

Міністерство науки і освіти України
Вищий навчальний заклад “Український католицький університет”
Факультет наук про здоров'я
Кафедра клінічної психології

На правах рукопису

Колесніченко Єлизавета Максимівна
“Особливості використання методів КПТ в молоді із невротичними
станами”

Спеціальність 053 - Психологія
Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

Кафедра клінічної психології
Науковий керівник
Блозва Павло Ігорович,
кандидат психологічних наук,
асистент кафедри клінічної психології УКУ

/Підпис наукового керівника/

ЛЬВІВ - 2021

Вищий навчальний заклад «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра клінічної психології

Пояснювальна записка

до магістерської роботи

магістр

(освітній ступінь)

на тему:

«Особливості використання методів КПТ в молоді із невротичними станами»

Виконала:

студентка 6 курсу групи ЗПК 19/М

спеціальності 053 «Психологія»

Колісніченко Є.М.

Керівник: асистент кафедри клінічної

психології УКУ, кандидат психологічних наук

Блозва П.І..

Рецензент: доктор наук, професор кафедри

психології та педагогіки Києво-Могилянської академії

Чернобровкін В. М. _____

Львів – 2021

Вищий навчальний заклад «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра клінічної психології

Освітній ступінь **магістр**

Спеціальність **053 Психологія**

Освітня програма **Клінічна психологія з основами когнітивно-поведінкової терапії**

ЗАТВЕРДЖУЮ

В.о. завідувача

кафедри

Аврамчук О.С.

“ _____ ”

2021 року

З А В Д А Н Н Я
НА МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

_____ Колесніченко Єлизавети _____ Максимівни

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи _____ “Особливості використання методів КПТ в молоді із невротичними станами”

керівник роботи Блозва Павло Ігорович, канд. психологічних наук, асистент кафедри клінічної психології УКУ, затверджені Вченою Радою факультету від “ _ ” “ _____ ” 2020 р. № протоколу__

2. _____ Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи

У структуру роботи входить вступ, I, II, III розділи, загальні висновки, список використаних джерел, додатки

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити)

Проаналізувати й узагальнити існуючі в науковій літературі підходи до дослідження невротичних станів. Охарактеризувати методи КПТ, які використовуються для корекції невротичних станів. Здійснити емпіричне дослідження вираженості невротичних станів у молоді. Розробити програму роботи із молоддю із вираженими невротичними станами. Провести дослідження зміни у вираженості невротичних станів у молоді після застосування методів КПТ.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)

Магістерська наукова робота містить обрахунки прояву невротичних станів серед молоді, їх структури та особливостей використання методів когнітивно-поведінкової терапії для зниження негативних проявів вищезазначеного невротичного стану

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

7. Дата видачі завдання

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка

Студентка

ініціали)

(підпис)

(прізвище та

Керівник роботи

Блозва П.І.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ КПТ В МОЛОДІ ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ СТАНАМИ	11
1.1 Теоретичний аналіз поняття невротичних станів	11
1.2 Дослідження молоді із невротичними станами	19
1.3. Використання когнітивно-поведінкової терапії у роботі із невротичними станами	26
Висновки до 1 розділу	34
РОЗДІЛ II. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ КПТ В МОЛОДІ ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ СТАНАМИ	36
2.1 Організація, методичні засоби та математичний апарат психодіагностичного дослідження	36
2.2 Результати моніторингу прояву вираженості невротичних станів у молоді	43
2.3. Результати дослідження зв'язку невротичних станів із супутніми особистісними компонентами.	50
Висновки до 2 розділу	54
РОЗДІЛ III. ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТЕХНІК КПТ НА КОРЕКЦІЮ ПРОЯВІВ НЕВРОТИЧНИХ СТАНІВ У МОЛОДІ	57
3.1. Програма та результати дослідження впливу технік КПТ на прояв невротичних станів у молоді.	57
3.2. Рекомендації щодо зниження рівня невротичних станів у молоді	65
Висновки до розділу 3	71
ВИСНОВКИ	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	76
ДОДАТКИ	81

ВСТУП

На сьогоднішній день внаслідок пандемії значно підвищився рівень невротичності у людей. Ця ситуація змусила значну кількість людей не просто вийти з зони комфорту, а перебувати в екстремальних умовах, оскільки з одного боку, це стан невизначеності та небезпеки, а з іншого - виникло дуже багато обмежень у вигляді дотримання певних правил та можливості реалізації базових потреб. Психологи вказали на негативний вплив ситуації з пандемією: виникнення негативних емоційних станів (тривожність, роздратованість, агресивність, депресія, страх, паніка, розгубленість, гнів тощо) спостерігається у 58,3% опитаних; погіршення різних сфер здоров'я (психологічного, професійного, фізичного, духовного) – у 18%. (За даними вчених інституту Костюка).

Наявність невротичних станів впливає на ефективність існування та функціонування людини, її внутрішню рівновагу та взаємодію зі світом. Корекція цих станів є важливим завданням сьогодення. Використання професійного досвіду фахівців-психологів є вкрай важливим для підтримки та нормалізації психічного здоров'я.

Вивченням невротичних станів займалася ціла когорта як зарубіжних так і українських вчених. Серед яких можемо виокремити Б.Д. Карвасарського, С.М. Саржевського, А.Б. Смулевича, Л.В. Трубіцина, О.С. Чабана, які розглядали невротичні стани як наслідок впливу психотравмуючої ситуації; Агаєв НА, Кокун ОМ, Пішко ІО, Лозінська НС, Остапчук ВВ, Ткаченко ВВ., як наслідок впливу психотравмуючої ситуації у військовослужбовців; З.Фройда, О.Кернберга, В.І. Гарбузова, В.М.М'ясищева, М.П. Папуша, В.С. Підкоритов, Л.А. Терещенко та ін. - як компромісне утворення вирішення внутрішніх конфліктів, як реакція на незадоволення потреб та цілей. Психіатри та психологи вивчали різні види невротичних станів: П.Я. Розенбах, В. Л. Гавенко, Г. І. Каплан (агорафобія);

Ю.В.Щербатих, Є.І.Івлева, Дж. У. Біік (соціальна фобія); В.А.Жмуров, А.В. Морозов, С.Ю. Головін (специфічні, ізольовані фобії); А.М. Вейн, В.Л. Голубев, О.В. Городничев (ГТР); М.Б. Умаров, А.П. Лапте, С.Н. Давіденков, М.К. Петров, Ф.П. Майоров (нав'язливі думки); В.М. Блейхер, І.В. Крук (компульсивні дії); Ю.В.Краснова, М.Попова, О.Н.Кушнір (деперсоналізаційний - дереалізаційний синдром).

Наявність невротичного стану потребує його корекції результатом якої є покращення стану та функціонування особистості. Існують різні методи та техніки психологічної корекції, які посідають своє місце поряд з фармакологією у лікуванні даних проявів. Серед них важливе місце посідають техніки когнітивно-поведінкової терапії. Дослідженням використання технік КПТ займалися: А.Бек (депресії); Дж.Бек, Р. Макмілан, Р. Уесслер, С.Уоллен (ОКР); Т.Борковик, Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова (ГТР); А.Елліс, (агорафобія), Е. Майо-Вілсон, С.Діас, Ч. Тейлор (соціальна фобія).

Однак, на сьогодні недостатньо вивченим є застосування методів КПТ у роботі із молоддю із невротичними станами. Дослідженню особливостей використання методів КПТ і буде присвячена ця кваліфікаційна робота.

Об'єкт дослідження: невротичні стани особистості .

Предмет: методи КПТ у роботі із молоддю із невротичними станами

Мета дослідження: визначити можливості застосування методів КПТ у роботі із молоддю із невротичними станами

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити такі **завдання дослідження:**

1. Проаналізувати й узагальнити існуючі в науковій літературі підходи до дослідження невротичних станів.
2. Охарактеризувати методи КПТ, які використовуються для корекції невротичних станів.

3. Здійснити емпіричне дослідження вираженості невротичних станів у молоді.
4. Розробити програму роботи із молоддю із вираженими невротичними станами.
5. Провести дослідження зміни у вираженості невротичних станів у молоді після застосування методів КПТ.

Для вирішення поставлених завдань використані такі **методи дослідження**:

1. Теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукових даних щодо поняття невротичних станів, їх класифікації, проявів та методів КПТ)
2. Емпіричні (психодіагностичні методики: «Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів» (Яхин К.К., Менделевич Д.М.); опитувальник життестійкості (С.Мадді в адаптації Д.Леонтьєва), опитувальник соціально-психологічної адаптації (К.Роджерса та Р.Даймонд).
3. Математично-статистичні: середні та відсоткові дані, кореляційний аналіз за допомогою коефіцієнта Пірсона, процедура порівняння результатів різних груп за допомогою коефіцієнта Манна Уїтні.

Наукова новизна. У магістерській роботі на основі здійсненого теоретичного аналізу систематизовано визначення проявів невротичних станів у молоді та обґрунтовано результативність використання методів когнітивно-поведінкової терапії у роботі із цими станами серед молоді

Практичне значення отриманих результатів: одержані результати будуть підґрунтям для проведення ефективної корекційної допомоги психологами особам, які переживають невротичні стани.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, 1 додатку, списку використаних джерел, що налічує 63 найменування (із них 10 – іноземною

мовою). Основний зміст роботи викладено на 69 сторінках. Загальний обсяг становить 86 сторінок.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ КПТ В МОЛОДІ ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ СТАНАМИ

1.1 Теоретичний аналіз поняття невротичних станів

Кожного дня збільшується кількість людей у яких є невротичні стани. Сучасний світ, стресові ситуації та переживання провокують цей стан.

Невроз, або ж невротичний стан -- це стан, що виникає внаслідок тривалого перебування в стані нервового перенапруження або стресовій ситуації. При діагностуванні неврозу важливо вчасно помітити перші прояви неврозу, інакше він може перерости в більш важкі захворювання і серйозні розлади, лікування яких може бути більш важким і тривалим.

Вперше цей термін було введено шотландським лікарем Вільямом Калленом у 1769 році. Він вважав, що психогенним фактором в цьому випадку є конфлікти або вплив обставин, який викликає стрес, психологічну травму або тривалу напругу.

В 1913 році німецький психіатр Карл Ясперс виділив, що невроз має відповідати трьом критеріям психогенних захворювань:

- він викликається психічною травмою;
- зміст травми відбивається в клінічній картині страждання;
- невроз з'являється, як правило, слідом за психічною травмою і найчастіше зменшується або взагалі припиняється після зникнення або дезактуалізації психотравмуючих моментів. При неврозі має місце усвідомлення своєї хвороби і прагнення позбутися від порушень (К. Ясперс, 1997).

Ф.Раймонд виявив, що неврози - це не хвороба, а синдром - синдром істерії, неврастенії, психостенії, показавши в своїй монографії симптоматичне обґрунтування неврозів. Оскільки ці синдроми спостерігаються при різних захворюваннях і різних етіологічних моментах,

то на думку В. К. Хорошко, «... залишається вірним для багатьох форм і до сих пір. Зазвичай діагноз того чи іншого невроту ставиться тільки на підставі симптоматологічної картини» [58, с. 81].

Дуже цікавим є огляд зарубіжної літератури та зарубіжних авторів, які зробили найбільший вклад у вивченні цих розладів.

Досліджуючи проблему невротів Фройд вважав, що невротики «хворіють внаслідок своєї неспроможності (*versagung*) в якому б не було ставлення» [53, с. 89], зауважуючи, що на першому місці у невротика стоїть неспроможність, і він, коли варто вступити в боротьбу, ховається у невроті. Фройд також відмічав, що у невротика завжди є наявним особистісний конфлікт, коли одна частина особистості відстоює як найважливіше те, що для другої її частини є неприйнятним. Він називав це “психічним конфліктом”, помічаючи, що при цьому «повинні існувати особливі умови для того, щоб такий конфлікт став патогенним» [53, с. 139], і тоді «невротик щоразу робить втечу в хворобу від конфлікту» [53, с. 171].

Отже, за З. Фройдом, невроз - це регресія (“повернення в дитинство”), страждаючого від почуття неспроможності, внутрішнього конфлікту, що виникли від страху перед реальністю, від “розчарування в житті”, це втеча в хворобу від психічних патогенних потрясінь, коли психічна травма веде до формування клінічних проявів невроту. Важливо відмітити, що після виходу робіт З. Фрейда невроз перестав бути “загадковим” і незбагненим психопатологічним феноменом.

Якщо розглядати А. Адлера, то він вважав, що першопричиною виникнення невроту є почуття неспроможності, від якого людина прагне позбутися шляхом досягнення відчуття переваги, тобто шляхом прагнення до влади.

Він ділив людей на 4 типи:

1) керівний тип, до якого відносив самовпевнених, наполегливих, егоцентричних і антисоціальних;

2) берущий тип - егоцентричних, малоактивних, які прагнуть отримати від життя, від оточуючих все, нічого не даючи взамін;

3) уникаючий тип - егоцентричних, тривожних, малоактивних, схильних до втечі від усіх життєвих проблем;

4) соціально-корисний тип - мужніх, соціально-орієнтованих, які прагнуть принести користь людям.

На основі цього А. Адлер дає своє визначення неврозу: “Невроз - це природний, логічний розвиток особи, порівняно неактивного, егоцентрично, який прагне до переваги, і тому має затримку в розвитку соціального інтересу, що ми спостерігаємо постійно при найбільш пасивних, розбещених стилях життя” [1, с. 241].

Адлер вважав, що невротик обирає неправильний (помилковий) стиль життя, помилкові цілі, страждає комплексом неповноцінності і використовує такі стратегії психологічного захисту, які допомагають йому справитися з переживаннями неповноцінності. Це відкриття А. Адлера, на нашу думку, і є основа формування неврозу, у чому величезну роль грає саме психологічний захист. Хоча, як ми бачили раніше, сам Адлер в своєму визначенні неврозу не вказує на цей фактор. На його думку, невротики, борючись за свої життєві цілі, прагнуть до до звеличення за рахунок щирої турботи оточуючих, жадають, щоб їх проблеми вирішувалися турботою про них інших людей. А психічна травматизація - лише екзогенний чинник, що призводить до виникнення неврозу у особистості, до цього схильної. До неврозу, таким чином, схильні особи «бере» і «уникає» типів, згідно адлерівської градації.

К. Юнг розумів неврози не тільки як порушення, а й як необхідний імпульс для «розширення» свідомості і, отже, як стимул до досягнення

зрілості (зцілення). З такої точки зору психічні порушення - не просто невдача, хвороба або затримка розвитку, але спонукання до самореалізації і мистецької цілісності. Невроз за Юнгом, є моральною кризою особистості, викликаний прихованим і несвідомим комплексом: невирішеними егоїстичними особистими проблемами, застряванні на егоїстичному сприйнятті життя, її сенсу, при домінуванні тенденцій індивідуального несвідомого над колективним несвідомим. У цьому визначенні теж звучать дуже важливі складові шляху в невроз: егоцентричність, особистісна криза, криза сенсу життя.

К. Хорні виділяє 3 основні поведінки невротика. Перша - «орієнтація на людей», тобто «якщо я поступлюсь, мене не чіпатимуть». Це «поступливі невротики». Якщо сюди додати прагнення (по К. Хорні) до «уникнення будь-яких відносин, які передбачають взяття на себе будь-яких зобов'язань» і «боязнь бути використовуваним іншими або виглядати «тупим» в їхніх очах», то легко зрозуміти, що мова при даній стратегії йде про неврастенії. Друга - «орієнтація від людей» з лейтмотивом: «якщо я відсторонився, то зі мною все буде в порядку». Це - «відокремлені невротики». Додавши до цього, що (за Хорні) для невротика «першорядне значення мають обмеження і строго встановлений порядок», зрозуміємо, що тут мається на увазі невроз нав'язливих станів. Третя - «орієнтація проти людей», де лейтмотив такий: «у мене є влада, тому мене ніхто не чіпатиме». За Хорні, це «егоцентрично-владні невротики». Додавши до цього лейтмотиву, знову-таки, по Хорні, «ненаситне прагнення невротика щоб її любили», «надмірну залежність від інших», «домінування і контроль над іншими як самоціль», не важко помітити характерні ознаки істеричного неврозу.

Концепція неврозу, запропонована К. Хорні, ґрунтується на захисній лінії поведінки яка страждає від базисної тривоги в будь-якій життєвій ситуації, що визначається витоками невротичного конфлікту, що виник в

ранньому дитинстві індивіда. Це перегукується з концепціями і З. Фрейда, і А. Адлера, і К. Юнга.

Карл Роджерс розглядав неврози як наслідок незадоволення який вродженно властивий людині потребі в самоактуалізації як результат конфлікту між вродженими і набутими системами оцінки своєї поведінки, що викликає в індивіда глибинну тривогу, що веде до дезорганізації його поведінки. Для зниження рівня тривоги індивід вдається до двох типів пристосувальних реакцій спотвореного сприйняття реальності і заперечення її психотравмуючих сторін [46]. Тобто, і тут мова йде про психологічний захист, що використовується невротиком.

Професор А.Я.Кожевніков у своїй роботі “Неврози”, висловив думку, що неврози являються хворобами нервової системи, попри важкі і небезпечні симптоми, після смерті не виявлено ніяких анатомічних змін, які могли б пояснити хворобливі явища. У цих випадках можна припускати тільки існування молекулярних змін з боку нервової системи. Клінічеі явища при цьому в різних випадках можуть бути дуже різні [58].

Під ім'ям загальних неврозів, вчений має на увазі такі хвороби нервової системи, в яких, незважаючи на прижиттєві важкі і небезпечні симптоми, по смерті ми не знаходимо ніяких анатомічних змін, що можуть пояснити хворобливі явища; доводиться припускати в цих випадках існування тільки молекулярних змін з боку нервової системи. Клінічні явища при цьому в різних випадках можуть бути дуже різні.

У 1920-х рр. ХХ ст. німецький невролог О. Бумка, наступник Крепеліна по Мюнхенській клініці, підійшовши до питання встановлення загальних точок зору на неврози, відзначав, як і Ф. Раймонд, що в неврозах дослідник має лише клінічну картину, що залежить від різних причин. У світлі нового вчення того часу, вчення про конституцію, професор говорив про реакцію людини або особистості хворого на різні шкідливі обставини, реакції, за формою і змістом для кожного індивіда особливі, тобто

підкреслював особливий зв'язок синдрому з конституцією і особистістю. Таким чином, Бумка дійшов такого висновку: ніякого неврозу як особливої хвороби немає, а є лише різні реакції того чи іншого організму. [4]

П.І. Едмін, розглядаючи класифікацію неврозів, наполягав на тому, що змішувати терміни “функціональне захворювання” і “невроз” є неправильним [27]. Перше поняття охоплює безліч форм, де анатомічна картина є невідомою і патофізіологія не ясна, наприклад, функціональне захворювання серця, кишечника або судин. Стосовно нервової системи функціональні захворювання складають ще більшу главу, куди входять нерозшифровані форми вегетопатії, ендокринопатій, мозкового стомлення, неврози і психогенні реакції. Таким чином, неврози в сучасному розумінні складають один з видів функціональних захворювань. Він виділив основні ознаки для неврозу: психогенія як етіологія, складна побудова відповідних неадекватних реакцій із залученням психічних і соматичних механізмів даної особистості і фіксація цих реакцій на тривалий термін у формі нападів або безперервного прояву при відсутності помітних анатомічних і біологічних відхилень. При такому розумінні неврозів немає потреби замінювати цей термін іншим.

П.І. Едмін говорить про п'ять основоположних моментах, які повинні бути в основі трактування неврозів і реакцій:

- 1) психогенія як етіологія;
- 2) коло особистості, як конституціональна база (характер);
- 3) патопсихологія процесу;
- 4) патофізіологія процесу;
- 5) соціальна тяжкість хвороби [27].

В.А.Горовий-Шалтан фізіологічною передумовою для виникнення неврозу вважав перенапруження збуджувального процесу або перенапруження гальмівного процесу, так само як і перенапруження рухливості нервових процесів (необхідність раптових перемикань стану

роздратування на стан гальмування коркових клітин, і навпаки, що призводило до основних типів зривів нервової діяльності). «Розвиток неврозів у людини обумовлюється, зрозуміло, не одними тільки фізіологічними передумовами, а в значній мірі і різноманітними соціальними факторами негативного характеру» [18].

У ці ж роки професор В. К. Хорошко, в своєму дослідженні «Вчення про неврози» висуває три основні тези:

- 1) невроз - хвороба всього організму;
- 2) анамнез - основа діагнозу неврозу;
- 3) невроз можна вилікувати

Правда, ці захворювання можуть бути дуже наполегливими і іноді тривати багато років. Деколи неврози можуть бути ригідними до покращення у хворих, які втратили працездатність і не можуть відновити її внаслідок надзвичайно великого навантаження. Професор Ганнушкін визначив цей стан як «нажиту інвалідність». [58].

В. Н. Мясищев, погоджуючись з Г.Е. Сухаревою в тому, що в етіології психогенних захворювань особливо велика роль внутрішніх умов, головним чином, індивідуальних особливостей особистості, підкреслює важливість не тільки конституційних властивостей темпераменту і характеру, а й індивідуальної історії розвитку особистості дитини, історії його свідомих відносин з оточенням. Формування рис невротичного характеру (егоцентризм, інфантилізм в емоційно-вольовій сфері, схильність до переважно афективного способу переробки психотравмуючих переживань, схильність до застрявання на конфліктних переживаннях) відбувається саме під впливом порушених відносин з оточуючими в поєднанні з неправильним вихованням. Введене В. Н. Мясищева поняття «невроз розвитку» і має на увазі під собою невроз, як «в першу чергу хвороба розвитку особистості» [40]. Погляди Мясищева мають багато спільного з роботами великого Карла Юнга, який вважав, що

невротик невірно розуміє питання, які ставить йому життя, а позбутися від хвороби він може тільки, якщо реалізує себе як особистість, досягнувши мети і повіривши в це.

Невроз, по В. І. Гарбузову, - це яскраво виражене, болісне відчуття незадоволеності. Домінуючий інстинкт визначає передумови вродженого покликання людини, тенденції основної, домінуючої цінності в його сенс життя. Індивід часто прагне до задоволення своїх особистих домагань без урахування рівня своєї адаптивності. Люди різні за своїми психофізичними даними. У той же час між ними зростає конкуренція. На ринку великих можливостей стикаються високоадаптивні і низькоадаптивні, і нерідко слабкий прагне не тільки наздогнати, а й перегнати сильного. У цьому прагненні індивід ігнорує свої можливості, свою натуру. Так, наприклад, людина флегматичного темпераменту прагне жити в темпі володарів сангвінічного або холеричного темпераменту, народжений «орачем», за образним висловом автора концепції, викликає на бій народженого «воїном». В результаті багато хто страждає від патопластичної незадоволеності. «Якщо наш добровільний і усвідомлений вибір відповідає задуму природи, то ми здатні радіти життю і досягати успіху; якщо ми суперечимо цьому задуму, то незмінно прийдемо до кризи і станом незадоволеності» [17].

Б. В. Воронков, називаючи невроз специфічною психогенією, що принципово відрізняється від психосоматичних розладів, розвитку та іншого: це порушення системи відносин людини не просто з реальністю, а з вельми значущими для нього сторонами, перш за все, і в тому, що ситуація, що призводить до неврозу, на сьогодні нерозв'язна, компроміс неможливий, в наявності довгостроково існуючий болісний особистісний конфлікт, з якого виростає самостійне автономне і динамічне психічне ціле - комплекс [15].

Таким чином, важливим є вивчити такі невротичні стани: такі невротичні стани: тривога (очікуванні негативного розвитку подій), невротична депресія (легка форма депресії, при якій переважає сумний настрій, знижена активність, загальмованість, втома), астения (нервово-психічна слабкість, що виявляється у підвищеній втомлюваності і виснаженні, зниженому порозі чутливості, крайньої нестійкості настрою та порушенні сну), істеричний тип реагування (перетворення витісненого душевного конфлікту в соматичну симптоматику), obsesивно-фобічні порушення (проявляються в педантичності, загостреної чутливості до звичок, ритуалів, ретельному обмірковуванні своїх кроків) та вегетативні порушення (порушення в роботі внутрішніх органів).

1.2 Дослідження молоді із невротичними станами

Як справедливо сказав Т. Н. Вордсворт, поведінка та природа чоловіка в основному є продовженням їх протягом усього життя, хоча ступінь певної різниці є. Отже, психіатрична оцінка людини ніколи не буває повною без оцінки дитячих невротичних рис. Незважаючи на те, що існує тенденція опускати особисту історію (включаючи невротичні риси дитинства), проблема, що виникає, часом може бути пов'язана з невротичними рисами дитинства тим чи іншим чином. Тут буде зроблена спроба переглянути літературу про „невротичні риси дитинства“.[40, с. 15].

Розмовляючи про невротичні риси дитинства, слід мати на увазі три основні поняття: розвиток дитини, невротизм та риси. Людина проходить різні стадії розвитку щодо різних функцій (пізнавальної, соціальної, психосексуальної тощо). У ранньому дитинстві діти розвивають здатність реагувати на ситуацію, що провокує тривогу, різними захисними механізмами. У багатьох дітей формується неадаптивна поведінка або

моделі. Деякі проблеми, пов'язані з віком, виражаються появою регресивної поведінки та страхів. Їх називають "дитячими невротичними рисами".[47]

Оскільки терміни «особистість», «риси характеру» та «темперамент» тісно пов'язані між собою та часом заплутані, вони були детально розроблені тут.

Особистість - це загальна якість людини або особливості її поведінки або того й іншого. Гордон Олпорт (1937) визначає це як „динамічну організацію в межах індивідуума з тих психофізичних систем, які визначають його / її унікальне пристосування до свого оточення”. Уолтер Мішель більше наголошував на "відмінних моделях поведінки (включаючи думки та емоції), що характеризує адаптацію кожної людини до ситуацій її / її життя". Особистість вивчалася по-різному, тип та рисовий підхід є однією з популярних теорій особистості (інші - динамічний, навчальний, поведінковий та гуманістичний підхід). Типовий та рисовий підхід особистості фокусується на особистих характеристиках людей. Теорії рис особистості намагаються описати це з точки зору рис.[29]

Риси - це характеристики, які змушують людей поводитись більш-менш відмінно та послідовно в різних ситуаціях. Це продукт навчання, заснованого на спадковій основі.

Гордон Олпорт визначив три типи рис:

1. Кардинальні риси: домінантні риси, за якими можна простежити майже всі дії людини

2. Центральні риси: Хоча більшість людей не виявляють кардинальних рис, їх поведінка певною мірою характеризується деякими рисами (не такими повноцінними, як основні риси).

3. Вторинні риси: риси, що впливають лише у вузькому діапазоні ситуацій, наприклад любить шоколадні цукерки[55].

Темперамент - це той аспект особистості, який включає настрій, рівень активності, емоції та мінливість кожного з них. Подвійні дослідження на людях демонструють суперечливий генетичний вплив (у дослідженнях, що стосуються матері, оцінюючи своїх дітей за 4 вимірами - емоційність, активність, комунікабельність та імпульсивність).

Розвиток рис: дитина вчиться, наслідуючи людину, з якою вона ототожнила себе; спроби і помилки, і випадково. Ядро шаблону - Я-концепція, яка залишається принципово незмінною. Після того, як Я-концепція фіксується, вона не змінюється, якщо не вжити радикальних кроків для зміни. У маленьких дітей ядро особистості недостатньо усталене. Тому його можна змінити, не порушуючи загального балансу особистості.

Деякі з так званих невротичних рис дитинства включають в себе наступне:

1. Нав'язливо-компульсивні симптоми,
2. Енурез / змочування ліжка,
3. Енкопрез
4. Смоктяння великого пальця
5. Фобії
6. Труднощі розлуки,
7. Нічні жахи
8. Часті бійки з батьками
9. Заїкання
10. Харчові примхи [60]

З. Фройд і О. Ранк наголошували на важливості раннього досвіду життя. Зараз є безліч доказів того, що ставлення, поведінка та емоційні реакції моделей та загальний культурний контекст середовища, в якому дитина росте, мають велике значення для визначення характеру особистості. З. Фройд стверджував, що невротичні риси засновані на

несвідомих конфліктах. Це стосується також невротичних рис дитинства.[58]

Потужне бажання позбутися одностатевих батьків та взяти на себе його роль у ексклюзивних, інтимних стосунках із батьками протилежної статі також бореться з напругою, коли дитина бореться з любов'ю і ненавистю, яку відчуває до суперника. Досвід болю, напруженості та невпевненості під час едіпової фази (4-6 років) призводить до розвитку внутрішніх конфліктів. Зараз дитина має здатність до неврозу, тобто внутрішньої боротьби між протиборчими силами (бажання проти особистих цінностей чи бажань проти батьківських поглядів та протилежних бажань). Інфантильний невроз є формою відповідних віку психічних розладів / проблем, пов'язаних з едіпальфазними конструкціями / структурами.

Це виражається появою регресивної поведінки та страхів. Вони є досить поширеними в період розвитку і служать розвитку дитини шляхом спроб вийти з конфліктів, викликаних інтенсивністю його або її едіпових туг, або витіснити з них.[43]

А. Д. Бейлі, Б. Н. Каттелл, М. К. Макрофт та інші вивчали дітей протягом певного періоду часу і підкреслювали стійкість характеру особистості в останні роки. Діти, що демонстрували проблему Глюка, виростають проблемними підлітками та дорослими. Главін вивчав невідрегульованих людей і виявив, що незвична поведінка в дитинстві часто є попередником порушень особистості у зрілому віці. Взаємозв'язок поведінки у дітей та невротичних захворювань у дорослому житті було розглянуто Раттером. Він дійшов висновку, що, хоча існувала певна спадковість між неврозом дитини та дорослого, більшість невротичних дітей стають нормальними дорослими, а більшість дорослих невротиків розвивають свій невроз у дорослому житті [44].

Більшість доказів позитивного взаємозв'язку впливає з ретроспективних оцінок дорослих невротичних груп, і навіть коли їх порівнюють із ретельно підібраними контролями, можливість ретроспективних спотворень ускладнює тверді висновки.

Робінс спостерігав за групою з 5000 психіатричних пацієнтів протягом 30 років і порівнював їх із відповідною контрольною групою зі 100 нормальних дітей. Вона виявила, що більшість дітей, яких направляли на невротичні проблеми, не страждають неврозом як дорослі, і що ті дорослі, у кого виявлялись невротичні симптоми, були настільки ж імовірними, що потрапляли в контрольну групу, як діти, як і в дитячу психіатричну клініку.[8]

В.А. Меллшоп провів спостереження за групою з 3000 дітей, які 20 років тому звернулись до австралійської дитячої психіатричної клініки. Він виявив, що дитячі психіатричні пацієнти в 3 рази частіше, ніж контролі, отримували психіатричне лікування, ніж дорослі, але між цими особливостями симптомів у дитинстві та дорослим життя існує незначна залежність.[40]

Цікавим та послідовним висновком є те, що - тоді як у дорослих жінок переважно переважають неврози, у дітей надлишок хлопчиків. Ця зміна розподілу статі відбувається в підлітковому віці. Його значення є незрозумілим. Можливо, дорослі жінки-невротики частіше звертаються за допомогою та приймають лікування у лікарів, ніж їхні чоловіки, або що невротичні симптоми випаровуються в підлітковому віці у чоловіків, або що чоловіки справляються зі стресом та тривогами за допомогою різної поведінки, такою як алкоголь та зловживання в дорослому житті.(Гудвін)

Дитячі невротичні риси, здається, мало пов'язані з більш раннім неврозом дитинства або дорослого. Це все досить поширені явища і, як правило, не свідчать про дезадаптацію чи психічні розлади. Наразі розглядалися лише стосунки між дітьми та неврозами дорослих. У

дослідженні Гудвіна, у якому взяли участь 1265 пацієнтів з психотичними симптомами у зрілому віці, виявлено, що вони мають у 2-3 рази більше невротизму в підлітковому віці, ніж зазвичай (може бути попередником з невідомим механізмом). Дуже мало відомо про інші способи поведінки в дитинстві або особливості особистості у дітей, які можуть бути пов'язані з дитячим неврозом.[50]

Дослідники постійно доводили, що риси особистості невротизму є одними з найсильніших провісників таких проблем, як інтерналізація, як тривожність та депресія, оскільки невротизм описує частий досвід негативного афекту, який, як вважають, відіграє роль у розладах настрою. Дослідження зв'язку між невротизмом та інтерналізацією показали, що дорослі з тривалістю тривалості тривожних та депресивних розладів в анамнезі мають значно вищі показники за показниками невротизму, ніж ті, у кого в анамнезі таких розладів немає [52]. Подібним чином, два мета-аналізи досліджень з дорослими учасниками продемонстрували, що невротизм був високо асоційований із симптомами інтерналізуючих розладів, особливо з розладами настрою, такими як тривога та депресія. Серед осіб у віці від 15 до 54 років невротизм помірно позитивно корелює з великою депресією та генералізованим тривожним розладом, і ця асоціація обумовлена високою кореляцією між невротизмом та симптомами депресивного настрою, ангедонії та нервозності [52]. У дослідженні депресії серед літніх людей було показано, що невротизм сильно прогнозує початок депресії навіть за відсутності стресових життєвих подій [53].

Деякі дослідження почали припускати подібні взаємозв'язки між невротизмом та проблемами інтерналізації серед дітей та підлітків. Наприклад, невротизм, про який повідомляють самі, матері та вчителі, позитивно асоціюється з тривожністю та симптомами депресії у дітей, які закінчують початкову школу [52]; хоча інші дослідники виявили, що

невротизм позитивно передбачає симптоми тривоги, але не депресивні симптоми [57]. Підлітки з тривожними станами або розладами настрою відзначають вищий рівень невротизму, ніж підлітки без психологічних розладів, а ті, що мають супутню тривогу та розлади настрою, відзначають більший невротизм, ніж ті, у кого є лише один тип розладів [53]. Подальше дослідження, проведене А. Н. Клімстрою, Д. О. Аксе, М. І. Хейлом, П. М. Раеймайкером та С. В. Мієм, показало, що невротизм та депресивні симптоми були двонаправленими у підлітковому віці, так що високий рівень невротизму передбачав збільшення симптомів депресії протягом декількох років, а часті депресивні симптоми прогнозували високі бали для невротизму протягом декількох років.[22]

Також було показано, що невротизм пом'якшує взаємозв'язок між факторами ризику емоційних труднощів та розвитком проблем, що сприймаються як внутрішній. Наприклад, позитивний зв'язок між щоденними клопотами та симптомами депресії значно сильніший при високому рівні невротизму [31], а невротизм посилює взаємозв'язок між конфліктом у близьких стосунках та подальшими симптомами депресії [27]. Також можна очікувати, що невротизм пом'якшить зв'язок між соціальною абстиненцією та емоційними труднощами, оскільки на підлітків, які часто відчують негативні емоції, може сильніше впливати негативний соціальний досвід або відсутність соціальної підтримки, що часто виникає внаслідок соціально замкнутої поведінки з однолітками. Якщо підлітки сильно невротичні, то соціальна ізоляція та відсутність позитивних взаємодій з боку однолітків, які часто супроводжують соціально відсторонену поведінку, можуть легко спровокувати почуття нервозності та смутку, що переростають у симптоми тривоги та депресії. З іншого боку, соціально замкнуті підлітки, які не схильні переживати негативні емоції, можуть не відчувати стільки страху чи смутку в результаті негативних соціальних наслідків відстороненої поведінки. Тому

можна очікувати значно сильнішого зв'язку між соціальною абстиненцією та тривожністю та симптомами депресії серед високо невротичних підлітків, які частіше відчувають негативні емоції внаслідок несприятливих переживань.

У праці Н.В. Павлик зазначено, що у сучасному суспільстві під впливом деструктивних кризово-стресових, економічних, соціально-психологічних і духовно-моральних факторів різко зростає відсоток молоді, яка страждає нервово-психічними розладами, невротичними станами. При цьому весь парадокс і полягає у тім, що особливості невротичного розвитку особистості не тільки не сприяють конструктивній комунікації людини з оточуючими, але, навпаки, створюють додаткові психологічні проблеми, які, у свою чергу, ще більш стимулюють невротизацію особистості, і таким чином, зумовлюють замкнене коло [28, с. 47].

Таким чином, для дослідження в молоді схильностей до прояву невротичних станів варто також дослідити супутні фактори -- особистісні компоненти: прийняття ризику, інтернальність, емоційний комфорт, тривога, прийняття інших, життєстійкість.

1.3. Використання когнітивно-поведінкової терапії у роботі із невротичними станами

Показано, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є ефективною для широкого спектру розладів психічного здоров'я, включаючи тривожні розлади. КПТ також асоціюється з покращенням якості життя пацієнтів із тривогою. КПТ, як правило, концептуалізується як короткочасне лікування, орієнтоване на вміння та навички, спрямоване на зміну дезадаптивних емоційних реакцій шляхом зміни думок, поведінки пацієнта або того й іншого. Витоки КПТ можна почати відслідковувати теоріями таких ранніх

дослідників, як Б. Ф. Скіннер та Джозеф Вулп, які започаткували рух за поведінковою терапією в 1950-х роках. Поведінкова терапія передбачає, що зміна поведінки призводить до зміни емоцій та пізнань, таких як оцінки. З моменту свого впровадження поведінкова терапія перетворилася на когнітивну психотерапію, започатковану на початку роботи таких психологів, як Альберт Еліс та Аарон Т. Бек. Когнітивна терапія фокусується на зміні пізнання, що пропонує змінити емоції та поведінку. [19]

Протягом багатьох років було створено велику кількість різноманітних протоколів для надання КПТ пацієнтам з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), генералізованим тривожним розладом (ГТР), obsесивно-компульсивним розладом (ОКР), панічним розладом (ПР), специфічним фобії та соціальні тривожні розлади, а також такі, що мають неспецифічні симптоми тривоги. Існує велика кількість інформації щодо цих методів лікування та їх використання, і цілі книги присвячені опису терапії на основі КПТ для кожного конкретного тривожного розладу. Однак, незважаючи на велику кількість різноманітних протоколів КПТ для лікування тривожних розладів, між цими різними методами лікування існує важлива подібність, яка дає підставу для дискусії.[33]

Когнітивна терапія - ще один широко застосовуваний метод лікування тривожних розладів. Когнітивна терапія базується на трискладовій моделі емоцій Бека, яка передбачає взаємозв'язок думок, почуттів та поведінки. Відповідно до цієї теорії пропонується змінювати неадаптивні думки, щоб змінити неадаптивний вплив та поведінку пацієнтів. Когнітивна терапія націлена на спотворені думки, використовуючи ряд методів, таких як виявлення неточного мислення, вивчення доказів за і проти автоматичних думок, оскарження та зміна неадаптивних думок, зміна проблемної поведінки та відношення до інших людей більш адаптивними способами. Психосвіта щодо тричастинної моделі емоцій, різних форм спотвореного

мислення (наприклад, мислення все або нічого, поспішні висновки, дискваліфікація позитивного тощо) та когнітивна перебудова є невід'ємною частиною когнітивної терапії. Домашнє завдання, як правило, призначається для того, щоб дати пацієнтам можливість застосовувати ці навички у своєму повсякденному житті, дозволяючи їм оволодіти техніками, щоб вони змогли застосувати вивчене після закінчення лікування. При лікуванні тривожних розладів когнітивна терапія найчастіше застосовується у поєднанні з поведінковими техніками, які можуть включати вправи на вплив. [5]

Широко впроваджується використання когнітивних методів у лікуванні тривожних розладів. Однак дослідження ефективності та ефективності лише когнітивних методів при тривожних розладах показали різні результати. Наприклад, дослідження, що порівнює трансдіагностичну терапію КБТ та тренування релаксації у пацієнтів із тривожним розладом, виявило, що обидва способи лікування були однаково корисними, хоча тренування з релаксації були пов'язані з вищим рівнем відсіву. Результати щодо ефективності та ефективності когнітивної терапії при тривожних розладах також обмежена невеликою кількістю досліджень, що вивчають когнітивні методи у відриві від впливу. Багато протоколів лікування, що досліджуються під час досліджень під час лікування, поєднують як експозицію, так і методи когнітивної терапії, роблячи висновки про відносний внесок кожного методу.[11]

Методи, що базуються на експозиції, є одними з найбільш часто використовуваних методів КПТ, що застосовуються при лікуванні тривожних розладів. Одна теоретична основа для розуміння обґрунтування лікування на основі експозиції з теорії емоційної обробки. Згідно з теорією емоційної обробки, страх представлений асоціативними мережами (когнітивними структурами страху), які підтримують інформацію про стимул, що побоюється, реакції страху (наприклад, втеча) , уникнення,

психофізіологічні реакції), а також значення подразників та реакцій (наприклад, тигр = небезпека, підвищений пульс = інфаркт). Коли в середовищі зустрічається подразник, що нагадує стимул, якого бояться, ці асоціативні мережі активують структуру страху. Структура страху є патологічною, коли взаємозв'язок між подразниками, реакціями та їх значенням не відповідають дійсності, наприклад, коли вона активується для безпечних стимулів або відповідей, що нагадують ті, що бояться. Крім того, структура страху підтримується завдяки поведінці, яка уникає, і яка не дозволяє новим навчанням.[9]

Експозиція пропонує модифікувати патологічну структуру страху, спочатку активізуючи її, а потім надаючи нову інформацію, яка не підтверджує патологічних, нереальних асоціацій у структурах (наприклад, тахікардія не призводить до серцевого нападу, переповнені торгові центри не призводять до жорстокого нападу). Очікуючи, що протистоять стимулу чи реакціям, що побоюються, та інтегрує коригуючу інформацію в пам'ять страху, страх зменшується. Опромінення може мати декілька форм, включаючи імагінальне, *in vivo* (у реальному житті), та інтероцептивне. Імагінальне опромінення відбувається, коли пацієнт яскраво уявляє ситуацію / наслідки, що його побоюються, і не уникає подальшого занепокоєння. Експозиція у реальному житті передбачає поступовий підхід до місць, предметів, людей або ситуацій, яких раніше уникали, хоча вони безпечні. [4]

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) часто лікується за допомогою терапії тривалої експозиції (ТЕ), яка включає як імагінальну, так і експозицію у реальному житті. ТЕ передбачає повторне відвідування пацієнтом пам'яті травми, візуалізуючи події травми в їх уяві, одночасно переказуючи події вголос під час сеансу з терапевтом. Повторне відвідування супроводжується обробкою та перетравленням змісту уявного опромінення з метою набуття нових поглядів на себе, інших та світ та

перенесення негативних уявлень на позитивні чи нейтральні. Розповідь під час імагінального опромінення записується, і пацієнти продовжують отримувати опромінення між сеансами, прослуховуючи запис, що надає можливості для обробки травматичної пам'яті. Пацієнтам з ПТСР також пропонується використовувати вправи у реальному житті як домашнє завдання, як правило, що передбачають поступовий вплив безпечної діяльності, предметів або місць, яких раніше уникали. Оригінальний протокол терапії когнітивною обробкою передбачає, що пацієнти обробляють свою травму, написавши детальний звіт про подію та прочитавши його вголос.[2]

Мета-аналіз досліджень тривалої експозиційної терапії показав, що ТЕ призвело до значного поліпшення симптомів ПТСР та вторинних вимірювань як після лікування, так і під час подальшого спостереження порівняно з умовами контролю. порівняно з когнітивно поведінковою терапією (КПТ), десенсибілізацією та переробкою рухів очей (EMDR), когнітивною терапією (КТ) та тренуванням щодо інокуляції стресу (SIT), які, на нашу думку, можуть бути зумовлені різними, але однаково ефективними терапевтичними механізмами або загальне впровадження методів впливу на кожну з процедур порівняння. [1]

Дослідження показали, що КПТ ефективний у зменшенні симптомів ПТСР у ветеранів. Наприклад, Ресіек та його колеги виявили, що КПТ призвів до більших покращень симптомів ПТСР порівняно з групою контролю з мінімальною увагою. Те саме дослідження було б однаково корисним порівняно з терапією тривалого впливу.[8]

Протоколи когнітивної терапії при obsесивно-компульсивному розладі (ОКР) часто передбачають виявлення та змінення спотворених когнітивних переконань щодо значення нав'язливих думок (наприклад, нав'язливі думки означають, що пацієнт погана людина). Наприклад, протокол когнітивної терапії, перевірений Макліном та його колегами, починається з

психоосвіти щодо симптомів ОКР та вступу до обґрунтування лікування. Потім пацієнти беруть участь у дискусії про взаємозв'язок між тригерами, що призводять до нав'язливих думок, та пацієнтами, які не правильно оцінюють ці думки, що призводить до занепокоєння та спонукань до примусу. Потім пацієнтів вчать розпізнавати різні типи спотворених оцінок, включаючи надмірність думок, завищення небезпеки, завищення відповідальності, завищення наслідків небезпеки, завищення наслідків відповідальності та необхідність контролю-перфекціонізму. Пацієнти потім почали кидати виклик цим помилковим оцінкам, проводячи поведінкові експерименти, щоб перевірити докази за та проти своїх переконань.[59]

Як вже згадувалося раніше, відмітною ознакою експозиційної терапії панічного розладу є інтероцептивне опромінення (наприклад, збільшення частоти серцевих скорочень бігом або гіпервентиляцією), яке спрямоване на не підтвердження думки, що фізичні відчуття призведуть до шкідливих подій, таких як серцевий напад або збентеження себе в громадськості. Метааналіз досліджень панічного розладу показав, що КПТ, який переважно складався з експозиційної терапії з компонентами когнітивної терапії або без неї, виявився кращим, ніж відсутність лікування або контролю плацебо. Розміри ефекту для пацієнтів з панічним розладом; однак ці втручання також включали когнітивну реструктуризацію на додаток до експозиції. Хоча інтероцептивна експозиція зазвичай використовується при панічному розладі, менша підтримка корисності доповнення інтероцептивної експозиції експозицією *in vivo* під час лікування панічного розладу.[7]

Лікування генералізованого тривожного розладу (ГТР) може включати як образне опромінення (наприклад, уявлення найгіршого сценарію, пов'язаного з їхніми турботами), так і рідше опромінення *in vivo*. Наприклад, протокол лікування ГТР, проведений Краском і Барлоу,

передбачає, що пацієнти беруть участь у самостійному опроміненні, коли пацієнти неодноразово розповідають про свої занепокоєння, використовуючи уявне опромінення, щоб зменшити інтенсивність занепокоєння. Існує відносно мало досліджень, які вивчають лікування на основі впливу на ГТР пацієнтів. Дослідження показали, що КБТ, включаючи імагінальний вплив, привів до кращого функціонування пацієнтів з ГТР після 12-місячного спостереження порівняно із застосованою релаксацією та недирективною терапією. Більш недавнє дослідження, що порівнювало когнітивну терапію, застосовувало релаксацію з формою імагінального впливу (самостійно-контрольна десенсибілізація), і комбінація цих методів лікування не виявила відмінностей між ними при лікуванні хворих на ГТР. [12]

Когнітивні методи зазвичай використовуються при лікуванні соціального тривожного розладу, щоб допомогти пацієнту виявити та змінити когнітивні фактори, що підтримують соціальну тривожність. Наприклад, у моделі соціальної тривожності Гофмана пацієнти дізнаються, що соціальна тривожність частково підтримується шляхом негативного сприйняття себе, завищення вартості соціального нещастя, усвідомлення того, що людина мало контролює свої емоційні реакції, і запевняє, що людина соціальні навички неадекватні.[13]

З точки зору ефективності, мета-аналіз виявив, що окрема КБТ є ефективним у лікуванні соціальної тривожності порівняно з контролем за списком очікування. Крім того, виявлено ще один мета-аналіз методів лікування соціального тривожного розладу, включаючи вплив, когнітивну перебудову та вплив плюс когнітивну перебудову відсутність різниці між цими методами лікування свідчить про однакову ефективність для втручань лише для когнітивної терапії. [33]

Експозиція *in vivo* вважається вибором лікування специфічної фобії. Експозиція *in vivo* може включати підтоплення (вплив найінтенсивнішого

подразника) або поступове опромінення (систематичне опромінення поступово зростаючої інтенсивності). Метааналітичні дослідження показали, що *in vivo* терапія експозицією є високоефективною для конкретних фобій у порівнянні з відсутністю лікування, лікування плацебо та активних терапевтичних умов, не заснованих на дії. Крім того, в одному дослідженні порівнювали пацієнтів, які отримували один 3-годинний сеанс впливу, п'ять сеансів експозиції або п'ять сеансів когнітивної терапії, і виявили, що всі два способи лікування працювали краще, ніж стан контролю за списком очікування; однак різниці між експозицією та когнітивною терапією не виявлено.[11]

Результати цього огляду демонструють ефективність використання методів КПТ для лікування тривожних розладів, а також виявляють області, які потребують додаткових досліджень. Експозиційні та когнітивні методи представляють найбільш часто впроваджувані та широко вивчені методики КПТ. Зокрема, методи впливу часто вважають першим способом лікування багатьох тривожних розладів. Ефективність впливу залишається відносно безперечною для деяких тривожних розладів, таких як специфічні фобії та ОКР.[17]

Зростає інтерес до трансдіагностичних методів КПТ, які виходять за межі конкретних діагнозів, підтверджуючи той факт, що тривожні розлади часто супутні між собою та іншими розладами, такими як депресія, та визнаючи значне перекриття симптомів між тривожними розладами. Дослідження підтримують уявлення про те, що пацієнти з тривожним розладом мають спільні психологічні та біологічні вразливості, припускаючи, що ефективні методи лікування тривоги використовують ці загальні механізми.

Висновки до 1 розділу

На основі теоретико-методологічного дослідження зроблено висновок, що першопричиною виникнення неврозу є почуття неспроможності, від якого людина прагне позбутися шляхом досягнення відчуття переваги, тобто шляхом прагнення до влади. Невроз визначають як моральну кризу особистості, яка викликана прихованим і несвідомим комплексом: невирішеними особистими проблемами, застряганні на егоїстичному сприйнятті життя, його сенсу. Визначено, що фізіологічною передумовою для виникнення неврозу є перенапруження збуджувального процесу або перенапруження гальмівного процесу.

У молоді із тривожними станами відзначають вищий рівень невротизму, порівняно із ровесниками без схильностей до психологічних розладів. Особливості невротичного розвитку особистості не сприяють конструктивній комунікації з оточуючими, створюють додаткові психологічні проблеми, які стимулюють невротизацію особистості.

Теоретично актуалізовано такі невротичні стани: тривога (очікуванні негативного розвитку подій), невротична депресія (легка форма депресії, при якій переважає сумний настрій, знижена активність, загальмованість, втома), астенія (нервово-психічна слабкість, що виявляється у підвищеній втомлюваності і виснаженні, зниженому порозі чутливості, крайньої нестійкості настрою та порушенні сну), істеричний тип реагування (перетворення витісненого душевного конфлікту в соматичну симптоматику), obsesивно-фобічні порушення (проявляються в педантичності, загостреної чутливості до звичок, ритуалів, ретельному обмірковуванні своїх кроків) та вегетативні порушення (порушення в роботі внутрішніх органів). Виділено такі супутні особистісні компоненти, які впливають на прояв та становлення невротичних станів у молоді:

прийняття ризику, інтернальність, емоційний комфорт, тривога, прийняття інших, життєстійкість.

Теоретично обґрунтовано особливості використання когнітивно-поведінкової терапії в роботі із невротичними станами у молоді. Когнітивна терапія, яка базується на трискладовій моделі емоцій Бека (передбачає взаємозв'язок думок, почуттів та поведінки) обґрунтована, як найбільш доцільна для дослідження зміни неадаптивних думок в молоді із невротичними станами. Вплив методів виявлення неточного мислення, вивчення доказів за і проти автоматичних думок, оскарження та зміна неадаптивних думок, зміна проблемної поведінки та відношення до інших людей більш адаптивними способами виокремлено як базис для зниження проявів невротичних станів у молоді

РОЗДІЛ II. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ КПТ В МОЛОДІ ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ СТАНАМИ

2.1 Організація, методичні засоби та математичний апарат психодіагностичного дослідження

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити такі завдання:

- 1) Проаналізувати й узагальнити існуючі в науковій літературі підходи до дослідження невротичних станів.
- 2) Визначити та охарактеризувати методи КПТ, які використовуються для корекції невротичних станів.
- 3) Емпірично дослідити вираженість невротичних станів у молоді.
- 4) Розробити програму роботи із молоддю із невротичними станами.
- 5) Провести дослідження зміни у вираженості невротичних станів у молоді після застосування методів КПТ.

Вибірка. Для дослідження особливостей використання методів КПТ в молоді з невротичними станами, було проведено дослідження, в якому взяло участь 100 осіб.

Стать: 84% дівчат (84 особи) та 16% юнаків (16 осіб).

Тип зайнятості: 82% (82 особи) є студентами, 18% (18 осіб) працюють.

Місце проживання: 14% (14 осіб) проживають у селі та 86% (86 осіб) проживають у місті.

Сімейний стан: 3% (3 осіб) заміжні, 49% (49 осіб) незаміжні та 48% (48 осіб) знаходяться у стосунку.

Віковий діапазон : 18-35 років.

Для дослідження особливостей використання методів КПТ в молоді з невротичними станами, ми використали наступні методики:

- 1) «Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів» (Яхин К.К., Менделевич Д.М.)
- 2) Опитувальник життєстійкості (С.Мадді в адаптації Д.Леонтєва)
- 3) Опитувальник соціально-психологічної адаптації (К. Роджерса та Р. Даймонд)

«Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів» (Яхин К.К., Менделевич Д.М.) - даний тест-опитувальник застосовується для оцінки невротичних станів. Тест був розроблений в 1978 році (автори - К.К. Яхин, Д.М. Менделевич). Опитувальник невротизації дає можливість якісного аналізу невротичних проявів, дозволяє виявити основні синдроми невротичних станів. Опитувальник містить 6 шкал:

- 1) Шкала тривоги
- 2) Невротична депресія
- 3) Астенія
- 4) Істеричний тип реагування
- 5) Обсесивно - фобічні порушення
- 6) Вегетативні порушення [50]

Опитувальник життєстійкості (С.Мадді в адаптації Д.Леонтєва)

У дослідженнях С. Мадді та Д. Хошаба було закладене первинне бачення сутності життєстійкості як особистісної характеристики, яка є загальною мірою психічного здоров'я людини та стосується трьох життєвих настановлень:

- 1) залученості у життя, яка на думку С. Мадді є «переконаністю в тому, що залученість в те, що відбувається, дає максимальний шанс знайти щось варте й цікаве для особистості» (людина з розвиненим компонентом

залученості отримує задоволення від власної діяльності, а її відсутність породжує відчуття себе «поза» життям);

2) контролю над його подіями – це переконаність в тому, що боротьба дозволяє вплинути на результат того, що відбувається, нехай навіть цей вплив не є абсолютним і успіх не гарантований. Протилежністю цього є відчуття власної безпорадності (людина з сильно розвиненим компонентом контролю відчуває, що сама вибирає власну діяльність, свій шлях);

3) готовність до ризику – це переконаність людини в тому, що все те, що з нею трапляється, сприяє її розвитку за рахунок знань, які витікають із досвіду, не важливо яким він є - позитивним або негативним (людина, яка розглядає життя як спосіб набуття досвіду, готова діяти за відсутності надійних гарантій успіху, на свій страх і ризик, вважаючи прагнення до простого комфорту і безпеки тим, що збіднює життя особистості (в основі прийняття ризику лежить ідея розвитку через активне засвоєння знань з досвіду і використання їх наступного разу).

У модель життестійкості автори включили не лише конструкт трьох компонентів, але ще й п'ять основних механізмів, завдяки яким життестійкість своєрідно (наче буфер) впливає на розвиток захворювань і зниження загальної ефективності діяльності особистості. Йдеться про:

- життестійкі переконання (оцінка життєвих змін як менш стресових на основі залученості, контролю і прийняття ризику);
- створення мотивації до процесу трансформації оволодіння собою (в основі якого лежить відкритість до нового, готовність в ситуації стресу активно діяти (використання життестійких копінг-стратегій);
- підсилення імунної реакції (за допомогою психічної та фізичної мобілізації);
- підсилення відповідальності й турботи про власне здоров'я;

- пошук ефективної соціальної підтримки для сприяння процесу трансформації оволодіння собою (через розвиток навичок спілкування)

Загалом, можна вважати, що життєстійкість особистості є певним ресурсом, потенціалом, який може бути затребуваний ситуацією; інтегральною психологічною властивістю особистості, яка розвивається на основі настановлень активної взаємодії з життєвими ситуаціями; інтегральною здатністю до соціально-психологічної адаптації за рахунок динаміки смислової саморегуляції.

У більш пізніх дослідженнях Д.О. Леонтєва та О.І. Рассказової було акцентовано увагу на важливості виразу всіх трьох компонентів життєстійкості для збереження здоров'я людини і оптимального рівня її працездатності та активності в стресогенних умовах.

Якщо звернутися до феномену само детермінації (здійснення діяльності у відносній свободі від заданих умов цієї діяльності), який є головним складником особистісної зрілості і формою прояву особистісного потенціалу людини, можна зрозуміти підґрунтям для висновків Л.О. Александрової про те, що життєстійкість є інтегральною здатністю, яка лежить в основі адаптації та самореалізації особистості. Вона дозволяє тримати фокус і сприяє досягненню мети.

Описуючи життєстійкість, Л. Куликов, виділяє три аспекти психологічної стійкості: стійкість, стабільність; врівноваженість, відповідність; опірність (резистентність). На його думку стійкість проявляється у подоланні труднощів у якості здатності зберігати віру в себе, мати впевненість у собі, своїх можливостях, у якості здатності до ефективної психічної саморегуляції.

Також життєстійкість розглядається «як можливість особистості витримати стресову ситуацію, зберігаючи внутрішню збалансованість не знижуючи успішність діяльності»; особлива структура настановлень та навичок, які дозволяють перетворити зміни в можливості.

У нашому дослідженні ми спираємось на розуміння життєстійкості як багатокомпонентного особистісного утворення, яке впливає на актуалізацію різних властивостей психіки людини в ситуаціях життєвої напруги та виступає ресурсом опанування нею. [41]

Опитувальник соціально-психологічної адаптації

Роджерса-Даймонда

Для визначення особливостей соціального здоров'я особистості нами був використаний опитувальник соціально-психологічної адаптації (СПА), розроблений Карлом Роджерсом і Розалінд Даймонд (Carl R. Rogers, Rosalind F. Dymond) у 1954 році (у модифікації А.К. Осницького, опублікованої в 2004 році). Методика спрямована на визначення адаптованості - дезадаптованості особистості в соціумі. Ми обрали дану методику у зв'язку з тим, що адаптованість тісно пов'язана з соціальним та психологічним здоров'ям особистості. Досліджувані відповідаючи на питання свідомо або позасвідомо спиралися на свій психічний стан.

Дана методика базується на ідеях, що особистість постає суб'єктом свого розвитку, який може відповідати за свою поведінку та вчинки. І це впливає на те, як вона вибудовує свої стосунки з собою та соціумом.

Опитувальник містить 101 судження, з них 37 відповідають критеріям *соціально-психологічної адаптивності* особистості (в якомусь сенсі вони збігаються і з критеріями особистісної зрілості, а саме – прийняття себе, вміння поважати інших, відкритість до світу, розуміння своїх проблем, прагнення вирішити їх тощо), інші 37 - критеріям *неадаптивності* (складності з прийняттям себе та інших, перекладання відповідальності за своє життя, внутрішнє напруження, негнучкість у стосунках та взаємодії, підлаштування або конкуренція у відносинах, уникання у вирішенні проблем тощо); також включені 27 нейтральних

тверджень, які виконують маскувальну функцію, ця шкала зумовлює встановлення достовірності отриманих результатів.

На основі результатів може визначити як загальний показник здатності до адаптації (чи прояву неадаптивності), так і окремі інтегральні показники, що фіксують властивості особистості, а саме: прийняття/неприйняття себе та інших, емоційний комфорт/дискомфорт, внутрішній/ зовнішній контроль, прагнення до домінування та партнерських взаємин, а також прояв ескапізму.

Розкриємо складові даної методики.

1. Прийняття себе відображає міру дружності - ворожості щодо власного "Я". Високі бали за цією шкалою означають схвалення себе в цілому і в істотних деталях, довіру до себе і позитивну самооцінку. Низькі бали - бачення в собі переважно недоліків, низьку самооцінку, готовність до самозвинувачення.

2. Прийняття інших вказує на міру дружності - ворожості до навколишніх осіб, до світу. Високі бали за цією шкалою означають прийняття людей, схвалення їхнього життя і їхнього ставлення до себе в цілому, очікування позитивного ставлення до себе оточуючих. Низькі бали - критичне ставлення до людей, роздратування, презирство по відношенню до них, очікування негативного ставлення до себе.

3. Емоційний комфорт - це відображення характеру основних емоцій в житті особи. Високі бали - це переважання позитивних емоцій, відчуття благополуччя свого життя; на негативному - наявність виражених негативних емоційних станів, напруження.

4. Внутрішній контроль демонструє те, наскільки особистість вважає себе відповідальною за своє життя, і розуміє міру свого впливу на те, як

воно складається. Високі значення говорять про те, що людина схильна брати на себе відповідальність, вважає, що події, які відбуваються з нею є результатом її ж активності. Низькі бали свідчать про те, що людина у структурі своєї особистості має зовнішній локус контролю і вважає, що події, які відбуваються нею є результат дії зовнішніх сил (обставин, долі, інших людей тощо).

5. Прагнення до домінування відображає ступінь намагання людини домінувати в міжособистісних стосунках. Високі показники демонструють те, що людина прагне зайняти зверхню позицію, бути «над» іншою особою, завжди бути переможцем у взаємодії. Низькі показники - про готовність до підлаштування, підпорядкування, поступок.

Наступний показник - ескапізм, що вказує на уникання людиною розв'язання проблем, які пов'язані з поточною ситуацією її життя.

Для того, щоб ми могли визначити рівень адаптації до умов поточної життєвої ситуації, що є наслідком адаптивності особистості, необхідно проаналізувати результати за шкалами: прийняття себе та інших, емоційний комфорт, внутрішній контроль (відповідальність за власні дії, вчинки та їх наслідки), незалежність поведінки, партнерська позиція, в якій людина здатна взаємодіяти на рівних, здатність вирішувати проблеми. Про наявність дезадаптації будуть говорити такі показники: низький рівень самоприйняття, низький рівень прийняття інших (конфронтація або уникання або дистанціювання), емоційний дискомфорт (може бути дуже різним за своєю природою), перекладання відповідальності на інших, прагнення до домінування або підлаштування у міжособистісних стосунках і уникання розв'язання проблем. .

Для кожної шкали вказані норми:

- адаптивність - 68-136;
- прийняття себе - 22-42;
- прийняття інших - 12-24;
- емоційний комфорт - 14-28;
- внутрішній контроль (інтернальність) - 26-52;
- домінування - 6-12;
- керований - 12-24;
- ескапізм - 10-20.

Результати до зони невизначеності інтерпретуються як надзвичайно низькі, а після найвищого показника в зоні невизначеності - як високі.[8]

Тривалість планового дослідження від 27 вересня 2020 р. до 30 квітня 2021 р.

2.2 Результати моніторингу прояву вираженості невротичних станів у молоді

Для вирішення мети та завдань нашого дослідження було важливим визначити прояви невротичних станів у молоді. За методикою «Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів» (Яхин К.К., Менделевич Д.М.) маємо такі результати за такими 6 шкалами:

Шкала тривоги: 18% респондентів мають схильність до хворобливого стану, а 82% знаходяться в межах норми. Невротична депресія: 12% мають схильність до хворобливого стану, 88% в межах норми.

Астенія: 14% мають схильність до хворобливого стану, 86% знаходяться в межах норми.

Істеричний тип реагування: 7% мають схильність до хворобливого стану, 93% в межах норми.

Обсесивно-фобічні порушення: 12% мають схильність до хворобливого стану, 88% знаходяться в межах норми.

Вегетативні порушення: 8,9% мають схильність до хворобливого стану, 91,1% в межах норми.

Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів (Яхин К.К., Менделевич Д.М.)

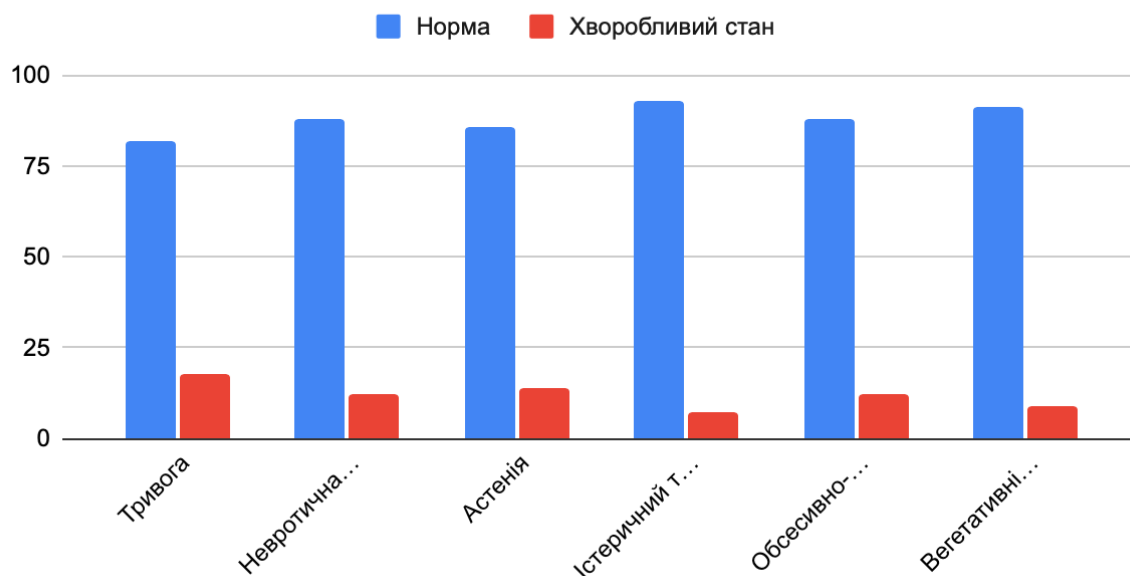


Рис. 2.2.1. Показники невротичних станів за опитувальником К.Яхина та Д.Менделевича

Отже, більшість респондентів мають показники в межах норми. Схильність до хворобливого стану найбільш представлений за шкалою тривоги (18%) та астенії (14%).

Тривогу трактують, як суб'єктивно неприємний емоційного стан, який направлений у майбутнє й виникає навіть за відсутності будь-якої реальної загрози або небезпеки. Вона з'являється в ситуації невизначеної небезпеки і проявляється у очікуванні негативного розвитку подій. Цей стан виникає у той час, коли людина сприймає певний подразник чи ситуацію як

елемент актуальної або потенційної загрози, небезпеки, такої, що може завдати шкоду.

Астенія - це нервово-психічна слабкість, що виявляється у підвищеній втомлюваності і виснаженні, зниженому порозі чутливості, крайньої нестійкості настрою та порушенні сну. До симптомів даного стану можна віднести дратівливість, підвищена стомлюваність, домінування зниженого настрою, примхливість, невдоволення, інколи слізливність.

Розглядаючи результати наступного опитувальника «Опитувальник життєстійкості» (С.Мадді в адаптації Д.Леонтьєва), ми виявили, що:

- за шкалою Залученості 38% мають низький рівень, 53% мають середній рівень та 9% мають високий рівень.
- по шкалі Контролю 10% мають низький рівень, 70% мають середній та 20% високий.
- по шкалі Прийняття ризику 11% мають низький рівень, 41% має середній рівень та 48% мають високий рівень.

Отже, переважає середній рівень залученості респондентів у життя. Це значить, що достатньо представлене ставлення до самих себе, оточуючого світу та характеру взаємодії з ним, яке надає їм сили та мотивує до самореалізації, а також надає можливість відчувати себе значущими та достатньо цінними. Звертає на себе увагу те, що трохи більше третини молодих людей не відчуває себе включеним у життя, сумніваються, що вони можуть в ньому знайти щось варте й цікаве для себе, не отримують задоволення від власної діяльності, і це може породжувати відчуття себе «поза» життям. Можливо така позиція зумовлена тим, що дослідження проводилися, коли в реальній ситуації молоді люди стикалися з обмеженнями активності у зв'язку з пандемією, яка викликана вірусом CoVid-19. Також можливо, молоді люди ще не

знайшли свого місця в житті, що обумовлює їх недостатню залученість в те, що відбувається.

Більшість респондентів мають середній рівень за шкалою контролю. Це означає, що вони переконані в тому, що можуть впливати на обставини життя, будуть шукати шляхи впливу на результати стресових змін, на протипагу впаданню в стан безпорадності та пасивності. Витримуючи те, що цей вплив не є абсолютним і успіх не гарантований.

У показниках прийняття ризику переважає високий рівень. Більша частина обстежених респондентів мають достатньо добре настановлення стосовно функціонування у важких або нових ситуаціях (сприймають їх у якості викликів і можливості отримати новий досвід). Достатньо багато студентів готові до навчання у нових умовах, а також набувають досвіду реалізовувати свою життєдіяльність у незвичних умовах. Більшість з них

Опитувальник життєстійкості (С.Мадді в адаптації Д.Леонтєва)

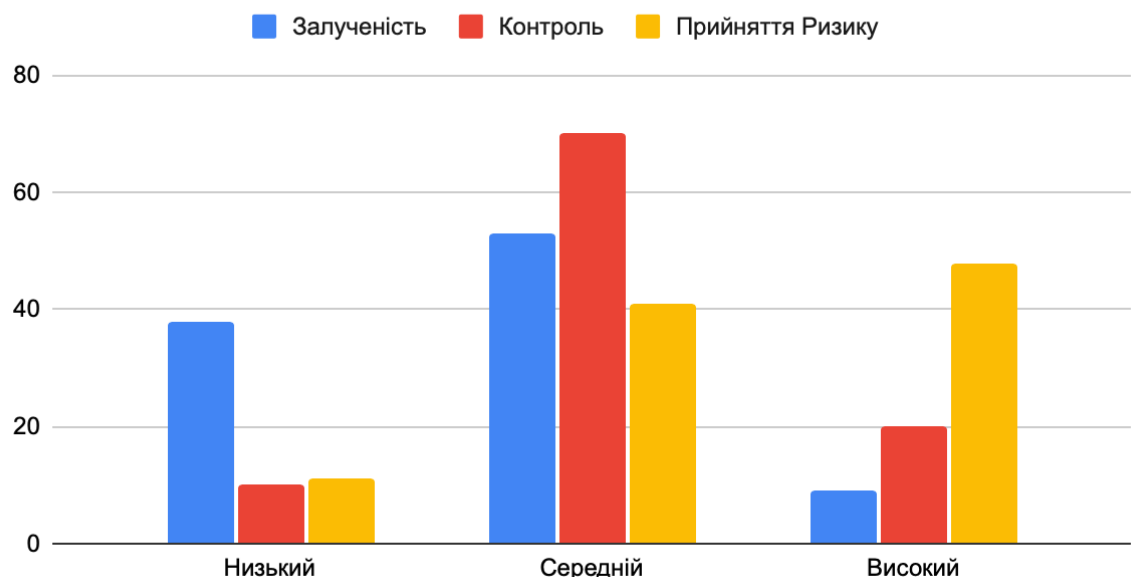


Рис. 2.2.2 Рівні прояву показників життєстійкості

готова діяти за відсутності надійних гарантій успіху, на свій страх і ризик, вважаючи прагнення до простого комфорту і безпеки тим, що

збіднює життя особистості. Можливо такі дані пов'язані з віковими особливостями досліджуваних, коли обережність та “перестраховання”, прагнення до комфорту - не є мотивуючими факторами.

Більша частина обстежених респондентів мають достатньо добре настановлення стосовно функціонування у важких або нових ситуаціях (сприймають їх у якості викликів і можливості отримати новий досвід). Достатньо багато студентів готові до навчання у нових умовах, а також набувають досвіду реалізовувати свою життєдіяльність у незвичних умовах.

Для вираховання життєстійкості ми додали результати за всіма 3 шкалами і отримали такі результати:

25% мають низький рівень, 49% мають середній рівень та 26% мають високий

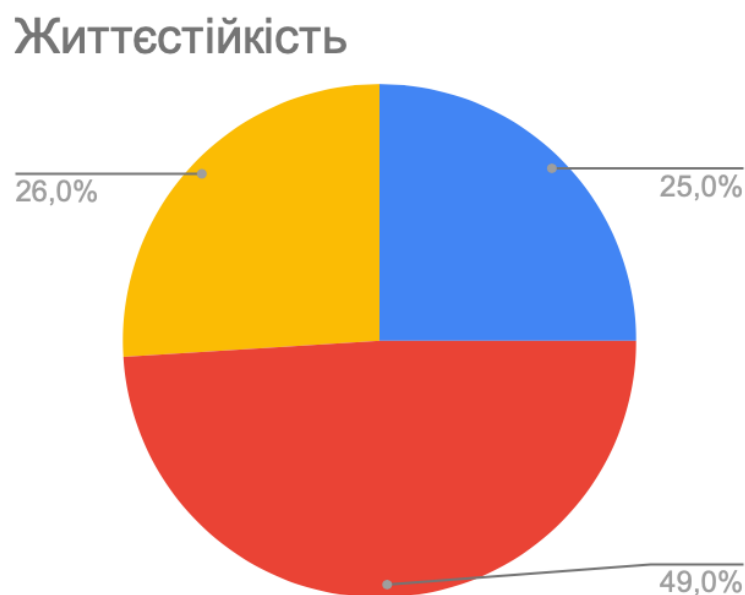


Рис. 2.2.3. Розподіл рівнів загального показника життєстійкості

Отже, переважають середні показники життєстійкості, майже у половини респондентів. Однаково по одній четвертій респондентів мають як низький рівень, так і високий рівень життєстійкості.

Нас цікавлять крайні результати. 25% молодих людей переживають зниження “відваги бути”, відчувають екзистенційну тривогу, відчуття втрати сенсу та «занедбаності», схоже, що минуле домінує в переживанні буття.

Інші 26 % респондентів переживають відчуття “відваги бути”, витримують екзистенційну тривогу і здатні вибирати майбутнє (невідоме), а не минуле (незмінне) в ситуації екзистенційної дилеми.

Проаналізуємо результати отримані за опитувальником “Соціально-психологічна адаптації Роджерса-Даймонда”:

- Шкала адаптації: 5% мають низький рівень, 45% в межах норми та 50% на високому рівні.
- Дезадаптація: 31,6% мають низький рівень, 53,1% в межах норми та 15,3% на високому рівні.
- Брехливість: 4% мають низький рівень та 96% в межах норми
- Прийняття себе: 5,1% мають низький рівень, 26,6% в межах норми та 68,3% на високому рівні.
- Неприйняття себе: 40,8% мають низький рівень, 53,1% в межах норми та 6,1% на високому рівні.
- Прийняття інших: 5,1% мають низький рівень, 59,2% в межах норми та 35,7% на високому рівні.
- Неприйняття інших: 27,5% мають низький рівень, 62,3% в межах норми та 10,2% на високому рівні.
- Емоційний комфорт: 9,1% мають низький рівень, 75,6% в межах норми та 15,3% на високому рівні.

- Емоційний дискомфорт: 29,5% мають низький рівень, 61,4% в межах норми та 9,1% на високому рівні.
- Внутрішній контроль: 3% мають низький рівень, 65,4% в межах норми та 31,6% на високому рівні.
- Зовнішній контроль: 27,5% мають низький рівень, 66,4% в межах норми та 6,1% на високому рівні.

Основні показники, отримані нами в результаті діагностики складників СПА, мають у своїй більшості високий або середній рівні. А це означає, таке:

- високий показник за *шкалою «адаптації»* виявив високий рівень пристосування молодих людей до існування в поточних умовах відповідно до наявних вимог. Це дає їм можливість цілеспрямовано взаємодіяти з життєвими ситуаціями, що визначається відповідністю між їхніми цілями і результатами, які досягаються в процесі діяльності;
- високі результати за *шкалою «прийняття себе»* є результатом їхньої самооцінки та визначають високий ступінь задоволеності собою;
- середні показники за *шкалою «прийняття інших»* говорить про помірну потребу респондентів у спілкуванні, взаємодії, спільній діяльності;
- середні показники за *шкалою «емоційний комфорт»* свідчить про наявність у респондентів помірної визначеності в своєму емоційному ставленні до того, що з ними відбувається, до навколишніх предметів і явищ;
- середні показники за *шкалою «інтернальність»* свідчить про наявність такого локусу контролю особистості, при якому вони схильні брати посильну відповідальність за події, що відбуваються в їхньому житті, на себе, і результати діяльності пояснюють своєю поведінкою, особливостями характеру, здібностями.

Загалом, у прояві всіх складників спостерігається тенденція переважання високих результатів над низькими. Такий стан є позитивним, оскільки йдеться про посилення здатності адаптуватися до умов соціуму.

Опитувальник соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонд

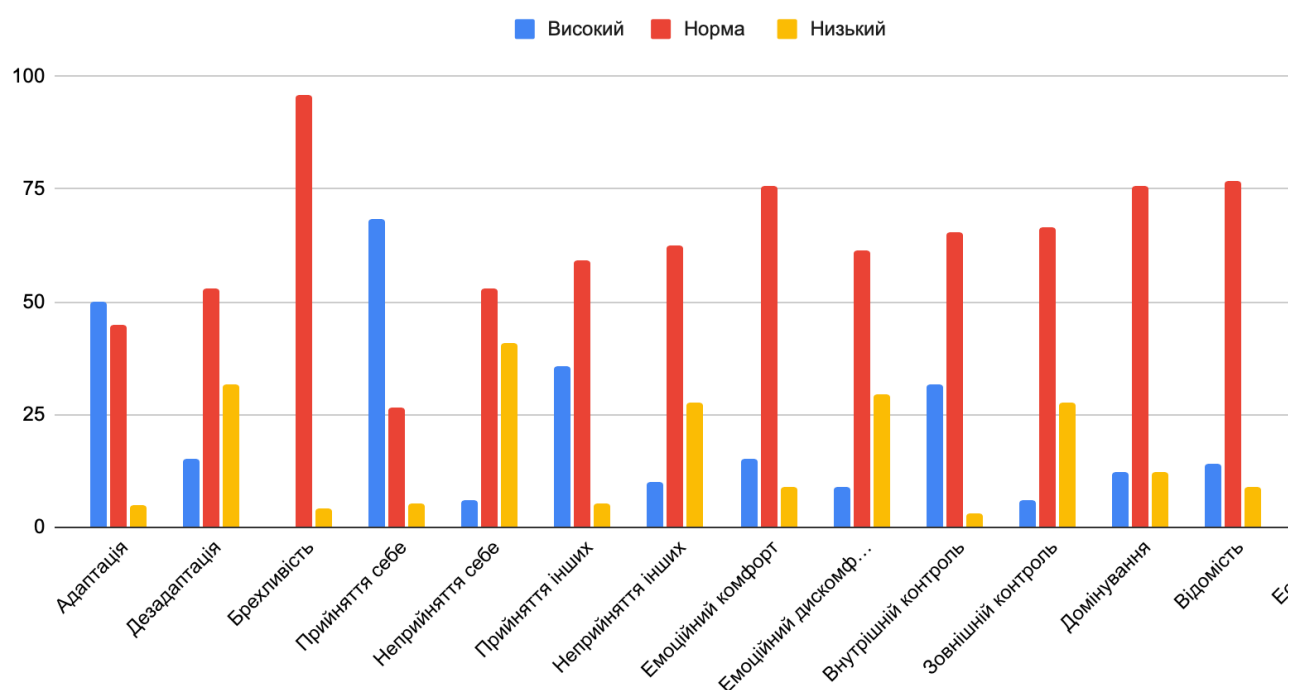


Рис. 2.2.4. Розподіл рівнів показників соціально-психологічної адаптації

2.3. Результати дослідження зв'язку невротичних станів із супутніми особистісними компонентами.

Ми провели кореляційний аналіз для вивчення взаємозв'язків між змінними. У першу чергу нас цікавило як пов'язані між собою невротичні стани та показники життестійкості, що відображають рівень

психологічного здоров'я; невротичні стани та показники СПА, що відображають рівень соціального здоров'я.

У табл. 2.3.1. подано результати кореляції між невротичними станами та показниками життєстійкості.

Таблиця 2.3.1

**Зв'язок між невротичними станами та показниками
життєстійкості**

Невротичні стани	Показники життєстійкості	Коеф. Пірсона	Рівень значущості
Невротична депресія	Залученість	-0,269	p<0.01

Отже, чим більше виражена невротична депресія, тим менш залученим до життя є людина.

У процесі кореляційного аналізу були визначені зв'язки між невротичними станами та загальним показником життєстійкості та залученістю. Тривога, астения та obsesивно-фобічні порушення мають обернений значущий зв'язок з загальним показником життєстійкості, чим більше виражені ці стани, тим меншим є життєстійкість особистості.

Таблиця 2.3.2

**Зв'язок між невротичними станами та загальним показником
життєстійкості**

Невротичні стани	Показник Життєстійкості	Коеф. Пірсона	Рівень значущості
Тривога	Життєстійкість	-0,315	p<0.01

Астенія	Життєстійкість	- 0,485	p<0.01
Обсесивно-фобічні порушення	Життєстійкість	-0,343	p<0.01

Розглянемо кореляцію між невротичними станами та показниками соціально-психологічної адаптації.

Таблиця 2.3.3.

Зв'язок між невротичними станами та показниками СПА

Невротичні стани	Показники СПА	Коеф. Пірсона	Рівень значущості
Тривога	Зовнішній контроль	- 0,289	p < 0,01
Невротична депресія	Зовнішній контроль	-0,357	p < 0,01
Астенія	Зовнішній контроль	-0,344	p < 0,01

Можемо помітити, що три невротичні стани мають значущий обернений зв'язок із показником зовнішнього контролю (екстернальність).

Можемо припустити, що чим більше у людини проявляється тривога, невротична депресія та астенія, тим менше у них виражений зовнішній контроль, екстернальність та схильність перекладати відповідальність на інших за своє життя та дії й за те, що з ними стається.

Таблиця 2.3.4.

Зв'язок між невротичними станами та показниками СПА

Невротичні стани	Показники СПА	Коеф. Пірсона	Рівень значущості
-------------------------	----------------------	----------------------	--------------------------

Невротична депресія	Неприйняття інших	-0,397	$p < 0,01$
Астенія	Неприйняття інших	-0,309	$p < 0,01$
Обсесивно-фобічні порушення	Неприйняття інших	-0,290	$p < 0,01$

Отже, більша вираженість невротичної депресії, астенії та обсесивно-фобічних порушень призводить до зменшення неприйняття інших.

Таблиця 2.3.5

Зв'язок між невротичними станами та показниками СПА

Невротичні стани	Показники СПА	Коеф. Пірсона	Рівень значущості
Тривога	Емоційний комфорт	-0,330	$p < 0,01$
Невротична депресія	Емоційний комфорт	-0,415	$p < 0,01$
Астенія	Емоційний комфорт	-0,351	$p < 0,01$
Обсесивно-фобічні порушення	Емоційний комфорт	-0,355	$p < 0,01$

Також було встановлено, що чотири невротичні стани мають обернений значущий зв'язок з емоційним комфортом (див. табл.2.2.4.).

Це значить, що чим більше виражені дані стани, тим меншим є емоційний комфорт людини. Це значить, що у неї знижується позитивне самопочуття в соціумі. Також така особа може демонструвати

відстороненість у процесі спілкування з іншими або реагувати не зовсім адекватно емоційно відповідно поточній ситуації.

Висновки до 2 розділу

Результати за першим опитувальником «Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів» (Яхин К.К., Менделевич Д.М.) показали, що більшість респондентів знаходяться в межах норми, але схильність до хворобливого стану найбільш представлені за шкалою тривоги (18%) та астенії (14%).

За результатами Опитувальника життєстійкості (С.Мадді в адаптації Д.Леонтєва) переважає середній рівень залученості респондентів у життя. Це значить, що достатньо представлене ставлення до самих себе, оточуючого світу та характеру взаємодії з ним, яке надає їм сили та мотивує до самореалізації, а також надає можливість відчувати себе значущими та достатньо цінними. Однакова кількість респондентів (по 25%) мають як низький рівень, так і високий рівень життєстійкості.

Тривога, астенія та obsесивно-фобічні порушення мають обернений значущий зв'язок з загальним показником життєстійкості, чим більше виражені ці стани, тим меншим є життєстійкість особистості.

У прояві всіх показників по методиці «Соціально-психологічна адаптації Роджерса-Даймонда». спостерігається тенденція переважання високих результатів над низькими. Такий стан є позитивним, оскільки йдеться про посилення здатності адаптуватися до умов соціуму.

Аналізуючи результати кореляційного аналізу можна відмітити, що високий рівень вираженості невротичної депресії, астенії та obsесивно-фобічних порушень призводить до зменшення неприйняття інших.

Також було встановлено, що чотири невротичні стани: тривога, невротична депресія, астенія та obsесивно-фобічні порушення мають обернений значущий зв'язок з емоційним комфортом. Це значить, що чим більше виражені дані стани, тим меншим є емоційний комфорт людини. Це значить, що у неї знижується позитивне самопочуття в соціумі.

І останнє, три невротичні стани мають значущий обернений зв'язок із показником зовнішнього контролю (екстернальність). Можемо припустити, що чим більше у людини проявляється тривога, невротична депресія та астенія, тим менше у них виражений зовнішній контроль, екстернальність та схильність перекладати відповідальність на інших за своє життя та дії й за те, що з ними стається.

РОЗДІЛ ІІІ. ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТЕХНІК КПТ НА КОРЕКЦІЮ ПРОЯВІВ НЕВРОТИЧНИХ СТАНІВ У МОЛОДІ

3.1. Програма та результати дослідження впливу технік КПТ на прояв невротичних станів у молоді.

Наступним кроком нашої роботи була організація та проведення тренінгу корекції прояву невротичних станів, який базувався на використанні технік КПТ. КПТ підхід дозволяє знизити рівень тривожності, контролювати агресію, як форму захисної реакції, усвідомити суб'єктивність оцінки подій. Когнітивно-поведінкова терапія - метод, який не просто дозволяє з'ясувати і усунути помилкові судження, неадаптивну поведінку, а ще й дає змогу сформувати самостійну навичку виявлення джерел неприємних емоцій в способах обробки інформації. Когнітивно-поведінкова терапія є одним найпрогресивніших і найбільш динамічно розвиваючим напрямом.

Саме тому ми спиралися в своїй роботі на даний підхід та використовували техніки КПТ.

Метою проведення тренінгів була корекція прояву рівнів невротичних станів досліджуваних.

Для досягнення даної мети ми звернулися до результатів методики «Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів» (Яхин К.К., Менделевич Д.М.) та почали формувати вибірку. З респондентів ми вибрали тих учасників, які мали схильність до хворобливих невротичних станів. Учасниками програми стали 10 студентів: 8 дівчат і 2 юнака, вік яких 18-20 років.

Таблиця 3.1.1.

**Результати респондентів, які мають схильність хворобливих
невротичних станів**

Тип зайнятості	Шкала тривоги	Невротична депресія	Астенія	Істеричний тип реагування	Обсесивно-фобічні порушення
Студент	-2,21	-1,63	-5,45	-3,88	0,41
Студент	-3,99	-4,59	-4,49	0,52	-6,26
Студент	-2,99	5,55	9,95	-1,1	1,58
Студент	-6,81	-9,32	-3,86	-7,14	-3,72
Студент	-7,26	1,99	-1,66	-6,26	-3,15
Студент	-5,48	-4,17	-7,23	3,03	-4,3
Студент	6,44	-3,15	-0,22	9,45	7,87
Студент	0,79	-9,32	-0,79	4,06	-2,3
Студент	-2,81	1,45	-3,83	0,54	0,12
Студент	-4,75	-2,08	6,31	0,44	-3,99

Етапи проведення тренінгу:

- 1) Ми ознайомились з літературою, спираючись на інформацію з якої ми змогли ознайомитися з наявними вправи та техніками КПТ, які використовуються на регуляції психічних станів.
- 2) Визначилися з вибіркою досліджуваних, сформували експериментальну групу.
- 3) Враховуючи показники за шкалами, а саме, було встановлено, що найбільш вираженою є схильність до хворобливого стану тривоги, ми вирішили, що будемо використовувати вправи, спрямовані на регуляцію тривоги.
- 4) Перед початком тренінгу попередньо була проведена бесіда з кожним із учасників дослідження, яких ми хотіла запросити для проходження тренінгу. Їм було оголошені їхні результати та запропоновано взяти участь в програмі корекції невротичних станів. Всі учасники дали згоду на проходження тренінгу.

- 5) Був узгоджений час та день проведення кожної зустрічі в режимі в режимі онлайн. Зустрічі проходили на онлайн платформі ZOOM
- 6) Після проведення кожної вправи учасники поділилися своїми враженнями, переживаннями та думками. Наведемо декілька прикладів:

Так, після проведення вправи “Травмай” а) учасниця А поділилась, що через надмірну тривогу їй важко виконувати сьогоденні навчальні завдання і вона майже постійно знаходиться у напруженні. Після техніки дистанціювання повідомила, що нарешті змогла відчуті розслаблення почуваться добре; б) Є. повідомив, що на початку йому було важко, оскільки під час техніки дистанціювання, коли відчинились двері першого вагону, то його це налякало, оскільки він подумав, що знову буде тривожитись, але коли зробив крок назад і поїзд поїхав геть, відчув певне полегшення.

- 7) Тривалість однієї зустрічі складала 30-35 хвилин, кількість зустрічей - 4.
- 8) Після закінчення всіх тренінгів ми попросили учасників ще раз пройти опитувальник, щоб визначити, чи відбулися позитивні зміни в невротичних станах.

Форма роботи: групові зустрічі та за потребою індивідуальні зустрічі.

Оскільки, як було відмічено вище, ми зафіксували, що майже всі учасники експериментальної вибірки мають надмірну тривогу, то вирішили підібрати вправи для регуляції саме цього стану.

Були підібрані такі вправи: психоедукація про негативні автоматичні думки (НАДи). Наше завдання в цьому процесі не просто дати знання - розповісти людині про те, що з нею відбувається, або про її проблеми але і вчити як обходитися з отриманою інформацією.

Пояснити, що тривога є важливим регулюючим станом функціонування людини. Вона виконує дві функції - адаптивну, попереджає про небезпеку, і другу - неадаптивну, коли її рівень надмірний, тоді вона пронизує всі сфери життя людини і заважає “нормально” існувати та діяти.

Також зробили техніку «Корисні та Некорисні переживання» для того, щоб досліджувані могли розпізнавати думки та аналізувати їх, і тоді не прислухатись до тривоги, а слідуючи алгоритму вирішують для себе, чи реальне це переживання чи ні. Після цього задають собі питання “Чи це переживання є для мене корисним?”. Потім дивляться, чи переживання пов'язане з реальною проблемою, або ж з гіпотетичною і до реальних не мають ніякого відношення.

Були проведені техніки дистанціювання «Трамвай» та «Радіо», адже вони спрямовані на те, щоб на якийсь час «відійти» від тривожних думок та сфокусуватися на чомусь іншому. Тобто, щоб переключити увагу з тривоги на щось приємне або корисне для самої особи. Суть цієї техніки полягає в тому, що людина уявляє, що знаходиться на трамвайній колії і коли бачить наближення трамваю, то робить крок вперед. Коли двері відчиняються, то замість пасажирів там знаходяться всі тривожні думки особи, але вона має вибір. Людина задає собі питання “Чи хочу я заходити у трамвай?” “Як я буду себе почувати, якщо зайду?”. Розуміючи, що бажання знаходитись у цьому вагоні дорівнює нулю, особа робить крок назад і за хвилину бачить наближення іншого трамваю, але коли відчиняються двері, то там є ті слова підтримки та любові, яких вона потребує у важкі періоди свого життя. Основна ідея цієї техніки це те, що не обов'язково “заходити” у тривогу, можна переключити свою увагу на щось приємне.

Техніка «Прийняття рішень» сфокусована на те, щоб допомогти прийняти певне рішення, з вибором якого виникають певні труднощі. Був

представлений алгоритм дій, за допомогою якого відбувається аналіз ситуації, потім людина визначає свою мету, бере до уваги короткострокові та довгострокові наслідки. Після цього визначає плюси та мінуси можливого рішення, зважає їх, оцінюючи ризики та переваги кожного з варіантів. Дає собі відповідь на питання: «Що буде, якщо я прийму це рішення?». Та після цього приймає рішення, проаналізувавши всі варіанти.

Техніка «Вирішення проблем», справа в тому, що у людей з тривожністю дуже багато переживань щодо того, який же зробити вибір, за яку задачу зараз взятися. Страхі неправильного вибору, коли вибір здійснено, а щось може піти не так. Дуже часто вони навіть не беруться за щось, лякаючи себе неправильними виборами та переживаннями сорому та провини. Остання вправа власне, тому нашого тренінгу була присвячена тому, як навчитися розставляти пріоритети, менше сумніватися і не боятися робити вибори та активності.

Також важливим моментом є обов'язкове повернення до даних вправ для того, щоб закріпити результат.

Після закінчення проведення тренінгу ми зробили повторне опитування респондентів. Нашою метою було перевірити ефективність використання технік КПТ для корекції невротичних станів та отримали такі результати:

Для повторного опитування ми використали «Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів» (Яхин К.К., Менделевич Д.М.).

Таблиця 3.1.2.

**Результати респондентів прояву невротичних станів після
проведення вправ**

Тип зайнятості	Шкала тривоги	Невротична депресія	Астенія	Істеричний тип реагування	Обсесивно-фобічні порушення
Студент	3,75	2,6	6,7	4,8	4,77
Студент	4,82	4,66	2,18	3,33	2,72
Студент	7,33	8,8	9,9	11,38	10,51
Студент	-1,19	3,07	-1,3 2	1,43	0,12
Студент	-0,79	1,98	5,56	6,81	6,37
Студент	-2,97	-5,92	-5,9 2	3,61	-5,92
Студент	6,57	3,19	-1,2 1	8,31	7,31
Студент	5,12	-1,35	5,43	7,61	0,81
Студент	3,02	1,43	0,57	11,38	4,21
Студент	-1,22	0,56	2,76	2,17	-1,24

Для того, щоб порівняти ці зміни в проявах значущості, нами було використано критерій Вілкоксона. Даний критерій не вимагає наявності нормального розподілу сукупностей, що порівнюються. Він використовується для оцінки відмінностей між двома рядами вимірювань, що виконано для однієї і тієї ж сукупності досліджуваних, але в різних умовах або в різний час. Згідно проведеного критерія Вілкоксона отримані такі результати. В додатку Г знаходиться таблиця даних знакових рангів по коефіцієнту Вілкоксона.

Для того, щоб визначити, чи відбулися зміни експериментальної групи після проведення технік КПТ, та порівняти результати між контрольною і експериментальною групою був використаний U-критерій Манна Уїтні. Коефіцієнт Манна Уїтні - це непараметричний статистичний критерій, що використовується для оцінки різниці між двома вибірками за рівнем будь-якої ознаки, що вимірюється кількісно. Він дає можливість

визначити чи значущі відмінності між малими вибірками. Детальні розрахунки по критерію Манна-Уїтні представлені в Додатку Д.

Результати показали, що у всіх шкалах відбулися значущі зміни. Рівень тривоги в експериментальній групі знизився ($Z=-2.803$, $p=0.005$) після участі в тренінгу, який передбачав використанням методів та технік когнітивно-поведінкової терапії. Також можна сказати, що зміна є значущою і в порівнянні із показниками по тривозі в контрольній групі: показник по критерію Манна-Уїтні при порівнянні результатів по шкалі Тривоги в контрольній та експериментальній групі показав значущий результат ($p=0,01$).

Показники невротичної депресії теж знизилися ($Z= -2.191$, $p=0.028$). Також можна сказати, що зміна є значущою і в порівнянні із показниками по тривозі в контрольній групі: показник по критерію Манна-Уїтні при порівнянні результатів по шкалі невротичної депресії в контрольній та експериментальній групі показав значущий результат ($p=0,001$) (див. Таблиця 3.1.2)

Меншої, хоч і значущої, зміни зазнали показники по шкалі Астенія ($Z=-1.988$, $p=0.047$). Це говорить про те, що тренінги із елементами КПТ хоч і мають вплив на вищевказаний психологічний конструкт, але потребують більш детального вивчення та знаходження статистично міцніших результатів. Різниця між показниками в контрольній та експериментальній групах по цій шкалі також є значущою ($p=0,001$) (див. Таблиця 3.1.2).

Показник по Істеричному типу реагування також зазнав позитивних змін, порівняно із результатами до проведення тренінгу ($Z=-2.599$, $p=0.009$). Так само значущим є результат по цій шкалі між контрольною і експериментальною групами ($p=0,001$). Це дозволяє зробити висновок, що тренінги, в яких використовуватимуться елементи когнітивно-поведінкової

Вправи були спрямовані на корекцію тривоги, але паралельно відбулися зміни ще в одному типі реагування. Істеричний тип реагування - означає, що відбувається перетворення витісненого внутрішнього конфлікту в соматичну симптоматику, яка має певну символічну природу. Емоційне переживання трансформується в тілесні прояви. Даний стан проявляється у повсякденному житті в постійній тривозі, напружені та неможливістю спокійно відреагувати на ситуації, які відбуваються у повсякденному житті. Можна припустити, що тривога посідає чинне місце в схильності до даного невротичного стану.

Отже, можемо констатувати, що підібрані вправи для тренінгу щодо корекції прояву тривоги виявилися ефективними і дали результат у корекції невротичних станів, а саме тривоги та істеричного типу реагування.

3.2. Рекомендації щодо зниження рівня невротичних станів у молоді

Проблема неврозів дуже актуальна в сучасному світі. Невроз - це розлад нервово-психічної діяльності, що розвивається у відповідь на психотравматичну ситуацію. Він відображає нездатність особистості раціонально розв'язати конфлікт з навколишнім світом. Фахівці зазвичай стверджують, що невроз-це хвороба розвитку особистості. Невротичні стани відносяться до функційних розладів, за яких не виявляється серйозних захворювань, але людина при цьому по-справжньому страждає.

Є декілька способів для того, щоб знизити рівень невротичних станів особистості. Вони можуть охоплювати:

- 1) Психотерапія
- 2) Дихальні та фізичні вправи, тепло-холодові процедури.
- 3) Переключення уваги, що є також частиною і інших методів
- 4) Релаксація, аутогенне тренування

Розглянемо їх докладніше.

1) Психотерапія. Може бути індивідуальною і груповою. Допомагає краще розібратися в собі, свої реакції, їх причинах, своїй проблемі, підвищити рівень усвідомленості та віднайти способи і сили для вирішення проблеми і подолання стресу, а також дає можливість змінити свою реакцію на стресові ситуації у майбутньому. Так, наприклад, у випадку підсвідомого конфлікту успіх психотерапії багато в чому залежить від усвідомленні цього конфлікту (психоаналіз). А усвідомлення причин, наприклад, депресії не усуне емоційно-напружений стан. Тут необхідна перебудова ставлення людини до психотравмуючої ситуації, переорієнтація особистості на систему нових цінностей взамін втрачених, формування нових інтересів, які не протирічать основній життєвій установці людини і відповідають її можливостям, вироблення нових навичок переживання та вирішення існуючої проблеми. Розуміння цінностей забезпечує емоційні границі та допомагає уникненню тривожності, страху, невпевненості та сумнівів. Важливе місце серед напрямів психотерапії, які займаються корекцією невротичних станів, посідає когнітивно-поведінкова терапія. Когнітивно-поведінкова терапія є одним найпрогресивніших і найбільш динамічно розвиваючим напрямом. Доречною є трискладова модель А.Бека, яка передбачає взаємозв'язок думок, почуттів та поведінки. Відповідно до цієї теорії пропонується змінювати неадаптивні думки, щоб змінити почуття та поведінку людей. Існує ряд психологічних КПТ технік протистояння стресу: стабілізація, майндфулнес, техніки релаксації, вправи на десенсибілізацію, навчання самоконтролю, методика «збереження» емоцій. Саме здобутки цього напряму ми використали для коригування невротичних станів молоді.

2) Релаксація та аутогенне тренування. Релаксація - процес зняття нервово-психічного навантаження, обумовленого інтенсивним психічним чи фізичним навантаженням. За допомогою релаксації досягається стан

спокою, розслабленості, зниження тонуусу скелетної мускулатури. Передбачається, що людина в стані нервової напруги відчуває і м'язову напругу і навпаки, в стані м'язової напруги відчуває і психічну. Відповідно для того, щоб розслабити тіло необхідно розслабити мозок і навпаки. Проте несистематичні та поверхневі зайняття релаксацією дають лише тимчасовий, неповний ефект. І лише регулярні заняття за правильною методикою призводять до стійкої генералізації ефекту, в результаті чого в людини знижується м'язова (і, відповідно, психічна) напруга, збільшується стійкість до стресу, посилюється увага [17 с.61].

Аутогенне тренування (аутотренінг) – розповсюджений метод саморегуляції психічних станів за допомогою самонавіювання, розроблений німецьким вченим І.Шульцем (1932р.). Аутотренінг включає 3 стадії: релаксація, навіювання, вихід.

- Релаксація: в сьогоденній практиці використовуються 4 основні кроки:

а) «Приємний спокій та розслабленість». Ця фраза в різних варіаціях повторюється по відношенню до всього тіла (лівої руки, правої руки, плечей, передплічч, ... ніг, лица («лице відпочиває, я відчуває приємний спокій та розслабленість мого лица»)).

б) «Приємна важкість». Тіло розслабляється і ми починаємо відчувати його вагу. Повторюємо як і в попередньому випадку.

в) «Приємне тепло». Від розслаблення покращується кровоток і руки і ноги тепліють. Повторюємо як і попередніх випадках, лише лице не потрібно.

г) «Дихання рівне та спокійне, мені дихається легко». «Дихання контролювати не потрібно, а ось спокійно відстежити, як повітря приходить і як ви його випускаєте – добре».

д) Також багатьом допомагає ключова формула: «Тіло втрачає свої межі, воно стає скрізь і ніде, голова ніби закидається назад, і ви опиняєтесь

...» - далі вільна фантазія, оскільки людина опиняється де завгодно і починається друга стадія.

- Друга стадія: час для будь-яких спеціальних навіювань. Якщо їх не давати, то людина просто засинає і прекрасно відпочиває при цьому. Якщо це робиться вдень, то можна дати собі прокинутися через 10 хв.

- Третя стадія: «Ви прекрасно відпочили, ви повні сили та енергії. Ви наповнені енергією, дуже хочеться жити і зробити все, що ви собі задумали. Пора повертатися. Ви повертаєте себе в ту кімнату, де ви є, відчуйте себе, свої руки, пальці, які можуть рухатися, губи ... вам хочеться потягнутися, ви потягуєтесь, і потім з посмішкою розплющуєте очі. Ви прокинулись! Ви прекрасно відпочили!».

Оптимальний режим засвоєння АТ – 5 раз на день по 5 хв. Як правило, через 2 тижні занять розслаблення будуть з'являтися стабільно, а ще через 2 тижні з'явиться вміння розслабитися перед стресовою ситуацією (важкою розмовою, виступом ...), а також ввечері завжди легко і швидко засинати. Ще через місяць ви зможете за допомогою цієї техніки засинати вдень на 10 хв. і прокидатися відпочившим. [17 с. 30, 59].

3) Дихальні та фізичні вправи. Різноманітні види фізичної діяльності є хорошим способом усунення фізіологічних механізмів стресу. М'язова робота ліквідує надлишок гормонів, які підтримують стан емоційного перенапруження. Як наслідок нормалізується робота серця, вирівнюється артеріальний тиск, знижується збудження нервової системи, нормалізується емоційний стан. Можна виділити 3 групи фізичних вправ, які спрямовані на профілактику стресу:

- Вправи, що сприяють підвищенню збудливості нервової системи, складаються з динамічних навантажень (стрибки, біг, ходьба, інтенсивні нахили, присідання тощо), ізометричні вправи з напруженням окремих груп м'язів (йогівські пози), тонізуючі дихальні вправи з затримкою дихання на вдиху та ін.

- Вправи, що знижують збудливість центральної нервової системи при нервовому та емоційному напруженні та повертають її до оптимального тону: довільні м'язові розслаблення, заспокійливі дихальні гімнастики тощо.

- Вправи, що нормалізують мозковий та периферичний кровообіг: гімнастика для голови та шиї, вправи з глибоким диханням, чергування напружень та розслаблень м'язових груп та ін. [35 с.75].

4) Переключення уваги, що є також частиною і інших методів. Практика зняття стресу шляхом переключення уваги вже давно розробляється на заході. Як приклад, на інтелектуальних виробництвах працівники яких мають справу зі створенням та редагуванням текстів, вводяться перерви на читання художньої літератури. У стресовій ситуації, щоб загальмувати негайну необдуману реакцію можна уважно оглянути навколишнє приміщення, помічаючи і проговорюючи про себе всі дрібні деталі, перебрати всі предмети в певній послідовності (за кольором, розміром ...) [35 с.61-63].

5) Поради по харчуванню, вживання більшої кількості рідини (води). Збалансоване харчування. А якщо вже людина знаходиться в стресовій ситуації, то дуже важливо пити значну кількість води, оскільки організм її багато використовує при стресі. Також в літературі зустрічаються цікаві поради по вживанню продуктів у стресі:

- Морозиво добре знімає стрес: молоко та вершки містять природній транквілізатор (триптофан), який заспокоює нервову систему, піднімає настрій, допомагає впоратись із безсонням.

- Шоколад: довгий час його рахували наркотиком, оскільки знайшли в ньому речовини, які присутні і в маріхуані. Але згодом було доведено, що концентрація їх дуже мала і більшість їх розпадаються ще в шлунку і не досягають мозку. Зате інші дослідники знайшли в шоколаді іншу речовину,

споріднену гормону адреналіну. Вона підвищує кров'яний тиск, робить частішим пульс, тобто є природним стимулятором як кофеїн.

- Горіхи грецькі, фундук, кеш'ю та ін. В них міститься велика кількість магnezії, яка заспокійливо діє на мозок людини, що знаходиться у збудженому стані. Тому вживання горіхів у момент стресу сприяє зняттю напруги. Нестача магnezії приводить наш мозок в гіперактивний стан, що в результаті стає причиною дратівливості, забудькуватості, призводить до запаморочень. Іншими джерелами магnezії можуть бути квасоля, йогурт, горіхове масло, зелені листові овочі та різні спеції. Однак, слід обов'язково зазначити, що понадміру горіхи також вживати не можна, бо вони можуть викликати головний біль. [18, с.52].

б) Відвідування тренінгів, які спрямовані саме на зниження невротичних станів особистості. Це можуть бути тренінги по типу “Формування навичок емоційної стійкості”, “Життя без стресів” тощо.

Звісно, є дуже багато способів корекції та зниження невротичного стану. Але найважливішу роль грає спосіб життя людини: розпорядок дня та режим дня, регулярні прогулянки на свіжому повітрі, фізичні навантаження та заняття спортом, відмова від паління та алкогольних напоїв. Саме ці кроки ведуть до зменшення рівня невротичного стану особистості в першу чергу.

Якщо ж молода людина вже має проблему пов'язану з наявністю невротичних станів, то можна запропонувати їй взяти участь в психотерапевтичній програмі коригування психічних станів.

Висновки до розділу 3

Було підготовлено та проведено тренінг корекції прояву невротичних станів серед молоді, який базувався на використанні технік КПТ.

Були підібрані такі вправи: психоедукація про негативні автоматичні думки (НАДи) - для відстеження учасниками негативних думок, які спричиняють негативні стани; «Корисні та Некорисні переживання», щоб досліджувані могли розпізнавати думки та аналізувати їх, і не прислухатись до тривоги; техніки дистанціювання «Трамвай» та «Радіо», які спрямовані на дистанціювання від тривожних думок.

Тренінг базувався на вправах регуляції стану тривоги та істеричного типу реагування, оскільки, переважна більшість учасників (90%) експериментальної групи мають надмірну тривогу.

Результати показали, що у всіх шкалах відбулися значущі зміни. Рівень тривоги в експериментальній групі знизився після участі в тренінгу. Також можна сказати, що зміна є значущою і в порівнянні із показниками по тривозі в контрольній групі.

Показники невротичної депресії теж знизилися і проявляють значущі зміни порівняно із показниками контрольної групи.

Меншої, хоч і значущої, зміни зазнали показники по шкалі Астенія. Різниця між показниками в контрольній та експериментальній групах тут продемонстрували значущі зміни.

Показник по Істеричному типу реагування також зазнав позитивних змін, порівняно із результатами до проведення тренінгу. Так само значущим є результат по цій шкалі між контрольною і експериментальною групами.

Показники по obsесивно-фобічних порушеннях зазнали позитивної зміни після проведення тренінгу із елементами когнітивно-поведінкової

терапії. Значущим є результат по цій шкалі між контрольною і експериментальною групами.

Можна сказати і про значущу зміну при відстеженні вегетативних порушень. Значущим є результат по цій шкалі між контрольною і експериментальною групами. Такі результати дають змогу сказати про те, що методи КПТ покращують суб'єктивне сприйняття здоров'я при використанні їх (методів) у тренінговій роботі.

Отже, можемо констатувати, що підібрані вправи для тренінгу щодо корекції прояву тривоги виявилися ефективними і дали результат у корекції проявів схильностей до невротичних станів у молоді

ВИСНОВКИ

Невротичні стани визначаються як зворотний психічний розлад, який виявляється в емоційних і соматовегетативних порушеннях і психогенно обумовлений.

У роботі досліджено такі невротичні стани: тривога (очікуванні негативного розвитку подій), невротична депресія (легка форма депресії, при якій переважає сумний настрій, знижена активність, загальмованість, втома), астенія (нервово-психічна слабкість, що виявляється у підвищеній втомлюваності і виснаженні, зниженому порозі чутливості, крайньої нестійкості настрою та порушенні сну), істеричний тип реагування (перетворення витісненого душевного конфлікту в соматичну симптоматику), obsesивно-фобічні порушення (проявляються в педантичності, загостреної чутливості до звичок, ритуалів, ретельному обмірковуванні своїх кроків) та вегетативні порушення (порушення в роботі внутрішніх органів). Виділено такі супутні особистісні компоненти, які впливають на прояв та становлення невротичних станів у молоді: прийняття ризику, інтернальність, емоційний комфорт, тривога, прийняття інших, життєстійкість.

У процесі емпіричного дослідження було встановлено, що більшість респондентів мають показники прояву невротичних станів у межах норми. Схильність до хворобливого стану найбільш представлений за шкалою тривоги (18%) та астенії (14%); невротична депресія та obsesивно-фобічні порушення на рівні схильності до хворобливого прояву має 12%.

Дослідження життєстійкості молоді, як показника психологічного здоров'я показало, що у 49% респондентів переважають середні показники. Однак 25% респондентів має низький рівень життєстійкості. У прояві всіх складників соціально-психологічної адаптації спостерігається тенденція переважання високих результатів над низькими.

У процесі кореляційного аналізу були визначені зв'язки між невротичними станами та загальним показником життєстійкості та залученістю. Тривога, астенія та obsесивно-фобічні порушення мають обернений значущий зв'язок з загальним показником життєстійкості, чим більше виражені ці стани, тим меншим є життєстійкість особистості. Чотири невротичні стани: тривога, невротична депресія, астенія та obsесивно-фобічні порушення мають обернений значущий зв'язок з емоційним комфортом. Це значить, що чим більше виражені дані стани, тим меншим є емоційний комфорт людини. Це значить, що у неї знижується позитивне самопочуття в соціумі. Три невротичні стани мають значущий обернений зв'язок із показником зовнішнього контролю (екстернальність). Можемо припустити, що чим більше у людини проявляється тривога, невротична депресія та астенія, тим менше у них виражений зовнішній контроль, екстернальність та схильність перекладати відповідальність на інших за своє життя та дії й за те, що з нею стається.

Був підготовлений та проведений тренінг корекції прояву невротичних станів серед молоді, який базувався на використанні технік когнітивно-поведінкової терапії. Результати показали, що у всіх шкалах відбулися значущі зміни. Рівень тривоги в експериментальній групі знизився після участі в тренінгу. Також можна сказати, що зміна є значущою і в порівнянні із показниками по тривозі в контрольній групі. Показники невротичної депресії теж знизилися і проявляють значущі зміни порівняно з показниками контрольної групи. Меншої, хоч і значущої, зміни зазнали показники по шкалі Астенія. Різниця між показниками в контрольній та експериментальній групах тут продемонстрували значущі зміни. Показник по істеричному типу реагування також зазнав позитивних змін, порівняно із результатами до проведення тренінгу. Так само значущим є результат по цій шкалі між контрольною і експериментальною групами. Показники по obsесивно-фобічних порушеннях зазнали

позитивної зміни після проведення тренінгу із елементами когнітивно-поведінкової терапії. Значущим є результат по цій шкалі між контрольною і експериментальною групами. Можна сказати і про значущу зміну при відстеженні вегетативних порушень. Значущим є результат по цій шкалі між контрольною і експериментальною групами. Такі результати дають змогу сказати про те, що методи КПТ покращують суб'єктивне сприйняття здоров'я при використанні їх (методів) у тренінговій роботі.

Подальші наукові дослідження вбачаємо у деталізації тренінгової програми.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адлер А. Понять природу человека. / Адлер А. - СПб.: Гуманитар. агентство Академический проект, 1997. – 254с.
2. Авдеев Д.А. Нервность: ее духовные причины и проявления [Электронный ресурс]. – М.: Омега, 2003. – Режим доступа: http://ftp.logos.md/Soft/632_ORTHO-books_RUS/avdeev1.pdf.
3. Айрапетянц М.Г. Неврозы в эксперименте и в клинике / Айрапетянц М.Г., Вейн А.М. - М., 1982. - 272 с.
4. Анікеєва Н.П. Психологічний клімат у колективі. / Анікеєва Н.П. – М.:Освіта, 1989. – 224с.
5. Анастаси А. Психологическое тестирование: В 2-х томах. – М.: Педагогика, 1982. – Т.1. - 340 с., Т.2. – 345с.
6. Бамдас Б.С. Неврозы / Бамдас Б.С. – М.:Медгиз, 1963. – 153с.
- 7.Божук Б. С. Вплив психокорекційної роботи на основні копінг-стратегії пацієнтів загальносоматичного стаціонару / Б. С. Божук // Український науково-медичний молодіжний журнал.
8. Бойко В.В.. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / Бойко В.В.. - М.: Филинь, 1996. – 218с.
9. Бойко В.В. Синдром эмоционального выгорания в профессиональном общении / Бойко В.В. – СПб.: Питер, 1999. – 105с.
10. Борис В. Методология и методы психологического исследования / Борис В., Нина В., Андрей Г. – М.: Академический Проект, 2010 – 384с.
11. Берестов А. Скрытые причины неврозов / Берестов А. - М.: Прогресс, 2010. - 146с.
12. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика / Бурлачук Л.Ф. - СПб.: Питер, 2002. - 349с.
13. Бухановський О.О. Загальна психопатологія / Бухановський О.О., Кутявин Ю.О., Литвак М.Е. - К., 2003. – 286с.

14. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика личности / Бурлачук Л.Ф. - К.: Здоровье, 1980. - 165с.
15. Воронков Б. В. Психиатрия детского и подросткового возраста / Б. В. Воронков., 2012. – 288 с.
16. Гарбузов В. И. Нервные дети: Советы врача / В. И. Гарбузов., 1990. – 176 с.
17. Гарбузов В. И. Неврозы и психотерапия / В. И. Гарбузов., 2001.
18. Горовой-Шалтан В. А. Неврозы / В.А. Горовой-Шалтан., 1949.
19. Грехнев В.С. Культура психологического общения / Грехнев В.С. - М.: Просвещение, 1990. - 144с.
20. WHO mortality database documentation: 1 May 2013 update [Electronic resource]. Geneva: WHO, 2013. Access mode : http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/. – Title from screen
21. Карвасарский Б.Д. Неврозы / Карвасарский Б.Д. - М., 1990, 576 с.
22. Кокун О.М. Аналіз поняття адаптаційних можливостей людини /О.М. Кокун // Проблеми заг. та пед. психології : зб. наук. праць Ін-ту психол. ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. С.Д. Максименка. – К. : Гнозис, 2002. – Т. IV. – Ч. 5. – С. 137– 140.
23. Корольчук М.С. Психодиагностика / Корольчук М.С. – К.:Либідь, 2005. - 372с.
24. Кондратенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия. – М., 1997. – 464с.
20. Conyne, R.K. Preventive counseling: Helping people to become empowered in systems and settings, NY.: Brunner-Routledge, 2004. 118p.
25. Корнев М.Н. Соціальна психологія: Підручник / Корнев М.Н., Коваленко А.Б. - К.: Либідь, 1995. - 304с.
26. Кискер К.П. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия / Кискер К.П. - М.: Алетейа, 1999. – 232с.

27. Kessler R., Ustun T. B.. The WHO World Mental Health Surveys [Electronic resource]. New York : Cambridge University Press, 2008. Access mode :
<http://link.springer.com/article/10.1007/s10654-010-9441-9>. Title from screen.
28. КНП ЛОР Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня. Тема Всесвітнього дня психічного здоров'я 2018: Молоді люди та психічне здоров'я в мінливому світі [Електронний ресурс]. - Україна : КНП ЛОР, 2018. – Режим – доступу:
<http://kulparkiv.org.ua/index.php/novyny/82-tema-vsesvitnoho-dniapsykhichnoho-zdorovia-2018-molodi-liudy-ta-psykhichne-zdorovia-v-minlyvomusviti>.
29. Лазаренко Л. А. В ПОМОЩЬ КУРАТОРУ АКАДЕМИЧЕСКОЙ ГРУППЫ / Л. А. Лазаренко, Г. И. Гапонова, В. Г. Недбайло., 2015. – 137 с.
30. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. 2-е изд. / Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. - М.: Медицина, 1984. - 272с.
31. Lehtinen V., Sohlman B. Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey, V. Kovess-Masfety Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health, 2005. – 156p.
32. Лебединский М.С. Очерки психотерапии. 2-е изд. / Лебединский М.С. - М.: Медицина, 1971. - 412с.
33. Леонтьев Д. Рассказова Е.. Тест жизнестойкости / Леонтьев Д. Рассказова Е. . - М.: Смысл, 2006. – 128с.
34. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Ломов Б.Ф. - М.: Наука, 1984. – 230с.
35. Мартынов Ю. Нервные болезни. Учебная литература для студентов медицинских институтов / Мартынов Ю. - М. Медицина, 1988. – 177с.
36. Maddi S.R. The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. Consulting psychology journal, NY.: Amacom, 2002. 144p.
37. Maddi S.R., Harvey R.H, Fazel D.M. Hardiness training facilitates

performance in college. *Journal of Positive Psychology, M & Resurreccion.*: N, 2009. 178p.

38. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. /

Менделевич В.Д. - М.:МБД пресс, 2009. – 430с.

39. Менделевич В.Д. Как предупредить невроз / Менделевич В.Д. -

Казань, 1988. – 218с.

40. Мясищев В.Н.. Личность и неврозы / Мясищев В.Н.. - Медицина.:

Книга на заказ, 2013. – 426с.

41. Немов Р.С. Психология. В 3 кн. / Немов Р.С. - М.: Просвещение, 1995. –

234с.

42.Павлик Н. В. ПСИХОЛОГІЯ ГАРМОНІЗАЦІЇ ХАРАКТЕРУ В

ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ / Н. В. Павлик., 2015.

43. Татенко В. Сучасна психологія. Теоретично-методологічні проблеми /

Татенко В. –У.: НАУ-друк, 2009. – 288с.

44. Раттер М. Помощь трудным детям / М. Раттер., 1987. – 424 с.

45. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога / Рогов Е.И.

– М.: Владос, 1996. – 529с.

46. Роджерс К. Погляд на психотерапію. Становлення людини /

Роджерс К. - К., 2004. – 124с.

47. Rogers C.R., Dymond R.F. eds. *Psychotherapy and Personality Change:*

Coordinated Research Studies in the Client-Centered Approach. Chicago :

University of Chicago Press, 1954.

48. Свядощ А.М. Неврозы. Руководство для врачей / Свядощ А.М. –

СПб.: Питер Ком., 1998. – 448с.

49. Сонник Г.Т. Психіатрія / Сонник Г.Т. - К.:Здоров'я, 2006. – 432 с.

50. Франкл В.Е. Теория и терапия неврозов. / Франкл В.Е.. – СПб.: Речь,

2001. – 234с.

51. Федосова Л.О. Клінічна психологія: навч. посіб. / Л.О. Федосова –

К.: ДП Вид. дім Персонал, 2013. – 248с.

52. Фройд А. Эго и механизмы защиты / Фрейд А. - М., 2003. – 127с.
53. Фройд З. Невроз і Психоз / З. Фройд., 1924.
54. Філімонов В.І. Фізіологія людини в запитаннях і відповідях / Філімонов В.І. – Вінниця:Нова Книга, 2009. – 488с.
55. Фурст Д. Невротик, его среда и внутренний мир / Фурст Д. - М., 1957. - 376с.
56. Fraley R.C., Waller N.G., Brennan K.A. An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment Journal of Personality and Social Psychology, 2000, no.11, 350-365p.
57. Friedman M., Rosenman R.H. Type A behavior and your heart, NY: Knopf., 1974. 187p.
58. Хорошко В.К. Учение о неврозах / Хорошко В.К. – Москва.: Государственное издательство медицинской литературы Мед Из, 1943. – 245с.
59. Хорни К. Невротическая личность нашего времени / Карен Хорни. – СПб.: Питер, 2002. – 224с.
60. Holmes, T.H., Rahe R.H. The social readjustment rating scale. Journal of psychosomatic research, 1967. 213-218p.
61. Шум С. Що треба знати про психічне здоров'я [Електронний ресурс]. – Україна: МОЗ, 2019. – Режим доступу : <https://moz.gov.ua/article/news/scho-treba-znati-pro-psihichne-zdorov'ja-napitanja-vidpovidae-likar-psihiatr-sergij-shum>.
62. Янг Д.И. Одиночество, депрессия и когнитивная терапия: теория и её применение / Д.И. Янг. – М.: Прогресс, 1989.
63. Яхин К.К. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / Яхин К.К., Менделевич Д.М. – М.: Практическое руководство, 1998. – 545-552с.

ДОДАТКИ

Додаток А

Кореляційна матриця взаємодії компонентів дослідження

	Залученість	Контроль	Прийняття ризику	Шкала тривоги	Невротична депресія	Астенія	Істеричний тип реагування	Обсесивно-фобічні порушення	Вегетативні порушення
Залученість	1,000	0,585	0,620	0,145	0,269	0,194	0,044	0,149	-0,020
Контроль	0,585	1,000	0,470	0,027	0,132	0,113	-0,084	0,050	-0,141
Прийняття ризику	0,620	0,470	1,000	0,080	0,234	0,220	-0,004	0,061	-0,118
Шкала тривоги	0,145	0,027	0,080	1,000	0,657	0,640	0,769	0,822	0,766
Невротична депресія	0,269	0,132	0,234	0,657	1,000	0,743	0,678	0,662	0,526
Астенія	0,194	0,113	0,220	0,640	0,743	1,000	0,653	0,613	0,518
Істеричний тип реагування	0,044	-0,084	-0,004	0,769	0,678	0,653	1,000	0,676	0,692
Обсесивно-фобічні порушення	0,149	0,050	0,061	0,822	0,662	0,613	0,676	1,000	0,685
Вегетативні порушення	-0,020	-0,141	-0,118	0,766	0,526	0,518	0,692	0,685	1,000
Адаптація(а)	0,308	0,171	0,313	0,158	0,184	0,144	0,092	0,139	0,075
Деадаптація(б)	-0,364	-0,359	-0,270	-0,264	-0,383	-0,350	-0,118	-0,295	-0,103
Бехливість - (а)	-0,013	-0,120	0,011	0,059	-0,034	-0,122	0,052	0,023	0,074
Брехливість + (б)	0,038	0,019	0,041	0,087	0,122	0,115	0,124	0,070	0,135
Прийняття себе (а)	0,333	0,182	0,314	0,217	0,227	0,152	0,127	0,160	0,129
Неприйняття себе (б)	-0,399	-0,397	-0,305	-0,261	-0,417	-0,346	-0,120	-0,286	-0,066
Прийняття інших (а)	0,315	0,091	0,278	0,179	0,185	0,173	0,109	0,180	0,107
Неприйняття інших (б)	-0,350	-0,249	-0,216	-0,237	-0,397	-0,309	-0,122	-0,290	-0,048
Емоційний комфорт (а)	0,238	0,140	0,272	0,291	0,271	0,239	0,255	0,200	0,185
Емоційний дискомфорт (б)	-0,408	-0,353	-0,322	-0,330	-0,415	-0,351	-0,213	-0,355	-0,134
Внутрішній контроль (а)	0,127	0,076	0,180	-0,028	-0,009	-0,037	-0,037	0,014	-0,029
Зовнішній контроль (б)	-0,324	-0,408	-0,283	-0,289	-0,357	-0,344	-0,146	-0,355	-0,132
Домінування (а)	0,257	0,211	0,298	0,119	0,149	0,042	0,093	0,069	0,131
Відомість (б)	-0,169	-0,358	-0,144	-0,093	-0,173	-0,187	0,019	-0,095	0,004
Ескапізм	-0,211	-0,248	-0,088	-0,187	-0,232	-0,284	-0,042	-0,163	-0,040

Додаток Б

Кореляційна матриця взаємодії компонентів дослідження

Адаптація(a)	Деадаптація(b)	Бехливість - (a)	Брежливість + (b)	Прийняття себе (a)	Неприйняття себе (b)	Прийняття інших (a)	Неприйняття інших (b)
0,308	-0,364	-0,013	0,038	0,333	-0,399	0,315	-0,350
0,171	-0,359	-0,120	0,019	0,182	-0,397	0,091	-0,249
0,313	-0,270	0,011	0,041	0,314	-0,305	0,278	-0,216
0,158	-0,264	0,059	0,087	0,217	-0,261	0,179	-0,237
0,184	-0,383	-0,034	0,122	0,227	-0,417	0,185	-0,397
0,144	-0,350	-0,122	0,115	0,152	-0,346	0,173	-0,309
0,092	-0,118	0,052	0,124	0,127	-0,120	0,109	-0,122
0,139	-0,295	0,023	0,070	0,160	-0,286	0,180	-0,290
0,075	-0,103	0,074	0,135	0,129	-0,066	0,107	-0,048
1,000	0,274	0,620	0,696	0,954	0,148	0,905	0,270
0,274	1,000	0,601	0,292	0,168	0,926	0,221	0,853
0,620	0,601	1,000	0,395	0,558	0,486	0,526	0,475
0,696	0,292	0,395	1,000	0,694	0,188	0,573	0,318
0,954	0,168	0,558	0,694	1,000	0,043	0,838	0,175
0,148	0,926	0,486	0,188	0,043	1,000	0,113	0,768
0,905	0,221	0,526	0,573	0,838	0,113	1,000	0,130
0,270	0,853	0,475	0,318	0,175	0,768	0,130	1,000
0,882	0,342	0,630	0,585	0,815	0,240	0,803	0,310
0,195	0,931	0,517	0,197	0,079	0,846	0,160	0,808
0,886	0,525	0,712	0,660	0,780	0,408	0,749	0,519
0,234	0,916	0,575	0,221	0,143	0,820	0,203	0,702
0,737	0,221	0,545	0,516	0,731	0,162	0,638	0,191
0,469	0,836	0,694	0,403	0,381	0,719	0,489	0,628
0,388	0,850	0,665	0,317	0,319	0,767	0,332	0,675

Додаток В

Кореляційна матриця взаємодії компонентів дослідження

Емоційний дискомфорт (а)	Емоційний комфорт (b)	Внутрішній контроль (а)	Зовнішній контроль (b)	Домінування (а)	Відомість (b)	Ескапізм
0,238	-0,408	0,127	-0,324	0,257	-0,169	-0,211
0,140	-0,353	0,076	-0,408	0,211	-0,358	-0,248
0,272	-0,322	0,180	-0,283	0,298	-0,144	-0,088
0,291	-0,330	-0,028	-0,289	0,119	-0,093	-0,187
0,271	-0,415	-0,009	-0,357	0,149	-0,173	-0,232
0,239	-0,351	-0,037	-0,344	0,042	-0,187	-0,284
0,255	-0,213	-0,037	-0,146	0,093	0,019	-0,042
0,200	-0,355	0,014	-0,355	0,069	-0,095	-0,163
0,185	-0,134	-0,029	-0,132	0,131	0,004	-0,040
0,882	0,195	0,886	0,234	0,737	0,469	0,388
0,342	0,931	0,525	0,916	0,221	0,836	0,850
0,630	0,517	0,712	0,575	0,545	0,694	0,665
0,585	0,197	0,660	0,221	0,516	0,403	0,317
0,815	0,079	0,780	0,143	0,731	0,381	0,319
0,240	0,846	0,408	0,820	0,162	0,719	0,767
0,803	0,160	0,749	0,203	0,638	0,489	0,332
0,310	0,808	0,519	0,702	0,191	0,628	0,675
1,000	0,210	0,749	0,268	0,638	0,537	0,455
0,210	1,000	0,482	0,889	0,168	0,697	0,731
0,749	0,482	1,000	0,459	0,694	0,566	0,558
0,268	0,889	0,459	1,000	0,212	0,771	0,759
0,638	0,168	0,694	0,212	1,000	0,335	0,357
0,537	0,697	0,566	0,771	0,335	1,000	0,779
0,455	0,731	0,558	0,759	0,357	0,779	1,000

Критерій рангових знаків Вілкоксона

		N	Средний ранг	Сумма рангов
Шкала_тривоги_після - Шкала_тривоги_до	Отрицательные ранги	0a	0,00	0,00
	Положительные ранги	10b	5,50	55,00
	Совпадающие наблюдения	0c		
	Всего	10		
Невротична_депресія_після - Невротична_депресія_до	Отрицательные ранги	3d	2,00	6,00
	Положительные ранги	7e	7,00	49,00
	Совпадающие наблюдения	0f		
	Всего	10		
Астенія_після - Астенія_до	Отрицательные ранги	3g	2,67	8,00
	Положительные ранги	7h	6,71	47,00
	Совпадающие наблюдения	0i		
	Всего	10		
Істеричний_тип_реакції_після - Істеричний_тип_реакції_до	Отрицательные ранги	1j	2,00	2,00
	Положительные ранги	9k	5,89	53,00
	Совпадающие наблюдения	0l		
	Всего	10		
Обсесивно_фобічні_порушення_після - Obsesивно_фобічні_порушення_до	Отрицательные ранги	2m	1,50	3,00
	Положительные ранги	8n	6,50	52,00
	Совпадающие наблюдения	0o		
	Всего	10		
Вегетативні_порушення_після - Вегетативні_порушення_до	Отрицательные ранги	2p	2,00	4,00
	Положительные ранги	8q	6,38	51,00
	Совпадающие наблюдения	0r		
	Всего	10		

Додаток Д

Результати порівняння показників в контрольній та експериментальній
групах

Ряди				
Поділ_Шкала_тривоги_після		N	Средний ранг	Сумма рангов
Шкала_тривоги_після	1.00	10	5.50	55.00
	2.00	10	15.50	155.00
	Всього	20		
Невротична_депресія_після	1.00	10	5.90	59.00
	2.00	10	15.10	151.00
	Всього	20		
Астенія_після	1.00	10	6.10	61.00
	2.00	10	14.90	149.00
	Всього	20		
Істеричний_тип_реагування_після	1.00	10	6.30	63.00
	2.00	10	14.70	147.00
	Всього	20		
Обсесивно_фобічні_порушення_після	1.00	10	6.10	61.00
	2.00	10	14.90	149.00
	Всього	20		
Веgetативні_порушення_після	1.00	10	6.10	61.00
	2.00	10	14.90	149.00
	Всього	20		