

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ НА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ (ЗА ДАНИМИ ВЛАСНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ)

О. М. Шпортун,
доктор психологічних наук, доцент,
Н. А Гнатенко,
магістрант спеціальності «Психологія»
Донецький національний університет імені Василя Стуса

Дослідження сучасних психологів фіксують невпинне зростання тривожності в різних групах та соціальних прошарках населення України. В певній мірі це зростання корелює із підвищенням на протязі останніх десятиріч рівня захворюваності нервовою патологією, зокрема невротозами. Для компенсації невротозів використовують медикаментозну терапію, психотерапевтичні методики (зокрема, метод символдрами) та комбіновану методику одночасного використання медикаментозних та психотерапевтичних принципів лікування.

Метою роботи є вивчення стану тривожності осіб з невротичними розладами.

У міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду, на відміну від 9-го перегляду, термін «невроз» не вживається зовсім, а поняття невротозу зникає з класифікації відповідної групи психічних захворювань [2]. І, хоча саме поняття «невроз» поступово зникає з клінічної практики, але воно все ще лишається широкоживаним у практикуючих психологів та теоретичних працях багатьох авторів. Концепція невротозу і досі вживається при клінічних та наукових дослідженнях, статистичних матеріалах. Термін «невротоз» має такі синоніми: тривожний розлад, тривожно-фобічний розлад, психоневротоз, невротичний розлад і містить в собі захворювання, в основі яких лежать тимчасові зворотні порушення психічного стану функціонального характеру, зумовлені перевантаженням основних нервових процесів – збудження та гальмування [5, с. 17].

О. Захаров у класичній праці «Невротозу у дітей і підлітків» надає наступний перелік невротозів: невротоз страху, невротоз істеричний невротоз та невротоз нав'язливих станів [1, с. 24]. Як ми бачимо із синонімів невротозів, страх та тривожність є важливим або чи не найважливішим чинником формування невротичних розладів. При чому дослідники як розділяють ці терміни, так і вважають їх одним цілим [3, с. 112].

Отже, вивчаючи психічні стани хворих на неврози, ми не мали можливості обійти питання наявності тривожності у досліджуваних пацієнтів.

В досліджувану групу увійшли 33 особи, хворі на невротичні розлади, в групу контролю – 29 осіб без неврологічної патології.

Щоб дослідити стан тривожності ми обрали два тести: «Самооцінку психічних станів» Г.Айзенка, як тест первинної оцінки стану тривожності, та «Шкалу соціально-ситуативної тривоги О. Кондаша» для більш детального дослідження тривожності в наших групах. При цьому тест «Самооцінка психічних станів» за Г. Айзенком дозволяє виміряти показники не тільки тривожності, а ще й фрустрацію, агресивність та ригідність. *Тривожність* – переживання емоційного неблагополуччя, пов'язане з передчуттям небезпеки або невдачі. *Фрустрація* – психічний стан, що виникає в ситуації розчарування, нездійснення якої-небудь значущої для людини мети, потреби. *Ригідність* – утрудненість, аж до повної нездатності, в зміні наміченої суб'єктом програми діяльності в умовах, що об'єктивно вимагають її перебудови. *Агресивність* – стійка характеристика суб'єкта, схильність, що відображає його відношення до поведінки, метою якої є спричинення шкоди оточенню, або подібний афективний стан (гнів, злість). Для виявлення рівня тривожності нами була використана методика «Шкала соціально-ситуативної тривоги О.Кондаша». Особливість шкал такого типу полягає в тому, що в них людина оцінює не наявність або відсутність в себе яких-небудь переживань, симптомів тривожності, а ситуацію з погляду того, наскільки вона може викликати тривогу. Ми вивчаємо в цьому тесті два типи тривожності – професійну та міжособистісну та їх взаємодію із рівнем самооцінки. Таким чином, ми маємо більш точну картину виду тривожності та маємо можливість прогнозувати шляхи компенсації цього стану, що не дає нам тест Г.Айзенка [4].

За результатами нашого дослідження ми отримали наступні дані:

Результати тесту «Самооцінка психічних станів» відображена на рис. 1. Як ми бачимо, у хворих на невротичні розлади переважає високий рівень тривожності (84,9%), він є досить великим і у групі здорових (38,0%), що говорить, що присутній певний фактор, що викликає тривогу не тільки у хворих на невротичні розлади, а й у звичайних, здорових людей. Цей фактор може бути підсиленим певними стресовими умовами та призводити до виникнення неврозоподібних захворювань.

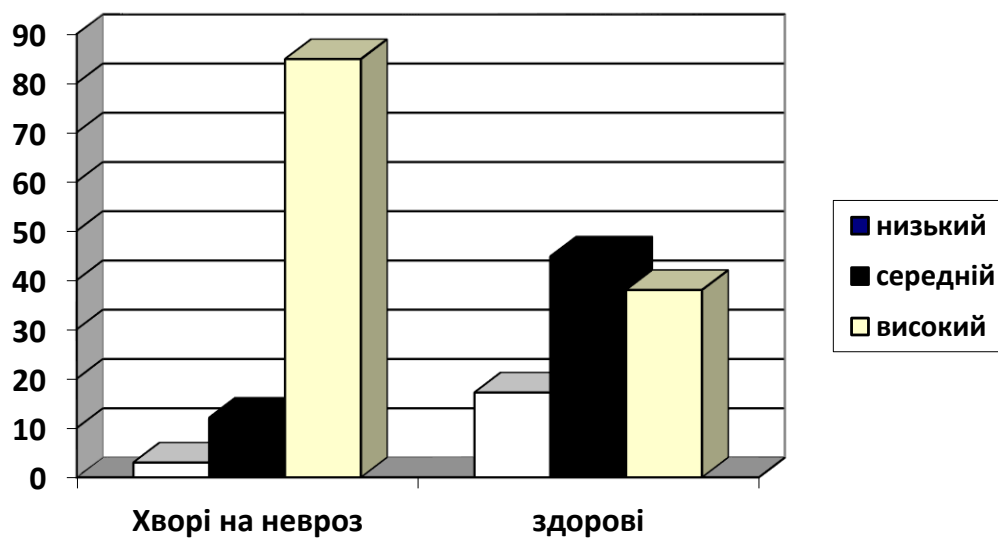


Рис.1. Рівні тривожності за тестом «Самооцінка психічних станів Г.Айзенка у хворих на невроз в порівнянні із здоровими людьми.

За даними «Шкала соціально-ситуативної тривоги О.Кондаша» ми отримали наступні результати:

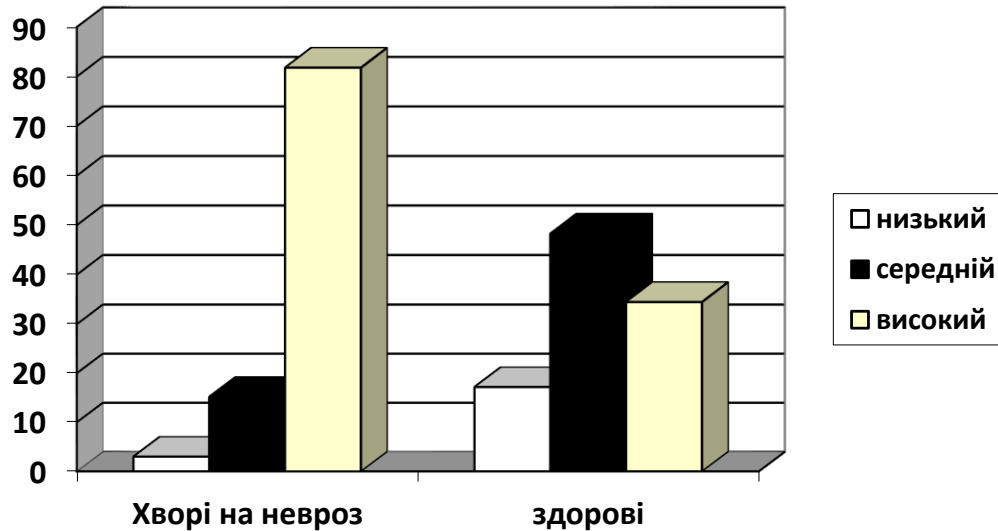


Рис.2. Рівні професійної тривожності за шкалою О. Кондаша

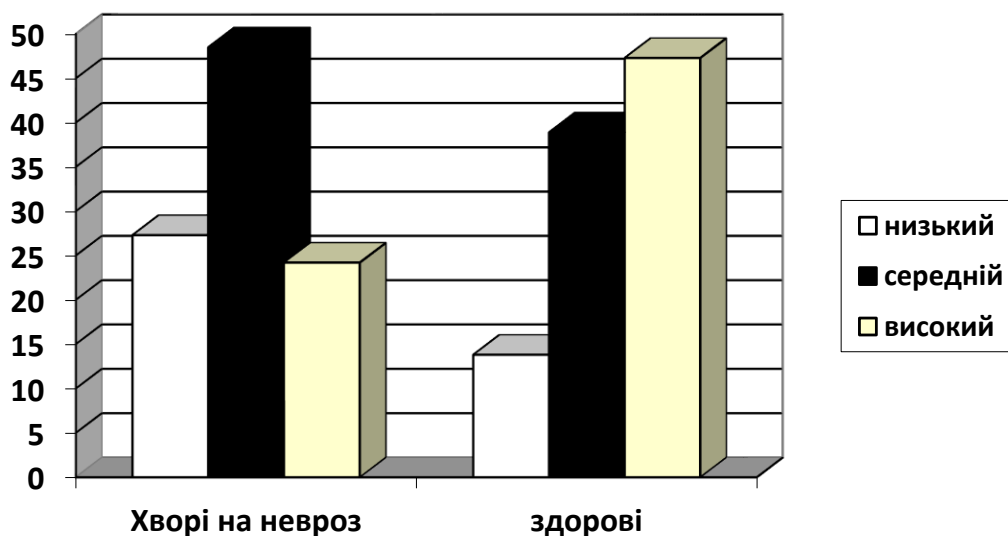


Рис.3. Рівні міжособистісної тривожності за шкалою О.Кондаша

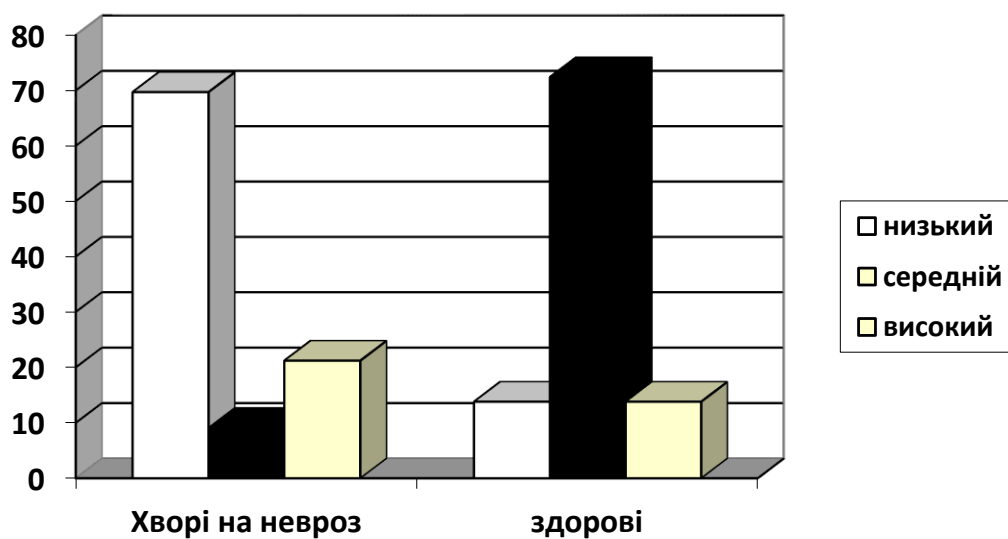


Рис.4. Рівні самооцінки за шкалою О. Кондаша

За нашими даними у хворих на невротичні розлади превалює професійна тривожність, неможливість реалізувати свій потенціал, цей рівень високий (81,8%). В той же час він корелює з заниженою самооцінкою у 69,7% обстежених цієї групи та середнім рівнем міжособистісної тривожності. У здорових же навпаки, превалює високий рівень міжособистісної тривожності (у 48,3% респондентів) на тлі середніх показників самооцінки та професійної тривожності. Високий рівень

самооцінки у 21,2% респондентів з групи хворих на невроз ми вважаємо за прояв патологічних змін особистості.

Висновки: У хворих на невротичні розлади спостерігається високий рівень тривожності, насамперед, в сфері професійної тривожності при понижених показниках самооцінки та середніх показниках міжособистіної тривожності. Тому наш головний вектор компенсації на початковому етапі буде полягати саме у зменшенні симптомів тривожності, відновлення психологічної рівноваги особистості.

Література

1. Захаров И.А. Психотерапия невротиков у детей и подростков: монография. М., 1982. 162 с.
2. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж. Э. Купер. К.: Сфера, 2000. 416 с.
3. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина / В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
4. Практикум з психології : психодіагностичні методики для самопізнання / упорядник Періг І.М. Тернопіль : СМП «Тайп», 2017. 116 с.
5. Хорни К. Невроз и личностный рост. Борьба за самореализацию : монография. СПб., 1997. 207с.
6. Robert M. A. Hirschfeld, M.D. The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2001. №3(6). P.244–254.