**РОЗДІЛ 1**

**Теоретичний аналіз проблеми патопсихологічного прояву тривожних розладів при патології органів слуху та їх корекції**

**1.1. Загальна характеристика тривожних розладів**

Як зазначається у DSM-V спільними ознаками всіх тривожних розладів є надмірний страх, тривога та пов’язані з ними особливості поведінки, такі як уникнення відповідних об’єктів та ситуацій, неможливість ефективно виконувати щоденні справи.

При цьому страх – це реакція на реальну чи уявну загрозу, а тривога стосується очікування загрози у майбутньому. Часто для зменшення страху та тривоги людина вдається до поведінки уникнення.

Переживання тривоги та страху співіснують, втім мають відмінне вираження: страх пов’язаний зі зростанням збудження АНС і супроводжується реакцією «боротьби-втечі», а тривога пов’язана з напругою у м’язах, очікуванням майбутньої небезпеки, і для неї є характерними пильність та поведінка уникнення [23].

Більшість людей час від часу можуть переживати страх та тривогу, тому під час обстеження також враховують, на скільки ці прояви відповідають віковим нормам та на скільки перешкоджають нормальному функціонуванню людини.

До основних тривожних розладів відносять: розлад сепараційної тривоги, селективний мутизм, специфічні фобії, розлад соціальної тривоги (соціальна фобія), панічний розлад, агорафобію та генералізований тривожний розлад [23].

Панічні атаки в межах тривожних розладів часто розглядають як один з видів реакції страху, втім вони можуть бути і частиною інших розладів.

Під час діагностики тривожних розладів враховують тип об’єктів та ситуацій, які провокують страх та тривогу, поведінку уникнення та думки людини. Для постановки діагнозу важливо, щоб симптоми тривали щонайменше 6 місяців.

Більшість дослідників тривожних розладів погоджуються з тим, що частота та вираженість симптомів тривожних розладів сильно пов’язана з методами їхньої оцінки.

Таким чином в різних дослідженнях ймовірність мати протягом життя тривожний розлад коливається від 1 з 4 до 1 з 10-ти випадків [22].

На сьогоднішній день тривожні розлади є одним з найбільш поширених класів розладів [42].

В одному з європейських епідеміологічних досліджень було показано, що найчастіше люди скаржаться на симптоми специфічних фобій, що складає від 6 до 12 % випадків на популяцію.

Наступним за частотою є соціальний тривожний розлад, ймовірність розвитку котрого протягом життя складає близько 10%.

Ймовірність інших тривожних розладів (агорафобії, панічного розладу, ГТР) складає від 3 до 5% [22].

Майже у половині випадків тривожні розлади виникають ще в дитинстві і без належного лікування тривають протягом життя. Найраніше за віком з’являються симптоми специфічних фобій.

Перші симптоми соціальної фобії, як правило, стають помітними у підлітковому віці чи ранній дорослості.

Початок панічного розладу, агорафобії та ГТР має більшу дисперсію і припадає на ранню дорослість (20-25 рр.). В епідеміологічних дослідженнях показано, що віковий спад тривожних розладів є досить незначним [42].

Це означає, що за умови відсутності ефективного лікування в більшості випадків тривожні розлади тривають протягом всього життя. Також в дослідженнях показано: чим раніше за віком починається тривожний розлад, тим більшою є ймовірність розвитку іншого психічного розладу та зловживання психоактивними речовинами.

Тривожні розлади частіше виникають у жінок, ніж у чоловіків у співвідношенні 2:1 [23].

У порівнянні з іншими класами поширених психічних розладів тривожні розлади мають більшу коморбідність між собою та з іншими психічними та соматичними розладами. Майже половина осіб страждають від двох і більше тривожних розладів [42].

Тривожні розлади мають високу коморбідність з розладами настрою та зловживанням психоактивними речовинами [45].

Значна частина осіб з первинним діагнозом СТР мають коморбідну депресію. Про людей з ГТР та СТР навіть кажуть, що присутність в них коморбідного розладу є швидше правилом, ніж виключенням [55].

Не зважаючи на те, що більшості осіб з тривожним розладом вдається взаємодіяти з іншими та виконувати щоденні справи, втім симптоми надмірної тривоги та страху накладають обмеження.

Як буде описано нижче – для людей з різними типами тривожних розладів характерні особливі дефіцити у психосоціальному функціонуванні.

Для людей з генералізованим тривожним розладом (ГТР) властиво переживати надмірну тривогу та страх у різних сферах життя. Наприклад, тривожитися через власне благополуччя та добробут близьких людей: здоров’я, рівень доходів, досягнення на роботі чи навчанні.

Крім цього людину непокоять фізичні симптоми, пов’язані з хвилюванням: відчуття зайвої напруги, проблеми зі сном та концентрацією уваги, втома.

Багато людей з ГТР також скаржаться на пітливість, нудоту, діарею, біль у животі та головний біль. Зайві переживання забирають час та сили, перешкоджають не лише швидкому та ефективному виконанню справ, але і стосункам з іншими людьми, особливо за межами родини [23].

Для соціального тривожного розладу (СТР) характерне відчуття напруження та тривоги піл час соціальної взаємодії чи діяльності через думки людини про те, що її оцінюють або думають про нього [1].

Вже починаючи з підліткового віку від 27 до 47% молодих людей повідомляють хоча би про один соціальний страх, найбільш поширеним серед яких є страх робити щось перед іншими, наприклад, говорити на публіку.

Що стосується клінічних форм соціальної тривоги, то якщо до 12 років вони поширені менше 1%, то в проміжку з 12 до 17 років і далі цей відсоток зростає до 2-3% на популяцію [39; 40].

Осіб з СТР непокоять знайомства з новими людьми, споживання їжі чи напоїв в присутності інших, публічні події та виступи. Людина переживає через те, що виглядатиме тривожною, слабкою, некомпетентною, нудною, справить враження неприємної людини, а також що інші можуть помітити як вона червоніє, пітніє, тремтить чи затинається.

Відтак люди з СТР намагаються уникати соціальних ситуацій, щоб не переживати весь спектр негативних емоцій страху, тривоги, сорому та приниження [1; 23].

Наприклад, особа, яка боїться, що інші помітять тремтіння її рук, буде уникати споживати їжу, напої, а також буде намагатися не писати, не виступати в присутності інших; а особа зі страхом перед потовиділенням буде намагатися не обіймати, не потискати руку, не наближатися до інших; якщо ж людина боїться почервоніти – вона уникатиме в розмові певних тем, місць з яскравим освітленням, публічних виступів [23].

Під час спілкування особа з СТР часто виглядає замкнутою, сором’язливою, часом проявляє надмірну асертивність, покору, або, навпаки, намагається контролювати розмову. У невербальній комунікації може проявляти ригідну позицію тіла, невідповідний зоровий контакт, чи говорити зміненим (наприклад «надто м’яким») голосом.

Як зазначає О. Аврамчук, під час спілкування з фахівцями людині з соціальною фобією важко підтримувати зоровий контакт, і хоча вона відповідає на прямі запитанні, втім має особливу трудність з тим, щоб розповісти про власні занепокоєння. Її можуть турбувати думки про те, що спеціаліст сприйматиме сказане нею несерйозно. І зрештою процес обстеження часто зводиться до соматичних скарг.

Особи зі специфічними фобіями (СФ) через страх та тривогу намагаються уникати певних об’єктів чи ситуацій. На відміну від інших видів тривожних розладів, у людей зі специфічними фобіями немає особливих тривожних думок, а симптоми страху, тривоги та уникання майже завжди виникають у відповідь на конкретний об’єкт чи ситуацію. При цьому реакція виникає миттєво і не відповідає ступеню загрози.

Серед основних СФ виділяють: страх тварин, природних явищ, медичних процедур, пов’язаних з забором крові.

За статистикою 75% людей з СФ бояться більше одного об’єкту чи ситуації, часто до специфічних фобій може додаватися страх соціальних ситуацій.

Люди з СФ прагнуть організувати життя таким чином, щоб якомога рідше зустрічатися з відповідними об’єктами та ситуаціями, що загалом погіршує якість життя та стосунків з іншими людьми [23].

Основна ознака панічного розладу (ПР) – виникнення повторюваних панічних атак, які супроводжуються сильним страхом, який розвивається протягом кількох хвилин.

Панічні атаки можуть виникати з різною частотою, мати різну важкість перебігу, бути реакцією на певні стимули або з’являтися раптово. Всі ці ознаки накладають відбиток на якість життя людини.

Часто людині здається, що панічна атака несе загрозу життю, пов’язана з серцевим нападом чи судомами, є ознакою божевілля та втрати над собою контролю. Більшості пацієнтам соромно пережити панічну атаку в присутності інших, особливо незнайомих людей – адже таку поведінку можуть сприйняти з осудом.

Тому людини з ПР намагається зменшити чи уникнути панічну атаку та її соціальні наслідки. Наприклад, людина організовує життя таким чином, щоб в разі панічної атаки отримати необхідну допомогу, намагається не залишати помешкання, не користується публічним транспортом, не відвідує публічних місць, що як і для осіб з іншими типами тривожних розладів позначається на якості життя та стосунків.

Незалежно від типу та важкості тривожного розладу особи з діагнозом оцінюють якість власного життя гірше, ніж особи без діагнозу, і це стосується всіх сфер життя: стану власного здоров’я, професійної реалізації, сімейного функціонування та соціальних взаємин [49].

В. Крамер, С. Торгерсен, Е. Крінглен у дослідженні великої вибірки людей показали, що діагноз тривожного розладу має сильний вплив на якість стосунків з друзями [33].

Також особи з соціальною фобією значно нижче оцінюють рівень соціальної підтримки у порівнянні з людьми без психіатричних діагнозів, і це не залежить від важкості діагнозу [59].

Відомо, що для осіб з тривожними розладами у порівнянні з людьми без діагнозу в середньому характерний нижчий рівень освіти, ранні шлюби, подружня нестабільність, вищий рівень розлучень, безробіття, нижчий професійний та фінансовий статус.

Також тривожні розлади вважають однією з найчастіших причин абсентеїзму, втрати продуктивності на робочому місці, та зловживання психоактивними речовинами. Хоча більшість осіб відвідують роботу, втім їм важко виконувати власні обов’язки [49].

Як було описано вище, тривожні розлади серйозно позначаються на життєдіяльності людини в різних сферах. І хоча в описі більшості тривожних розладів не йдеться про особливості соціальної компетентності, втім описані вище симптоми мають вплив на те, як людина будує стосунки з іншими. Ймовірно, значна частина людей з тривожними розладами, окрім симптомів тривоги, можуть мати проблеми у соціальних взаєминах і нижчий рівень соціальної компетентності.

Основне питання, на яке шукають відповідь у дослідженнях психологічних аспектів соціальної компетентності осіб з тривожними розладами, чи дійсно їм властивий нижчий рівень соціальної компетентності у порівнянні з особами без тривожних розладів? Як буде показано нижче, зв'язок між тривожними розладами та соціальною компетентністю не є однозначний, і на нього можуть впливати різні індивідуальні та ситуаційні чинники.

Наприклад, в дослідженнях показано, що однолітки частіше уникають тривожних дітей, зокрема у порівнянні з дітьми з поведінковими розладами та без діагнозів. Також зазначається, що особи з СТР в середньому мають менше друзів, менше з ними проводять часу, отримують менше позитивних і більше негативних та байдужих відгуків [43].

К. Альфано, Д. Бідель, С. Тернер пишуть, що 75% осіб з СТР не мають або мають лише кількох друзів, отримують менше соціальної підтримки, підтримують менше соціальних контактів, менш успішні на побаченнях та у романтичних стосунках [20].

Навіть серед осіб без діагнозів вищі показники соціальної тривоги пов’язані з нижчою якістю стосунків та поганим ставленням з боку інших [43].

Окрім цього, симптоми тривожних розладів накладають обмеження на коло спілкування: особи з ГТР більш вибірково ставляться до друзів, для них важливі питання безпеки та досягнень, також вони схильні уникати дружби з ризикованими людьми та тими, які нехтують правилами.

Є. Коць пише, що соціальна тривожність чинить згубний вплив на соціальні відносини. Особи, які страждають від соціальної тривоги, мають гірші соціальні відносини мають менше друзів, переживають труднощі у взаємостосунках із протилежною статтю, рідше вступають у шлюб.

Чи описане вище означає, що люди з тривожними розладами мають нижчий рівень соціальної компетентності? В контексті відповіді на дане запитання особливо багато досліджень стосуються осіб з СТР. Наприклад, батьки, вчителі та незалежні спостерігачі схильні вважати, що особи з СТР мають менше соціальних навичок [21; 37].

Деякі автори навіть припускають, що сильний дистрес та тривога, про які повідомляють соціально тривожні люди, є наслідком їхнього невміння ефективно себе поводити, хоча можна стверджувати і протилежне, що це тривога впливає на їхню здатність діяти ефективно [56].

Також помічено, що у взаєминах з іншими особи з СТР звертають більше уваги на сигнали загрози, ігноруючи багато інших соціальних повідомлень. Дослідження Л. Стопе та Д. Кларка показало, що пацієнти з СТР схильні інтерпретувати неоднозначні соціальні ситуації (наприклад, «гості пішли від Вас раніше, ніж очікувалося» або «поспілкувавшись певний час стало зрозуміло, що співрозмовник не проявляє інтересу до розмови з Вами») більш катастрофічно у порівнянні з контрольною групою [24].

Ймовірно, соціальна тривога спонукає людину звертати увагу на сигнали загрози, і тому вона випускає з поля зору багато іншої важливої інформації. Д. Кларк та М. Уеллс навіть запропонували теоретичну модель СТР.

В даній моделі йдеться про те, що у соціальних ситуаціях фокус уваги тривожної особи відволікається від зовнішніх соціальних сигналів, натомість зосереджується на симптомах страху та іншій неприємній інтероцептивній інформації. Саме в цей момент людина опиняється затопленою негативними уявленнями про свою поведінку та переконаннями у тому, що інші її сприймають так само негативно.

Це посилює тривогу, призводить до нечутливої, часто захисної поведінки, та гірших результатів взаємин. При цьому, зауважимо, що людина втрачає здатність опрацьовувати соціально доречнішу інформацію. У моделі також припускається, що це мотивує особу з СТР до поведінки уникнення, яка має на меті попередити чи мінімізувати негативні соціальні наслідки [20; 40; 50].

В інших дослідженнях показано, що діти з СТР рідше ініціюють взаємини, менше взаємодіють з іншими, дають коротші відповіді на запитання [56], під час спілкування менш емпатичні, впевнені та асертивні [37], проявляють особливу чутливість до негативних виразів облич [36]. Наприклад, у дослідженні К. Хорлі та ін. показано, що особи з СТР рідше дивляться на важливі частини обличчя, особливо очі.

На думку авторів, це пов’язано з тим, що вони більше зосереджуються на негативному сприйнятті себе, а не на змісті соціальних повідомлень. А. Ангеліко, Дж. Кріппа, С. Лоурейро вважають нижчий рівень соціальної компетентності частиною діагностичних критеріїв соціального тривожного розладу, оскільки за результатами багатьох досліджень особи з СТР мають бідніший репертуар соціальних навичок, у порівнянні з контрольною групою [24].

Ймовірно, загострена увага до сигналів соціальної загрози та схильність до поведінки уникнення властиві не лише особам з СТР, але і з іншими типами тривожних розладів.

Цікаве дослідження провели П. Барретт та ін., в якому дітей з різними тривожними розладами, опозиційно-викличним розладом поведінки та без діагнозів просили розповісти про свою поведінку в багатозначних фізично або соціально загрозливих ситуаціях.

Виявилося, що як діти з тривожними розладами, так і з опозиційно-викличним розладом поведінки, у порівнянні з контрольною групою, сприймали ситуації більш загрозливо. Але діти з тривожними розладами частіше обирали варіант поведінки уникнення, в той час як опозиційні діти реагували агресією [57].

Існує і інший погляд на проблему зв’язку тривожних розладів та соціальної компетентності. Зокрема ряд авторів вважають, що це лише соціальне упередження і навіть соціально тривожні особи не на стільки сильно відрізняються від інших за соціальною компетентністю [30]. Вони вказують, що в більшості досліджень йдеться лише про слабкий або середній зв'язок між симптомами тривожних розладів та соціальною компетентністю [43]. А в окремих дослідженнях показано, що незалежні спостерігачі не завжди можуть за поведінкою відрізнити людей, яким властиві вищі та нижчі показники соціальної тривоги.

Таким чином, існує припущення про те, що тривожним людям не бракує соціальних навичок, проте вони можуть бути переконані у протилежному, що позначається на їхній впевненості у соціальних ситуаціях [30].

Також існує думка про те, що надмірна тривога, яка з’являється у взаєминах, лише тимчасово блокує соціальні навички. В такому випадку, мова може йти не про дефіцит соціальних навичок, а про недостатню кількість копінг-стратегій у поведінковому репертуарі даних осіб, а також вміння використовувати техніки релаксації та керувати фокусом уваги.

Незважаючи на те, що багатьом людям з тривожними розладами властиво переживати дискомфорт у соціальних ситуаціях, втім вони відрізняються між собою за типом реакції. Наприклад, Х. Газеллє вдалося виокремити 4 підгрупи тривожно-уникаючих дітей: до першої увійшли ті, які вміють співпрацювати та проявляти увагу до інших, до другої – діти з середнім рівнем соціальних навичок, до третьої – емоційно незрілі діти, які коливаються між пошуком уваги та униканням, і до четвертої – агресивні та імпульсивні, схильні екстерналізувати симптоми тривоги [35].

Автор зазначає, що досліджувані з першої групи також відрізнялися активнішими копінгстратегіями та менш вираженою фізіологічною реакцію на соціальний стрес.

Схожі результати дослідження описують А. Кеплєр та С. Ерат: підлітки з симптомами соціальної тривоги відрізняються між собою за рівнем соціальної компетентності [40].

В одних соціальна тривога пов’язана з гіршими соціальними навичками та схильністю до віктимної поведінки, натомість в інших, навпаки, з активними копінгами (розв’язанням проблем, когнітивною реструктуризацією тощо).

Також авторам вдалося показати, що між двома групами існує відмінність у рівні збудження автономної нервової системи, що вимірювався за показником шкірно-гальванічної реакції: більш компетентні діти під час соціального стресу переживають вищий рівень збудження АНС, що, ймовірно, спонукає їх до активніших дій у подоланні стресової ситуації, на відміну від менш соціально компетентних однолітків. Хоча між результатами різних психофізіологічних досліджень, проведених як на клінічних, так і не на клінічних групах, існують окремі розбіжності, втім більшість з них вказують на те, що соціально тривожні діти можуть проявляти підвищений рівень збудження АНС, який також супроводжується негнучкістю АНС та недостатньою чутливістю до соціального стресу [40].

Ймовірно, рівень фізіологічного збудження та застосування активних копінг-стратегій у взаєминах є тими індивідуальними чинниками, які опосередковують зв'язок між тривожним розладом та соціальною компетентністю. Також можемо припустити, що копінг-стратегії уникнення та негнучка фізіологічна реакція на соціальні стреси може бути властива не лише особам з СТР, але і з іншими тривожними розладами, що негативно позначається на їхній соціальній компетентності.

Ймовірно, це досить поширена проблема. Наприклад, за даними Д. Бідель та С. Тернер 70% з тих, хто звертається за професійною допомогою через симптоми тривоги, переживають значний соціальний дистрес [50].

На соціальну компетентність тривожних осіб мають вплив не лише індивідуальні, але і ситуаційні чинники.

Результати дослідження Б. Томпсон та С. Репі показали, що ступінь структурованості соціальної ситуації має вплив на особливості поведінки соціально тривожних осіб. Зокрема, вони краще справляються в більш структурованих ситуаціях. А дані експерименту М. Шеффера вказують на те, що зв'язок між соціальною компетентністю та рівнем тривоги може бути опосередкований вимогами створити позитивне враження про себе.

Якщо особа відчуває високий рівень вимог до власної соціальної компетентності, тобто що вона повинна створити позитивне враження, то це збільшує рівень тривоги та знижує рівень соціальної компетентності, і навпаки. При цьому рівень тривоги оцінювався як за показниками частоти серцебиття, так і за суб’єктивною оцінкою досліджуваних [24].

У дослідженні П. Алдена та М. Уолеса йдеться про те, що на рівень соціальної компетентності тривожних осіб також впливає реакція співрозмовника: у розмові з «позитивно налаштованими асистентами» досліджувані показували вищий рівень соціальної компетентності, ніж з «нейтральними» [56].

Наведені вище результати досліджень дозволяють зробити висновок про те, що тривожні розлади можуть не бути на пряму пов’язані з соціальною компетентністю. Або іншими словами, соціальна компетентність, ймовірно, не стільки пов’язана з наявністю того чи іншого типу тривожного розладу, натомість має зв’язок з окремими психологічними та психофізіологічними рисами людини з тривожними розладами.

Наприклад, мова може йти про негнучку та нечутливу фізіологічну реакцію на соціальний стрес, схильність до поведінки уникнення, когнітивні дисфункції, пов’язані з переоцінкою соціальної загрози та недооцінкою власних можливостей, сприйняття себе як менш компетентного у соціальних ситуаціях. Ймовірно, такий психологічний профіль може зустрічатися при різних типах тривожних розладів.

Щодо соціальних ситуацій, то рівень структурованості, наявність особливих очікувань та реакція співрозмовника так само можуть мати вплив як на рівень тривоги, так і на рівень соціальної компетентності людини. Відтак, під час діагностики тривожних розладів важливо визначати не лише наявність та вираженість відповідних симптомів, але і особливості соціального функціонування та соціальної компетентності.

Можемо припустити, що значна кількість осіб, які звертаються за психотерапією, переживають труднощі у стосунках з іншими через нижчий рівень розвитку соціальної компетентності.

Узагальнюючи теоретичний огляд наукових джерел за темою особливості соціально компетенції у людей з тривожними розладами, можемо сформулювати теоретичну модель, яка описує можливий зв'язок тривожних розладів та соціальної компетентності.

Вона має на меті описати механізм, який, визначає особливості соціальної компетентності осіб з тривожними розладами. У моделі зображено ідею про те, що між симптомами тривожних розладів та соціальною компетентністю може існувати взаємозалежність.

Таким чином, симптоми тривожного розладу позначаються на нижчому рівні соціальної компетентності, що, у свою чергу, підтримує симптоми тривоги.

Отже, утворюється замкнене коло, в якому людина страждає і від симптомів тривожного розладу і від нижчого рівня соціальної компетентності.

Також у моделі зображене припущення про те, що ефективність особи з тривожним розладом у кожній конкретній соціальній ситуації залежить від фізіологічних, емоційних, когнітивних та поведінкових складових її соціальної компетентності.

Зокрема, як показано у дослідженнях, гірше справляються з соціальними ситуаціями особи, які переживають нижчий рівень фізіологічного збудження та використовують стратегію уникнення у спілкуванні та поведінці [40; 35], а також ті, які не проявляють достатньої емоційної чутливості до інших та не можуть поставити себе на місце іншого [47; 37], мають думки про власну соціальну некомпетентність [43].

Спираючись на перцептивно-інтерактивну модель соціальної компетентності, уявлення людини про власну соціальну компетентність ми будемо оцінювати за шкалами взаємопізнання, взаєморозуміння, взаємовпливу, соціальної автономії, соціальної адаптації та соціальної активності, а здатність в процесі взаємодії з іншими керувати власними емоціями та проявляти чутливість до себе та інших за відповідними шкалами методики емоційного інтелекту.

Як припускали Н. Крік та К. Додж у інформаційній моделі, ймовірно, рівень збудження керує увагою та активує емоції та когнітивні схеми, які впливають на процес обробки соціальної інформації і визначають поведінку людини. Наприклад, Е. Гілбо-Шехтмен, Е. Фо, Н. Амір дослідили, що тривожні особи частіше сприймають та реагують на негативні вирази обличчя [36].

А у дослідженні М. Люббе та ін. показано, що тривожні діти у порівнянні з контрольною групою сприймають двозначні соціальні ситуації більш небезпечними та негативними, і вважають себе менш ефективними у їх подоланні [47].

Ймовірно, це пояснює результати інших досліджень, в яких особи з тривожними розладами у соціальних ситуаціях частіше вдаються до уникнення, нечутливої, захисної поведінки і проявляють менше емпатії, впевненості та асертивності [37; 50].

Дані результати підсумовано в теоретичній моделі: в соціальній ситуації різні складові соціальної компетентності взаємопов’язані між собою – фізіологічні реакції, вибіркова увага до сигналів загрози, чутливість до емоційних сигналів, здатність поставити себе на місце іншого, автоматичні думки про власну соціальну компетентність, обрані стратегії спілкування та поведінки. Досі залишається невідомим, який відсоток осіб з тривожними розладами мають нижчий рівень соціальної компетентності. За деякими даними аж до 70% пацієнтів з СТР можуть переживати значні проблеми у соціальному функціонуванні [50].

Втім навіть серед осіб з даним типом тривожних розладів спостерігається значна різнорідність у соціальній компетентності [35].

Також з досліджень відомо, що для осіб з тривожними розладами, які мають нижчий рівень соціальної компетентності характерний нижчий рівень фізіологічної реакції та схильність до поведінки уникнення, що, ймовірно, може виступати пускачем для негативних думок та втрати емоційної чутливості до ситуації [35; 40].

Таким чином, запропонована теоретична модель передбачає, що в програмі психологічної допомоги людям з тривожними розладами важливо враховувати не лише симптоми, але і особливості соціальної компетентності. А ефективний тренінг соціальних навичок повинен: допомагати людині навчитися керувати власним рівнем фізіологічного збудження, розвинути більшу емоційну чутливість до себе та інших, вміння подивитися на світ очима іншого, конфронтувати автоматичні негативні думки про соціальну некомпетентність, застосовувати кращі моделі спілкування та поведінки в типових соціальних ситуаціях.

**1.2. Патологія органів слуху**

За останні роки в усьому світі значно зросла увага до проблем тератології, у зв'язку з тим, що, за деякими даними, частота аномалій розвитку значно збільшилася.

Частота вроджених аномалій у дітей, за світовою статистикою, становить у середньому понад 2%, а це означає, що кожна 30-а дитина народжується з аномаліями.

Однак ця цифра значно збільшиться, якщо врахувати, що аномалії можуть проявляти себе не тільки при народженні, але й надалі, у міру розвитку дитини. За даними Всесвітньої організації охорони здоров’я, наприклад, до 75% дітей народжується з явними ознаками аномалій розвитку, які виявляються вже при народженні.

Установлено, що в дітей, які народилися від матері старше 40 років, аномалії відзначаються частіше, оскільки чим старше вік жінок, тим більший обсяг шкідливих впливів зовнішнього середовища (фізичних, хімічних, біологічних) її організм одержав. Аномалії розвитку в дітей, батьки яких також мають аномалії розвитку, зустрічаються в 15 разів частіше, ніж у дітей, що народилися від здорових батьків.

Кінцевий ефект впливу зовнішнього середовища на організм зводиться до виникнення таких явищ: фізіологічних, модифікуючих і ушкоджуючих. Кінцевий ефект впливу на зародок того або іншого агента зовнішнього середовища залежить у цьому випадку від його дози, а також від стадії розвитку зародка в момент контакту з агентом.

У той же час, пошкоджуюча дія факторів зовнішнього середовища на зародок, що розвивається, позбавлена якої-небудь специфічності, тобто одні і ті ж каліцтва й аномалії розвитку можуть бути викликані агентами із зовсім різним механізмом дії.

Пояснити це явище можна з погляду теорії критичних періодів розвитку. У процесі ембріонального розвитку плід людини й тварин проходить кілька етапів, кожний з яких починається особливим періодом, названим критичним періодом розвитку.

У сучасному розумінні критичний період – це обумовлена генетично й зовнішнім середовищем інтеграція процесів, що регулюють клітинний метаболізм, у результаті чого настає морфологічне або функціональне зрушення.

Головною ознакою критичних періодів є підвищення чутливості клітин, як правило, внаслідок тимчасового зниження їх репаративної діяльності.

Таким чином, теорія критичних періодів може бути покладена в основу пояснення дії середовища на ембріональний розвиток, а також патогенез ембріопатій, у тому числі вушних. Є багато внутрішніх факторів, які справляють тератогенний вплив на організм. А із зовнішніх фізичних факторів найбільше тератогенне значення має іонізуюча реакція.

Установлено, що певну тератогенну дію справляють ультрафіолетові промені, мікрохвилі, ультразвук. Тератогенний ефект дають температурні впливи, інфекційні агенти, хімічні фактори.

Численні дослідження показали, по пороки розвитку можуть виникати в результаті застосування в ранній термін вагітності більших доз таких широко розповсюджених лікарських засобів, як сульфаніламіди й барбітурати, тетрациклін, гормональні препарати й ін.

Глухота – повна втрата (повна глухота) або найбільш різкий ступінь ураження слуху, при якому зберігаються залишки слуху, що дозволяють сприймати дуже гучні немовні звуки (свисток, гудок і т.д.) або добре знайомі слова, вимовлені гучним голосом біля вуха (неповна глухота).

Повна глухота зустрічається рідко. Більш значні залишки слуху, що дозволяють розбірливо сприймати мову, говорять про наявність приглухуватості. Глухота буває двобічною або однобічною. Розрізняють уроджену й набуту глухоту. Широке розповсюдження одержала класифікація неповної глухоти за характером порушення функції (звукопроведення або звукосприйняття), що має практичне значення у визначенні методу й ефективності допомоги.

Характер порушень слуху залежить від місця й ступеня ушкодження слухового апарата. Сучасна аудіологія має у своєму розпорядженні певні критерії, що дають можливість визначити причини виникнення цих порушень. Порушення слуху можуть виникати у зв'язку з патологічними змінами: звукопровідного й звукосприймаючого відділів.

Залежно від локалізації патологічного процесу в слуховому апараті, існує ще й третій тип порушень, а саме захворювання, пов'язані з порушенням функції як звукопровідного, так і звукосприймаючого відділів.

Глухота провідності виникає, коли акустичні коливання затримуються, якщо на їхньому шляху виникає перешкода або збільшується акустичний опір середовища. Таке явище можна спостерігати при наявності стороннього предмета або сіркової пробки в зовнішньому слуховому проході, при вродженому його зарощенні, при гострому запаленні середнього вуха, при нерухомості слухових кісточок (отосклероз), при підвищенні тиску усередині лабіринту й т.д.

У випадках глухоти провідності знижується низький регістр аудіометричної шкали. Порогова чутність середнього й високого регістра може бути на рівні фізіологічної норми.

Ураження звукопровідного відділу слухового апарата проявляється в порушенні слухового сприйняття низьких частот і поліпшенні слухового сприйняття високих частот.

Глухота сприйняття виникає при ушкодженні кортієвого органа й закінчень волокон завиткової гілки слухового нерва. Зазвичай відзначається значна втрата слуху, а нерідко й повна глухота. Слухове сприйняття високих тонів дуже обмежене або ж повністю відсутнє, а оскільки складові частоти артикульованих звуків належать до високого регістра тональної шкали, то слухове сприйняття звуків мови різко погіршується або ж взагалі відсутнє.

Це загалом стосується маленьких дітей, у яких асоціаційні процеси артикульованої мови у вищих центрах нервової системи ще не закріплені. У випадках уродженої глухоти сифілітичного походження або пов'язаної з дегенеративними процесами у внутрішньому вусі ураження слухового апарата часто буває двобічним, хоча є, як правило, кількісні розходження між правим та лівим боками. Хворобливий процес часто буває незворотним.

Кісткова провідність порушується. Крива кісткової провідності лежить нижче від кривої повітряної провідності, феномен вирівнювання гучності є позитивним і патогномонічним для ураження кортієвого органа.

При дослідженні повітряної провідності, а частіше кісткової, виявляються острівці глухоти (скотомати). Цей симптом є патогномонічним для уражень кортієвого органа. У дітей іноді доводиться спостерігати зниження слуху функціонального характеру (ex inactivitate) при захворюваннях, які локалізуються у звукопровідному відділі слухового апарата.

Такого роду порушення слуху піддаються спеціальному лікуванню. Низькі голосні и, у, о хворі чують краще, ніж високі і, е. Хворі погано чують або ж взагалі не чують приголосних, що характеризуються високими складовими частотами (с, з, ц, ш, ж, ч і т.д.). Приголосний звук р є найкраще чутним, цілком ймовірно, завдяки відчуттю вібрації.

Гірше за все хворі чують, крім перерахованих вище, звук л. Порушення слуху, обумовлені патологічними змінами в стовбурі переддверно-завиткового нерва.

Надзвичайно важко проаналізувати порушення слуху, обумовлені патологічними змінами в переддвернозавитковому нерві, особливо в тих випадках, коли вони пов'язані з патологічними змінами в кортієвому органі або ж захворюваннях, які локалізуються в ділянці основи черепа. Запалення переддверно-завиткового нерва спостерігається досить часто при різного роду інфекційних захворюваннях, і насамперед при грипі.

Глухота, що при цьому виникає, за своїм характером нагадує глухоту, пов'язану із захворюванням звукопровідного відділу, однак симптом вирівнювання гучності при цьому відсутній, не спостерігається також острівкове порушення слуху, аудіограма порогового слухового сприйняття характеризується падінням кривої в царині високих частот, крива кісткової провідності лежить нижче від кривої повітряної провідності.

У випадках патологічних змін у переддвернозавитковому нерві завдяки лікуванню можна домогтися значного поліпшення стану, у той час як ураження кортієвого органа є причиною стійких і незворотних змін слуху. Глухота центрального походження. Ця форма глухоти розвивається при захворюваннях центральної нервової системи.

Порушення слуху при цьому характеризуються такими загальними рисами:

1) вони завжди двобічні;

2) зниження чутності стосується як низьких, так і високих тонів;

3) відсутній феномен вирівнювання гучності;

4) не вдається виявити острівкової втрати слуху;

5) втрачається здатність розрізняти висоту акустичних подразників, їх інтенсивність, а також тривалість (ритм), у зв'язку із цим виникають мовні розлади: мелодійні, динамічні й ритмічні;

6) при досить великому залишковому слуху стосовно простих тонів, а також звуків і шумів музичних інструментів відзначається значне зниження чутності артикульованих звуків, і у зв'язку із цим стає трудним розуміння розмовної мови; це стосується, насамперед, порушень слуху коркового походження.

Цей тип глухоти зустрічається особливо часто. Змішана глухота спостерігається частіше в дітей, ніж у дорослих. Захворювання звукопровідного відділу призводять до дегенеративних змін у кортієвому органі.

Порушення слуху спочатку мають функціональний характер, однак із часом вони закріплюються, призводячи в остаточному підсумку до глухоти змішаного типу.

Погіршується повітряна провідність всіх тонів, причому більш різко виражене зниження граничної чутності високих тонів. Може поліпшуватися кісткова провідність низьких тонів, однак стосовно високих тонів вона різко знижена, а в деяких випадках хворі зовсім не чують високих тонів через кістку.

Однією з форм змішаної глухоти, що найчастіше зустрічається, найкраще вивченою отологами й порівняно легкою для діагностики, є та, при якій захворювання локалізується в кортієвому органі.

Феномен вирівнювання гучності при цьому – позитивний, а наявність стійких острівців глухоти підтверджує діагноз. Двобічна змішана глухота являє собою найважчу форму каліцтва слухового апарата.

Порушується чутність артикульованих звуків, які складаються як з високих, так і з низьких формант. У тяжких випадках, хворі втрачають здатність розуміти розмовну мову.

Глухота, обумовлена патологічними змінами в зовнішньому вусі Патологічні зміни в зовнішньому вусі (запальні стани, кісткові пухлини, сірчані пробки, сторонні предмети) викликають глухоту провідності.

Вроджене зарощення зовнішнього слухового ходу при вроджених деформаціях вушної раковини часто супроводжується не тільки деформацією барабанної порожнини, але й недорозвиненням внутрішнього вуха. У цих випадках глухота належить до змішаного типу.

Глухота, обумовлена патологічними змінами в середньому вусі У фоніатричній практиці лікарі часто зустрічаються із хронічними захворюваннями середнього вуха, які, особливо в дітей у перші роки життя, є причиною серйозних порушень мови, аж до німоти. Значну роль у патології слуху відіграє запалення міжкісточкових суглобів, що може призвести до обмеження рухливості слухових кісточок і часто супроводжується порушенням функції внутрішнього вуха.

Нерухомість ланцюга слухових кісточок негативно позначається на провідності низьких тонів; ускладнення з боку внутрішнього вуха, які можуть мати функціональний характер, спричиняють порушення сприйняття високих тонів. Виникає надзвичайно складна картина змішаної глухоти, яку не завжди легко проаналізувати.

Патологічні процеси, що протікають у верхній частині барабанної порожнини, особливо в задньому відділі, є найбільшою перешкодою для акустичних подразників і спричиняють набагато більшу втрату слуху, ніж процеси, які локалізуються в середній, а також нижній частині барабанної порожнини.

Внаслідок хронічного запалення середнього вуха, що супроводжується некрозом і деструкцією кісткової стінки барабанної порожнини й слухових кісточок, виникають дуже глибокі порушення слуху.

Тривалі поверхневі запальні процеси можуть привести до розвитку гіпертрофічних змін у слизуватій оболонці, що проявляється в утворенні поліпів, які заповнюють іноді весь просвіт барабанної порожнини й навіть зовнішній слуховий хід, що спричиняє подальше поглиблення глухоти провідності.

Кожна форма запалення середнього вуха може ускладнюватися захворюваннями внутрішнього вуха. Глухота в таких випадках має змішаний характер – провідно-сприймальний.

Причинами переходу хворобливого процесу на внутрішнє вухо є:

1) деструкція кістки й особливо утворення холестеатоми;

2) поширення інфекції по кровоносних судинах;

3) ураження слухових клітин кортієвого органа, викликане зниженням провідності слухових подразників у середньому вусі.

Такого роду ураження спочатку буває функціональним, таким, що піддається лікуванню. Якщо ж це ураження утримується протягом тривалого часу, то може призвести до розвитку стійкої глухоти; це стосується дітей у перші роки життя.

У випадках алергійних захворювань запальне вогнище в середньому вусі є джерелом алергенів, які спричиняють збільшення проникності судинних стінок лабіринту, і розвивається водянка лабіринту. Виникає глухота провідності. Порушення прохідності євстахієвої труби є першопричиною змін у середньому вусі.

Воно може виникнути внаслідок:

1) набряку на алергійному ґрунті. У зв'язку із цим порушується регуляція тиску повітря в барабанній порожнині, що у свою чергу обмежує рухливість барабанної перетинки й слухових кісточок;

2) закупорки просвіту рідкою їжею. Це відбувається у випадках уроджених пороків розвитку піднебіння, а також порушення функції замикаючого глоткового кільця;

3) поширення запального процесу з верхнього відділу глотки, що спричиняє звуження просвіту євстахієвих труб. Це, у свою чергу, перешкоджає нормальній регуляції повітря в середньому вусі, а також відтоку відокремлень слизуватої оболонки.

Ступінь ураження середнього вуха в таких випадках буває різним. Однак до кортієвого органа доходять ослаблені звукові сигнали, що у свою чергу впливає на кору головного мозку. Затримуються розумовий розвиток дитини й розвиток мови. Відзначається також негативний вплив на психіку.

Отосклерозом називають патологічний процес, що локалізується переважно в лабіринтовій стінці середнього вуха біля овального вікна. Цей процес поширюється на кільцеподібну зв’язку вікна переддвер’я й підніжну пластинку стремінця, у результаті чого стремінце замуровується.

Класична форма отосклерозу характеризується обмеженням рухливості стремінця, у деяких випадках відзначається й повна його нерухомість.

Отосклероз не супроводжується розвитком запального процесу в середньому вусі; пневматизація соскоподібного відростка повністю зберігається.

Отосклероз частіше відзначається в людей білої раси, рідше – у представників інших рас. Це захворювання спостерігається в жінок частіше, ніж у чоловіків.

Відповідно до законів спадковості отосклероз може виявитися в представників не тільки першої генерації. Трапляється й так, що представник, який характеризується нормальним фенотипом, є носієм фактора, котрий спричиняє розвиток отосклерозу, а, отже, має отосклеротичний генотип.

Його дитина може бути глухою внаслідок отосклерозу. Отосклероз в 15–35% випадків передається потомству.

Отосклероз характеризується двобічним ураженням внутрішнього вуха, причому інтенсивність хворобливого процесу звичайно буває різною.

Шум у вухах є надзвичайно неприємним для хворого й дратівним його моментом, що сприяє більш глибокому порушенню слуху.

В умовах тиші ступінь порушення слуху збільшується, у шумі – зменшується. Періоди ремісії можуть тривати дуже довго, іноді й кілька років.

Причиною несподіваного погіршення стану може бути цілий ряд моментів: втома, важке й тривале захворювання і т.д., а в жінок – вагітність, пологи, годівля дитини й клімактеричний період. Найвища стадія розвитку захворювання відзначається між 35 і 45 роками.

Симптоми порушення рівноваги спостерігаються надзвичайно рідко. При отоскопії не вдається відзначити значні відхилення від норми. Рухливість барабанної перетинки може бути порушена в тих випадках, коли отосклеротичний процес поширюється на слухові кісточки. Прохідність євстахієвої труби зберігається, продування не супроводжується поліпшенням стану.

На рентгенівському знімку скроневої кістки кісткова структура соскоподібного відростка виглядає цілком нормально; його пневматизація не порушена. Результати дослідження слуху залежать від локалізації отосклеротичного процесу.

Однаково часто зустрічається як глухота провідності, так і глухота змішаного типу, у той час як ніколи не доводиться спостерігати глухоту сприйняття й феномен вирівнювання гучності. Повітряна звукопровідність зазвичай рівномірно знижена, хоча більше порушена чутність низьких тонів. Дуже характерним для отосклерозу є поліпшення чутності через кістку.

Метою профілактики отосклерозу є затримка розвитку захворювання, що при сучасному стані медичної науки є невиліковним. Варто уникати застуди, перевтоми, а жінки повинні уникати повторної вагітності, особливо в тих випадках, коли після пологів настало зниження слуху, або ж отосклероз виявився в якихнебудь інших симптомах. Отосклероз є показанням для аборту. Лікування є винятково лише хірургічним.

Питання глухоти, викликаної травмою, стосується механічного ушкодження слухового апарата при травмах черепа, ураження слухового апарата внаслідок акустичних травм і ушкодження слухового апарату при різких змінах атмосферного тиску.

Переломи піраміди скроневої кістки мають місце набагато частіше, ніж це можна припускати. Вони можуть бути причиною глухоти, яка часто з'являється через тривалий час після травми. Переломи черепа можуть бути поздовжніми й поперечними.

При перших ушкоджується головним чином барабанна порожнина, при других – внутрішнє вухо. Нерідко виникають крововиливи в барабанну порожнину й внутрішнє вухо, які призводять до порушень слуху.

З погляду етіології глухота дитячого віку підрозділяється на три групи:

1) спадкову,

2) уроджену,

3) придбану.

Випадки спадкової глухоти зустрічаються набагато рідше, ніж уродженої й придбаної. Про спадкову глухоту ми говоримо тоді, коли вона спостерігається в декількох представників однієї й тієї ж родини або ж як патологічна ознака передається з покоління в покоління.

При докладному дослідженні слуху дуже часто в членів такої родини виявляється глухота, щоправда, у деяких випадках дуже незначного ступеня.

Нерідко мають місце острівцеві дефекти слуху, характерні для дегенеративних процесів у завитці. При спадковій глухоті, що супроводжується недорозвиненням кісткового лабіринту, відзначається порушення функції кортієвого органа.

Спадкова глухота може бути як домінуючою, так і рецесивною ознакою. У першому випадку глухота супроводжується іншими спадковими захворюваннями, як, наприклад, полі- і синдактимією, retinitis pigmentosa і т.д., що ніколи не спостерігається в тих випадках, коли глухота є рецесивною ознакою.

Глухота рецесивного типу може проявлятися не в кожному поколінні, що є причиною діагностичних труднощів. При цьому типі глухоти величина залишкового слуху зазвичай буває настільки малою, що практично людину можна вважати повністю глухою.

У виняткових випадках особи зі спадковою глухотою можуть чути звичайну розмовну мову на відстані 1 метра.

Уроджена глухота обумовлюється:

1) недорозвиненням слухового апарата в період внутрішньоутробного життя,

2) ушкодженням слухового апарата плода в утробі матері.

1. Затримка в розвитку слухового апарата виникає в тих випадках, коли негативний фактор починає діяти вже в першій половині вагітності, тобто приблизно на 4-5 тижні.

2. Ушкодження слухового апарата може настати в другій половині вагітності, тобто починаючи з 5 або 6 місяця внутрішньоутробного розвитку. Уроджена глухота найчастіше належить до типу глухоти сприйняття, глухота провідності спостерігається лише в 7% випадків і обумовлюється вродженим зарощенням зовнішнього слухового ходу й деформацією вушної раковини.

Причинами вродженої глухоти можуть бути:

1) хвороба матері в період вагітності,

2) токсичні фактори,

3) гормональні розлади,

4) несумісність груп крові й резус-факторів.

1. Інфекційне й особливо вірусне захворювання, яке переносить жінка в період вагітності, може призвести до ушкодження плода, що іноді проявляється в ураженні слухового апарата.

Якщо мати хворіє на інфекційну хворобу між 6 і 12 тижнями вагітності, то ураження слухового апарата може виразитися в недорозвиненні завитки і її нервових елементів.

Краснуха приводить до розвитку двобічної глухоти, обумовленої патологічними змінами в завитці, а також у мішечку переддвер’я. Інші інфекційні хвороби, які переносить матір, такі як ангіна, тиф, паратиф, а також інфекційна жовтяниця, впливають на розвиток лабіринту плода. У тих випадках, коли мати хворіє на туберкульоз, може розвинутися туберкульозний процес у середньому вусі плода, що призводить до глухоти.

Інфекція при запальних процесах середнього вуха нерідко поширюється на мозкові оболонки, туберкульозним менінгітом найчастіше діти хворіють між 1 і 2 роками життя. У випадках сифілісу матері в плода відзначаються дегенеративні зміни в клітинах кортієвого органа, а також розриви рейснерової і основної мембрани. Якщо не настане мимовільний аборт, то дитина народжується з пороком розвитку слухового апарата.

Глухота, що при цьому спостерігається, належить до сприймального типу. Феномен вирівнювання гучності завжди буває позитивним, і відзначається порушення кісткової провідності. Останнім часом токсоплазмоз вважають однією із провідних причин уродженої глухоти. Діабет у матері буває причиною мимовільних абортів у перші місяці вагітності, особливо у жінок, які завагітніли вперше. На секційному матеріалі плода в таких випадках виявляються екстравазати в завитці й переддвер’ї.

2. Токсичні фактори, що ушкоджують плід і роблять негативний вплив на його слуховий апарат, перебувають у тісному зв'язку з умовами роботи й харчуванням матері. Лікарські речовини, які жінка приймає в період вагітності, шкідливі для організму гази, солі важких металів, з якими вагітна жінка зіштовхується за характером своєї роботи, можуть бути шкідливими для плода, що розвивається. Неправильне харчування, авітаміноз, недоїдання вагітної жінки відбиваються на розвитку плода. Хінін, прийнятий, як засіб проти малярії, а також в абортивних цілях, може викликати глухоту.

3. Гормональні розлади також належать до факторів, які шкідливо впливають на слуховий апарат. Характерним прикладом може бути глухота в кретинів, пов'язана з порушенням функції щитовидної залози. У кретинів часто виявляється потовщення слизуватої оболонки середнього вуха, а також деформація слухових кісточок. У ряді випадків підніжна пластинка стремінця також буває потовщеною. Зв'язок між кісточками відсутній. В органі рівноваги, як правило, не вдається виявити відхилень від норми, у той час як у кортієвому органі неодноразово відзначаються дегенеративні зміни. Описані вище зміни були виявлені в немовлят, які вмерли через кілька днів після народження. 4. При несумісності резус-факторів матері й дитини часто спостерігається вроджена глухота, етіологію якої в цілому ряді випадків неможливо пояснити ніякою іншою причиною.

У фізіологічних умовах в 85% людей білої раси резус-фактор позитивний, а в 15% - негативний. Серологічний конфлікт, що полягає в несумісності резус-факторів, може обумовити розвиток важкої форми жовтяниці, а також гемолітичної анемії в немовляти.

Конфлікт резус-факторів є причиною збільшеного вмісту в крові білірубіна, що впливає на стан нервової системи. Хворобливі симптоми з боку нервової системи з'являються у зв'язку з токсичним впливом жовчних пігментів на основні ядра мозку. Жовтяниця ядер переддверно-завиткового нерва може пояснити виникнення вродженої глухоти. На секціях, зроблених у немовлят, що вмерли незабаром після народження, було виявлене жовтувате забарвлення ядер слухових нервів, у той час як у периферичному відділі слухового апарата, а також у скроневих частках мозку гістопатологічні зміни були відсутні.

При гістологічному дослідженні ядер чутливих нервів, крім їхнього жовтуватого забарвлення, були виявлені й дегенеративні зміни в нервових клітинах. Моментом, супутнім цим станам, є кисневе голодування клітин; деякі автори нестачу кисню вважають першопричиною, а проникнення білірубіна розглядають, як вторинне явище.

Дані гістологічного дослідження трупного матеріалу у випадках смерті, що наставала в більш пізньому періоді, свідчать про розростання гліозної тканини у вогнищах дегенерації нервових елементів.

При гемолітичній анемії необхідно негайно ж після народження дитини зробити трансфузію, що зможе запобігти розвитку глухоти внаслідок кисневого голодування.

Придбана глухота підрозділяється на:

1) глухоту, що виникла внаслідок родової травми,

2) глухоту, що розвинулася після народження,

3) глухоту, що з'явилася в більш пізньому періоді.

**1.3. Теоретичні засади дослідження тривожних розладів у хворих при патології органів слуху**

У підрозділі проаналізовані основні підходи до проблеми дослідження тривожних розладів при патології органів слуху у вітчизняній та зарубіжній літературі.

Розкрито психологічний зміст понять «тривога», «тривожність», «тривожні розлади» тощо.

Визначено механізми виникнення тривожних розладів при патології органів слуху.

Представлено психологічні аспекти діагностики тривожних розладів при патології органів слуху.

Окреслено стан досліджень проблеми тривожних розладів при патології органів слуху.

На сьогоднішній день проблема тривожних розладів є одним з актуальних і перспективних наукових напрямків, що має не лише наукове, але й практичне значення.

Розлади тривожного спектру є однією з найбільш поширених груп психопатологічних станів, які відрізняються значним поліморфізмом клінічних проявів, динамічністю й нерідко викликають серйозні труднощі під час лікування соматичних хворих.

У силу певного кола причин у зарубіжній психології проблемі тривожних розладів приділяється значно більше уваги, ніж у вітчизняній.

Більшість сучасних зарубіжних теорiй, які пояснюють виникнення тривожних розладів, спираютъся як на соціально-психологічні, так й на фізіологічні та нейробіологічні системи.

Зусилля в цьому напрямку продовжено в розробці різних аспектів діагностування тривожних розладів такими сучасними зарубіжними вченими, як S. Kendler, F. Johnson, K. Potter, O. Amamі, D. Cornacchіo, H. Wіttchen, D. Ducasse, E. Ayala, V. Accurso, К. Merіkangas, H. Mіchael, D. Mataіx-Cols, D. Petrovіch і M. Popovіch, Y. Auxеmеry, A. Waddіngton, J. Gray, S. Arlіnger, E. Mangold, H. Ramsawh, R. Kessler, Т. Toft, G. Fava, M. Craske.

На теперишній час у свiтовiй науці відсутнє однозначне трактування тривожних розладів через складність та багатогранністъ їх проявів.

Однак, більшістю науковців тривожні розлади розглядаються як група неврозів, пов’язаних із необґрунтованим та дестабілізуючим почуттям страху без будь-якої певної причини.

У психологiчнiй науці не існує єдиного підходу до вивчення тривожних розладів та їхніх проявів, але серед основних виокремлюються концепції, які тривожні розлади пов’язують із: тривогою, страхом, стресовими факторами, процесом адаптації до екстремальних умов, особистісними факторами ризику, психосоматичними розладами та соматичними захворюваннями.

Крім того, тривожні розлади виділяються та розуміються як психічні та поведінкові розлади.

Виявлено формулу ефективної дослідницької моделі вивчення тривожних розладів у хворих на отосклероз в залежності від психокорекції (КПТ).

Визначено циклічне замкнуте коло: отосклерозкритичні події - тривога - симптоми тривожного розладу - специфічний тривожний розлад- нейтралізуючі активності пацієнта - тимчасове зменшення тривоги - нетривалість та поступове згасання впливу нейтралізуючих активностей - збільшення тривоги - тривожні розлади тривають.

На сьогоднішній час класифікацію тривожних розладів представлено діагностичним та статистичним керівництвом з психічних розладів 5-го видання - DSM-V.

Теоретичний аналіз та узагальнення психологічних пiдходiв до визначення тривожних розладів, клінічні та психофізіологічні особливості хворих на отосклероз дозволили побудувати емпіричне дослідження прояву тривожних розладів у хворих на отосклероз.

**РОЗДІЛ 2**

**Емпіричне дослідження патопсихологічного прояву тривожних розладів при патології органів слуху**

**2.1. Загальна характеристика досліджуваних при патології органів слуху і методи дослідження**

У підрозділі описано загальну характеристику досліджуваних хворих.

Визначено методи дослідження клінічних, соціальнопсихологічних особливостей хворих на отосклероз.

Запропоновано діагностичну програму для вивчення тривожних розладів у хворих на отосклероз.

Здійснено адаптацію методик дослідження до хворих на отосклероз та їхній психометричний аналіз.

Розглянемо вибірку нашого дослідження.

Основну групу склали 26 хворих на отосклероз віком 15-70 років І (тимпанальна), ІІ (змішана) та ІІІ (кохлеарна) форм захворювання, серед яких:

1) найбільш значуща вікова група – це пацієнти віком від 15 до 30 років – загалом (41,06% від усіх хворих на отосклероз), серед яких до І групи (тимпанальна) належали (36,64%), до ІІ групи (змішана) – (36,64%) та до ІІІ групи (кохлеарна) – (26,74%) пацієнтів відповідно;

2) пацієнти 31–50 років – (32,12%) хворих, серед них до І групи належали (34,18%), до ІІ групи – (34,18%) та ІІІ групи – (31,65%) осіб відповідно;

3) пацієнти з отосклерозом віком 51–70 років – (26,82%) хворих, серед яких до І групи належали (39,40%), до ІІ групи – (30,31%) та до ІІІ групи – (30,31%) осіб.

Критеріями відбору основної групи хворих на отосклероз різної форми були: вік (15-30 р., 31-50 р., 51-70 р.), тривалість захворювання – до 1 року і більше ніж 1 рік, зниження слуху, шум у вухах, рідко – запаморочення, головний біль та встановлений згідно з критеріями МКХ-10 діагноз «отосклероз».

Дослідницька модель вивчення тривожних розладів у хворих на отосклероз в залежності від психокорекції (КПТ):

Критичні події, що сприяють виникненню отосклерозу: статевий розвиток, вагітність та пологи, клімактеричний синдром, інфекційні захворювання.

Фактори схильності: біологічні (генетичні), соціальні (вік, жіноча стать)

Тривожні розлади (DSM-V):

1. Панічний розлад (ПР);

2. Панічна атака (ПА);

3. Генералізований тривожний розлад (ГТР);

4. Соціальна фобія (СФ);

5. Агорафобія (Аг);

6. Специфічна фобія (СпФ);

7. Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР);

8. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Специфічність тривожних розладів у хворих на отосклероз обумовлюється комплексом як особистісних та певних психофізіологічних особливостей, так і сукупністю соціально-психологічних властивостей, які обумовлюють певні патерни реакцій тривожного спектру.

Загальний розподiл хворих на отосклероз (Ото) основної групи різних форм за переживаннями психiчних станів на момент обстеження, що сприяли розвитку тривожних розладів:

Психічні стани:

1) Тр – тривожність (7%);

2) С - страх (безпорадність або жах) (6%);

3) ЕН - емоційне напруження (6%);

4) ХС - хронічний стрес (5%);

5) НЗ - надмірне занепокоєння, заклопотаність (5%);

6) Пр – пригніченість (5%);

7) Вд – відчуженість (5%);

8) Бз – боязливість (5%);

9) См – самотність (5%);

10) Ун – уникнення (5%);

11) ЕБ - емоційна бідність (5%);

12) НД - нав’язливість думок (5%);

13) Зб – збудженість (5%);

14) Др - дратливість, напруга, агресія (невротичний синдром) (5%);

15) Рс - розсіяність (труднощі в концентрації уваги) (5%);

16) ЗС - знижена самооцінка (5%);

17) Др – дереалізація (5%);

18) Дп – деперсоналізація (5%);

19) Бс - безсоння, труднощі в засипанні (5%).

Хворі на отосклероз на момент констатації переживають певні психічні стани, які сприяють виникненню тривожних розладів.

Психодіагностичне обстеження було частиною клінічного обстеження й проводилося з метою відбору експерементальної групи 1, експеирментальної групи 2 та контрольної груп.

Для дослідження тривоги та тривожних розладів у хворих на отосклероз різних форм були задіяні стандартизовані методики.

Психодіагностична програма хворих на отосклероз складалася, по-перше, з використання на пацієнтах основної групи методики виявлення особистісної та реактивної тривожності Спілбергера – Ханіна.

Розподіл рівня особистісної (ОТ) та реактивної (РТ) тривожності за методикою Спілбергера – Ханіна у хворих на отосклероз (Ото) різних форм до та після операції.

Основна група:

До операції тривожність:

Низька 22.45±2.10, 21.42±2.63, 22.80±1.96, 24.09±3.04, 23.89±2.48, 22.84±3.07 (ОТ РТ ОТ РТ ОТ РТ відповідно).

Помірна 38.15±1.71, 38.51±2.58, 37.59±2.56, 37.56±2.43, 37.58±2.53, 37.74±2.91 (ОТ РТ ОТ РТ ОТ РТ відповідно).

Висока 51.08±1.85, 50.83±2.16, 47.84±3.34, 51.00±3.19, 50.78±2.24, 50.60±1.91 (ОТ РТ ОТ РТ ОТ РТ відповідно).

Після операції тривожність:

Низька 23.96±1.70, 22.66±1.76, 24.16±1.94, 22.76±1.75, 23.35±3.69, 23.20±2.08 (ОТ РТ ОТ РТ ОТ РТ відповідно).

Помірна 38.52±4.01, 37.95±2.93, 38.20±2.81, 36.84±2.98, 36.55±2.85, 36.06±2.40 (ОТ РТ ОТ РТ ОТ РТ відповідно).

Висока 50.84±2.57, 50.26±2.26, 50.84±2.56, 49.78±2.99, 49.95±3.67, 51.58±2.78 (ОТ РТ ОТ РТ ОТ РТ відповідно).

Таким чином, після психодіагностичного обстеження в доопераційний та післяопераційний періоди за допомогою методики Спілбергера-Ханіна на виявлення рівня тривожності у хворих на отосклероз (Ото) різних груп в залежності від форми захворювання ми з’ясували, що тривога, яка була присутня до операції, пройшла, зменшилася й інтенсивність, проте сама по собі тривога не зникла.

Хворих на отосклероз (Ото) як і раніше турбували симптоми тривожного спектру, що і визначає поле роботи, як для медичного психолога.

Тоді було використано модифікований опитувальник М. Кazman’а «Питання для опитування з метою визначення специфічних тривожних та пов’язаних з ними розладів» як скринінговий інструмент та дослідницьку методику у вивченні тривожних розладів.

На першому етапі (пілотажний експеримент) дослідження результати показали, що з пацієнтів основної групи в післяопераційний період всього залишилося 6 осіб з різними формами (I (тимпональна), II (змішана), III (кохлеарна)) захворювання отосклерозу та віку (15-70 років), які мали яскраву симптоматику тривожних розладів.

На другому етапі (констатувальний експеримент) для дослідження тривоги та пов’язаних із нею тривожних розладів у хворих на отосклероз (Ото) різних форм із пацієнтів на Ото з тривожними розладами 50% пацієнтів дали інформаційну згоду на проведення психокорекції (експерементальна група 1) та 50% пацієнта відмовилися від проведення психокорекції (контрольна група).

Експериментальну групу 2 представляли хворі на Ото, які дали інформаційну згоду на проведення комплексу психодіагностичних методик (12 методик на виявлення тривожності й тривожних розладів).

Їм же був проведений факторний аналіз для глибинного вивчення та виявлення особливостей тривожних розладів.

Слід відмітити, що з метою підвищення психодіагностичної точності вимiрювання у хворих на отосклероз експериментальної групі 2 було задіяно попередні стандартизовані методики Спілбергера-Ханіна та М. Kazman’a в якості формуючого зв'язку для подальшого проведення дослідження.

Надалі здійснювались кількісний та якісний аналізи здобутих даних за показниками 12 методик.

Метою досліджень у хворих на отосклероз експериментальної групи 2 було виділити представленість різних видів тривожних розладів. Також хворим на отосклероз експериментальної групи 2 був проведений факторний аналіз для виявлення особливостей тривожних розладів до та після психокорекції.

Для оцінки відмінності розподілу тривожних розладів у хворих на отосклероз різних форм залежно від віку експериментальної групи 1 та контрольної групи ми використовували критерій Манна-Уїтні, згідно з яким розподіл форм тривожних розладів у досліджуваних групах майже однаковий.

На третьому етапі (формувальний експеримент) в післяопераційний період була проведена психокорекційна робота з хворими на отосклероз з тривожними розладами (експериментальна група 1) та з хворими на отосклероз (Ото) з тривожними розладами (експериментальна група 2) з подальшим визначенням дієвості психокорекційної роботи в умовах стаціонару та через 1,5 місяця після психокорекції за допомогою модифікованого опитувальника М. Kazman’a.

**2.2. Результати психологічного обстеження тривожних розладів при патології органів слуху**

У підрозділі описано результати дослідження клінічних та соціально-психологічних характеристик хворих із різними формами отосклерозу.

Досліджено рівень тривожності у хворих на отосклероз.

З’ясовано структуру, ступінь вираженості та психологічні особливості тривожних розладів у хворих на отосклероз порівняно з групою контролю й їхній факторний аналіз.

Тривожність, яку часто відчуває людина у повсякденному житті, має широке поширення серед населення і часто сприяє виникненню тривожних розладів, а також супроводжує основне соматичне захворювання поліморфної взаємно обтяженої патології соми і психіки, які проявляються у формі тривожних, неврозоподібних, вегето-судинних, соматоформних і психосоматичних проявів у вигляді захворювань, сприяють загостренню багатьох захворювань, зокрема пов'язаних з порушенням слуху, наприклад, як отосклероз [12].

Згідно з даними масштабного, епідеміологічного, міжнародного дослідження, проведеного ВООЗ, різні розлади психічної сфери на фоні виниклої тривоги і постійної тривожності присутні у кожного четвертого (24%) пацієнта.

Згідно МКБ-10, сьогодні соматоформні вегетативні дисфункції серцево-судинної, дихальної, травної систем у пацієнтів з отосклерозом на загальному фоні визначаються як системні неврози і нерідко тривожні стани, а ще раніше - як органоневрози.

Все це викликає не тільки складності в діагностиці і крім основного захворювання одночасного лікування пов’язаних з тривожністю тривожних розладів, супроводжуючих хворих з отосклерозом , а потребує ще й глибоких знань лікаря, позитивної і негативної діагностики цих розладів і відмежування їх від такого соматичного захворювання в даному випадку, як отосклероз [8, 13].

Більшість дослідників тривожності згодні з тим, що проблема тривожності в психології, як в науковому, так і в клінічному плані вперше була поставлена і розглянута в працях З. Фрейда [10, 11].

Погляди З. Фрейда у відношенні тривоги і страху близькі до філософської традиції, що бере свій початок від С. К'єркегора [11, 6].

Обидва визнавали необхідність розмежування тривоги і страху, вважаючи, що страх - відповідна реакція на конкретну небезпеку, а тривожність, реакція на невідому, невизначувану небезпеку.

З. Фрейд вважав, що розуміння тривожності має велике значення в психічному житті людини, тому він неодноразово переглядав і уточнював свою концепцію, особливо уважно ставлячись до причин і функцій тривожності.

З. Фрейд визначав тривожність як неприємне емоційне переживання, зміст тривожності - переживання невизначеності і відчуття безпорадності.

Він виділяв три основних види тривожності: об'єктивну (реальний страх) - на небезпеку у зовнішньому світі; невротичну - як на небезпеку невизначувану і невідому; моральну тривожність - «тривожність совісті» [11].

Тривожность по З. Фрейду характеризується трьома ознаками: специфічним почуттям неприємного; відповідними соматичними реакціями: посиленням серцебиття; усвідомленням цього переживання [11].

З. Фрейд висунув точку зору на тривожність. Тривожність виникає в результаті страху перед тими потягами, виявлення або проходження яким створить зовнішню небезпеку. Це одна з інтерпретацій, яка є психологічною, відноситься до агресивних спонукань.

У цій інтерпретації тривожності З. Фрейда займає зовсім не витіснення потягів або відсутність їх витіснення, а лише страх перед тими потягами, проходження яким пов'язане із зовнішньою небезпекою [11].

Концепція К. Хорні грунтується на уявленні, що точка зору З. Фрейда з приводу тривожності повинна бути інтегрована для розуміння картини в цілому.

Основу сутності людини К. Хорні бачить в її природженому почутті тривоги, коли немовля починає відчувати тривогу з найперших хвилин свого народження, свого існування поза утроби матері. Це почуття тривоги фіксується і стає внутрішньою властивістю психічної діяльності - базальною тривогою. Саме базальна тривога за словами К. Хорні змушує людину прагнути до безпеки, будувати свою поведінку таким чином, щоб не провокувати її посилення [6].

Австрійський психолог А. Адлер розглядав занепокоєння, тривожність як надзвичайно поширену рису характеру, яка супроводжує індивідуума з самого раннього дитинства до старості [6].

У наш час для діагностики тривоги і тривожності в клініці псхосоматичних захворювань був створений «Інтегративний тест тривожності» - оригінальна клінічна тестова методика, яка служить для виявлення рівня вираженості тривоги як ситуативної (реактивної) змінної і тривожності як особистісно-типологічної характеристики.

Автори виходили із загальних клініко-психопатологічних уявлень про тривогу як псіхофізіолгічний процес і враховували накопичений досвід у створенні та використанні стандартизованих інструментів оцінки тривоги.

Актуальність дослідження продиктована широкою поширеністю тривоги і тривожності в практиці лікаря як загальносоматично, так і психіатричного профілю.

На сьогоднішній день за даними багатьох авторів, зустрічальність тривоги і пов'язаними з нею тривожними розладами становить від 10 до 40% хворих, при цьому більшість пацієнтів не надають цьому істотного значення, посилюючи при цьому перебіг основного соматичного захворювання [1, 8, 9, 12, 13].

Будучи одним з найбільш облігатних проявів гострого та хронічного стресу у хворих з отосклерозом, тривога, як відомо, виконує як захисну (мобілізуючу) функцію, так і дестабілізуючу в тому випадку, якщо її інтенсивність і тривалість перевищують індивідуальні компенсаторні можливості особистості в процесі адаптації [7], таким чином сприяючи появі тривожних розладів, що часто приводить пацієнта до профнепридатності і тривалої психологічної реабілітації на фоні основного соматичного захворювання отосклероз, який є спадковим захворюванням, активізація якого знаходиться під впливом факторів зовнішнього і внутрішнього середовища - вагітності, пологів, галасливих умов праці та побуту.

Найбільш часто отосклероз зустрічається у жінок. У більшості випадків захворювання починається у віці від 20 до 40 років.

Типовими скаргами пацієнтів при отосклерозі є зниження слуху більше на одне вухо, відчуття шуму в ньому. Скарги з боку вестибулярного апарату, зокрема на запаморочення, зустрічаються рідко [4].

В даний час багатьма лікарями визнається етіологічна роль психотравмуючої ситуації в загостренні багатьох соматичних захворювань, зокрема отосклерозу.

Паієнти часто переживають тривогу за стан свого здоров’я, або за будь – яких умов. Тривога – центральний механізм формування психічного стресу. Вона зумовлює більшу частину розладів, що виникають при емоційному стресі, активізує механізми психічної адаптації.

Хронічні емоційні переживання зумовлюють виникнення на фоні такого захворювання як отосклероз хроніфіцуючих вісцерально-вегетативних розладів, що означає можливість автономізації соматичних порушень з переважною локалізацією їх у якомусь органі або системі [3, 7, 8, 9].

Тривога – це неясний, неприємний емоційний стан, що характеризується очікуванням несприятливого розвитку подій, наявністю поганих передчуттів, страху, напруги і занепокоєння. Тривога відрізняється від страху тим, що стан тривоги виникає зазвичай безпредметно, в той час як страх припускає наявність викликаючого його об'єкта, людини, події або ситуації.

Тривожність - це схильність людини до переживання стану тривоги. Найчастіше тривожність людини пов'язана з очікуванням соціальних наслідків його успіху або невдачі. Тривога і тривожність тісно пов'язані зі стресом. З одного боку, емоції тривожного ряду є симптомами стресу.

З іншого боку, вихідний рівень тривожності визначає індивідуальну чутливість до стресу [2, 7].

Сучасний стан медицини і її технічне оснащення, розвиток інструментарію діагностики не можуть зняти необхідність дослідити особистість хворого для постановки діагнозу, тобто необхідно вивчати психологічні процеси, які лежать в основі суб'єктивних відчуттів хворого з отосклерозом [1, 5].

Дослідження проходило в кілька етапів:

1. Попереднє дослідження для виявлення необхідної психодіагностичної методики, психологічних особливостей даного контингенту хворих.

2. Клініко- та експериментально-психологічне обстеження хворих в момент надходження в клініку.

3. Психологічна корекція в індивідуальній та груповій формах.

4. Клініко- і експериментально-психологічне обстеження хворих на момент виписки з лікарні.

Аналiз отриманих психодіагностичних даних здiйснювався відповiдно до розподiлу хворих залежно вiд форм отосклерозу з урахуванням віку та тривалості захворювання.

У всіх групах хворі на отосклероз знаходилися в дієздатному та соціально активному віці, що давало змогу для стандартного порівняння отриманих соцiально-психологiчних показників та основних суб’єктивних скарг у хворих на отосклероз (порушення слуху, шум у вухах та ін.).

Було виявлено, що всі досліджувані хворі на отосклероз мали виражену тривожність, а саме в I групі (тимпональна форма) хворих на отосклероз цей показник був найвищим та складав (100,00%) осіб, в II групі (змішана форма) - (100,00 %) особи та в III групі (кохлеарна форма) - (100,00%) особи.

З отриманих даних у хворих на отосклероз виявлено істотні зміни рівнів особистісної та реактивної тривожності в передопераційний та післяопераційний періоди (до психокорекції), оскільки поліпшується загальний стан пацієнтів, проте виражена тривожність сама по собі зберігається.

Після проведення психодіагностики за допомогою модифікованого опитувальника М. Кazman’а «Питання для опитування з метою визначення специфічних тривожних та пов’язаних з ними розладів» результати показали, що з пацієнтів в післяопераційний період всього залишилося 6 хворих на Ото з тривожними розладами різних форм.

На період констатації у хворих на Ото І, ІІ та ІІІ форм особливістю є те, що вони у зв`язку з отосклерозом переживають соціальну фобію в 100% випадків в коморбідності із іншими тривожними розладами.

Суттєвої відмінності специфічних тривожних розладів між різними формами (І, ІІ, ІІІ) отосклерозу ми не виявили.

У даному дослідженні взяли участь всього пацієнти, які поступили на стаціонарне лікування з діагнозом отосклероз.

Серед них було (64%) жінок і (36%) чоловіків. Серед випробовуваних переважали особи у віці від 20 до 40 років, середній вік склав 32,5 ± 2,5 року.

Експериментальну групу склали 20 осіб, які в процесі комбінованої психофармакологічної та психотерапевтичної допомоги застосовували психокорекційні заняття.

Контрольну групу склали особи, що не застосовують ці заняття, але також мають психофармакологічну та психотерапевтичну підтримку у відділенні.

При вивченні клініко-психологічних характеристик пацієнтів з отосклерозом застосовувалася наступна методика: Інтегративний тест тривожності (ІТТ) - призначена для виявлення рівня і структури особистісної тривожності та ситуативної тривоги як показників соціально-психологічного стресу хворих з порушенням слуху.

Максимальна вираженість тривоги 10 балів, мінімальна - 10 балів, середній рівень тривоги (норма) 0-3 балів, 4-6 балів - помірний рівень тривожності, 7-10 балів означає високий рівень тривожності, що свідчить про стійку тенденцію сприймати велике коло ситуації, як загрозливі.

При оцінці емоційних реакцій хворих за допомогою методики ІТТ були отримані наступні результати.

Субшкала «Емоційний Дискомфорт» (ЕД) відображає наявність емоційних розладів, знижений емоційний фон чи незадоволеність життєвою ситуацією, емоційну напруженість.

Субшкала «Астенічний Компонент Тривожності» (АСТ) відображає наявність втоми, розладів сну, млявості і пасивності, швидкої стомлюваності.

Субшкала «Фобічний Компонент Тривожності» (ФОБ) відбиває відчуття незрозумілої загрози, невпевненості в собі, власної марності.

Випробовувані з піком з цієї шкалою не завжди можуть сформулювати джерело своїх тривог і в бесіді апелюють головним чином до феноменології «хронічних» страхів, періодично зростаючих в залежності від внутрішнього стану або загострення зовнішньої ситуації.

Четверта допоміжна шкала - «Оцінка Перспектив» (ВП) - тісно пов'язана з попередньою,тут чітко простежується проекція страхів не так на поточний стан справ, а в перспективу, загальна заклопотаність майбутнім на фоні підвищеної емоційної чутливості.

П'ята допоміжна шкала позначена як «Соціальна Реакція Захисту» (СЗ), що пов'язано з проявами тривожності у сфері соціальних контактів або зі спробами випробуваного пацієнта розглядати соціальну сферу як основне джерело тривожних напруг і невпевненості в собі.

Далі аналізуючи дані методики ІТТ, середнє значення рівня особистісної тривожності за вибіркою становить - 3,5 бала, середні значення рівня ситуативної тривоги - 7 балів.

У структурі особистісної тривожності найбільші середні значення отримані по допоміжним шкалами АСТ - 5,8 балів, ОП - 5,9 балів.

За допоміжним шкалами ЕД, ФОБ і СЗ отримані приблизно середні значення оцінок - 3,9; 3,5 і 3,3 бала відповідно.

У структурі ситуативної тривоги найбільші середні значення були отримані по допоміжним шкалами ОП - 7,5 бала і ФОБ - 7,1 бали - високий рівень тривожності. Так само в високий рівень тривожності потрапляють шкали ЕД - 6,7 бала і ЛСТ - 6,8 бала.

Допоміжна шкала СЗ відповідає помірному рівню тривожності - 4,5 бала.

За результатами ІТТ отримано високу ситуативну тривожність, що значно перевищує особистісну тривогу.

За шкалами ФОБ і ОП можна побачити, що хворі відчувають відчуття незрозумілої загрози, невпевненість у собі, а також простежується проекція страхів за майбутнє.

Яскраво виражена шкала «Емоційний дискомфорт» відбиває наявність емоційних розладів, емоційну напруженість, а також шкала «Астенічний компонент» відбиває наявність втоми, розладів сну.

Отримані дані свідчать про те, що загальний високий рівень ситуативної тривоги високий, що може бути пов'язано з реакцією хворих на свою хворобу, на діагноз «отосклероз».

Виходячи з результатів методик ІТТ можна виявити вплив постійної тривоги і пов'язаних з нею тривожних розладів на ставлення до своєї хвороби.

За результатами методики ІТТ для пацієнтів експериментальної групи характерний високий рівень ситуативної тривожності (7,5 бала) і середній рівень особистісної тривожності (5,9 бали).

Для пацієнтів контрольної групи характерні показники, що знаходяться на тому ж рівні.

За методикою ІТТ при повторному обстеженні після застосування психологічної корекції для пацієнтів з отосклерозом обох груп особистісна та ситуативна тривожність відповідають нормативним значенням.

Однак, показники особистісної тривожності в експериментальній групі достовірно менше, ніж у контрольній.

В експериментальній групі прояви ситуативної тривожності та особистісної тривожності при виписці достовірно менше, ніж при надходженні в клініку, і знаходяться на рівні норми.

У контрольній групі тільки значення «ситуативної тривожності» достовірно менше і досягають нормативних значень при виписці, ніж при первинному обстеженні (ІТТ).

Отримані дані за допомогою методу ІТТ свідчать про те, що загальний рівень ситуативної тривожності високий, що може бути пов'язано з реакцією хворих на свою хворобу, на діагноз «отосклероз».

Виходячи з результатів методик ІТТ можна визначити вплив тривожності на ставлення до своєї хвороби. Виявлена особистісна і ситуативна тривожність являється так званим клінічним психопатологічним статусом у хворих з отосклерозом.

Зміна психопатологічного статусу хворих з отосклерозом відбувається за такими показниками. К кінцю лікування такі прояви як особистісна та ситуативна тривожність менше у пацієнтів з отосклерозом, які проходили психокорекцію крім основного курсу лікування, ніж у пацієнтів, які не проходили додаткову психологічну корекцію.

Тобто змінюються у бік зниження такі показники як особистісна і ситуативна тривожність у тих пацієнтів, які відвідували психологічну корекцію.

В експериментальній групі у пацієнтів з отосклерозом до виписки значно знижуються показники тривожності в порівнянні з показниками, зазначеними при надходженні в клініку.

Необхідно відзначити, що дані зміни мають загальну тенденцію: позитивна динаміка клініко-психологічних характеристик є як у пацієнтів експериментальної групи, так і у пацієнтів контрольної групи. Але позитивні зміни більш виражені у групі хворих з отосклерозом, де проводилася додаткова психологічна корекція.

**РОЗДІЛ 3**

**психологічна корекція прояву тривожних розладів при патології органів слуху**

**3.1. Програма психологічної корекції патопсихологічного прояву тривожних розладів при патології органів слуху**

Описано програму психокорекції подолання тривожних розладів у хворих на отосклероз з урахуванням виду тривожного розладу.

Обґрунтовано результативність використання запропонованих психокорекційних впливів для кожного виду тривожного розладу у вигляді факторного аналізу.

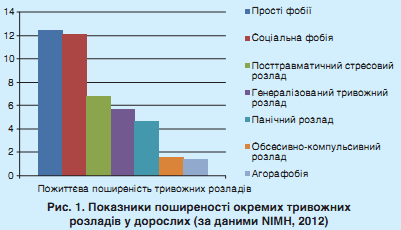
Статистично доведена ефективність запропонованої психокорекційної програми.

**Тривожні розлади – найпоширеніший вид психічних розладів, які можуть суттєво впливати на якість життя пацієнтів та спричиняти виражене страждання.**

**У роботі розглядається когнітивно-­поведінкова модель розуміння та лікування тривожних розладів методом когнітивно­-поведінкової терапії (КПТ), який включений** **у більшість сучасних емпірично-обґрунтованих протоколів допомоги особам з тривожними розладами як втручання першого вибору.**

**Сумарно тривожні розлади відносяться до групи найбільш поширених психіатричних розладів.**

**Порівняння поширеності окремих тривожних розладів у дорослих представлене на рис. 3.1.**



**Попри те, що тривожні розлади можуть сприйматися як «легкі» психіатричні розлади, їх вплив на якість життя може бути дуже суттєвим, тому адекватне і вчасне їх виявлення та надання належної допомоги – надзвичайно важливе завдання системи охорони психічного здоров’я.**

**Серед наявних методів допомоги з емпірично доведеною ефективністю на сьогодні є КПТ та фармакотерапія. З огляду на високу ефективність як щодо терапії самого розладу, так і щодо запобігання рецидиву, відсутність симптомів побічної дії більшістю сучасних протоколів, орієнтованих на даних доказової медицини, КПТ рекомендована як терапевтичний метод першого вибору.**

**днак у багатьох країнах, як і, зокрема, в Україні, через дефіцит належно освічених фахівців у цьому методі КПТ є недоступною для більшості потребуючих її осіб.**

**Емпірично доведена ефективність КПТ пов’язана, мабуть, насамперед, з тим, що її терапевтична модель базується на сучасних наукових підходах розуміння механізмів тривоги, страху та відповідних патогенетичних, нейробіологічних основ розвитку окремих тривожних розладів.**

**Насамперед, КПТ-модель тривожних розладів пояснює механізм переходу нормальної тривоги, яка носить лінійний характер, у тривожний розлад, при якому тривога має циклічний характер.**

**Звичайно система тривоги діє для того, щоб відповідним чином забезпечувати виявлення небезпеки/загрози, а тоді мобілізацію організму (психофізіологічну відповідь на тривогу) й адекватну поведінкову реакцію, спрямовану на нейтралізацію небезпеки (наприклад, реакція нападу/втечі).**

**При тривожних розладах тривожна реакція «зациклюється» і, відповідно, утворюється підтримуючий цикл, який веде не до редукції тривоги, а навпаки, до її підтримки.**

**Це пов’язано з тим, що когнітивні інтерпретації, які робить людина, набувають неадекватного характеру (наприклад, пацієнтка з панічним розладом може сприймати панічні атаки як загрозу її життю, думаючи, що може померти від інфаркту чи інсульту під час нападу), та/або тим, що способи подолання тривоги ведуть лише до тимчасового її зменшення, але загалом не вирішують проблеми, а швидше сприяють її повторній появі (наприклад, пацієнт з агорафобією уникає виходити на вулицю сам, що зменшує тривогу з одного боку, але з іншого – сприяє тому, що вихід на вулицю далі сприймається як небезпечний і, відповідно, хвороба посилюється, а не зменшується).**

**Поведінка уникнення теж не дає можливості перевірити правильність когнітивних інтерпретацій і, відповідно, вони залишаються незмінними.**

**Завдяки циклічності підтримуючих процесів тривога набуває постійного характеру, неадекватного до ступеня загрози, починає негативно впливати на якість життя людини, внаслідок чого розвивається тривожний розлад у тій чи іншій формі.**

**Залежно від специфічного типу тривожного розладу підтримуючі цикли можуть носити різний характер, але загальний принцип циклічності зберігається.**

**У розвитку такого роду підтримуючих циклів ключову роль відіграють неадекватні когнітивні інтерпретації, які ведуть до сприйняття певних нейтральних (наприклад, відкритий простір) або умовно безпечних, хоч і неприємних (наприклад, панічна атака) ситуацій як небезпечних, а також неадекватні поведінкові відповіді, що у свою чергу посилюють проблему.**

**Когнітивний стиль багатьох пацієнтів з тривожними розладами характеризується типовими когнітивними спотвореннями, такими як «катастрофізація» (схильність робити катастрофічні, найгірші можливі у даній ситуації прогнози та «уявляти» їх, наприклад у сина телефон поза зоною досяжності – «він розбився на машині»), «перебільшення» (у пацієнта з соціальною фобією було незначне тремтіння рук під час виступу – «у мене жахливо тряслися руки»), «читання думок» (пацієнт з соціальною фобією помітив, що головуючий на засіданні подивився на годинник – «я знаю, він подумав: коли цей зануда вже завершить свою доповідь»), «ясновидіння» (у пацієнта з обсесивно-компульсивним розладом [ОКР]: «я знаю, якщо не помию зараз руки, то моя тривога буде наростати безкінечно, що аж збожеволію»), «емоційне мислення» («я відчуваю тривогу у цій ситуації, отже, це підтверджує, що повинна бути якась небезпека») тощо.**

**Окрім когнітивних спотворень, які ведуть до створення «суб’єктивної реальності», переповненої відчуттям загрози/небезпеки там, де насправді її нема, або ж статистичний ризик її дуже низький, характерними є також помилкові інтерпретації різного роду стимулів.**

**Відповідно, при тривожних розладах класичний для КПТ когнітивний принцип, який свідчить, що ми реагуємо не стільки на реальність, як на нашу її інтерпретацію, веде до того, що реальність інтерпретується невідповідно небезпечною і людина починає постійно перебувати у стані тривоги.**

**Поведінковий компонент підтримуючих циклів при тривожних розладах пов’язаний з неадекватними діями, які робить людина, щоб зменшити тривогу/відчуття загрози, причому ці дії можуть проявлятися як у зовнішній поведінці, так і у внутрішніх ментальних діях (наприклад, ментальні компульсії при ОКР).**

**При тривожних розладах дії, спрямовані на нейтралізацію небезпеки, є переважно неадекватними і радше ведуть до посилення розладу, аніж до його редукції. Найбільш класичною поведінковою реакцію є поведінка уникнення – усіх тих ситуацій, що пов’язані з можливим розвитком тривоги.**

**У багатьох пацієнтів, попри реальне розуміння відсутності небезпеки, поведінка уникнення часто пов’язана з самим «страхом страху.**

**Таким чином, поведінка уникнення отримує негайне підкріплення, але на довгий термін вона стає основною перешкодою до зцілення, бо людина потім боїться/уникає певних ситуацій і, відповідно, її свобода пересування суттєво обмежується тощо.**

**Людина завдяки поведінці уникнення не дає можливості відбутися «габітуації» (згасанню тривоги при достатньо тривалій експозиції до тривожного стимулу), а також корекції когнітивних переконань.**

**Схожу роль до поведінки уникнення відіграють різного роду інші «заходи безпеки».**

**Не менш важливою складовою неадекватної поведінки, що веде до формування підтримуючих циклів, є також невідповідне фокусування уваги – наприклад, в особи, яка хвилюється за різного роду тілесні симптоми тривоги, котрі інтерпретує як ознаки недіагностованої тілесної недуги.**

**Постійне фокусування уваги на тілі та «прислухання» до того, чи є симптоми, чи нема, збільшують реєстрацію різних тілесних відчуттів, які знову ж таки отримують відповідні негативні інтерпретації, що призводить до тривоги і генерування нових тілесних симптомів.**

**Розуміння ролі підтримуючих циклів у сучасній КПТ є центральним щодо тлумачення механізму розвитку тривожних розладів та ефективних підходів до їх терапії.**

**У схожий спосіб при тривожних розладах неадекватні когнітивні інтерпретації та дії у відповідь на ситуацію, що сприймається як загрозлива, ведуть до того, що тривога не згасає, а «розгорається».**

**Неадекватність дій, спрямованих на нейтралізацію, можна порівняти з намаганням погасити полум’я дровами – можливо, це дає на початку відчуття зменшення тривоги, втім за якийсь час стає основою нового «спалаху» тривоги.**

**Відповідно, і з точки зору ефективних втручань ми розуміємо, що робота «тут і тепер» у КПТ є дуже важливою і часто центральною: якщо зупинити підтримуючий цикл, розлад приречений на «згасання».**

**Інколи методу КПТ закидається, що він ігнорує минуле і роль факторів дитинства тощо, які спричинили розвиток розладу. Насправді – це міф, бо в моделі КПТ завжди обстежується минулий досвід, і якщо робота з ним є важливою для досягнення терапевтичних цілей, вона буде проводитися (для прикладу, при посттравматичному стресовому розладі, розладах особистості та ін.).**

**Втім, КПТ наголошує, що при багатьох розладах, зокрема тривожних, ті фактори, які спричинили розвиток проблеми, не є вже тими факторами, що підтримують/утримують її існування.**

**У розумінні етіопатогенетичного походження тривожних розладів КПТ інтегрує знання сучасної нейробіології і, зокрема, ролі генетичних факторів та «тривожного» темпераменту як факторів схильності.**

**До цих чинників можна віднести і негативний травматичний досвід у дитинстві, який міг спричинити відчуття, що світ небезпечний і щось погане рано чи пізно станеться – це так звана схема очікування на небезпеку, а також інші психосоціальні причини, які могли вплинути на формування низької самооцінки і невпевненості у собі, моделювали тривожні переживання.**

**Відповідно, з огляду на тип темпераменту, генетичні фактори (які спричиняють, зокрема, специфічні порушення у нейротрансміттерних системах) і в окремих випадках специфіку формування особистості внаслідок негативного досвіду з минулого, можна говорити, що окремі люди мають схильність до розвитку тривожних розладів.**

**У КПТ такого роду події називають критичним випадком – взаємодіючи із факторами схильності, вони провокують «дебют» тривожного розладу, а підтримуючі процеси тоді сприяють його подальшому розвитку та утриманню.**

**На дію підтримуючих циклів будуть впливати модифікуючі фактори, які, як при лісовій пожежі, можуть сприяти її швидкому поширенню (вітер) або ж, навпаки, зменшенню (дощ).**

**До таких чинників можуть відноситися наявні на даний момент у житті людини ресурси (соціальні, психологічні, духовні тощо), а також негативні фактори (подружній конфлікт, безробіття та ін.).**

**Відповідно, у кожному конкретному випадку тривожного розладу ми маємо неповторний процес, який хоч і проявляється типовими симптомами тієї чи іншої його форми, може мати специфічні чинники схильності, критичні події, модифікуючі фактори та підтримуючі цикли.**

**Попри те, що у КПТ є специфічна модель для кожного окремого тривожного розладу, яка враховує як специфічну схильність, так і типові підтримуючі цикли для того чи іншого розладу, реальна терапія завжди основана на ретельному обстеженні та індивідуальному формулюванні випадку.**

**КПТ-модель терапії тривожних розладів випливає з моделі розуміння походження та розвитку специфічних розладів та загальних «трансдіагностичних» особливостей усіх тривожних розладів, які були представлені вище. Можна сказати, що з огляду на важливість підтримуючих циклів, метою є вироблення адекватного сприйняття та копінг-реакції, які переведуть тривогу з циклічного процесу у лінійний, що сприятиме поступовому згасанню тривоги та редукції розладу.**

**Попри те, що існує загальна модель специфічних розладів, пацієнти навіть з однаковими підвидами тривожних розладів становлять дуже гетерогенну групу: з різними формами розладу, різною супутньою патологією, особистісними характеристиками і т. д.**

**Тому КПТ завжди індивідуалізована, виходить з ретельного обстеження випадку, побудови його індивідуального формулювання та терапевтичного плану.**

**Обстеження у моделі КПТ виходить за межі класично-психіатричного обстеження, метою якого є встановлення діагнозу, – у процесі обстеження відбувається співпраця пацієнта і терапевта для виявлення специфічних проявів тривоги, думок, дій та детальної «інвентаризації» наявних підтримуючих процесів і т. д.**

**Власне, це дозволяє врешті в результаті обстеження спільно побудувати діагностичне формулювання, яке є свого роду картою розладу і планом психотерапевтичних втручань.**

**Під час побудови цього формулювання важливо, щоб пацієнт за допомогою технік КПТ (кероване відкриття, сократівські запитання) зміг відкрити та ідентифікувати специфічні підтримуючі цикли взаємодій між думками, емоціями, поведінкою, тілесними симптомами тривоги.**

**В процесі побудови формулювання, яке, зазвичай, відображається графічно схемою, терапевт також надає психоедукаційну інформацію пацієнту щодо конкретного розладу, намагається «нормалізувати» досвід хворого та «інсталювати» надію, надаючи інформацію про дані доказової медицини щодо можливості ефективного лікування тощо.**

**Процес обстеження та побудови формулювання завершується представленням можливостей допомоги (КПТ, фармакотерапія, інші види допомоги за наявності супутніх проблем) та прийняттям інформованої згоди щодо лікування.**

**Терапевт, як правило, теж представляє модель КПТ пацієнту, знайомить його з тим, як зазвичай виглядає лікування, скільки очікувано воно може тривати, наголошує активну роль хворого у ній (КПТ – це не те, що терапевт робить пацієнту, а те, що роблять разом терапевт і пацієнт).**

**Психоедукаційна інформація надається і рідним пацієнта за потреби, а у разі КПТ з дітьми і підлітками залучення батьків має важливе значення – певною мірою вони є свого роду ко-терапевтами.**

**Коли між терапевтом і пацієнтом сформовано ефективний робочий альянс, є спільне розуміння механізмів підтримки тривожного розладу («підтримуючих циклів») та готовність до терапевтичної праці, настає другий, основний етап терапії. Його суть полягає у «звільненні» від розладу за допомогою методичної праці, спрямованої на корекцію неадекватних когнітивних інтерпретацій (класичними когнітивними техніками КПТ та поведінковими експериментами); розриву зв’язку між умовним стимулом (наприклад, ситуація, коли пацієнт у центрі уваги) та тривогою шляхом сприяння процесу габітуації – «звикання» і згасання тривоги при тривалій конфронтації зі стимулом (зазвичай використовуються поведінкові техніки покрокової експозиції та поведінкові експерименти).**

**Власне, на цьому етапі відбуваються зупинка підтримуючих циклів та корекція проблемних когнітивних інтерпретацій.**

**Як правило, важливим є не просто досягнення «раціонального» розуміння безпечності певних стимулів чи ситуацій, а поведінкове закріплення цього знання, досягнення відчуття безпеки на рівні «глибокої переконаності».**

**Щодо цього у сучасній КПТ увага акцентується на застосуванні техніки поведінкових експериментів, які вважаються більш ефективними, ніж класичні вербальні когнітивні техніки, оскільки й дають таке знання, що не є виключно «у голові», але більш глибоке, здобуте з власного досвіду.**

**Заключна фаза КПТ орієнтована на попередження рецидиву, розвиток навичок самодопомоги.**

**У цій фазі може мати місце корекція переконань та припущень, які були основою вразливості, схильності до тривожного розладу (схеми очікування небезпеки, низька самооцінка тощо).**

**При окремих розладах, зокрема при соціальній фобії, роль таких переконань (низька самооцінка і, відповідно, страх осудження) є доволі вагомою і може потребувати окремого «модуля» терапії.**

**У випадках, коли ці негативні особистісні схеми значно виражені, суттєво впливають на якість життя і залишають певну вразливість до рецидиву тривожних розладів чи розвитку інших проблем, може бути показаною більш тривала терапія, сфокусована власне на зміні оцих глибинних особистісних переконань/схем.**

**В третій фазі закріплюється також консолідація набутих пацієнтом навичок самодопомоги. Хворий з терапевтом з усвідомленням того, що тривожний розлад може повернутися, тепер свідомо готуються до цього, виробляючи відповідну стратегію та арсенал технік.**

**Останні сесії КПТ розтягуються в часі – 1 раз у 2 тижні, у 4 тижні, у 2 місяці, щоб мати змогу слідкувати за динамікою та здатністю пацієнта давати собі раду самостійно.**

**В середньому терапія тривожних розладів методом КПТ триває 8-16 сесій, однак при супутніх коморбідних розладах, особистісних порушеннях таке лікування, звісно, може бути і значно довшим.**

**КПТ має і ряд суттєвих переваг порівняно з фармакотерапією – при ряді розладів її ефект є більш вираженим, а ефективність щодо профілактики рецидивів – також більш високою (наприклад, аналіз досліджень ефективності КПТ при ОКР Foa).**

**При тяжких резистентних формах тривожних розладів поєднане застосування КПТ і фармакотерапії рекомендоване як таке, що більш ефективне, ніж та чи інша монотерапія.**

**Втім, сьогодні основним недоліком КПТ в Україні є її недоступність – з огляду на дефіцит КПТ-терапевтів, можливість для пацієнтів з тривожними розладами отримати кваліфіковану психотерапевтичну допомогу даним методом є дуже лімітованою, тож одним із національних пріоритетів розвитку сфери охорони психічного здоров’я в Україні має стати навчання відповідних фахівців КПТ та забезпечення доступності цього виду психотерапевтичної допомоги у державній системі охорони психічного здоров’я.**

**3.2. Ефективність програми психологічної корекції патопсихологічного прояву тривожних розладів при патології органів слуху**

У процесі роботи було визначено залежно від виду тривожного розладу вісім технік психокорекції, які використовують в сучасній когнітивно-поведінковій терапії (КПТ).

Дієвість психокорекційної програми у хворих на отосклероз досліджувалася окремо для кожного виду тривожного розладу.

Формулою корисної моделі являється спосіб корекції тривожних розладів у хворих на отосклероз, що включає проведення курсу психотерапії із 8-20 сесій для кожного тривожного розладу, який відрізняється тим, що спочатку діагностують різновид тривожного розладу, за яким визначають вид психокорекційного впливу, при цьому використовують індивідуальну психотерапію в інтенсивному режимі, а саме 1 сеанс на добу тривалістю 30-45 хвилин, 5 разів на тиждень, далі проводять психокорекцію протягом 1,5 місяця інтенсивністю 6-7 сеансів.

Саме така схема психокорекції дає позитивні результати, за умови, що частота та тривалість проведення занять може змінюватись в кожному окремому випадку.

Дані про тривожні розлади у хворих на Ото, які були отримані за допомогою модифікованого опитувальника М. Каzman’a в післяопераційний період у пацієнтах експерементальної групи 1 та експериментальної групи 2 до і після психокорекції та через 1,5 місяця в порівнянні з контрольною групою, де хворі на Ото відмовилися від впровадження психокорекційного втручання, підтверджують ефективність проведення психокорекційних методик щодо подолання тривожного розладу.

На етапі формувального експерименту в стаціонарних умовах в післяопераційний період була проведена з хворими на отосклероз експериментальної групи 1 психокорекційна робота, для того, щоб зрозуміти, наскільки впроваджені психокорекційні методики впливають на психічний стан досліджуваних пацієнтів.

По завершенні психокорекційних занять пацієнтам даної групи були надані чіткі рекомендації у вигляді психокорекційних методик з боротьби із тривожними розладами.

В експериментальній групі 1 в післяопераційний період після проведення психокорекції залишилося (46,75%) хворих на отосклероз з коморбідними тривожними розладами, але зі значно менш вираженою симптоматикою, ніж у пацієнтів контрольної групи, які відмовились від проведення психокорекції.

У хворих на отосклероз експерементальнї групи 1, які продовжували самостійну психокорекційну роботу поза межами стаціонару на протязі 1,5 місяця, було діагностовано тільки (45,84%) пацієнта з тривожними розладами.

Тривожні розлади у хворих на отосклероз експерементальної групи 2 після операції після психокорекції мали 3 досліджуваних, та після продовження психокорекційної роботи через 1,5 місяця було виявлено 2 пацієнта зі значним зниженням інтенсивності, зменшенням або зникненнням окремих симтомів специфічних тривожних розладів.

Були зроблені загальні висновки, що у даних пацієнтів після проведення психокорекційної роботи спостерігалося значне покращення стану, але подекуди симптоматика тривожних розладів зберігалася та була значно менш вираженою за силою та частотою прояву.

Також у деяких пацієнтів обох експерементальних груп після проведення психокорекції тривожні розлади були повністю відсутні.

Отримані дані пацієнтів експерементальної групи 1 (ЕГ1) експерементальної групи 2 (ЕГ2) при порівнянні з контрольною групою (КГ), в якій показники наявності тривожних розладів залишились майже незмінними, підтверджують ефективність проведення психокорекційних методик відносно самостійного подолання тривожного розладу навіть за такий короткий проміжок часу.

У хворих на Ото експерементальної групи 2 після операції, які дали інформаційну згоду на проведення комплексу психодіагностичних методик (12 методик на виявлення тривоги і тривожних розладів), надалі було проведено факторний аналіз з метою поглибленого вивчення психологічних особливостей тривожних розладів у пацієнтів даної групи.

В результаті факторного аналізу досліджуваних хворих на Ото даної групи було побудовано чотирифакторну модель, що відображає різний характер тривожних розладів.

Завдяки цьому було модифіковано й програму психокорекції, її дієвість досліджувалася окремо для кожного випадку.

В усіх хворих на Ото експерементальної групи 2 після психокорекції зменшилися прояви тривожних розладів, які були виявлені одразу після операції до проведення психокорекції, а саме: генералізованого тривожного розладу (ГТР) (17 з 26 випадків); обсесивно-компульсивного розладу (ОКР) (10 з 14 випадків); посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (7 з 14 випадків).

У досліджуваних залишилися незмінними такі тривожні розлади, як панічний синдром (ПС) - у 10 осіб, соціальна фобія (СФ) - у 3 осіб, агорафобія (Аг) - у 15 осіб та специфічна фобія (СпФ) - у 1 особи.

Кількість пацієнтів з Ото зі специфічними тривожними розладами після психокорекції поза межами стаціонару впродовж 1,5 місяця також суттєво зменшилося (23 з 26 осіб).

В усіх хворих на Ото експерементальної групи 2 після психокорекції поза межами стаціонару впродовж 1,5 місяця зменшилися прояви тривожних розладів, які були виявлені одразу після проведення психокорекції, а саме: панічного синдрому (ПС) (9 з 10 випадків), соціальної фобії (СФ) (8 з 26 випадків), генералізованого тривожного розладу (ГТР) (11 з 17 випадків); обсесивно-компульсивного розладу (ОКР) (3 з 10 випадків); посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (4 з 7 випадків), агорафобії (Аг) (9 з 15 випадків).

Специфічна фобія (СпФ) виявлена у пацієнтки III (кохлеарна) форми Ото 31- 50 років, але із значним зменшенням інтенсивності проявів симптомів та зникненням деяких з них.

Підводячи підсумки з приводу формувального експеременту у хворих на отосклероз, ми можемо констатувати наступні закономірності якості позитивного впливу психокорекції на окремий вид тривожного розладу.

Основною терапією вибору являється когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка є патогенетично обгрунтованою при різних видах тривожних розладів.

Таким чином, можна зробити висновки, що хворі на отосклероз – це хронічні хворі, які можуть важко реагувати на своє захворювання, що призводе до виникнення специфічних тривожних розладів.

У пацієнтів на протязі життя розвиваються ускладнення у вигляді прогресування зниження слуху та збільшення інтенсивності шуму, які чинять негативний вплив на їх емоційний стан, а також погіршують їх якість життя, обмежуючи автономність та комунікативні можливості до труднощів у спілкуванні та в самообслуговуванні.

Побоювання непорозуміння та соціальне відчуження у контактуванні значно обмежує соціальну активність таких осіб, а страх втрати слуху надає потужний стресогенний вплив.

Часто погана вимова, різко обмежене мовне спілкування далеко не повний перелік тих явищ, які негативно позначаються на їх загальному психічному розвитку.

Необхідно пам’ятати, що характерна виражена специфічність хворих на отосклероз, а саме: вони чутливі, легковразливі, їх внутрішній світ складається з дуже складних поєднань сприйняття й відчуття, емоцій і конфліктів, психологічних переживань і травм.

Хворі на отосклероз можуть висловити свою думку, але через те, що погано чують, вимовляють невпевнено, боячись, що можуть бути незрозумілими або висміяними співрозмовниками.

Такі пацієнти відчувають підвищену тривогу за своє майбутнє, яка з часом набуває стан патологічної, або страху, що в найближчому майбутньому вони можуть втратити своє призначення як спеціалістів або місце роботи.

Хворі на отосклероз часто уникають спілкування як зі своїми колегами по роботі, так і з рідними, в наслідок чого в них знижується самооцінка, спостерігається втрата інтересу до життя та звичної діяльності.

Такі пацієнти відчувають на фоні постійної тривоги пригнічений настрій, зниження або втрату здатності отримувати задоволення від повсякденного життя та інше.

Все це являється підгрунтям до виникнення специфічних тривожних розладів, що потребує кваліфікаційне втручання медичного психолога.

Таким чином, хворі на отосклероз чекають від спеціалістів не тільки співчуття, а конкретної психологічної допомоги. Тільки медико-психо-соціальна реабілітація в поєднанні з увагою, терпінням, ввічливістю може стати тим фактором, який дозволить пацієнтам відчути себе здоровими та повноцінними.

Як було показано у дослідженні, частина осіб з тривожними розладами, не залежно від основного діагнозу (СТР, ГТР чи панічний розлад) мають нижчий рівень розвитку соціальної компетентності, відтак можуть потребувати додаткової психологічної допомоги у розвитку необхідних соціальних навичок.

Найбільш поширеною практикою допомоги людям у розвитку необхідних соціальних навичок є тренінг соціальних навичок.

Цей підхід має на меті навчити людину асертивно висловлювати прохання та вимоги; перебувати у центрі уваги, показати себе на публіці; розпочинати та підтримувати розмову [16; 17].

Хоча підходи різних авторів до наповнення такого тренінгу можуть відрізнятися. Наприклад, Дж. Еспада та ін. пропонують також навчати емоційній релаксації. Бішоп приділяє увагу вмінню осіб з тривожними розладами перетворювати повідомлення з «соціально негативним змістом» на більш доречні, такі що сприяють кращій соціальній адаптації.

П. Ван Дем-Бегген, Дж. Еспада та ін. вказують, що осіб з тривожними розладами важливо вчити таким базовим навичкам, як: вміння спостерігати; слухати; розпочинати, підтримувати та завершувати розмову; давати та приймати відгук; підтримувати контакт очей, регулювати інтонацію та силу голосу; приймати та відхиляти прохання; скаржитися; вітати; хвалити себе та інших; приймати критику та критикувати; відстоювати власні права [24].

Результати нашого дослідження вказують на те, що частина осіб з тривожними розладами гірше розуміють особистісні якості, смаки чи звички інших людей, вважають, що порівняно гірше розбираються в людях; не завжди вміють знайти спільну мову з оточуючими, переконувати та керувати процесом розмови; рідше радяться з іншими та шукають спільної точки зору; приймають меншу участь у соціальній діяльності; проявляють менше інтересу та чутливості до переживань інших; гірше здатні заспокоїти та вплинути на настрій іншої людини.

Відтак навчання як базовим, так і складнішим навичкам міжособистісної взаємодії може покращити їхню соціальну адаптацію.

Окрім цього, особам з тривожними розладами, у порівнянні з особами без діагностованих тривожних розладів, можуть бути властиві нижчий рівень соціальної автономії, проблеми емоційної регуляції та особлива чутливість до емоційних сигналів інших.

Тому у психологічній роботі з ними важливо працювати над вміннями самостійно приймати рішення, планувати робочий процес, висловлювати власну думку; зберігати спокій під тиском, відновлюватися після розчарувань, переключатися від негативних емоцій; регулювати власну чутливість у ставленні до інших людей (без необхідності не перейматися проблемами інших).

Незважаючи на те, що більшість осіб з тривожними розладами бажають працювати, втім майже третина з них не є працевлаштованими.

Таким чином, на нашу думку, частина тренінгу соціальних навичок, повинна бути присвячена саме тривогам, пов’язаним з процесом професійної реалізації. Ймовірно, ключовими темами могли би стати: мотивація до професійної реалізації, покращення навичок емоційної регуляції та підтримання соціальної автономії у професійних стосунках.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Аврамчук О. Розлад соціальної тривоги: актуальність та перспективи. Нейроnews: неврологія та психіатрія. 2018. 7(99). С. 20–23.
2. Бузікевич Ю. Формування соціальної компетенції клієнтів соціальної роботи у сфері ментального здоров’я URL: http://www.ecumenicalstudies.org.ua/sites/default/files/conference\_docs/Yurij %20Byzikevuch%20%28aii.1%29.pdf
3. Ковальчук В. А. Соціальна компетентність вчителя як складова професійно-педагогічної компетентності. Соціалізація особистості: Збірник наукових праць / за заг. ред. проф. А. Й. Капської. Том ХVІІІ. К.: Логос, 2002. С. 70–76.
4. Коць Є. М. Феномен соціальної тривожності як наукова проблема. Психологічні перспективи. 2017. Вип. 29. C. 115-124.
5. Пріб Г. А. Дисфункція соціальних ролей у пацієнтів, які страждають на психічні розлади. Архів психіатрії. 2007. № 1. С. 26–33.
6. Проскуріна Т. Ю., Михайлова Е. А., Бєляєва О. Е., Матковська Т. М., Мітельов Д. А. Особливості реабілітації дітей з тривожно-фобічними розладами. Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, Вип. 1 (90). С. 148.
7. Романчук О. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: модель розуміння, терапії та емпіричні докази ефективності. Нейроnews: неврологія та психіатрія. 2012. 4(39). С. 40–45.
8. Alfano C. A., Beidel D. C., Turner S. M. Negative self-imagery among adolescents with social phobia: A test of an adult model of the disorder. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2008. Vol. 37. Р. 327–336.
9. Alfano C., Beidel D., Wong N. Children with Generalized Anxiety Disorder Do Not Have Peer Problems, Just Fewer Friends. Child Psychiatry Hum Dev. 2011. Т. 42(6). Р. 712–723.
10. Alonso J., Angermeyer M. C., Bernert S., et all. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand. 2004. Т. 109 (Suppl. 420). Р. 21-27.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. P. 87-122.
12. Angélico A., Crippa J., Loureiro S. Social anxiety disorder and social skills: A critical review of the literature. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy. 2013. №7. Р. 16–23.
13. Ateş B. Social Phobia as a Predictor of Social Competence Perceived by Teenagers. International Education Studies. 2016. Vol. 9, № 4. P. 77–86.
14. Bandelow B., Reitt M., Röver C., Michaelis S., Görlich Y., Wedekind D. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. International Clinical Psychopharmacology. 2015. Vol. 30, № 4. Р. 183–192.
15. Beidel D., Alfano C., Kofler M., Rao P. The Impact of Social Skills Training For Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. J Anxiety Disord. 2014. №28. Р. 908–918.
16. Beidel D., Turner S., Young B., Ammerman R., Sallee F., Crosby L. Psychopathology of Adolescent Social Phobia. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2007. Vol. 29, Issue 1. P. 46-53.
17. Bystritsky A., Khalsa S. S., Cameron M. E., Schiffman J. Current Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. P T. 2013. Vol. 38(1). Р. 30–57.
18. Cartwright-Hatton S., Tschernitz N., Gomersall H. Social anxiety in children: social skills deficit, or cognitive distortion? Behaviour Research and Therapy. 2005. Vol. 43, Issue 1. P. 131–141.
19. Fernandez Castelao C. An Adaptation of the Questionnaire for Social Anxiety and Social Competence Deficits (SASKO) for Adolescents and its Evaluation in a German Student Sample. Journal of Child and Adolescent Behaviour. 2014.
20. Collins K., Westra H., Dozois D., Burns D. Gaps in accessing treatment for anxiety and depression: Challenges for the delivery of care. Clinical Psychology Review. 2004. Vol. 24, Issue 5. P. 583–616.
21. Cramer V., Torgersen S., Kringlen E. Quality of life and anxiety disorders: a population study. J Nerv Ment Dis. 2005. Vol. 193(3). Р. 196–202.
22. Crick N. R., Dodge K. A. A review and reformulation of social informationprocessing mechanisms in children’s social adjustment. Psychological Bulletin. 1994. Vol. 115(1), Р. 74–101.
23. Gazelle H. Behavioral profiles of anxious solitary children and heterogeneity in peer relations. Developmental Psychology. 2008. Vol. 44(6). P. 1604–1624.
24. Gilboa-Schechtman E., Foa E., Amir N. Attentional Biases for Facial Expressions in Social Phobia: The Face-in-the-Crowd Paradigm Cognition and Emotion. Cognition and Emotion. 2010. Vol. 13(3). P. 305–318.
25. Heidi M., Inderbitzen-Nolan E., Anderson R., Johnson H. Subjective versus objective behavioral ratings following two analogue tasks: A comparison of socially phobic and non-anxious adolescents. Journal of Anxiety Disorders. 2007. Vol. 21. Issue 1. P. 76–90.
26. Hodges E. V., Boivin M., Vitaro F., Bukowski W. M. The power of friendship: Protection against an escalating cycle of peer victimization. Dev Psychol. 1999. Т. 32. Р. 94-101.
27. Junttila N., Vauras M., Niemi P., Laakkonen E. Multisource assessed social competence as a predictor for children’s and adolescents’ later loneliness, social anxiety, and social phobia. Journal for educational research online. 2012. Vol. 4. Р. 73–98.
28. Kaeppler A., Erath S. Linking Social Anxiety with Social Competence in Early Adolescence: Physiological and Coping Moderators. J Abnorm Child Psychol. 2017. Vol. 45(2). Р. 371–384.
29. Kannaiah D. A Study on Emotional Intelligence At Work Place. European Journal of Business and Management. 2015. Vol.7, No.24. P. 147–154.
30. Kessler R. C., Ayelet Meron Ruscio A. M., Shear K., Wittchen H. U. Epidemiology of Anxiety Disorders. Current Topics in Behavioral Neurosciences. 2010. Vol. 2. Р. 21–35.
31. Kingery J. N., Erdley C. A., Marshall K. C., Whitaker K. G., Reuter T. R. Peer experiences of anxious and socially withdrawn youth: an integrative review of the developmental and clinical literature. Clin Child Fam Psychol Rev. 2010. Vol. 13(1). Р. 91–128.
32. Kocalevent R. D., Hinz A., Brähler E. Standardization of the depression screener patient health questionnaire (PHQ-9) in the general population. Gen Hosp Psychiatry. 2013. Vol. 35(5). Р. 551–555.
33. Lépine J.-P. The epidemiology of anxiety disorders: Prevalence and societal costs. The Journal of Clinical Psychiatry. 2002. Vol. 63 (Suppl. 14). Р. 4–8.
34. Löwe B., Decker O., Müller S., Brähler E., Schellberg D., Herzog W., Herzberg P. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. Medical Care. 2008. Vol. 46 (3). Р. 266–274.
35. Luebbe A. M., Bell D. J., Allwood M. A., Swenson L. P., Early M. C. Social Information Processing in Children: Specific Relations to Anxiety, Depression, and Affect. J Clin Child Adolesc Psychol. 2010. Vol. 39(3). Р. 386–99.
36. Nangle D. W. . , Erdley C. A., Newman J. E., Mason C. A., Carpenter E. M. Popularity, friendship quantity, and friendship quality: Interactive influences on children's loneliness and depression. J Clin Child Adolesc Psychol. 2003. Т. 32. Р. 546–555.
37. Olatunji B. O., Cisler J. M., Tolin D. F. Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2007. Vol. 27. Р. 572–581.
38. Pineles S. L., Mineka S. Attentional biases to internal and external sources of potential threat in social anxiety. J Abnorm Psychol. 2005. Vol. 114(2). P. 314–318.
39. Pinquart M., Sorensen S. Influences of Socioeconomic Status, Social Network, and Competence on Subjective Well-Being in Later Life: A Meta-Analysis. Psychology and Aging. 2009. Vol. 15, No. 2. Р. 187-224.
40. Rose-Krasnor L. The Nature of Social Competence: A Theoretical Review. Social Development. 1997. Vol. 6(1). Р. 111–135.
41. Schneider B. Defining social competence and determining what it looks like. Childhood Friendships and Peer Relations: Friends and Enemies. London: Routledge, 2016. Р. 62.
42. Shear K., Brown T., Barlow D., Money R., Sholomskas D., Woods S., Gorman J., Laszlo P. Multicenter Collaborative Panic Disorder Severity Scale. The American journal of psychiatry. 1997. Vol. 154. P. 1571-1575.
43. Spijker J., Licht C. M., Beekman A. T. et all. Disability in anxiety disorders. Journal of Affective Disorders. 2014. Vol. 166. P. 227–233.
44. Stravynski A., Kyparissis A., Amado D. Social Phobia as a Deficit in Social Skills. Social Anxiety. Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives / S. G. Hofmann, P. M. DiBartolo (Eds.). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press. Р. 147-181.
45. Susan D. Z., Bogels M. Dysfunctional Cognitions in Children with Social Phobia, Separation Anxiety Disorder, and Generalized Anxiety Disorder. Journal of Abnormal Child Psychology. 2000. Vol. 28, № 2. Р. 205–211.
46. The IAPT Data Handbook Appendices Including the IAPT Data Standard. 2011. URL: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160302160105/http:/www.iapt.n hs.uk/silo/files/iapt-data-handbook-appendicies-v2.pdf
47. Torgrud L. J., Walker J. R., Murray L. et all. Deficits in perceived social support associated with generalized social phobia. Cogn Behav Ther. 2004. Vol. 33(2). Р. 87–96.
48. Wong N., Sarver D. E., Beidel D. C. Quality of life impairments among adults with social phobia: The impact of subtype. Journal of Anxiety Disorders. 2012. Vol. 26, Issue 1. Р. 50-57.
49. Яковлева Н. Ю. Медико-психологiчна допомога при тривожних розладах у вiйськовослужбовцiв та населення / Н. Ю. Яковлева // Актуальнi проблеми психологiї: Психологiя навчання. Генетична психологія. Медична психологія: збiрник наукових праць Iнституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / [за ред. С. Д. Максименка]. - К.: ДП «Інформаційно - аналітичне агентство», 2015. - Tом Х. - Вип. 27. - С. 703 - 712.
50. Яковлева Н. Ю. Психодіагностика тривожних розладів за міжнародною класифікацією DSM-V у пацієнтів з отосклерозом / Н. Ю. Яковлева // Актуальнi проблеми психологiї: Загальна психологiя. Історична психологія. Етнічна психологія: збiрник наукових праць Iнституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / [за ред. С. Д. Максименка]. - К.: ДП «Інформаційно - аналітичне агентство», 2016. - Том IХ. - Вип. 8. - С. 544 - 558.
51. Яковлева Н. Ю. Тип ставлення до захворювання та його зв’язок з інтрапсихічними патернами у пацієнтів з отосклерозом / Н. Ю. Яковлева // Актуальні проблеми психології: збiрник наукових праць Iнституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / [за ред. С. Д. Максименка ].- К.: Iнститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2017. - Том I.- Вип. 46. С.141 - 146.
52. Яковлева Н. Ю. Посттравматичний стресовий розлад в міжнародному форматі DSM - V у людей з вадами слуху в їхньому соціальному житті / Н. Ю. Яковлева // Актуальні проблеми психології: збiрник наукових праць Iнституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / [за ред. С. Д. Максименка ]. - К.: Iнститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2017. - Том I. - Вип. 47. - С. 112-116.
53. Яковлева Н. Ю. Агорафобія у міжнародному форматі DSM-V у людей з вадами слуху в їхньому соціальному житті / Н. Ю. Яковлева // Київський науковопедагогічний вісник/ [за ред. І. С. Багрєєва]. - К.: Київська наукова організація педагогіки та психології, 2018.- Вип.14.- С.42-50.
54. Яковлева Н. Ю. Особливості емоційного реагування у хворих з отосклерозом [Електронний ресурс] / Н. Ю. Яковлева // Технології розвитку iнтелекту. - 2016. - Том 2, № 1(12).
55. Яковлева Н. Ю. Тривожні розлади у хворих з вадами слуху на прикладі отосклерозу [Електронний ресурс] / Н. Ю. Яковлева // Технології розвитку iнтелекту. - 2016. – Том 2, № 2(13).
56. Яковлева Н. Ю. Психодіагностика тривожності у пацієнтів з отосклерозом за допомогою методики ITT [Електронний ресурс] / Н. Ю. Яковлева // Технології розвитку iнтелекту. - 2016. - Том 2, № 3(14).
57. Яковлева Н. Ю. Психодіагностика соматоформних розладів як одного з видів пограничних психічних розладів у пацієнтів з отосклерозом [Електронний ресурс] / Н. Ю. Яковлева // Технології розвитку iнтелекту. - 2016. - Том 2, № 4(15).
58. Яковлева Н. Ю. Специфічна фобія у міжнародному форматі DSM-V у людей з вадами слуху в їхньому соціальному житті / Н. Ю. Яковлева // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки» / [за ред. О. Є. Блинової]. - Х.: Херсонський державний університет, 2018. - Вип.2. - С.175-180.
59. Яковлева Н. Ю. Обсесивно-компульсивний розлад у міжнародному форматі DSM-V у людей з вадами слуху в їхньому соціальному житті / Н. Ю. Яковлева // Журнал «Теорія і практика сучасної психології» / [за ред. В. В. Зарицької ]. - Запоріжжя: Класичний приватний університет, 2018. - № 3. - С.108-113.
60. Яковлева Н. Ю. Генералізований тривожний розлад у міжнародному форматі DSM-V у людей з вадами слуху в їхньому соціальному житті / Н. Ю. Яковлева // Психологічний часопис. - 2018. - Том 15, № 5(15).
61. Iakovleva N. Y. Psychodiagnostics somatoform disorders as a borderline mental disorders in patients with otosclerosis / N. Y. Iakovleva // Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools. Issue: 5 (17) - c0-publ.: Рubishing office: Accent graphics communications - Hamilton, ON, 2016. - Р. 36 - 44.
62. Iakovleva N. Y. The Autogenic training as a method of the psychological help to children with the hearing impairment / N. Y. Iakovleva // Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools. Issue: 4 (22) - c0-publ.: Рubishing office: Accent graphics communications - Hamilton, ON, 2017. - Р. 100 – 105.
63. Iakovleva N. Y. Specific psychological features of anxiety disorders in patients with otosclerosis / N. Y. Iakovleva // Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools. Issue: 3 - c0-publ.: Рubishing office: Accent graphics communications - Hamilton, ON, 2018. - Р. 241 - 252.
64. Яковлева Н. Ю. Медико-психологічна допомога при тривожних розладах у військовослужбовців та населення / Н. Ю. Яковлева // Медико-психологічна допомога в кризових ситуаціях, 23-25 жовтня 2014 р.: Матеріали III міжнародної науково-практичної конференції / За наук. ред. С. Д. Максименка, Б. С. Божука, Т. А. Тамакової. - К., 2014. - С.134-135.
65. Яковлева Н. Ю. Методологічні засади дослідження психічних станів у отоларингологічних хворих / Н. Ю. Яковлева // Соціалізація особистості в умовах системних змін: теоретичні та прикладні проблеми, 17 березня 2017 р.: Матеріали дванадцятої міжнародної науково-практичної конференції / За ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушка. – К., 2017.- С.19.
66. Яковлева Н. Ю. Психологічні особливості тривожних розладів у осіб підліткового та юнацького віку з вадами слуху на прикладі захворювання отосклероз / Н. Ю. Яковлева // Актуальні проблеми психології навчання та розвитку, 25-26 травня 2017 р.: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції з нагоди 70-ти ліття заснування лабораторії психології навчання імені І. О. Синиці / За ред. С. Д. Максименка, І. Д. Беха, О. Я. Савченка.- К.,2017.-С. 29.
67. Яковлева Н. Ю. Соціальна фобія як проблема соціальних коммунікацій у людей з вадами слуху / Н. Ю. Яковлева // Особистість, сім’я і суспільство: питання педагогіки та психології: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 24-25 листопада 2017 року). - Львів: ГО «Львівська педагогічна спільнота», 2017. – С. 102.
68. Яковлева Н. Ю. Психологічні особливості тривожних розладів у дітей підлітків з вадами слуху / Н. Ю. Яковлева // Наукова дискусія: питання педагогіки та психології: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 1-2 грудня 2017 р.).- К.: ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2017. - ч.2.- С.114.
69. Яковлева Н. Ю. Посттравматичний стресовий розлад у клінічній психології / Н. Ю. Яковлева // Сучасні проблеми та перспективи розвитку психології і педагогіки: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 1-2 грудня 2017 р.) / За ред. О. О. Іляшка, В. Є. Виноградової, І. М. Білої та ін..- К.: Таврійський національний університет імені В. І. Вернадського, 2017. – С. 208.
70. Яковлева Н. Ю. Тривога та пов’язані з нею тривожні розлади у високотривожних людей XXI століття / Н. Ю. Яковлева // Психологія та педагогіка в системі сучасного гуманітарного знання XXI століття: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Харків, 8-9 грудня 2017 р.). - Харків: Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2017. - С. 121.
71. Яковлева Н. Ю. Психологічні особливості тривожних розладів у хворих на отосклероз / Н. Ю. Яковлева // Актуальні питання самореалізації особистості в освітньому просторі: Матеріали круглого столу (м. Київ, 18 грудня 2017 р.) / За ред. С. Д. Максименка, Л. В. Дзюбко, В. Є. Луньова та ін. - К.: МВП «Fundamental And Applied Researches In Practice Of Leading Scientific Schools», 2017. - С.18.
72. Яковлева Н. Ю. Посттравматичний стресовий розлад у людей з вадами слуху в умовах соціальної напруженості / Н. Ю. Яковлева // Соціалізація особистості в умовах системних змін: Матеріали тринадцятої міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 16 березня 2018 р.) / За ред. С. Д. Максименка, Н. В. Чепелєвої, Л. М. Карамушки та ін. - К.: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, лабораторія організаційної та соціальної психології, 2018. - С. 23.
73. Яковлева Н. Ю. Психологічні особливості тривожних розладів у хворих на отосклероз / Н. Ю. Яковлева // Тиждень психології - 2018: Матеріали програми Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України «Тиждень психології - 2018» (м. Київ, 23-26 квітня 2018 р.) / За ред. С. Д. Максименка, В. Є. Луньова та ін. - К.: ВГО «Товариство психологів України», 2018. - С. 21.
74. Кіцера О.О. Клінічна оториноларингологія. / О.О.Кіцера. – Львів : «Кварт», 2006 – 531 с.
75. Максименко С.Д. Загальна психологія / С. Д. Максименко. - Вінниця. Нова Книга, 2004. – 704 с.
76. Butler J., Fennell M., Hackmann A. Cognitive therapy for anxiety disorders: mastering clinical challenges. – NY: Guilford Press, 2008.
77. Foa E., Kozak M., Liebovitz M.: Randomized, Placebo-Controlled Trial of Exposure and Ritual Prevention, Clomipramine, and Their Combination in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder // American Journal of Psychiatry. – 2005. – 162. – Р. 151-161.
78. Foa E., Kozak M. Psychological treatments for obsessive-compulsive disorder. Mavissakalian M. Long term treatments of anxiety disorders. – Washington, DC: APP, 1997. – Р. 285-309.
79. Hofman S. An introduction to modern CBT. – Oxford, Wiley-Blackwell, 2012.
80. Hofman S., Smits J. CBT for Adult Anxiety Disorders: A Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Studies // Journal of Clinical Psychiatry. – 2008. – Vol. 69. – Р. 621-632.
81. Leahy R., Holland S. Treatment plans and interventions to CBT of anxiety disorders and depression. – N.-Y.: Guilford Press, 2000.
82. Morris T., March J. Anxiety Disorders in Children and Adolescents. – N.-Y.: Guilford Press, 2004.