваного достатньо виражених соматичних симптомів тривоги, генералізованого тривожного розладу, розладу сепараційної тривоги та присутність панічного розладу.

**На останньому третьому етапі дипломного дослідження** були проаналізовані емпіричні дані, виведені апостеріорні результати видів та рівнів виявленості тривожних розладів та депресивних станів у пацієнтів хірургічного відділення – жінок та чоловіків, які були госпіталізовані і перебували на лікуванні з гострим панкреатитом та пацієнтів, які реабілітуються після операційного втручання.



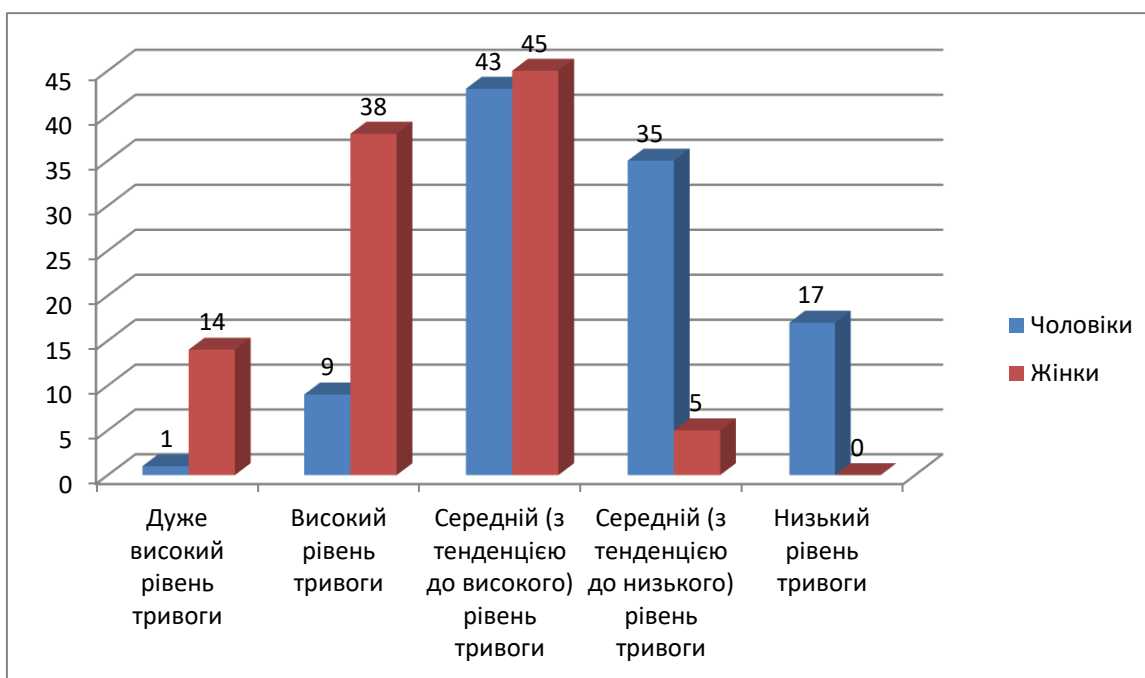
## **2.2. Апостеріорні результати дослідження особливостей кон'юнктурних змін (госпіталізація, хірургічне втручання) на прояв тривожних та депресивних станів у пацієнтів хірургічного відділення**

### **2.2.1. Особливості прояву рівнів тривоги у пацієнтів хірургічного відділення – чоловіків і жінок, які лікуються від гострого панкреатиту та пацієнтів післяопераційного втручання**

Була проведена інтерпретація результатів діагностичного дослідження індикації рівнів тривогиміж досліджуваних пацієнтів хірургічного відділення – жінок та чоловіків диференційованих з сукупної вибірки на субвибірці за таким критерієм: пацієнти, що були госпіталізовані і перебували на лікуванні в лікарні з гострим панкреатитом, серед яких 25 пацієнтів – 11 чоловіків та 14 жінок, і пацієнти післяопераційного втручання – 35 досліджуваних - 17 чоловіків, 18 жінок.

«Методика вимірювання рівня тривожності Тейлора» була використана для апостеріорної індикації рівнів тривоги серед сукупної вибірки.

Отже, за даною методикою в процесі аналізу виявлення інформативних показників, серед респондентів-пацієнтів хірургічного відділення, які лікуються від гострого панкреатиту, за критерієм статі подано на рис. 2.1. Було виявлено, що серед 27 опитаних респондентів – наявні суттєві відмінності та певні рівні тривоги.



*Рис. 2.1. Показники рівнів тривоги серед пацієнтів хірургічного відділення – чоловіків та жінок, які лікуються від гострого панкреатиту (у%)*

Значно високі відсоткові показники, серед двох субвибірок жінок і чоловіків було виявлено за показником «середнього рівня тривоги з тенденцією до високого»: 45% - у жінок, 43% - у чоловіків. Показники за параметром «високий рівень тривоги» визначені серед 38% досліджуваних жінок, які перебувають на лікуванні, а серед чоловіків такий параметр прослідковується тільки у 9% хворих.

Проте, серед чоловіків, а саме 35%, достатньо високі показники «середнього рівня тривоги з тенденцією до низького» ніж у жінок-пацієнтів. У них такий параметр виявлений тільки у 5% хворих.

Вбачаються суттєві відмінності між обома субвибірками за параметром «низький рівень тривоги», який підтвердився тільки у 17% чоловіків, а у жінок такий рівень тривоги зовсім відсутній.

Як вбачається за результатами нашого дослідження, прослідковується диференційна тенденція за критерієм статі: у 50% вибірки жінок, прослідковується високий і дуже високий рівні тривоги, а у чоловіків тільки

8% з високим рівнем тривоги, але низький рівень тривоги вбачається тільки у чоловіків або середній з тенденцією до низького, теж у половини хворих.

Інформативні параметри розподілу показників індикації рівнів тривоги серед субвибірки пацієнтів чоловіків і жінок хірургічного відділення післяопераційного втручання та за критерієм статі подано на рис. 2.2., – 35 особа (17 чоловіків і 18 жінок).

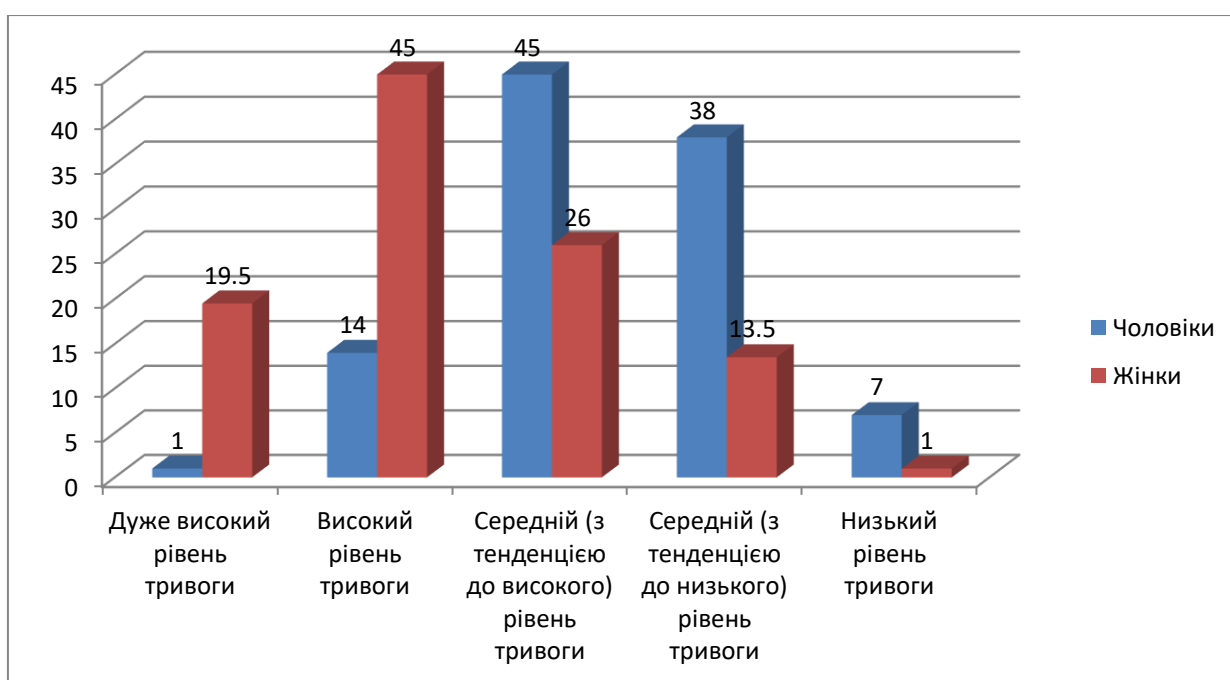


Рис. 2.2. Показники рівнів тривоги серед пацієнтів хірургічного відділення – чоловіків та жінок, післяопераційного втручання (у%)

Порівняльний аналіз рівнів тривоги серед досліджуваних респондентів двох субвбірок за критерієм кон'юктурних змін (пацієнти, що перебували на лікуванні з гострим панкреатитом та пацієнти післяопераційного втручання) та за критерієм статі представлений у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

**Порівняння рівнів тривоги серед двох субвбірок за  
кон'юктурним критерієм (пацієнти, що лікувалися від гострого  
панкреатиту та пацієнти післяопераційного втручання та за статтю  
(у %)**

Рівні тривоги	Пацієнти, що лікуються від гострого панкреатиту		Пацієнти післяопераційного втручання	
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки
Дуже високий	–	12	–	17
Високий	6	35	12	42
Середній з тенденцією до високого	40	42	41	21
Середній з тенденцією до низького	34	6	37	12,5
Низький	14	–	5	–

Значущу роль в психо-емоційній сфері відіграють гормони. Жінки від чоловіків відрізняються наявністю менструальної функції, що обумовлює циклічне вивільнення гормонів. Але за порушень оваріального циклу проявляється схильність до розвитку тривожності та депресій. Є припущення, що причиною змін емоційної сфери виявляється не загальний рівень гормонів, а індивідуальні перепади, враховуючи факт, що досліджувані хворі підлягають впливу кон'юктурних змін, які викликають стрес і значний зріст кортизолу, що детермінує високий рівень тривожності. Не зважаючи на це передклімактеричний період пов'язаний з достатньо високим ризиком розвитку тривожних розладів та змінів настрою[38].

### **2.2.2. Індикація тривожних розладів у досліджуваних хірургічного відділення – чоловіків і жінок, що лікуються від гострого панкреатиту та у досліджуваних післяопераційного втручання**

На цьому етапі була наведена інтерпретація результатів діагностичного дослідження визначення видів тривожних розладів серед досліджуваних пацієнтів хірургічного відділення – жінок та чоловіків диференційованих з сукупної вибірки за критерієм кон'юнктурних змін. «Скринінг емоційних розладів, пов'язаних із тривогою (SCARED-S)» - ця методика була використана нами для ідентифікації виду тривожного розладу серед сукупної вибірки хворих, що дало змогу виявити наявність чи відсутність тривожних розладів таких як: панічного розладу та виражених соматичних симптомів тривоги (ПР), розладу сепараційної тривоги (РСТ) та соціальну фобію (РСФ), генералізованого тривожного розладу (ГТР).

Так в процесі аналізу визначення інформативних показників за цією методикою, серед субвибірки пацієнтів хірургічного відділення, які перебувають на лікуванні за критерієм статі (див. рис. 2.3.), прослідковується, що серед 29 опитаних респондентів – жінок та чоловіків виявлені суттєві розбіжності по неідентифікованих розладах та несуттєві по ідентифікованих.

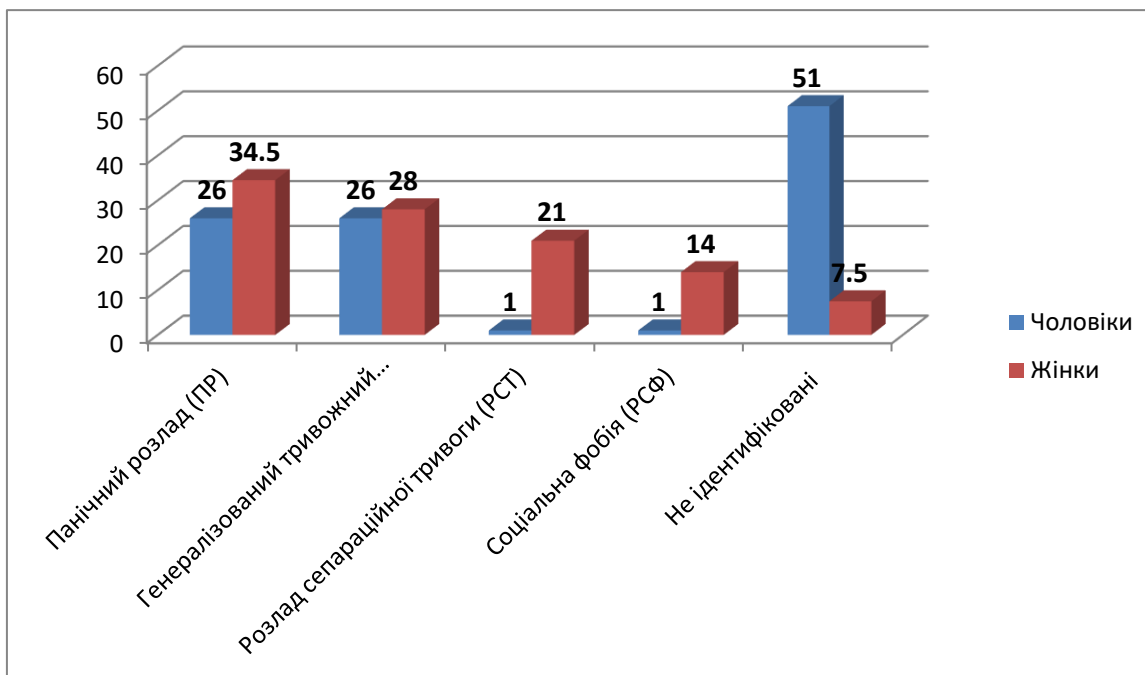


Рис. 2.3. Ідентифікація видів тривожних розладів серед пацієнтів хірургічного відділення – чоловіків та жінок, що лікуються від гострого панкреатиту (у%)

За результатами нашого дослідження переважної більшості пацієнтів-чоловіків (51%), які перебувають на лікуванні, не було виявлено жодного з тривожних розладів на відмінно жінок, у яких цей показник значно відрізняється - 7,5% жінок не мають тривожних розладів.

Проте, панічний розлад (ПР) та достатньо виражені симптоми тривоги були виявлені як у чоловіків так і у жінок з незначною відмінністю: жінок з панічним розладом більше – (34,5%), а чоловіків, дещо менше – (26%).

Майже в рівномірному відсотковому співвідношенні прослідковується генералізований тривожний розлад (ГТР): чоловіки – 26%, жінки – 28%.

Розлад сепараційної тривоги (РСТ) прослідковується тільки у 21% жінок даної субвибірки, в той час як цей розлад був діагностований лише у 1% чоловіків.

Соціальна фобія (СФ) прослідковується в переважній кількості у жінок – (14%), а у чоловіків цей вид тривоги притаманний лише 1% досліджуваних хворих.

Інформативний розподіл відсоткових даних визначення виду тривожного розладу міжпацієнтами хірургічного відділення післяопераційного втручання відповідно до статі відображено на рис. 2.4.і, було виявлено, що серед 32 осіб опитаних хворих-респондентів – чоловіків та жінок, були виявлені значні відмінності по неідентифікованих розладах та несуттєві по ідентифікованих.

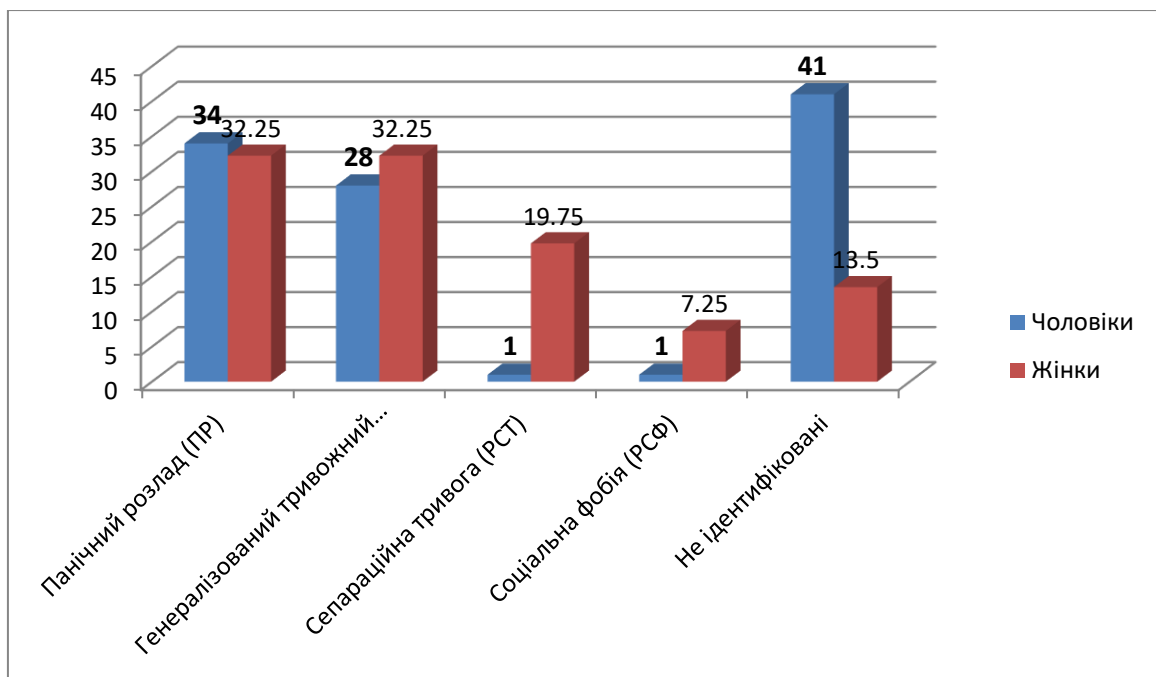


Рис. 2.4. Індикація тривожних розладів серед пацієнтів хірургічного відділення – чоловіків та жінок післяопераційного втручання (у%)

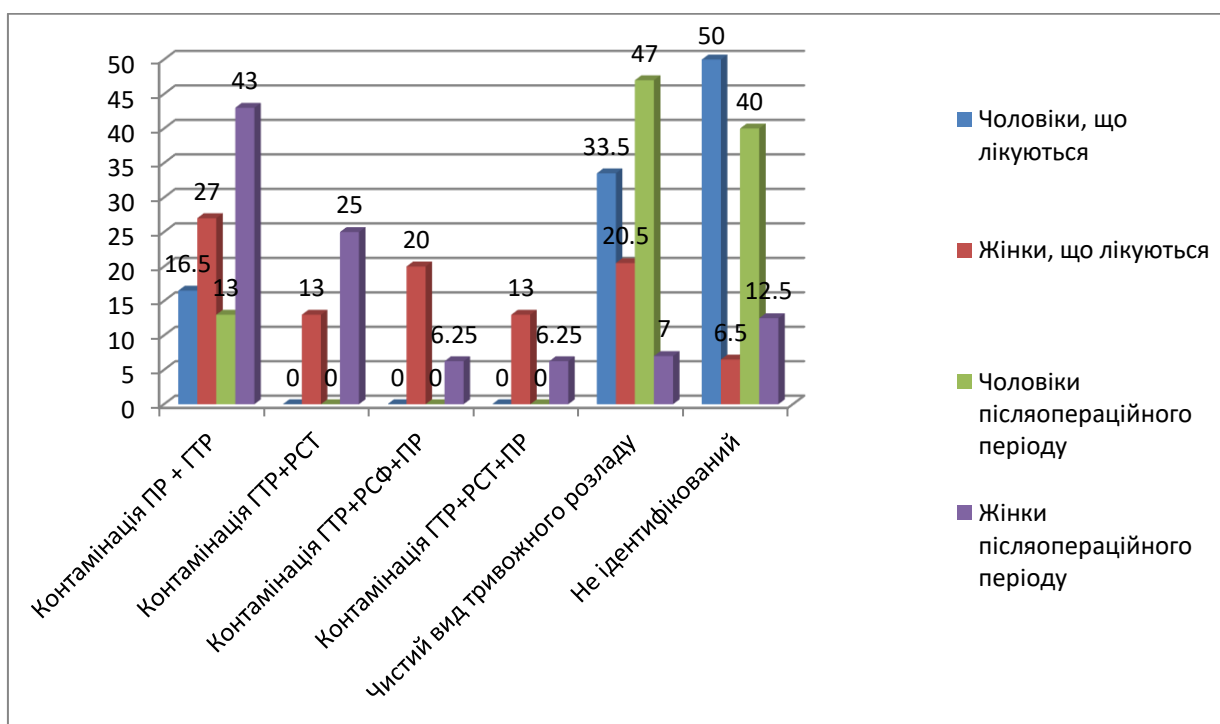
Як вбачається з результатів дослідження, переважної кількості пацієнтів післяопераційного втручання - 41%, не ідентифіковано жодного з тривожних розладів, у той час як у жінок такий показник набагато нижче - 13,5% жінок даної субвибірки відсутні тривожні розлади.

У досить великій кількості пацієнтів даної субвибірки було ідентифіковано панічний розлад (ПР) чоловіки – (34%) жіноки – (32,25%).

Такий самий відсотковий розподіл, як і при панічному розладі, було виявлено серед жінок з генералізованим тривожним розладом (ГТР) – (32,25%) а у чоловіків такий показник нижче – (28%).

Значна різниця в показниках між пацієнтами жінками і чоловіками. В них діагностовано по двох тривожних розладах: по розладу сепараційної тривоги (РСТ) який притаманний тільки жінкам – (19,75%) пацієток і серед чоловіків – (1%). Так само як і розлад соціальної фобії (РСФ) який виявлений у жінок – (7,25%), серед чоловіків даної субвибірки - (1%).

Параметри розподілу відсоткових даних виявлення співвідношення чистих видів тривожних розладів і їх контамінації серед досліджуваних пацієнтів хірургічного відділення (диференційованих за критерієм статі) – жінок та чоловіків, які перебувають на лікуванні та пацієнтів післяопераційного втручання відображено на рис. 2.5.



2.5. Види тривожних розладів та їх змішання серед хворих – чоловіків та жінок, що лікуються від гострого панкреатиту та післяопераційного втручання (у %)

Виходячи з вищезазначених даних найвищі показники контамінованих тривожних розладів серед хворих обох субвбірок чоловіків (пацієнти, які перебувають на лікуванні та субвбірка пацієнтів післяопераційного втручання) виявляються за параметром неідентифікованих тривожних розладів майже в однакових пропорціях. Були визначені наступні показники



видів тривожних розладів: у 50% чоловіків, які знаходяться на лікуванні, та у 40% чоловіків післяопераційного втручання – не було виявлено жодного тривожного розладу. В той час як у жінок цей показник значно нижчий, а точніше у жінок післяопераційного втручання, не було діагностовано тривожних розладів серед 13% пацієток та 7% респонденток-жінок, які перебувають на лікуванні.

Але у досить великій кількості чоловіків післяопераційного втручання, були виявлені чисті розлади: панічний (ПР) – у 27% респондентів та генералізований тривожний (ГТР) – у 20% респондентів, а тривожний розлад у поєднанні панічного (ПР) та генералізованого тривожного (ГТР) розладів, виявлений тільки серед 13% респондентів чоловіків післяопераційного втручання.

Дуже високі показники були виявлені в цьому поєднанні (панічного розладу (ПР) та генералізованого тривожного (ГТР)) серед респонденток-жінок післяопераційного втручання, а саме у 43% пацієток. Ця контамінація у достатньо більшій пропорції, була виявлена серед пацієток-жінок, які перебувають на лікуванні, а це 27%, що відрізняється від показників чоловіків. Що стосується чоловіків, то у них поєднуються тривожні розлади панічного (ПР) та генералізованого (ГТР) значно менше, а саме: це зустрічається серед 16,5% респондентів-чоловіків, які знаходяться на лікуванні та у 13% досліджуваних-чоловіків післяопераційного втручання.

Також досить високі показники – 33,5% виявляються у чоловіків, які перебувають на лікуванні, в однаковій мірі – (панічний розлад) – у 17% та по генералізований тривожний (ГТР), у 17% респондентів, по чистим видам тривожних розладів.

Інші види контамінованих тривожних розладів діагностуються тільки між пацієток-жінок двох субвибірок, в той час як серед чоловіків зовсім не проявляються. Тож високі показники – 25% пацієток післяопераційного втручання, було виявлено за контамінацією тривожних розладів – розладу

сепараційного тривоги (РСТ) та генералізованого тривожного (ГТР) серед 13% жінок, які перебувають на лікуванні.

Досить високий рівень відсоткових даних серед хворих, а це 20% жінок, які перебувають на лікуванні, виявляється контамінація декількох видів тривожних розладів: генералізований тривожний (ГТР), панічний розлад (ПР) та розлад соціальної фобії (РСФ). Така комбінація видів тривожних розладів, але зі значно нижчими відсотками даних, зустрічається і серед жінок післяопераційного періоду – 6,25%.

Така ж сама кількість респонденток-жінок післяопераційного періоду в яких діагностується контамінація тривожних розладів: генералізованого тривожного (ГТР), панічного розладу (ПР) та розладу сепараційної тривоги (РСТ). Проте цей показник значно вищий і діагностується серед 13% серед жінок, які перебувають на лікуванні.

Можна порівняти і зробити аналіз співвідношення чистих видів тривожних розладів з контамінованими варіантами між досліджуваних пацієнтів обох субвбірок за критерієм кон'юнктурних змін та за критерієм статі, який представлений у таблиці 2.2.

Отже, як прослідковується за результатами дослідження, у переважній кількості чоловіків тривожних розладів не ідентифіковано, не зважаючи на те, що вони перебувають на лікуванні або реабілітуються післяопераційного втручання. Можна помітити, що у незначній кількості чоловіків обох субвбірок виявлена контамінація двох тривожних розладів: генералізованого тривожного (ГТР) та панічного (ПР). В інших пацієнтів чоловіків прослідковуються види тривожних розладів в чистому виді, що може обумовити кон'юнктурні зміни, критичну ситуацію в їх житті.

Що стосується жінок, то серед обох субвбірок було визначено більше контамінацій тривожних розладів таких як: панічний (ПР) з генералізованим тривожним (ГТР), генералізований тривожний (ГТР) з розладом соціальної

фобії (РСФ), генералізований тривожний (ГТР) з розладом сепараційної тривоги (РСТ) та панічним розладом (ПР), а також панічним розладом (ПР) з генералізованим тривожним (ГТР) з розладом сепараційної тривоги (РСТ). Слід зауважити, що нещодавно вчені вважали: сепараційна тривога (РСТ) притаманна тільки дітям, коли вони мають страх ситуацій залишитися без батьків та переживання з цього приводу. Але, як демонструють останні дослідження, є люди (переважно жінки), які мають розлад сепараційної тривоги, бояться розлучатися з близькими, вони постійно переживають, що з об'єктами їх прив'язаності щось станеться жахливе.

Такі апостеріорні результати, як ми вважаємо, можуть бути обумовлені відмінностями в хімічному складі мозку жінок та чоловіків, а саме гормональними коливаннями. У жінок репродуктивні події супроводжуються гормональними змінами. Такі зміни корелюють з тривожністю. В період вагітності збільшення кількості естрогену і прогестерону підвищує ризик обсесивно-компульсивного розладу, який проявляється відповідними емоційними реакціями та повторюванні тривожних думок. Також прослідковується, що тривожні розлади можуть контамінуватися, це проявляється в симптоматиці декількох розладів, а воно негативно впливає на якість життя людини.

Крім біологічних механізмів, чоловіки та жінки по-різному сприймають події та реагують на них. Жінки більше схильні до стресу ніж чоловіки, що достатньо підвищує ризик виникнення тривожних розладів. Жінки та чоловіки по-різному підходять до того, як треба справлятися зі стресовими ситуаціями. Представниці слабкої статі, які зіткнулися зі стресовою ситуацією, здебільшого розмірковують над нею та емоційно її переживають, у той час коли чоловіки віддають перевагу активним діям, сфокусованим на проблемі.

### 2.2.3. Апостеріорні результати прояву депресивних станів у досліджуваних хірургічного відділення – чоловіків та жінок, які лікуються від гострого панкреатиту та у пацієнтів післяопераційного втручання

Була наведена інтерпретація результатів діагностичного дослідження міривиявленості депресивних та субдепресивних станів між пацієнтами хірургічного відділення (чоловіки та жінки) за критерієм кон'юнктурних змін (госпіталізовані пацієнти, які перебували на лікуванні та пацієнти післяопераційного втручання).

«Методика диференційної діагностики депресивних станів В. Зунга» була нами застосована для апостеріорної експлікації ступеню виявленості депресивних та субдепресивних станів.

За критерієм статі аналіз виявлення інформативних показників ступеню виявленості субдепресивних та депресивних станів, за даною методикою, серед субвибірки пацієнтів, які перебувають на лікуванні, відображено на рис. 2.6.

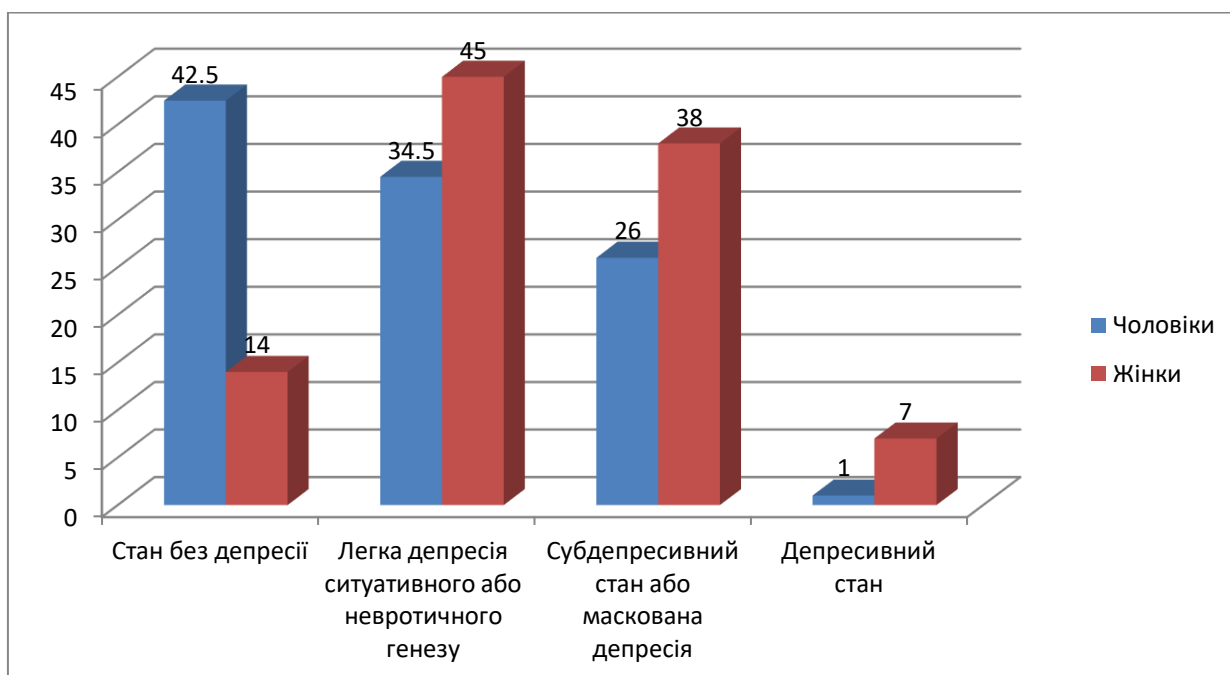


Рис. 2.6. Ступінь вираженості депресивних та субдепресивних станів серед досліджуваних хірургічного відділення – чоловіків та жінок, які лікуються від гострого панкреатиту (у%)

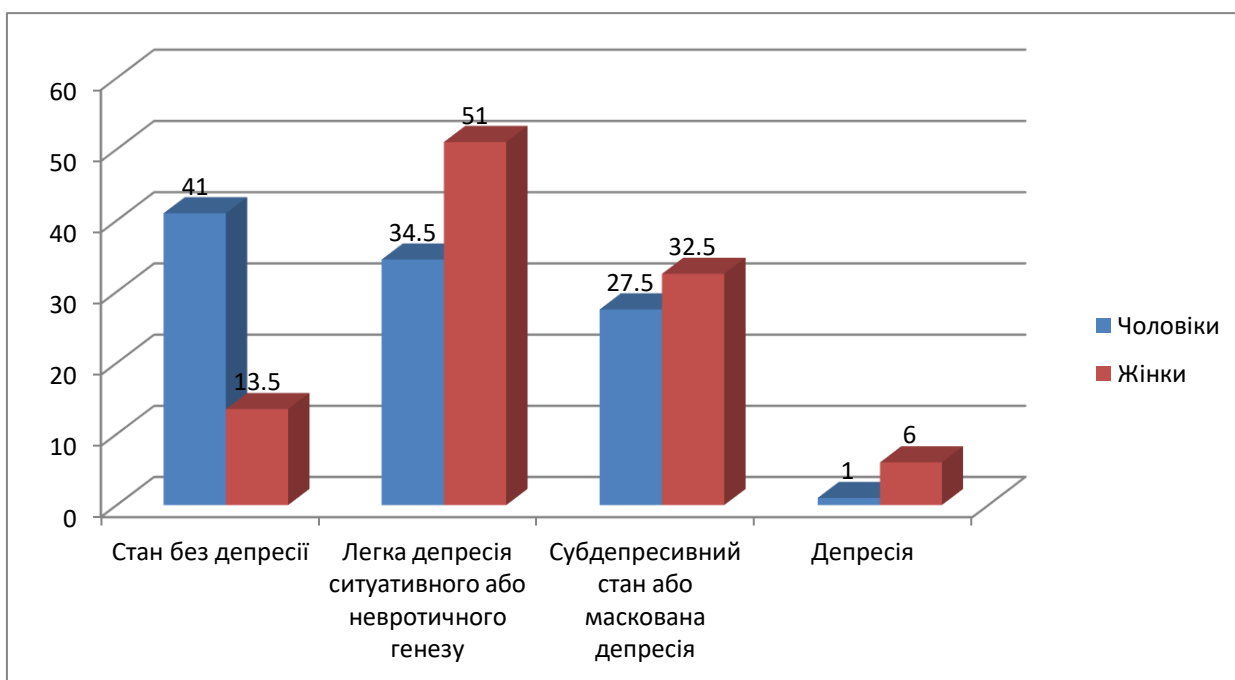
За результати дослідження вбачається: переважна більшість жінок, які знаходяться на лікуванні— 45% хворих, виявляється легка депресія ситуативного або невротичного генезу. Такий показник дещо нижчий серед пацієнтів-чоловіків на відміну від жінок – (33,5%) даної субвибірки.

Значно високі показники серед респондентів-чоловіків виявлені по шкалі «стану без депресії» – 41,5%, що значно нижче ніж у жінок в яких стан без депресії, виявлений тільки серед 14% хворих.

Також, серед пацієток-жінок достатньо високий показник спостерігається за шкалою «субдепресивного стану або маскованої депресії» – 38% респондентів, в той час як у чоловіків такий стан діагностовано тільки серед 26% респондентів.

Важкий стан депресії виявлений тільки серед жінок –6% респонденток, коли у чоловіків такий стан не прослідковується взагалі.

За критерієм статі можна проаналізувати визначення інформативних показників ступеню виявленості депресивних та субдепресивних станів, серед субвибірки респондентів після операційного втручання рис. 2.7.



*Рис. 2.7. Ступінь вираженості депресивних та субдепресивних станів серед досліджуваних хірургічного відділення – чоловіків та жінок, після операцій (у%)*

За результатами діагностичного дослідження серед пацієнтів післяопераційного втручання вбачаються дуже високі показники: у половини пацієнок-жінок – 51% виражена легка депресія ситуативного або невротичного генезу. У чоловіків, також проявляється ситуативна депресія - 34, 5% респондентів, що значно нижче, ніж у жінок.

Але виявлені високі показники серед чоловіків- респондентів за шкалою «стану без депресії» – 41%, коли у жінок він значно нижчий - 12, 5% пацієнок.

Деяко зависокі показники серед жінок виявлені за шкалою «субдепресивного стану або замаскованої депресії» – 32,5% жінок- респонденток, коли серед чоловіків такий стан проявляється у 27, 5% досліджуваних.

Такий розподіл показників за шкалою «важкого стану депресії» відповідає розподілу попередньої субвибіркі та проявляється в незначному відсотковому співвідношенні серед жінок – 7% респонденток, у чоловіків - 1% респондентів.

Можна порівняти аналіз ступеню виявленості депресивних та субдепресивних станів обох субвибірок за критерієм кон'юнктурних змін та за критерієм статі, таблиця 2.3.

Таблиця 2.3.

**Порівняльний аналіз ступеню виявленості депресивних та субдепресивних станів обох субвибірок за критерієм кон'юнктурних змін та за критерієм статі (у %)**

Вираженість депресивних та субдепресивних станів	Пацієнти, що лікуються від гострого панкреатиту		Пацієнти післяоперацій	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Стан без депресії	42,5	14	4	13,5
Легка депресія ситуативного або невротичного генезу	34,5	45	34,5	51
Субдепресивний стан або маскована депресія	26	38	27,5	32,5
Депресія	1	7	1	7

За результатами порівняльного аналізу ступеню виявленості депресивних та субдепресивних станів між чоловіками та жінками – пацієнтами хірургічного відділення, спостерігається майже рівномірний розподіл показників у чоловіків за шкалою «стан без депресії», а саме у 42,5% які перебувають на лікуванні та у 41% хворих післяопераційного втручання виявляється стан без депресії.

Однакові відсоткові дані обох субвибірок чоловіків виражений і за шкалою «легкої депресії ситуативного або невротичного генезу», що дещо менше пропорції за попередню шкалу – 34,5% та за шкалою «субдепресивного стану або маскованої депресії» – (26%), у пацієнтів післяопераційного втручання – (27,5%). Важкий стан депресії серед обох субвибірок чоловіків - 1% респондентів.

Серед обох субвибірок досліджуваних жінок картина розподілу відсоткових даних відрізняється. Стан без депресії розподіляється майже

рівномірно: 14% досліджуваних - пацієнтки, які перебувають на лікуванні, 13, 5% респонденток - післяопераційного втручання

За шкалою «легка депресія ситуативного або невротичного генезу» спостерігаються відмінності у розподілі відсоткових даних. Так серед половини жінок післяопераційного втручання – 51%, виявлений саме такий ступінь вираженості депресії, 45% респонденток - а у пацієток, які перебувають на лікуванні.

За шкалою «субдепресивного стану або маскованої депресії» проявляються незначні відмінності серед жінок обох субвибірок. Так у більшості жінок, які перебувають на лікуванні – 38% виявлений такий ступінь вираженості депресії, та у 32,5% респонденток жінок післяопераційного втручання.

З досить низькими показниками однаковий відсотковий розподіл даних виявлений серед обох субвибірок жінок, за шкалою «важкої депресії» – по 7% серед респонденток двох груп.

Як бачимо за результатами дослідження, достатньо легка депресія ситуативного або невротичного генезу і субдепресивний стан чи маскована депресія, виявляється як у чоловіків так і у жінок обох субвибірок, проте серед пацієток-жінок відсотковий розподіл прояву таких ступенів виявленості депресивних станів достатньо вищий за чоловіків. Кардинально відрізняються дані за критерієм статі по виявленому стану без депресії із великою перевагою у чоловіків.

Наявність субдепресивних станів серед чоловіків обумовлюється тим, що кон'юнктурні зміни в їх житті це кризова ситуація в яку вони потрапили – необхідність знаходження в стаціонарі їх пригнічує, викликаючи апатію, що призводить до субдепресивного стану. У вихованні хлопчиків дуже часто застосовується стереотип - чоловік повинен приховувати свої почуття, тому за статистикою, депресія у представників сильної статі поширена, проте



симптоми замасковані, тому чоловіки часто схильні «лікувати» депресивні прояви допінгом: паління, алкоголь, наркотичні засоби.

У жінок обох субвибірок високі показники зумовлені тим, що за статистикою депресія достатньо частіше розвивається ніж у чоловіків, і в них частіше проявляється схильність до хронічного прояву депресії разом із тривогою, тривожними розладами і хронічними болями. Жінкам притаманна атипова депресія, тобто тривожна або соматична. Тригерами такої депресії доволі часто виступають гормональні зміни, які пов'язані із жіночою репродуктивною системою.

На перебіг депресивних розладів свій відбиток накладає підвищена жіноча емоційність, яка зосереджена на переживаннях та сензитивне реагування на стресогенні моменти у житті. Менш виражена хронічна депресія (дистимія) у жінок проявляється втричі частіше, ніж у чоловіків. У жінок при змішаних тривожно-депресивних розладах домінує тривога - це відчуття біди або катастрофи, яка насувається, проте причину важко визначити. Постійні переживання за свою долю та долю близьких та рідних, постійна напруга і порушення сну, страх невдач, занепокоєння, швидка стомлюваність – все це є основні симптоми тривожної жіночої депресії.

## Висновки до другого розділу

1. У другому розділі було обґрунтовано організаційно-методичні засади нашого емпіричного дослідження, а також характеристика вибірки та методів дослідження. Також було висвітлено особливості прояву таступені тривоги у пацієнтів хірургічного відділення, ідентифіковано прояви тривожних розладів серед жінок і чоловіків та визначено апостеріорну експлікацію ступеню виявленості депресивних станів серед усіх досліджуваних респондентів.

2. «Скринінг емоційних розладів, пов'язаних із тривогою (SCARED-S); «Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга»; «Методика вимірювання рівня тривожності Тейлора» - такі методики були використані для аналізу особливостей прояву індукуючого впливу кон'юнктурних змін на визначення тривожно-депресивних станів, ідентифікації рівнів тривоги, прояв тривожних розладів таступеню вираженості депресивних станів.

3. Емпірично-діагностичне дослідження проводилося на базі ОКНП «Чернівецька клінічна лікарня». Сукупна вибірка становила 48 осіб середнього віку (від 42 до 63 років) – це досліджувані хірургічного відділення – чоловічої та жіночої статі. Диференціація сукупної вибірки відбувалась за кон'юнктурним критерієм – досліджувані з гострим пакретатитом (26 осіб) та досліджувані післяопераційного втручання (22 особи).

4. «Методика вимірювання рівня тривожності Тейлора» була для апостеріорної індикації рівнів тривоги між вибірками за допомогою якого було встановлено, що серед 25 опитаних респондентів (11 чоловіків і 14 жінок) – пацієнти, які перебувають на лікуванні, були виявлені найвищі відсоткові показники, як чоловіків, так і жінок, виявлено за ознаками «середнього рівня тривоги, що може стати високою»: 45% - у жінок, 43% - у чоловіків. Достатньо високий рівень тривоги проявився у 38% досліджуваних

жінок тільки у 9% пацієнтів-чоловіків. У 35% чоловіків виявився середній рівень тривоги з тенденцією до низького, а серед жінок тільки у 7%. Значно суттєві відмінності серед двох субвбірок були виявлені за параметром «низький рівень тривоги», який був виявлений тільки у 17% чоловіків, а у жінок тільки у 1%. Дуже високий рівень тривоги проявився у жінок (14%), у чоловіків 1%.

5. Серед пацієнтів післяопераційного втручання – 35 осіб (17 чоловіків і 18 жінок) – було виявлено високий рівень тривоги у 45% жінок, у чоловіків тільки серед 14% респондентів. У переважної більшості чоловіків – 45% прослідковувався середній рівень тривоги з тенденцією до високого, серед жінок, - 26%. Проте, у жінок діагностований дуже високий рівень тривоги – у 19,5%, а у чоловіків цей сягнув 1%. У чоловіків прослідковувалися високі показники відносно параметрів «середнього рівня тривоги з тенденцією до низького» - у 38% респондентів, у жінок за цим параметром тільки у 13,5%. Значні відмінності були діагностовані за параметром «низького рівня тривоги»: серед чоловіків він проявився у 6% респондентів, серед жінок у 1% респондентів.

6. Яскраво виражена диференційна тенденція рівнів тривоги прослідковується серед чоловіків і жінок обох субвбірок респондентів. Для жінок – 51% (перебуваючих на лікуванні) та – 63% (пацієток післяопераційного втручання) був характерний прояв значно високого та високого рівнів тривоги. Серед чоловіків навпаки, спостерігалася тенденція низького рівня тривоги – (виявлений у 35% пацієнтів, які перебувають на лікуванні та у 38% досліджуваних післяоперації або низький рівень тривоги – (у 17% чоловіків, які перебувають на лікуванні і у 7% чоловіків післяопераційного втручання). Не дивлячись відмінність між чоловіками і жінками у тривожному реагуванні, для досить великої кількості респондентів-чоловіків переважає середній рівень тривоги з тенденцією до

високого: 43% пацієнтів, які знаходяться на лікуванні та у пацієнтів-чоловіків післяопераційного періоду – 45%.

7. «Скринінг емоційних розладів, пов'язаних із тривогою (SCARED-S)» був використаний для ідентифікації виду тривожного розладу серед пацієнтів хірургічного відділення, що дало нам змогу ідентифікувати наявність чи відсутність таких тривожних розладів: розладу сепараційної тривоги (РСТ); панічного розладу та соматичні симптоми тривоги (ПР), генералізованого тривожного розладу (ГТР), соціальну фобію (РСФ). Серед таких пацієнтів які перебувають на лікуванні було встановлено, що у більшості чоловіків (51%) не було ідентифіковано жодного з тривожних розладів, а у жінок такий показник сильно відрізняється, а саме, тільки у 7,5% жінок, цієї субвибірки, відсутні тривожні розлади. Було встановлено, що виражені симптоматичні симптоми тривоги (ПР) та панічний розлад виявився як у чоловіків так і у жінок з не дуже вираженою відмінністю у кількості хворих: серед жінок – (34,5%), серед чоловіків – (26%). Генералізований тривожний розлад (ГТР) виявлений у 26% чоловіків та 28% жінок. Розлад сепараційної тривоги (РСТ) - 21% жінок, у чоловіків – 1%. Також, соціальна фобія (РСФ) жінки – (14%) у чоловіків – 1%.

8. Серед пацієнтів післяопераційного втручання у 41% чоловіків не було ідентифіковано жодного з тривожних розладів, в той час як у жінок цей показник значно нижче, тільки у 13,5% відсутні тривожні розлади. Панічний розлад (ПР) проявився і у чоловіків – (34%) і у жінок – (32,25%). Генералізований тривожний розлад (ГТР) зустрічається серед 32,25% жінок, а у чоловіків серед 28%. Достатньо ярко виражена різниця у показниках серед пацієнтів жінок та чоловіків виявлено по двох тривожних розладах: по розладу сепараційної тривоги (РСТ) 19,75% жінок та 1% чоловіків-респондентів. Розлад соціальної фобії (РСФ) виявлений у – (7,25%), а серед чоловіків 1% хворих.

9. Співвідношення видів тривожних розладів та їх контамінації серед хворих хірургічного відділення двох субвибірок за критерієм кон'юнктурних змін та розподілених за критерієм статі демонструє, у досить великій кількості чоловіків післяопераційного втручання: панічний (ПР) – у 28% і генералізований тривожний (ГТР) – у 21% респондентів, а контамінований тривожний розлад був виявлений разом із панічного (ПР) та генералізованого тривожного (ГТР) розладів серед 14%. Серед жінок цієї субвибірки були виявлені поєднання панічного розладу (ПР) та генералізованого тривожного (ГТР) — у 44% пацієнок, і у 28% пацієнок-жінок, які перебувають на лікуванні. Між чоловіків, які поєднують тривожні розлади панічного (ПР) та генералізованого (ГТР) набагато менше у двох субвибірках: у 17,5% чоловіків, які перебувають на лікуванні у 14% та чоловіків післяопераційного втручання.

10. Значно високі показники – 34,5% прослідковувались у чоловіків, які перебувають на лікуванні: по панічному (ПР) – у 17,75% та по генералізованому тривожному (ГТР), також, у 17,75% респондентів.

Поєднання тривожних розладів – розладу сепараційної тривоги (РСТ) та генералізованого тривожного (ГТР) виявляється тільки серед пацієнок-жінок двох субвбірок, серед чоловіків тільки в 1% випадків: у 26% пацієнок післяопераційного втручання та серед 14% жінок, які перебувають на лікуванні.

11. Генералізований тривожний (ГТР), панічний розлад (ПР), розлад соціальної фобії (РСФ) та контамінація декількох видів тривожних розладів виявилася серед 21% жінок, які перебувають на лікуванні та у 7,25% жінок післяопераційного періоду. В такій самій кількості респонденток-жінок – 7,25% – післяопераційного періоду, виявилася контамінація наступних тривожних розладів: розладу сепараційної тривоги (РСТ), генералізованого тривожного (ГТР), панічного розладу (ПР), у жінок, які лікуються - 14% досліджуваних пацієнок.

12. «Методика диференційної діагностики депресивних станів В. Зунга» застосована для апостеріорної експлікації ступеню прояву депресивних та субдепресивних станів сукупної виборки респондентів. Інформативні показники серед пацієнтів хірургічного відділення, які перебувають на лікуванні з гострим панкреатитом показують, що у переважної більшості пацієток-жінок – (45%) діагностується легка депресія ситуативного або невротичного генезу, серед пацієнтів-чоловіків – (34,5%) даної субвибірки. Значно високі показники серед респондентів чоловіків виявлені по шкалі «стану без депресії» – у 42,5% хворих. Такий показник значно нижчий серед пацієток-жінок 14% досліджуваних. Субдепресивний стан чимаскована депресія виявлена у 38% жінок, а між чоловіків у 26%. Достатньо важкий стан депресії виявився, в незначному відсотковому співвідношенні, серед жінок – у 7% респонденток, а у чоловіків лише 1%.

13. Серед пацієнтів післяопераційного втручання, у 51% жінок, діагностовано легка депресія ситуативного або невротичного генезу, у чоловіків серед 34, 5% респондентів. Високі показники серед чоловіків-респондентів виявлені за шкалою «стану без депресії» – у 41% респондентів, а у жінок серед 13, 5% пацієток. Субдепресивний стан або маскована депресія проявилася серед 32,5% жінок, між чоловіків у 27, 5% досліджуваних. Розподіл таких відсоткових показників за шкалою «важкого стану депресії» майже відповідає розподілу попередньої субвибірки та виявлений серед жінок – у 7% респонденток, а у чоловіків 1%.

14. Порівняльний аналіз ступеню проявленості депресивних та субдепресивних станів між чоловіків та жінок обох субвибірок демонструє майже рівномірний розподіл відсоткових даних між чоловіків за шкалою «стану без депресії» - у 42,5% – пацієнтів, що перебувають на лікуванні та у 41% пацієнтів післяопераційного втручання. Однаковий розподіл відсоткових даних двох субвбірок чоловіків визначений і за шкалою

«легкої депресії ситуативного або невротичного генезу», по 34,5% міжхворими та за шкалою «субдепресивного стану або маскованої депресії» – (26%), у пацієнтів післяопераційного втручання – (27,5%)) та важкий стан депресії, між обох субвбірок чоловіків виявлений лише у 1% хворих.

15. Картина розподілу відсоткових даних між двох субвбірок жінок-респондентів демонструє, що стан без депресії розподіляється наступним образою: у пацієток, які перебувають на лікуванні – у 14%, а у пацієток післяопераційного втручання 13,5% жінок. Легка депресія ситуативного або невротичного генезу була визначена у 51% пацієток післяопераційного втручання та у 45% жінок, що перебувають на лікуванні. Субдепресивний стан або маскована депресія проявилася у 38% жінок, які перебувають на лікуванні та у 32,5% жінок післяопераційного втручання. Достатньо важка депресія була діагностована у 7% пацієток обох субвбірок.

## ВИСНОВКИ

1. У першому розділі ми розгорнуто описали епістемологічні аспекти та актуальність проблеми дослідження, були проаналізовані теоретично-прикладні напрацюваннями тривожних та депресивних розладів, були досліджені особливості психіки осіб з хворобами шлунково-кишкового тракту пацієнтів які лікуються та пацієнтів післяопераційного втручання.

2. Ми визначили клінічні ознаки найпоширеніших типів тривожних розладів: панічного розладу (ПР), генералізованого тривожного (ГТР), сепараційної тривоги, соціального тривожного розладу або соціальної фобії (РСФ). В ході дослідження з'ясували, що тривожні розлади можуть виявитися у контамінації між собою та може спостерігатися декілька видів тривожних розладів в одній особі або поєднуватися з іншими психічними розладами.

3. Розглянуто концептуальні підходи проявів та формування депресивних станів. Було виявлено, вони тригерується перманентним впливом негативних чинників з котрими людина не здатна впоратись. Депресія проявлятиметься як самостійна хвороба або контамінуватися з психічними захворюваннями.

4. У наступному розділі було обґрунтовано організаційно-методичні засади емпіричного дослідження, методи дослідження та характеристика їх вибірки. Було проаналізовано особливості прояву та рівні тривоги серед пацієнтів хірургічного відділення, виокремлено види тривожних розладів серед жінок та чоловіків, і визначено апостеріорну експлікацію ступеню прояву депресивних станів серед досліджуваних хворих.

5. Серед субвибірки пацієнтів хірургічного відділення та за результатами їх дослідження, прослідковується достатньо яскраво виражена диференційна тенденція рівнів тривоги, відносно критерій статі: у половини вибірки жінок, а це 51%, прослідковується високий і дуже високий рівень тривоги, у чоловіків серед яких тільки 9% з високим рівнем тривоги. Низький рівень тривоги серед чоловіків або середній з тенденцією до низького, у



половини досліджуваних. Серед пацієнтів післяопераційного втручання спостерігається, явно виражені відмінності рівнів тривоги між жінками та чоловіками. У 63% пацієток-жінок діагностується високий та значно високий рівень тривоги, а серед чоловіків – тільки у 14% пацієнтів. Низький рівень тривоги серед чоловіків та середній рівень з тенденцією до низького, проявився у більше чверті досліджуваних-чоловіків, серед жінок жінок – це незначна кількість досліджуваних – 13,5%.

6. Виходячи з результатів порівняльного аналізу рівнів тривоги серед жінок та чоловіків обох субвибірок респондентів простежується виражена диференційна тенденція. Тож для жінок, 51% (у випадку перебуваючих на лікуванні) та значної половини респонденток – 63% (пацієток післяопераційного втручання) діагностовано високий та дуже високий рівень тривоги. Серед чоловіків, навпаки, прослідковується тенденція або до низького рівня тривоги – (35% пацієнтів, що перебувають на лікуванні та 38% пацієнтів післяопераційного втручання) або низький рівень тривоги – (у 17% чоловіків, що перебувають на лікуванні і у 7% чоловіків післяопераційного втручання). Не дивлячись на суттєву відмінність між обома статями у тривожному реагуванні, для досить великої кількості респондентів-чоловіків переважає середній рівень тривоги, з тенденцією до високого: 43% які перебувають на лікуванні та у пацієнтів-чоловіків післяопераційного періоду – 45%.

7. На нашу думку такі показники були зумовлені відмінністю у будові чоловічого та жіночого організмів, а саме, мозку. У жінок більше розвинене ліве мигдалеподібне тіло, в той час як у чоловіків – праве, що має певні відмінності реакції на негативні стимули, тому саме жінки емоційніше реагують. Розподіл сірої мозкової речовини в різних структурах мозку, також само впливають на прояви високого рівня тривожності. У чоловіків більшим є об'єм сірої речовини, в той час як у жінок прослідковується більший обсяг сірої речовини у вентролатеральній та орбітофронтальній

корі, і у верхній скроневій борозні, а це впливає на соціальне функціонування.

8. Дуже важливу роль у контролі психічно-емоційної сфери грає робота гормонів. Жінки відрізняються наявністю менструально-генеративної функції, що обумовлено циклічним вивільненням гормонів, коли має місце порушення оваріального циклу, жінка більш схильна до розвитку депресії та тривожності. Тому, на нашу думку, причиною змін емоційної сфери є індивідуальні перепади, та враховуючи той факт, що респонденти підлягають впливу кон'юнктурних змін (лікування та операційне втручання), а це викликає стрес і зріст кортизолу детермінує високий рівень тривожності. Між цим, передклімактеричний період, теж пов'язаний з високим ризиком розвитку тривожних розладів.

9. У значної більшості чоловіків тривожних розладів не ідентифіковано. Тільки у незначної кількості чоловіків двох субвибірок виявлена контамінація двох тривожних розладів: панічного (ПР) та генералізованого тривожного (ГТР). В Інших пацієнтів обох субвибірок-чоловіків прослідковуються види тривожних розладів в чистому виді, що і обумовлено кон'юнктурними змінами, а саме критичною ситуацією у їх житті. Серед пацієток-жінок виявлено більше контамінацій тривожних розладів – це ), і генералізований тривожний (ГТР) з розладом сепараційної тривоги (РСТ).

10. Такі результати, на нашу думку, проявлені відмінностями в хімічному складі мозку жінок та чоловіків а також гормональними коливаннями. У жінок репродуктивні події супроводжуються гормональними змінами, а вони вже корелюють з тривожністю. В період вагітності збільшення кількості естрогену і прогестерону підвищує ризик ОКР (обсесивно-компульсивного розладу), а це проявляється у повторюванні тривожних думок які супроводжуються відповідними емоційними реакціями. Як бачимо з дослідження, такі тривожні розлади можуть контамінуватися, а

це може проявляється в симптоматиці декількох розладів та негативно впливати на якість життя людини. Поміж біологічних механізмів, чоловіки та жінки по-різному реагують та сприймають події, які відбуваються в їхньому житті. Жінки значно більше схильні до стресу, що підвищує ризик виникнення тривожних розладів. У чоловіків та жінок різні підходи до подолання стресових ситуацій. Жінки більшою мірою роздумують щодо стресової ситуації та емоційно її переживають, у той час як чоловіки віддають перевагу активним діям, які сфокусовані на проблемі.

11. Картина розподілу відсоткових демонструє, що стан без депресії розподіляється наступним чином: у пацієток, які лікуються 14%, а у пацієток післяопераційного втручання 13, 5% респонденток. Легка депресія ситуативного або невротичного генезу була проявлена у 51% пацієток післяопераційного втручання та у 45% пацієток, які перебувають на лікуванні. Субдепресивний стан або маскована депресія виявилася у 38% жінок, які лікуються та у 32,5% жінок післяопераційного втручання. Важка депресія діагностовано у 7% пацієток обох субвбірок.

12. Достатньо легка депресія ситуативного або невротичного генезу, субдепресивний стан або маскована депресія проявляється і серед чоловіків і серед жінок проте серед пацієток-жінок розподіл прояву таких ступенів виявленості депресивних станів достатньо вищий ніж у чоловіків. За критерієм статі кардинально відрізняються дані, по діагностованому стану без депресії, з значною перевагою саме у чоловіків. Наявність таких станів серед чоловіків пояснюється тим, що кризова ситуація в яку потрапили чоловіки –також, їх пригнічує, викликаючи збайдужіння, що призводить до субдепресивного стану. У вихованні хлопчиків дуже часто використовується такий стереотип, що чоловік не повинен проявляти свої почуття та переживання, тому, депресія у представників чоловічої статі є поширеною, але симптоми замасковані і чоловіки схильні «лікувати» депресивні прояви допінгом: паління, аокоголь, наркотики.

13. Значно високі показники у жінок обумовлені тим, що депресія вдвічі частіше розвивається у жінок, і в них частіше проявляється схильність до хронічного перебігу депресії, до них ще додається тривога, що супроводжується або тривожними розладами або хронічними болями. У жінок частіше спостерігається атипова депресія. Тригерами жіночої депресії виступають гормональні зміни. Підвищена жіноча емоційність накладає свій відбиток на перебіг депресивних розладів, зосередженість на власних переживаннях та реагування на стресогенні фактори у житті. Менш виражена хронічна депресія у жінок спостерігається втричі частіше, ніж у чоловіків. У жінок домінує тривога при змішаних тривожно-депресивних розладах: відчуття біди чи катастрофи, причину якої важко визначити. Занепокоєння, постійні переживання за свою долю та долю своїх близьких, страх невдач, постійна напруга та порушення сну, швидка стомлюваність – все це є основними симптомами тривожної жіночої депресії.

14. Емпірично підтвердилося наше припущення про те, що кон'юнктурні зміни індукуючим впливом тригерують підвищення рівня тривоги та посилення депресивних/субдепресивних станів у пацієнтів хірургічного відділення. Гіпотеза, що у пацієток-жінок рівень тривоги вище ніж у пацієнтів-чоловіків – підтвердилась частково. Дійсно для жінок, половини пацієток – 51% , що лікуються та 63% (пацієток післяопераційного втручання) був характерний прояв значно високого та високого рівнів тривоги. В той час коли у чоловіків, спостерігалось тенденція низького рівня тривоги – (у 35% пацієнтів, що перебувають на лікуванні у 38% пацієнтів післяопераційного втручання) або низький рівень тривоги – (у 17% чоловіків, що перебувають на лікуванні і у 7% чоловіків післяопераційного втручання). Не дивлячись на суттєву відмінність між жінками та чоловіками у тривожному реагуванні досить великої кількості респондентів-чоловіків проявляється середній рівень тривоги, з тенденцією

до високого: у 43% чоловіків, що перебувають на лікуванні та у 45% пацієнтів-чоловіків післяопераційного періоду.

15. Підтвердилось частково наше припущення, що серед жінок виявлений субдепресивний або депресивний стан, у чоловіків виявлено легкий стан депресії ситуативного або невротичного генезу, тому що легка депресія ситуативного або невротичного генезу, субдепресивний стан або маскована депресія, трапляється як серед чоловіків так і серед жінок, проте серед пацієток-жінок відсотковий розподіл значно вищий ніж у чоловіків. Припущення, що панічний розлад (ПР) – може бути виявлений як у чоловіків так і у жінок, а генералізований тривожний розлад так само як і розлад сепараційної тривоги (ГТР, РСТ) – здебільшого притаманний жінкам, ніж чоловікам – підтвердилось в різних комбінаціях.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Арнц, А., & Якоб, Г. (2014). Схема-терапія: модель роботи з частками. Львів: Свічадо. 264 с.
2. Бігун Н.І. Б59 Психологічні умови особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами: Монографія / Н.І. Бігун.
3. Гапонов К.Д. Особливості аддиктивних і афективних станів, асоційованих з розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю, у хворих з різним рівнем психосоціального стресу. // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2019. № 1. С. 40-52.
4. Гапонов К.Д. Порівняльний аналіз вираженості проявів алкогольної залежності у осіб з різним психотравматичним досвідом та рівнем психосоціального стресу. // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, № 3 (96). С. 14-17.
5. Гапонов К.Д. Моделювання та прогнозування психосоціальної дезадаптації у хворих з розладами внаслідок вживання алкоголю, в залежності від вираженості аддиктивної і афективної симптоматики та рівню стресового навантаження. // Norwegian Journal of development of the International Science. 2019. № 28. Vol. 1. P. 7-12.
6. Гапонов К.Д. Особливості аддиктивних і афективних станів, асоційованих з розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю, у хворих з різним рівнем психосоціального стресу. // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2019. № 1. С. 40-52.
7. Гапонов К.Д. Порівняльний аналіз вираженості проявів алкогольної залежності у осіб з різним психотравматичним досвідом та рівнем психосоціального стресу. // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, № 3 (96). С. 14-17.
8. Данилюк І. В. (2010). Етнічна психологія як галузь наукового знання: історико-теоретичний вимір. К.: „САММІТ-КНИГА”, 432 с.

9. Данилюк І., Курапов А., Ягіяєв І. (2019). Етнокультурна психологія: історія та сучасність. Київ, АртЕк, 432 с.
10. Денисенко М.М. Особливості та варіанти співвідношення різних адиктивних тенденцій у хворих на невротичні розлади. // Експериментальна і клінічна медицина. 2016. № 3 (72). С. 99-107.
11. Денисенко М.М. Соціальна фрустрованість в формуванні адиктивної поведінки при невротичних розладах. // Wschodnio europejskie Czasopismo Naukowe (East European Scientific Journal) (Poland). 2017. Vol. 1., № 9 (25). С. 30-37.
12. Засекіна Л. В. & Коць Є. М. (2017). Вплив ранніх дисфункційних схем на прояв соціальної тривожності особистості. Соціокультурні та психологічні виміри становлення особистості : матеріали Всеукраїнської (із міжнародною участю) науково-практичної конференції (5- 6 жовтня 2017 року, м. Херсон). Херсон: Видавничий дім «Гельветика». С. 46-48.
13. Зільберблат Г.М., Соколова М.О., Калачевич О.О., Моїсеєнко Л.П. Дослідження поведінки молоді Київської області щодо вживання психоактивних речовин. // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, № 3 (96). С. 18-19..
14. Зозуля І.С., Несукай В.Г. Транзиторні ішемічні атаки у вертебробазиллярній системі, зумовлені патологією шийного відділу хребта. // Ліки України. 2013. № 3. С. 4-9.
15. Коваленко О.Є. Ранні прояви і динаміка розвитку вертебральнобазиллярної дисциркуляції, пов'язаної з цервіковертеброгенною дисфункцією, та напрямки її профілактики і лікування. // Лікарська справа. 2004. № 3-4. С. 46-49.
16. Кожина Г.М., Коростій В.І. Коморбідність нехімічних аддикцій та психосоматичних захворювань. // Довженківські читання: «Проблема прихильності 122 хворих наркологічного профілю до терапії. Потреба в

- лікуванні і лікування за потребою.» Матеріали XV Української науково-практичної конференції з міжнародною участю. Харків. 2014. С.85-95.
17. Кожина Г.М., Краснікова С.О., Гайчук Л.М., Зеленська К.О. Специфіка адаптаційних реакцій студентів першого курсу до навчальної діяльності у вищому навчальному закладі. // Медична психологія. 2011. Т. 6, №3 (23). С.14-17.
18. Коростій В.І. Нехімічні аддикції, коморбідні до психосоматичних захворювань у молодих осіб. // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, № 2 (87) С. 53-56
19. Коць, Є. М. (2018). Психологія особливості когнітивно-поведінкових стратегій осіб із соціальною тривожністю: дис. ... кандидата психол. наук: 19.00.01 / Коць Євгенія Михайлівна. – Луцьк, 2018. – 213 с.
20. Коць Є. М. Психологічна природа осіб із соціальною тривожністю / Є. М. Коць // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. – Вип. 3. – Т. 1. – 2017. – С. 92-96.
21. Коць Є. М. Прояви тривожності як дестабілізаційні чинники / Є. М. Коць // Особистість і суспільство: методологія та практика сучасної психології : матеріали III міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (12 травня 2016 р.) = Abstrakt III International Scintific & Practical Internet Conference (May 12, 2016) / За заг. ред. Л. В. Засекіної, А. В. Кульчицької. – Луцьк : ПП Іванюк В. П., 2016. – С. 14-16.
22. Коць Є. М. Вплив тривожності на функціонування індивіда / Є. М. Коць // Актуальні проблеми соціалізації особистості : Матеріали III наук.-практ. семінару (10 травня 2016 року) / За заг. ред. Л.В. Засекіної. – Луцьк : ПП Іванюк В.П., 2016.– С. 77-78.
23. Коць Є. М. Психологічні особливості феномену соціальної тривожності / Є. М. Коць // Особистість і суспільство: методологія та практика сучасної психології : матеріали IV міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (15 травня 2017 р.) = Abstrakt III International Scintific & Practical



- Internet Conference (May 15, 18 2017) / За заг. ред. Л. В. Засекіної, А. В. Кульчицької. – Луцьк : ПП Іванюк В. П., 2017. – С. 18-20.
24. Коць Є. М. Психологічний аналіз феномену соціальної тривожності / Є. М. Коць // Актуальні проблеми соціалізації особистості : Матеріали ІV наук.- практ. семінару (16 травня 2017 року) / За заг. ред. Л.В. Засекіної. – Луцьк : ПП Іванюк В.П., 2017. – С. 49-52.
25. Коць Є. М. Вікові особливості соціально-когнітивної поведінки особистості із проявами із соціальної тривожності / Є. М. Коць // Актуальні питання педагогіки та психології: наукові дискусії : Збірник тез міжнар. наук.- практ. конф. (8-9 вересня 2017 р., м. Харків). – Харків : Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2017. – С. 83-87.
26. Комер Р. Основи патопсихології / Ronald Comer «Fundamentals of Abnormal Psychology». — 2nd ed. — 2001. — 617 с.
27. Дамманн Г. Нарцисичні розлади особистості та суїцидальна поведінка. Психодинамічна перспектива з труднощами лікування. Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 1. С. 66-72
28. Лін П. Рем «Депресія», за ред. О.Плевачук, О.Сувало, К.Явни-Розенталь. Львів, 2019. – 126с.
29. Мартін М. Ентоні, КаренРова – Розлад соціальної тривоги. Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету. Львів. 2018.
30. КрейгД.Маркер, ЕлісонЕйлворд – Генералізований тривожний розлад.(пер. І.Грицюка, ред – К.Явної). Львів, 2017.
31. Литвиненко В.В. Сучасна модель психоосвіти хворих з алкогольною залежністю. // Український вісник психоневрології. 2019. Т. 27, № 2 (99). С. 31-33.
32. Максименко С. Д. Генетична психологія як теоретична основа психологічних досліджень / С. Д. Максименко // Проблеми загальної та

- 157 педагогічної психології: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. К., 2001.– Т.ІІІ, ч.2.– С. 6–12
33. Мельник В.О. Аналіз сучасного стану психічних та поведінкових розладів, пов'язаних з патологічним використанням комп'ютеру та Інтернетмережі. // Психічне здоров'я. 2011. № 1(30). С. 22-25.
34. Турчак О. М. (2015). Ефективність когнітивно-поведінкового тренінгу як засобу зниження вербальних проявів тривожності у ситуаціях емоційної напруги. *East European Journal of Psycholinguistics*. № 1, С. 141-150.
35. Ambramson, L.Y., Metalsky G. I., & Alloy L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
36. Antony, M.M., & Rowa, K.P. (2008). *Social anxiety disorder*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber. This book is an excellent clinical resource on social anxiety, which is a common comorbid condition seen GAD.
37. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington: APA Publishing; 2013.
38. Aarseth E., Bean A.M., Boonen H., Colder C.M. et al. Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD 11 Gaming Disorder proposal. // *J Behav Addict*. 2017. № 6(3). P. 267-270. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.088>
39. An open-label trial followed by a double-blind discontinuation phase. // *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2008. № 69. P. 452-456.
40. Ang A. China takes unique steps to combat web addiction. // *USA Today*. 2005. P. 234-238. 84. Aseeva Yu.A. Kostyuk O.V. Research of psycho-emotional features of adolescents prone to addictions. // *East European Scientific Journal*. 2019. № 11 (51), part 9. P. 22-27.

41. Freud, S. (1925) Mourning and melancholia. In *Collected Papers* (Vol. 4) London: Hogarth.
42. Hyde, J. S., Mezulis, A. H., & Abramson, L.Y., (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, 115, 291-313.

## . ДОДАТКИ

Додаток А1

### Скринінг емоційних розладів, пов'язаних із тривогою (SCARED-S)

Нижче наводиться список тверджень, що можуть описувати те, як ти чуєшся. Прочитай кожне твердження і у колонці навпроти відзнач позначкою ту відповідь, яка найкраще стосується твого самопочуття протягом останніх трьох місяців.

- | №   | Питання  | Дуже/часто | Трохи/іноді | Ні/Ледь-<br>ледь |
|-----|--|------------|-------------|------------------|
| 1.  | Коли я чогось лякаюся, мені важко дихати.                              |            |             |                  |
| 2.  | У мене з'являються головні болі у школі.                               |            |             |                  |
| 3.  | Мені не подобається бути з людьми, яких я добре не знаю.               |            |             |                  |
| 4.  | Мені стає страшно, якщо я сплю не вдома.                               |            |             |                  |
| 5.  | Я переживаю, чи подобаюсь іншим.                                       |            |             |                  |
| 6.  | Коли я лякаюся, то відчуваю, ніби втрачаю свідомість.                  |            |             |                  |
| 7.  | Я нервую.  |            |             |                  |
| 8.  | Я всюди ходжу за мамою або татом.                                      |            |             |                  |
| 9.  | Інші говорять мені, що я виглядаю неспокійним (-ою)/стривоженим (-ою). |            |             |                  |
| 10. | Я відчуваю тривогу, неспокій у присутності незнайомих людей.           |            |             |                  |
| 11. | У мене з'являються болі в животі у школі.                              |            |             |                  |
| 12. | Коли я лякаюся, то почуваюся, ніби божеволію.                          |            |             |                  |
| 13. | Я хвилююся, коли сплю сам (-а).  |            |             |                  |
| 14. | Я переживаю за те, щоб бути настільки ж вправним (-ою), як інші діти.  |            |             |                  |
| 15. | Коли я відчуваю тривогу/страх, то мені здається, ніби                  |            |             |                  |

все навколо несправжнє.

16. Мені сняться жахи про те, що з моїми батьками стається щось погане.

17. Школа викликає у мене хвилювання.

18. Коли я переживаю сильний страх, то моє серце починає пришвидшено битись.

19. У мене може бути таке відчуття, ніби я весь (вся) тремчу.

20. Мені сняться жахи про те, що зі мною стається щось погане.

21. Я хвилююся, чи мені все вдасться.

22. Коли я лякаюся, то сильно пітнію.

23. Мене постійно мучать сумніви

24. Мені стає дійсно страшно без жодної на те причини.

25. Я боюся бути вдома сам (-а).

26. Мені важко розмовляти з незнайомими людьми.

27. Коли я переживаю сильний страх, то маю таке відчуття, ніби можу задихнутися.

28. Інші говорять мені, що я надмірно хвилююся.

29. Мені не подобається бути далеко від моєї сім'ї.

30. Я боюся, що у мене можуть бути напади тривоги (або панічні атаки).

31. Я переживаю, що з моїми батьками може статись щось погане.

32. Я соромлюсь незнайомих людей.

33. Я переживаю за майбутні події.

34. Коли я переживаю страх, тривогу, мені хочеться блювати.

35. Я переживаю за те, наскільки добре мені все вдається.
36. Я боюся ходити до школи.
37. Я переживаю за події, які вже відбулися.
38. Коли я переживаю страх, тривогу, то відчуваю  
запаморочення.
39. Я нервую, коли перебуваю з іншими дітьми або дорослими, і мені  
потрібно зробити щось в той час, як вони за мною спостерігають (наприклад,  
читати вголос,  
говорити, грати в гру, займатися спортом).
40. Я нервую, коли йду на вечірку, дискотеку, чи в будь-яке  
інше місце, де будуть люди, яких я добре не знаю.
41. Я сором'язливий (-а).

### Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга

“Прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви себе відчуваєте останнім часом. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає. Варіанти відповіді: - ніколи або інколи; - іноді; - часто; - майже завжди або постійно.

№ Твердження Ніколи або інколи Іноді Часто Майже завжди або постійно

1. Я відчуваю пригніченість, тугу.
2. Вранці я відчуваю себе найкраще.
3. У мене бувають періоди, коли я плачу, або на очі навертаються сльози.
4. У мене поганий нічний сон.
5. Апетит у мене не гірше звичайного.
6. Мені приємно дивитись на привабливих жінок/чоловіків, спілкуватися з ними, знаходитись поруч.
7. Я помічаю, що втрачаю вагу.
8. Мене турбують закрепи.
9. Серце б'ється швидше, ніж зазвичай.
10. Я втомлююся без будь-яких причин
11. Я мислю так само ясно, як завжди.
12. Мені легко виконувати те, що я вмію.
13. Відчуваю неспокій і не можу всидіти на місці.

14. У мене є надії на майбутнє.
15. Я більш дратівливий, ніж раніше.
16. Мені легко приймати рішення.
17. Я відчуваю, що корисний і потрібний людям.
18. Я живу досить повним життям.
19. Я відчуваю, що іншим людям стане краще, якщо я помру.
20. Я і досі радію від того, від чого радів завжди.



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



(підпис)

Рієактова Н.М.