

**Міністерство освіти і науки України**  
**Чернівецький національний університет**  
**імені Юрія Федьковича**  
факультет педагогіки, психології та соціальної роботи  
кафедра практичної психології

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ РАННІХ ДЕЗАДАПТИВНИХ СХЕМ (РДС)**  
**СЕРЕД ЖІНОК**  
**З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМ РОЗЛАДОМ**

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

Виконав:  
студент VI курсу, групи 622  
спеціальності: 053 «Психологія»  
Спеціалізація: «Практична психологія»  
Ліщина Артем Анатолійович  
Науковий керівник: к.п.н.,  
доцент Сімак Алла Анатоліївна

**До захисту допущено:**

**Протокол засідання кафедри № \_\_\_\_\_**

від «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022р.

Зав кафедри \_\_\_\_\_ доц. Радчук В.М.

**Чернівці 2022**

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>4</b>
<b>РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ РАННІХ ДЕЗАДАПТИВНИХ СХЕМ (РДС) СЕРЕД ЖІНОК З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМ РОЗЛАДОМ.....</b>	<b>7</b>
1.1. Герменевтично-диференційний огляд теоретичних підходів до суб'єктивних переживань тривожності та депресії як психічних розладів особистості.....	7
1.1.1. Форми репрезентації тривожних розладів.....	7
1.1.2. Експлікаційний перегляд концептуальних моделей депресивного розладу.....	10
1.1.3. Види депресії, клінічні класифікатори та методи діагностики ступеню її важкості .....	15
1.1.4. Специфіка прояву тривожно-депресивного розладу.....	18
1.2. Експлікація концептуальної моделі схема-терапії.....	21
1.2.1. Аналіз функціональної релевантності формування та проявів базових незадоволених емоційних потреб з ранніми дезадаптивними схемами (РДС).....	21
1.2.2. Етіопатогенез ранніх дезадаптивних схем та їх доменів.....	25
1.2.3. Провідні режими функціонування ранніх дезадаптивних схем (РДС)..	33
Висновки до першого розділу.....	42
<b>РОЗДІЛ II. КОНСТАТУВАЛЬНО-ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ РАННІХ ДЕЗАДАПТИВНИХ СХЕМ (РДС) СЕРЕД ЖІНОК З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМ РОЗЛАДОМ.....</b>	<b>46</b>
2.1. Організаційно-методичні засади емпіричного дослідження:	

характеристика вибірки та методів дослідження.....	46
2.2. Результати діагностичного дослідження психологічних особливостей прояву ранніх дезадаптивних схем (РДС) серед жінок з тривожно-депресивним розладом.....	50
2.2.1. Ідентифікація типів тривожних розладів серед досліджуваних респондентів-жінок.....	50
2.2.2. Індикація рівня прояву соціальної тривоги (РСТ) серед жінок з тривожно-депресивним розладом.....	53
2.2.3. Автентифікація показників визначення патогенезу та ступеню вираженості депресивного стану серед досліджуваних жінок .....	56
2.2.4. Ідентифікація типів ранніх дезадаптивних схем (РДС) серед жінок з тривожно-депресивним розладом.....	58
Висновки до другого розділу.....	66
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>71</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>79</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>84</b>

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Прояви тривоги та депресії у суспільстві за останні роки стрімко почали зростати, оскільки збільшилось стресове навантаження на особу. Навколо даної проблеми проводиться значна кількість досліджень, які стосуються визначення причин розвитку тривоги та депресії, різноманіття форм прояву, стійкості індивідуума та механізмів захисту. Враховуючи становище людини в реаліях нашого часу, виклики ззовні і вплив середовища на формування особистості визначення ранніх дезадаптивних схем має неабияке практичне значення.

Тривога і депресії є одними з найпоширеніших розладів, які не лише впливають на психічний стан людини, але й на міжособистісний взаємозв'язок. Дослідження ранніх дезадаптивних схем дозволяють виявити вплив закладених у дитинстві патернів поведінки на формування розладів у дорослому віці, або специфіку прояву певних розладів.

Ранні дезадаптивні схеми досліджувались такими вченими як Дж. Янг, який є одним з основоположників схема-терапії; Дж. Фаррел та А. Шоу, які розробили клінічне керівництво по схема-терапії; Герхард Зарбок, Кристоф Луз, Питер Грааф, Рут А. Холт, які працювали над дослідженням ефективності схема-терапії у дітей та підлітків, та розробили практичний посібник адаптований під їх потреби.

Отже, актуальність вказаної тематики, поширеність тривожно-депресивних розладів, а також пошук нових підходів до виявлення причин даного розладу та дослідження нових напрямків терапії зумовили вибір теми нашого дослідження.

**Об'єкт дослідження** – профіль психічного функціонування тривожно-депресивних жінок.

**Предмет дослідження** – вплив афективної сфери на індукування та підкріплення ранніх дезадаптивних схем у жінок з тривожно-депресивним розладом.

**Мета дослідження** полягає в теоретико-методологічному обґрунтуванні й експериментально-діагностичній експлікації тривожно-депресивних розладів та їх вплив на індукування і підкріплення функціонування ранніх дезадаптивних схем (РДС) у жінок з тривожно-депресивними розладами.

**Гіпотезою дослідження:** стало припущення про те, що осіб з тривожно-депресивними розладами тригерується флуктуаційний механізм актуалізації ранніх дезадаптивних схем (РДС) які індукують та підкріплюють афективні розлади особистості (РСТ, ГТР, ПР та депресивний розлади) інтенсифікація яких підтримує процес функціонування РДС.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати теоретико-методологічні підходи особливостей прояву ранніх дезадаптивних схем (РДС) серед жінок тривожно-депресивного типу.

2. Здійснити експериментально-діагностичне дослідження видів та ступеню вираженості тривожних розладів у досліджуваних респондентів-жінок.

3. Визначити патогенез депресивних станів у досліджуваних респондентів-жінок тривожно-депресивного типу.

4. Ідентифікувати тип та ступінь вираженості ранніх дезадаптивних схем (РДС) серед жінок тривожно-депресивного типу.

У процесі дослідження застосовано такі **методи:**

– *теоретичні:* аналіз, синтез та узагальнення теоретико-методологічних засад досліджуваної проблеми, представлених у науковій літературі;

– *психодіагностичні:* «Шкала оцінки соціальної фобії SPIN (The Social Phobia Inventory)»; «Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової)»; «Скринінг емоційних розладів, пов'язаних із тривогою (SCARED)»; «Методика діагностики ранніх дезадаптивних схем Д. Янга»; «Комплекс опитувальників

для визначення прояву підкріплюючих ранніх дезадаптивних схем (РДС) Д. Янга, Дж.Клоско».

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

**База дослідження.** Експериментально-діагностичне дослідження проводилося на базі Чернівецької обласної психіатричної лікарні. Сукупна вибірка становила 40 осіб – жінок з попередньо клінічно тривожно-депресивним розладом віком від 30 до 40 років.

**Практична значущість** дослідження полягає в тому, що результати дослідження можуть надати знання з причин формування розладів тривожного та депресивного спектру у жінок з домінуванням певних дезадаптивних схем, а також дозволять знайти психотерапевтичний підхід до корекції вищевказаних розладів.

**Структура та обсяг роботи.** Магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (40 найменувань), 5 рисунків, 2 таблиці, 5 додатків. Загальний обсяг роботи викладено на 95 сторінках, з яких 83 – основний зміст.

## **РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ РАННІХ ДЕЗАДАПТИВНИХ СХЕМ (РДС) СЕРЕД ЖІНОК З ТРИВОЖНО- ДЕПРЕСИВНИ РОЗЛАДОМ**

### **1.1. Герменевтично-диференційний огляд теоретичних підходів до суб'єктивних переживань тривожності та депресії як психічних розладів особистості**

#### **1.1.1. Форми репрезентації тривожних розладів**

Тривога, як необхідна базова емоція, що забезпечує людям виживання і включає в себе велику кількість компонентів трактується різними вченими компліментарно та досить різнобічно.

З. Фрейд був одним з перших хто спробував визначити походження тривоги. В перших своїх роботах, він вважав, що тривога – це відповідь на небезпечну ситуацію, де основу роль грає лібідо. В наступних теоріях розглядалась позиція того, що «тривога це реакція на загрозу, зовнішньої небезпеки та внутрішніх переживань». Також, ним було описано процеси які мають вплив на формування тривоги в різні періоди життя, визначив основні форми тривоги, а також реакції, що є способом протистояння відчуття тривоги.

У індивідуальній теорії особистості А. Адлера тривога розглядалась як частина прояву неврозу. Тобто, надмірна тривожність, що присутня у людей, згідно його теорії, є однією із стратегій психологічного захисту і, відповідно до цього формується неправильний стиль життя і поведінкові порушення характерні для неврозу. В даному аспекті тривога розглядається як індукована людьми емоція, що поєднана із підвищеною невпевненістю та чутливістю до небезпечних ситуацій у індивідуума.

К. Хорні вбачала у прояві тривоги порушення почуття безпеки в міжособистісних стосунках, що формувалося ще у дитячому віці. З цього погляду слідує те, що перебуваючи у деструктивному середовищі формується хибне уявлення про безпеку і відповіді на неї. Хорні розділила

при цьому «страх» і «тривогу», вважаючи тривогу адекватною відповіддю на уявну небезпеку, а також визначила те, що рівень тривоги напряму залежить від значущості ситуації яка її викликає.

На етапі сучасності тривогу розглядають у кількох аспектах, зокрема як властивість особистості реагувати на стрес (особистісна або базова тривога), або як стан, що викликаний певними чинниками і впливає на нервово-психічну діяльність (вторинна тривога). За нормальних умов – тривога це нормальна реакція на небезпечну, неприємну ситуацію, яка дозволяє нам мобілізувати резерви, сформувати захисні механізми та впоратись із загрозою. Тобто, у такому прояві тривога несе в собі стимулюючу і адаптивну функцію для нашої психіки. В той же час коли реакція на небезпеку є неадекватною проявляється невротична тривога, яка формує неадекватну відповідь організму, впливаючи на всі сфери життя індивідуума. Безпричинне очікування негативних подій і постійна напруга, з часом із ситуативно обумовленого стану переходить в перманентний негативний стан. Відповідно такі надмірні відчуття сформувавшись призводять до тривожних розладів.

Тривожний розлад – це стан, коли наявна тривога не зникає самостійно та впливає на життєдіяльність людини, ефективність у повсякденному житті, взаємозв'язок з оточуючими та викликає певні соматичні порушення. Даний розлад є одним із найпоширеніших і зустрічається майже у 30% людей. Якщо людина відповідає певним діагностичним критеріям, ми можемо визначити у неї наявність того чи іншого тривожного розладу.

До основних типів тривожних розладів включають «генералізований тривожний розлад», «панічний розлад», «соціальний тривожний розлад» «фобічний розлад» тощо. В своїй більшості вони зустрічаються поєднані між собою або з іншими розладами, зокрема депресивними, хоча і можуть проявлятись окремо.



*Генералізований тривожний розлад* це стан надмірної тривоги, яку людина не може контролювати. Є одним із найпоширеніших розладів тривожного спектру. Основними в даному випадку будуть наступні прояви: відчуття тривоги, напруження і занепокоєння з будь-якого приводу і не пов'язане з конкретною подією, неможливість контролювати тривогу, погіршення сну, втомлюваність, зниження концентрації, роздратованість тощо тривалість вищезгаданих симптомів пролонговані протягом більше ніж 6 місяців.

*Панічний розлад*, стан в основі якого лежать панічні атаки. Панічні атаки – це епізоди сильного страху, які швидко виникають і за лічені хвилини досягають свого піку. Панічні атаки з'являються раптово, або під дією тригерних факторів і викликають наступні симптоми: задишку, серцебиття, тремтіння, жар або озноб, відчуття страху, оніміння, відчуття запаморочення. Кожна така атака зумовлює боязнь виникнення нового нападу, що суттєво впливає на різні сфери життя людини і її поведінку. Такий розлад в середньому виникає у віці 20-25 років.

*Соціальний тривожний розлад* характеризується інтенсивним страхом та дискомфортом перед соціальними ситуаціями або взаємодіями, виникає страх бути збентеженим або засудженим. Люди з даним розладом будуть намагатися уникати подій, які обумовлюють вказаний розлад, а це в свою чергу буде формувати поведінку, що істотно впливатиме на життєдіяльність. Прояви і страхи при соціальному тривожному розладі абсолютно різноманітні: від страху публічних виступів чи знайомств з новими людьми до боязні споживати їжу або напоїв серед інших.

*Фобічний розлад* спричинений страхом або відразою до певних об'єктів чи ситуацій, при тому страх або хвилювання є надмірними і не пропорційними реальним подразникам, і відповідно, неможливість його подолати.

Причини виникнення тривожних розладів досить різноманітні, до того ж не завжди точно можна визначити першопричину саме тривоги, оскільки наявність даних причини не є 100% гарантією розвитку тривожного розладу, а можуть викликати і інші порушення. Можливі причини виникнення тривожних розладів: надмірні переживання стосовно стресових ситуацій у сім'ї, на роботі, стосовно свого майбутнього стану, невизначеність щодо ситуації в світі, проблеми зі здоров'ям, гормональні порушення а також вживання алкогольних та психоактивних речовин.

Враховуючи, що тривожні розлади є одними з найпоширеніших психічних розладів і актуалізуються у 30 % осіб в різні періоди їх життя, та деструктивно впливають на життєдіяльність людини, саме дослідження даного аспекту може допомогти в процесі терапії і адаптації в майбутньому.

### **1.1.2. Експлікаційний перегляд концептуальних моделей депресивного розладу**

Багатьма вченими депресія кваліфікується як розлад, для якого характерний знижений настрій, втрата інтересу, підвищена втомлюваність та зниження мотиваційної сфери. Природа депресивного стану – мультифакторна, та містить у собі вплив кількох компонентів – соціального, психологічного, біологічного. Крім того, важливо знати і основні прояви депресії: емоційні – погіршення настрою, відчуття туги, пригнічення, дратівливості, а також втрата задоволення від тих аспектів життя, що раніше приносили радість, а також відсутність цікавості до оточення; фізіологічні – проблеми зі сном, порушення функції травлення, відчуття появи соматичних захворювань, зниження лібідо та енергетичного потенціалу; поведінкові – зменшення спілкування з іншими, аж до повного його уникання, відмежування себе від зовнішнього світу, надмірне вживання алкогольних або наркотичних речовин; розумові – сповільнення процесів мислення, важкість концентрації, поява чи посилення негативних та самодеструктивних

думок, відчуття непотрібності і знецінення по відношенню до себе, зниження здатності приймати будь-які рішення.

Розглядаючи феномен депресії в ретроспективі можна побачити, як змінювались погляди на даний стан. Розвиток основних теорій депресії розпочався на початку ХХ століття. Так, на думку З. Фрейда, втрата людиною певного об'єкта, та спричинені нею переживання та емоцію становлять основу для формування депресивного стану. В той час, інші представники психодинамічного напрямку (О. Кернберг, К. Абрахам) пояснюють виникнення депресії з певними дитячими травмами, важкими взаємостосунками з іншими людьми або дезадаптивними особистісними рисами.

В свою чергу Е.Фромм звертає увагу на те, що суспільство, закони і особливості існування в ньому можуть бути пусковими механізмами депресії, оскільки вони чинять неабиякий вплив на життя людини. Особливо в моменти коли людина не може реалізувати свої основні бажання – це зумовлює виникнення депресії. Також при недостатній кількості близьких стосунків, або їх розриві депресивний стан буде посилюватись.

Модель «набутої» безпорадності розроблена Селігманом та Абрамсоном розвивалась навколо того, що людина схильна ставати безпорадною, з чого далі і випливала депресія. Формувався певний атрибутивний стиль, в якому спостерігалось безпомічне ставлення, що було стабільне до негативних подій та нестабільне до позитивних. Люди які стають депресивними, схильні звинувачувати себе в негативних подіях і шукати в цьому негативні внутрішні підтвердження. В той же час вони не вважають себе причетними до позитивного, що може відбуватись в житті. З часом до цієї моделі додається ще й безнадійність і формується «безнадійна депресія», тоді людина узагальнює свою безпорадність щодо майбутнього.

Представники когнітивного напрямку (Дж. Янг, А.Бек) виділили характерну, на їх погляд, для депресії тріаду: негативна оцінка себе,

негативне сприйняття зовнішнього середовища і подій, та негативний погляд у майбутнє. Основою для виникнення таких симптомів вважалась втрата чогось значущого і перебільшене переживання людиною цього.

Когнітивна теорія депресії базується в основному на моделі переробки інформації. Виражена і тривала негативна спрямованість цього процесу проявляється в характерному для депресії розладі мислення (вибіркове абстрагування, надмірне узагальнення, негативні самоатрибуції). Очевидно, що первісна розробка когнітивних процесів при депресії потребує розширення. Дійсно, різноманітність способів концептуалізації когнітивних процесів при депресії може зобразитись 6 моделями.

Крос-секційна модель когнітивних процесів стверджує, що систематичний негатив, який пронизує когнітивні процеси, є необхідним (але не достатнім) компонентом депресії.

Структурна модель передбачає, що певні негативно упереджені схеми стають гіпервалентними при депресії і зміщують когнітивні процеси таким чином, що актуалізується систематичне порушення в абстрактній обробці, інтерпретації, короткочасній пам'яті та довготривалій пам'яті.

Модель "стресор-вразливість" передбачає, що специфічні патерни схем роблять людину чутливою до певних стресорів.

Модель реципрочної взаємодії фокусується на тому, яким чином взаємодія з ключовими фігурами має відношення до схильності, виникнення, загострення, пролонгації та рецидиву депресії.

Психобіологічна модель розглядає когнітивні процеси та біологічні процеси як різні сторони однієї медалі. Крім того, ця модель інтегрує генетичні, нейрохімічні, фізіологічні, психологічні, афективні та поведінкові аспекти цього розладу.

Еволюційна модель розглядає депресію як атавістичний механізм або програму, яка могла бути адаптивною в доісторичному середовищі, але не є адаптивною в нашому сучасному середовищі.

Звичні процеси використання інформації при депресії видозмінюються. У депресивної особи спостерігаються відхилення не тільки в первинній оцінці ознак і сигналів, які вона спостерігає, але і в інтерпретації зворотного зв'язку щодо своєї поведінки. Хоча система когнітивної обробки не відхиляється в достатній мірі, щоб викликати смерть (за винятком самогубства), вона досить дисфункціональна, щоб призвести до величезної кількості страждань.

Перш ніж розглядати конкретні когнітивні моделі депресії, було б корисно провести відмінність між описовими моделями, пояснювальними моделями і причинно-наслідковими або етіологічними моделями. Значна частина літератури з психології депресії вводить в оману, оскільки часто відсутнє чітке розмежування між кожною з цих моделей. Іноді, наприклад, опис і пояснення плутають один з одним, і обидва плутають з причинно-наслідковим зв'язком. Описова когнітивна модель просто передбачає, що група афективних, когнітивних та поведінкових явищ має тенденцію до взаємозв'язку таким чином, що утворює синдром, модель реакції або розлад. Модель передбачає, що когнітивні процеси або порушення є невід'ємною частиною депресії.

Пояснювальна модель намагається організувати різні симптоми депресії таким чином, щоб встановити певну закономірність, впорядкувавши їх у певній послідовності або описавши їх як частину механізму. Різні симптоми депресії, наприклад, можна було б пояснити підвищеною виразністю негативних когнітивних структур. Причинна або етіологічна модель розмежовує дистантні (або сприятливі) фактори та проксимальні (або прискорюючі) фактори в генезі депресії. Типи детермінант, наприклад, можуть бути розширені і включати широкий спектр генетичних, онтогенетичних, гормональних, фізичних та психосоціальних факторів. Ці фактори поєднуються в різних пропорціях у кожному конкретному випадку,

щоб сформувати кінцевий загальний шлях, який призводить до активації депресії.

На думку П.Левінсона (поведінкова модель), депресія витікає з недостатнього позитивного підкріплення поведінки. Йдеться про те, що поведінка змінюється і формується під впливом джерела підкріплення. Є три основні причини через які люди можуть страждати: дуже мала кількість подій які можуть мати позитивний відтінок; навколишнє середовище не має можливості надати людині необхідне позитивне підкріплення; особа недостатньо соціально організована і не має навичок для того, щоб отримати необхідне. В багатьох випадках депресія починає розгортатися внаслідок соціальної дезадаптації, тобто неможливістю індивідуума перебудуватися під нові системи цінностей.

Згідно концептів інтраперсональної моделі, депресія кваліфікується як форма недостатньо розвинених соціальних навичок. Згідно досліджень Незу, Пері депресія має свою міжособистісну природу, яка формує характерну поведінку і пошук негативних відчуттів. Також дослідники цієї моделі шукали шляхи вирішення проблеми депресії. Вони розглядали її за допомогою покрокової структури, яка складається з семи стадій, після вирішення яких можна було позбутись депресії.

Крім того, деякі вчені, серед причин виникнення депресивного стану виокремлюють прагнення до нереальних цілей, і відповідно неможливість їх досягнути. Також серед тригерів до розвитку виділяють наявність важких соматичних захворювань, наявність залежностей (від людей, алкоголю, ігор), пережиті важкі стреси, насильство, наявність проблем сексуального характеру. Відповідно до реакції організму на ці чинники та за умови що відповідь буде недостатня або неадекватна і може виникнути депресивний стан.

Отже, враховуючи попередні твердження, можна дійти до висновку, що погляди на депресію і її виникнення розрізняються. Також і відрізняються

прояви даного стану різними особами, а моделі які розглядались в більшості своїй лягли в основу різних напрямків терапії депресії, в яких потрібно враховувати особливості особистості, схильність і причини розвитку. Однак різноманітність не зменшує актуальність, оскільки депресії є досить поширеним явищем.

### **1.1.3. Види депресії, клінічні класифікатори та методи діагностики ступеню її важкості**

*Депресія* – психічний розлад, який характеризується патологічно зниженим настроєм, негативною оцінкою себе і навколишнього, а також минулого і майбутнього, належить до стійких розладів настрою. В більшості своїй депресивні розлади класифікуються за характерними для них проявами: депресивний епізод, стійкий депресивний розлад, післяпологова депресія, атипова депресія, меланхолійна депресія тощо.

*Депресивний епізод* – вперше виявлений стан стійкого зниження настрою, як відповідь на стресовий фактор. Для діагностики даного стану використовують наступні критерії, при наявності 5 або більше з наступних пунктів протягом двох або більше тижнів, а один із симптомів – пригнічений настрій або втрата інтересу чи задоволення:

- Пригнічений настрій протягом більшої частини дня та майже кожного дня;
- Зниження зацікавленості чи задоволення від усієї або майже усієї діяльності впродовж дня;
- Значна втрата ваги або значне її збільшення (>5%);
- Безсоння або надмірна сонливість майже кожного дня;
- Психомоторне збудження або загальмованість (яке видиме для інших а не відчувається суб'єктивно особою);
- Відчуття втоми або втрати енергії;
- Почуття нікчемності або надмірне чи безпідставне почуття вини;

- Зниження здатності думати, зосереджувати увагу, нерішучість;
- Думки про смерть, суїцидальні думки, що повторюються, або наявний план чи спроба самогубства.

Крім того, наведені симптоми викликають порушення у соціальній, професійній чи іншій важливій сфері, а також можуть бути спровокованими вживанням алкоголю, наркотиків чи медикаментів або порушенням загального стану здоров'я. Відповідно по важкості проявів виділяють легкий, помірний та важкий (з психотичною симптоматикою або без неї) епізоди. Даний розлад може бути як одиничним проявом так і компонентом інших захворювань, таких як великий депресивний розлад, рекурентний депресивний розлад, біполярний афективний розлад.

*Стійкий депресивний розлад* – стан, при якому симптоми депресії зберігаються протягом більше двох років. Зазвичай симптоми розвиваються поступово і є не надто виразними протягом багатьох років. Більшість симптомів характерна як і для депресивного епізоду, однак коливаються нижче порогового значення. Особи з таким розладом зазвичай похмурі, песимістичні, пасивні, гіперкретичні та інтровертовані, а також мають підвищену ймовірність виникнення фонових тривожних розладів чи розладів особистості.

*Післяпологова депресія* діагностується тоді, коли симптоми депресії проявляються протягом перших чотирьох тижнів після пологів.

*Атипова депресія* – однією з її особливостей є покращення стану у відповідь на певні позитивні події. Також для неї характерні наявність кількох з наступних симптомів: значне збільшення ваги чи апетиту; надмірна сонливість; «свинцевий параліч» (відчуття важкості в руках і ногах, немов налиті свинцем); надмірна реакція на критику та вразливість.

*Меланхолійна депресія* має здебільшого біологічне походження. В її основі лежить втрата задоволення від усіх чи майже усіх видів діяльності, що може дійти навіть до ангедонії. Крім цього, для даного виду депресії характерні



окремі з наступних особливостей: виражений депресивний настрій (відмінний від звичайного смутку чи пригніченості); прояви депресії більше виражені у ранковий період доби; раннє пробудження (на кілька годин раніше від звичайного режиму); виражена психомоторна загальмованість або збудження; значна втрата ваги або анорексія; відчуття невідповідної до реальності провини.

Крім вище вказаних існують і інші прояви депресії, однак зустрічаються вони рідше та по суті своїй схожі до попередніх. Щодо оцінки наявності депресії та ступеню її прояву підхід дуже різноманітний. Починається все з діагностичних інтерв'ю, які є основою та дозволяють виявити певні прояви з перших питань. Наступним аспектом діагностики є шкали самооцінки. Вони демонструють нам суб'єктивні відчуття важкості депресії. Основним же у діагностуванні депресивного стану є клінічні вимірювальні шкали. Вони розроблені в різних варіаціях, що дозволяє визначати вираженість депресії враховуючи її симптоматику. Крім того це ефективний спосіб для контролю терапії депресивного стану.

Важливим є дослідження явищ, що є основою депресії. Для цього використовують шкали, що вимірюють структурні компоненти депресії. Їх діагностика дозволяє виявити причину формування депресивного стану, або ж дозволяє знайти спосіб його подолання.

Одним із найвідоміших інструментів для визначення клінічної оцінки важкості депресії, є «Шкала Гамільтона», що дозволяє визначити важкість депресії, але для тих осіб, у кого уже був встановлений діагноз депресії. Вона є досить надійною та валідною і використовується у різних варіаціях.

Діагностичний опитувальник депресії Бека дозволяє не тільки визначити депресію та її важкість, а й відображає вираженість кожного окремого симптому. Крім того він є чудовим інструмент для самодіагностики, який дозволяє не тільки виявити розлад, але і диференціювати ступінь важкості

симптомів характерних для ознак клінічної депресії. Даний опитувальник має широкий спектр потенційного застосування у дослідженнях і скринінгах.

Шкала самодіагностики депресії Зунге вважається однією з найкращих для проведення дослідження, оскільки вона є необтяжливою в заповненні та використанні, і при тому залишається досить інформативною, оскільки охоплює різні сфери життєдіяльності. Дозволяє визначити психічний стан не лише норми чи депресії, а також визначити ступінь важкості депресії.

Отже, депресія має різноманітні види та можливі прояви, від субдепресивного стану чи легкої депресії до важкого депресивного епізоду. Всі депресивні стани можуть проявлятися окремо у формі депресивного розладу різного ступеню важкості, або ж бути компонентом якогось іншого захворювання. Для визначення депресії використовуються різноманітні опитувальники і шкали, що дозволяють класифікувати депресивні стани та окремі їх прояви.

#### **1.1.4. Специфіка прояву тривожно-депресивного розладу**

Тривожно-депресивний розлад – одне із найбільших поширених захворювань суспільства в 21 столітті. Однією з його особливостей є те, що при ньому спостерігаються прояви тривоги і депресії, але жоден з них не є настільки переважаючим, щоб виділити його як головний. Даний розлад може виникати у людей різного віку і статі, однак приносить негаразди однаково неприємні для будь-якої категорії людей.

Фактори, що спричиняють розвиток тривожно-депресивного стану досить різноманітні. У переважаючої більшості основною причиною є стресові або психотравмуючі обставини, це може бути як надмірний одиничний стрес, або ж «хронічний», що за кілька місяців дії приводить людину до стану тривожно-депресивного розладу. Наступною причиною є наявність в сімейному анамнезі осіб, що уже страждали на тривожно-

депресивний розлад. Також важливим фактором є сильна фізична або психічна перевтома, що знижує адаптивні можливості організму. Не менший вплив на формування тривожно-депресивного розладу має наявність важкої соматичної патології, вживання різних медикаментів, алкоголю чи психоактивних речовин. Ще одним важливим фактором виникнення даного стану є «соціальний тиск» на людину. Є і інші причини, які викликають тривожно-депресивний розлад, а саме вік, гормональні порушення, рівень інтелекту тощо.

Щодо проявів тривожно-депресивного розладу, то тут ми можемо спостерігати ряд симптомів, які визначаються протягом тривалого часу. Зі сторони психічної сфери це зниження настрою, нестабільність емоційного фону, тривожність і занепокоєння, погіршення сну, швидка психічна і фізична втомлюваність, очікування негативних подій у майбутньому, почуття провини, думки про смерть, зниження функцій розумової діяльності, відсутність або зниження мотивації до будь-яких дій. Організм людини також має свої прояви даного розладу – задуха, проблеми з функцією травлення, тремтіння, надмірна пітливість, пришвидшене серцебиття, тощо.

Зазвичай люди не звертають увагу на початок в них даного стану і тривалий час можуть з ним досить задовільно існувати. Переважно, перші прояви легко вдається придушувати і приховувати негативні емоції. Однак з часом стає важко контролювати цей стан і стають помітні прояви тривожно-депресивного розладу, які здебільшого починаються зі зниженого настрою та невмотивованої тривоги.

Виділяють три стадії тривожно-депресивного розладу:

1. На першій стадії спостерігається гіперчутливість, роздратованість, починає з'являтися втома, стають відчутні ознаки тривоги та безсоння;

2. На другій стадії починають виражено проявлятися соматичні скарги (болі в м'язах, серцебиття, запаморочення, зниження лібідо) наростають прояви тривоги
3. На третій стадії відбувається посилення всіх попередніх проявів, з'являється апатія, знижений настрій і тривога стають домінуючими в житті особи.

Крім того, чим важче перебігає тривожно-депресивний розлад, тим більше він ускладнює перебіг всіх інших захворювань, що є у людини, а також, при відсутності лікування може сформувати нові розлади, зокрема розвиток панічних атак, яких до того могло і не бути. У важких випадках та при відсутності терапії даний розлад може привести до суїциду.

Отже, тривожно-депресивний розлад може перебігати з різними проявами в залежності від ступеню вираженості певних симптомів, що може ускладнюватись рисами, які перебувають за межами прояву даного розладу. При чому варіації прояву тривожно-депресивного розладу залежать від характерологічних особливостей пацієнта, а також від вираженості зовнішнього впливу.

## 1.2. Експлікація концептуальної моделі схема-терапії

### 1.2.1. Аналіз функціональної релевантності формування та проявів базових незадоволених емоційних потреб з ранніми дезадаптивними схемами (РДС)

Важливою концепцією в рамках психотерапії є припущення про те, що схеми, багато з яких формуються в дитинстві, продовжують розвиватися протягом життя людини і автоматично застосовуються ним для осмислення життєвого досвіду в дорослому віці, навіть коли вони вже втратили свою релевантність. Це частково пояснюється потребою людини в "когнітивній послідовності", необхідної для підтримки стабільного уявлення про себе і про світ в цілому, навіть якщо насправді це уявлення є неточним або спотвореним. У цьому контексті схема може бути позитивною або негативною, адаптивною або дезадаптивною; схеми можуть формуватися як у дитинстві, так і у наступних періодах життя.

Дж. Янг припустив, що деякі схеми, особливо ті, які розвиваються в результаті токсичного досвіду, пережитого в дитячому віці, можуть ставати серцевиною особистісних розладів, відносно помірних характерологічних проблем особистісного характеру і багатьох хронічних розладів. Розвиваючи цю ідею, він виділив підгрупу, яку назвав ранніми дезадаптивними схемами.

Рання дезадаптивна схема відповідає наступним критеріям:

- це широка, всеосяжна тема чи патерн;
- складається із спогадів, емоцій, накопичених та тілесних відчуттів;
- зачіпає стосунки із самим собою та з іншими людьми;
- сформувалася у дитинстві або у підлітковому віці;
- продовжувала розвиватися упродовж подальшого життя людини;
- значною мірою дисфункціональна.

Загалом ранні дезадаптивні схеми - це саморуйнівні емоційні та когнітивні патерни, які зароджуються в ранньому віці людини і

повторюються протягом усього його життя. На думку Янга, дезадаптивна поведінка розвивається як реакція на схему. Отже, поведінка керується схемами, але не є частиною схем. Хоч і не всі схеми виникають в результаті перенесеної психологічної травми, всі вони руйнівні, і більшість з них викликані деякими токсичними подіями, які регулярно повторювалися протягом дитинства та підліткового віку. Токсичний досвід накопичується і дає кумулятивний ефект, в результаті призводячи до формування повноцінної схеми.

Ранні дезадаптивні схеми відображають боротьбу людини за виживання. Як ми згадували раніше, схеми є результатом властивого людині прагнення до послідовності та визначеності. Схема – це те, що людина знає. Хоча схема і викликає страждання, зате вона звична та знайома. Вона супроводжується відчуттям "правильності". Людей ніби тягнуть до себе події, що грають роль тригерів для їх схем. Це одна з причин того, що схему настільки складно змінити. Пацієнти розглядають свої схеми як непорушні істини, і, отже, ці схеми безпосередньо впливають на сприйняття та осмислення ними подальших життєвих подій та обставин. Схеми відіграють важливу роль у тому, яким чином пацієнти думають, відчують, діють, ставляться до інших, і парадоксальним чином призводять до ненавмисного відтворення в дорослому житті саме тих умов дитинства, які були найбільш токсичні/шкідливі для них.

Схеми зароджуються в ранньому дитинстві або підлітковому віці як засновані на реальних обставинах репрезентації умов, що оточують дитину. Схеми досить точно відображають загальну атмосферу середовища, що оточувало пацієнтів у дитинстві. Наприклад, якщо людина каже нам, що її рідні вели себе холодно і відсторонено, коли вона був дитиною, зазвичай має рацію, хоча може і не розуміти, чому батьки відчували труднощі з проявом своїх емоцій або з вираженням почуттів. Пояснення батьківської поведінки

можуть бути помилковими, але базові відчуття емоційного клімату в сім'ї та відношення батьків майже завжди істинні.

Дисфункціональний характер схем зазвичай стає очевидним у дорослому житті, коли індивіди продовжують застосовувати свої звичні схеми при взаємодії з іншими людьми, навіть якщо ці схеми більше не відповідають фактичним обставинам. Ранні дезадаптивні схеми, або малоадаптивнікопінгові стратегії є в основі хронічних симптомів, таких як тривога, депресія, зловживання алкоголем або наркотиками та психосоматичні розлади.

Схеми можуть бути найрізноманітніших масштабів; ступінь їх виразності і поширеності в житті пацієнта може значно змінюватись. Чим потужнішою є схема, тим більша кількість ситуацій, її тригерують. Так, наприклад, якщо пацієнт у ранньому дитинстві постійно піддавався різкій критиці з боку обох батьків, то надалі контакт із практично будь-якою людиною активуватиме його схему Дефективності/Сором'язливості. Якщо дитина піддавалася критиці спорадично, не постійно, а лише час від часу, не в різкій формі і критикував лише хтось один з батьків, то ця схема буде активуватися в дорослому віці в меншій мірі. Окрім цього, така схема може тригеруватися тільки особами, що мають високий авторитет в очах пацієнта і належать до тієї ж статі, що і один з батьків, який його критикував в дитинстві. Як правило, чим сильніший ступінь виразності схеми, тим інтенсивніший її негативний ефект.

Основна концепція схема-терапії полягає в тому, що схеми виникають унаслідок незадоволення базових емоційних потреб у дитинстві. Виділяють п'ять базових емоційних потреб.

1. Надійна прихильність до інших людей (включає почуття безпеки, стабільність, турботу і прийняття).

2. Самостійність/незалежність, компетентність і почуття самоідентичності.

3. Свобода висловлювання своїх потреб та емоцій.
4. Спонтанність та гра.
5. Реалістичні кордони та самоконтроль.

Вважається, що ці потреби є універсальними. Вони є в кожній людині, хоча рівень виразності цих потреб істотно варіюється в різних людей. Психологічно здоровою є людина, здатна адаптивним чином задовольняти свої базові емоційні потреби.

Токсичні події, що мали місце в ранньому дитинстві людини – основне джерело виникнення ранніх дезадаптивних схем. Найбільш ранні і найбільш яскраві схеми зазвичай формуються в умовах нуклеарної сім'ї (тобто сім'ї, що складається з батьків і дітей). Можна сказати, що динаміка сім'ї дитини - це динаміка всього його світу на ранніх етапах його життя. Вже у дорослому віці, опинившись у ситуаціях, які активують їх ранні дезадаптивні схеми, пацієнти наново переживають драми свого дитинства, які зазвичай відбувалися за участю батьків. У міру дорослішання дитини набувають значення інші джерела впливу - однолітки, школа, різні групи та спільноти, оточуюча культура, що може призвести до розвитку схем. Тим не менш, схеми, що сформувалися в більш дорослому віці, як правило, не настільки масштабні та впливові. Соціальна відчуженість - приклад схеми, що зазвичай розвивається у пізньому дитинстві чи підлітковому віці і може відбивати динаміку повної сім'ї.

Виділяють чотири типи ранніх життєвих подій, які сприяють формуванню схем. Перший - токсична фрустрація потреб. Це відбувається, коли в житті дитини дуже мало позитивного досвіду, і в неї формуються схеми на кшталт Емоційної депривованості або Покинутості/Нестабільності внаслідок дефіцитарного характеру навколишнього середовища. У навколишньому середовищі дитини відсутнє щось важливе, наприклад стабільність, розуміння чи любов.



Другий тип ранніх життєвих подій, що породжують схеми, – це травматизація чи віктимізація. Ставши жертвою жорстокого поводження, дитина виробляє такі схеми: Недовіра/Очікування жорстокого поводження, Дефективність/Сором'язливість, Вразливість.

Третій тип подібних ранніх життєвих подій характеризується тим, що дитина стикається з надмірною кількістю певного позитивного досвіду: батьки надають дитині забагато того, що в нормальних кількостях принесло б їй користь. Наприклад, такі схеми як Залежність/Безпомічність або Привілейованість/Грандіозність, рідко виникають у результаті жорстокого поводження в дитинстві. Швидше навпаки, дитину балують і потурають їй забаганкам. У цьому випадку не задовольняються її емоційні потреби в самостійності та наявності реалістичних обмежень. Наприклад, батьки можуть надмірно брати участь у житті дитини, надмірно захищати її або ж надавати надмірну свободу і автономність без будь-яких обмежень.

Четвертий тип ранніх життєвих подій, що призводять до формування схем, - це виборча інтерналізація, або ідентифікація зі значущими іншими. Дитина вибірково ідентифікує себе з батьком і переймає його думки, почуття, способи сприйняття подій та патерни поведінки.

### **1.2.2. Етіопатогенездезадаптивних схем та їх доменів**

Дж. Янг, засновник схема-терапії з колегами виділяють 18 ранніх дезадаптивних схем, які згруповані в п'ять загальних категорій незадоволених емоційних потреб, які вчені кваліфікують як домени РДС .

*І домен – порушення зв'язку та відкидання.* Змістовно-процесуально цей домен характеризується очікування того, що потреби в безпеці, стабільності, турботі, співпереживанні, обміні почуттями, прийнятті та повазі не будуть реалізовані так, як очікує цього людина. Як правило, поведінка сім'ї в дитинстві відсторонена, холодна, відкидаюча, непередбачувана або образлива/жорстока.

Корельованіз цим доменом ранні дезадаптивні схеми:

**1. *Покинутість/Відторгнення.*** Ця схема характеризується сприйняттям нестабільності чи ненадійності тих людей, від яких індивідуум чекає підтримки та зв'язку. Вона включає в себе переконання та відчуття, що важливі інші об'єкти не зможуть продовжувати надавати емоційну підтримку/допомогу або фактичний захист, тому що вони емоційно нестабільні і непередбачувані (наприклад, у них трапляються спалахи гніву), вони ненадійні або присутні поруч лише епізодично; тому що вони неминуче помруть; або тому, що вони відмовляться від індивідуума заради когось кращого.

**2. *Недовіра/Очікування жорстокого ставлення*** – характеризується очікування того, що інші люди робитимуть боляче, ображати, принижувати, обманювати, брехати, маніпулювати або використовувати мене у своїх цілях. Зазвичай мається на увазі, що шкода, що завдається іншими, є навмисним або ж є наслідком неухважності/недбалості, якій немає виправдань. Може включати відчуття, що стосунки з людьми завжди закінчуються обманом або що люди завжди прагнуть досягти чогось за твій рахунок.

**3. *Емоційна деривація*** – проявляється в очіванні того, що бажання нормальної емоційної підтримки не буде адекватно задоволене. Емоційна деривація проявляється в трьох основних формах.

1. Позбавлення турботи: відсутність уваги, прихильності, підтримки чи спілкування.

2. Позбавлення співчуття: відсутність розуміння, готовності вислухати, можливості розповісти про свої почуття/переживання або розділити їх з іншими.

3. Позбавлення захисту: відсутність підтримки, направлення або настанови зі сторони інших.

**4. Дефективність/Сором'язливість** – характеризується відчуттям того, що людина є дефектною, поганою, небажаною, неповноцінною або неправильною у важливих аспектах, або того, що вона може бути відкинута значущими іншими і недостойна їхньої любові. Може включати підвищену чутливість до критики, відмов або звинувачень; низьку самооцінку, порівняння себе з іншими (не на свою користь) та незручність у присутності інших людей; почуття сорому щодо своїх недоліків, ці недоліки можуть бути приватними (наприклад, егоїзм, агресивні імпульси, неприйнятні сексуальні бажання) або публічними (наприклад, неприваблива зовнішність, соціальна незручність).

**5. Соціальна ізоляція/ відчуженість** – характеризується почуттям, що людина ізольована від решти світу, відрізняється від оточуючих або не є частиною будь-якої групи чи спільноти.

**II домен – порушення автономії та ефективності.** Змістовно-процесуально цей домен характеризується очікуванням щодо самого себе і навколишнього середовища, які перешкоджають розвитку здатності досепарації, виживання, незалежного функціонування або успішності в будь-якій діяльності. Як правило, сім'я в дитинстві непослідовна, гіперопікаюча підриває самооцінку дитину, не підтримує спроби дитини досягти чогось поза сімейним колом).

Корельовані з цим доменом ранні дезадаптивні схеми:

**6. Залежність/Безпорадність.** Віра в те, що людина не в змозі впоратися зі своїми повсякденними обов'язками належним чином, без значної допомоги з боку інших (наприклад, турбота про себе, вирішення повсякденних проблем, вміння робити обґрунтовані висновки, справлятися з новими завданнями, приймати правильні рішення). Часто проявляється як безпорадність.

**7. Вразливість.** Перебільшений страх перед неминучою катастрофою, яка може статися будь-якої миті, а також страх неможливості її

запобігти. Страху зосереджені на одній або декількох темах: а) медичні катастрофи (наприклад, серцевий напад або СНІД); б) емоційні катастрофи (наприклад, страх збожеволіти); в) зовнішні катастрофи (наприклад, поломка ліфта, напад злочинців, авіакатастрофи, землетруси).

**8. *Неповноцінність/Нерозвинена ідентичність.*** Надмірна емоційна залученість і близькість з одним або декількома важливими іншими (часто - з батьками) на шкоду індивідуалізації та нормальному соціальному розвитку. Часто включає в себе переконаність у неможливості вижити або бути щасливим без постійної підтримки. Можливе відчуття злиття з іншими або нестачі особистої ідентичності. Часто присутнє відчуття порожнечі та втраченості, відсутності напряму руху/розвитку; у крайніх випадках можливі сумніви в доцільності свого існування як такого.

**9. *Неуспішність.*** Переконаність у неминучості невдачі чи провалу, у своїй повній неадекватності проти однолітків (у навчанні, кар'єрі, спорті тощо.). Часто включає в себе переконання у власній дурості, невмілості, бездарності, неповноцінності, низькому статусі в порівнянні з іншими і т.д.

***III домен – порушення кордонів.*** Змістовно-процесуально цей домен характеризується недостатньою розвинутістю внутрішніх кордонів, відповідальності перед оточуючими або орієнтації на довгострокові цілі. Призводить до виникнення проблем з поважливим ставленням до прав інших людей, здатністю співпрацювати з ними, з виконанням прийнятих на себе зобов'язань або з постановкою та досягненням особистих цілей. Як правило, сім'я в дитинстві характеризується вседозволеністю, потуранням, нестачею наставництва і підтримки з боку батьків або ж придушенням думки дитини за рахунок авторитету замість адекватної конфронтації, браку дисципліни, взаємного співробітництва і постановки цілей. В деяких випадках, дитина, можливо, не стикалася з необхідністю виходити за межі своєї зони комфорту і справлятися з помірним дискомфортом або, можливо, не отримувала адекватного батьківського нагляду, напряму чи керівництва).

Корельованіз цим доменомранні дезадаптивні схеми:

**10. Особливий статус/величність (грандіозність).** Віра в те, що я краще за інших людей; маю право на особливі привілеї; не пов'язаний з правилами взаємної співпраці, на яких будується нормальна соціальна взаємодія. Часто включає переконання у своєму праві робити все, що завгодно або мати що хочеться, незалежно від того, чи реалістично це і чи вважають оточуючі це розумним; або проявляється у наполегливому прагненні потрапити до кола найуспішніших, знаменитих, багатих людей з метою набуття влади або контролю, як правило, не заради отримання уваги чи схвалення, а отримання відчуття переваги над іншими людьми: отримання підтвердження своєї сили, відстоювання своєї точки зору, прагнення контролювати поведінку оточуючих, щоб всевідповідальною власним бажанням і очікуванням. Іноді включає надмірне прагнення до суперництва відсутність емпатії чи здатності враховувати потреби та почуття інших людей.

**11. Недостатність самоконтролю.** Постійні труднощі у сфері самоконтролю чи відмова забезпечувати достатній рівень самоконтролю та толерантності до фрустрації для досягнення своїх особистих цілей чи для стримування надмірних проявів своїх емоцій та імпульсів. При більш м'якій формі цієї схеми, пацієнт надає занадто багато значення уникненню дискомфорту: болю, конфліктам, конфронтації, відповідальності або перенапруженню, жертвуючи при цьому певними сферами свого життя, досягненням особистих цілей або особистісною цілісністю.

**IV домен – направленість на оточуючих.** Змістовно-процесуально цей домен характеризується надмірним зосередженням на бажаннях, почуттях і реакціях інших людей на шкоду власним потребам з метою заслужити любов і заохочення, підтримати відчуття зв'язку або уникнути покарання. Зазвичай включає в себе придушення власного гніву. Як правило, сім'я в дитинстві практикує умовне прийняття: діти повинні придушувати важливі аспекти

своєї особистості, щоб отримати любов, увагу, схвалення. В багатьох інших таких сім'ях емоційні потреби та бажання батьків – або ж соціальне визнання та статус – ціняться вище, ніж унікальні потреби та почуття дитини.

Корельованіз цим доменомранні дезадаптивні схеми:

**12. *Покірність.*** Надмірна передача контролю значущим іншим, щоб уникнути гніву, покарання або відмови. Покірність проявляється в двох основних формах: 1) підкорення потреб: придушення власних уподобань, рішень, бажань; 2) підкорення емоцій: придушення власних емоцій, особливо гніву. Зазвичай включає установку про те, що власні бажання, думки і почуття не мають права на існування або не мають значення для оточуючих. Часто проявляється в надмірній поступливості у поєднанні з загостреною реакцією на почуття "попадання в пастку". Це призводить до наростання почуття гніву, що проявляється в симптомах дезадаптації (наприклад, пасивно-агресивний наказ, неконтрольовані спалахи гніву, психосоматичні симптоми, придушення афекту, імпульсивні вчинки, зловживання алкоголем або наркотиками).

**13. *Самопожертва.*** Надмірне захоплення добровільним задоволенням потреб інших людей за власний рахунок. Найбільш поширені причини: прагнення уникнути заподіяння болю іншим людям, прагнення уникнути почуття провини за свій сприйманий егоїзм, прагнення підтримувати зв'язок з оточуючими людьми, які сприймаються як ті, хто потребує турботи. Часто обумовлено загостреною чутливістю до страждань інших людей. Іноді призводить до відчуття того, що власні потреби не задовольняються належним чином, і що людина, про яку ти турбуєшся, нехтує тобою. (Пересікається з концепцією співзалежності.)

**14. *Пошук схвалення.*** Надмірний акцент на отримання схвалення, визнання або уваги від інших людей, прагнення відповідати іншим людям на шкоду розвитку стабільного та адекватного відчуття власної ідентичності. Самооцінка залежить насамперед від реакцій оточуючих, а не від власних

схильностей і переваг. Іноді включає в себе надмірну занепокоєність статусом, зовнішнім виглядом, спільним визнанням, фінансовою спроможністю або досягненнями як засобами отримання схвалення, захоплення або уваги (як правило, не в цілях здобуття влади або контролю). Часто призводить до прийняття серйозних життєвих рішень, які не відповідають істинним бажанням і фактичним потребам людини, або до загостреної чутливості до відмови/відкидання.

***V домен –надмірна відповідальність та жорсткі стандарти.***

Змістовно-процесуально цей домен характеризується сильним прагненням до витіснення своїх спонтанних почуттів, спонукань і власних виборів, тенденцією дотримуватися жорстких інтерналізованих правил і очікувань щодо успішності або етичності поведінки; часто на шкоду власному щастю, самовираженню, відпочинку, близьким стосункам або здоров'ю. Як правило, сім'я в дитинстві занадто серйозна, вимоглива, а іноді й караюча за промахи: успішність, виконання обов'язків, перфекціонізм, дотримання правил, приховування емоцій і запобігання помилок вважаються більш важливими, ніж задоволення, радість і розслаблення. Зазвичай, пристуні песимізм та занепокоєння про те, що все може піти прахом, якщо хоч на мить втратити пильність та обережність.

Корельовані з цим доменом ранні дезадаптивні схеми:

**15. *Негативізм/песимізм.*** Нав'язливе зосередження на негативних аспектах життя (біль, смерть, втрати, розчарування, конфлікти, почуття провини, обурення, невирішені проблеми, можливі помилки, зрада, все те, що може піти не так, і т.д.) при мінімізації позитивних, оптимістичних аспектів або нехтування ними. Зазвичай включає в себе перебільшене очікування того - в широкому діапазоні робочих, фінансових або між особистісних ситуацій, - що в кінцевому підсумку все піде навперейми або що аспекти життя, в яких зараз все добре, зрештою зазнають краху. Зазвичай включає надмірний страх припуститися помилок, які можуть призвести до

фінансового краху, втрат, приниження або попадання в безвихідну ситуацію. Внаслідок перебільшення можливості негативного результату, для таких людей характерні хронічне занепокоєння, надмірна пильність, постійні скарги або нерішучість.

**16. Придушення емоцій.** Надмірне придушення спонтанних дій, почуттів, можливостей спілкування, - як правило, щоб уникнути несхвалення з боку інших людей, почуття сорому чи втрати контролю над своїми імпульсами. Найбільш поширені області інгібіції: а) придушення гніву та агресії; б) подавлення позитивних імпульсів (наприклад, радості, прихильності, сексуального збудження, грайливості); в) труднощі з проявом власної вразливості або з можливістю вільної комунікації про свої почуття, потреби і тд.; г) надмірний акцент на раціональності на шкоду емоціям.

**17. Жорсткі стандарти/прискіпчивість.** Основні переконання в необхідності прагнути до дуже високих інтерналізованих стандартів поведінки та успішності – як правило, щоб уникнути критики. Зазвичай призводять до відчуття постійного тиску. Людині важко знизити рівень вимог у відношенні до себе та інших. Ця схема включає в себе значні порушення в аспектах здоров'я, самооцінки, почуття виконаного обов'язку, отримання задоволення, розслаблення, побудування повноцінних відносин.

Жорсткі стандарти зазвичай проявляються як а) перфекціонізм, надмірна уважність до деталей або недооцінка власної успішності; б) жорсткі, категоричні правила, або 'повинності', в багатьох областях життя, включаючи нереалістично завищені моральні, етичні, культурні чи релігійні розпорядження; в) занепокоєння питаннями часу та ефективності, прагнення робити все більше і більше, постійно досягати нових висот.

**18. Пунітивність.** Переконаність в тому, що люди повинні бути суворо покарані за свої помилки. Мається на увазі тенденція до прояву людиною гніву та нетерпіння у відношенні до тих людей (включаючи самого себе), які не відповідають його очікуванням чи стандартам. Свої та чужі



помилки прощаються з важкістю внаслідок небажання враховувати пом'якшуючі обставини, припускати людську недосконалість чи співпереживати.

### **1.2.3. Провідні режими функціонування ранніх дезадаптивних схем (РДС)**

Концепція режимів функціонування схем (далі - режимів) - ймовірно, найбільш складна частина теорії схема-терапії, оскільки охоплює безліч складових. Режими функціонування схем - це мінливі емоційні стани та копінгові реакції (адаптивні та дезадаптивні), які ми всі переживаємо. Тригерами режимів є ситуації, щодо яких ми маємо підвищену чутливість. На відміну від інших елементів схеми, в даному випадку нас цікавлять як адаптивні, так і дезадаптивні режими.

У будь-який момент часу якісь з схем або проявів схеми (включаючи наші копінгові реакції) неактивні або перебувають у латентному стані, у той час як інші активуються життєвими подіями та переважають у поточних настроях та поведінці. Переважний стан, в якому ми знаходимося в конкретний момент часу, називається нашим режимом. Як ми вже говорили, ці стани можуть бути адаптивними або дезадаптивними. Усі ми іноді переключаємося з одного режиму в інший. Таким чином, режим - це відповідь на питання "Який набір схем або проявів схеми присутній у пацієнта в цей час?"

Визначення режиму функціонування схеми таке: це ті схеми або прояви схеми (адаптивні або дезадаптивні), які в даний час активовані в людини. Дисфункціональний режим активується, коли конкретні дезадаптивні схеми або копінгові реакції перетворюються на тривожні думки, реакції уникнення або саморуйнівні форми поведінки, які починають контролювати дії людини. Людина може перейти від одного

дисфункціонального режиму до іншого; у міру того, як відбувається цей перехід, активуються різні схеми або копінгові реакції, які не виявлялися раніше.

Якщо підходити до цього питання з іншого боку, можна сказати, що дисфункціональний режим функціонування схеми - це аспект особистості людини, що включає конкретні схеми або прояви схеми, які не були повністю інтегровані з іншими аспектами особистості. Відповідно до такого підходу, схемні режими різняться між собою за ступенем того, наскільки конкретний стан, викликаний схемою, став дисоційованим, або відрізнаним, від інших режимів конкретної людини. Отже, дисфункціональний режим - це частина особистості, яка певною мірою відрізнана з інших її частин.

На даний момент, визначається десять режимів функціонування схем, хоча в майбутньому, можливо, буде виявлено більшу їх кількість. Вони згруповані в чотири основні категорії- чотири основні типи режимів: дитячі режими, дезадаптивні/копінгові режими, дисфункціональні батьківські режими, режим Здорового дорослого. Одні режими корисні для людини, інші – дезадаптивні та неконструктивні. Кожен режим пов'язаний із певними схемами (крім режиму Здорового дорослого та Щасливої дитини) або відображає певні копінгові стратегії.

Дитячі режими проявляються найбільш наочним чином, коли йдеться про осіб, які самі дуже схожі на дітей. Визначається чотири таких режими: Вразлива дитина, Сердита дитина, Імпульсивна/Недисциплінована дитина та Щаслива дитина (табл.1). Вважається, що ці дезадаптивні схеми є вродженими, і що вони є вродженим емоційним діапазоном людських сутностей. Навколишні події та ситуації у ранньому дитинстві можуть придушувати чи посилювати той чи інший дитячий режим, але люди народжуються зі здатністю висловлювати всі чотири схема-режими.

Людина у режимі *Вразливої дитини* може виглядати зляканою, сумною, пригніченою або безпорадною. Ця дезадаптивна схема нагадує

поведінку маленької дитини, яка потребує турботи дорослих, щоб вижити, але не отримує такої допомоги. Дитина відчайдушно потребує батька і терпітиме практично що завгодно, тільки щоб батько був поруч. Специфіка режиму Вразливої дитини залежить від схеми: батько залишає дитину на самоті на тривалий період часу (Покинута дитина); суворо карає її (Дитина, що зазнала насилля); не дає любові (Емоційнодепривована дитина); різко критикує (дефективна дитина). Пов'язані схеми включають: Соціальну відчуженість, Залежність/Безпомічність, Вразливість, Заплутаність/Нерозвинену ідентичність і Некомпетентність. Більшість схем є частиною режиму Вразливої дитини. З цієї причини ми розглядаємо цей режим як основний під час роботи над схемою. Зрештою, це той режим, на який потрібно робити особливий акцент при психотерапевтичному лікуванні.

Таблиця 1.1.

**Експлікаційна кореляція дитячих функціональних режимів з  
ранніми дезадаптивними схемами (РДС)**

Дитячі функціональні режими	Прояви дитячих функціональних режимів	Корельовані з дитячим функціональним режимом РДС
Вразлива дитина	Спостерігаються дисфоричні чи тривожні переживання, особливо страх, сум і безпорадність, коли стикається із пов'язаними схемами.	Покинутості/Нестабільності, Недовіри/Очікування жорстокого поводження, Емоційної депривованості, Дефективності/Сором'язливості, Соціального відчуження, Залежності/Безпорадності, Вразливості, Заплутаності/Нерозвиненої ідентичності, Негативізму/Песимізму
Сердита дитина	Виражає гнів безпосередньо у відповідь на невдоволення своїх базових потреб чи несправедливе ставлення, пов'язане із базовими схемами	Покинутості/Нестабільності, Недовіри/Очікування жорстокого поводження, Емоційної депривованості, Покірності (і часом будь-яка зі схем, пов'язана з режимом Вразливої дитини)
Імпульсивна/Недисциплінована дитина	Діє імпульсивно, керуючись своїм безпосереднім прагненням до задоволення, без врахування кордонів, потреб чи почуттів оточуючих. Цей режим не пов'язаний з базовими потребами	Привілейованості/Грандіозності, Недостатності самоконтролю.
Щаслива дитина	Відчуває себе любимою, вдоволеною і задоволеною; відчуває стабільний зв'язок зі значимим близьким	Немає. Активовані схеми відсутні

*Режим Сердитої дитини.* Практично всі маленькі діти гніваються, коли не задовольняються їхні базові потреби. Хоча батько може карати дитину за подібну реакцію або іншим способом придушувати прояви її незадоволення, гнів - нормальна реакція для дитини у скрутному становищі.

Особи в режимі Сердитої дитини висловлюють гнів безпосередньо у відповідь на незадоволення потреб або несправедливе поводження, що пов'язано з іншими схемами, включаючи схеми Покинутості/Нестабільності, Недовіри/Очікування жорстокого поводження, Емоційної депривованості та покірності. Коли спрацьовує схема і пацієнт відчувається залишеним, ображеним, депривованим або підлеглим, він лютує і може кричати, словесно нападати, очікувати насилля або відчувати спонукання до насильства.

*Режим Імпульсивної/Недисциплінованої дитини* діє під впливом моменту, щоб задовольнити свої потреби, і прагне до задоволення, не звертаючи уваги на існуючі межі або оточуючих людей. Цей режим – дитина в її природному стані, ще не обмежена загальноприйнятними рамками, яка не має обов'язків. Імпульсивна/Недисциплінована дитина має низький рівень толерантності до фрустрації і нездатна відкладати короткострокове задоволення заради довгострокових цілей. Людина в цьому ж режимі може виглядати зіпсованою, злою, зневажливою, лінивою, нетерплячою, неуважною, некерованою. Пов'язані схеми можуть включати в себе Привілейованість/Грандіозність і Недостатність самоконтролю.

*Режим Щасливої дитини* відчуває себе люблячою та задоволеною. Цей режим не пов'язаний з якими-небудь ранніми дезадаптивними схемами, оскільки базові потреби дитини належним чином задовольняються. Режим Щасливої дитини означає здорову відсутність активованих дисфункціональних схем.

*Дезадаптивні копінгові режими* являють собою спроби дитини адаптуватися до життя з невдоволеними емоційними потребами в шкідливому оточуючому середовищі. Ці копінгові режими були адаптивними, коли особа була в дитячому віці, але в більш широкому світі дорослого життя вони часто стають дезадаптивними. Визначається три основних типи цих режимів: Слухняний капітулянт, Відсторонений захисник,

Гіперкомпенсатор. Вони відповідають трьом копінговим стратегіям: капітуляції, уникання і коперкомпенсації.

*Слухняний капітулянт* як копінгову стратегію вибирає підпорядкування схемі, капітуляцію перед нею. Пацієнти в цьому режимі здаються пасивними і залежними. Вони роблять те, чого хочуть від них інші люди, почуваються безпорадними перед більш могутньою фігурою. Вони відчують, що у них немає вибору, крім намагатися догодити людині, щоб уникнути конфлікту. Вони слухняні, дозволяють погано з собою поводитися, нехтувати ними, контролювати або знецінювати їх, щоб зберегти зв'язок і уникнути помсти.

*Відсторонений захисник* як копінгову стратегію використовує уникнення схеми. Ця копінгова стратегія полягає у психологічному усуненні. Люди в режимі Відстороненого захисника дистанціюються від інших людей та відключають свої емоції, щоб захистити себе від болю вразливості. Цей режим подібний до захисної броні або стіни, за якою ховаються більш вразливі режими. У режимі Відстороненого захисника пацієнти можуть відчувати заціпеніння або спустошення. Вони можуть зайняти цинічну або відчужену позицію, щоб уникати емоційного контакту з оточуючими або емоційного залучення до будь-якої діяльності. Поведінкові приклади включають уникнення соціальних ситуацій, звичку покладатися виключно на власні сили, залежність від самозаспокоєння, фантазування, нездатність зосередитися і пошук стимуляції.

Режим Відстороненого захисника є проблемою для багатьох людей з характерологічними розладами, особливо для осіб з розладом особистості, і часто є найбільш складним для зміни аспектом. Коли ці пацієнти були маленькими дітьми, розвиток режиму Відстороненого захисника був адаптивною стратегією. Вони опинилися в пастці травмуючого середовища, яке приносило занадто багато страждань, тому для пацієнтів було розумним дистанціюватися, відсторонитися і нічого не відчувати. У міру того, як діти

дорослішали і вступали в менш ворожий або менш обмежуючий їхній світ, було б адаптивним "відпустити" Відстороненого захисника і знову стати відкритими для світу та для власних емоцій. Але вони настільки звикли до цього режиму, що він стає автоматичним, і пацієнти не знають, як з нього вийти. Їхній притулок став їхньою в'язницею.

*Гіперкомпенсатори* використовують як копінгову стратегію гіперкомпенсацію схеми. Вони діють так, ніби справжній стан речей являв собою повну протилежність схеми. Наприклад, відчуваючи себе неповноцінними, вони намагаються виглядати ідеальними, здаватися краще оточуючих. Випробовуючи вину, вони звинувачують оточуючих. Відчуваючи, що над ними домінують, вони залякують інших людей у відповідь. Відчуваючи, що їх використовують, вони шукають можливість експлуатувати оточуючих. Відчуваючи, що вони гірші за інших, вони прагнуть справити враження на оточуючих своїм статусом або досягненнями. Деякі Гіперкомпенсатори пасивно-агресивні. Вони здаються підкреслено слухняними, тоді як насправді потайки мстять за допомогою прокрастинації, наклепів або невиконання своїх обов'язків. Деякі гіперкомпенсатори obsесивні. Вони підтримують суворий порядок, самоконтроль і високий рівень передбачуваності завдяки плануванню, надто точному дотриманню розпоряджень і процедур або надмірній обережності.

Дисфункціональні батьківські режими є інтерналізацією батьківських фігур із раннього дитинства особи. Перебуваючи в дисфункціональному батьківському режимі, пацієнти *стають* цим батьком і ставляться до себе так само, як батьки ставилися до них у дитинстві. Вони часто переймають голос батька у розмові із собою. У дисфункціональних батьківських режимах пацієнти думають, відчувають і поведуться так, як це робили в їхньому дитинстві батьки.

Виділяють два найбільш поширені дисфункціональні батьківські режими (хоча в деяких пацієнтів можуть виявлятися й інші батьківські

режими): Караючий (або Критикуючий) батько і Вимогливий батько (див.табл. 1.2.).

Таблиця 1.2.

**Експлікаційна кореляція дизфункціональних батьківських режимів з ранніми дезадаптивними схемами (РДС)**

Дизфункціональні батьківські режими	Прояви дизфункціональних батьківських режимів	Корельовані з дизфункціональними батьківськими режимами РДС
Караючий/Критикуючий Батько	Стримує, критикує чи карає себе або інших людей	Покірність, Дефективність/Сором'язливість, Недовіра/Очікування жорстокого поводження (в якості кривдника)
Вимогливий Батько	Встановлює високі очікування і високий рівень відповідальності у відношенні до оточуючих; пригнічує себе чи інших людей	Жорсткі стандарти/Прискіпливість, Самопожертва

*Режим Караючий/Критикуючий Батько* гнівно карає, критикує або обмежує дитину за вираження ним своєї потреби або за помилки. Найбільш поширеними зв'язаними схемами є Покірність та Дефективність/Сором'язливість. Цей режим особливо помітний у людей із розладом особистості або депресією. Такі особи мають режим Батька, в якому вони стають власними кривдниками і карають себе. Наприклад, вони називають себе злими, брудними чи поганими і карають себе аж до нанесення собі тілесних ушкоджень. У цьому режимі вони не є Вразливими дітьми; швидше, вони - Караючі батьки, що карають Вразливу дитину. Насправді, вони постійно перемикаються між режимами Батька, що карає, і Вразливої дитини, так що в деякі моменти стають дітьми, які зазнають жорстокого поводження, а в деяких - власними батьками, які чинять насильство.



*Режим Вимогливий Батько* змушує дитину відповідати нереалістичним, завищеним батьківським очікуванням. Людина відчуває, що "правильно" бути ідеальним, і "неправильно" - помилятися або виявляти спонтанність. Пов'язані схеми включають Жорсткі стандарти/Прискіпливість та Самопожертву. Цей режим дуже поширений серед осіб з нарцисичними і обсесивно-компульсивними розладами особистості. Вони переходять у режим вимогливого батька, в якому встановлюють для себе завищені стандарти і прагнуть відповідати їм. Однак Вимогливий батько - це не обов'язково караючий: він чекає багато чого, але може не звинувачувати або не карати. Найчастіше дитина визнає розчарування батька, через що відчуває сором. Багато пацієнтів поєднують режими Караючого батька і Вимогливого батька, встановлюючи для себе завищені стандарти і караючи себе за неможливість їм відповідати.

*Режим Здорового Дорослого* є здоровою, дорослою частиною особистості, яка виконує 'керуючу' функцію по відношенню до інших режимів. Здоровий дорослий допомагає задовольнити базові емоційні потреби дитини. Створення і підкріплення режиму Здорового дорослого є основою для ефективної роботи над іншими режимами.

Отже, відповідно до домінуючих режимів у людей проявляються відповідні дезадаптивні схеми. Також можна відстежити зв'язок становлення особистості за період дитячого та підліткового віку, задоволення чи незадоволення базових потреб з формуванням дезадаптивних схем. Відповідно до цих схем у дорослому віці можуть проявлятися окремі риси особистості чи формуватися певні розлади.

## Висновки до першого розділу

1. У першому розділі ми розкрили актуальність проблеми дослідження, ознайомились з теоретичними напрацюваннями в галузі тривожно-депресивного розладу, особливості формування ранніх дезадаптивних схем та варіацій їх прояву в дорослому віці. Розглянуто зміст понять «тривога», «депресія», «тривожно-депресивний розлад», «ранні дезадаптивні схеми», «дитячі функціональні режими», «дисфункціональні батьківські режими, «дезадаптивні допінгові режими».

2. В сучасних дослідженнях проблематиці тривоги та тривожним розладам приділяють все більше уваги, а вивчення умов виникнення тривожних розладів, їх патогенезу та подоланню є одними з основних питань сьогодення. Тривожний розлад кваліфікується як стан, коли наявна тривога не зникає самостійно та деструктивно впливає на життєдіяльність людини, ефективність у повсякденному житті, взаємозв'язок викликаючи певні соматичні порушення.

3. З'ясовано, що до основних типів тривожних розладів включають: генералізований тривожний розлад (стан надмірної неконтрольованої тривоги, проявляється у відчутті напруження, занепокоєння, погіршенні сну, втомлюваності, зниженні концентрації, роздратованості і не корельований з конкретною подією; симптоми пролонговані протягом більше ніж 6 місяців); панічний розлад (стан в основі якого лежать панічні атаки – епізоди сильного страху, які швидко виникають і за лічені хвилини досягають свого піку, з'являються раптово, або під дією тригерів, проявляються у симптомах задишки, тахікардії, тремтіння, жару або ознобу, відчутті страху, оніміння, запаморочення); соціальний тривожний розлад (характеризується інтенсивним страхом та дискомфортом в соціальних ситуаціях або взаємодіях; діапазон проявів – від страху публічних виступів чи знайомств з новими людьми до боязні споживати їжу або напоїв серед інших); фобічний розлад (надмірний і не пропорційний реальним подразникам страх або

відразу до певних об'єктів чи ситуацій з не уможливленням їх подолати) тощо. Можуть проявлятися у поєднанні між собою або окремо, або з іншими розладами, зокрема депресивними.

4. Розглянуто теорії підходи до формування депресивного стану і з'ясовано, що він тригерується системним впливом негативних чинників з якими психіка не може впоратись. Депресія може проявлятися як самостійна хвороба або стан, а також супроводжувати інші психічні захворювання.

5. Природа депресивного стану мультифакторна та складається з соціального, психологічного, біологічного компонентів. Основні прояви депресії: емоційні (погіршення настрою, відчуття туги, пригнічення, дратівливість, втрата задоволення від тих аспектів життя, що раніше приносили радість, відсутність цікавості до оточення); фізіологічні (проблеми зі сном, порушення функції травлення, відчуття появи соматичних захворювань, зниження лібідо та енергетичного потенціалу); поведінкові (зменшення спілкування з іншими до повного його уникання, відмежування себе від зовнішнього світу, надмірне вживання алкогольних або наркотичних речовин); розумові (сповільнення процесів мислення, важкість концентрації, поява чи посилення негативних та самодеструктивних думок, відчуття непотрібності і знецінення по відношенню до себе, зниження здатності приймати будь-які рішення).

6. Визначено базові концепти в рамках схема-терапії – формування ранніх дезадаптивних схем (РДС), які формуються в дитинстві або підлітковому віці і продовжують розвиватися протягом усього життя людини автоматично застосовуються нею для осмислення власного життєвого досвіду, навіть при втраті своєї релевантності і кваліфікуються як загальні поширені теми чи моделі, в значній мірі дисфункціональні стосуються самої людини та її взаємодії з іншими, містять спогади, емоції, когніції та тілесні відчуття.

7. Ранні дезадаптивні схеми виникають унаслідок незадоволення базових емоційних потреб в дитинстві, їх першоджерелом є токсичні події в ранньому дитинстві (токсична фрустрація потреб; травматизація чи віктимізація; надмірна кількість потураючого позитивного досвіду; вибіркова інтерналізація або ідентифікація зі значущими іншими), темпераментальні особливості дитини та вплив культури, в якій вона розвивається. Спочатку схеми виникають як адаптивні і відносно точно відображають уявлення про навколишнє середовище дитини, але по мірі її дорослішання стають дезадаптивними та нерелевантними.

8. Конституційовано п'ять доменів РДС – загальні категорії незадоволених емоційних потреб і корельовані з ними ранні дезадаптивні схеми: I домен – порушення зв'язку та відкидання, корельовані з цим доменом РДС (*Покинутість/Відторгнення, Недовіра/Очікування жорстокого ставлення, Емоційна деривація, Дефективність/Сором'язливість, Соціальна ізоляція/Відчуженість*); II домен – порушення автономії та ефективності, корельовані з ним РДС (*Залежність/Безпорадність, Вразливість, Неповноцінність/Нерозвинена ідентичність, Неуспішність*); III домен – порушення кордонів, корельовані з цим доменом РДС (*Особливий статус/величність (грандіозність), Недостатність самоконтролю*); IV домен – направленість на оточуючих (*Покірність, Самопожертва, Пошук схвалення*); V домен – надмірна відповідальність та жорсткі стандарти (*Негативізм/песимізм, Придушення емоцій, Жорсткі стандарти/прискіпливість, Пунітивність*).

9. Визначено режими функціонування схем – мінливі емоційні стани та копінгові реакції (адаптивні та дезадаптивні), які людина переживає. Тригерами режимів є ситуації, до яких підвищена чутливість. Дисфункціональний режим активується, коли конкретні дезадаптивні схеми або копінгові реакції перетворюються на тривожні думки, реакції уникнення або саморуйнівні форми поведінки, які починають контролювати дії людини.

Людина може перейти від одного дисфункціонального режиму до іншого; в залежності від того, як відбувається цей перехід, активуються різні схеми або копінгові реакції, які не виявлялися раніше.

10. Категоризовано десять режимів функціонування схем, які згруповані в чотири основні типи схема-режимів: дитячі (*Вразлива дитина Сердита дитина, Імпульсивна/Недисциплінована дитина, Щаслива дитина*); дезадаптивні копінгові режими (*Слухняний капітулянт, Відсторонений захисник, Гіперкомпенсатор*); дисфункціональні батьківські режими (*Караючий/Критикуючий Батько, Вимогливий Батько*), режим Здорового дорослого. Одні режими корисні для людини, інші – дезадаптивні та неконструктивні. Кожен режим пов'язаний із певними схемами (крім режиму Здорового дорослого та Щасливої дитини) або відображає певні копінгові стратегії.

## **РОЗДІЛ II. КОНСТАТУВАЛЬНО-ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ РАННІХ ДЕЗАДАПТИВНИХ СХЕМ (РДС) СЕРЕД ЖІНОК З ТРИВОЖНО- ДЕПРЕСИВНИМ РОЗЛАДОМ**

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

Метою емпіричної частини нашого дослідження було визначення особливостей прояву ранніх дезадаптивних схем серед жінок з тривожно – депресивним розладом.

Досягнення мети дослідження стало можливим шляхом перевірки провідної гіпотези про те, що осіб з тривожно-депресивними розладами тригерується флуктуаційний механізм актуалізації ранніх дезадаптивних схем (РДС) які породжують та посилюють афективні розлади особистості (РСТ, ГТР, тривожний та депресивний розлади) інтенсифікація яких підтримує процес функціонування РДС.

Загалом, наукове дослідження здійснювалось протягом п'яти місяців і складалося з декількох етапів.

**На першому етапі дипломного дослідження** відбулося виокремлення проблеми, вивчення теоретичних напрацювань з окремих аспектів теми дослідження, ознайомлення з передумовами виникнення даних розладів у жінок, особливості прояву тривожності, депресії та інших тотожних порушень, а також формування певних дезадаптивних патернів поведінки або їх актуалізації в певний період життя, що і стало основою для постановки мети, визначення завдань і формулювання провідної гіпотези.

Розкриття психологічного змісту понять «тривога», депресивні стани», «депресивність», «панічний розлад», «соціальна фобія», «дисфункціональні патерни поведінки» тощо – усе це передбачало вивчення взаємозв'язків даних станів та роль дисфункціональних схем у становленні даних процесів.

Другим етапом дипломного дослідження було проведення емпіричного дослідження, основою для якого стала вибірка з 40 жінок, віком від 30 до 40 років, у яких було діагностовано наявність тривожного та/або депресивного розладу різного ступеню вираженості.

В процесі емпіричного дослідження були застосовані найбільш актуальний, на сьогодні, психодіагностичний інструментарій – шкали визначення рівнів депресії і тривоги та діагностичні методики визначення дисфункційних схем з функціонуючими схема-режимами: Опитувальник «Шкала оцінки соціальної фобії (SPIN)»; Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової); Скринінг емоційних розладів, пов'язаних із тривогою (SCARED); Методика діагностики ранніх дезадаптивних схем Д. Янга.

Для визначення рівня соціальної фобії респондентів була використана **Шкала оцінки соціальної фобії SPIN** (The Social Phobia Inventory) Дана методика базується на «Короткій шкалі соціальної фобії» (Brief Social Phobia Scale; 1997). Опитувальник містить 17 запитань, що охоплюють всі компоненти соціальної фобії: страх, уникаючу поведінку та фізіологічні прояви і дає можливість оцінити рівень соціальної фобії в цілому, що є актуальними у особи протягом останнього часу. Дана методика використовувалась за перекладом Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії.

**Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової) (Шкала зниженого настрою - субдепресії (ШЗНС))**, розроблена на основі діагностичних критеріїв депресії та результатів опитування пацієнтів із цим розладом. Оцінка тяжкості депресії за нею проводиться з урахуванням самооцінки пацієнта. Чутливість шкали підтверджена порівнянням результатів тестування пацієнтів з депресивним та недепресивним станом до та після терапії, а також груп пацієнтів, що різняться за статтю, віком, рівнем освіти, соціальним та матеріальним станом.

Опитувальник розроблений для диференціальної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії (або тобто вимір ступеня вираженості зниженого настрою - субдепресії), для скринінг-діагностики при масових дослідженнях і з метою попередньої, долікарської діагностики. При аналізі результатів оцінка проводиться за семи факторами, що містять групи симптомів, що відображають почуття душевної спустошеності, розлад настрою, загальні соматичні та специфічні соматичні симптоми, симптоми психомоторних порушень, суїцидальні думки та дратівливість/нерішучість.

Методика містить 20 тверджень, в яких потрібно оцінити те, як людина себе почуває за чотирибальною шкалою (1 – «ніколи», 2 – «іноді», 3 – «часто», 4 – «постійно»). Сирібали, набрані респондентом за «прямими» і «зворотними» відповідями, підсумовуються, і отримана таким чином «сира» оцінка переводиться в шкальну за формулою. Весь обсяг шкальних оцінок поділяється на чотири діапазони: діапазон 1 – нижче 50 балів – особи, які не мають в момент дослідження зниженого настрою, діапазон 2 – від 51 до 59 балів – незначне, але чітко виражене зниження настрою, діапазон 3 – від 60 до 69 балів – значне зниження настрою, діапазон 4 – вище 70 балів – глибоке зниження настрою (субдепресія або депресія).

Для дослідження рівня тривожності ми використали **Скринінг емоційних розладів, пов'язаних із тривогою (SCARED)**. Шкала містить 41 твердження з трьома варіантами відповідей. Під час роботи з даним тестом потрібно відзначити ту відповідь, яка найбільш точно стосується самопочуття протягом останніх трьох місяців. За кожну відповідь «Дуже/часто» нараховується 2 бали, «Трохи/іноді» 1 бал, «Ні/Ледь-ледь» - 0 балів. Сума балів усіх тверджень дозволяє виявити наявність тривожного розладу у респондентів. Крім того, сума балів у окремих пунктах даного опитувальника може вказувати на наявність у досліджуваного виражених соматичних симптомів тривоги, присутність панічного розладу, генералізованого тривожного розладу та розладу сепараційної тривоги.



**Методика діагностики рання дезадаптивних схем Д.Янга** дозволяє нам визначити закономірності поведінки, які сформувались в дитячому віці та закріпилися до цього часу. Ці схема-режими в більшості випадків не помічаються людьми і стають частиною їхнього життя. Дана методика дозволяє нам виявити найбільш актуальні дезадаптивні схеми у респонденток. Опитуваним потрібно відповідати за 6-ти бальною шкалою, наскільки «відповідає дійсності» твердження в дитинстві та зараз, відповідно до результатів визначатиметься вираженість відповідної схеми. Згідно класичної моделі схема-терапії розрізняють 18 рання дезадаптивних схем. Однак в нашому дослідженні ми будемо користуватися лише 11 з них, але охопивши всі 5 доменів функціонування. В ході дослідження визначались одна або кілька дезадаптивних схем із наступних 11.

1. Відторгнення; 2. Недовіра і жорстокість; 3. Вразливість; 4. Залежність; 5. Емоційна деривація; 6. Соціальна ізоляція/відчуження; 7. Неуспішність; 8. Безпорадність; 9. Покора; 10. Надвисокі стандарти; 11. Особливий статус.

Також, в залежності від результатів жінкам-респондентам було надано міні-опитувальники, відповідно до визначених домінуючих схема-режимів, які дозволяють визначити актуальність та силу тієї чи іншої схеми на даний момент.

**На третьому етапі дипломного дослідження** було проведено аналіз емпіричних даних, обробка отриманих даних, підрахунок та визначення переважаючих дезадаптивних схем та ступінь їх актуалізації. Також було проведена порівняльна характеристика виявлених схем з проявами депресії і тривоги.

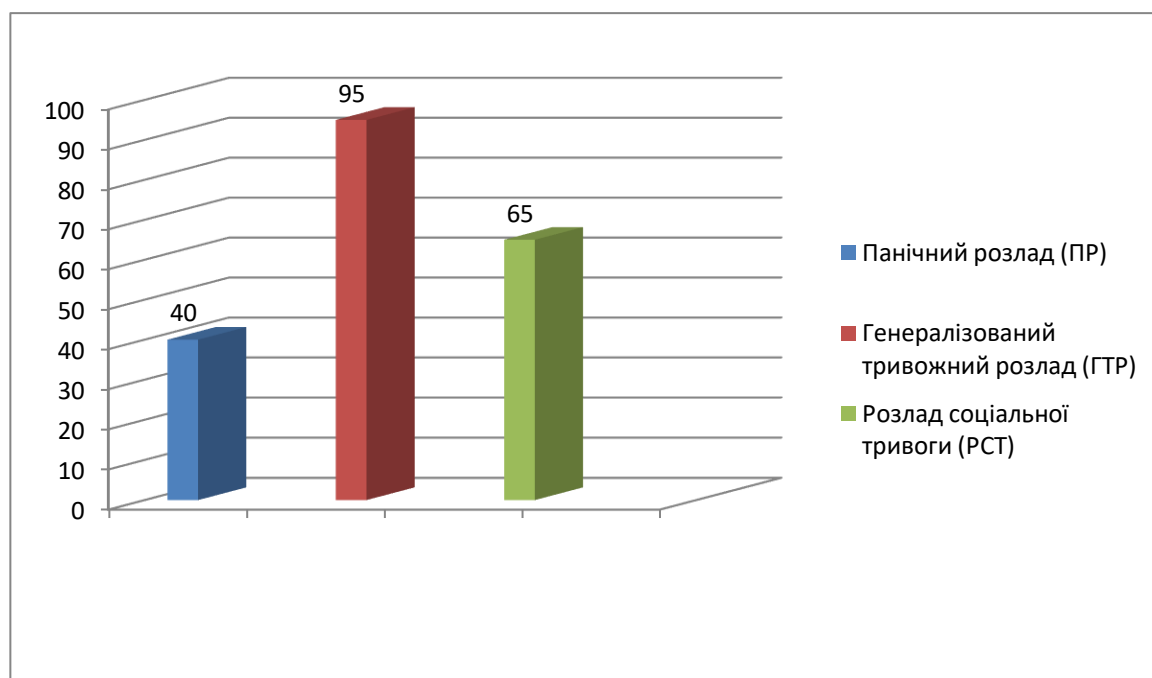
## **2.2. Результати діагностичного дослідження психологічних особливостей прояву ранніх дезадаптивних схем (РДС) серед жінок з тривожно-депресивним розладом**

### **2.2.1. Ідентифікація типів тривожних розладів серед досліджуваних респондентів-жінок**

У даному підрозділі наводиться інтерпретація результатів діагностичного дослідження ідентифікованих типів тривожного розладу, виявлення основного фактору тривоги та відмінності їх проявів серед опитаних жінок. Для даного дослідження була використана шкала SCARED-S, яка була модифікована для використання у дорослих. Перевагою використання даної методики є те, що з її допомогою можна визначити наявність або відсутність тривожного розладу, а також який компонент переважає у формуванні даного стану. Ми визначали такі типи тривожних розладів як генералізований тривожний розлад (ГТР), розлад соціальної тривоги (РСТ) та панічний розлад (ПР).

Отже, в процесі аналізу інформативних показників даної методики у процентному співвідношенні ( див. рис. 2.1.), було встановлено, що серед 40 опитаних респондентів-жінок наявні тривожні розлади, водночас, домінуючі типи розладів тривого та їх співвідношення суттєво відрізняються.

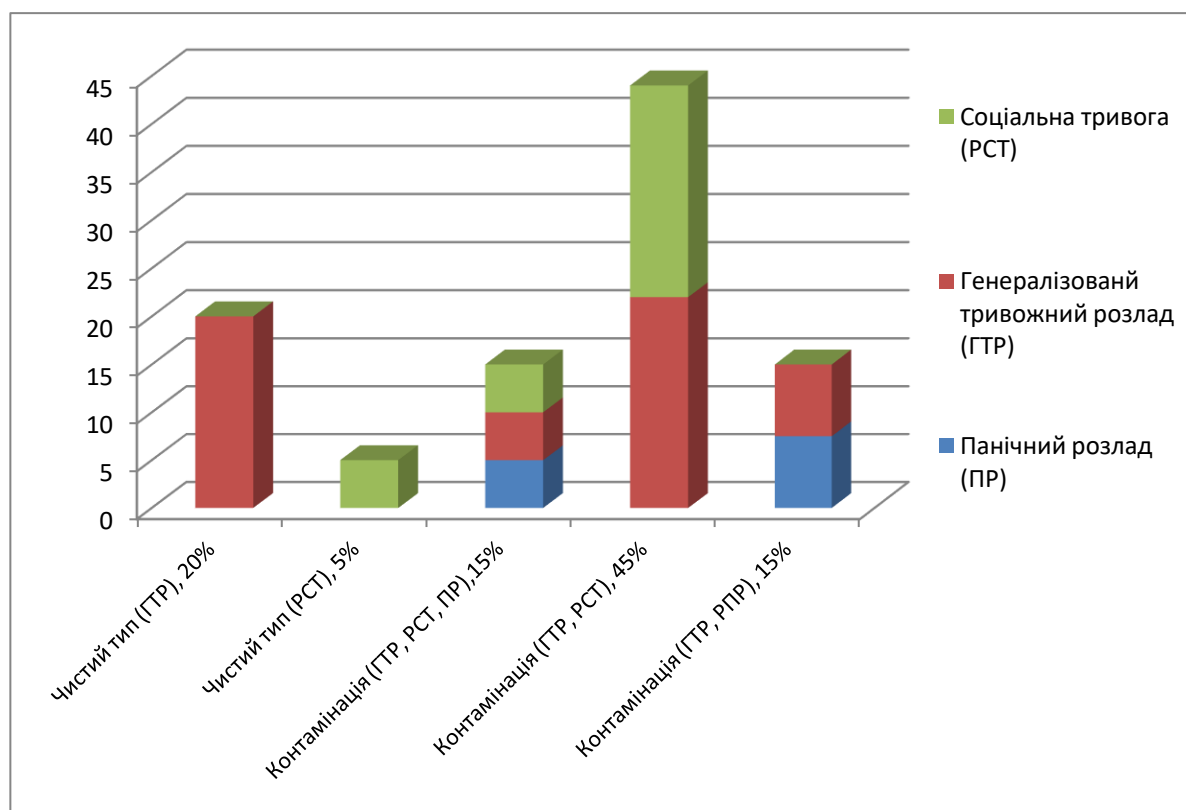
Зокрема, у 40% (n=16) жінок діагностовано панічний розлад (ПР) або визначались окремі соматичні прояви тривоги; у 65% (n=26) було виявлено ознаки розладу соціальної тривожності (РСТ); у 95% (n=38) діагностовано генералізований тривожний розлад (ГТР).



*Рис. 2.1. Ідентифікація типів тривожних розладів серед досліджуваних респондентів-жінок (у %)*

Таким чином, результати емпіричного дослідження відображають значне переважання генералізованого тривожного розладу (ГТР), як основного компоненту формування тривожного стану в жінок респондентів. Окрім цього діагностовані тривожні розлади спостерігаються як в чистому вигляді так і в контамінованому, які проявляються симультанно

Отже, як бачимо з рис.2.2., в чистому вигляді діагностовано генералізований тривожний розлад (ГТР), який зустрічається серед 20% (n=6) досліджуваних жінок і характеризується надмірною тривожністю, яку неможливо контролювати. В переважній більшості випадків проявляється наступними симптомами: підвищення рівня хвилювання через буденні речі, відчуття «нервозності» або сильної дратівливості, швидка втомлюваність, зниження здатності концентруватись на справах, порушення сну.



*Рис. 2.2. Контамінація типів тривожних розладів серед досліджуваних респондентів-жінок (у %)*

Також, в чистому вигляді виявлений розлад соціальної тривоги (РСТ) без контамінації з іншими типами, і зустрічається лише у 5% (n=2) респонденток. Цей тип тривожного розладу, проявляється у тому, що у суб'єкта певні ситуації або об'єкти викликають страх і тривогу та змушують їх уникати подібних ситуацій. Окрім цього, страх і тривога є непропорційними фактичній загрозі і спричиняють значний дискомфорт та суттєво погіршують професійну чи соціальну взаємодію. Діапазон загрозових ситуацій при РСТ досить широкий від публічних виступів, виступів на сцені, гри, при людях на музичному інструменті до неможливості приймати їжу у людних місцях.

Водночас, серед досліджуваних жінок спостерігається контамінація всіх трьох тривожних розладів – панічного (ПР) – який супроводжується надмірним страхом, тривогою та пов'язаними з цим поведінковими

порушеннями, в основі якого лежать раптові напади панічних атак, у супровідній симптоматиці: прискороного пульсу, відчуття серцебиття, болей в ділянці серця, надмірної пітливості, тремору, утрудненого дихання, нудоти; головокружіння, страху смерті/збожеволіти; відчуття дереалізації або деперсоналізації, – генералізованого тривожного (ГТР) і розладу соціальної тривоги (РСТ), які проявляються одночасно у 15% (n=6) досліджуваних респондентів.

Серед найбільшої кількості досліджуваних жінок спостерігається симультанна контамінація генералізованого тривожного розладу (ГТР) та соціальної тривоги (РСТ) – у 45% (n=18) респонденток.

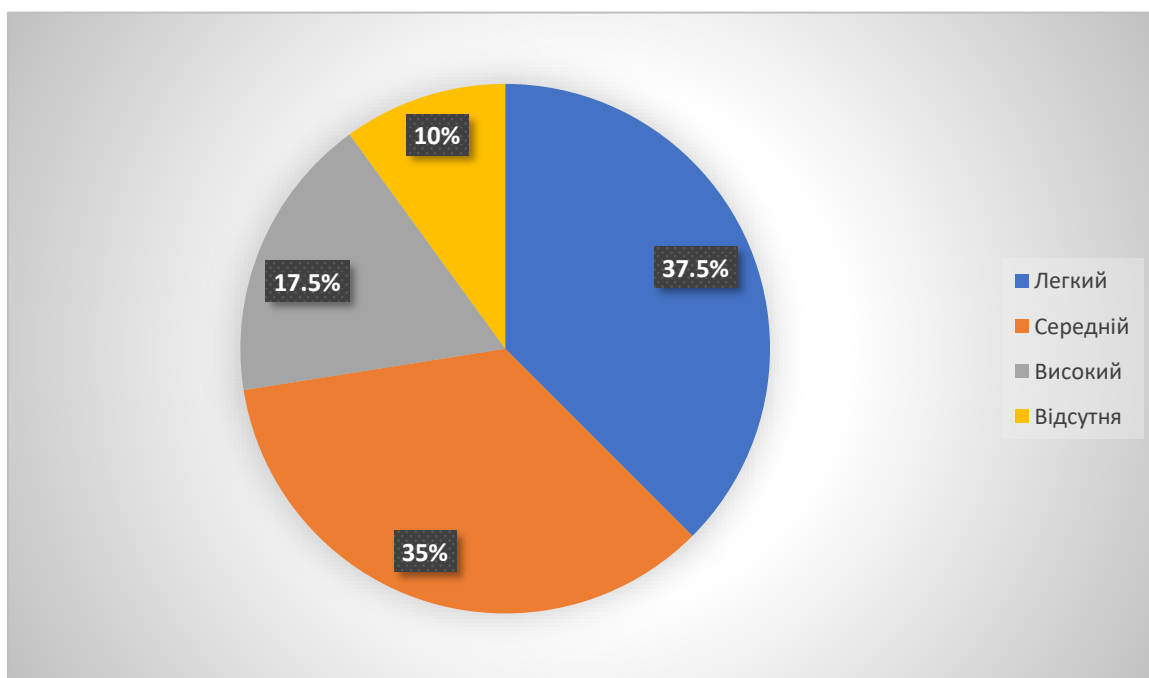
І, симультанне поєднання генералізованого тривожного розладу (ГТР) з панічним (ПР) виявлено у 15% (n=6) опитуваних досліджуваних жінок.

Тобто, вагомим чинником у формуванні тривожного розладу є його поліморфність та актуалізація у різних сферах життєдіяльності. Також, проаналізувавши отримані дані, можемо відмітити, що показники рівня тривожності напряду залежали від того, наскільки мультифакторним є його походження. Це свідчить про те, що більшість респондентів відчувають помірну або виражену тривожність.

### **2.2.2. Індикація рівня прояву соціальної тривоги (РСТ) серед жінок з тривожно-депресивним розладом**

Наступним кроком у дослідженні було визначення рівня прояву соціальної тривоги та ступеню її інтенсивності протягом останнього місяця за допомогою методики визначення соціальної фобії за шкалою SPIN. Інформативні показники даної шкали, що подані на рис. 2.3. дозволяють відстежити кількісну характеристику ступеню прояву соціальної тривоги серед опитаних респондентів.

Отже, було виявлено, що з 40 досліджуваних жінок, у 37,5% спостерігається легкий рівень вираженості розладу соціальної тривоги (РСТ), у 35% - помірний рівень вираженості, та у 17,5% респондентів було визначено високий рівень вираженості – важкий ступінь розладу соціальної тривоги (РСТ). Водночас у 10% опитуваних жінок не було виявлено ознак розладу соціальної тривоги (РСТ) взагалі.



*Рис. 2.3. Індикація рівня прояву соціальної тривоги (РСТ) серед досліджуваних респондентів-жінок з тривожно-депресивним розладом (у %)*

Слід відзначити, що соціальний тривожний розлад (СТР) характеризується інтенсивним страхом та дискомфортом перед соціальними ситуаціями або взаємодіями, аж до порушення нормального функціонування людини в соціумі і кваліфікується трьома групами симптомів: фізичною симптоматикою, яка проявляється важкістю та білях у грудях, почервонінням, головокружінням та головний болем, відчуттям жару чи ознобу, відчуттям комка в горлі, нудоті, пітливості, тремтінням всього тіла, парестезією тощо.

До групи когнітивної симптоматики належать: негативні переконання, які пов'язані з соціальною взаємодією чи діяльністю; упереджене ставлення (до себе, своїх якостей, а також завищення здібностей інших); негативні думки, негативна оцінка себе. Негативні переконання превалюють в свідомості людини і вона не здатна об'єктивно та реалістично оцінювати ні ситуацію, ні себе. Поведінкові симптоми включають в себе патерни поведінки, що формуються на основі страху та уникнення певних взаємодій, що змушує людей поступатися власними бажаннями чи переконаннями для редукції напруження та занепокоєння.

Окрім цього, нами був здійснений порівняльний аналіз з контрольною групою жінок (n=22) у яких не було ідентифіковано тривожно-депресивного розладу (знаходились на лікуванні з приводу інших захворювань), в ході якого було виявлено легкий рівень розладу соціальної тривоги (РСТ) – у 73% опитуваних респонденток, а у 27% жінок контрольної групи розлад соціальної тривоги не був ідентифікований взагалі. Це свідчить про те, що розлад соціальної тривоги не є першопричиною формування тривожно-депресивного розладу, а є лише однією із складових в особистісному профілі функціонування та становлення тривожно-депресивного розладу.

### **2.2.3. Автентифікація показників визначення патогенезу та ступеню вираженості депресивного стану серед досліджуваних жінок**

Одним із важливих компонентів нашого дослідження є визначення рівню прояву депресивного стану, а також ймовірного його походження. Для цього була використана методика диференціальної діагностики депресивних станів Зунга (адаптація Т. Балашової), яка дає можливість отримати необхідну нам інформацію, диференціювати депресивні стани і стани, близькі до депресії та оцінити ступінь вираженості (тяжкості) депресії з урахуванням самооцінки пацієнта.

Варто зазначити, депресивний розлад – стан, для якого характерно пригнічений настрій, збайдужіння, відсутність задоволення та мотивації, зниження рухової активності, сповільнення мисленнєвих процесів, труднощі із зосередженням уваги та запам'ятовуванням тощо. Депресія може проявлятися різноманітною симптоматикою та мати стійкий і тривалий характер. Весь широкий спектр депресивних проявів можна розділяють на 4 групи, серед яких спостерігаються наступні симптоми: емоційні прояви (пригніченість, відчай, почуття неспокою та внутрішньої тривоги, підвищена дратівливість, плаксивість, почуття самозвинувачення або провини, втрата задоволення від раніше приємних занять, втрата інтересу до оточення, занижена самооцінка); фізіологічних прояві (порушення сну, зміна апетиту, можливе як відмова від їжі так і переїдання, порушення функції кишечника, неприємні відчуття по тілу, підвищена втома, зниження статевої функції); поведінкові прояви (уникання соціальних контактів, пасивність, зниження працездатності, загальмованість); когнітивні прояви депресії (порушення концентрації уваги, важкість у прийнятті рішень, втрата ініціативності, переважання негативних думок про себе, про майбутнє, відчуття непотрібності та безпомічності, думки про самогубство тощо).

Отже, результати, отримані після проведення опитування 40 респондентів-жінок та обробки отриманих даних відображені на рис. 2.4.

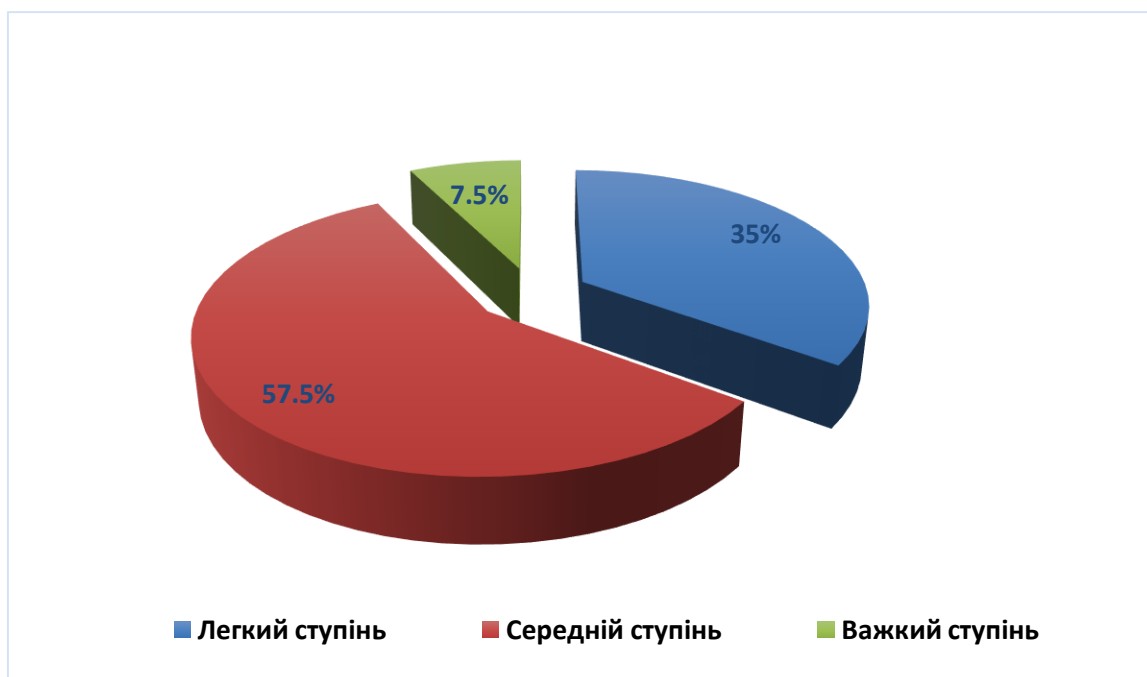
Отже, автентифікація ступеню вираженості депресивного стану серед досліджуваних респондентів-жінок демонструє, що у 57,5% (n=23) досліджуваних спостерігається стан з вираженим депресивним компонентом, що свідчить про наявність в них депресивного стану середнього ступеня вираженості.

Легкий ступінь вираженості депресії невротичного генезу був діагностований серед 35% (n=14) досліджуваних респонденток-жінок. Окрім цього, в процесі дослідження було встановлено, що даний стан триває



протягом більше 3 місяців, з огляду на пролангованість депресивного стану, ми виключаємо наявність ситуативного депресивного компоненту.

Лише у 7,5%(n=3) опитуваних жінок був встановлений депресивний стан важкого ступіню вираженості.



*Рис. 2.4. Автентифікація ступеню вираженості депресивного стану серед досліджуваних респондентів-жінок (у %)*

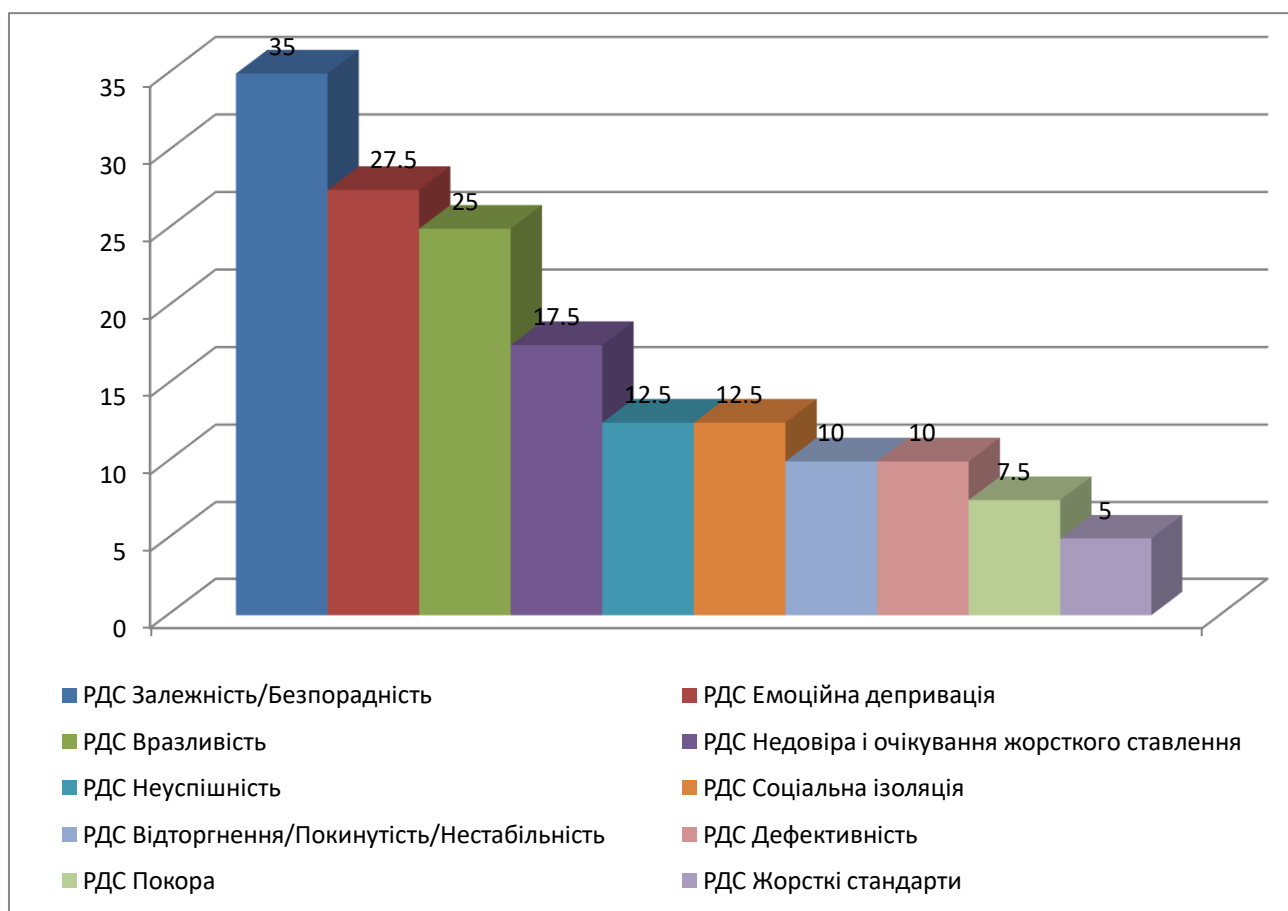
Отже, з огляду на одержані дані, можна дійти висновку, що у переважній більшості досліджуваних респондентів-жінок депресивний стан автентифікований середнім та легким ступенем вираженості. Це свідчить про те, що в основі цього стоїть певний невротичний компонент, який тригерує та підтримує депресивний стан у досліджуваних-жінок.

#### **2.2.4. Ідентифікація типів ранніх дезадаптивних схем (РДС) серед жінок з тривожно-депресивним розладом**

Наступним кроком нашого дослідження була ідентифікація типів ранніх дезадаптивних схем (РДС) за допомогою методик визначення ранніх дезадаптивних схем Д.Янга. Даний опитувальник дозволяє виявити домінуючі ранні дезадаптивні схеми, визначити закономірності поведінкових патернів, які сформувались в дитячому та/або підлітковому віці та закріпилися у жінок ранньої дорослості. Окрім цього, були використані міні-опитувальники для визначення актуальності схема-режимів.

Інформативні параметри даної методики у процентному співвідношенні, що подані на рис. 2.5., дозволили простежити кількісний розподіл ідентифікованих ранніх дезадаптивних схем (РДС) серед досліджуваних респонденток-жінок з тривожно-депресивним розладом.

Отже, ми виявили, що з 40 опитованих жінок з таким розладом, найчастіше зустрічається рання дезадаптивна схема (РДС) - *«Залежність/Безпорадність»* – у 35% досліджуваних жінок. Ця схема характеризується тим, що людина не в змозі впоратися з повсякденними обов'язками без допомоги. Такі особи у всьому покладаються на інших та потребують постійної підтримки, уникають самостійного виконання будь-яких завдань та шукають людей, які зможуть відповідати за їх майбутнє.



*Рис.2.5. Ідентифікація типів ранніх дезадаптивних схем (РДС) серед жінок з тривожно-депресивним розладом*

На другому місці відсоткового розподілу ранніх дезадаптивних схем ідентифікована РДС «Емоційна депривація», ця схема зустрічається серед 27,5% досліджуваних жінок з тривожно-депресивним розладом. Для даної РДС характерна віра в те, що інші люди ніколи не зможуть задовольнити емоційні потреби підтримки чи любові. Їм здається, що їх ніхто не розуміє і ніхто про них не піклується, не приділяє достатньо часу або проявляє байдужість. Крім того, особи з РДС «Емоційна депривація» дуже часто самі поводять себе байдуже, проявляють злість і тим самим відштовхують від себе людей.

Третє місце відсоткового розподілу визначено ранню дезадаптивну схему (РДС) «Вразливість», що спостерігається серед 25% досліджуваних респонденток. Вона проявляється відчуттям страху перед певною неминучою катастрофою (медичного, природного, емоційного характеру), що може

статися у будь-який момент і її неможливо запобігти або уникнути. Страху в даному випадку надмірні та нереалістичні, стають центральними в житті людей, і змушують витратити велику частину часу на формування особистої безпеки.

Наступна ідентифікована РДС, по мірі відсоткового розподілу, виявлена у 17,5% жінок з тривожно-депресивним розладом – це схема *«Недовіра і очікування жорсткого ставлення»*. В основі даної РДС лежить очікування людиною того, що інші робитимуть їй боляче, ображатимуть, будуть обманювати, маніпулювати чи використовувати у власних цілях. Люди з такою РДС нікому не довіряють та нікого не підпускають до себе, постійно очікують зради від близьких людей та ставляться з підозрою до оточення.

На п'ятому місці, з однаковим відсотковим розподілом, ідентифіковано дві ранні дезадаптивні схеми – РДС *«Соціальна ізоляція/відчуження»*, яка діагностовано у 12,5% респондентом та РДС *«Неуспішність»*, також, виявлена у 12,5% жінок з тривожно-депресивним розладом. Для РДС *«Соціальна ізоляція/відчуження»* характерне відчуття інакшості та віддаленості від решти світу. Такі особи відчувають себе небажаними у суспільстві, вважають себе некрасивими, нудними, некоммунікбельними або неповноцінними у певному аспекті, вони уникають соціальних контактів, не заводять друзів та відчувають себе гіршими за інших. РДС *«Неуспішність»* характеризується впевненістю у майбутній неминучій невдачі чи провалу, або ж перебільшують їх і поводять себе так, щоб вони продовжувались. Такі люди вважають, що вони абсолютно нічого не досягнули порівняно з ровесниками та переконують себе у власній бездарності, дурості, неповноцінності тощо.

Розподіл шостого місця, також, належить двом ідентифікованим схемам, які зустрічаються серед 10% досліджуваних жінок – це РДС *«Відторгнення/Покинутість/Нестабільність»* та РДС *«Дефективність»*.

РДС «Відторгнення/Покинутість/Нестабільність» проявляється відчуттям того, що близькі та важливі люди можуть покинути дану особу або ж не зможуть продовжувати надавати необхідну емоційну підтримку чи захист, тому що вони емоційно нестабільні, ненадійні, або ж вони відмовляться на користь когось кращого чи помруть. Людей з даною РДС засмучує розлука навіть на короткі терміни. РДС «Дефективність» відображається відчуттям людиною того, що вона є поганою, дефектною, неправильною, або ж негідною любові з боку інших. Такі особи чутливі до критики, відмов або звинувачень, мають низьку самооцінку та негативно порівнюють себе з іншими.

Наступне місце належить ідентифікованій РДС «Покора», яка діагностовано у 7,5% тривожно-депресивних жінок. В основі даної РДС лежить те, що жертвуються власні потреби, емоції і бажання задля задоволення інших. В цих випадках спостерігається повна передача контролю над життям, задля уникнення покарання, гніву, відмови або ж з почуття провини чи страху.

І, найнижчі показники відсоткового розподілу виявлені по ідентифікованій схемі «Жорсткі стандарти», яка зустрічається тільки у 5% досліджуваних тривожно-депресивних осіб. Дана РДС характеризується прагненням і формуванням надвисоких стандартів поведінки та успішності, як правило, щоб уникнути критики. Це у свою чергу викликає відчуття постійного тиску, і крім того, порушується здатність до комунікації, оскільки завищені вимоги застосовуються і до інших людей. Також таким людям важко отримувати задоволення, розслаблятися та будувати повноцінні стосунки.

Також варто зазначити, що рання дезадаптивна схема «Особливий статус» - не була ідентифікована серед досліджуваної вибірки тривожно-депресивних жінок. Для даної РДС характерне відчуття того, що людина краща за інших, має право на особливі привілеї та може робити що завгодно,

вона не враховує потреби та почуття інших людей. Також включає в себе надмірне прагнення до влади, суперництва, відстоювання своєї точки зору та підтвердження сили, прагнення контролю поведінки оточуючих або ж підпорядкування її власним бажанням.

Окрім цього, нами було з'ясовано, що у 40% досліджуваних жінок з тривожно-депресивним розладом домінантною була тільки одна рання дезадаптивна схема, а у 60% домінантна схема поєднується із двома іншими дезадаптивними схемами, які визначають дизфункціональний профіль особистості тривожно-депресивних жінок.

Отже, РДС *«Відторгнення/Покинутість/Нестабільність»*, що актуальна для 10% досліджуваних респондентів, не проявляється самостійно, а у поєднанні з РДС *«Емоційною депривацією»* та РДС *«Соціальною ізоляцією/ Відчуженням»* маючи середні ступені проявів, що свідчить про те, що вони не є домінуючими, водночас тригеруються подіями, ситуаціями автоматично для осмислення життєвого досвіду, навіть при їх нерелевантності і контрверсійності функціональних патернів схем з актуалізованими подіями.

Рання дезадаптивна схема *«Недовіра і очікування жорсткого ставлення»*, яка виявлена у 17,5% жінок з тривожно-депресивним розладом, також поєднується з двома іншими дезадаптивними схемами – РДС *«Вразливість»* та РДС - *«Залежність/Безпорадність»* і характеризуються високим рівнем прояву, що свідчить про, переважно, симультанний прояв трьох схем у стресогенних тригеруючих ситуаціях.

Окрім цього, серед 25% досліджуваних респондентом РДС *«Вразливість»* є домінуючою, при чому у 12,5% жінок вона проявляється як окрема домінуюча схема з високим рівнем значущості, а у інших 12,5% досліджуваних респонденток, у яких вона так само домінує, поєднується з іншими схемами, а саме з РДС *«Недовіра і очікування жорсткого ставлення»* та з РДС *«Залежність/Безпорадність»* з

середніми рівнями проявів, що говорить про суцесивність функціонування цих схем, тобто жінки можуть переходити від використання одних схем до інших, а також, змінювати вираженість даних патернів, в рамках їх сформованих дизфункціональних схем.

РДС *«Залежність/Безпорадність»*, яка виявлена у 35% досліджуваних жінок, що є найвищим показником серед усіх ранніх дезадаптивних схем, у 15% тривожно-депресивних жінок є єдиною домінуючою. Проте у 20% жінок вона поєднана з РДС *«Недовіра і очікування жорсткого ставлення»*- у 12,5%, та з РДС *«Вразливість»* – у 7,5% жінок, причому проявляються вони на високому або дуже високому рівні. Це може свідчити про те, що дана поведінкова установка є однією з домінуючих у досліджуваних.

РДС *«Емоційна депривація»*, що зустрічається серед 27,5% досліджуваних жінок, поєднується з РДС *«Відторгнення/Покинутість/Нестабільність»*, з РДС *«Залежність/Безпорадність»* та найменше РДС *«Покорою»*. Хоча, даний схема-режим у 12,5% зустрічався як єдиний домінуючий. Характерним для даного патерну є те, що незалежно від того чи дана схема була єдиною чи поєднувалась з іншими, ступінь її актуалізації завжди був високим.

Схема *«Соціальна Ізоляція/Відчуження»* була актуальна у 12,5% респонденток. Жодного разу даний дезадаптивний патерн не проявлявся окремо, тільки з схемами *«Неповноцінність»* та *«Відторгнення»*. Також, було виявлено низький і середній рівень їх прояву, що свідчить про те, що схема актуалізується лише в окремих життєвих обставинах, і не є домінуючою.

РДС *«Дефективність»* діагностовано у 10% досліджуваних жінок у поєднанні з такими підкріплюючими схема-режимами як РДС *«Соціальна ізоляція/Відчуження»* та з РДС *«Жорсткі стандарти»*. Показники актуальності прояву даних схеми, відповідали середньому рівню.

РДС *«Дефективність»*, яка зустрічаються серед 10% досліджуваних жінок, поєднується з РДС *«Емоційна депривація»*, з РДС *«Жорсткі*

стандарти» та РДС «Покора», які проявляються в комплексі з РДС «Дефективність» лабільно або з середнім ступенем прояву, або з високим.

РДС «Покора», яка діагностовано у 7,5% тривожно-депресивних жінок та РДС «Жорсткі стандарти», що зустрічається у 5% досліджуваних виявилися лише у поєднанні з іншими дезадаптивними схемами та визначались як середньо-актуальні на даний момент.

Отже, в ході дослідження було виявлено, що переважаючими серед досліджуваних респонденток-жінок з тривожно-депресивним розладом є такі дезадаптивні схеми як: РДС «Залежність/Безпорадність» – у 35% досліджуваних жінок, РДС «Емоційна депривація» – у 27,5% опитуваних, РДС «Вразливість» - у 25% досліджуваних респонденток.

В основі схеми «Залежність/Безпорадність» актуальний психічний стан відчуття безпорадності, неможливості впоратись самотійно із життєвими завданнями і постійним пошуком допомоги.

В основі РДС «Емоційна депривація» базовим є відчуття незадоволеності емоційною підтримкою, а в основі РДС «Вразливість» лежить страх майбутньої катастрофи, небезпеки та наявності різних фобій. Оскільки у переважаючих схемах спостерігається порушення взаємозв'язку континуума «особа-соціум», а в патернах поведінки домінуючим є негативне сприйняття оточення і подій навколо, можна припустити, що ранні дезадаптивні схеми, які виявлені в наших респонденток частково можуть бути причиною виникнення у них розладів тривожно-депресивного спектру. Окрім цього, порушення інтеракцій континуума «особа-соціум», у осіб з тривожно-депресивними розладами тригерує флуктуаційний механізм актуалізації ранніх дезадаптивних схем (РДС), які в свій час були релевантними, а в ранній дорослості сформовані, хоч і нерелевантні ситуації, проте напрацьовані у подоланні складних життєвих ситуацій і активно використовуються індукують, посилюючи, підкріплюючи афективні розлади



особистості (РСТ, ГТР, тривожний та депресивний розлади) інтенсифікація яких, в свою чергу, підтримує коло процесу функціонування РДС.

**Висновки до другого розділу**

1. У другому розділі обґрунтовано організаційні основи емпіричного дослідження, а також методичні засади для його проведення. Було встановлено рівень соціальної фобії, аспекти та прояви тривожного розладу, визначено рівні та специфіку прояву депресивного компонента. Проведено дослідження ранніх дезадаптивних схем, їх взаємозв'язок між собою та з формуванням тривожно-депресивного розладу.

2. Для отримання необхідних показників рівня тривоги, соціальної фобії, депресивного стану і визначення ранніх дезадаптивних схем було використано наступні методики: Опитувальник «Шкала оцінки соціальної фобії (SPIN)»; Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової); Скринінг емоційних розладів, пов'язаних із тривогою, у дитячому віці (SCARED); Методика діагностики ранніх дезадаптивних схем Д.Янга.

3. У результаті емпіричного дослідження типів тривожних розладів серед досліджуваних жінок використано «Скринінг емоційних розладів, пов'язаних із тривогою (SCARED)» за допомогою якого було встановлено, що у 40% респондентом ідентифікований панічний розлад (ПР) з індукуванням соматичних проявів тривоги, у 65% жінок було виявлено ознаки розладу соціальної тривожності (РСТ), а у 95% діагностовано генералізований тривожний розлад (ГТР).

4. Встановлено, що діагностовані тривожні розлади проявляються як в чистому вигляді так і в контамінованому – симультанно. Так, в чистому вигляді, без контамінації з іншими типами, виявлені: генералізований тривожний розлад (ГТР), зустрічається серед 20% досліджуваних і розлад соціальної тривоги (РСТ) – у 5% респонденток.

5. Визначена симультанна контамінація всіх трьох тривожних розладів – панічного (ПР), генералізованого тривожного (ГТР) і розладу соціальної тривоги (РСТ), що проявляється одночасно у 15% досліджуваних жінок. А

найбільші показники, виявлені по симультанній контамінації генералізованого тривожного розладу (ГТР) та соціальної тривоги (РСТ) – у 45% респонденток. Поєднання генералізованого тривожного розладу (ГТР) з панічним (ПР) виявлено у 15% опитуваних жінок.

6. Індикація показників рівня прояву соціальної тривоги (РСТ) та ступеню її інтенсивності протягом останнього місяця була визначена за допомогою опитувальника «Шкали оцінки соціальної фобії (SPIN)». Встановлено, що з сукупної вибірки досліджуваних жінок, у 37,5% спостерігається легкий рівень вираженості розладу соціальної тривоги (РСТ), у 35% - помірний рівень вираженості, та у 17,5% респондентів було визначено високий рівень вираженості – важкий ступінь розладу соціальної тривоги (РСТ). Водночас у 10% опитуваних жінок не було виявлено ознак розладу соціальної тривоги (РСТ) взагалі.

7. Порівняльний аналіз індикації показників рівня прояву соціальної тривоги (РСТ) з контрольною групою жінок (n=22) у яких не було ідентифіковано тривожно-депресивного розладу (знаходились на лікуванні з приводу інших захворювань), демонструє виявлений легкий рівень розладу соціальної тривоги (РСТ) – у 73% опитуваних респонденток контрольної групи, проте, у 27% жінок цієї групи РСТ не був ідентифікований взагалі. Це свідчить про те, що розлад соціальної тривоги не є першопричиною формування тривожно-депресивного розладу, а є лише однією із складових в особистісному функціонуванні та становленні тривожно-депресивного розладу.

8. Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової) дозволила диференціювати депресивні стани і встановити ступінь вираженості (тяжкості) депресії серед сукупної вибірки жінок. Встановлено, що у 57,5% досліджуваних спостерігається стан з вираженим депресивним компонентом – середній ступінь вираженості

депресії; легкий ступінь вираженості депресії невротичного генезу (продовження триває більше 3 місяців) діагностований серед 35% жінок і, у 7,5% опитуваних жінок встановлений депресивний стан важкого ступіню вираженості.

9. Ідентифікація типів ранніх дезадаптивних схем (РДС) серед жінок з тривожно-депресивним розладом визначалася за допомогою методики ранніх дезадаптивних схем Д.Янга, яка дозволила виявити домінуючі РДС, визначити закономірності поведінкових патернів, які сформувались в дитячому та/або підлітковому віці і закріпилися у жінок ранньої дорослості. Окрім цього, були використані міні-опитувальники для визначення актуальності схем-режимів. Встановлено, що найчастіше зустрічається рання дезадаптивна схема (РДС) - *«Залежність/Безпорадність»* – у 35% досліджуваних жінок. На другому місці відсоткового розподілу ідентифікована РДС *«Емоційна депривація»* - (27,5%); третє місце займає РДС *«Вразливість»* - (25%); РДС *«Недовіра і очікування жорсткого ставлення»* - у 17,5% жінок; на п'ятому місці, з однаковим відсотковим розподілом, ідентифіковано дві РДС *«Соціальна ізоляція/відчуження»* та РДС *«Неуспішність»* - зустрічається серед 12,5%; розподіл шостого місця, також, належить двом ідентифікованим схемам, які зустрічаються серед 10% досліджуваних жінок – це РДС *«Відторгнення/Покинутість/Нестабільність»* та РДС *«Дефективність»*; РДС *«Покора»* діагностована у 7,5% тривожно-депресивних жінок і найнижчі показники виявлені по ідентифікованій схемі *«Жорсткі стандарти»* - у 5% досліджуваних. РДС *«Особливий статус»* - не була ідентифікована серед досліджуваної вибірки тривожно-депресивних жінок взагалі.

10. З'ясовано, що у 40% досліджуваних жінок з тривожно-депресивним розладом домінантною виступає тільки одна рання дезадаптивна схема, а у 60% домінантна схема поєднується із двома іншими дезадаптивними схемами, які визначають дизфункціональний профіль особистості тривожно-

депресивних жінок. Визначено, що РДС *«Відторгнення/Покинутість/Нестабільність»*, (актуальна для 10% досліджуваних) поєднується з РДС *«Емоційною депривацією»* та РДС *«Соціальною ізоляцією/Відчуженням»* маючи середні ступені проявів. РДС *«Недовіра і очікування жорсткого ставлення»* (17,5%) жінок поєднується з РДС *«Вразливість»* та *«Залежність/Безпорадність»* і характеризуються високим рівнем прояву.

11. Визначено, що серед 25% досліджуваних РДС *«Вразливість»* є домінуючою і самостійною схемою з високим рівнем значущості – у 12,5% жінок, а у інших 12,5% поєднується з РДС *«Недовіра і очікування жорсткого ставлення»* та з РДС *«Залежність/Безпорадність»* з середніми рівнями прояву.

12. РДС *«Залежність/Безпорадність»* виявлена у 35% досліджуваних жінок, у 15% з них є єдиною, домінуючою; у 20% жінок вона поєднана з РДС *«Недовіра і очікування жорсткого ставлення»* - у 12,5% та з РДС *«Вразливість»* – у 7,5% жінок, причому проявляються вони на високому або дуже високому рівні.

13. РДС *«Емоційна депривація»* зустрічається серед 27,5% досліджуваних жінок (у 12,5% як єдина домінуюча), а у 15% поєднується з РДС *«Відторгнення/Покинутість/Нестабільність»*, з РДС *«Залежність/Безпорадність»* та з РДС *«Покорою»*.

14. РДС *«Соціальна Ізоляція/Відчуження»* актуальна у 12,5% респондентом і завжди проявляється у поєднанні з РДС *«Неповноцінність»* та РДС *«Відторгнення»*. РДС *«Дефективність»*, як домінуюча діагностована у 10% досліджуваних жінок у поєднанні з підкріплюючими РДС *«Соціальна ізоляція/відчуження»* та з РДС *«Жорсткі стандарти»*. Показники актуальності ступеню прояву даних схем, відповідали середньому рівню.

15. РДС *«Дефективність»* (у 10% жінок) поєднується з РДС *«Емоційна депривація»*, з РДС *«Жорсткі стандарти»* та РДС *«Покора»*, які проявляються в комплексі з РДС *«Дефективність»* лабільно, або з середнім

ступенем прояву, або з високим. РДС «*Покора*» (у 7,5% тривожно-депресивних жінок) та РДС «*Жорсткі стандарти*», що зустрічається у 5% досліджуваних виявилися лише у поєднанні з іншими дезадаптивними схемами та визначались як середньо-актуальні на даний момент.

16. В процесі імперичного дослідження було виявлено, що переважаючими серед досліджуваних респонденток-жінок з тривожно-депресивним розладом є такі дезадаптивні схеми як: РДС «*Залежність/Безпорадність*» – у 35% досліджуваних жінок, РДС «*Емоційна депривація*» – у 27,5% опитуваних, РДС «*Вразливість*» - у 25% досліджуваних респонденток.

17. Визначено, що при актуалізації домінуючих РДС спостерігається порушення взаємозв'язку континуума «особа-соціум», а в поведінкових та когнітивно-емоційних патернах превалює негативна інтерпретація та сприйняття оточення, актуальних подій, майбутнього – це свідчить про те, що ранні дезадаптивні схеми, які виявлені в наших респонденток частково можуть бути причиною виникнення у них розладів тривожно-депресивного спектру.

18. Встановлено, що порушення інтеракцій континуума «особа-соціум», у осіб з тривожно-депресивними розладами тригерує флуктуаційний механізм актуалізації ранніх дезадаптивних схем (РДС), які в свій час були релевантними, а в ранній дорослості сформовані, хоч і нерелевантні ситуації, проте напрацьовані у подоланні складних життєвих ситуацій і активно використовуються та індукують, посилюючи, підкріплюючи афективні розлади особистості (РСТ, ГТР, тривожний та депресивний розлади) інтенсифікація яких, в свою чергу, підтримує коло процесу функціонування РДС.

## ВИСНОВКИ

1. У першому розділі ми розкрили актуальність проблеми дослідження, ознайомились з теоретичними напрацюваннями в галузі тривожно-депресивного розладу, особливості формування РДС та варіацій їх прояву в ранньому дорослому віці.

2. З'ясовано, що до основних типів тривожних розладів включають: генералізований тривожний розлад (ГТР); панічний розлад (ПР); розлад соціальної тривоги (РСТ) та депресивний розлад, які проявляються як в чистому вигляді так і в контамінованому – симультанно.

4. Розглянуто теорії підходи до формування депресивного стану і з'ясовано, що він тригерується системним впливом негативних чинників з якими психіка не може впоратись. Депресія може проявлятися як самостійна хвороба або стан, а також супроводжувати інші психічні захворювання.

5. У другому розділі обґрунтовано організаційні основи емпіричного дослідження, а також методичні засади для його проведення. Було встановлено рівень соціальної фобії, аспекти та прояви тривожного розладу, визначено рівні та специфіку прояву депресивного компонента. Проведено дослідження ранніх дезадаптивних схем, їх взаємозв'язок між собою та з формуванням тривожно-депресивного розладу за допомогою конгруентного психодіагностичного пакету.

6. Встановлено, що серед досліджуваних жінок з тривожно-депресивним розладом найчастіше зустрічається генералізований тривожний розлад (ГТР), на другому місці, по частоті прояву, розлад соціальної тривоги (РСТ) і на третьому місці наявний панічний розлад з індукуванням соматичних проявів тривоги. З'ясовано, що діагностовані тривожні розлади проявляються як в чистому вигляді, без контамінації з іншими типами, так і в контамінованому – симультанно.

7. Індикація показників прояву соціальної тривоги (РСТ) продемонструвала три рівні інтенсивності цього розладу серед тривожно-

депресивних жінок – легкий рівень вираженості РСТ, помірний та високий (важкий ступінь) розладу РСТ.

8. Диференційовано депресивні стани по ступеню тяжкості депресії серед сукупної вибірки жінок і, визначено стани з вираженим депресивним компонентом – (середній ступінь тяжкості депресії), легкий ступінь тяжкості депресії невротичного генезу (продлонгація триває більше 3 місяців) і, депресивний стан важкого ступіню тяжкості.

9. Ідентифіковано домінуючі ранні дезадаптивні схеми (РДС) у жінок з тривожно-депресивним розладом і, з'ясовано, що найчастіше зустрічаються такі дезадаптивні схеми як: РДС *«Залежність/Безпорадність»*, РДС *«Емоційна депривація»* та РДС *«Вразливість»*.

10. Встановлено, що порушення інтеракцій континуума «особа-соціум», у осіб з тривожно-депресивними розладами тригерує флуктуаційний механізм актуалізації ранніх дезадаптивних схем (РДС), які в свій час були релевантними, а в ранній дорослості сформовані, хоч і нерелевантні ситуації, проте напрацьовані у подоланні складних життєвих ситуацій і активно використовуються та індукують, посилюючи, підкріплюючи афективні розлади особистості (РСТ, ГТР, тривожний та депресивний розлади) інтенсифікація яких, в свою чергу, підтримує коло процесу функціонування РДС.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Ambramson, L.Y., Metalsky G. I., & Alloy L.B. (1989). Hopelessnessdepression: A theorybasedsubtypeofdepression. *PsychologicalReview*, 96, 358-372.
2. Antony, M.M., &Rowa, K.P. (2008). *Socialanxietydisorder*. Cambridge, MA: Hogrefe&Huber. Thisbookisanexcellentclinicalresourceonsocialanxiety, whichis a commoncomorbidconditionseen GAD.
3. AmericanPsychiatricAssociation. *Diagnosticandstatisticalmanualofmentaldisorders*.Arlington: APA Publishing; 2013.
4. Arieti, S., &Bemporad, J. R. (1980). Thepsychologicalorganizationofdepression. *AmericanjournalpfPsychiatry*, 137, 1360- 1365.
5. Beck, A.T. (1983). Cognitivetherapy o depression: Newrespective. In P.J. Clayton& J.E. Barnett (Eds.), *Treatmentofdepression: Oldcontroversiesandnewapproaches* (pp. 265- 290). NewYork: RavenPress.
6. Clark, L.A., &Watson, D. (1991). Tripartitemodelofanxietyanddepression: Psychometricevidenceandtaxonomicimplications. *Journal of AbnormalPsychology*, 100, 316-336.
7. Freud, S. (1925) Mourningandmelancholia. In*CollectedPapers* (Vol. 4) London: Hogarth.
8. Hyde, J. S., Mezulis, A. H., &Ambramson, L.Y., (2008). TheABCsofdepression: Integratingaffective, biological, andcognitivemodelstoexplaintheemergenceofthegenderdifferenceindepression. *PsychologicalReview*, 115, 291-313.

9. Kanfer, F. H. (1970). Self-regulation: Research, issues and speculations. In C. Neuringer & J.L. Michaels (Eds.), *Behavior modification in clinical psychology* (pp. 178-220). New York: Appleton -Century-Crofts
10. Lewinsohn, P.M., & Clarke G. N. (1999). Psychosocial treatment for adolescent depression. *Clinical Psychological Review*, 19, 329-342.
11. Mazzuchelli. T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for depression in adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 383-411.
12. McCullough, J. P. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*. New York: Guilford Press.
13. Roemer, L. & Orsillo S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integration mindfulness/ acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 54-68. doi:10.1093/clipsy.9.1.54 This article describes some of the background of acceptance based treatment in more details.
14. Комер Р. Основы патопсихологии / Ronald Comer «Fundamentals of Abnormal Psychology». — 2nd ed. — 2001. — 617 с.
15. Дамманн Г. Нарцисичні розлади особистості та суїцидальна поведінка. Психодинамічна перспектива з труднощами лікування. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип. 1. С. 66-72
- 16.1. Beck, J. S. (2011) *Cognitive behavior therapy: basics and beyond*. NY: Guilford Press.
17. Functional impairment in social phobia / F. R. Schneier, L. R. Heckelman, R. Garfinkel [etal.] // *J. Clin Psychiatry*. – 1994. – Vol. 55 (8). – P. 322–331.

18. Stein DJ, Lim CCW, Roest AM, et al. The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Med.* 2017;15(1):143.
19. Avramchuk O. Social anxiety disorder: relevance and perspectives. *PMGP.* 2018;3(3).
20. Лін П. Рем «Депресія», за ред. О.Плевачук, О.Сувало, К.Явни-Розенталь. Львів, 2019. – 126с.
21. Мартін М. Ентоні, Карен Рова – Розлад соціальної тривоги. Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету. Львів. 2018.
22. Крейг Д. Маркер, Елісон Ейлворд – Генералізований тривожний розлад. (пер. І.Грицюка, ред – К.Явної). Львів, 2017.
23. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Geneva: WHO; 2018.
24. Бігун Н.І. Б59 Психологічні умови особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами: Монографія / Н.І. Бігун.
25. Covariation of the anxious-depressed syndrome during adolescence: separating fact from artifact B.R.Hinden, B.E. Compas, D.C.Howell, T.M.Achenbach
26. Засєкіна 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.
27. Коць, Є. М. (2018). Психологіяні особливості когнітивно-поведінкових стратегій осіб із соціальною тривожністю: дис. ... кандидата психол. наук: 19.00.01 / Коць Євгенія Михайлівна. – Луцьк, 2018. – 213 с

28. Bach, B., Lockwood, G., Young, J. E. A  
 New Look at the Schema Therapy Model:  
 Organization and Role of Early Maladaptive Schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*,  
 2017.

29. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M. *Schema Therapy: A  
 Practitioner's Guide*. New York: Guilford Publications.

30. Kunst H, Lobbestael J, Candel I, Batink T.  
 Early maladaptive schemas and their relation to personality disorders: A  
 correlational examination in a clinical population. *Clin Psychol Psychother*. 2020

31. Petrocelli J.V., Glaser B.A., Calhoun G.B., Campbell L.F.  
 Early maladaptive schemas of personality disorders subtypes. *Journal of  
 Personality Disorders* 15(6):546-59. 2002.

32. Martin, I. M. Ressler, K. J., Binder, E., & Nemeroff, C. B. (2013, June  
 17). The neurobiology of anxiety disorders: Brain imaging, genetics,  
 and psychoneuroendocrinology. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 549-  
 575.

33. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide* Jeffrey E. Young, Janet S.  
 Klosko, Marjorie E. Weishaar/ 2003/ - 436p.

34. *Reinventing Your Life:  
 The Breakthrough Program to End Negative Behavior and Feel Great Again* - Jeffrey E.  
 Young, Janet S. Klosko, Aaron T. Beck

35. Gude, T.,  
 & Hoffart, A. (2008). Change in interpersonal problems after cognitive agoraphobia and  
 schema-  
 focused therapy versus psychodynamic treatment as usual of inpatients with agoraphobia

and cluster C personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 195–199.

36. Long noncoding RNAs: New evidence for overlapped pathogenesis between major depressive disorder and generalized anxiety disorder Xuelian Cui, Wei Niu, Lingming Kong, Mingjun He, Kunhong Jiang, Shengdong Chen, Aifang Zhong, Wanshuai Li, Jim Lu, Liyi Zhang

37. Depression and Generalized Anxiety Disorder Cumulative and Sequential Comorbidity in a Birth Cohort Followed Prospectively to Age 32 Years Terrie E. Moffitt, PhD; HonaLee Harrington, BA; Avshalom Caspi, PhD; et al

38. Schema Therapy: Distinctive Features/ Eshkol Rafaeli, David P. Bernstein, Jeffrey Young/ 2010 – 184p.

39. The general neurotic syndrome: a coaxial diagnosis of anxiety, depression and personality disorder/ P. Tyrer, N. Seivewright, B. Ferguson, J. Tyrer

40. Defining Anxious Depression: Going Beyond Comorbidity Peter H Silverstone, MD, FRCPC1, Ericavon Studnitz, MSc2.

## ДОДАТКИ

Додаток А1

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

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-  
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).

Додаток А2

### **Опитувальник «Шкала оцінки соціальної фобії (SPIN)»**

Нижче, поряд з кожним твердженням, поставте позначку у тій клітинці, яка найкраще описує як ви почувалися протягом останнього тижня або протягом іншого узгодженого періоду часу:



0: АНІ- ТРОХИ 1: ТРОХИ 2: ДЕЩО 3: ДУЖЕ 4: НАДЗВИЧАЙНО

- 1 Я боюся впливових людей/керівництва
- 2 Мене турбує те, що я червонію на людях
- 3 Мене лякають вечірки та соціальні події
- 4 Я уникаю розмов з незнайомцями
- 5 Мене дуже лякає критика
- 6 Я уникаю діяльності та спілкування з людьми через страх і сором
- 7 Я соромлюся, що інші побачуть, що я вкрився потом
- 8 Я уникаю вечірок
- 9 Я уникаю заходів, на яких я в центрі уваги
- 10 Мене лякають розмови з незнайомцями
- 11 Я уникаю виступів з промовами
- 12 Я зроблю все, щоб уникнути критики
- 13 Мене турбує прискорене серцебиття, коли я серед людей
- 14 Я боюся щось робити, коли люди можуть дивитись на мене
- 15 Понад усе я боюся осоромитись або виглядати по-дурному
- 16 Я уникаю розмов з впливовими людьми/керівництвом
- 17 Мене пригнічує тремтіння перед іншими людьми

Додаток А3

**Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга  
(адаптація Т.І. Балашової)**

“Прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви себе почуваєте останнім часом. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або

неправильних відповідей немає. Варіанти відповіді: - ніколи або інколи; - іноді; - часто; - майже завжди або постійно.

№ТвердженняНіколи або інколиІнодіЧастоМайже 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.

Додаток А4

**Методика діагностики ранніх дезадаптивних схем Д.Янга**

В дитинстві	Зараз	Опис
		1. Я прихильний до близькихлюдей,томущобоюсь,що вони

		мене залишать.
		2. Я сильно переймаюсь ,щодокохані люди знайдутькогосьіншого та покинуть мене.
		3.Зазвичай я думаю про те, яківнутрішнімотивирухаютьлюдьми;мені непросто довіряти людям.
		4. Меніздається , що з людьми завжди треба бути напоготові , інакше вони зможутьзаподіятименібіль.
		5. Я сильнішеінших переживаю через небезпеки - що я захворіючимені буде завданоякоїсьшкоди.
		6. Я боюсь,що я (або моя сім'я) залишаться без грошей та буду зазнаватисильну потребу або почну залежитивідінших.
		7.Мені здається,що я насилу зможужитисамостійно і я відчуваю,щоменіпотрібнодопомогаінших людей.
		8. Я і мої батьки булизанадтосхильнізаглиблюватися в проблеми один одного.
		9. Вмоемужитті не булолюдини,яка би піклувалася про мене, приділяламені час абосерйозно переживала про те , щозі мной відбувається.
		10. Люди не задовільнялимоїхемоційних потреб в розумінні,співчутті,повчанні,порадах,підтримці.
		11.Меніздається,що для мене ніденемаємісця.Я не такий як всі. Я нікуди не вписуюсь.
		12.Я нудний і занудний, я не знаю про щорозмовляти з

		людьми.
		13. Тіхтомені подобався ніколи не любили мене справжнього, з усіма моїми недоліками.
		14. Я соромлюсь себе, я не заслуговую кохання, уваги і поваги інших.
		15. Я не такий розумний або вмілий, як більшість людей, коли справа стосується роботи (або навчання).
		16. Я часто відчуваю себе неповноцінним, тому що інші люди талановитіші, розумніші та успішніші за мене.
		17. Мені здається, що в мене немає вибору - треба виконувати бажання інших людей, інакше вони помстяться або жимось чином відрікатимуться від мене.
		18. Люди вважають, що я роблю занадто багато для інших і недостатньо для себе.
		19. Я прагну до ідеалу; середній результат мене не влаштує. Я хочу бути кращим за всіх у своїй справі.
		20. Мені треба стільки зробити, що в мене майже немає часу розслабитися та по-справжньому розважитися.
		21. Я вважаю, що мені не треба підкорятися правилам і нормам, як іншим людям.
		22. Мені не вистачає дисципліни, щоб виконувати рутинні, нудні завдання або контролювати свої емоції.

## Додаток А5

**Опитувальники для визначення прояву підкріплюючих ранніх  
дезадаптивних схем (РДС)**

Анкети, наведена нижче, допоможе вам визначити, наскільки сильна ваша схема. Оцініть кожен пункт відповідно до наведеної нижче шкали.

**Критерії оцінки**

- 1 Зовсім не про мене
- 2 В основному неправильний
- 3 Істина, а не брехня
- 4 Вірно в малій мірі
- 5 В основному вірно
- 6 Чудово описує мене

Якщо ви оцінили будь-який з пунктів цієї анкети в 5 або 6, схема може бути характерна для вас, навіть якщо загальний бал виявився низьким.

#### Опитувальник неповноцінності

1. Жодна людина не полюбить мене, коли дізнається мене справжнього.
2. Я докорінно порочний і неповноцінний. Я не заслуговую на любов.
3. У мене є таємниці, якими я не хочу ділитись, навіть з близькими людьми.
4. Я винен в тому, що батьки мене не любили.
5. Я приховую справжнього себе. Мою сутність не можна афішувати. Я показую лише маску.
6. Мене часто тягне до людей-батьків, друзів та коханців, які критикують і відштовхують мене.
7. Я часто себе критикую і нехтую собою, особливо, перед тими, хто, здається, мене любить.
8. Я знецінюю свої позитивні якості.
9. Мені за себе дуже соромно.
10. Я більше всього боюсь, що люди дізнаються про мої недоліки.

#### Опитувальник неспроможності

- 1 я відчуваю, що я менш компетентний, ніж інші люди, в тих областях, де мені важливий успіх
- 2 я відчуваю, що я нічого не досягнув у житті
- 3 більшість людей мого віку професійно успішніше, ніж я
- 4 мені не давалося навчання
- 5 мені здається, що я дурніший за більшість людей, з якими спілкуюсь
- 6 я відчуваю приниження від своїх невдач на роботі
- 7 я відчуваю сором на людях, тому що досяг менше, ніж вони
- 8 мені часто здається, що люди вважать мене компетентніше, ніж це є насправді
- 9 мені здається, що в мене немає особливих талантів, які мають значення у житті
- 10 я спроможний на більше

#### Опитувальник покірності

- 1 я дозволяю іншим мене контролювати
- 2 я боюся, що якщо я не буду виконувати бажання інших людей, вони помстяться, розгніваються або відіграють проти мене
- 3 мені здається, що основні помилки в моєму житті прийняті не мною
- 4 мені дуже важко вимагати, щоб інші люди зважали (шанували) на мої права
- 5 я дуже переживаю чи зможу догодити іншим людям та заручитися їх схваленням
- 6 я відчуваю приниження від своїх невдач на роботі
- 7 я більше віддаю, ніж отримую взамін



8 я гостро відчуваю чужий біль, тому дбаю про людей поруч зі мною

9 я відчуваю провину, коли ставлю себе вище інших

10 я хороша людина, тому що думаю про інших більше, ніж про себе

Опитувальник завищених стандартів

1 я не визнаю друге місце. Я повинен бути кращим у всьому, що я роблю

2 те, що я роблю недостатньо

3 я прагну до ідеального порядку

4 мені завжди потрібно дивитися на всі сторони

5 мені треба стільки зробити, що на відпочинок немає часу

6 моє особисте життя страждає, тому що я занадто вимогливий до себе

7 моє здоров'я страждає, тому що я відчуваю сильну напругу

8 мої помилки за службуують жорсткої критики

9 я люблю змагатися

10 багатство і статус для мене дуже важливі

Опитувальник обраності

1 мені важко приймати відмову

2 я злюсь, коли не отримую бажаного

3 я особливий і мені не треба підкорятися звичайним обмеженням

4 я ставлю свої потреби на перше місце

5 мені дуже важко змусити себе кинути пил, палити, переїдати або інакше скоригувати свою поведінку

6 я не можу змусити себе робити нудну та рутинну роботу

7 я дію імппульсивно і потім зазнаю проблем через свої емоції

8 якщо я не можу досягти мети, я легко дратуюсь та здаюся

9 я вимагаю, щоб люди робили так, як я хочу

10 мені важко відмовитись від миттєвої винагороди, щоб досягти довгострокової мети

Опитувальник соціальної ізоляції

1. Розмовляючи з людьми, я часто відчуваю себе ніяково.

2. Мені нудно і сумно на вечірках і в інших групах людей. Я ніколи не знаю, що сказати.

3. Люди, з якими я хочу дружити, в чомусь кращі за мене (наприклад, краще виглядають, популярніші, багатіші, вищі статуси, більш освічені або більш успішні).

4. Я вважаю за краще уникати діяльності та заходів, які вимагають спілкування з людьми.

5. Я відчуваю себе непривабливим—надтовстим, худим, високим, низькорослим, потворними так далі.

6. Я відчуваю себе дуже відмінним від інших людей.

7. Мені немає місця серед людей. Я одинак.

8. Я завжди здаюся незнайомцем в компаніях.

9. Моя сім'я відрізнялася від інших сімей.

10. Загалом, я відчуваю себе відірваним від суспільства.

#### Опитувальник залежності

1. Я відчуваю себе більше дитиною, ніж дорослим, коли справа доходить до виконання повсякденних обов'язків.
2. Я не можу вижити один.
3. Я не вмію вирішувати проблемні ситуації самостійно.
4. Інші люди можуть краще піклуватися про мене, ніж я про себе.
5. Мені важко вирішувати нові проблеми, якщо немає нікого, хто міг би мені сказати.
6. Я не можу нічого зробити правильно.
7. Я нічого не можу зробити.
8. Мені не вистачає розсудливості.
9. Я не довіряю власному судженню.
10. Повсякденне життя для мене занадто складне.

#### Опитувальник вразливості

	1. Я не можу позбутись відчуття, що станеться щось погане.
	2. Я відчуваю, що в будь-який момент може статися катастрофа.
	3. Я боюся бути безхатченком або стати волоцюгою.
	4. Я дуже боюся, що на мене нападе злочинець, грабіжник, злодій і т.д.
	5. Мене турбує серйозне захворювання, хоча лікарі нічого не діагностують.
	6. Я дуже боюся подорожувати на самоті в літаках, поїздах і т.д.
	7. У мене бувають панічні атаки.
	8. Я звертаю увагу на фізичні відчуття в моєму тілі і я переживаю з приводу того, що вони здатні кишківник кошти.
	9. Боюся, що на публіці втрачу контроль над собою або збожеволію.
	10. Я дуже боюся втратити всі гроші або збідніти.

#### Опитувальник відторгнення

1. Я переймаюся тим, щоб близькі люди помрутьчи покинуть мене.

2. Я надокучаю людям, тому що боюся, що мене покинуть.

3. У мене відсутня постійна підтримка.
4. Я постійно закохувався в людей, нездатних на серйозні та тривалі стосунки.
5. Люди постійно з'являються та зникають в моєму житті.
6. Мене охоплює відчай, коли хтось, кого я кохаю, віддаляється від мене.
7. Мене захоплює думка, що близькі люди покинуть мене, тому я віддаляюся від них.
8. Близькі мені люди непередбачувані. Сьогодні вони є, завтра вони зникають з мого життя.
9. Я надмірно потребую інших людей в своєму житті.
10. В решті-решт я залишусь один.

#### Опитувальник недовіри і жорстокості

1. Я очікую, що хтось покине мене чи використає.
2. Протягом життя близькі люди жорстоко зі мною обходились.
3. Через певний час, люди, яких я кохаю, покинуть мене.
4. Я вимушений постійно себе захищати і бути насторожі.
5. Якщо я не буду обережний, люди, які мене оточують, можуть використати мене.
6. Я перевіряю людей, щоб переконатись чи вони дійсно на моєму боці.
7. Я намагаюсь образити когось, до того як вони образять мене.
8. Я боюсь підпускати людей до себе близько, тому що очікую, що вони мене образять.
9. Я буваю злий через те, що зі мною щось скоїли.
10. Я був жертвою фізичного, вербального чи сексуального насилля, з боку близьких мені людей.

#### Опитувальник емоційної депривації

1. Я потребую більше кохання, ніж отримую..
2. Мене ніхто по справжньому не розуміє.
3. Мене часто приваблюють байдужі партнери, не в змозі задовольнити мої потреби.
4. Я відчуваю себе відірваним від інших навіть з найближчими людьми.
5. У моєму житті не було жодної улюбленої людини, яка присвятила б себе мені і була б не байдужа до того, що зі мною відбувається.
6. Поруч зі мною немає людини, яка б ділилась зі мною теплом, обіймала
7. У мене немає нікого, хто дійсно може послухати мене і зрозуміти мої справжні почуття і потреби.
8. Мені важко дозволити людям піклуватися про мене або захищати мене, щоб вберегти мене, хоча це те, чого я хочу в своєму серці.
9. Мені важко дозволити людям любити мене.
10. Я часто відчуваю себе самотнім.