МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

**Замота Д.В.**

**Випускна кваліфікаційна робота бакалавра**

**Особливості невротичних розладів у осіб зрілого віку та засоби їх корекції**

Сєвєродонецьк

2019

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

#  Факультет гуманітрних наук, психології та педагогіки

 (повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

 (повна назва кафедри)

## ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**до випускної кваліфікаційної роботи бакалавра**

**освітньо-кваліфікаційного рівня** \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_6.010203 – Здоров´я людини\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (шифр і назва напряму підготовки)

на тему: «Особливості невротичних розладів у осіб зрілого віку та засоби їх корекції»

Виконала: студентка групи ФЛз-551 Замота Д.В.

Керівник: к. психол. н., доц. Завацький Ю.А.

Завідувач кафедри здоров´я людини

та фізичного виховання:

к. психол. н., доц. Завацький Ю.А.

Рецензент: д. мед. н., проф. Зєльоний І.І.

Сєвєродонецьк – 2019

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

#  Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

 (повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

 (повна назва кафедри)

освітньо-кваліфікаційного рівня \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_6.010203 – Здоров´я людини \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (шифр і назва напряму підготовки)

# ЗАТВЕРДЖУЮ

**Завідувач кафедри**

**здоров´я людини**

**та фізичного виховання**

**доц. Завацький Ю.А.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“11” березня 2019\_року

## З А В Д А Н Н Я

### НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ БАКАЛАВРА

**Замоти Дар´ї Володимирівни**

## Тема роботи: «Особливості невротичних розладів у осіб зрілого віку та засоби їх корекції»

## Керівник роботи Завацький Юрій Анатолійович, к. психол. н., доц.

 ( прізвище, ім’я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від “11” березня 2019 р. № 46/15.22

2. Строк подання студентом роботи\_\_\_05.06.2019 р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи* *– 107 сторінок (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури – 50 дж.*

*4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати наукові джерела з особливостей невротичних розладів у осіб зрілого віку та засобів їх корекції; підібрати діагностичний інструментарій згідно вивчення особливостей невротичних розладів у осіб зрілого віку та засобів їх корекції; на основі проведеного констатувального експерименту розробити практичні рекомендації щодо корекції невротичних розладів у осіб зрілого віку.*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслеників): *таблиці – 2, рисунки – 10.*

**6. Консультанти розділів роботи:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис, дата |
| Завдання видав | Завданняприйняв |
| 1. | Завацький Ю.А. – к.психол.н., доц., завідувач кафедри здоров´я людини та фізичного виховання | 11.03.2019 р. | 11.03.2019 р. |
| 2. | Завацький Ю.А. – к.психол.н., доц., завідувач кафедри здоров´я людини та фізичного виховання | 11.03.2019 р. | 11.03.2019 р. |

7. Дата видачі завдання 11.03.2019 р**.**

#### **КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№****з/п** | **Назва етапів**  | **Строк виконання етапів** | Примітка |
| 1 | Визначення проблеми дослідження та розроблення плану випускної кваліфікаційної роботи бакалавра | 03.2019 р. | 03.2019 р. |
| 2 | Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження. | 03.2019 р. | 03.2019 р. |
| 3 | Розробка діагностичного інструментарію та проведення констатувального експерименту | 04.2019 р. | 04.2019 р. |
| 4 | Узагальнення результатів констатувального експерименту | 04.2019 р. | 04.2019 р. |
| 5 | Розробка рекомендацій щодо корекції невротичних розладів у осіб зрілого віку. | 05.2019 р. | 05.2019 р. |
| 6 | Підготовка випускної кваліфікаційної роботи бакалавра до захисту та її захист  | 06.2019 р. | 06.2019 р. |

**Студентка Замота Д.В.**

**Керівник роботи доц. Завацький Ю.А.**

**РЕФЕРАТ**

Текст – 107 с., рис. – 10, табл. – 2, додатків – 3, джерел – 50

В роботі розкрито теоретико-методологічні засади дослідження невротичних розладів у осіб зрілого віку, розглянуті види невротичних розладів та сучасні підходи до корекції невротичних розладів.

Проведено констатувальний експеримент з метою дослідження особливостей невротичних розладів у осіб зрілого віку.

Розроблено практичні рекомендації щодо корекції невротичних розладів у осіб зрілого віку.

**Ключові слова:** НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ, ІМОВІРНЕ ПРОГНОЗУВАННЯ, АНТИЦИПАЦІЯ, КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ, НЕВРАСТЕНІЯ, ІСТЕРІЯ, ДИСОЦІАТИВНІ РОЗЛАДИ, НЕВРОЗ НАВ’ЯЗЛИВИХ СТАНІВ, ТРИВОЖНО-ФОБІЧНІ РОЗЛАДИ, НАВ’ЯЗЛИВО-КОМПУЛЬСИВНІ РОЗЛАДИ, АНАНКАЗМИ, ОБСЕСІЇ, ФОБІЇ, КОМПУЛЬСІЇ.

**ЗМІСТ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ВСТУП  |  |  |  7 |
| РОЗДІЛ | 1. | **ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ** |  10 |
|  | 1.1. | Аналіз літератури за проблемою дослідження невротичних розладів у вітчизняній та зарубіжній літературі |  10 |
|  | 1.2. | Види невротичних розладів у осіб зрілого віку |  23 |
|  | 1.3. | Сучасні підходи до методів корекції невротичних розладів  |  38 |
| ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1 53 |
| РОЗДІЛ | 2.  | **ЕМПІРИЧНЕ**  **ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ** |   56 |
|  | 2.1. | Методичні заходи, хід та процедура констатувального експерименту |  56 |
|  | 2.2. | Аналіз результатів констатувального експерименту |  66 |
|  | 2.3. | Методи корекції невротичних розладів у осіб зрілого віку |   80 |
| ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2 |  91 |
| ВИСНОВКИ  |  93 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИДОДАТКИ  |  95 99 |

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** Актуальність дослідження визначається зростанням невротичних розладів, видозмінюванням їх клінічної картини та особливостей протікання в умовах глобальних змін, що відбуваються в нашому соціумі.

В сучасному світі неврози не “питають віку”, проте вчені зазначають, що люди стають вразливіше у критичні періоди.

Від невротичних розладів більше всього страждають люди середнього віку, які несуть відповідальність і за дітей, і за дорослих. В цьому віці людина, як правило, починає переоцінювати пройдений шлях та аналізувати свої досягнення. На цей період життя доводиться найбільша концентрація скопичення негативного досвіду. В даний період життя люди накопичують перевтому, проблеми із здоров'ям, проблеми із старіючими батьками і підростаючими дітьми.

Дуже часто криза середнього віку наступає в період від сорока до сорока п'яти років. Але останнім часом данна вікова планка знизилася до тридцяти років. У віці від двадцяти п'яти до сорока п'яти років кожній п'ятій особі властиве відчуття тривоги за свій теперішній час і майбутній.

Наукові досягнення в області неврозів належать зарубіжним та вітчизняним вченим. І.П. Павлов і його школа вивчали психофізичні механізми неврозів. Великий внесок в розробку проблеми неврозів у осіб зрілого віку внесли Б.В. Андрєєв, М.Г. Айрапетянц, К.М. Биков, А.М.Вейн, В.Б.Захаржевський, С.Н. Доценко, П.В. Кебриков, Б.Д. Карвасарський, Д.М. Мендевич, В.М. Мясищев, Є.А. Попов, Б.А. Первомайський, Г.К.Ушаков, М.М.Хананашвілі, Т.А. Юдін.

**Об'єкт дослідження -** невротичні розлади особистості.

**Предмет дослідження –** особливості невротичних розладів у осіб зрілого віку та засоби їх корекції.

 **Мета дослідження -** теоретично обгрунтувати та емпірично дослідити особливості невротичних розладів у осіб зрілого віку та запропонувати методи їх корекції.

Для досягнення мети необхідно вирішити наступні **завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретичний аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури за проблемою дослідження невротичних розладів особистості.
2. Розглянути види невротичних розладів у осіб зрілого віку.
3. Емпірично дослідити особливості невротичних розладів у осіб зрілого віку.
4. Розробити практичні рекомендації щодо корекції невротичних розладів у осіб зрілого віку.

**Теоретичну та методологічну основу дослідження** становили: концепції розвитку психіки і особистості в діяльності (Л.С. Виготський, В.В. Давидов, О.М. Леонтьєв, Г.С. Костюк, С.Д. Максименко, В.О. Роменець, С.Л. Рубінштейн та ін.); становлення особистості в онтогенезі (Г.О. Балл, Л.І. Божович, М.Й. Боришевський, В.О. Моляко, Т.М. Титаренко, Д. І. Фельдштейн, Н.В. Чепелєва та ін.); погляди на природу особистісних відхилень та дослідження з проблем психологічної корекції (О.Ф. Бондаренко, Л. Ф. Бурлачук, С.В. Дворяк, Н.Є. Завацька, О.С. Кочарян, А.Є. Лічко, Н.Ю. Максимова, В.Д. Москаленко, Л. Е. Орбан-Лембрик, В.М. Синицький, В.В. Синьов, Т.Ф. Яценко та ін.).

**Методи дослідження:** теоретичний аналіз літератури; спостереження; бесіда; констатувальний експеримент; тестування (методика діагностика рівня невротизації Л. І. Васермана, клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич), проективний тест М. Люшера); методи психопрофілактики та психокорекції; методи математичної обробки даних.

**Теоретичне значення дослідження** полягає у розкритті теоретико-методологічних засад дослідження невротичних розладів у осіб зрілого віку, розгляді видів невротичних розладів у осіб зрілого віку та сучасних підходів до корекції невротичних розладів.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає у дослідженні особливостей невротичних розладів у осіб зрілого віку, психологічному та статистичному аналізі отриманих результатів та наданні профілактичних рекомендацій щодо попередження невротичних розладів у осіб зрілого віку та їх корекції.

Результати дослідження можуть бути використані реабілітологами у ході консультування та корекції невротичних розладів у осіб зрілого віку.

**РОЗДІЛ 1**

**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ у осіб зрілого віку**

* 1. **Аналіз літератури за проблемою дослідження невротичних розладів у вітчизняній та зарубіжній**

Поняття "невроз" було введено в медицину шотландським лікарем Вільямом Куленом.

Деякі автори, наприклад. М. Биков, користувалися терміном "невроз" як широким загальнопатологічним поняттям. "Неврози, - за словами К.М. Бикова, - це початок будь-якого захворювання, яка б не була його причина". Під неврозом він розумів будь-яке функціональне порушення незалежно від його причини [6].

Ряд авторів, виходячи з поглядів І. П. Павлова, під терміном "невроз" розуміють ті стани патологічно зміненої вищої нервової діяльності, які сталися внаслідок перенапруження або самих нервових процесів, або їх рухливості. Перенапруження нервових процесів може бути викликано різними причинами, в тому числі, як зазначала М. Д. Петрова, дією хімічних речовин (хлористого кальцію). Тому термін "невроз", розглянутий з такої точки зору, стає широким патогенетичним поняттям і також не застосовується для позначення нозологічної форми, виділеної на основі етіологічного критерію.

Деякі клініцисти відносять до неврозів всі функціональні порушення нервової діяльності як психогенної, так і соматогенной етіології, не супроводжуються грубими психічними порушеннями. Так, Б. В. Андрєєв розглядав неврози як захворювання, які можуть виникати під впливом різних шкідливих факторів, у тому числі травм, інфекцій, ендокринних порушень. Неврози в такому розумінні перестають бути нозологічної групою і перетворюються в етіологічно різнорідну групу, об'єднану за симптоматологічною ознакою.

Ряд авторів (С.Н. Доценко, П.В. Кербиков, В.М. Мясищев, Б.С. Озерецьковский, Е.А. Попов, А.А. Портнов, Б.А. Первомайський, А.М. Свядощ, А.В. Снєжневський, Б.Д. Федотов, Т.І. Юдін) пропонують користуватися терміном "невроз" лише для позначення захворювань, спричинених дією психічної травми, і відносити їх, таким чином, до психогенних захворювань.

 В теоретичному плані співіснують наукові напрямки, які намагаються трактувати невроз як з психологічної, так і з біологічної (нейрофізіологічної) платформ. До того ж західні психотерапевтичні школи "нової хвилі" стають на антінозологічні позиції, воліючи не висувати і не декларувати теоретичні постулати розуміння походження невротичних симптомів і не проводити диференціальної діагностики між клінічним симптомом і психологічним феноменом. Подібна антінозологічна платформа найяскравіше може бути продемонстрована на прикладі висловлювання Джозефа Вольпе про те,; що "невроз - це погана, взята звичка неадаптованої поведінки, придбана в процесі навчання". З цього робиться висновок, що невроз наврядчи можна відносити до клінічних симптомо-комплексів і нозологічних одиниць, які повинні мати специфічний етіологічний агент, закономірності патогенезу (неврозогенеза) і виходу.

Нейрофізиологічна наукова платформа базується на класичних уявленнях І.П. Павлова: "Всюди і завжди необхідно йти до фізіологічного основи як відносно хвороботворних агентів, так і відносно реакцій на них з усіма наслідками, тобто перекладати всю психогенію і симптоматику на фізіологічну мову... Можу сказати, що стосується до нервової клініки, то майже всі невротичні симптоми картини можна зрозуміти і привести в зв'язок з нашими патофізіологічними лабораторними фактами" [35].

Такий суворо патофізіологічний ухил розділяється багатьма вітчизняними науковцями-неврологами однак у сучасному, пом'якшеному варіанті, що враховує досягнення психологічних наук і психіатрії. Сьогодні в рамках нейрофізіологічної платформи прийнято говорити не про етіологічне значення будь-яких патофізіологічних механізмів, а про "церебральну пре-диспозицію, що полегшує формування невротичної патології" (В.Б.Захаржевський, М.Л. Дмитрієва, В.Х.Міхєєв). Надається важливе значення так званої тріаді (шийний остеохондроз, хронічний тонзиліт і хронічний холецистит), що сприяє виникненню (або прояві) "не тільки окремих синдромів неврозу, але і самого невротичного захворювання". Незважаючи на те, що М.Г. Айрапетянц і А. М.Вейн відзначають істотну і патогенетично значущу роль неврозогенеза "м’якої органічної мозковий предиспозиції" і навіть церебральної гіпоксії, вони з великою обережністю обговорюють цю проблему. "Ще немає незаперечних доказів - пишуть вони, - прямої участі системних механізмів мозку (посилюючих і синхронізуючих апаратів) і активності біохімічних систем (судимо про них за вмістом біологічно активних речовин в венозній крові і екскреції з сечею) у взаємодії психотравмуючої ситуації з особливостями структури особистості і формуванні невротичного конфлікту. Швидше за все, вони відображають наявність стресорної ситуації, характер і інтенсивність емоційної напруги, а також індивідуальний патерн реагування. Ймовірно, правильніше говорити про наявність характерних психофізіологічних та психогуморальных співвідношень при неврозах. Співвіднести їх прямо з патогенезом захворювання не є в даний час можливим" [16].

Як видно з представленої позиції, проблема полягає лише у тимчасовій відсутності чітких, "незаперечних" доказів кореляції мозкової дисфункції з виникненням невротичних розладів, а зовсім не в принципових теоретичних виставах. Ще більш яскраво нейрофизиологічна платформа представлена в таких роздумах вчених: "Існує два принципових шляху обговорення: перша позиція - органічна церебральна дефіцитарність реально існує, але є вона і при багатьох формах патології і в частині практично здорових осіб, що дозволяє вважати її своєрідним эпіфеноменом, тобто відсутня будь-яка внутрішня і логічний зв'язок між церебральними порушеннями, з одного боку, і виникненням, появою і плином невротичної патології - з іншого; друга позиція - слідуючи за сформульованими В.М.Бехтеревим положеннями про зв'язок між різними психічними порушеннями і станом органу, що здійснює психічну діяльність, тобто головного мозку, намагатися зрозуміти наявність певного взаємозв'язку між ними. Відразу ж скажемо - пише А.М.Вейн, - що ми є переконаними прихильниками цієї позиції" [9].

Узагальнюючи сучасне уявлення про неврозогенез вчених, які стоять на нейрофізіологічній платформі, можна погодитися з Б.Д. Карвасарським, що не цілком обґрунтовано основу патогенезу неврозів вбачають в розладі функцій інтегративних систем мозку, серед яких, разом з корою більших півкуль мозку, істотна роль лімбіко-ритекулярного комплексу [41].

Психологічна платформа є на сучасному етапі переважної як у західній психіатричній і психологічній літературі, так і у вітчизняній. Вона також, як і нейрофизиологічна не монолітна, але містить аналіз значущості для неврозогенеза безлічі різних психологічних параметрів. Об'єднує останні уявлення про принципову патогенетичної значущості психологічної складової для виникнення і прояви невротичної симптоматики [35]. Спектр істотних психологічних феноменів широкий, однак не спостерігається протиставлення одних іншим, мабуть виходячи з відомого вислову В. Франкла: "Кожному часу властивий свій невроз і потрібна своя психотерапія". Це висловлювання, доповнене географічної характеристикою - місцем розташування - і перетворене в: "Кожному часу і місця властивий свій невроз", пояснює співіснування різних психологічних теорій і концепцій неврозогененза! Цей просторий список "правильних" теорій відображає значення не тільки психологічного, але і соціально-психологічного аспекту неврозогенеза.

Психоаналізу З. Фрейда пояснював не взагалі неврозогенез (хоча і претендував на це), а лише механізми походження невротичних розладів у молодих жінок австрійських містечок кінця минулого століття. Ноогенний характер невротичних розладів підходив для розуміння розвитку неврозів західноєвропейського інтелігента післявоєнного часу [38].

Враховуючи очевидний факт "фрагментарності" західних і вітчизняних теорії неврозогенеза, відсутність у них універсального характеру (до речі, як і в найбільш популярною протягом багатьох років у вітчизняній клінічної психології та психіатрії теорії особистості В.М. Мясіщева), слід визнати, що ідея створення єдиної теорії неврозогенеза носить характер утопічність. Суспільний устрій життя, соціально-політичні процеси і навіть морально-етичні та релігійні погляди людей, здатні змінювати розуміння і суть етіології і ще більшою мірою патогенезу неврозів. Саме ця аксіома дозволила деяким вченим вивести невроз за рамки психічної патології.

В даний час об'єднують різні психологічні підходи до оцінки значущих сторін неврозогенеза факторами є: психічна травма і преморбідні психологічні особливості особистості і її базових параметрів - темпераменту і характеру.

Психічної травмою називається життєве подія, значуща для існування людини і приводить до глибоких психологічних переживань. Психічна травма, як подія або ситуація, стоїть в ряді інших життєвих ситуацій. Згідно класифікації Д. Магнусона, існує п'ять рівнів визначення ситуації: стимул, епізоди, ситуація, оточення, середа.

На думку Г.К.Ушакова по інтенсивності психічних травм їх потрібно ділити на: 1) масивні (катастрофічні), раптові, гострі, несподівані, приголомшливі, однопланові: а) надактуальні для особистості, б) неактуальні для особистості (наприклад, природні, громадські катастрофи, інтактні для даного особи); 2) ситуаційні гострі (підгострі), несподівані, що многопланово залучають особу (пов'язані з втратою соціального престижу, зі шкодою для самоствердження); 3) пролонговані ситуаційні, що трансформують умови багатьох років життя (ситуація позбавлення, ситуація достатку - кумир сім'ї): а) усвідомлювані і переборні, б) неусвідомлювані і непереборні; 4) пролонговані ситуаційні, що призводять до усвідомленої необхідності стійкої психічної перенапруги (виснажливі): а) викликувані самим вмістом ситуації, б) викликані надмірним рівнем домагань особистості при відсутність об'єктивних можливостей для досягнення у звичайному ритмі діяльності [19].

В.М. Мясіщев ділив психічні травми на об'єктивно-значущі і умовно-патогенні, підкреслюючи тим самим семантичну роль події. Під об'єктивно-значущими розуміються життєві події (психічні травми), значення яких можна вважати високою для переважної більшості людей - смерть близької, розлучення, звільнення та ін. Умовно-патогенними називають події, які стають психічними травмами, що викликають переживання в силу особливостей ієрархію цінностей людини (наприклад, втрата марки з колекції філателіста). Широко поширена в західній психіатрії шкала Holmes-Rahe, за допомогою якої кожному життєвому події приписується строго визначений і незмінний виражений в балах коефіцієнт. На підставі суми балів пропонується судити про силу та інтенсивності психічного впливу життєвих подій. Так, найвищу кількість балів за травмуючу вплив приписується смерті чоловіка (100 балів). Далі слідують: розлучення (73 бали), розлука подружжя (65), тюремне ув'язнення (63), смерть рідних (63), одруження (50), примирення подружжя (45), вихід на пенсію (45). Автори включили в шкалу стресу навіть такі ситуації, як заклад або позику суми грошей. Причому, якщо заклад або позику не перевищує 10 тисяч доларів, то це дає 17 балів за шкалою стресу, а понад 10 тисяч - 31 бал. На підставі простого арифметичного підрахунку балів передбачається, що у відсотках апріорно оцінити ризик виникнення неврозу. Шкала Holmes-Rahe, незважаючи на очевидну суб'єктивність та недостовірність, до теперішнього часу широко використовується в наукових дослідженнях [32].

Актуальний конфлікт, що формується на базі психічної травми, на думку Н. Пезешкіан, складається з життєвих подій і мікротравм, роль яких виділяється цим автором особливо. До останніх належать, наприклад, такі, як непунктуальність, неохайність, несправедливість, непорядність, невірність учасника комунікативного процесу. Подібні мікротравми, діючи щодня і монотонно, здатні викликати і сформувати невротичну симптоматику. Таким чином, на перший план виходять не стільки значущість або інтенсивність психотравматичного впливу, скільки повторюваність, однотипність і тривалість мікротравм, які входять в протиріччя з уявленнями людини про "правильні якості партнера" [11].

У психологічній платформі вивчення неврозогенеза можна відзначити два напрями: по-різному оцінюють процес сприйняття і усвідомлення інформації та його роль у виникненні невротичних розладів. Перше з них можна позначити як виділяло на кількісних показниках інформації, друге - на якісних. До першого слід віднести положення та подання М.М. Хананашвілі про "інформаційну тріаду", що лежить в основі неврозу. В неї включаються: 1) необхідність обробки і засвоєння великого обсягу высокозначимої інформації (включаючи і необхідність прийняття рішення); 2) хронічний дефіцит часу, відведеного на таку роботу мозку; 3) високий рівень мотивації. При наявності "інформаційної тріади" закономірно з точки зору М.М.Хананашвілі виникає невроз і різноманітні психосоматичні розлади. На думку П.В.Симонова, невроз - це "хвороба невідання", що, на противагу уявленням М.М.Хананашвілі відображає позицію патогенетичної значущості відсутності або малої, недостатньої кількості інформації - невідання про те, що може трапитися з людиною в ситуації конфлікту, чого від нього чекають навколишні та інше.

В останні десятиліття, завдяки роботам вітчизняних психологів (А.В. Брушлинського, Б.Ф. Ломова, І.М.Фейгенберга), стала активно розвиватися проблема імовірного прогнозування та антиципації. Ці роботи спрямовані на оцінку загальнопсихологічних закономірностей дії вищезгаданих механізмів. Давно помічено, що більш сильне психотравмуючу дію можуть надавати несподівані неприємні повідомлення, до яких людина не підготовлена.

На сьогодні можна вважати доведено участь механізмів імовірного прогнозування і антиципації в етіопатогенезі невротичних розладів, що знайшло відображення в антиципаційній концепції неврозогенеза (В.Д.Менделевич).

Суть її полягає в розгляді етіопатогенезу невротичних розладів в нерозривному зв'язку з антиципаціоними процесами. Неврозогенез бачиться як результат нездатності особи передбачати хід подій і власну поведінку у фрустрірованих ситуаціях, що обумовлено преморбідними особливостями "потенційного невротика", названими антиципаціонною неспроможністю. Особа, схильна до невротичних розладів, виключає з діяльності небажані події і вчинки, орієнтуючись завжди лише на бажані. У зв'язку з цим, потрапляючи в неспрогнозировану, несприятливу у зв'язку з цим "ситуаційним сценарієм" життєву колізію, людина виявляється в цейтноті часу для застосування совладаючої поведінки. І навіть, якщо система психологічної компенсації у нього функціонувала нормально, то в умовах розбіжності прогнозу і при крайній вираженості емоційних переживань (образи, розчарування, нерозуміння), пов'язаних з цією прогностичної помилкою, людина не може використовувати потенційні можливості для совладання з ситуацією, і захворіє неврозом.

Під імовірним прогнозуванням розуміється передбачення майбутнього, засноване на імовірній структурі минулого досвіду та інформації про наявну ситуацію. Минулий досвід і готівкова ситуація дають підставу для створення гіпотез про майбутнє, причому для кожної з них приписується певна ймовірність. Згідно з таким прогнозом здійснюється передналаштування, підготовка до дій у майбутній ситуації, що приводить з найбільшою ймовірністю до досягнення певної мети [9].

Еволюційно-біологічний сенс організації імовірнісного прогнозування з наявністю порогу очевидний: при практично неосяжному числі альтернативних ситуацій організм як би спрощує цю складну картину середовища (В.М.Русалов, Д.А. Ширяєв). Актуальною для нього виявляється деяка спрощена модель середовища, в якій є лише кілька альтернатив, прогнозована ймовірність яких більше порога.

Серед психологічних процесів, спрямованих на пророкування майбутнього виділяється три процесу - імовірне прогнозування, націлене на побудову неупередженої математичної моделі майбутнього; экспектація - очікування, тобто емоційно забарвлене і мотиваційно підкріплене уявлення про майбутнє з залученням характеристик бажане-небажане; а також антиципація, що припускає крім перерахованих вище аспект діяльності. Під антиципацією в психології розуміється здатність (в самому широкому сенсі) діяти і приймати ті чи інші рішення з певним тимчасово-просторовим попередженням щодо очікуваних майбутніх подій (Б.ФЛомов).

 КОГНИТИВНИЙ

АФЕКТИВНО-МОТИВАЦІЙНИЙ

АНТИЦИПАЦІЙНИЙ

ПОВЕДІНКОВИЙ

**Рис. 1.1. Етапність формування невротичних симптомів**

Важливим для розуміння механізмів формування невротичних розладів є динаміка появи симптомів і закономірна етапність клінічних проявів і психологічний переживань, що з’являються в перші ж дні і навіть години після психотравмуючої ситуації. В.Д.Менделевич виділяє чотири етапи неврозогенезу (див. рис. 1.1)

На першому етапі (когнітивному), що виникає безпосередньо слідом за дією психотравмуючої ситуації, психічна діяльність пацієнтів спрямована на усвідомлення того, що трапилося. При цьому хворі можуть перебувати в різному емоційному стані - депресивному, дисфорічному, апатічному, ейфорічному, але частіше за інших поліморфном, яке викликається ситуативними моментами і відпрацьованими і апробованими стереотипами реагування на кризові, шокові ситуації. Переважна більшість хворих намагається відповісти собі на такі питання: "Що ж сталося, як це загрожує соціальному, психологічному або якомусь іншому статусу, що думають з приводу події близькі люди (або учасники і свідки конфлікту)" і інше. Відбувається своєрідне "орієнтування на місцевості" (фаза орієнтації). Пацієнти намагаються зрозуміти нові умови, які поставлені ситуацією, виявити негативні і позитивні сторони нового статусу, тобто. "зорієнтуватися в цьому". Орієнтація в цьому є лише однією зі сторін психологічного орієнтування, інші - орієнтування в минулому і майбутньому - виникають на інших етапах формування невротичних розладів.

У другій фазі когнітивного етапу хворими проводиться оцінна психічна діяльність, тобто подія ранжирується по значущості, ступеню впливу на всілякі сторони життя пацієнта, серйозність і принциповість змін, що виникли у зв'язку з психотравмою. Крім цього, фаза оцінки використовується хворими для відповідей на питання про причини конфлікту, винуватців цієї ситуації. Як правило, ретельно і скрупульозно відтворюється в пам'яті і аналізується ситуація і весь комплекс чинників, що передували їй. При цьому пацієнт у своїх міркуваннях іноді доходить до спогадів дитинства, образ, завданих йому протягом життя. Особливо його цікавить оцінка ступеня власної і чужої відповідальності в цій події, аналіз того, що можна було б змінити для того, щоб цього не сталося. Роздуми в стилі умовного накло-нення домінують у фазі оцінки когнітивного етапу формування невротичних розладів. Як раніше симптоматика не носить суворо оформленого характеру, є поліморфною, однак порівняно з першою фазою набір афективних симптомів звужується до мінімуму. Практично не спостерігається ейфорійного і апатичного симптомокомплексу, домінуючою ж виявляється депресивна симптоматика. Структурування виражених афективних синдромів відбувається в основному на наступному етапі формування невротичних розладів. Когнітивний етап - особливо у фазі оцінки - відіграє істотну роль. Слід зазначити, що визначати емоційний стан пацієнтів з допомогою психопатологічних дефініцій на першому етапі представляє значні труднощі і не може вважатися коректним. Вивчення клінічних особливостей емоційних станів на першому етапі показує, що слід говорити, в основному, про такі психологічні феномени як розчарування, розгубленість (афект здивування непсихотичного рівня) і образа. Останній феномен виявляється базовим для подальшого формування афективних невротичних симптомів і синдромів [28; 34].

Аналіз емоційних переживань, які спостерігаються на першому (когнітивному) етапі формування невротичних розладів показує, що вони грунтуються не тільки на мотиваційних особливостях особистості, але й на деяких когнітивних (пізнавальних) особливості. Всі первинні емоційні переживання формуються у хворих на основі несподівано викликаної психотравмуючої ситуацій, а фактор несподіванки відображає недосконалість (або, принаймні, специфіку) механізмів антиципації. Як правило, образа - найбільш широко представлена на першому етапі психічного переживання - виникає внаслідок неспівпадання завищеного, зайво оптимістичного або довірливого ставлення до оточуючих і реальною оцінкою їх дій в умовах конфлікту або будь-яких інших взаємин. Подібна закономірність спостерігається і при афекті розчарування, і при почутті розгубленості і здивування.

Слідом за першим (когнітивним) етапом формування невротичних розладів виникає другий - аффективно-мотиваційний. Тривалість першого коливається від декількох днів до декількох тижнів, тривалість другого досягає декількох місяців. Афективно-мотиваційний етап можна вважати найбільш добре вивченим і описаним у літературі. Він виявляється наступними симптомокомплексами: депресивним, тривожно-депресивним, фобічним, істеричним, іпохондричним. Поведінка хворих на цьому етапі повністю випливає з афективно насиченою патології, дії, диктуються емоційними переживаннями, спогадами про психотравмуючі епізоді і про триваюче впливи конфлікту. Ймовірне прогнозування майбутнього блокується яскраво вираженими афективними розладами. Пацієнти націлені на поверхневий аналіз того, що сталося, своєї поведінки і поведінки "кривдників" або розмірковують про сьогодення психічного неблагополуччя, оскільки афективні порушення поєднуються з вегетативно-судинними пароксизмами. Слід зауважити, що на цьому етапі увагу хворих особливо приваблює своє самопочуття. Саме в цей період з'являється комплекс соматоформних розладів: цефалгій, вегетативних кризів, порушень дихання, травлення та інше. Пацієнти зосереджені на сьогоденні, шукають допомоги і співчуття частіше у зв'язку з психосоматичними проявами. Своєрідне "втеча в хворобу" може розглядатися, з одного боку, як ухилення від тверезої оцінки реальності і нездатність вирішити конфлікт, з іншого, як неможливість, небажання або невміння спрогнозувати варіанти випадків несвідомо обраного стереотипу власних дій і вчинків [14; 21; 36]. .

Надалі настає антиципаційний етап формування невротичних розладів. Він є визначальним у результаті неврозу. В процесі антиципаційнної діяльності формується альтернатива: або пацієнт створює когнітивну базу для використання методів психологічної компенсації і самостійно справляється з афективної симптоматикою, або особливості антиципації не дозволяють йому застосовувати психокорекційних дій, і невротична реакція переходить в стійке невротичний стан.

У групах хворих неврозами на відміну від "неврозостійких особистостей" неврозогенез протікає другим шляхом. При структуруванні майбутнього пацієнти націлені на моноваріантний прогноз, який полягає в однозначно песимістичній оцінці результатів вирішення конфлікту ("нічого вже зробити не можна"; "нічого не повернути"; "раніше треба було думати"), визнання малозначущості власної ролі в можливе вирішення ситуації ("я - людина слабка, мені не по плечу підняти цей вантаж"; "що я можу зробити?"; "в моїх чи це силах?"; "від мене нічого не залежить") і відмову уявити собі шляхи позитивного результату ситуації. "Все буде погано" - такий лейтмотив роздумів більшості пацієнтів на третьому етапі формування невротичних розладів, що відображає т.зв. моноваріантный тип імовірного прогнозування, який домінує при неврозах в порівнянні з психічно здоровими особами.

Четвертий (поведінковий) етап формування невротичних розладів визначає вироблення стратегії поведінки в нових умовах, коли конфлікт продовжує залишатися недозволеним, і з психопатологічними феноменами поєднуються суб'єктивно важко що протікають вегетативно-судинні та інші соматичні еквіваленти психічних розладів. У хворих стратегія поведінки полягає як у типових невротичних реакціях і захисних механізми дій (невротичних ритуалах, обмежувальних форми поведінки і пр.), так і в специфічних способах використання методів психологічної компенсації (психокорекції). В.Д.Менделевич виділяє три типи використання хворих неврозами методів психокорекції: "лімітована", "дефицитарна" і "атитюдна" психокорекції.

Клінічно лімітована психокорекція проявляється в так званій неможливості використовувати методи психологічної компенсації, при якому зазначається стереотипна поведінка пацієнтів в конфліктних ситуаціях. Основний її характеристикою є стійкість, незмінність, ригідність поведінки. Пацієнти, які використовують лімітовану психокорекцію, практично всю своє життя перебували в преневротичному стані. Їх відрізняла підвищена вразливість, емоційна негнучкість, труднощі адаптації до нових обставин.

Дефіцитарна психокорекція відрізняється т.зв. невмінням хворих використовувати в період конфлікту і невротичного синдромоутворення методи психологічної компенсації (психокорекції). На відміну від осіб, які застосовують лімітовану психокорекцію, при використанні дефицитарної переважає не ліміт - обмеження психокорекційних здібностей, пов'язаний з особистісними, у тому числі характерологічними особливостями, але їх дефіцит. У клініці дефицитарна психокорекція відрізняється від лімітованої, по-перше, ступенем усвідомлення дезадаптонваності невротичного стилю поведінки, ухилення від вирішення конфлікту, більш реальною оцінкою ситуації і власної позиції і ролі в психотравмуючих обставинах; по-друге, характером і ступенем піддатливості під впливом психотерапевтичних порад лікаря або здорових думок рідних і близьких.

Під аттитюдною мається на увазі небажання хворими в період недозволеного конфлікту робити певні дії, що призводять до його прояснення або зникнення симптоматики, і використовувати методи психологічної компенсації (психокорекції). Суть аттитюдної психокорекції полягає в клінічно выявленом ухиленні від використання психокорекційних заходів і нормалізації власного психічного статусу [37].

* 1. **Види невротичних розладів у осіб зрілого віку**

Не дивлячись на безліч класифікацій, на цей час більшість вітчизняних авторів виділяють три класичні форми неврозів: неврастенію, істерію і невроз нав'язливих станів (М. Р. Арапетянц, А. М. Вейн, Б. Д. Карвасарський, Н. Д. Липгарт, В. Ф. Матвєєв, А. А. Портнов, Ф. І. Случевський, Ю. Я. Тупіцин, Р. Д. Ушаков, Б. Д. Федотов).

Неврастенія – невротичний розлад, що характеризується вегетативними, соматичними й емоційними порушеннями, що перебігають за типом дратівливої слабості, безсоння, підвищеного стомлювання, відволікання уваги, знищення настрою, постійним невдоволенням собою і оточенням. Може бути наслідком тривалого емоційного стресу, перенапруження нервової системи, перевтоми або виникати на соматично ослабленому тлі.

За МКБ-10 до істеричному неврозу відносять стани, включені в розділи "F44. Дисоціативні розлади" і "F45. Соматоформні розлади". В цілому зазначені групи розладів характеризуються імітацією, але не симуляцією, пацієнтами хвороб і багатими соматоформними розладами

Сутність неврастенії була розкрита завдяки дослідженням школи І.П. Павлова. Неврастенічні симптоми обумовлені ослабленням процесів внутрішнього гальмування і порушеннями в корі головного мозку. В нормі гальмування зменшує збудження. Клітини відновлюють свої енергетичні ресурси тільки тоді, коли вони перебувають у стані гальмування. При неврастенії слабшає внутрішнє гальмування, сон при цьому набуває поверхневий характер. Через порушення сну працездатність нервових клітин повністю не відновлюється, звідси під час роботи швидко з'являється стомлюваність. Порушення уваги також пояснюється ослабленням процесів гальмування. Коли людина приступає до виконання будь-якого справи, в корі головного мозку виникає вогнище порушення, навколо якого розвивається гальмування. Якщо вогнище порушення слабкий, то й негативна індукція навколо нього буває недостатньою. Тому кожен незначний подразник відволікає хворого від основного заняття.

Хворий неврастенією відчуває труднощі в інтелектуальній діяльності, стає уважним, не може зосередитися і сконцентрувати свою увагу, не може думати, погано засвоює нове в процесі навчання або роботи, не може відтворити прочитане, погано запам'ятовує абстрактні поняття, цифри, дати, імена, номери телефонів. У розмові хворий часто втрачає суть, не може згадати, про що він тільки що говорив

У 1869р. американський лікар Д. Берд опублікував в "Boston medical and surgical Journal" статтю з обговоренням дратівливої слабкості, котра почала часто виникати у працівників промислових підприємств розвинених країн. Даний симптом (хворобу) він назвав "американським неврозом". І згодом у 1880р. Неврастенія була описана Д. Бердом в монографії. Він вбачав причини хвороби в реакції організму на стиль життя "Нового Світу" з його культом науково-технічного прогресу і інтенсифікацією праці. Слід зазначити, що історично це був перший з науково класифікованих неврозів. Неврастенія є найбільш розповсюдженою формою невротичних розладів. Клініка неврастенії складається з симптомів підвищеної нервової збудливості, з одного боку, і виснажуваності - з іншого, причому у одного хворого можуть переважати симптоми підвищеної виснажуваності, а у іншого - симптоми підвищеної збудливості. Сукупність цих двох видів симптомів і становить клінічну суть хвороби.

В етіології неврастенії у дітей і підлітків, як показують дослідження у клініці Н.А.Лобікової, основна роль належить довготривалим або навіть хронічним психотравмуючим ситуаціям, частіше всього пов'язаних із конфліктною ситуацією в сім'ї (систематичні сварки між батьками, конфлікти, обумовлені алкоголізмом батьків, ситуації пов'язані із розлученням батьків). Згідно даних певних досліджень (А.И Захаров), важливу роль в виникненні неврастенії у дітей та підлітків мають деякі форми неправильного підходу батьків до виховання, зокрема надмірні вимоги і заборони, які перевищують можливості дитини [26].

В.В.Ковальов описує окремо невроз виснаження та реактивну неврастенію. За його словами емоції грають важливу роль при обидвах варіантах хвороби. Проте емоційний фактор при реактивній неврастенії відрізняється від емоційного фактора при неврозі виснаження. Реактивна неврастенія представляє собою типовий реактивний стан із всіма його особливостями (відобрження патогенного фактора в картині хвороби, визначальна роль психогеній в його динаміці). При неврозі виснаження патогенна ситуація практично не відображається в симптоматиці. Цей варіант неврастенії представляє собою не конфлікт-реакцію, а стан виснаженості. До симптомів підвищеної нервової збудливості належать: підвищенна дратівливість, яка виявляється в різкому тоні, реакціях гніву, сльозах.

При дослідженні неврологічного статусу виявляється підвищення сухожильних рефлексів, рефлексів із слизових оболонок (підвищення глоткового рефлексу), тремор повік, пальців рук, яскрава вегето-судинна нестійкість: шия, лице вкриваються червоними плямами, долоні, стопи та інші частини тіла швидко пітніють, пульс частішає, хворі скаржаться на найрізноманітніші неприємні відчуття, що з різних частин тіла - стискання серця, болі в шлунку, кишечнику, головні болі, запаморочення.

Хворим на неврастенію дуже важко, а іноді й неможливо стримати, побороти емоційну реакцію. Вони стають не витривалими до очікування. Такі хворі виявляють підвищену чутливість до подразників звичайної сили, звичних для здорової людини: важко переносять стукання дверима, стук кроків, шум вуличного руху, розмову сусідніх хворих, яскраве світло, гучну музику, дотик холодного і гарячого, важко переносять незначні больові подразнення (ін'єкції тощо). Неврастенія може розвиватися за двома сценаріями: гіпостенічним та гіперстенічним. В першому варіанті хворий стримує негативні емоційні прояви і загалом у нього переважає виснаження над збудженням, а другий варіант проходить навпаки.

Слід зазначити, що неврастенічний симпотомокомплекс може бути при різних захворюваннях. Він може виникати при пухлинах головного мозку, черепно-мозкових травмах, сифілісі, церебральному атеросклерозі, гіпотонічній або гіпертонічній хворобі. При цьому є симптоми основної хвороби, які надають ряд клінічних особливостей неврастенічного симптомокомплексу.

На підставі клінічних і патофізіологічних досліджень (І. П. Павлов, А. Р. Іванов-Смоленський) виділено 3 стадії неврастенії.

Початкова стадія характеризується порушенням активного гальмування, виявляється дратівливістю і збудливістю.

У другій стадії переважає дратівлива слабкість.

У третій стадії переважають слабкість і млявість, апатія, підвищена сонливість, знижений настрій.

Протягом неврастенії стан залежить від типу нервової системи, клінічної картини зриву, наявності або відсутності конфліктної ситуації, загального стану організму і лікування.

У людей із слабкою нервовою системою, особливо якщо обставини складаються не в їх користь, неврастенія може тривати багато років. У них швидко відбувається перехід від підвищеної збудливості до слабкості та виснаження.

У людей з сильним типом нервової системи прогноз більш сприятливий. При вирішенні конфліктної ситуації і зниженні психічного навантаження, у поєднанні зі зміною середовища, відпусткою або санаторно-курортним лікуванням, всі симптоми можуть зникнути.

У невротиків-гіперстеников з переважанням збудливих процесів процесів режим повинен бути спрямований передусім на підвищення гальмових процесів і усунення моментів, які підтримують стан збудження. Для цих хворих необхідно створити спокій, який може бути досягнутий подовженням сну, пасивним відпочинком, спокійними фізичними вправами, тепловими процедурами і т. п. Показано, як справедливо вказують X.М. Фрейдин і Л. Н. Канавець, напрямок інтересів на активні форми відпочинку з використанням рухів, трудотерапії і всього комплексу лікувальних факторів. З такими хворими більшою мірою, ніж з іншими, необхідно звертатися дружньо, уважно, терпляче, налагодити взаєморозуміння і контакт.

Невротикам-гіпостеникам, у яких переважають гальмівні коркові процеси, потрібно призначати терапію сном. Це дуже ефективний засіб відновлення порушеної рівноваги основних нервових процесів - гальмування і збудження. У таких випадках показана терапія по павловському принципу ("теорія двох приводів") - призначення малих доз кофеїну. Надалі показані стимулююча терапія і відповідний режим, прохолодні водні процедури, фізкультура, масаж і ін.

Позитивний вплив чинить зміна обстановки, а також індивідуальна та групова психотерапія, яка сприяє виробленню у пацієнтів правильного ставлення до причин захворювання, спробу усунути її, зменшити її значимість. Досить широко застосовують аутогенне тренування. Терапевт підбирає потрібні мовні формули, і надалі (через 2-4 сеансу) хворий вже самостійно повторює їх про себе протягом 15-20 хвилин [41].

Істерія (грец. Hysthera – матка) - більш складний невроз, основу якого складають особливості поведінки, залежні від підвищеної емоційності і сугестивності.

Дисоціативні (конверсійні) розлади (F 44) - являють собою групу синдромів, що характеризуються раптовим, тимчасовим порушенням нормально інтегрованих функцій свідомості, усвідомлення істинності свого "Я".

Ці розлади людству ще із давніх часів. Схожі стани описані в давньогрецьких папірусах близько 2000 р. до н.е., де їх поява у жінок пов'язувалась з "блуканням матки" (звідси і походить термін - істерія). Гіппократ і Гален пов'язували їх утриманням від статевого життя. В 19ст. французкий лікар вперше визначив їх як дисфункцію нервової системи в результаті психологічного стресу.

Чаркот вважав істерію наслідком дегенеративних змін ЦНС і, не дивлячись на таке органічне пояснення, з успіхом лікував її психологічно - гіпнозом. Він висунув теорію психічної дисоціації, згідно якій в результаті конституціонально-генетичних причин може знижуватись синтетична діяльність психіки, при цьому певні афективні компоненти перестають усвідомлюватись, проявляючись у сенсомоторних ефектах через підсвідомі механізми.

Дуже важливим було виявлення З. Фрейдом основи механізму дисоціації - активного процесу психологічного захисту, феномену витіснення із свідомості загрожуючих чи небажаних змістовних елементів. Емоція, котра не могла бути виражена, виявилась перетвореною у фізичний симптом, представляючий собою, таким чином, компроміс між неусвідомленим бажанням виразити думку чи почуття і страхом можливих наслідків. Симптоми, як вияснилось, дозволяли не тільки маскувати небажані емоції, але й представляли собою самопокарання за заборонене бажання або усунення себе із страхітливої ситуації.

Істерія частіше виникає в осіб з істеричним складом характеру, переважно у жінок з підвищеною вразливістю, сугестивністю, нестійкість настрою і прагненням бути в центрі уваги. Розпещеність, примхливість, надмірно високу зарозумілість і завищені вимоги, неприйняття навіть найменшої критики в свою адресу - такі особливості характеру людини провокують розвиток істерії.

По П. В. Кебрикову, які страждають істерією виросли в умовах надмірної уваги близьких (кумир сім'ї).

Істеричний невроз, на думку А.Є. Лічко, виникає на тлі істероідної акцентуації або рідше при деяких змішаних з істероїдним типами - лабільно-істероїдному, істероідно-епілептоідному, рідше шизоідно-епілептоідному.

Істеричний невроз щодо частоти займає друге місце після неврастенії. Істерія являє собою ряд станів, що виникають слідом за психічної травмою (образа, образа, сварка, ін.) і характеризуються різноманітними і мінливими проявами.

Особливістю конверсійних порушень є і те, що практично завжди вони зникають в гіпнотичному стані, чого не спостерігається при справжніх, органічних розладах.

Клініка конверсійних розладів дуже різноманітна і різна щодо зовнішнього вияву. Ось основні конверсійні синдроми :

1. Дисоціативні судоми (псевдоприпадки) (F44.5)

Трапляються зазвичай вдень, на людях, а не під час сну. У більшості випадків розвиткові передують неприємного змісту переживання, психотравмуюча ситуація. Необхідно вміти відрізнити дисоціативні судоми від епілептичного припадку.

 Хворі конверсійними розладами, зазвичай падають, але не забиваються. На відміну від епілептичних припадків дисоціативні судоми безладні, театральні, химерні, вони являють собою виразні рухи (гримасу плачу, страждання, пристрасні пози у вигляді дуги, з бажанням притягнути увагу і співчуття оточуючих). Тривалість припадку найрізноманітніша - від декількох хвилин до декількох годин, залежно від поведінки присутніх, тобто чим більше свідків навколо, чим більше уваги до хворого, тим довше триває припадок.

Дуже важливо, що в той час, як після короткочасного епілептичного припадку настає оглушеність, розгубленість і тривалий сон, тривалі дисоціативні судоми не супроводжуються оглушеністю і наступною амнезією, і після закінчення припадку хворий як ні в чому не бувало продовжує перервану діяльність. Також при дисоціативних відсутні наслідки епілептичного припадку (важкі синці, прикус язика, мимовільне сечовиділення, чи в рідких випадках, дефекації).

2. Дисоціативний ступор (F44.2).

Стан загальної рухової загальмованості, що виявляється в нерухомості. Хворі в стані ступору, залишаються цілком нерухомими, застигають в одній позі, не відповідають на запитання, відмовляються від їжі.

3. Дисоціативна глухонімота - сурдомутизм (від лат. Surditas - глухота, mutismus - німота). Хворий не чує і не говорить, намагається розмовляти жестами, знаками, письмом. При дослідженні голосових зв'язок і органу слуху патологічні зміни відсутні. Іноді сурдомутизм не проходить безслідно, і змінюється заїканням.

4. Дисоціативні розлади моторики (F 44.4).

Найчастіше зустрічаються паралічі обох ніг, однієї ноги, однієї руки, і т.п. Паралічі і парези обєднуються з втратою чутливості. Спостерігається анестезія типу "панчохи", "рукавички", а також астазія - абазія - неможливість стояти і ходити при збереженій силі в ногах і координації рухів.

5. Синдром Ганзера (F 44.80).

Розлад представляє собою навмисну демонстрацію хворим грубої психіатричної симптоматики. Остання відповідає не якій-небудь окресленій нозологічній картині (хоча може продукуватись і психічно хворою людиною), а скоріше уявленнями погано інформованого індивіда про те, як може виглядати психіатрична патологія. Синдром частіше всього зустрічається у чоловіків( в особливості в тюремному ув'язненні), психопатія являється важливим фактором, який передує розвиткові даного синдрому. Закінчення епізоду миттєве із демонстрацією амнезії на період епізоду.

6. Дисоціативна фуга (F 44.1).

Фуга характеризується неочікуваною поїздкою чи навіть подорожі в стані відповідаючому дисоціативній амнезії.

7. Транси і стани оволодіння (F 44.3).

 Ці стани відомі ще з глибокої древності. Найбільш типовим прикладом у європейській культурі являється стан медіума, котрий проводить спіритичний сеанс і вважає, що його голосом, без його волі говорять визвані ним духи.

8. Соматоформні розлади (F 45).

Дана група розладів характеризується появою на фоні психосоціального стресу соматичних скарг у відсутності морфологічної зміни відповідних тканин (у багатьох випадках виявляються неспецифічні і функціональні розлади). Це відрізняє соматоформні розлади від так званих психосоматичних розладів, у клінічній картині яких також присутні психогенні фактори, але об'єктивно виявляється патологія тих чи інших органів.

9. Соматизований розлад (F 45.0).

У клініці даного розладу найчастіше зустрічаються такі симптоми: нудота і блювання, труднощі при ковтанні, біль у кінцівках, ускладнення при вагітності і місячних, задишка, не пов'язана із навантаженням. Також присутня вторинна емоційна нестійкість, імпульсивність і тривожно-депресивні прояви. На цьому фоні можуть виникати суїцидальні думки, проте актуальні спроби поза вживанням психоактивних речовин не часті. В структурі особистості переважають істероїдні та ананкастичні риси, це проявляється у бесідах з лікарями, коли хворі демонстративно та театрально подають скарги на власне здоров'я і запевняють лікаря про наявність соматичних відхилень. Про те, не дивлячись на зайву деталізованість, скарги доволі розмиті, неточні і не пов'язані із часом. У більшості хворі вихідці із соціопатичних і алкоголізованих сімей.

10. Іпохондричний розлад (F 45.2).

В основі психодинамічної моделі захворювання лежить дія механізмів психологічного захисту, котрі трансформують агресивність до зовнішнього світу у соматичний симптом. Цим хворим притаманний егоцентризм, обмежений емпатійний потенціал і слабкий потребами оточуючих. Вони зазвичай вважають себе розчарованими, ображеними, покинутими.

На відміну від хворих із соматизованим розладом, іпохондричні пацієнти обтяжені не тільки симптоматичним дискомфортом, але відчувають страх наявності у них якогось, ще не найденого серйозного загрожуючого життю захворювання. Найчастіше симптоми торкаються систем кишково-шлункового тракту і серцево-судинної. Характерним є монотонне, емоційно не насичене пред'явлення скарг, які підкріпляються обширною медичною документацією.

11. Соматоформна вегетативна дисфункція(F 45.3).

Широку групу вегетоневротичних розладів характеризує суб'єктивне віднесення хворими скарг до певної системи організму чи до окремого органу. Скарги носять специфічний характер вегетативного роздратування, а також можуть бути, у більшій степені, неспецифічними, сенестопатичними.

12. Хронічний соматоформний больовий розлад(F 45.4).

Поведінка хворих близька до поведінки іпохондричних хвори, в особливості характерні наполягання на хірургічне втручання. Нерідко зустрічається зловживання алкоголем і іншими психоактивними речовинами. Наявність яких-небудь психологічних конфліктів заперечується. Із депресивних симптомів більш характерні не зниження ваги і психомоторна заторможеність, а ангедонія, зниження лібідо, порушення сну і роздратованість.У пацієнток із психогенними болями в районі живота підвищена наявність конфліктів, пов'язаних із вагітністю і материнством, корелюючих із такими симптомами як нудота, блювання. До даного захворювання найбільш схильні люди сидячих професій.

12. Синдром деперсоналізації-дереалізації (СДД) (F 48.1).

Даний синдром може викликатись галюциногенами. Сам по собі СДД часто зустрічається в рамках інших захворювань, а у якості окремого розладу доволі рідко. Як симптом у психіатричній клініці займає третє місце поступаючись депресії та тривозі. Слід відмітити, що у якості основної скарги даний синдром зустрічається дуже рідко [22].

Найбільш характерно для СДД специфічне особливість нереальності і відчуження, котре супроводжує свідомий досвід. Відчужуватись може усе тіло загалом, або його частини, акти мислення та звичної поведінки. Такі хворі порівнюють свій стан з перебуванням у сні, говорять, що стали роботом, автоматом, який погано контролює тонкі і раніше звичні рухи. Тіло може сприйматись не тільки відчуженим, але й і зміненим у розмірах (соматопсихічна деперсоналізація, розлади схеми тіла).

Свідомість може переміститись за межі тіла, коли воно сприймається суб'єктом з боку, чи роздвоюється, даючи одночасно сприйняття зсередини і ззовні. Інколи хворі відчувають себе у двох різних місцях одночасно, навколишнє середовище можуть сприймати доволі мінливим, оточуючих людей - мертвими, штучними, автоматоподібними. Часто дезорганізується сприйняття плину часу.

Істеричний конфлікт відрізняється надмірно перебільшеними претензіями особистості, відсутністю критичного ставлення до себе і своїй поведінці. Симптоми істерії найчастіше нагадують прояв різних захворювань, яких насправді немає. Емоції як би поширюються не тільки на область психічних, але і соматичних функцій. Істерії найчастіше виникають у осіб демонстративних, з великою навіюваністю.

Будь-яким істеричним порушенням властива яскраве емоційне забарвлення, яке розраховане на співчуття оточуючих. Істеричні припадки ніколи не виникають, якщо хворий знаходиться в самоті. Йому завжди потрібні глядачі, публіка. У відсутність глядачів він може і "забути" про свої недуги.

Судження істеричних хворих звичайно поверхові, мислення конкретне, всі емоції стосуються тільки власної особистості. Подібна поведінка у них поєднується з егоцентризмом, відсутністю співчуття, нестійкістю емоцій, швидкої зміни настрою.

Особливістю істеричних порушень є і те, що практично завжди вони зникають у стані гіпнозу, чого не спостерігається при справжніх, органічних розладах. .Тому при істерії найбільш ефективною є гіпнотерапії, а також сугестивна психотерапія.

Мабуть, істерія, це "велика симулянтка", представляє найбільші труднощі для лікування. По суті, запропоновані методи її лікування не є власне лікуванням, вони швидше спрямовані на ліквідацію того чи іншого симптому або групи симптомів, які можуть бути усунені за допомогою психотерапії.

При різних проявах і формах істерії психотерапія більш ефективна, коли одночасно використовується медикаментозне лікування. Наприклад, Стримбан з успіхом застосовував психотерапію в поєднанні з голосовими вправами, а також фізіотерапією. І.Ф. Мягков стверджує, що у хворих з істеричних реакцій, в картині хвороби яких домінували іпохондричні і нав'язливі симптоми, кращий терапевтичний ефект спостерігався при комбінуванні психогіпнотерапії з медикаментозним, фізичним лікуванням. Застосування методу групової психотерапії хворих істерією недоцільно через надмірну їх афективність, схильності до конфліктів, нетерпимості до критики й егоцентризму.

Найбільш ефективна індивідуальна терапія. Оточення повинні підкреслювати прагнення до лікування хворого. Велика помилка з боку терапевта - висловлювати підозру в симуляції, або ще гірше, залякувати хворих.

Невроз нав'язливих станів - це найбільш рідкісний вид неврозів. Цей невроз проявляється у вигляді нав'язливих страхів, побоювань, сумнівів, думок, спогадів та дій. Найчастіше спостерігається у людей розумового типу або з тривожними рисами характеру, також при психопатіях.

За МКБ-10 ці стани віднесені до розділів "F40. Тривожно-фобічні розлади", "F41. Інші тривожні розлади", "F42. Нав'язливі-компульсивні розлади" [25].

Основний симптом - відчуття тривоги (страху), яка відрізняється дифузністю і постійністю. Вона виявляється відчуттям внутрішньої напруженості, занепокоєння, невизначеної загрози, очікуванням неясної небезпеки. Виникнення тривоги не залежить від яких-небудь конкретних умов, об'єктів (предметів) ситуацій, уявлень ("вільно плаваюча тривога"). Інтенсивність тривоги коливається від легкої внутрішньої напруженості до відчуття неминучої катастрофи, що насувається. Звичайно напади гострої тривоги періодично виникають на фоні менш виражених, але більш постійних тривожних розладів.

 В період загострення тривога може знаходити конкретну фабулу, тобто змінятися страхом, проте при цьому відчуття тривоги первинне, а конкретний зміст повторний і часто мінливий. Так, якщо на висоті тривоги виникає страх смерті від якого-небудь захворювання (наприклад, інсульту), то, взнавши від лікаря про відсутність ознак такого захворювання, хворий може тут же висунути іншу гіпотезу, що пояснює незникаюче відчуття неминучої катастрофи і близької загибелі.

Тривожно-фобічні розлади найбільш часто виникають при фрустрації (зазвичай хронічній), пов'язаній із незадоволеністю навчальною (службовою), сімейною, сексуальною ситуацією, особливо в тих випадках, де ця фрустрація обумовлена інтрапсихічним конфліктом. Частіше розвиваються у осіб, які і в преморбідному періоді відрізнялися високим рівнем тривожності, недовірливістю, боязливою.

Особливе місце серед невротичних симптомокомплексів займають ананкастичні (нав'язливі) стану. Вони представлені трьома варіантами (див. рис. 1.2).

Під обсесіями розуміють нав'язливі думки, спогади, котрі опановують свідомість хворого і від яких він не може вольовим зусиллям позбутися. Їх іноді позначають "розумової жуйкою". Думки "приходять в голову", як би, автоматично, турбують пацієнта, заважають йому займатися звичайною діяльністю. Нерідко зустрічаються нав'язливий потяг запам'ятовувати імена і назви (ономатоманія), нав'язливий рахунок (арифмоманія), при якому людина схильна постійно підраховувати будь-які предмети - вікна в будинках, номери машин, щаблі на сходах.

АНАНКАЗМИ

 ОБСЕСІЇ ФОБІЇ КОМПУЛЬСІЇ

**Рис. 1.2. Структура ананкастичного синдрому**

Компульсії проявляються нав'язливими діями, що не піддаються корекції і повній контрольованості. До них відносяться, наприклад: тикозні розлади, нав'язливе непереборне обкушування і ковтання нігтів (онихофагія), висмикування волосся (трихотиломанія), смоктання пальців. Зустрічаються також нав'язливі рухові ритуали у вигляді нав'язливого миття рук з метою виключення випадкового зараження, нав'язливих вчинків (забобонів) - носити сумку тільки пряжкою всередину, не наступати на тріщини в асфальті і т.ін.

Фобії становлять найбільшу групу нав'язливих станів. Налічується більше 300 форм нав'язливих страхів. Найбільш відомими є соціальні фобії, суть яких полягає в нав'язливому страху випробувати увагу оточуючих або зробити щось таке, що могло б викликати незадоволення з боку учасників комунікації. До таких соціофобій відносять: страх почервоніння при людях (эрейтофобія), страх видатися смішним (скопофобія), страх неутримання газів в кишечнику або страх блювоти серед суспільства, страх розсміятися на похоронах або у невідповідному місці, страх викрикнути лайливе слово в аудиторії і т.д. Нерідко зустрічаються нозофобії - нав'язливі страхи захворіти якоюсь хворобою: інфарктом міокарда (кардіофобія), рак (канцерофобія), сифілісом (сифілофобія), Снід (снідофобія), страх зійти з розуму (ліссофобія), отримати позамежну дозу опромінення. Особливими видами фобій є агорафобія і клаустрофобія. Вони є по суті метафобіями, тобто нав`язливий страх, що виникають внаслідок існування у людини інших фобій. При агорафобії нав'язливий страх зачіпає перебування у відкритих і великих просторах (на вулиці, площі, в натовпі), при клаустрофобії - у закритих, замкнутих приміщеннях (ліфті, вагоні поїзда, салоні трамвая або автобуса). При цьому, в першу чергу, виникає страх опинитися залишеним без допомоги (наприклад, втратити свідомість). Клінічно нав'язливі страхи супроводжуються панічними атаками, вираженої тривогою, часто руховим занепокоєнням.

При лікуванні неврозів нав'язливих станів найефективнішим методом вважається раціональна психотерапія, завдання якої зводиться до виховання вольового процесу. Потрібно домогтися свідомого регулювання хворим своїх дій.

Гіпноз при неврозах нав'язливих станів у більшості випадків може дати значний терапевтичний ефект. Лікування неврозів нав'язливих станів шляхом гіпнотичного навіювання вперше застосував В. М. Бехтерев. Саме успішне застосування гіпнозу при ряді нав'язливих станів показало, що вони не є дегенеративними і конституціональними проявами.

При великій вираженості сенсорного компонента М. С. Лебединський і Т. Л. Бортник рекомендують аутогенне тренування, а О. Д. Яковлева - патогенетичну психотерапію.

При фобії може бути застосований метод мотивованого навіювання (у гіпнозі). І. Платонова і метод репродуктивних переживань М. М. Асатіані - відтворення у гіпнозі ситуації формування і патологічної фіксації фобій та активне їх погашення (первинної реакції переляку, яка лягла в основу нав’язливого страху).

Хворим бажано режим праці. Доречні туризм, спорт, гімнастика.

**1.3. Сучасні методи корекції невротичних розладів**

Враховуючи психогенний характер невротичних розладів, облігатність наявності невротичного конфлікту у пацієнта, основними в терапії невротичних і пов'язаних зі стресом розладів є методи психотерапії. Їх основне призначення - не тільки зупинка психопатологічної симптоматики, але і зміна тих особистісно-характерологічних якостей індивіда, які відповідальні за формування невротичних розладів, тобто корекція властивостей "потенційного невротика".

Кількість теорій і концепцій неврозогенеза велика. Внаслідок цього кожен з етіопатогенетичних підходів претендує на створення власної ефективної психотерапевтичної методики. Одні з них направлені на переклад невротизуючих і сублімованих емоцій з підсвідомості в область свідомості, другі - на усвідомлену переробку невротичного конфлікту, треті - на відшукування втраченого сенсу життя. Ми спробуємо розглянути методи психологічної допомоги (у широкому змісті), використовуванні при терапії невротичних розладів .

Під психологічною допомогою розуміється надання людині інформації про його психічний стан, причини і механізми появи психологічних феноменів або психопатологічних симптомів і синдромів, а також активне цілеспрямований психологічний вплив на індивіда з метою гармонізації його психічного життя, адаптації до соціального оточення, усунення психопатологічної симптоматики і реконструкції особи для формування фрустраційної толерантності, стрессо- і неврозостійкість.

Психологічна допомога є практичною реалізацією теоретичних досліджень психіатра, психотерапевта або клінічного психолога на основі наукового аналізу психічного статусу і індивідуально-психологічних особливостей пацієнта, етіопатогенезу невротичних розладів, типів його реагування на різні фрустраційні події і конфліктні ситуації. Традиційно виділяють три види психологічної допомоги: психологічне консультування, психокорекцію і психотерапію. Вони являють собою різнобічний вплив на пацієнта з невротичними розладами і мають відрізняютися цілі і способи, можуть застосовуватися роздільно й у сполученні. Основною метою психологічного консультування є формування неврозостійкості особистісної позиції, специфічного світогляду та погляду на життя, принципові і непринципові сторони людського існування, формування ієрархію цінностей, здатних вирішити наявний внутрішньоособистісний невротичний конфлікт. Завданням психологічної корекції є вироблення та оволодіння навичками оптимальною для індивіда і ефективною для збереження здоров'я психічної діяльності, що сприяє особистісного росту і адаптації людини в суспільстві. Психотерапія у вузькому розумінні терміну основним своїм завданням ставить блокування психопатологічної симптоматики, за допомогою чого передбачається досягнення внутрішньої і зовнішньої гармонізації особистості [49].

Надання ефективної психологічної допомоги при невротичних розладах немислимо без кооперування перерахованих видів психологічного впливу, оскільки адекватний стиль взаємодії пацієнта з невротичними розладами з навколишнім світом неможливий без сформованої особистісної позицій, що проявляється в теоретичному осмисленні реальності і виборі найбільш придатною світоглядної платформи з ієрархією цінностей, так і без конкретних психологічних навичок подолання життєвих труднощів, а також "саногенних умінь". Взаємодія різних психологічних складових людини, спрямованих на підтримку гармонії, можна представити як піраміду, на вершині якої розташовується психотерапія, а в основі - психологічне консультування, які орієнтуються на різні складові особистості.

Лише за наявності сукупності представлених складових можна говорити про гармонійсть людини у сфері подолання фрустрацій, стресів і конфліктних психотравуючих ситуацій і можливості особистісного зростання.

Під психологічним консультуванням передбачається проведення аналізу психічного стану пацієнта з використанням різних методів психологічної діагностики (інтерв'юв, експеримент) з наданням йому об'єктивних даних і наукових інтерпретацій їх результатів, які повинні сприяти вирішенню що стоять перед людиною проблем, формування нових уявлень про різні підходи до вирішення психологічних проблем, варіантах їх запобігання та методи психологічного захисту і компенсації, а також розширенню його психологічної культури та особистісного зростання. Таким чином, консультування охоплює, по-перше, діагностичний процес і сприяє визначенню нормального або аномального розвитку людини, наявності або відсутності психопатологічної симптоматики; по-друге, процес інформування індивіда про структуру його психічної діяльності та індивідуально-психологічні особливості, сприятливих і потенційно патогенних в життєвих ситуаціях; по-третє, процес навчання навичкам психологічного захисту, аутотренінгу і інших способів нормалізації власного емоційного стану.

Психологічна корекція базується на консультуванні та передбачає цілеспрямований психологічний вплив на пацієнта з метою приведення його психічного невротичного стану до норми у випадках діагностики у нього будь-яких базових характерологічних девіацій або особистісних аномалій, а також для освоєння їм будь-якої діяльності. Психологічна корекція спрямована на активне зовнішнє втручання у формування адекватного і необхідного психічного стану людини, його активності і душевного комфорту, гармонізації його відносин з соціальним оточенням [4; 19; 30].

Психотерапія у вузькому розумінні терміну є виглядом активного і специфічного психологічного впливу на пацієнта, який має психопатологічні симптоми та синдроми і знаходиться в стані кризи, фрустрації, стресу або душевної хвороби. Психотерапія передбачає як блокування хворобливих клінічних проявів, так і корекцію індивідуально-психологічних властивостей людини з метою вторинної профілактики психогенних (невротичних, психосоматичних) розладів і захворювань за допомогою спеціальних способів психотерапевтичного впливу. При широкому тлумаченні терміну "психотерапія" під даним видом психологічного впливу мають на увазі всі види спрямованого психологічного впливу на індивіда (консультування, корекцію і терапію).

Психотерапевт і клінічний психолог вправі застосовувати всі види психологічної допомоги (консультування, корекцію і психотерапію). Вони можуть чинити психологічний вплив, маніпулювати в процесі спілкування, керувати співрозмовником або формувати у нього певні якості (Г.С.Абрамова). Під впливом в процесі надання психологічної допомоги розуміється зміна психічної реальності іншої людини з метою створення для нього нових переживань і якостей. Маніпулюванням позначається зміна психічної реальності людини у відповідності з цілями і завданнями когось або чогось. Воно припускає приховане або явне знецінення людини. Управлінням називається зміна психічної реальності людини у відповідності з її властивостями. Застосовується при відсутності в індивіда можливості адекватно саморегуляції, наприклад, при патології характеру, особистісних аномаліях або психопатологічних симптомах невротичного регістра. Формування - це зміна психічної реальності людини згідно з уявленнями про її соціальні та індивідуальні норми. В цьому випадку передбачається, що сама людина не може досягти цієї норми внаслідок дефекту або дефіциту будь-яких якостей, наприклад інтелектуальних або вольових [42].

Різні види психологічної допомоги включають перераховані вище способи психічного впливу на людину в умовах клінічного взаємодії, але представлені вони по-різному. Так, консультування більшою мірою орієнтується на психологічний вплив у вузькому розумінні цього терміну, оскільки враховує цілі пацієнта, його індивідуально-психологічні особливості та особисті цінності. Внаслідок цього в процесі консультування з допомогою спеціальних методів впливу здійснюється нормалізація психічного стану індивіда і розширення уявлень про себе, ситуації, варіанти подолання життєвих труднощів і конфліктів та набуття навичок психологічного захисту і компенсації. Психокорекція більшою мірою орієнтується на процеси маніпулювання, управління та формування, що пов'язано з нездатністю людини самостійно (навіть при придбання знань і навичок саморегуляції) змінити параметри своєї психічної діяльності чинності аномалій або дефектів психіки. В рамках психотерапії використовується кожен з перерахованих вище способів надання психологічної допомоги в залежності від структури психічної проблеми індивіда, його індивідуально-психологічних особливостей і теоретичних поглядів психотерапевта.

Вважається, що психотерапія відноситься до сфери діяльності медичного працівника (психіатра за професією) у силу того, що, з одного боку, орієнтується на симптоми та синдроми (тобто хворобливі прояви психічної діяльності), з іншого - у зв'язку з можливістю виникнення несприятливих наслідків надання психологічної допомоги. Перерахованих особливостей в різного ступеня позбавлені інші види психологічного впливу - психологічне консультування і корекція, які або повністю, або частково виключають можливість розвитку негативних наслідків для соматичного та психічного здоров'я. Протипоказань для консультування практично не виявляється, оскільки стану здоров'я людини не має принципового значення для надання даного виду психологічної допомоги . Психокорекція в цьому відношенні займає проміжне положення між психотерапією і консультуванням, оскільки побічно може впливати на фізичний стан людини і провокувати погіршення здоров'я. Отже, при проведенні деяких психокорекційних заходів доцільний медичний або психіатричний контроль.

Цілями застосування психологічної корекції (психокорекції) є оптимізація, виправлення і приведення в норму будь-яких психічних функцій людини, відхилень від оптимального рівня його індивідуально-психологічних особливостей і здібностей. Виділяється п'ять видів стратегій психокорекції:

1. Психокорекція окремих психічних функцій і компонентів психіки (увага, пам'ять, конструктивне і вербальне мислення, фонематичне сприйняття, ручна вправність, пізнавальна діяльність і т.д.) або корекція особистості.

2. Директивна або недирективна стратегія психокорекційного впливу.

3. Корекція , спрямована на індивіда або сконцентрована на родині.

4. Психокорекція у формі індивідуальних або групових занять.

5. Психокорекція як компонент клінічної психотерапії в комплексному лікуванні нервово-психічних захворювань або як основний і ведучий метод психологічного впливу на людину з відхиленнями у поведінці та соціальный адаптації [15].

Психокорекційні заходи при невротичних розладах спрямовані в першу чергу на вироблення адекватних (замість неадекватним) невротичних стереотипів поведінки.

На відміну від психологічного консультування при психокорекції роль пацієнта виявляється не настільки активною і навіть частіше пасивною. Корекція передбачає вироблення нових психологічно адекватних і вигідних навичок у процесі спеціально розроблених тренінгових програм. Активність пацієнта полягає лише в бажанні змінитися, але аж ніяк не в екзистенціальній роботі над собою, як при консультуванні. Чоловік готовий "вручити себе" психотерапевту або клінічному психологу для того, щоб той заповнив наявні недоліки, виправив відхилення, прищепив нові вміння та навички. В рамках психокорекції невротичних симптомів йдеться про вироблення навичок саногенної поведінки замість патогенної. Навіть якщо мова йде про психокорекції особистісних або характерологічних властивостей, то мається на увазі, що основним способом змін і психологічної допомоги повинен бути процес навчання ефективного прийняття себе і реальності, а не філософське осмислення свого місця у світі, своїх можливостей і здібностей.

Психокорекція на відміну від психологічного консультування використовує в якості основних методів маніпулювання, формування та управління людиною, маючи чіткі уявлення про необхідні стани, рівні розвитку психічних функцій або індивідуально-особистісних якостей. Заданими виявляються еталони та ідеали. Людина виступає в ролі матеріалу, з якого "ліпиться" оптимальний для нього або ідеальний для оточення образ. Відповідальність за психологічні зміни лягає виключно на психотерапевта або психолога. Класичним є спектр маніпулятивних методик: від рад Карнегі до нейролінгвістичного програмування і різноманітних тренінгів (особистісного зростання, сексуальний тренінг тощо).

У неврозології психокорекція використовується при виявленні у пацієнта психологічної проблеми і невротичних конфліктів, що виникають на базі характерологічних девіацій і особистісних аномалій, а також при зіткненні з психотравмами. Вироблення оптимальних навичок відбувається в процесі тренінгів, серед яких найбільш відомими є: аутотренінг, поведінкова (бихевіоральна) терапія, нейролінгвістичне програмування, психодрама, трансактний аналіз [37].

Аутогенне тренування (аутотренінг) є методикою, спрямованої на оволодіння навичками психічної саморегуляції з допомогою релаксаційних способів. Під релаксацією (розслабленням) розуміється стан неспання, що характеризується зниженою психофізіологічної активністю, що відображається або у всьому організмі, або в будь-якій його системі. В психотерапії та клінічній психології, особливо при психосоматичних розладах і захворюваннях, використовуються такі різновиди, як власне аутогенне тренування з т.з. нервово-м'язової релаксації і методики біологічно зворотного зв'язку.

При прогресивній релаксації м'язів відбувається навчання людини контролювання стану м'язів і викликання релаксації (розслаблення) у певних груп м'язів з метою зняття вторинного емоційного напруження. Аутогенне тренування проводиться в кілька етапів, спрямованих на освоєння вправ по ослабленню нервово-м'язового напруження в конкретну м'язу або групи м'язів, з подальшим становленням "звички відпочивати".

Методика біологічно зворотного зв'язку побудована за принципом умовно-рефлекторного закріплення навичок змінювати свіій соматичний стан при контролі його за допомогою різних приладів.

В процесі тренінгу пацієнт самостійно контролює за допомогою приладу біологічне функціонування свого організму (від швидкості протікання елементарних біохімічних реакцій до складних видів діяльності) і навчається змінювати його, застосовуючи різні способи саморегуляції. Виділяють наступні типи біологічного зворотного зв'язку.

- электроміографична біозворотній зв'язок;

- температурний біозворотній зв'язок;

- електрошкірний біозворотній зв'язок

- електроенцефалографічний біозворотній зв'язок.

При электроміографичному біозворотньому зв'язку відбувається навчання процесу розслаблення конкретної м'язи або груп м'язів, а також загальної релаксації. Методика температурної біологічного зворотного зв'язку дозволяє набути навички розширення і звуження периферичних судин, що призводить до зміни температури кінцівок і тіла. Електрошкірний біозворотній зв'язок дає можливість навчитися контролювати шкірно-гальванічні реакції, впливаючи на симпатичну нервову активність. При електроенцефалографічному біозворотньому зв'язку відбувається формування навичок зміни біоелектричної активності головного мозку за допомогою зміни співвідношення хвиль різної частоти і, в першу чергу, збільшення альфа-активності для зниження рівня збудливості і заспокоєння.

Поведінкова психотерапія рясніє методиками, заснованими на вироблення умовно-рефлекторної діяльності з метою усунення психопатологічної симптоматики або навичок адекватних звичок замість неадекватних, невротичних. Найбільш відомими методиками є методики "систематичної десенсибілізації" і "парадоксальною інтенції", які застосовуються для лікування нав'язливих страхів. При "систематичній десенсибілізації" відбувається занурення людини в ситуацію, що викликає страх (уявне або реальне) з формуванням нової адекватної реакції на ситуацію і загасанням старої болючою. Методика, звана "парадоксальною интенцією", спрямована на зміну ставлення пацієнта до фобій за рахунок "перекидання" цієї відносини і доведення ситуації до абсурду (при ерейтофобії, страху почервоніти треба налаштувати себе так: "Ну, покажи-ка всім, як ти вмієш червоніти. Нехай усі побачать, як це тобі вдається"). Завдання парадоксальної інтенції - позбавити емоційно негативного підкріплення страхів, замінивши їх на іронію і гумор.

Нейролінгвістичне програмування являє собою систему психологічних маніпуляцій на підставі вивчення лінгвістичної мета-моделі людини, суть якої полягає у визнанні шаблонності для кожної групи людей або однієї людини лінгвістичної системи пізнання світу і самого себе, вираження почуттів і вирішення проблем. Для цього в нейролінгвістичному програмуванні (НЛП) існує поняття модальності - найбільш типового і характерного для індивіда способу сприйняття і відображення навколишньої реальності. Виділяють три різновиди модальності: візуальна, аудіальна і кінестетична. Після виявлення домінуючої модальності людини передбачається корекція її поведінки, яка може самою людиною усвідомлюватись чи не усвідомлюватися. У першому випадку можна говорити про управління індивідом, у другому - про маніпулювання їм з допомогою вербальних і невербальних методів. Метою програмування є вироблення визначеної стратегії поведінки, бажаною для людини або оточення.

В рамках нейролінгвістичного програмування використовується декілька технік: "якоріння", "помах", "вибух", "метафора". Основним же вважається "рефреймінг" - переформування особистості, додання їй нової заданої форми. В основі рефреймиінга лежать наступні базові положення нейролінгвістичного програмування:

1. Будь-який симптом, будь-яка реакція або поведінка людини спочатку мають захисний характер і тому корисні; шкідливими вони вважаються тільки тоді, коли використовуються в невідповідному контексті.

2. У кожної людини є своя суб'єктивна модель світу, яку можна змінити.

3. Кожна людина має приховані ресурси, що дозволяють змінити її суб'єктивне сприйняття, суб'єктивний досвід і суб'єктивну модель світу.

Рефреймінг здійснюється найчастіше в шість етапів. На першому визначається симптом; на другому пацієнтові пропонується провести своєрідне розщеплення себе на частини (здорову і патологічну, представлену симптомом), вступити в контакт з частиною, що відповідає за формування та прояв симптому, і осмислити механізм виникнення; на третьому - виробляється відділення симптому від первісного мотиву (наміру); на четвертому - виявлення нової частини, здатної задовольнити цей намір іншими шляхами з "постановкою якоря" (асоціативного зв’язку між подіями або думками); на п'ятому і шостому - формування згоди всього "Я" на новий зв'язок.

У разі наявності у хворих високого ступеня тривожності, емоційної збудливості і дратівливості і в той же час підвищеної сугестивності, розроблена наступна послідовність психотерапевтичних і психокорекційних заходів.

На першому етапі встановлювали продуктивний контакт терапевт-пацієнт на емоційному і когнітивному рівнях з використанням вербальних і невербальних засобів комунікації, таких як "налаштовування", "синхронізація" і "ведення". Далі використовували техніку "якоріння", "потрійний дисоціації" створення "позитивного образу себе", методику "підстроювання до поточних переживань пацієнта з боку психотерапевта".

На другому етапі використовують принципи особистісно-орієнтованої психотерапії, інтегровано до технік, що використовувані на першому етапі. На цьому етапі досягали розуміння пацієнтом причин розладів і механізмів його розвитку, зміни порушених відносин, корекції неадекватних реакцій і форм поведінки, вироблення нових стереотипів і форм емоційного і поведінкового реагування.

На третьому етапі прищеплювали навички аутосугестивної психотерапії у вигляді аутогенного тренування і когнітивного "якоріння".

Психопрофілактика передбачає психологічний тренінг, спрямований на попереднє ознайомлення з труднощами середовища проживання, переформування адаптаціонно несприятливих відносин особистості адаптивні, на розвиток об'єктивності і продуктивності при оцінці навколишньої реальності.

Сутність профілактичного підходу при дезадаптивных станах полягає в необхідності створення ефективних психотерапевтичних програм (методик).

В процесі психодрами відбувається розігрування людиною ролей з метою вивчення внутрішнього світу і вироблення навичок оптимальної соціальної поведінки. Як правило, психодрама використовується при наявності в індивіда характерологічних девіацій та комплексу меншовартості". Людина в процесі ігрової діяльності засвоює стереотипи поведінки в різних життєвих ситуаціях, апробовує їх, вибирає найбільш підходящі йому і тим самим долає комунікаційні проблеми.

Трансактний аналіз розглядає особистість людини як сукупність трьох станів "Я", умовно названих Батько, Дорослий і Дитина. Суттю їх є генетично запрограмований патерн поведінки і прояви емоційних реакцій. Дитина проявляє себе інфантильними рисами характеру і відношенням до реальності, Дорослий - ознаками зрілої психічної діяльності, а Батько характеризується наявністю нормативних та оцінюючих стереотипів поведінки. Психологічна взаємодія з точки зору Е. Берна, відбувається у вигляді діадного контакту (трансакції) при застосуванні тих чи інших ролей. Основна мета трансактного аналізу полягає в тому, щоб дати зрозуміти індивіду особливості його взаємодії з оточуючими з допомогою відповідної термінології і навчити його нормативній і оптимальній поведінці[28].

Своєрідний метод лікування самонавіюванням був запропонований французьким аптекарем Е. Куе. Сам Е. Куе брався лікувати за своїм методом хворих, страждаючих будь-якими, у тому числі органічними, захворюваннями, не запитуючи ні особистістю хворого, ні тим, чим він хворий, хоча при цьому наголошував, що самонавіювання не замінює лікування іншими методами, а тільки допомагає їм. З хворими він проводив ряд бесід, під час яких намагався переконати їх у тому, що головний вплив на організм робить нашу уяву, тому і лікуватися треба шляхом впливу на останнє. Для цього слід вдатися до самонавіювання. Таким чином, Е. Куе спочатку вдавався до переконання і прямим навіюванню наяву. Далі він робив непряме навіювання, що одужання наступить, якщо людина буде здійснювати рекомендовану йому процедуру самонавіювання. Лише після цього хворий переходив до самонавіювання.

Техніка лікування. З хворим проводять бесіду, під час якої йому описують вплив самонавіювання на організм людини та пояснюють, яким чином пропоноване лікування самонавіюванням може чинити на нього цілющий вплив. Далі пропонують хворому лікуватися самонавіюванням на дому, для чого йому потрібно сісти або лягти в зручній позі, закрити очі і, пробувши в стані спокою 2-3 хвилини, повторювати самому собі подумки або пошепки без всякого напруги автоматично 20-25 разів ту саму формулу самонавіювання, що складається з 3-4 фраз. Наприклад: "З кожним днем у всіх випадках життя мені стає все краще і краще." Сеанс самонавіювання займає кілька хвилин.

Сеанси проводяться протягом декількох тижнів по 3-4 сеанси в день, наприклад вранці після обіду, і перед сном. Куе особливо рекомендував скористатися для цього станом спокою і розслабленості перед засипанням, а також перехідним станом від сну до неспання при пробудженні. Щоб не відволікатися підрахунок кількості повторень формули самонавіювання, він рекомендує мати шнурок з 25-30 вузликами, які можна перебирати по мірі повторення.

Позитивний ефект при лікуванні самонавіюванням часто наступає не відразу, а лише після 1 ½ - 2-місячного курсу.

Перевагою методу є участь хворого в процесі лікування, а також те, що навіювання підкріплюється повторним дією мовних формул, промовлених хворим. Один час метод Е. Куе користувався великою популярністю у Франції, хоча і викликав ряд заперечень, оскільки в тому вигляді, в якому його застосовував Куе, він доволі примітивний. Іноді Е. Куе досягав разючого терапевтичного ефекту. І це пов'язано не тільки з тим, що він мав талант проповідника і чинив сильний вплив на своїх хворих, але і тим, що в основі методу лежало тривалий, систематичне повторення формул саме-навіювання. Останнє, як ми побачимо при розгляді аутогенного тренування, може мати великий вплив на перебіг психічних і вегетативних процесів.

При корекції неврозів дуже важливо встановити контакт з хворим і в процесі бесіди спробувати з'ясувати, якими психотравмуючими переживаннями викликано захворювання, яка мікросоціальної середа клієнта. Якщо психотравмуюча ситуація ще продовжує діяти, треба спробувати її усунути або допомогти хворому знайти шляхи її усунення.

Від психолога, що займається корекцією невротичних розладів, крім глибоких спеціальних психологічних знань, потрібно почуття такту, наявність життєвого досвіду, ерудиція в питаннях етики, моралі і навіть права. Відносини, що складаються між клієнтом та психологом, мають велике значення для успіху лікування. Чим спеціаліст авторитетніше, ніж великим він володіє мистецтвом вислухати клієнта, зрозуміти його переживання і чинити на нього логічний і емоційний вплив, тим швидше він досягне успіху Важливо вміти поєднувати співчутливо-доброзичливе ставлення з твердістю, здатністю протидіяти неадекватним бажанням хворого.

З. Фрейд вважав, що при лікуванні неврозів, особливо істерії, невроз нав'язливих станів і неврозу страху, позитивний ефект досягається лише завдяки тому, що клієнт переносить свої почуття на психолога і тим самим стає вельми податливим його діям. Конфлікт, що лежить в основі неврозу, нібито замінюється новим, пов'язаним з особою психолога. Виникає новий перебудований невроз, від якого він і виліковується. Таке трактування є мало обґрунтованим. Однак те, що ті або інші почуття до спеціаліста, наприклад симпатії, антипатії, поваги, можуть грати роль в процесі терапії, сумніву не підлягають.

Лікування неврозів нерідко носить етапний характер. На першому етапі встановлюється контакт з хворим, з'ясовуються його переживання, проводяться загальнозміцнюючі заходи або знижують емоційну напруженість; на другому етапі - лікування, спрямоване на усунення основних симптомів неврозу; на третьому етапі головна увага приділяється активації особистості (активна терапія), залученню її в трудову діяльність, соціальної реадаптації. Можливо, однак, і відхилення від цієї схеми.

При корекції невроза вибір методу терапії залежить від особливостей захворюванн, а також особливостей особистості хворого, його ставлення до тих чи інших лікувальних процедур. Найчастіше застосовується поєднання різних лікувальних прийомів, наприклад лікування переконанням або навіювання.

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1**

Поняття "невроз" було введено в медицину в 1776 році шотландським лікарем Вільямом Куленом.

Ряд авторів (С.Н. Доценко, П.В. Кербиков, В.М. Мясищев, Б.С. Озерецьковский, Е.А. Попов, А.А. Портнов, Б.А. Первомайський, А.М. Свядощ, А.В. Снєжневський, Б.Д. Федотов, Т.І. Юдін) пропонують користуватися терміном "невроз" лише для позначення захворювань, спричинених дією психічної травми, і відносити їх, таким чином, до психогенних захворювань.

І. П. Павлов в рамках свого фізіологічного навчання визначав невроз як хронічне тривале порушення вищої нервової діяльності (ВНД), викликане перенапруженням нервових процесів в корі більших півкуль дією неадекватних по силі і тривалості зовнішніх подразників. Використання клінічного терміну "невроз" стосовно не тільки до людини, але і до тварин на початку XX століття викликала безліч суперечок.

Різні психоаналітичні теорії представляють невроз і його симптоматику в основному як наслідок глибинного психологічного конфлікту. Передбачається, що такий конфлікт формується в умовах, що зберігається тривалий час соціальної ситуації, яка перешкоджає задоволення базових потреб людини або представляє загрозу для його майбутнього, яку він намагається, але не може подолати.

Зигмунд Фрейд вважав, що невроз утворюється в результаті суперечностей між інстинктивними потягами і заборонному Понад-Я, що представляє собою мораль і закони моральності, закладені в людини з дитинства.

К. Хорні вважала, що невроз виникає як захист від таких несприятливих соціальних факторів, як приниження, соціальна ізоляція, тотальний контроль та любов батьків в дитинстві, зневажливе і агресивне ставлення батьків до дитини. Щоб захиститися, дитина формує три основних способи захисту: "рух до людей", "проти людей" і "від людей". Рух до людей переважно являє собою потреба в підпорядкуванні, у любові, у захисті. Рух проти людей - це потреба в панування над людьми, у славі, у визнанні, в успіху, в тому, щоб бути сильним і справлятися з життям. Рух від людей являє собою потреба в незалежності, свободу, на віддалі від людей. У кожного невротика є всі три типи, проте один з них домінує, таким чином можна умовно класифікувати невротиків на "підлеглих", "агресивних" і "відокремлених". К. Хорні приділяє багато уваги не тільки проблем, який обіцяє суперечностями між цими трьома способами захисту, але й проблем, який обіцяє самими захисними тенденціями.

Більшість вітчизняних авторів виділяють три класичні форми неврозів: неврастенію, істерію і невроз нав'язливих станів.

Неврастенія (лат. - "нервова слабкість"). Причина: тривале емоційне напруження, що приводить до виснаження нервової системи. Конфлікти на роботі, сімейні негаразди, невпорядкованість в особистому житті. Механізми психологічного захисту за типом "заперечення", "раціоналізації", "витіснення". Хворого неврастенією турбує дратівливість з самих незначних приводів. Їм важко зосереджувати свою увагу, вони швидко втомлюються, у них з'являються головний біль, болі серця, порушуються функції шлунка, з'являється безсоння, погіршується статева функція, знижується гострота сексуальних відносин. Порушення сну.

Істерія - частіше спостерігається у жінок. Вони часом представляють себе важко-хворими, нещасними, "незрозумілими натурами" і глибоко вживаються в створений ними образ. Іноді достатньо випадкової неприємною дрібної сімейної сварки, незначного службового конфлікту, щоб хворий почав гірко ридати, проклинати все і всіх, погрожувати покінчити з собою. Істерична реакція зазвичай починається тоді, коли людині необхідно добитися чогось від оточуючих, або навпаки, позбутися їх нібито несправедливих або просто небажаних вимог. Ці реакції можуть проявлятися нестримними сльозами, непритомностями, скаргами на запаморочення і нудоту, блювоту, судорожними відомостями пальців рук, а в цілому - симптомами майже будь-якої хвороби, відомої даній людині, може виникнути уявний параліч, глухота, зникнення голосу.

Невроз нав'язливих станів (психастенія) - стійкі тривожні думки, страхи, наприклад, "заразитися хворобою", втратити близьку людину, почервоніти при розмові, залишитися одному в приміщенні тощо. При цьому людина добре розуміє нелогічність своїх побоювань, але не може від них позбутися.

Під психологічною допомогою розуміється надання людині інформації про його психічний стан, причини і механізми появи психологічних феноменів або психопатологічних симптомів і синдромів, а також активне цілеспрямований психологічний вплив на індивіда з метою гармонізації його психічного життя, адаптації до соціального оточення, усунення психопатологічної симптоматики і реконструкції особи для формування фрустраційної толерантності.

У неврозології психокорекція використовується при виявленні у пацієнта психологічної проблеми і невротичних конфліктів, що виникають на базі характерологічних девіацій і особистісних аномалій, а також при зіткненні з психотравмами. Вироблення оптимальних навичок відбувається в процесі тренінгів, серед яких найбільш відомими є: аутотренінг, поведінкова (бихевіоральна) терапія, нейролінгвістичне програмування, психодрама, трансактний аналіз.

**РОЗДІЛ 2**

 **ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ**

**2.1. Методичні заходи, хід та процедура констатувального експерименту**

Дане емпіричне дослідження проводилося в групі респондентів, що складається з 30 осіб:

* вік 40-50 років;
* стать ч/ж;
* стан на момент дослідження задовільний.

Всі випробувані були проінструктовані о ході проведення експериментального дослідження. Проведено методики, спрямовані на дослідження невротичних розладів у дорослих.

Для дослідження невротичних розладів ми використали такі методики: методика діагностика рівня невротизації Л.І. Васермана, Клінічний опитувальник для виявлення й оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д. М. Менделевич), проективний тест М. Люшера.

Методика «Діагностика рівня невротизації Л.І. Васермана»

Методика призначена для діагностики рівня невротизації особистості. Питання для визначення рівня невротизації в даній методиці мають орієнтований характер.

Опитувальник складається з 40 питань (див. Додаток А). Приблизний час тестування 15-20 хвилин.

Обробка даних. Підраховується кількість позитивних відповідей. Чим більше отриманий результат, тим вище рівень невротизації.

0 - 8 низький рівень невротизації;

9 - 16 знижений рівень невротизації;

17 - 24 середній рівень невротизації;

25 - 32 підвищений рівень невротизації;

33 - 40 високий рівень невротизації.

Високий рівень невротизації свідчить про виражену емоційну збудливість, в результаті чого з'являються негативні переживання (тривожність, напруженості, неспокій, розгубленість, дратівливість); про безініціативність, яка формує переживання, пов'язані з незадоволеністю бажань; про егоцентричну особистісну спрямованість, що призводить до іпохондричної фіксації на соматичних відчуттях і особистісних недоліки; про труднощі в спілкуванні; про соціальної боязкості і залежності.

Підвищена емоційна реактивність. Схильність до різних негативних переживань (тривожність, неспокій, напруженість, дратівливість). Можуть відзначатися швидка стомлюваність, порушення сну, фіксація на неприємних соматичних відчуттях, зниження настрої. Зосередженість на переживання, пов'язані з незадоволеністю бажань.

Низький рівень невротизації свідчить про емоційну стійкості на позитивному тлі переживань (спокій, оптимізм); про ініціативності; про почуття власної гідності; незалежності, соціальної сміливості; про легкість у спілкуванні.

Методика «Клінічний опитувальник для виявлення й оцінки невротичних станів ( К.К. Яхін, Д. М. Менделевич)».

Застосовується для виявлення й оцінки невротичних станів. Тест розробили К.К. Яхіна і Д.М. Менделеєвич. Тест призначений для якісного аналізу невротичних проявів і дозволяє виявити основні синдроми невротичних станів з наступних шести шкал: тривога, невротична депресія, астенія, істеричний тип реагування, нав'язливо-фобічні порушення (нав'язливості), вегетативні порушення. Опитувальник містить 68 питань (див. Додаток Б)**.**

Випробуваному пропонується оцінити свій поточний стан за п'ятибальною системою:

- 5 балів - ніколи не було,

- 4 бали - рідко,

- 3 бали - іноді,

- 2 бали - часто,

- 1 бал - постійно або завжди**.**

Проставлені випробуваними бали переводяться у відповідні діагностичні коефіцієнти (див. Додаток В).

 Шкала вегетативних порушень.

Психовегетативний синдром, (психастенічний занепад, неврастенічний синдром, вегетативна дистонія, нейроциркуляторна дистонія, невропатія, вегетативний невроз, загальний психосоматичний синдром)

Надмірна психофізична напруга і надмірні вимоги, особливо пов'язані з конфліктами, людина часто реагує психічними і вегетативними порушеннями, зниженням активності і розладами настрою.

Симптоми: Слабкість концентрації уваги, зниження працездатності, боязкість, збудливість (дратівлива слабкість), коливання настрою, поганий настрій, безрадісність і пригніченість. Крім того, відзначаються тиск в голові, пульсуючі головні болі, періодичні запаморочення, мушки перед очима; розлади сну, насамперед труднощі засинання і неспокійний сон; дрібне тремтіння пальців; пожвавлення рефлексів; ускорення пульсу; інші неприємні відчуття в області серця без органічних порушень; відсутність апетиту, шлункові скарги, запори або минущі проноси, порушення потенції.

Умови виникнення: Психічні та фізичні перевантаження, не відповідні психофізичній конституції хворого, призводять до психовегетативних синдромів. Навантаження ведуть до перенапруги тим швидше, чим менше вони мають сенсу. Особливо це стосується конфліктно пережитих претензій. При цьому у важкі часи (війни, біженці і т. п.) і відповідних їм ситуаціях самі важкі психічні і соматичні навантаження переносяться порівняно легко, без розвитку реакції виснаження. Цілеспрямовані зусилля стримують психовегетативні синдроми виснаження. Стану занепаду і виснаження виникають переважно в астенічних людей.

Так звана втеча в роботу призводить до виснаження тим швидше, чим менше усвідомлено переживається зацікавленість у цій роботі.

Шкала невротичної депресії.

Невротична депресія частіше розвивається у осіб з такими рисами характеру, як прямолінійність, ригідність, безкомпромісність. Їм властива емоційна насиченість переживань з прагненням утримати зовнішні прояви почуттів. Невротична депресія протікає як легка форма депресії; переважає сумний настрій, адинамія, нерідко з явищами нав'язливості. При ній, на першому етапі спостерігається значна вираженість вегетативно-соматичних розладів (так званий етап соматичних скарг).

Виділяють два варіанти психотравмуючих ситуацій, що призводять до невротичної депресії.

При першому варіанті у людини у всіх сферах діяльності складаються несприятливі взаємини ("невдалося все життя"); при другому варіанті людина змушена жити в ситуації "емоційного позбавлення" (тривала розлука, відсутність емоційного контакту з близькими, взаємини, які треба приховувати, незадоволеність життям і ін.).

Психотравмуючи ситуації, як правило, тривалі, суб'єктивно значущі, нерозв'язні. Негативні емоції, викликані психотравмуючими ситуаціями, придушуються. У цих випадках на першому етапі невротичної депресії виникають вегетативно-соматичні розлади; коливання артеріального тиску, серцебиття, запаморочення, дисфункції шлунково-кишкового тракту. З такими скаргами вони зазвичай звертаються до терапевта, не фіксуючи уваги на психогенному характері розладів. Надалі наростає знижений настрій, яке самі хворі рідко пов'язують із ситуацією, що травмує, а терапевт пояснює його соматичних станом, оскільки у хворих часто спостерігається стійка артеріальна гіпотензія і симптоми спастичного коліту.

Легка форма депресії проявляється зазвичай скаргами на смуток, втрату радості від життєвих успіхів, зниження активності. Постійні порушення сну (утруднене засипання або раптові пробудження серед ночі з почуттям тривоги і серцебиттям; у ранкові години хворі відчувають розбитість і млявість, прокидаються з працею). У хворих не спостерігається тужливого відношення до майбутнього; вони, як правило, не говорять, що майбутнє похмуро, безперспективно, навіть при об'єктивно нерозв'язній психотравмуючій ситуації (наприклад, при невиліковній хворобі дитини) у них зберігається надія на світле майбутнє, на позитивне вирішення ситуації. Депресивна симптоматика більш виразною в ситуації, що травмує. Оскільки вона частіше стосується сімейно-сексуальних взаємин, то хворі частіше "рятують втечею в роботу", де відчувають себе значно краще. Для таких хворих найбільш важкі вільні дні, свята і відпустки.

Протікання невротичної депресії хвилеподібний. При її наростанняі з'являється оболонки. Хворі починають плакати з будь-якого приводу і часто без приводу. Саме оболонки нерідко змушує їх звернутися за допомогою до лікаря.

Шкала істеричних розладів.

Конверсійні розлади (істеричні розлади, істеричний тип реагування) спостерігаються протягом життя в 1/3 осіб у загальному населенні. Від 5 до 15 % всіх психіатричних консультацій в лікарні загального типу проводиться з приводу істеричних розладів.

Істеричні невротичні розлади, спостерігаються у жінок в 2 рази частіше, ніж у чоловіків.

Конверсія при істеричному неврозі - це перетворення витісненого душевного конфлікту в соматичну симптоматику. Конверсійні симптоми, відображаючи конфлікт символічно націлені на вигоду від хвороби.

Поняття "конверсійні реакції", "конверсійний синдром", "конверсійні неврози", "конверсійна істерія" і "істеричні реакції" багато в чому ідентичні. При цьому істерична реакція означає не тільки соматичні порушення. "Істерична" є визначенням конкретних психічних порушень. Істеричні реакції зустрічаються переважно в істеричних особистостей, але вони не пов'язані жорстко з будь-якої однієї психічної структурою. З-за принизливою оцінки, з якої вживається термін "істеричний" в побуті, це поняття в психіатрії зазвичай не застосовують.

Конверсійні реакції проявляються руховими, чутливими і сенсорними симптомами, наприклад паралічами однієї або декількох кінцівок, часто обох ніг з неможливістю стояти і ходити (астазія-абазія), або повною відсутністю рухів. Протилежними є психомоторні стани порушення, різке рухове порушення з криками.

Частими симптомами конверсії є больові стани в самих різних частинах тіла, але особливо головні болі і болі в животі. Будь-яка органічне захворювання при цьому виключається. Блювання також можуть бути проявом конверсійної реакції конверсійні синдроми можуть бути дуже різноманітні. Майже будь-яку картину хвороби можна імітувати у формі конверсійної реакції. Однак і дійсно наявний соматичний розлад і функціональна недостатність можуть підтримуватися подібними істеричними механізмами.

Багато конверсійні синдроми треба розуміти, як апеляцію. Вони символічно висловлюють певні тенденції - це як би докір: так, я паралізований, від мене нічого більше не можна вимагати; так вже зі мною трапилося; тепер нарешті ви будете піклуватися про мене. Конверсійні синдроми спрямовані на звільнення від зовнішніх і внутрішніх обов'язків, це заклик до навколишнього світу, щоб звернути на себе увагу. Вони служать цілями отримати користь від хвороби в двох планах: шляхом освіти істеричного симптому досягається певне задоволення від витіснених мотивів (первинна користь від хвороби), а крім того, завдяки більшій увазі, визнання та оцінки досягається нарцистичне задоволення (вторинна користь від хвороби). Конверсійні реакції більш характерні для жінок, ніж чоловіків. Вони частіше виявляються у істеричних, а також у астенічних, нарцистичних особистостей і в інших, які мають затримку особистісного розвитку. Конверсійні реакції по інтенсивності і формі залежать від соціальних умов навколишнього світу, що викликає тривогу, від оцінки, яку вони отримують від оточуючих. Істотну роль відіграють "заразливість" і схильність до ідентифікації і наслідування. В останні десятиліття відбулася зміна їх форм - від зовнішніх жестів до психофізичних, більш глибоким розладів функцій;

Шкала нав'язливо-фобічних порушень.

Нав'язливим розлад називається захворювання, що характеризується нав'язливими обсесіями, що заважають нормальному життю. Обсесіями називаються небажані, побоювання, думки, образи або стимули, постійно виникають. Компульсіями називаються стереотипно повторювані вчинки. Обсессії часто викликають тривогу, а компульсивні вчинки або ритуали служать для того, щоб цю тривогу знизити.

Нав'язливі думки або вчинки можуть забирати так багато часу і бути настільки тяжкими, що людині стає важко вести нормальне життя. Від усього цього можуть страждати сімейне і соціальне життя індивіда, а також виконувана їм робота. На жаль, здебільшого люди з нав'язливі-компульсівним розладом не звертаються за допомогою з приводу свого захворювання, оскільки вони або розгублені, або соромляться, або бояться, що їх визнають "божевільними". Таким чином, багато людей безглуздо страждають.

Шкала тривожного розладу.

Тривога складає невід'ємну частину нашого життя. Час від часу майже всі з нас її відчувають. Зазвичай тривога виникає як тимчасова ситуаційна реакція на стреси в повсякденному житті. Наявність тривожного розладу ми можемо припускати в тих випадках, коли тривога стає настільки сильною, що позбавляє людину здатності до нормального життя і діяльності.

Тривожний розлад є окремим захворюванням зі своєрідною симптоматикою. Двома найбільш поширеними тривожні розлади є адаптивний розлад з тривожним настроєм і генералізованний тривожний розлад.

При адаптивному розладі надмірна тривога або інші емоційні реакції розвиваються в поєднанні з труднощами пристосування до конкретної стресовій ситуації.

При генералізованому тривожному розладі надмірна тривога зберігається постійно і спрямована на безліч життєвих обставин.

Надмірне занепокоєння, напруженість і страх, з якими стикаються люди з тривожними розладами, можуть супроводжуватися і фізичними захворюваннями, такими як "нервовий шлунок", задишка і прискорене серцебиття

Шкала астенія.

Астенічний синдром це стан, що проявляється підвищеною стомлюваністю, ослабленням або втратою здатності до тривалої фізичної і розумової напруги. У хворих спостерігаються дратівлива слабкість, що виражається підвищеною збудливістю і швидко наступаючої слідом за нею визнаженістю, афективна лабільність з переважанням зниженого настрою з рисами примхливості і невдоволення, а також слізливістю.

Для астенічного синдрому характерна гіперестезія - непереносимість яскравого світла, гучних звуків і різких запахів. Астенічним станам властиві явища астенічного, або образного, ментизма. Суть цього явища полягає в тому, що при станах крайньої психічної втоми у хворих виникає потік яскравих образних представлень. Можливі також напливи сторонніх думок і спогадів.

Астенічні розлади розвиваються поволі і характеризуються наростаючою інтенсивністю. Іноді першими ознаками синдрому є підвищена стомлюваність і дратівливість, поєднуються з нетерплячістю і постійним прагненням до діяльності, навіть в обстановці, сприятливої для відпочинку ("втома, не шукає спокою"). Нерідко спостерігаються головні болі, порушення сну (підвищена сонливість або безсоння), вегетативні прояви.

Астенія - синдром неспецифічний. Його можна спостерігати й у соматично хворих в період ускладнення основного захворювання або в післяопераційному періоді.

Ітерпретація результатів тесту. Підсумовують діагностичні коефіцієнти по шести шкалами і вибудовують графік. Показники:

- більше +1,28 - вказує на рівень здоров'я,

- менше -1,28 - хворобливий характер виявлених розладів.

Методика «Проективний тест М. Люшера».

Тест М.Люшера опублікований в 1948р. Це проективна методика дослідження особистості. Метод заснований на суб'єктивному перевагу колірних стимулів.

Стимульний матеріал складається з різнокольорових квадратів. Повний набір - 73 квадрата 25 різних кольорів і відтінків. Зазвичай використовується неповний набір з 8 кольорів. Метод застосовується в профорієнтації та консультативній практиці.

Восьмикольоровий тест Люшера складається з 4-х основних кольорів

(темно-синій, синьо-зеленого, помаранчево-червоного, жовтого) і 4-х додаткових кольорів (фіолетового, коричневого, чорного і сірого).

Кожен колір має свій номер і символізує певні потреби, емоційні стани і основні способи компенсації, фрустрації невдач.

Синій колір символізує спокій, задоволеність.

Зелений - почуття впевненості, наполегливість, завзятість, іноді впертість.

Помаранчево-червоний - силу волі, агресивність, наступальність, домінування, збудження, автономність.

Жовтий - активність, прагнення до спілкування, експансивність, веселість.

Основні кольори повинні займати перші позиції.

Додаткові кольори символізують тривожність, стрес, страхи, прикрості.

Вибір в області основних кольорів пов'язаний з усвідомлюваними тенденціями, а серед додаткових - зі сферою несвідомого.

Таким чином, інтерпретується не стільки символіка кольору, скільки комбінації кольорів і переваги, тобто ті позиції, які займають основні і додаткові кольори у виборі випробуваного.

Особливість тест М. Люшера полягає в підборі стимульного матеріалу, який здатний активувати підкіркові структури мозку. Згідно закладеної в основу тесту теорії, у людей у процесі еволюційного розвитку сформувалися певні колірні асоціації з тим чи іншим видом активності. Ця інформація зберігається в підкіркових структурах головного мозку. Вибір карток з кольором здійснюється у людини не усвідомлено, а його ретикулярної формацією (мережею нейронів) і підкорковими ядрами.

Безсумнівним плюсом тесту М. Люшера є простота в роботі. Тест М. Люшера можна назвати "експрес методикою", що дозволяє за короткий термін не тільки отримати інформацію про поточний емоційному стан випробуваного, але і про деякі особливості його особистості.

Процедура проведення: випробуваному пропонують вибрати "найприємніший" колір, не співвідносячи його ні з уявленнями про одяг (чи йде він особі), ні з кольором меблів, ні з чим іншим. Необхідно вибрати потрібний колір з 8-мі запропонованих.

Далі випробуваний повинен вибрати найбільш приємний колір з решти. Таким чином, виходить ряд квадратів, в якому кольори розташовуються по їх привабливості для обстежуваного.

В інтерпретації та аналізі результатів важливо: яку позицію у виборі випробуваного займає той або інший колір, які кольори (основні та додаткові) стоять на перших позиціях, а які - на останніх.

Перші два кольори вважаються явно яким віддається перевага, вказують на цілі і способи досягнення,

Третій і четвертий - яким віддається перевага, вказують на справжній стан речей, ситуацію, в якій людина відчуває себе, образ дій, який підказує, що склалася ситуація. П'ятий і шостий - нейтральними, байдужість, незатребувані в даний момент резерви, недіючі особливості особистості. Сьомий і восьмий - викликають антипатію, негативне ставлення, вказують на пригнічені потреби.

Тест заснований на припущенні про те, що вибір кольору відображає нерідко спрямованість випробуваного на певну діяльність, настрій, функціональний стан і найбільш стійкі риси особистості. Тест заснований на розробленій Люшером теорії особистості, що має два основних виміру: активність - пасивність і гетерономність - автономність. Для психодіагностичного дослідження тестом Люшера, можуть використовуватися тільки спеціальні картки, довжина світлової хвилі яких, підібрана на спектрометрі. При використанні не оригінальних кольорів ви отримаєте помилковий результат. Некоректно також використовувати картки кольорів, включені в інтерфейс психодіагностичного софта або веб-сайтів [26].

**2.2. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту**

Для дослідження невротичних розладів у осіб зрілого віку були проведені такі методики:

* методику Діагностика рівня невротизації Л.І. Васермана;
* Клінічний опитувальник для виявлення й оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д. М. Менделевич);
* проективний тест М. Люшера.

В дослідженні приймали участь 30 осіб, а саме – 17 жінок та 13 чоловіків у віці від 40 до 50 років.

Першим етапом у дослідженні невротичних розладів у осіб зрілого віку було проведено методику Діагностика рівня невротизації Л.І. Васермана. Результати представлені в табл. 2.1.

Отриманні результати свідчать про те, що у 43,3 % осіб зрілого віку спостерігається виражена емоційна збудливість, наявність негативних переживань, неспокою, напруженості, страху, тривоги. Часом помітні стани дратівливості, незадоволеністю оточуючим середовищем. Помітна фіксація на неприємнихсоматичних відчуттях , зниження настрою, зосередженість на переживаннях. Виражена сприйнятливість до зовнішніх подразників, відчуття порожнечі. Проявляється нетерпіння та занепокоєння, схильність до пригніченого стану. Нездатність до релаксації.

**Таблиця 2.1**

**Зведена таблиця результатів до методики “Діагностика рівня невротизації Л.І. Васермана”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №Респон-дента | Вік респон-дента | Стать респондента | Кількість позитивних відповідей | Рівень невротизації |
| 1 | 46 | жіноча | 7 | низький рівень |
| 2 | 43 | жіноча | 18 | середній рівень |
| 3 | 43 | чоловіча | 30 | підвищений рівень |
| 4 | 46 | жіноча | 14 | знижений рівень |
| 5 | 46 | жіноча | 18 | середній рівень |
| 6 | 45 | жіноча | 11 | знижений рівень |
| 7 | 44 | жіноча | 29 | підвищений рівень |
|  **Продовження таблиці 2.1** |
| 8 | 45 | жіноча | 19 | середній рівень |
| 9 | 45 | жіноча | 35 | високий рівень |
| 10 | 46 | чоловіча | 17 | середній рівень |
| 11 | 45 | жіноча | 31 | підвищений рівень |
| 12 | 43 | чоловіча | 8 | низький рівень |
| 13 | 44 | жіноча | 33 | високий рівень |
| 14 | 46 | чоловіча | 18 | середній рівень |
| 15 | 47 | чоловіча | 30 | підвищений рівень |
| 16 | 50 | чоловіча | 22 | середній рівень |
| 17 | 44 | чоловіча | 13 | знижений рівень |
| 18 | 46 | жіноча | 35 | високий рівень |
| 19 | 46 | чоловіча | 20 | середній рівень |
| 20 | 50 | чоловіча | 31 | підвищений рівень |
| 21 | 44 | жіноча | 33 | високий рівень |
| 22 | 43 | жіноча | 7 | низький рівень |
| 23 | 45 | жіноча | 34 | високий рівень |
| 24 | 43 | чоловіча | 21 | середній рівень |
| 25 | 47 | жіноча | 34 | високий рівень |
| 26 | 43 | чоловіча | 15 | знижений рівень |
|  **Продовження таблиці 2.1** |
| 27 | 46 | жіноча | 33 | високий рівень |
| 28 | 48 | чоловіча | 21 | середній рівень |
| 29 | 46 | чоловіча | 29 | підвищений рівень |
| 30 | 48 | жіноча | 8 | низький рівень |

Часом помітні стани дратівливості, незадоволеністю оточуючим середовищем. Помітна фіксація на неприємнихсоматичних відчуттях, зниження настрою, зосередженість на переживаннях.

Також отриманні результати за данною методикою вказують, що лише 26,6 % осіб зрілого віку мають емоційну стійкість, позитивні переживання, спокій оптимізм, ініціативність, почуття соціальної сміливості, легкість у спілкуванні (див. рис. 2.1).

 

**Рис. 2.1.Діаграма відсоткового співвідношення рівнів невротизації за методикою Діагностика рівня невротизації Л.І. Васермана**

Другим етапом дослідження невротичних розладів у осіб зрілого віку було проведення методики “ Клінічний опитувальник для виявлення й оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич)”. Результати дослідження представлені в табл. 2.2.

Аналізуючи результати за цією методикою робимо наступні висновки: лише 10 з 30 респондентів мають доцільний рівень здоров'я.

**Таблиця 2.2**

**Зведена таблиця результатів до методики “ Клінічний опитувальник для виявлення й оцінки невротичних станів ( К.К. Яхін,**

**Д.М. Менделевич)** ”

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №Респондент. | Вік респондент. | Стать респондента | Шкалатривоги | Шкала невр. Депресії | Шкала астенії | Шкала іст. типу реагуван. | Шкала нав’яз.-фоб.порушень | Шкала вегетат. поруш. |
| 1 | 46 | Жіноча |  7, 34 | 10, 6 | 2, 2 | 15,23 | 16,3 | 9,5 |
| 2 | 43 | Жіноча | -1,23 | - 1, 5 | -7,6 | - 3,97 | -2, 25 | -3,4 |
| 3 | 43 | Чоловіча | -1, 23 | - 15, 5 | - 2,34 | - 5,1 | -4,45 | -1,2 |
| 4 | 46 | Жіноча | 2,39 | 14 | 1,22 | 9,3 | 4,5 | 13,4 |
| 5 | 46 | Жіноча | -1,11 | 4,33 | -3, 3 | -12,3 | -4,5 | 3,2 |
| 6 | 45 | Жіноча |  0,9 |  6,65 | 14,57 | 3, 45 | 12,55 | 1,5 |
| 7 | 44 | Жіноча | -2,3 | -8,7 | -14 | -2,5 | -6,7 | -8,56 |
| 8 | 45 | Жіноча | - 0,7 | 7,6 | 6,9 | 4,54 | 3,4 | 8,19 |
| 9 | 45 | Жіноча | -0,9 | -4,54 | -5,4 | -1 | 13,3 | -5,3 |
| 10 | 46 | Чоловіча | -5,5 | - 6, 21 | -9 | 5,54 |  -3.4 | -7,67 |
| 11 | 45 | Жіноча | -1,17 | 2,5 | 6,4 | 4,3 | 6,7 | 5,04 |
| 12 | 43 | Чоловіча | - 1,8 | -3,56 | - 2 | 6,45 | 3,2 | - 4 |
| 13 | 44 | Жіноча | -1,9 | -5,4 | -2,3 | -1,5 | 2,1 | -1,67 |
| 14 | 46 | Чоловіча |  - 1,23 |  4,5 | -4,34 | -2,56 | 5,67 | -7,43 |
| 15 | 47 | Чоловіча | -1,12 | 2,78 |  5,88 | 3,2 | 4,4 | -2,8 |
| **Продовження таблиці 2.2** |
| 16 | 50 | Чоловіча | 3,7 | 4,2 | 4,87 | 5,3 | 6,28 | 7,89 |
| 17 | 44 | Чоловіча | 3,8 | 2,03 | 12 | 7,45 | 2,34 | 3,05 |
| 18 | 46 | Жіноча | -0,7 | -3,4 | -1,2 | 1,2 | -0,4 | 1,05 |
| 19 | 46 | Чоловіча | - 1,19 | -2,3 | -7,4 | -4, 3 | -2,06 | 1,2 |
| 20 | 50 | Чоловіча | - 1,15 | -4,3 | -5,05 | -4,04 | - 4, 32 | -3,04 |
| 21 | 44 | Жіноча | - 1,21 | -3,2 | -7,4 | -2,3 | 0,55 | 1,03 |
| 22 | 43 | Жіноча | 4,7 | 6,5 | 4,3 | 2,1 | -0,1 | -1,1 |
| 23 | 45 | Жіноча | -0,8 | 1,56 | -3,2 | -4,5 | -0.54 | -2,34 |
| 24 | 43 | Чоловіча | 0,9 | 3,4 | 2,1 | 3,5 | 2,56 | ,5,76 |
| 25 | 47 | Жіноча | -1,17 | -5,6  | 2,32 | -4,04 | -1,02 | -3,2 |
| 26 | 43 | Чоловіча | 1 | 1,4 | 5,4 | 6,2 | 3,01 | -3,07 |
| 27 | 46 | жіноча | -0,9 |  - 5,56 | -3,09 | -2 | -1,2 | -1,67 |
| 28 | 48 | чоловіча | -1,03 | 3,4 | 4,5 | -3 | 1,56 | -4 |
| 29 | 46 | чоловіча | - 1 | -2,89 | 4 | -2,44 | 5,65 | 2,3 |
| 30 | 48 | жіноча | 1,15 | 4,35 | 5,9 | 3 | 2,23 | -0,4 |

Стосовно 20 останніх респондентів, то вони дещо хворобливий характер виявлених розладів.

Розглянули відсоткове співвідношення рівня здоров’я та хворобливий характер за результатами всіх шкал для того, щоб дослідити які фактори найбільш впливають на невротичні розлади у осіб зрілого віку.

В результаті можемо зробити висновок, що невротичні розлади у осіб зрілого віку спричиняють тривожні та вегетативні порушення.

Докладніше: надмірна психофізична напруга і надмірні вимоги, емоційне реагування на повсякденні конфлікти, втеча в роботу, що призводить до виснаження, психічні та фізичні перевантаження.

Розподіл рівняздоров’я та хворобливий характер виявлених розладів за шкалою тривоги наведено на сегментограмі (див. рис. 2.2).

**Рис. 2.2. Сегментограма розподілу рівня здоров’я та хворобливий характер виявлених розладів за шкалою тривоги**

Як видно з рис. 2.2. рівень здоров’я мали 35,8%, а характер виявлених розладів 47,7% респондентів.

Розподіл рівняздоров’я та хворобливий характер виявлених розладів за шкалою невротичної депресії наведено на сегментограмі (див. рис. 2.3).

**Рис. 2.3. Сегментограма розподілу рівня здоров’я та хворобливий характер виявлених розладів за шкалою невротичної депресії**

Як видно з рис. 2.3. рівень здоров’я мали 65,9%, а характер виявлених розладів 59,1% респондентів.

Розподіл рівняздоров’я та хворобливий характер виявлених розладів за шкалою астенія наведено на сегментограмі (див. рис. 2.4).

**Рис. 2.4. Сегментограма розподілу рівня здоров’я та хворобливий характер виявлених розладів за шкалою астенія**

Як видно з рис. 2.4. рівень здоров’я мали 53,8%, а характер виявлених розладів 49,2% респондентів.

Розподіл рівняздоров’я та хворобливий характер виявлених розладів за шкалою істеричного типу реагування наведено на сегментограмі (див. рис. 2.5).

**Рис. 2.5. Сегментограма розподілу рівня здоров’я та хворобливий характер виявлених розладів за шкалою істеричного типу реагування**

Як видно з рис. 2.5. рівень здоров’я мали 52,4%, а характер виявлених розладів 48,2% респондентів.

Розподіл рівняздоров’я та хворобливий характер виявлених розладів за шкалою нав’язливо-фобічних порушень наведено на сегментограмі (див. рис. 2.6).

**Рис. 2.6. Сегментограма розподілу рівня здоров’я та хворобливий характер виявлених розладів за шкалою нав’язливо-фобічні порушення**

Як видно з рис. 2.6. рівень здоров’я мали 49,6%, а характер виявлених розладів 45,2% респондентів.

Розподіл рівняздоров’я та хворобливий характер виявлених розладів за шкалою вегетативнихпорушень наведено на сегментограмі (див. рис. 2.7).

**Рис. 2.7. Сегментограма розподілу рівня здоров’я та хворобливий характер виявлених розладів за шкалою вегетативних порушеннь**

Як видно з рис. 2.7. рівень здоров’я мали 46,8%, а характер виявлених розладів 52,2% респондентів.

Останнім етапом дослідження невротичних розладів у осіб зрілого віку було проведення проективної методики тест М. Люшера.

На основі отриманих результатів були зроблені наступні висновки.

Респондент № 1. Стрес, викликаний розчаруваннями, які принесла з собою деяка небажана ситуація (головним чином, в 7/8 поз., менше 6/7 поз.). Відчуває, що потрапив в неприємну ситуацію і безсилий виправити це становище. Розсерджений і роздратований, оскільки сумнівається, що зможе досягти своїх цілей і фрустрірован майже до стану нервового виснаження.

Респондент № 2. Невпевненість і страх "упустити можливість" привели його в стан збудженої напруги (особливо в 7/8 поз). Вважає, що життя має давати більше, ніж воно дає і його надії і бажання повинні яким чином втілюватися в життя, що їх дія повинна бути йому "даровано". Випробовуваний невпевненість заподіює йому серйозне занепокоєння і він напружено стежить за тим, щоб не упустити яку-небудь можливість.

Респондент № 3. Стрес, викликаний придушенням фізичних або сексуальних бажань і браком уваги до потреб організму (тільки в 7/8 поз.) Існуюча ситуація неприємна. Має незадоволену потребу об'єднання з людьми. Хоче виділятися з натовпу.

Респондент № 4. Стрес може бути викликаним небажаними обмеженнями або заборонами, але наразі це лише нормальне прагнення незалежності. Хоче вільно дотримуватися своїх переконань та принципам, хоче добитися поваги до себе як до особи, яка називається так по праву. Прагне використовувати кожну можливість, коли можна не підкорятися ніяким обмежень і заборон.

Респондент № 5. Емоційна незадоволеність дала поштовх підвищеному і нетерплячому бажанню незалежності, яке призводить до стресу і неспокою (7/8 поз., не так серйозно в 6/7). Існуюча ситуація або відносини незадовільні, але він відчуває, що він сам, без добровільного співробітництва інших, виправити їх не в змозі.

Респондент № 6. Тривога є результатом емоційного розчарування (особливо, в 7/8 поз., але також і в 6/7). Якийсь емоційний зв'язок перестав розвиватися гладко, це глибоко розчарувала його і тепер він бачить у ній гнітючий його тягар.

Респондент № 7. Проявляє нетерпіння і занепокоєння, схильний до пригніченого стану. Відчуває, що він не може сам змінити ситуацію так, щоб у нього з'явилося відчуття спільності з іншими, до якого він прагне.

Респондент № 8. Подавлене збудження, викликане незадоволеністю його особистими відносинами . Це може призвести до дратівливості, спалахів гніву або сексуальних неврозів.

Респондент № 9. Є небезпека, що сила волі і наполегливість будуть пригнічені стресом. Життєздатність і цілеспрямованість ослаблені через безперервне зусилля подолати існуючі труднощі.

Респондент № 10. Проявляє нетерпіння і занепокоєння, схильний до пригніченого стану. Перенапруження і прагнення "втекти" від існуючої ситуації.

Респондент № 11. Стрес, викликаний постійним зусиллям приховати стурбованість і тривогу під маскою впевненості в собі і безтурботності. Переживає почуття самотності і невпевненості.

Респондент №. 12. Тривога і розлади викликані надмірним самоконтролем. Вперте, але безрезультатна вимога поваги.

Респондент № 13. Стрес, викликаний нездатністю весь час підтримувати взаємини в бажаному стані. Фрустрація потреби в близьких стосунках.

Респондент № 14. Емоційна незадоволеність і знижена здатність протистояти опору або труднощам викликають у нього розчарування і розлади.

Респондент 15. Сильне роздратування, викликане нездійсненим надіями. Нездійснені очікування призвели до невпевненості і тривожної настороженості.

Респондент № 16. Тривога і стрес викликані продавленістю чутливості і контрольованою емоційністю.

Респондент № 17. Виражена сприйнятливість до зовнішніх подразників. Хоче подолати відчуття порожнечі і розрив, який відокремлює його від інших.

Респондент № 18. Відмовляється розслабитися і поступитися. Не дозволяє спустошеності і пригніченості оволодіти собою, підтримуючи в собі активність.

Респондент № 19. Проявляє нетерпіння і збудження. Вважає, що від життя можна взяти більше, ніж воно дає зараз, тому проявляється нетерпляча заповзятливість.

Респондент № 20. Стрес, викликаний браком взаєморозуміння. Потреба в чуйним ставленням, повному взаєморозумінні, не задоволена.

Респондент № 21. Дратівливий і схильний до спалахів гніву, можливі сексуальні неврози або скарги на серце. Страждає від очевидною ворожості оточуючих. Безпомічне обурення.

Респондент № 22. Тривога викликана конфліктом між надією і необхідністю (бажанням і реальністю). Розчарування і мрії від незадоволеною реальності.

Респондент № 23. Подавлене збудження, яке викликане спробою чинити опір зовнішнього тиску. Нездатний до релаксації. Нетерплячий, дратівливий.

Респондент № 24. Збуджений, тривожний, нервово перенапружен. Втеча від реальності, викликане страхом виявити власну неспроможність.

Респондент № 25. Перезбудження від невиправданих очікувань. Страх розчарувань і втрати впливу. Має потребу відчувати себе в безпеці, позбутися від страху втратити положення або престиж.

Респондент № 26. Емоційне розчарування викликало тривогу. Не хоче невизначеності або розчарувань. Ці суперечливі емоції погіршують його стан.

Респондент № 27. Емоційне розчарування веде до настороженої недовіри. Вважає, що його обманюють і зловживають його довірою.

Респондент № 28. Невдача спроб домогтися розуміння і безпеки призвело до стану сильного переживання. Можливе, серйозне нервове виснаження, а також порушення серцевої діяльності.

Респондент № 29. Небажаний вплив зовнішніх факторів, що обмежують свободу вибору і дій призводить до легкого стресу. Вимагає незалежності у судженнях і діях.

Респондент № 30. Страх подальших невдач змушує перебувати в стані нервового напруження.. Вимагає гарантій безпеки, щоб уникнути в подальшому розчарувань.

Найчастіше зустрічаються наступні комбінації: -0 -4, -3 -6 та -6-4.

Повторювання комбінації -0-4 вказує на те, що невротичні розлади у осіб зрілого віку викликають сильне роздратування, що є результатом нездійснених надій, тривожної невпевненості та розчарування.

Комбінація -3-6 говорить про напруження, викликане нервовим виснаженням, або стресом ( загалом, у сексуальному плані). Саме це напруження являється результатом надмірного самообмеження. Також, цю позицію можна коротко інтерпретувати, як невпевненість, викликана неуспіхом близьких взаємовідносин.

 Також, комбінація, що часто зустрічається -6 -4, пояснює, що невротичні розлади у людей зрілого віку можуть бути викликані постійним зусиллям сховати неспокій та тривогу під маскою впевненості в собі та безпечності. Тим, що доводиться приховувати невпевненість у собі та відчуття самотності.

В результаті проведення проективного тесту М. Люшера, ми бачимо, що 7 респондентів мають виражену сприйнятливість до навколишнього, 5 – знаходяться в стані тривоги та занепокоєння, 5 респондентів мають роздратування, 5 – збудження, напругу та 7 знаходяться у стресовому стані.

Отже, на основі проведеного дослідження ми можемо зробити такі висновки щодо невротичних розладів у осіб зрілого віку:

Отриманні результати за методикою «Діагностика рівня невротизації Л.І. Васермана» свідчать про те, що у 43,3 % осіб зрілого віку спостерігається виражена емоційна збудливість, наявність негативних переживань і лише 26,6 % осіб зрілого віку мають емоційну стійкість, позитивні переживання та спокій.

За методикою «Клінічний опитувальник для виявлення й оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д. М. Менделевич)» ми бачимо, що лише 10 з 20 респондентів знаходяться в стані здоров’я.

 Також, в результаті методики ми можемо зробити висновок, що невротичні розлади у осіб зрілого віку спричиняють надмірна психофізична напруга і надмірні вимоги, емоційне реагування на повсякденні конфлікти, втеча в роботу, що призводить до виснаження, психічні та фізичні перевантаження.

На основі проведення проективного тесту М. Люшера 7 респондентів мають виражену сприйнятливість, а останні знаходяться в стані тривоги, занепокоєння, роздратування, збудження та стресу.

Як загальний висновок щодо проведених методик слід зазначити, що рівень невротичних розладів у осіб зрілого віку достатньо високий. Серед респондентів 70 % знаходяться в стані збудженої напруги , розчарування, дратівливості, занепокоєння, емоційної незадоволеності, тривоги, стресу, спустошеності та пригніченості. Спричинено це надмірною психофізичною напругою, надмірними вимогами до себе, страхом виявити власну неспроможність, незадоволеними потребами та невпевненостю в собі.

**2.3. Методи корекції невротичних розладів у осіб зрілого віку**

Оскільки причиною неврозів є психотравмуючий вплив, попередження їх відіграє велику роль у профілактиці неврозів

Для того щоб у людини зрілого віку будь-яка психотравмуюча ситуація, навіть дуже сильна, не могла викликати той чи інший нервовий зрив, необхідно передбачити такі превентивні кроки. Насамперед це створення такого соціального середовища для кожного індивідуума окремо, яка б сприяла усунення невпевненості у завтрашньому дні, зростання поваги, особистої гідності людини, нормалізації житлових умов, побутових умов, ліквідації джерел (травматичних, інфекційних), які викликають ті чи інші захворювання, що сприяють ослаблення організму і ведуть до виникнення неврозів.

Експериментальне вивчення неврозів показало, що повторний вплив надзвичайних факторів або створення умов, що викликають невроз, в одних випадках веде до подальшого порушення вищої нервової діяльності, в інших - до її поліпшення, нормалізації.

У випадках, коли невротичний розлад виникає унаслідок перенапруження нервових процесів, лікування, в першу чергу, повинне включати надання відпочинку нервовій системі і виключення тих подразників, які призвели до зриву однак при експериментальних фобіях тривалі перерви частіше не приводили до послаблення, а до посилення порушень.

Для запобігання неврозів і фобій насамперед необхідно дотримуватися поступовість тренування нервових процесів: поступове збільшення складності навичок, сили подразників, тривалості занять і т.п.

С.Н. Виржиковським, Л.В. Крушинським і Ф.П. Майоровим було показано, що відсутність тренування, яке нервова система щодня отримує в різних життєвих ситуаціях, позбавляє навіть тварину можливості пристосування не тільки до важким нервовим завданням, але й відносно простим ситуацій (рання сенсорна депривація).

Головним також у профілактиці неврозів є ослаблення, зняття емоційної напруги, для чого можуть бути використані різні способи: відпочинок, ритмізація життя, коли людина суворо дотримується прийнятий розпорядок, в певний час відключається від своєї праці, змінює заняття, відпочиває. Іноді при початковій стадії невротичного розладу може надати допомогу використання чергової відпустки з повною зміною ситуації.

У деяких випадках необхідно докорінно змінити обстановку, наприклад поміняти роботу, але нерідко буває так, що жоден з перерахованих способів не допомагає, і тоді дуже важливо, не відкладаючи, звернутися до психотерапевта. Навчання аутогенного тренування, методів психічного розслаблення, психічного самоконтролю надає профілактичну і лікувальну дію. Лікарські препарати слід застосовувати за призначенням лікаря, щоб полегшити стан, а потім використовувати природні сили особистості, її спрямованість до одужання.

Особи, схильні до невротичних рішень, на основі внутрішньої неврівноваженості схильні представляти себе у відповідності зі своїми або соціально схваленими ідеалами. Вони не дають собі дозволу бути емоційно лабільними, відомими, малодушними (щоб не сказати боязкими). Часто терапевтичні заходи служать для того, щоб краще сховати ці сторони людського існування, а не розкрити їх. У зв'язку з цим слід запитати себе: чи можемо прийняти в собі лабільність, нерішучість, малодушність, відсутність лідерських тенденцій. Це визнання цієї загальнолюдської умови також робить можливим профілактику невротичних розладів.

Важливими факторами профілактики неврозів є нормалізація режиму праці і відпочинку, достатній сон. Всяке недосипання сприяє нарощуванню загальної астенізації організму, зниження працездатності, виникнення неврозів. Кращим засобом у боротьбі зі зниженням працездатності, способом підтримки загального тонусу є, з нашої точки зору, аутогенне тренування. Сьогодні накопичений величезний досвід, який свідчить про те, що оволодіння аутогенного тренування збільшує продуктивність праці, покращує загальне самопочуття, поглиблює нічний сон і підвищує життєвий тонус.

Не менш важливим фактором у профілактиці неврозів є суворе дотримання здоровою або хворою людиною спортивного режиму. Найчастіше це біг підтюпцем, на другому місці - ранкова зарядка або поєднання бігу з зарядкою; на третьому – плавання.

Цікавий факт: експериментально доведено, що у позитивних і негативних емоцій - різна хімічна основа. Напружена негативна емоція супроводжується сильним порушенням нервової системи. В кров надходить велика кількість адреналіну і інших активних речовин, що і веде до різких, деколи негативних змін функції ряду органів і систем. Така біологія емоцій, такою вона була і багато століть назад, тільки первісна людина разряжала свої емоції інтенсивної м'язової діяльністю у формі негайної агресії або втечі.

Ще стародавнім римлянам було відомо, що у здоровому тілі здоровий дух, тобто сильне здорове тіло оживляє свідомість і сприйняття, створює впевненість у собі. Фізична підготовка є важливим чинником душевної рівноваги. В момент фізичного навантаження відбувається викид з м'язових волокон ендорфінів, а це природні ліки від стресу.

Сучасна людина зобов'язаний стримувати свої почуття, зберігати витримку, самовладання, терпіння, підпорядковуючи свою поведінку розуму. З іншого боку, біологічна природа людини, залишаючись незмінною з далеких часів, вимагає і зараз розрядки стенічних емоцій, але, звичайно, в іншій формі.

Від стресів слід тікати, точніше, йти швидким кроком. Профілактика нервових перевантажень для людей середнього віку - 10 тисяч кроків у день, або п'ять кілометрів пішки. Швидка ходьба не тільки заспокоює нерви, але і тренує серце. Систематичні заняття спортом сприяють підвищення м'язового тонусу. У свою чергу, підвищення м'язового тонусу сприяє підвищенню тонусу мозкових клітин. І нарешті, підвищення тонусу мозкових клітин сприяє якнайшвидшому згасанню будь-яких невротичних симптомів, у тому числі і нав'язливих страхів. Після закінчення курсу лікування і усунення нав'язливих страхів рекомендації продовжувати і після лікування суворе дотримання спортивного режиму ґрунтувалися на тому, що підтримка за допомогою фізкультури високого м'язового тонусу і тонусу мозкових клітин буде перешкоджати загострення захворювання при стресових ситуаціях.

Крім фізичних навантажень, важливо мати хобі - заняття для душі: шахи, книги тощо. А ще профілактика неврозів - позитивні емоції, причому не важливо, чому людина радіє: улюбленому фільму, зустрічі з друзями або грі з дитиною. Щоб довше зберегти свої нерви, бажано мати почуття міри і не проявляти свої емоції занадто.

Дуже важливо в випадках легкої депресії не піддавати себе в самотності і не вдаватися до болісних переживань, а намагатися зменшити негативні емоції. У дев'яти випадках з десяти в подібних обставинах допомагає відверта розмова з одним, близьким, а часом навіть і з незнайомою людиною. Розповідь про переживання, веде до розрядки емоційної напруги, дозволяє поглянути на болюче питання іншими очима. "Сказав і полегшив тим душу" - говорить латинська прислів'я.

У більш серйозних випадках рекомендується "вилити душу" лікарю-психотерапевту, у розпорядженні якого зараз чимало ефективних засобів, здатних усунути тяжкі депресивні стани, викликані негативними емоціями.

Оскільки проблеми попередження і подолання сильних стресових ситуацій дуже актуальні для всіх, то в багатьох країнах почали організовувати швидку терапевтичну допомогу по телефону, створювати "телефонні лінії допомоги" або "телефони довіри".

Розрядки емоційного напруження в значній мірі сприяє розвиток почуття альтруїзму, прагнення допомогти іншим, особливо у важкі для них хвилини. Щедрість і великодушність не тільки сприяють повазі оточуючих, але й самому дають хвилини задоволення, відволікають від неприємних думок. Від оточуючих не слід чекати уваги тільки до себе, хоча це і дуже приємно. Надавати знаки пошани, радувати оточуючих людей добрим словом, участю - так само добре, як і отримувати їх самому.

Десятки тисяч людей на виробництві, в установах, у бізнесі прагнуть до визнання, до більш цікавої і краще оплачуваної роботи. Це прагнення не підлягає осуду, воно природно і законно.

Звичайно, у своєму прагненні до успіху необхідно порівнювати свої здібності, можливості і домагання. Переоцінка людиною своїх можливостей при недостатній компетентності, знанні реальних і посильних шляхів досягнення мети може призвести до невиконання поставлених завдань, розчарування і навіть зриву нервової системи.

Необхідно правильно будувати свій трудовий день. Дуже шкідлива для осіб зрілого віку вечірня і нічна робота, прийом алкогольних напоїв.

 Тонізуючий вплив на нервову систему надає ранковий холодний душ, заспокійливу дію - вечірня тепла ванна.

Найбільш відомими методами психокорекції невротичних розладів є раціональна психотерапія, логотерапія, психологія самореалізації, позитивна психотерапія, когнітивна терапія, раціонально-емотивна психотерапія і психотерапія "здоровим глуздом". Психологічна допомога надається за допомогою впливу на світогляд. До вітчизняних методик, які також слід зарахувати до психокорекційних, в першу чергу відноситься так звана патогенетична психотерапія, заснована на теорії відносин особистості В.М. Мясищева.

Основним завданням патогенетичної психотерапії є інформування пацієнта з метою усвідомлення мотивів своєї поведінки, особливостей своїх відносин, емоційних і поведінкових реакцій; усвідомлення неконструктивного характеру ряду своїх відносин, емоційних і поведінкових стереотипів; усвідомлення зв'язку між різними психогенними факторами і невротичними (психосоматичними) розладами; усвідомлення заходи своєї участі і відповідальності в виникнення конфліктних і психотравмуючих ситуацій; усвідомлення більш глибоких причин своїх переживань і способів реагування, кореняться в дитинстві, а також умови формування своєї системи відносин; навчання розуміння і вербалізації своїх почуттів; навчання саморегуляції.

Патогенетична психотерапія здійснюється в чотири етапи. На першому відбувається подолання неправильних уявлень пацієнта про його хвороби; на другому - усвідомлення психологічних причин і механізмів хвороби; на третьому - вирішення конфлікту і на четвертому - реконструкція системи відносин особистості.

Логотерапія відноситься до гуманістичного напрямку психотерапії в широкому розумінні терміну і ставить своєю метою терапію ноогених неврозів з допомогою придбання втраченого людиною в силу якихось причин сенсу життя. Механізм розвитку психологічних проблем і невротичних симптомів вбачається в моральних шуканнях людини, конфліктів совісті і, в цілому, в "екзистенціальній кризі". Завданням логотерапія стає відновлення або придбання людиною втраченої духовності, свободи і відповідальності, виходячи з відомої позиції А.Ейнштейна: "Людина, яка вважає своє життя безглуздим, не тільки нещасливий, він взагалі мало придатний для життя". В. Франкл вважав, що повернути втрачений сенс можливо з допомогою методу переконання. Переконання використовує систему логічних обґрунтувань унікальності цінностей (сенсу життя) при абсолютній цінності трансценденції - суті існування. Основою логотерапії стає зцілення душі з допомогою формування осмисленого прагнення до глузду і навіть до кінцевого змісту на противагу прагненню до насолоди або влади.

В. Франкл запропонував використовувати такі методики, як парадоксальна інтенція і дерефлексія. Згідно логотерапевтичної концепції, патогенез фобій і нав'язливо-компульсивних неврозів частково обумовлено збільшенням тривоги, обсесій і компульсій, що пов'язано зі спробами пацієнта уникнути нав'язливої тривоги, страху і компульсій. "Фобічна особистість, - пише В. Франкл, - як правило, намагається уникнути ситуації, в якій виникає її тривога, у той час як нав'язливо-компульсивний невротик прагне розтоптати і тим самим подолати свої загрозливі ідеї". З метою їх реального купірування пропонується використовувати специфічну людську здатність самовідчудження, характерну для почуття гумору. Пацієнту пропонується як би підсилити власні страхи, виставити себе перед собою в смішному вигляді. Парадокс полягає в тому, що пацієнту не рекомендується уникати власних страхів, обсесій або компульсий, а спровокувати їх самостійно з максимально можливою інтенсивністю. Методика дерефлексії спрямована на блокування нав'язливого самоаналізу, названого в логотерапії гиперефлексією. На відміну від парадоксальної інтенції, при якому пацієнт прагне висміяти власні симптоми, при дерефлексії він навчається ігнорувати їх.

В рамках психології самореалізації упор робиться на вироблення психологічної стратегії максимально використовувати в житті власний особистісний потенціал, який включає: внутрішню природу людини, його індивідуальну самість у вигляді основних потреб, здібностей, індивідуально-психологічних особливостей; потенційні можливості, а не реальні остаточні стану, реалізація яких детермінована екстрапсихічними факторами (цивілізацією, родиною, оточенням, освітою і т.п.); автентичність - здатність пізнати справжні власні потреби і можливості; здатність приймати себе.; потребу в любові.

A. Маслоу визнавав, що в індивіда існують цінності буття (Б-цінності) і цінності, що формуються за принципом ліквідації дефіциту (Д-цінності). До цінностей буття відносяться такі, як: 1) цілісність - єдність, інтеграція, прагнення до однорідності, взаємопов'язаність; 2) досконалість - необхідність, природність, доречність; 3) завершеність - кінцівка; 4) справедливість - законність, повинність; 5) життєвість - спонтанність, саморегуляція; 6) повнота - диференційованість, складність; 7) простота - щирість, сутність; 8) краса - правильність; 9) праведність - правота, бажаність; 10) унікальність - неповторність, індивідуальність, незрівнянність; 11) невимушеність-легкість, відсутність напруженості, витонченість; 12) гра - сміх, радість, задоволення; 13) істинність - чесність, реальність; 14) самодостатність - автономність, незалежність, вміння бути самим собою без участі інших людей.

Позитивна психотерапія виходить із принципу володіння людиною здібностей до саморозвитку і гармонійності. Основними цілями позитивної психотерапії є: зміна уявлення людини про себе, своїх актуальних і базисних здібності; пізнання традиційних для нього, його сім'ї та культури механізмів переробки конфліктів; розширення цілей його життя, виявлення резервів і нових можливостей для подолання конфліктних ситуацій і хвороб.

Для цих цілей використовується транскультурний підхід до оцінки тих або інших психологічних феноменів і хворобливих симптомів. Суть його полягає в наданні клієнту або пацієнту інформації про ставлення до схожих з наявними у нього психологічними проявами, симптомами, проблемами або хворобами в інших культурах. Наприклад, при патологічній емоційній реакції індивіда на виявлену у нього алопецію (облисіння) йому наводять, приклад, ставлення до облисіння у деяких африканських племенах, де еталоном краси вважається не густа шевелюра, а лиса голова. Транскультурні порівняння спрямовані на вироблення у пацієнта розуміння відносності життєвих цінностей. Ще одним способом позитивної психотерапії є позитивна інтерпретація будь-яких проблем і симптомів (наприклад, імпотенція трактується як здатність уникати конфліктів в сексуальній сфері, фригідність - як здатність тілом сказати "ні", анорексія - як здатність обходитися мінімумом їжі і т.ін.).

Особливу увагу в позитивній психотерапії приділяється формуванню особистісної та характерологічній гармонійності з допомогою надання інформації про традиційні транскультурні способи переробки конфліктів і формування цінностей.

Когнітивна терапія розглядає механізми виникнення різних емоційних феноменів і невротичних симптомів у зв'язку з наявними у пацієнта відхиленнями в оцінці реальної дійсності у вигляді "систематичних упереджень". Вважається, що емоційні розлади виникають з-за "когнітивної уразливості" - схильності до стресу чинності використання при аналізі зовнішніх подій жорстоко заданих ірраціональних помилок ("когнітивних спотворень"). Серед них виділяються: сверхгенерализація (невиправдане узагальнення на підставі поодинокого випадку); катастрофізація (перебільшення наслідків будь-яких подій); довільність висновків (бездоказовість і суперечливість при винесенні висновків); персоналізація (схильність інтерпретувати події в контексті особистих значень); дихотомічність мислення (схильність до використання в мисленні крайнощів); вибірковість абстрагування (концептуалізація ситуації на основі деталі, видобутої з контексту).

Метою когнітивної терапії є виправлення помилкової переробки інформації і модифікація переконань у бік їх раціоналізації та вироблення життєвої стратегії здорового глузду.

Різновидом когнітивної терапії вважається раціонально-емотивна терапія, націлена на викорінення когнітивних спотворень і т.зв. ірраціональних установок і думок, які можуть лежати в основі невротичного конфлікту. Існує дванадцять основних ірраціональних ідей, які в процесі консультування повинні бути виправлені:

1. Для дорослої людини абсолютно необхідно, щоб кожен його крок був привабливий для оточуючих.

2. Є вчинки порочні, кепські. І винних у них слід суворо карати.

3. Це катастрофа, коли все йде не так, як хотілося б.

4. Всі біди нав'язані нам ззовні - людьми або обставинами.

5. Якщо щось лякає або викликає побоювання - постійно будь напоготові.

6. Легше уникати відповідальності і труднощів, ніж їх долати.

7. Кожен має потребу в більш сильному і значному, ніж те, що він відчуває в собі.

8. Потрібно бути у всіх відносинах компетентним, адекватним, розумним і успішним.

9. Те, що сильно вплинуло на ваше життя один раз, завжди буде впливати на нього.

10. На наше благополуччя впливають вчинки інших людей, тому треба зробити все, щоб ці люди змінювалися в бажаному для нас напрямку.

11. Пливти за течією і нічого не робити - ось шлях до щастя.

12. Ми не владні над своїми емоціями і не можемо не випробовувати їх.

У відповідності з принципами раціонально-емотивної терапії з боку клієнта повинна відбутися "відмова від вимог" до дійсності і самому собі, заснованих на ірраціональних ідеях (установках), які діляться на чотири групи: установки повинності ("люди повинні бути чесними", "чоловік повинен бути вірним"); катастрофічні установки ("все жахливо і непоправно"); установка обов'язкової реалізації своїх потреб ("я повинен бути щасливим"); оцінна установок. Основним способом терапії є сократівський діалог - когнітивний диспут з використанням законів логіки.

На логічному переконанні клієнта або пацієнта заснований також метод раціональної психотерапії, спрямований на навчання людини правильного мислення, уникнення логічних помилок і помилок з метою запобігання появи невротичних симптомів.

Психотерапія "здоровим глуздом" включає в себе, поряд з елементами раціональної психотерапії, тобто переконання людини на підставі логічної аргументації і формування правильного мислення, заснованого на визначеності, послідовності і доведеності, становлення багатоваріантного способу осмислення дійсності. Він протиставляється одноваріантному (ригідному), що є частиною патологічного розумового паттерна при т.зв. каузальній атрибуції. Базою особистісної позиції при психотерапії "здоровим глуздом" вважається так звана антиціпаційна спроможність - здатність людини передбачати хід подій, будувати процес прогнозування на багатоваріантній гнучкій основі, використовуючи минулий життєвий досвід.

Принцип відмови від претензій є одним з основоположних в структурі антиципаційного тренінгу. Це пов'язано з тим, що установка повинності по відношенню до того, що відбувається навколо людини і всередині його приводить до формування патогенних патернів осмислення дійсності, що виражаються в двох різновидах експектацій потенційного невротика: "мені всі повинні" або "я всім повинен". Така життєва позиція призводить до становлення неврозогенного моноваріантного або полівариантного типів імовірного прогнозування. Подібні закономірності можна виявити і при ігноруванні використання в життя принципів однозначності і фатальності.

Суттю принципу вироблення стратегії "антиципуючого співоволодіння" ("передбачення печалі") є зміна ригідній особистісної позиції відносно способів прогнозування майбутніх подій і тренінг навичок багатоваріантного прогнозування. Мета зміни ригідній моноваріантної особистісної позиції пацієнта досягається в процесі психологічного консультування з використанням методу "сократичного діалогу", демонстрації психотерапевтом фактів зв'язку невротичних розладів і преморбідної специфіки прогнозування життєвих ситуацій. Наголос при цьому робиться на факті частої розбіжності прогнозів пацієнта, щодо ймовірності виникнення тих чи інших ситуацій і реально що відбувалися подіями. У спільних психотерапевтичних бесідах (консультації) психотерапевт робить аналіз даних випадків, націлюючись на переконання пацієнта в тому, що відмова від прогнозування ймовірних, але негативних подій у його житті є стійкою стратегією і викликає невротичні розлади. Поряд з цим використовуються методики "контрастування" і транскультурних кореляцій. Процес власне антиципаційного тренінгу, який можна назвати психокорекційним, включає індивідуальні і групові заняття, під час яких відбувається програвання (і обговорення) різноманітних високо актуальних життєвих подій: зрада, розлучення, звільнення, зрада, смерть близького.

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2**

Було проведено емпіричне дослідження в групі респондентів, що складається з 30 чоловік віком 40-50 років

Для дослідження невротичних розладів ми використали такі методики: методика діагностика рівня невротизації Л.І. Васермана, клінічний опитувальник для виявлення й оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д. М. Менделевич), проективний тест М. Люшера.

Методика«Діагностика рівня невротизації Л.І. Васермана» призначена для діагностики рівня невротизації особистості. Питання для визначення рівня невротизації в даній методиці мають орієнтировочний характер. Опитувальник складається з 40 питань.

Методика «Клінічний опитувальник для виявлення й оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д. М. Менделевич)» застосовується для виявлення й оцінки невротичних станів. Тест розробили К.К. Яхіна і Д.М. Менделеєвич. Тест призначений для якісного аналізу невротичних проявів і дозволяє виявити основні синдроми невротичних станів з наступних шести шкал: тривога, невротична депресія, астенія, істеричний тип реагування, нав'язливо-фобічні порушення, вегетативні порушення. Опитувальник містить 68 питань.

Тест М. Люшера - проективна методика дослідження особистості. Метод заснований на суб'єктивному перевагу колірних стимулів.

Восьмикольоровий тест М. Люшера складається з 4-х основних кольорів Кожен колір має свій номер і символізує певні потреби, емоційні стани і основні способи компенсації, фрустрації невдач.

На основі проведеного дослідження можемо зробити наступні висновки: рівень невротичних розладів у осіб зрілого віку достатньо високий, спостерігається збудливість, наявність негативних переживань, занепокоєння, тривога та виснаження. Спричинено це надмірною психофізичною напругою, емоційним реагуванням на повсякденні конфлікти та надмірними вимогами до себе.

Щодо психокорекції неврозів, слід створити таке соціальне середовище, яке б сприяло усуненню невпевненості у майбутньому, зростанню поваги, особистої гідності людини, нормалізації житлових умов, побутових умов, ліквідації джерел (травматичних, інфекційних), які викликають ті чи інші захворювання, що сприяють послабленню організму і ведуть до виникнення неврозів. Важливо не забувати про нормування фізичних та психічних навантажень.

Найбільш відомими методами психокорекції невротичних розладів є раціональна психотерапія, логотерапія, психологія самореалізації, позитивна психотерапія, когнітивна терапія, раціонально-емотивна психотерапія і психотерапія "здоровим глуздом".

**ВИСНОВКИ**

1. Аналіз наукової літератури з питань вивчення підходів до невротичних розладів показав, що більшість дослідників пропонують користуватися терміном "невроз" лише для позначення захворювань, спричинених дією психічної травми, і відносити їх до психогенних захворювань. Симптоматику неврозу розглядали в різних теоріях. Існує нейрофізіологічна наукова платформа та психологічна платформа. Більшість теорій представляють невроз як наслідок глибинного психологічного конфлікту.

2. Виділяють три класичні форми неврозів. Неврастенія - нервове виснаження, перевтома, що виявляється поєднанням підвищеної дратівливості і слабкості. Вона розвивається в осіб з врівноваженістю обох сигнальних систем внаслідок надмірного по силі і тривалості перенапруження нервової системи, що перевищує її межі витривалості та приводить до послаблення внутрішнього гальмування і виснаження нервової системи. Для неврастенії характерні три стани порушень вищої нервової діяльності: послаблення внутрішнього гальмування і, отже, посилення дратівливого процесу (гіперстенія); патологічна лабільність дратівливого процесу при одночасній слабкості гальмівного процесу; виражене гальмування в корі головного мозку і послаблення дратівливого процесу. Істерія - психічний розлад, що характеризується втратою або зміною будь-яких тілесних функцій, наприклад зору, слуху, без органічних (фізичних) причин для виникнення цих симптомів. У сучасній класифікації подібні стани позначаються як конверсійні розлади. Невроз нав’язливих станів характеризується появою стійких тривожних думок, страхів, наприклад, "заразитися хворобою", втратити близьку людину, почервоніти при розмові, залишитися одному в приміщенні і т.ін. При цьому людина добре розуміє нелогічність своїх побоювань, але не може від них позбутися.

3. Емпіричне дослідження особливостей невротичних розладів у осіб зрілого віку проведено за допомогою методики «Діагностика рівня невротизації Л.І. Васермана», «Клінічного опитувальника для виявлення й оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д. М. Менделевич)», «Проективного тесту М. Люшера». На основі отриманих даних можна зробити висновок, що рівень невротичних розладів серед осіб зрілого віку достатньо високий.

За методикою «Діагностика рівня невротизації Л.І. Васермана» 26,6 % осіб мають емоційну стійкість, а 43,3 % негативні переживання та емоційну збудливість.

Отриманні результати за методикою «Клінічний опитувальник для виявлення й оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д. М. Менделевич)» свідчать, що лише третина респондентів знаходяться в стані здоров’я.

За проективним тестом М. Люшера у більшості респондентів переважає занепокоєння, тривога, роздратування та збудження, а решта досліджуваних мають виражену сприйнятливість.

4. На основі результатів констатувального експерименту розроблено практичні рекомендації щодо профілактики невротичних розладів у осіб зрілого віку, а саме: розумний розподіл фізичного та психічного навантаження; неважкі фізичні вправи; дотримування денного режиму; контроль за проявом своїх емоцій.

Серед методів психокорекції неврозів найбільш ефективними визнають аутотренінг, поведінкову (біхевіоральну) терапію, нейролінгвістичне програмування, психодраму, трансактний аналіз.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Авербух Е. С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте / Е.С. Авербух – М. : МГУ, 1969 – 285 с.
2. Аверин В. А. Психология личности / В. А. Аверин. – СПб. : Вид-во Михайлова В. А., 1999. – 89 с.
3. Ананьев Б.Г. Структура развития психофизиологических функций взрослого человека / Б.Г. Ананьев // Хрестоматия по возрастной психологии. - М. : ИПП, 1996. – 346 с.
4. Бодалев А.А. Вершина в развитии взрослого человека / А.А. Бодалев - М. : Флинта, Наука, 1998. – 325 с.
5. Большой толковый психологический словарь ⁄ [пер. с англ. А. Ребер]. – Т. 1 (А-О). – М. : АСТ ; Вече, 2001. – 592 с.
6. Большой толковый психологический словарь ⁄ [пер. с англ. А. Ребер]. – Т. 2 (П-Я). – М. : АСТ ; Вече, 2001. – 560 с.
7. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь : теория и практика ⁄ А. Ф. Бондаренко. – К. : Укртехпрес, 1997. – 216 с.
8. Василюк Ф. Б. Психология переживаний: анализ преодолений критических ситуаций / Ф. Б. Василюк. – М. : МГУ, 1984. – 283 с.
9. Вачков И. В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники / И. В. Вачков. – М. : Ось–98, 1999. – 176 с.
10. Вереіна Л. В. Практикум з психодіагностики / Л. В. Вереіна, С. В. Баранова. – Луганськ : СНУ ім. В. Даля, 2002. – 184 с.
11. Витакер Д. С. Группы как инструмент психологической помощи / Д. С. Витакер ; пер. с англ. Д. С. Витакер. – М. : Класс, 2000. – 432 с.
12. Воронов М. В. Психосоматика : практическое руководство / М. В. Воронов М. В. – К. : Ника-Центр, 2004. – 256 с. : ил.
13. Грегор О. А. Как противостоять стрессу / О. А. Грегор. – СПб. : ТОО Лейла, 1994. – 114 с.
14. Дикая Л. Г. Отношение человека к неблагоприятным жизненным событиям и факторы его формирования // Л. Г. Дикая, А. В. Махнач // Психологический журнал. – 1996. – Т. 17, № 3. – С. 140–148.
15. Дорожевец А. Н. Когнитивные механизмы адаптации к кризисным событиям / А. Н. Дорожевец // Журнал практического психолога. – 1998. – № 4. – С. 3–17.
16. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б. Д. Карвасарский. – СПб. : Питер Ком, 1998. – 752 с.
17. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса / Л. А. Китаев-Смык. – М. : Наука, 1983. – 135 с.
18. Короленко Ц. П. Психология человека в экстремальных условиях / Ц. П. Короленко. – Л. : Наука, 1978. – 115 с.
19. Леонова А. Б. Психопрофилактика стрессов / А. Б. Леонова, А. С. Кузнецова. – М. : МГУ, 1993. – 123 с.
20. Леонова Л. Б. Психологическая саморегуляция и профилактика неблагоприятных функциональных состояний / Л. Б. Леонова // Психологический журнал. – 1988. – № 3. – С. 43–52.
21. Лидерс А. Г. Психологический тренинг / А. Г. Лидерс. – М. : Академия, 2001. – 256 с.
22. Лушин П. В. Психология личностного изменения / П. В. Лушин. – Кировоград : Имэкс ЛТД, 2002. – 360 с.
23. Лакосина Н. Д. Медицинская психология. / Н.Д. Лакосина, Г. К. Ушаков. - М. : Медицина, 1984. -272 с.
24. Любимова Н. В. Самоисцеление творчеством и адаптацией к жизни ⁄ Н. В. Любимова. – Ростов н ⁄ Д. : Феникс, 2006. – 64 с. – (Психологический практикум).
25. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство / В.Д.Менделевич. – М. : МЕДпресс, 1999. – 272 с.
26. Методы эффективной психокоррекции : хрестоматия / [cост. К. В. Сельченок]. – Мн. : Харвест, 1999. – 816 с.
27. Мясищев В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев. - Л. : Изд-во ЛГУ, 1960. - 426 с.
28. Мэй Р. Искусство психологического консультирования / Ролло Мэй ; пер. с англ. Т. К. Кругловой. – М. : Класс, 1999. – 144 с.
29. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования ⁄ Ричард Нельсон-Джоунс ; пер. с англ. Е. Волкова. – СПб. : Питер, 2000. – 464 с.
30. Носс И. Н. Руководство по психодиагностике ⁄ И. Н. Носс. – М. : Ин-т психотерапии, 2005. – 688 с.
31. Осипова А. А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях ⁄ А. А. Осипова. – [2-е изд.]. – Ростов н ⁄ Д. : Феникс, 2006. – 315, [1] c. – (Справочник).
32. Панкратов В. Н. Защита от психологического манипулирования ⁄ В. Н. Панкратов. – М. : Ин-т психотерапии, 2004. – 208 с.
33. Практикум по возрастной психологии / Л. А. Головей, Е. Ф. Рыбалко. – СПб. : Речь, 2005. – 688 с.
34. Психологія особистості : словник-довідник / [за ред. П. П. Горностая, Т. М. Титаренко]. – К. : Рута, 2001. – 320 с.
35. Психология социальной работы / [О. Н. Александрова, О. Н. Боголюбова, Н. Л. Васильева и др.] ; под ред. М. А. Гулиной. – СПб. : Питер, 2002. – 352 с.
36. Психология личности. – СПб. : Питер, 2000. – 345 с.
37. Психология человека: от рождения до смерти / А.А. Реана – СПб. : Прайм-Еврознак, 2002. – 656 с.
38. Психотерапия в клинической практике / [Вельвовский И.З., Липгарт Н.К., Багалей Е.М., Сухоруков В.И.] – К. : Здоров′я, 1984. – 160 с.
39. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учеб. пособ. / Д. Я. Райгородский. – Самара : БАХРАХ, 1998. – 672 с.
40. Реан А. А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика / А.А. Реан, А. Р. Кудашев, А.А. Баранов. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2006. – 479, [1] с.
41. Роджерс К. Клиентоцентрированный (человекоцентрированный) подход в психотерапии / К. Роджерс // Вопросы психологии. – 2001. – № 2. – С. 48–59.
42. Рудестам К. Групповая психотерапия / Кьел Рудестам ; пер. с англ. А. Голубева. – СПб. : Питер Ком, 1998. – 384 с.
43. Рыбалко Е. Ф. Возрастная и дифференциальная психология / Е.Ф. Рыбалко. – СПб. : Питер, 2001. – 224 с.
44. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии / Е. В. Сидоренко. – СПб. : Речь, 2000. – 350 с.
45. Словарь практического психолога [cост. С. Ю. Головин]. – Мн. : Харвест, 1997. – 800 с.
46. Старшенбаум Г. В. Психотерапия в группе ⁄ Г. В. Старшенбаум. – М. : Ин-т психотерапии, 2005. – 320 с.
47. Тарасов Е. А. Психотерапия ⁄ Е. А. Тарасов. – М. : ФАИР, 1997. – 320 с. : ил.
48. Терлецька Л. Г. Психологія зрілості / Л. Г. Терлецька. – К. : Главник, 2006. – 144 с.
49. У лабірінтах психології особистості : Світ психічних явищ / [aвт.-упоряд. О. В. Тимченко, В. Б. Шапар]. – Х. : Прапор, 1997. – 414 с.
50. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза ⁄ К. Хорни. – СПб. : Лань, 1997. – 240 с.

**Додаток А**

**Питання до методики діагностики рівня невротизації Л. І. Васермана**

1.У різних частинах свого тіла я часто відчуваю печіння, поколювання, відчуття мурашок, оніміння.

2. Я рідко задихаюся, і у мене не буває сильного серцебиття.

3. Раз на тиждень або частіше я буваю дуже збуджений або збентежений.

4. Голова у мене болить часто.

5. Два-три рази в тиждень по ночах мене турбують кошмари.

6. Останнім часом я відчуваю себе гірше, ніж будь-коли.

7. Майже кожен день трапляється що-небудь, що мене лякає.

8. У мене бували періоди, коли через хвилювання я втрачав сон.

9. Зазвичай робота потребує від мене великої напруги.

10. Іноді я буваю так збуджений, що це заважає мені заснути.

11. Більшу частину часу я відчуваю незадоволеність життям.

12. Мене постійно що щось турбує.

13. Я намагаюся рідше зустрічатися зі своїми знайомими і друзями.

14. Життя для мене майже завжди пов'язане з напругою.

15. Мені важко зосередитися на будь-якій задачі або роботі.

16. Я дуже втомлююся за день.

17. Я вірю в майбутнє.

18.У мене часто бувають сумні роздуми.

19. Часом мені здається, що моя голова працює повільніше, ніж зазвичай.

20. Сама важка боротьба для мене - це боротьба з самим собою.

21. Я майже завжди про щось або про когось турбуюсь.

22. У мене мало впевненості в собі.

23. Я часто відчуваю невпевненість у собі.

24. Кілька разів на тиждень мене турбують неприємні відчуття у верхній частині живота (під ложечкою).

**Продовження Додатку А**

25. Іноді у мене буває таке відчуття, що переді мною виросло стільки труднощів, що здолати їх просто неможливо.

26. Раз на тиждень або частіше я без видимої причини раптово відчуваю жар у всьому тілі.

27. Часом я засмучую себе тим, що занадто багато на себе беру.

28. Я дуже уважно ставлюся до того, як я одягаюся.

29. Мій зір погіршився останнім часом.

30. У відносинах між людьми найчастіше торжествує несправедливість.

31. У мене бувають періоди такого сильного занепокоєння, що я навіть не можу всидіти на місці.

32. Я з задоволенням танцюю, коли є можливість.

33. По можливості я намагаюся уникати великого скупчення людей.

34. Мій шлунок сильно турбує мене.

35. Мушу зізнатися, що часом я хвилююся через дрібниці.

36. Часто сама засмучуюся, що я такий дратівливий і буркотливий.

37. Кілька разів на тиждень у мене буває таке відчуття, що має трапитися щось страшне.

38. Мені здається, що близькі мене погано розуміють.

39. У мене часто бувають болі в серці або у грудях.

40. В гостях я зазвичай сиджу де-небудь в стороні або розмовляю з ким-небудь одним.

**Додаток Б**

**Питання до клінічного опитувальника для виявлення й оцінки невротичних станів ( К.К. Яхін, Д. М. Менделевич)**

1. Ваш сон поверхневий і неспокійний?

2. Чи помічаєте Ви, що стали більш повільні, немає колишньої енергійності?

3. Після сну Ви відчуваєте себе втомленим і "розбитим"?

4. У Вас поганий апетит?

5. У Вас бувають відчуття здавлювання в грудях і почуття нестачі повітря при заворушеннях або розладах?

6. Вам важко буває заснути, якщо Вас щось турбує?

7. Чи відчуваєте Ви себе пригніченим?

8. Чи відчуваєте Ви у себе підвищену втомлюваність, втому?

9. Чи помічаєте Ви, що попередня робота дається Вам важче і вимагає великих зусиль?

10. Чи помічаєте Ви, що стали більш розсіяним і неуважним забуваєте куди поклали яку-небудь річ, або не можете згадати, що тільки-но збиралися робити?

11. Вас турбують нав'язливі спогади?

12. Чи буває у Вас відчуття якого-то занепокоєння (ніби що має трапитися), хоча особливих причин немає?

13. У Вас виникає страх захворіти важким захворюванням (рак, інфаркт, психічне захворювання і т.д.)?

14. Ви не можете стримувати сльози і плачете?

15. Чи помічаєте Ви, що потреба в інтимному житті для Вас стала менше або навіть стала Вас обтяжувати?

16. Ви стали більш дратівливі і запальні?

17. Чи приходить Вам думка, що у Вашому житті мало радості і щастя?

18. Чи помічаєте Ви, що стали байдужим, немає колишніх інтересів і захоплень?

**Продовження Додатку Б**

19. Чи перевіряєте Ви багаторазово виконані дії: вимкнений чи газ, вода, електрика, замкнені чи двері і т.д.?

20. Чи існують біль або неприємні відчуття в області серця?

21. Коли Ви збентежуєтеся, у Вас буває так погано з серцем, що Вам доводиться приймати ліки або навіть викликати "швидку допомогу"?

22. Чи буває у Вас дзвін у вухах або брижі в очах?

23. Чи бувають у Вас напади прискореного серцебиття?

24. Ви так чутливі, що гучні звуки, яскраве світло і різкі фарби дратують Вас?

25. Чи відчуваєте Ви в пальцях рук і ніг, чи в тілі поколювання, повзання мурашок, оніміння або інші неприємні відчуття?

26. У Вас бувають періоди такої турботи. Що Ви навіть не можете всидіти на місці?

27. Ви до кінця роботи так сильно втомлюєтеся, що Вам необхідно відпочити, перш ніж взятися за щось?

28. Очікування Вас турбує і нервує?

29. У Вас паморочиться голова і темніє в очах, якщо Ви різко встанете або нахиліться?

30. При різкій зміні погоди у Вас погіршується самопочуття?

31. Ви помічали, як у Вас мимоволі сіпаються голова і плечі, або повіки, вилиці, особливо, коли Ви хвилюєтеся?

32. У Вас бувають кошмарні сновидіння?

33. Ви відчуваєте тривогу і занепокоєння за кого-небудь або за що-небудь?

34. Чи відчуваєте Ви ком в горлі при хвилюванні?

35. Чи буває у Вас відчуття, що до Вас ставляться байдуже, ніхто не прагне Вас зрозуміти і поспівчувати, і Ви відчуваєте себе самотнім?

36. Чи відчуваєте Ви труднощі при ковтанні їжі, особливо коли хвилюєтеся?

37. Ви звертали увагу на те, що руки або ноги у Вас знаходяться в неспокійному русі?

**Продовження Додатку Б**

38. Чи турбує Вас, що ви не можете звільнитися від нав'язливих думок, які постійно повертаються (мелодія, вірш, сумніви)?

39. Ви легко потієте при заворушеннях?

40. Чи буває у Вас страх залишатися наодинці в порожній квартирі?

41. Чи відчуваєте Ви у себе нетерплячість, непосидючість або метушливість?

42. У Вас бувають запаморочення або нудота до кінця робочого дня?

43. Ви погано переносите транспорт (Вас "закачує" і Вам стає погано)?

44. Навіть у теплу погоду ноги і руки у вас холодні (мерзнуть)?

45. Чи Легко Ви ображаєтеся?

46. У Вас бувають нав'язливі сумніви в правильності Ваших вчинків або рішень?

47. Чи Не вважаєте Ви, що Ваша праця на роботі чи вдома недостатньо оцінюється навколишніми?

48. Вам часто хочеться побути одному?

49. Ви помічаєте, що Ваші близькі ставляться до Вам байдуже або навіть неприязно?

50. Ви відчуваєте себе скуто або невпевнено у суспільстві?

51. Чи бувають у Вас головні болі?

52. Чи помічаєте Ви, як стукає або пульсує кров в судинах, особливо якщо ви хвилюєтеся?

53. Чи здійснюєте Ви машинально непотрібні дії (потираєте руки, поправляєте одяг, пригладжуєте волосся і т.д.)?

54. Ви легко червонієте від сорому?

55. Чи покривається Ваше обличчя, шия або груди червоними плямами при заворушеннях?

56. Чи приходять Вам на роботі думки, що з Вами може несподівано що-то статися і Вам не встигнуть надати допомогу?

57. Чи виникають у вас біль або неприємні відчуття в області шлунку, коли Ви збентежуєтеся?

**Продовження Додатку Б**

58. Чи приходять Вам думки, що Ваші подруги (друзі) або близькі більш щасливі, ніж Ви?

59. Чи бувають у Вас запори або проноси?

60. Коли Ви збентежуєтеся у Вас буває відрижка або нудота?

61. Перш ніж прийняти рішення довго Ви вагаєтесь?

62. Чи Легко змінюється Ваше настрій?

63. При розладах у Вас з'являється свербіж шкіри або висип?

64. Після сильного розладу Ви втрачали голос або у Вас віднімалися руки або ноги?

65. У Вас підвищене слиновиділення?

66. Чи буває, що Ви не можете один перейти вулицю, відкриту площа?

67. Чи буває, що Ви відчуваєте сильне почуття голоду, а тільки-но почавши їсти, швидко наїдаєтесь?

68. У Вас виникає почуття, що в багатьох неприємностях винні Ви самі?

**Додаток В**

**Ключ до Клінічного опитувальника для виявлення й оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д. М. Менделевич)**

Шкала тривоги

 Номер пит. 1 бал 2 бали 3 бали 4 бали 5 балів

 6 -1,33 -0,44 1,18 1,31 0,87

 12 -1,08 -1,3 -0,6 0,37 1,44

 26 -1,6 -1,34 -0,4 -0.6 0,88

 28 -1,11 0 0,54 1,22 0,47

 32 -0,9 -1,32 -0,41 0,41 1,3

 33 -1,19 -0,2 1 1,04 0,4

 37 -0,78 -1,48 -1,38 0,11 0,48

 41 -1,26 -0,93 -0,4 0,34 1,24

 50 -1,23 -0,74 0 0,37 0,63

 61 -0,92 -0,36 0,28 0,56 0,1

Шкала невротичної депресії

Номер пит. 1 бал 2 бали 3 бали 4 бали 5 балів

 2 -1,58 -1,45 -0,41 0,7 1,46

 7 -1,51 -1,53 -0,34 0,58 1,4

 15 -1,45 -1,26 -1 0 0.83

 17 -1,38 -1,62 -0,22 0,32 0,75

 18 -1,3 -1,5 -0,15 0,8 1,22

 35 -1,34 -1,34 -0,5 0,3 0,73

 48 -1,2 -1,23 0,36 0,56 0,2

 49 -1,08 -1,08 -1, 18 0 0,46

 58 -1,2 -1,26 -0,37 0.21 0,42

 68 -1,08 -0,54 -0,1 0,25 0,32

Шкала астенії

 Номер пит. 1 бал 2 бали 3 бали 4 бали 5 балів

 3 -1,51 -1,14 -0,4 0,7 1,4

 8 -1,5 -0,33 0,9 1,32 0,7

 9 -1,3 -1,58 -0,6 0,42 1

 10 -1,62 -1,18 0 0,79 1,18

 14 -1,56 -0,7 -0,12 0,73 1,35

 16 -1,62 -0,6 0,26 0,81 1,24

 24 -0,93 -0,8 -0,1 0,6 1,17

 27 -1,19 -0,44 0,18 1,2 1,08

 Шкала істеричного типу реагування

Номер пит. 1 бал 2 бали 3 бали 4 бали 5 балів

 5 -1,41 -1,25 -0,5 0,4 1,53

 21 -1,2 -1,48 -1,26 -0,18 0,67

 31 -1,15 -1,15 -0,87 -0,1 0,74

 34 -1,48 -1,04 -0,18 1,11 0,5

 35 -1,34 -1,34 -0,52 0,3 0,73

 36 -1,3 -1,38 -0,64 -0,12 0,66

 45 -1,58 -0,23 0,34 0,57 0,78

 47 -1,38 -1,08 -0,64 -0,1 0,52

 49 -1,08 -1,08 -1,18 -0,1 0,46

 57 -1,2 -1,34 -0,3 0 0,42

 64 -0,6 -1,26 -1,08 -0,38 0,23

Шкала нав'язливо-фобічних порушень

Номер пит. 1 бал 2 бали 3 бали 4 бали 5 балів

 11 -1,38 -1,32 -0,3 0,3 1,2

 13 -1,53 -1,38 -0,74 0,23 0,9

 19 -1,32 -0,63 0 0,99 1,2

 38 -0,9 -1,17 -0,43 0,37 0,69

 40 -1,38 -0,67 -0,81 0,18 0,64

 46 -1,34 -1,2 0,1 0,54 0,43

 53 -0,78 -1,5 -0,35 0,27 0,36

 56 -0,3 -1,2 -1,3 -0,67 0,33

 61 -0,92 -0,36 0,28 0,56 0.1

 66 -1 -0,78 -1,15 -0,52 0,18

**Продовження Додатку В**

Шкала вегетативних порушень

Номер пит. 1 бал 2 бали 3 бали 4 бали 5 балів

 1 -1,51 -1,6 -0,54 0,5 1,45

 4 -1,56 -1,51 -0,34 0,68 1,23

 6 -1,33 -0,44 1,18 1,31 0,87

 20 -1,3 -1,58 -0,1 0,81 0,77

 22 -1,08 -1,5 -0,71 0.19 0,92

 23 -1,8 -1,4 -0,1 0,5 1,22

 25 -1,15 -1,48 -1 0,43 0,63

 29 -1,6 -0,5 -0,3 0,62 0,9

 30 -1,34 -0,7 -0,17 0,42 0,85

 32 -0,9 -1,32 -0,41 0,42 1,19

 39 -1,56 -0,43 -0,1 0,48 0,76

 42 -1,3 -0,97 -0,4 -0,1 0,7

 43 -1,11 -0,044 0 0,78 0,45

 44 -1,51 -0,57 -0,26 0,32 0,63

 51 -1,34 -0,78 0,2 0,31 1,4

 52 -0,97 -0,66 -0,14 0,43 0,77

 54 -0,93 -0,3 0,13 0,93 0,6

 57 -1,2 -1,34 -0,3 0 0,42

 59 -1,08 -0,83 -0,26 0,24 0,55

 63 -0,9 -1,15 -1 -0,1 0,25

 65 -1 -1,26 -0,22 -0,43 0,27

 67 -0,7 -0,42 -0,55 0,18 0,4