m_educ_2025_176

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЧЕРНІВЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЮРІЯ ФЕДЬКОВИЧА
Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи
кафедра практичної психології

Особливості прояву коньюктурних змін на індукування дисфункційних емоційних станів у соматично хворих осіб – госпіталізованих пацієнтів

Кваліфікаційна робота

Рівень вищої освіти - другий (магістерський)

Виконала:
студентка 2 курсу, 223 групи
Чорнописька Наталья
Керівник:
канд. психол. наук,
доц. **Сімак А.А.**

До захисту допущено
на засіданні кафедри
протокол № ___ від _____ 2024 р.
зав. кафедри_____доц. Радчук В.М.

Чернівці 2024

АНОТАЦІЯ

Чорнописька Н.І. **Особливості прояву коньюктурних змін на індукування дисфункційних емоційних станів у соматично хворих осіб - госпіталізованих пацієнтів.**Кваліфікаційна робота. Спеціальність «Практична психологія» - (053, Чернівецькій національний університет ім. Ю. Федьковича; м.Чернівці, 2024 р.)

В кваліфікаційній роботі висвітлено актуальність теми дослідження, що тривожні розлади у суспільстві за останні роки стрімко зросли і стали надзвичайно поширеною нозологією, яка спричинює дестабілізуючий вплив на якість життя людини та призводить до виражених страждань. Хоча тривога є нормальною базовою емоцією, без якої було б неможливим індивідуальне - виживання, проте патологічно підвищена тривожність може виникати не лише в разі тривожних розладів (ТР), але й за більшості інших психічних чи соматичних захворювань. Будь-який пацієнт з ознаками патологічно підвищеної тривожності потребує ретельного психіатричного та соматичного оцінювання для виключення легеневих, серцево-судинних, неврологічних або ендокринних патологій.

В рамках дослідження було проаналізовано теоретичні підходи етіопатогенезу тривожно-депресивних розладів у соматично хворих осіб, була емпірично обгрунтована діагностична експлікація дисфункційних емоційних станів, а саме тривожних та депресивних проявів, які індукуються коньюктурними змінами (госпіталізацією та хірургічним втручанням) у соматично хворих осіб – госпіталізованих пацієнтів з гострим панкреатитом, які перебувають на лікуванні та пацієнтів, що проходять реабілітацію після операційного втручання. Ідентифіковано наявність депресивних або субдепресивних станів у досліджуваних респондентів – соматично хворих, госпіталізованих пацієнтів – чоловіків та жінок з гострим панкреатитом, які перебувають на лікуванні та пацієнтів, що проходять реабілітацію після операційного втручання.

Визначено, що серед жінок може бути виявлений субдепресивний або депресивний стан, а серед чоловіків – легкий стан депресії ситуативного або невротичного ґенезу підтвердилась частково, оскільки легка депресія ситуативного або невротичного ґенезу та субдепресивний стан або маскована депресія зустрічається і серед чоловіків і серед жінок обох субвибірок, але серед пацієнток-жінок відсотковий розподіл прояву цих ступенів вираженості депресивних станів значно вищій ніж у чоловіків. І, кардинально відрізняються дані, за критерієм статі, по діагностованому стану без депресії, з значною перевагою її відсутності саме у чоловіків.

Ключові слова: *тривожно-депресивні розлади, розлад сепараційної тривоги; генералізований тривожний розлад, соціальна фобія, панічний розлад,депресивний стан, субдепресивний стан, соматично хворі, гострий панкреатит.*

ЗМІСТ

ВСТУП.....6

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ КОНЬЮКТУРНИХ ЗМІН НА ІНДУКУВАННЯ ДИСФУНКЦІЙНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У СОМАТИЧНО ХВОРИХ ОСІБ – ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ…….…….....10

1.1. Теоретично-герменевтичний огляд концептуальних поглядів на етіопатогенез тривожності як психічного розладу особистості…….....10

1.1.1. Теоретичний аналіз тривожності, як невротичних диспозицій психічної динаміки особистості...……..……..10

1.1.2. Особливості прояву тривожних розладів……..…….....12

1.2. Аналіз концептуальних моделей депресивних розладів……..……...14

1.2.1. Класифікатори ступеню важкості та видів депресивних розладів…….... 14

1.2.2. Особливості прояву депресивних розладів…….…….……..21

1.3. Експлікація психологічного профілю особистості при шлунково-кишкових захворюваннях…….……..23

Висновки до першого розділу.....32

РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ КОНЬЮКТУРНИХ ЗМІН НА ІНДУКУВАННЯ ДИСФУНКЦІЙНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У СОМАТИЧНО ХВОРИХ ОСІБ – ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ…….……..…..……...37

2.1. Організаційно-методичні засади емпіричного дослідження: характеристика вибірки та методів дослідження…….....37

2.2. Результати апостеріорного діагностичного дослідження особливостей прояву коньюктурних змін (госпіталізація, хірургічне втручання) на індукування дисфункційних емоційних станів у соматично хворих пацієнтів (чоловіків і жінок).....40

2.2.1. Індикація прояву рівня тривоги серед соматично хворих осіб – госпіталізованих пацієнтів, що проходять лікування гострого панкреатиту та

реабілітантів післяопераційного втручання……..……...40
2.2.2. Ідентифікація тривожних розладів серед соматично хворих осіб – госпіталізованих пацієнтів, що проходять лікування гострого панкреатиту та реабілітантів післяопераційного втручання …….……..……46
2.2.3. Апостеріорний аналіз ступеню вираженості депресивних станів серед соматично хворих осіб – госпіталізованих пацієнтів, що проходять лікування гострого панкреатиту та реабілітантів післяопераційного втручання ……....54
Висновки до другого розділу.....61
ВИСНОВКИ.....68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....75
ДОДАТКИ.....81

ВСТУП

Актуальність теми. У сучасному суспільстві тривожні розлади стали однією з найпоширеніших психічних патологій, які суттєво впливають на якість життя людини, викликаючи страждання та дестабілізуючи її функціонування. Хоча тривога є природною емоцією, необхідною для виживання, її патологічне посилення може виникати не лише при тривожних розладах, але й на тлі інших психічних чи соматичних захворювань. Тому пацієнти з підвищеною тривожністю потребують комплексного обстеження, включаючи психіатричну та соматичну діагностику, щоб виключити легеневі, серцево-судинні, неврологічні чи ендокринні порушення.

Серед найпоширеніших типів тривожних розладів виділяють: Генералізований тривожний розлад (ГТР) – характеризується постійною тривогою, напругою, порушенням сну, втомою, зниженням концентрації уваги та страхом перед повсякденними ситуаціями. Панічний розлад (ПР) – проявляється раптовими панічними атаками, які супроводжуються фізичними симптомами, такими як прискорене серцебиття, задишка, тремор, нудота та страх смерті. Соціальний тривожний розлад (соціальна фобія) – виражається у сильному страху перед увагою оточуючих, що призводить до уникання соціальних ситуацій, від публічних виступів до спілкування з новими людьми. Сепараційний тривожний розлад – пов’язаний із надмірним занепокоєнням щодо втрати близьких людей або можливих несприятливих подій із ними.

Тривожні розлади часто поєднуються між собою або супроводжуються іншими психічними порушеннями, зокрема депресією. Депресивні стани можуть виникати як самостійно, так і на тлі тривалого впливу стресових факторів, з якими людина не може впоратися. Особливо це характерно для пацієнтів із хронічними соматичними захворюваннями, наприклад, шлунково-кишковими патологіями. У таких хворих часто розвиваються тривожно-депресивні розлади, які роблять їх більш вразливими, емоційно нестабільними та схильними до різких реакцій.

Актуальність дослідження тривожних та депресивних розладів обумовлена їх широкою поширеністю, особливо серед пацієнтів із хронічними захворюваннями або після хірургічних втручань. Пошук нових підходів до вивчення етіопатогенезу цих розладів та вдосконалення методів їх діагностики та лікування є важливим напрямком сучасної медицини, що й стало основою для вибору теми нашого дипломного дослідження.

Об'єкт дослідження – психоемоційне функціонування у соматично хворих осіб.

Предмет дослідження – особливості прояву коньюктурних змін (госпіталізація та хірургічне втручання) на індукування дисфункційних емоційних станів соматично хворих осіб – госпіталізованих пацієнтів з гострим панкреатитом, які перебувають на лікуванні та пацієнтів, що проходять реабілітацію після операційного втручання.

Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні й емпірично-діагностичній експлікації дисфункційних емоційних станів, а саме тривожних та депресивних проявів, які індукуються коньюктурними змінами (госпіталізацією та хірургічним втручанням) у соматично хворих осіб – госпіталізованих пацієнтів з гострим панкреатитом, які перебувають на лікуванні та пацієнтів, що проходять реабілітацію після операційного втручання.

Гіпотезою дослідження: стало припущення про те, що коньюктурні зміни (госпіталізація та хірургічне втручання) індукують дисфункційні емоційні стани підвищуючи рівень тривоги та депресивних або субдепресивних станів у соматично хворих осіб – госпіталізованих пацієнтів; також, припускаємо, що у госпіталізованих жінок рівень тривоги може бути вищим (або середнім з тенденцією до високого) ніж у госпіталізованих чоловіків у яких може проявлятися середній рівень тривоги з тенденцією до низького або низькій); також, припускаємо, що у госпіталізованих жінок може бути актуалізований субдепресивний або депресивний стани, а у госпіталізованих чоловіків, може проявлятися легкий депресивний стан ситуативного або невротичного ґенезу;

панічний розлад (ПР) – може бути діагностований і у соматично хворих чоловіків і у соматично хворих жінок, інші розлади, по типу – генералізованого тривожного та сепараційного тривожного – більше буде притаманний жінкам, ніж чоловікам.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи етіопатогенезу тривожно-депресивних розладів у соматично хворих осіб.

2. Реалізувати емпірично-діагностичне дослідження типів та рівнів вираженості тривожних розладів серед досліджуваних респондентів – соматично хворих, госпіталізованих пацієнтів – чоловіків та жінок з гострим панкреатитом, які перебувають на лікуванні та пацієнтів, що проходять реабілітацію після операційного втручання.

3. Ідентифікувати наявність депресивних або субдепресивних станів у досліджуваних респондентів – соматично хворих, госпіталізованих пацієнтів – чоловіків та жінок з гострим панкреатитом, які перебувають на лікуванні та пацієнтів, що проходять реабілітацію після операційного втручання.

4. Систематизувати та узагальнити опрацьований матеріал у висновках.

У процесі дослідження застосовано такі ***методи:***

– *теоретичні:* аналіз, синтез, узагальнення теоретично-прикладних засад досліджуваної проблеми, представлених у науковій літературі;

– *психодіагностичні:* «Скринінг емоційних розладів, пов'язаних із тривогою (SCARED-S); «Методика вимірювання рівня тривожності Тейлора»; «Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга».

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

База дослідження. Емпірично-діагностичне дослідження проводилося на базі Корчівецької «АЗПСМ» - Корчівецької амбулаторії загальної практики сімейної медицини. Сукупна вибірка становила 47 осіб соматично хворих чоловіків та жінок середнього віку (від 35 до 55 років) — госпіталізованих

пацієнтів з гострим панкреатитом, які перебувають на лікуванні та пацієнтів, що проходять реабілітацію після операційного втручання. Сукупна вибірка була диференційована за критерієм коньюктурних змін на дві субвибірки – пацієнти, які були госпіталізовані та перебувають на лікуванні з гострим панкреатитом – 25 осіб (13 чоловіків, 12 жінок) та пацієнти, які проходять реабілітацію післяопераційного втручання – 22 особи (10 чоловіків та 12 жінок).

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (48 найменувань), 7 рисунків, 3 таблиць, 3 додатків. Загальний обсяг роботи викладено на 85 сторінках, з яких 80 – основний зміст.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ КОНЬЮКТУРНИХ ЗМІН НА ІНДУКУВАННЯ ДИСФУНКЦІЙНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У СОМАТИЧНО ХВОРИХ ОСІБ – ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ

1.1. Теоретично-герменевтичний огляд концептуальних поглядів на етіопатогенез тривожності як психічного розладу особистості

1.1.1. Теоретичний аналіз тривожності, як невротичних диспозицій психічної динаміки особистості

Тривога як базова емоція, необхідна для виживання, включає в себе багато компонентів і трактується різними вченими по-різному, але часто доповнює одне одного. З. Фрейд одним із перших досліджував походження тривоги. Спочатку він вважав, що тривога є реакцією на небезпеку, де ключову роль відіграє лібідо. Пізніше він розглядав тривогу як відповідь на загрозу, яка може бути зовнішньою або внутрішньою. Фрейд також описав процеси, що впливають на формування тривоги в різні періоди життя, виділив основні її форми та реакції, які допомагають протистояти цьому почуттю.

У теорії особистості А. Адлера тривога розглядається як частина прояву неврозу. Він вважав, що надмірна тривожність є стратегією психологічного захисту, яка призводить до формування неправильного стилю життя та поведінкових порушень, характерних для неврозу. Тривога в цьому контексті є індукованою емоцією, пов’язаною з підвищеною невпевненістю та чутливістю до небезпек.

К. Хорні пов’язувала тривогу з порушенням почуття безпеки в міжособистісних стосунках, яке формується в дитинстві. Вона вважала, що перебування в деструктивному середовищі спотворює уявлення про безпеку та реакції на неї. Хорні розділяла поняття «страх» і «тривога», вважаючи тривогу адекватною реакцією на уявну небезпеку, причому її рівень залежить від значущості ситуації, що її викликає.

Сучасні дослідження розглядають тривогу в кількох аспектах: як властивість особистості реагувати на стрес (особистісна або базова тривога) та як стан, викликаний певними чинниками, який впливає на нервово-психічну діяльність (вторинна тривога). У нормі тривога є природною реакцією на небезпеку або неприємну ситуацію, що дозволяє мобілізувати ресурси, активізувати захисні механізми та впоратися з загрозою. У такому випадку вона виконує стимулюючу та адаптивну функцію. Однак, коли реакція на небезпеку стає неадекватною, виникає невротична тривога, яка спричиняє неадекватні реакції організму і впливає на всі сфери життя. Постійне очікування негативних подій і напруга з часом перетворюються з ситуативного стану на постійний, що може призвести до тривожних розладів.

1.1.2. Особливості прояву тривожних розладів

Тривожні розлади є серйозною проблемою для психічного здоров’я, яка впливає на якість життя людини, її соціальну адаптацію та загальний добробут. Вони характеризуються стійкою тривогою, яка не пов’язана з конкретними зовнішніми обставинами або є неадекватною за своєю інтенсивністю. Основні типи тривожних розладів, такі як генералізований тривожний розлад, панічний розлад, соціальний тривожний розлад та фобічний розлад, мають свої специфічні прояви, але часто перетинаються між собою або поєднуються з іншими психічними порушеннями, наприклад, депресією.

Основні типи тривожних розладів:

1. Генералізований тривожний розлад (ГТР)

- Характеризується постійною, надмірною тривогою, яка виникає з будь-якого приводу і не пов’язана з конкретними подіями.
- Симптоми включають напруження, занепокоєння, порушення сну, втому, роздратованість та труднощі з концентрацією.
- Тривалість симптомів становить понад 6 місяців.

2. Панічний розлад:

- Основна ознака – панічні атаки, які виникають раптово і досягають піку протягом кількох хвилин.

- Панічні атаки супроводжуються фізичними симптомами, такими як серцебиття, задишка, тремтіння, відчуття страху або неминучої загибелі.

- Люди часто розвивають страх перед новими атаками, що призводить до уникнення певних ситуацій.

3. Соціальний тривожний розлад:

- Характеризується інтенсивним страхом перед соціальними ситуаціями, де людина може бути оцінена або засуджена.

- Люди намагаються уникати публічних виступів, спілкування з незнайомими людьми або інших соціальних взаємодій.

- Це може призводити до ізоляції та обмеження соціальної активності.

4. Фобічний розлад:

- Виникає через інтенсивний страх або відразу до певних об’єктів, ситуацій або дій.

- Страх є надмірним і не пропорційним реальній загрозі.

- Приклади включають агорафобію (страх відкритих просторів), клаустрофобію (страх замкнених просторів) тощо.

Причини виникнення тривожних розладів:

- Генетичні фактори: схильність до тривожних розладів може бути спадковою.

-Біологічні фактори: порушення роботи нейромедіаторів (наприклад, серотоніну, норадреналіну), гормональні зміни.

- Психологічні фактори: травматичний досвід, стреси, тривожність у дитинстві.

- Соціальні фактори: стресові ситуації в сім’ї, на роботі, соціальна ізоляція.

- Вживання психоактивних речовин: алкоголь, наркотики, деякі ліки можуть спровокувати або посилити тривогу.

Вплив на життя:

Тривожні розлади можуть суттєво обмежувати життєдіяльність людини, впливаючи на її працездатність, соціальні зв'язки та фізичне здоров'я. Вони часто супроводжуються соматичними симптомами, такими як головний біль, порушення травлення, серцево-судинні проблеми.

Лікування та терапія:

- Психотерапія: когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із найефективніших методів лікування тривожних розладів. Вона допомагає змінити негативні думки та поведінку, пов'язані з тривогою.
- Медикаментозна терапія: антидепресанти, анксіолітики та інші препарати можуть бути призначені для зменшення симптомів.
- Релаксаційні техніки: медитація, дихальні вправи, йога допомагають знизити рівень тривоги.
- Зміна способу життя: регулярна фізична активність, здорове харчування, відмова від алкоголю та куріння.

Важливість дослідження тривожних розладів:

Дослідження тривожних розладів допомагають краще зрозуміти їх природу, причини виникнення та механізми розвитку. Це дозволяє розробляти більш ефективні методи лікування та профілактики, що є важливим для покращення якості життя людей, які страждають від цих розладів. Якщо ви або хтось із ваших близьких стикаєтеся з тривожними розладами, важливо звернутися за професійною допомогою до психолога або психіатра. Раннє втручання та комплексний підхід до лікування можуть значно покращити стан і допомогти повернутися до повноцінного життя.

1.2. Аналіз концептуальних моделей депресивних розладів

1.2.1. Класифікатори ступеню важкості та видів депресивних розладів

Депресія визнається багатьма вченими як розлад, який характеризується зниженим настроєм, втратою інтересу до навколишнього, підвищеною втомлюваністю та зниженням мотивації. Цей стан має мультифакторну природу, що включає вплив соціальних, психологічних та біологічних чинників. Основні прояви депресії можна поділити на кілька категорій:

1. Емоційні: погіршення настрою, відчуття туги, пригніченості, дратівливості, втрата задоволення від раніше приємних аспектів життя, а також відсутність інтересу до оточення.

2. Фізіологічні: порушення сну, проблеми з травленням, відчуття соматичних захворювань, зниження лібідо та енергії.

3. Поведінкові: зменшення соціальних контактів, ізоляція від зовнішнього світу, зловживання алкоголем або наркотиками.

4. Розумові: уповільнення мислення, труднощі з концентрацією, поява негативних або самодеструктивних думок, відчуття непотрібності, зниження здатності приймати рішення.

Історично погляди на депресію зазнавали змін. Наприклад, Зигмунд Фрейд вважав, що депресія виникає через втрату важливого об’єкта та пов’язані з цим емоційні переживання. Інші представники психодинамічного підходу, такі як Отто Кернберг і Карл Абрахам, пов’язували депресію з дитячими травмами, складними взаємини з оточуючими або дезадаптивними рисами особистості.

Еріх Фромм акцентував увагу на ролі суспільства у виникненні депресії, зокрема на неможливості реалізації основних бажань людини та недостатності близьких стосунків, що може посилювати депресивний стан.

Модель "набутої безпорадності", розроблена Мартіном Селігманом та Лінною Абрамсон, пояснює депресію через схильність людини до відчуття безпорадності. Ця модель включає атрибутивний стиль, за якого людина

звинувачує себе в негативних подіях і не бере участі у позитивних. З часом до цієї моделі додається безнадійність, що призводить до "безнадійної депресії", коли людина втрачає віру в майбутнє.

Представники когнітивного підходу, такі як Аарон Бек і Джеффрі Янг, виділили так звану "депресивну тріаду": негативна оцінка себе, негативне сприйняття навколишнього світу та песимістичний погляд на майбутнє. Вони вважали, що основою для таких симптомів є втрата чогось важливого та надмірне переживання цієї втрати.

Когнітивна теорія депресії базується на моделі обробки інформації, де тривала негативна спрямованість призводить до порушень мислення, таких як вибіркове абстрагування, надмірне узагальнення та негативні самоатрибуції. Розроблено кілька моделей для пояснення когнітивних процесів при депресії:

1. Крос-секційна модель: систематичний негатив у когнітивних процесах є необхідним, але недостатнім компонентом депресії.

2. Структурна модель: негативно упереджені схеми стають домінуючими, що призводить до порушень у абстрактному мисленні, інтерпретації та пам’яті.

3. Модель "стресор-вразливість": певні схеми роблять людину більш чутливою до специфічних стресових факторів.

4. Модель реципрокної взаємодії: взаємодія з ключовими особами впливає на розвиток, загострення та рецидиви депресії.

5. Психобіологічна модель: інтегрує когнітивні, біологічні, генетичні, нейрохімічні та психологічні аспекти депресії.

6. Еволюційна модель: депресія розглядається як атавістичний механізм, який міг бути адаптивним у доісторичних умовах, але не є таким у сучасному світі.

У депресивних осіб спостерігаються відхилення в обробці інформації, зокрема в оцінці сигналів та інтерпретації зворотного зв’язку. Хоча ці порушення не призводять до фізичної смерті (за винятком самогубства), вони значно знижують якість життя та спричиняють великі страждання.

Перш ніж розглядати конкретні когнітивні моделі депресії, важливо розрізняти описові, пояснювальні та причинно-наслідкові (етіологічні) моделі. Значна частина літератури з психології депресії часто не проводить чіткого розмежування між цими підходами, що може вводити в оману. Наприклад, опис і пояснення іноді плутають між собою, а обидва ці підходи можуть бути сприйняті як причинно-наслідковий зв'язок.

Описова модель депресії передбачає, що група афективних, когнітивних та поведінкових явищ взаємопов'язана, утворюючи синдром або розлад. Така модель підкреслює, що когнітивні процеси або їх порушення є невід'ємною частиною депресії.

Пояснювальна модель намагається впорядкувати симптоми депресії, встановлюючи певні закономірності або механізми. Наприклад, симптоми депресії можуть пояснюватися підвищеною активністю негативних когнітивних структур.

Причинна (етіологічна) модель розглядає дистантні (сприятливі) та проксимальні (прискорюючі) фактори, які сприяють виникненню депресії. До таких факторів можуть належати генетичні, онтогенетичні, гормональні, фізичні та психосоціальні детермінанти. Вони поєднуються в різних пропорціях у кожному конкретному випадку, формуючи загальний шлях, який призводить до розвитку депресії.

Згідно з **поведінковою моделлю П. Левінсона**, депресія виникає через недостатнє позитивне підкріплення поведінки. Це може бути пов'язано з трьома основними причинами:

1. Надто мало подій, які можуть мати позитивний вплив.
2. Навколишнє середовище не забезпечує необхідного позитивного підкріплення.
3. Особа недостатньо соціально адаптована або не має навичок для отримання необхідного підкріплення.

4. Часто депресія розвивається через соціальну дезадаптацію, коли людина не може адаптуватися до нових систем цінностей.

Інтраперсональна модель розглядає депресію як наслідок недостатньо розвинених соціальних навичок. Дослідники Незу та Пері підкреслюють міжособистісну природу депресії, яка формує специфічну поведінку та пошук негативних переживань. Вони також запропонували семиетапну структуру для подолання депресії, яка передбачає послідовне вирішення проблем.

Серед інших причин депресії виділяють прагнення до нереальних цілей та неможливість їх досягти, важкі соматичні захворювання, залежності (від людей, алкоголю, азартних ігор), сильні стреси, насильство та сексуальні проблеми. Депресивний стан може виникнути, якщо реакція організму на ці чинники є недостатньою або неадекватною.

Отже, погляди на депресію та її виникнення різняться, як і прояви цього стану у різних людей. Розглянуті моделі лягли в основу різних терапевтичних підходів, які враховують особливості особистості, схильність до депресії та причини її розвитку. Різноманітність цих підходів підкреслює актуальність проблеми депресії, яка залишається поширеним явищем у суспільстві.

Депресія – це психічний розлад, який характеризується стійким зниженням настрою, негативним ставленням до себе, оточення, минулого та майбутнього. Вона належить до групи стійких розладів настрою та може проявлятися у різних формах, таких як депресивний епізод, стійкий депресивний розлад, післяпологова депресія, атипова депресія, меланхолійна депресія тощо.

Депресивний епізод – це перший виявлений стан стійкого зниження настрою, який часто є реакцією на стресовий фактор. Для діагностики депресивного епізоду використовуються певні критерії: якщо протягом двох тижнів у людини спостерігаються п’ять або більше симптомів, серед яких обов’язково є пригнічений настрій або втрата інтересу до діяльності. До цих симптомів належать:

- Пригнічений настрій протягом більшої частини дня;
- Зниження інтересу або задоволення від більшості видів діяльності;
- Значна зміна ваги (втрата або збільшення більше ніж на 5%);
- Безсоння або надмірна сонливість;
- Психомоторне збудження або загальмованість;
- Відчуття втоми або втрати енергії;
- Почуття нікчемності або надмірної вини;
- Зниження здатності думати або зосереджуватися;
- Повторювані думки про смерть або суїцид.

Ці симптоми повинні викликати порушення у соціальній, професійній чи іншій важливій сфері життя. Залежно від тяжкості симптомів, депресивний епізод може бути легким, помірним або важким (з психотичними симптомами або без них). Депресивний епізод може бути як одноразовим, так і частиною інших розладів, таких як великий депресивний розлад, рекурентний депресивний розлад або біполярний афективний розлад.

Стійкий депресивний розлад – це стан, при якому симптоми депресії зберігаються протягом двох або більше років. Симптоми можуть бути менш вираженими, ніж при депресивному епізоді, але вони стійкі та тривалі. Люди з таким розладом часто є похмурими, песимістичними, пасивними та схильними до тривожних розладів або розладів особистості.

Післяпологова депресія виникає у жінок протягом перших чотирьох тижнів після пологів. Вона характеризується тими ж симптомами, що й інші форми депресії, але пов’язана з гормональними та психологічними змінами після народження дитини.

Атипова депресія відрізняється тим, що стан людини може покращуватися у відповідь на позитивні події. Для неї також характерні такі симптоми, як збільшення ваги чи апетиту, надмірна сонливість, відчуття важкості в кінцівках («свинцевий параліч») та підвищена чутливість до критики.

Меланхолійна депресія має біологічне походження і характеризується повною втратою задоволення від будь-якої діяльності (ангедонія). Для неї також характерні ранкове погіршення настрою, раннє пробудження, психомоторна загальмованість або збудження, значна втрата ваги та відчуття надмірної вини.

Для діагностики депресії використовуються різні методи, включаючи діагностичні інтерв'ю, шкали самооцінки та клінічні шкали. Серед найвідоміших інструментів – «Шкала Гамільтона» для оцінки тяжкості депресії, «Опитувальник депресії Бека» для визначення ступеня вираженості симптомів та «Шкала Зунге» для самодіагностики. Ці інструменти допомагають не лише виявити депресію, але й оцінити її тяжкість та ефективність лікування.

Депресія може проявлятися у різних формах – від легких субдепресивних станів до важких депресивних епізодів. Вона може бути як самостійним розладом, так і частиною інших психічних захворювань. Використання діагностичних шкал та опитувальників дозволяє точно класифікувати депресивні стани та підбирати відповідну терапію.

1.2.2. Особливості прояву депресивних розладів

Тривожно-депресивний розлад є одним із найпоширеніших психічних захворювань у сучасному суспільстві. Його особливість полягає в тому, що він поєднує симптоми тривоги та депресії, при цьому жоден із них не є домінуючим настільки, щоб виділити його як основний. Цей розлад може виникати у людей будь-якого віку та статі, приносячи однаково серйозні негативні наслідки для всіх.

Причини виникнення тривожно-депресивного розладу дуже різноманітні. Найчастіше його розвиток спричиняють стресові або психотравмуючі ситуації, які можуть бути як одноразовими, так і тривалими (хронічний стрес). Важливим фактором є також спадкова схильність, якщо в сімейному анамнезі є

випадки цього розладу. Інші причини включають сильну фізичну або психічну втому, яка знижує здатність організму адаптуватися, наявність важких соматичних захворювань, вживання ліків, алкоголю або психоактивних речовин, а також соціальний тиск. До додаткових факторів належать вік, гормональні зміни, рівень інтелекту тощо.

Симптоми тривожно-депресивного розладу проявляються як у психічній, так і у фізичній сферах. З боку психіки спостерігаються зниження настрою, нестабільність емоційного стану, тривога, занепокоєння, погіршення сну, швидка втомлюваність, очікування негативних подій, почуття провини, думки про смерть, зниження розумової активності та мотивації. Фізичні прояви включають задишку, проблеми з травленням, тремтіння, підвищену пітливість, прискорене серцебиття тощо.

На початкових етапах люди часто ігнорують симптоми, оскільки вони можуть бути слабко вираженими. Однак з часом стан погіршується, і контроль над емоціями стає складнішим. Перші ознаки розладу зазвичай включають знижений настрій і безпричинну тривогу.

Стадії розвитку тривожно-депресивного розладу:

1. Перша стадія: з’являється підвищена чутливість, роздратованість, втома, тривога та проблеми зі сном.
2. Друга стадія: посилюються соматичні симптоми, такі як болі в м’язах, серцебиття, запаморочення, зниження лібідо, а також зростає тривожність.
3. Третя стадія: всі попередні симптоми посилюються, з’являється апатія, а знижений настрій і тривога стають основним фоном життя.

Тривожно-депресивний розлад не лише погіршує перебіг інших захворювань, але й може призводити до розвитку нових розладів, наприклад, панічних атак. У важких випадках, за відсутності лікування, він може стати причиною суїцидальних думок або дій.

Перебіг розладу може варіюватися залежно від індивідуальних особливостей пацієнта, ступеня вираженості симптомів та зовнішніх факторів. Характерологічні риси людини та інтенсивність впливу навколишнього середовища також відіграють важливу роль у проявах цього стану.

1.3. Експлікація психологічного профілю особистості при шлунково-кишкових захворюваннях

Основні функції шлунково-кишкового тракту (ШКТ) — це поглинання поживних речовин і виділення неперетравлених залишків. Ці функції тісно пов’язані з емоційним станом людини, її стосунками з оточуючими та зовнішніми умовами життя. Психічний стан людини впливає на фізіологічні процеси, такі як моторна активність, вегетативні реакції, гуморальна регуляція та центральна нервова система. Емоції, такі як агресія, тривога, страх чи депресія, можуть пригнічувати функції ШКТ, порушувати моторику і призводити до функціональних, а згодом і органічних змін, таких як гастрит або виразки.

Наприклад, у стані стресу, пригніченості чи страху людина може надмірно споживати їжу, щоб «заспокоїти нерви». Однак їжа потрапляє в спазмований стравохід, шлунок чи кишечник, що може викликати розлади травлення. Емоційні стани також впливають на процес випорожнення. Затримка випорожнення може асоціюватися з почуттям контролю, тоді як емоційна діарея часто пов’язана зі страхом чи напругою.

Психосоматичні розлади ШКТ часто маскують глибші емоційні проблеми. Наприклад, страх чи невпевненість можуть витіснятися через фізичні симптоми, такі як біль у шлунку чи порушення травлення. Лікування органічних симптомів (наприклад, виразки) може призводити до появи психічних симптомів, таких як депресія чи тривога.

У типології виразкових хворих виділяють кілька типів особистостей:

1. Психічно «здоровий» виразковий хворий. Люди зі стабільним «Я» і гарними стосунками, які під впливом стресу чи регресії розвивають виразку як єдину психосоматичну реакцію.

2. Виразковий хворий з неврозом характеру. Особистості з обсесивно-депресивними рисами, які часто переживають оральні конфлікти (наприклад, потребу у контролі чи агресивну напругу). Хвороба загострюється під впливом стресу чи емоційних втрат.

3. Соціопатичний виразковий хворий. Пасивно-залежні люди зі слабким «Я», які схильні до проявів агресії чи параноїдальних реакцій. Їхні розлади ШКТ часто пов’язані з емоційними потребами та відчуттям відкинутості.

4. Психосоматичний виразковий хворий. Люди з обмеженою емоційною сферою, які сприймають оточуючих лише через призму власних потреб. У разі стресу чи втрати вони схильні до психосоматичних реакцій, включаючи виразку.

5. «Нормопатичний» виразковий хворий. Люди, які надмірно орієнтовані на соціальні норми та адаптацію, часто ігнорують власні емоційні та фізичні потреби. Хронічний стрес призводить до швидкого розвитку виразкової хвороби.

Також розрізняють пасивний і гіперактивний типи виразкових хворих, які відрізняються способами реагування на стресові ситуації. Усі ці типи демонструють тісний зв’язок між психічним станом і фізичним здоров’ям, що підкреслює важливість комплексного підходу до лікування.

Розрізняють два основні типи особистості, пов’язані з виразковою хворобою: пасивний і гіперактивний. Пасивний тип схильний до субдепресивного настрою і відкрито виражає свої потреби в залежності, що робить його маніфестно-залежним. Виразковий стан виникає, коли несвідомі чи свідомі бажання залежності стикаються з відмовою (за Фрейбергером). Такі люди не роблять кроків до самостійності, насолоджуючись перевагами залежності та уникаючи ризиків. Їхня життєва стратегія полягає в прагненні до

захисту. Цей тип часто формується в сім’ях, де домінує надмірно турботлива мати, що заважає дитині «перервати психологічну пуповину» і стати незалежною. В результаті людина залишається сильно прив’язаною до материнської фігури, прагнучи захисту та підтримки.

Гіперактивний тип, навпаки, відкидає свої бажання залежності, які походять з оральної сфери переживань, що призводить до внутрішньої фрустрації. Такі люди позбавлені спокою, агресивно прагнуть до незалежності і постійно намагаються довести свою силу. Вони активно шукають успіху, але часто зазнають невдач, оскільки їхні прагнення зосереджені на визнанні та престижі. Невпевненість у собі поєднується з надмірною активністю, що робить їх неспроможними забезпечити собі почуття захищеності іншим способом, окрім досягнення успіху.

Ф. Александер припускав, що хронічна фрустрація, пов’язана з потребою в залежності, формує несвідомий конфлікт, який викликає інтенсивну орально-рецептивну потребу в турботі. Це призводить до хронічного регресивного голоду або гніву, що проявляється фізіологічно через вагусну гіперактивність, гіперсекрецію шлункового соку і, як наслідок, розвиток виразки.

Більшість дослідників виділяють внутрішній конфлікт типу «віддати–взяти» у хворих на виразкову хворобу. Це боротьба між двома протилежними прагненнями: залежністю та страхом відкрито її виразити. Пасивний тип насолоджується залежністю і уникає незалежності, тоді як гіперактивний тип свідомо відкидає бажання залежності, намагаючись бути лідером і досягти успіху, але залишається невпевненим у собі.

Деякі вчені (наприклад, Zander) вважають, що початковим чинником, який запускає ці механізми, є заздрість. Їжа стає першим джерелом задоволення рецептивно-збиральних бажань. У дитинстві бажання бути коханим і нагодованим тісно пов’язані, але в дорослому віці потреба в допомозі часто викликає сором, оскільки сучасне суспільство цінує незалежність. Це

призводить до регресивного задоволення через підвищений потяг до їжі, що стимулює секрецію шлункового соку і може сприяти розвитку виразки.

Також, слід зауважити, що хворі на виразкову хворобу відрізняються педантичністю та в’язкістю афекту, схильністю до іпохондрії та пригніченого настрою.

Синдром «подразненої кишки». В останні роки синдром подразненої товстої кишки (СПТК) став кваліфікуватися, як складний психосоматичний комплекс. СПТК проявляється порушенням моторної функції товстої кишки і абдомінальними болями, що з'являються на тлі позивів на дефекацію і зникають після неї. Серед психічних порушень, які супроводжують СПТК, найбільш характерними є невротичні стани у вигляді нав'язливих страхів (страх нетримання газів і позиву на дефекацію в громадських місцях) і невротичної депресії, а також іпохондричних розладів, що протікають з вираженими алгічними і вегетативними порушеннями (слабкість, підвищена стомлюваність, роздратованість, запаморочення, головний біль, тремор, болі в області спини, порушення сну).

Особливістю СПТК є надмірна фіксація пацієнтів на «патологічних процесах» в шлунково-кишковому тракті. Іпохондричний розвиток по типу надцінної іпохондрії, що виявляється наполегливим прагненням до численних обстежень і лікування в поєднанні з недовірою до лікарів, сприяє обмеженню поведінки хворих і викликає їх дезадаптацію.

Неспецифічний виразковий коліт. У преморбіді осіб, які страждають неспецифічним виразковим колітом (НВК), описуються м'якість з вираженим «почуттям неповноцінності» у життєвих ситуаціях, що вимагають рішучих дій (Александер). При дослідженні хворих на НВК найчастіше виявлялись дратівливість, тривога, зниження активної уваги. Найбільш характерною формою психічних порушень при НВК є психічна астенія.

У важких випадках спостерігається виражена апатична депресія, що вважається соматогенною, але реактивні моменти відіграють значну роль.

Вираженість депресії корелює з вираженістю клініки коліту. Больові відчуття, кровотечі, фізичне виснаження сприяють фіксації хворих на своєму самопочутті, посилюючи тривогу, млявість, тьмяність, почуття безнадії. E. Hornsby у дорослих хворих на НВК відзначає наявність «обсесивно-компульсивного характеру з настороженої афективністю і прикритим інфантилізмом». Діти, які страждають на НВК – «маленькі дорослі», що мають домінуючу і емоційно холодну мати.

Захворювання печінки і жовчних шляхів, як правило, супроводжуються астенічною симптоматикою, яка може бути першим проявом хвороби. Виражена фізична слабкість, млявість, розбитість вже з самого ранку. Також, часто зустрічаються характерні розлади сну: сонливість вдень і безсоння вночі. Виразність астенічних проявів, зниження працездатності приводять до фіксації уваги на своєму самопочутті, зниженню настрою. Найчастіше відзначається дистимічний тип афективних порушень з постійним невдоволенням, бурчанням, іноді бурхливими проявами гніву.

У зв'язку з тривалим перебігом захворювання і пов'язаними з ним обмеженнями, нерідко у хворих з'являються психопатоподібні розлади по істерико-збудливому типу. Хворі надмірно вразливі, примхливі, вимагають до себе підвищеної уваги, схильні до експлозивних реакцій.

При наростанні циротичних змін з порушенням функції печінки і у зв'язку з хронічною інтоксикацією провідними в клініці психічних розладів стають прояви психоорганічного синдрому. У хворих часто з'являється байдужість до свого здоров'я, зневажливе ставлення до режиму і проведеного лікування, що переростає іноді у благодушність. Такий тип реагування на хворобу (гіпонозогностичний) особливо характерний для хворих з алкогольним цирозом печінки, у яких є також алкогольні зміни особистості.

Що стосується психологічної картини особистості у рамках хірургічної патології, слід відмітити, що при терапевтичній патології патогенним для психічної діяльності стає стан тривалого хронічного захворювання, а зміна

системи відносин особистості відбувається поступово. У рамках хірургічної патології провідним є психологічний операційний стрес (передопераційний та післяопераційний). Основними проявами операційного стресу виступає частіше інших — тривога.

Слід зазначити, що пацієнти з виразковою хворобою часто відрізняються педантичністю, в'язкістю емоцій, схильністю до іпохондрії та пригніченого настрою.

Синдром подразненої кишки (СПТК) останнім часом розглядається як складний психосоматичний комплекс. Він проявляється порушенням моторної функції товстої кишки та болем у животі, який виникає під час позивів до дефекації і зникає після неї. Серед психічних порушень, що супроводжують СПТК, найчастіше зустрічаються невротичні стани, такі як нав'язливі страхи (наприклад, страх нетримання газів або дефекації в громадських місцях), невротична депресія та іпохондричні розлади. Останні часто супроводжуються болем, вегетативними порушеннями (слабкість, стомлюваність, роздратованість, запаморочення, головний біль, тремор, болі в спині, порушення сну).

Пацієнти з СПТК часто надмірно фіксуються на стані свого шлунково-кишкового тракту, що призводить до постійного бажання проходити численні обстеження та лікування, часто поєднаного з недовірою до лікарів. Це обмежує їхню поведінку та сприяє соціальній дезадаптації.

Неспецифічний виразковий коліт (НВК) часто розвивається у людей, які відрізняються м'якістю характеру та відчуттям неповноцінності в ситуаціях, що вимагають рішучих дій. У таких пацієнтів часто спостерігаються дратівливість, тривога та зниження уваги. Найхарактернішою формою психічних порушень при НВК є психічна астенія. У важких випадках може розвинутися апатична депресія, яка хоча і вважається соматогенною, але має значний реактивний компонент. Вираженість депресії корелює з тяжкістю клінічних проявів коліту.

Біль, кровотечі та фізичне виснаження посилюють фіксацію пацієнтів на своєму стані, що призводить до підвищення тривожності, млявості, почуття безнадії. У дорослих хворих на НВК часто виявляються обсесивно-компульсивні риси характеру з емоційною настороженістю та прихованим інфантилізмом. Діти з НВК часто поводяться як «маленькі дорослі», особливо якщо мають домінантну та емоційно холодну матір.

Захворювання печінки та жовчних шляхів часто супроводжуються астенічними симптомами, які можуть бути першими проявами хвороби. Пацієнти відчувають фізичну слабкість, млявість і розбитість з ранку, а також порушення сну (сонливість вдень та безсоння вночі). Ці симптоми призводять до фіксації на своєму самопочутті та зниженню настрою. Найчастіше спостерігається дистимічний тип афективних порушень, який характеризується постійним невдоволенням, бурчанням та іноді спалахами гніву.

У зв’язку з тривалим перебігом хвороби у пацієнтів можуть розвиватися психопатоподібні розлади за істерико-збудливим типом: вони стають надмірно вразливими, вибагливими, вимагають підвищеної уваги та схильні до експлозивних реакцій.

При прогресуванні цирозу печінки та порушенні її функцій через хронічну інтоксикацію у пацієнтів часто розвивається психоорганічний синдром. Вони стають байдужими до свого здоров’я, нехтують режимом та лікуванням, іноді навіть демонструють благодушність. Такий тип реакції на хворобу (гіпонозогностичний) особливо характерний для пацієнтів з алкогольним цирозом печінки, у яких також спостерігаються зміни особистості, пов’язані з алкоголізмом.

Щодо психологічної картини особистості при хірургічній патології, слід зазначити, що на відміну від терапевтичної патології, де основним чинником є тривалий хронічний стан, при хірургічних захворюваннях ключовим фактором стає операційний стрес (передопераційний та післяопераційний). Найчастішим проявом цього стресу є тривога.

РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ КОНЬЮКТУРНИХ ЗМІН НА ІНДУКУВАННЯ ДИСФУНКЦІЙНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У СОМАТИЧНО ХВОРИХ ОСІБ – ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ

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

Метою емпіричної частини нашого дослідження було теоретичному обґрунтуванні й емпірично-діагностичній експлікації дисфункційних емоційних станів, а саме тривожних та депресивних проявів, які індукуються коньюктурними змінами (госпіталізацією та хірургічним втручанням) у соматично хворих осіб – госпіталізованих пацієнтів з гострим панкреатитом, які перебувають на лікуванні та пацієнтів, що проходять реабілітацію після операційного втручання.

Досягнення мети стало можливим шляхом перевірки провідної гіпотези про те, що коньюктурні зміни (госпіталізація та хірургічне втручання) індукують дисфункційні емоційні стани підвищуючи рівень тривоги та депресивних або субдепресивних станів у соматично хворих осіб – госпіталізованих пацієнтів; також, припускаємо, що у госпіталізованих жінок рівень тривоги може бути вищим (або середнім з тенденцією до високого) ніж у госпіталізованих чоловіків у яких може проявлятися середній рівень тривоги з тенденцією до низького або низькій); також, припускаємо, що у госпіталізованих жінок може бути актуалізований субдепресивний або депресивний стани, а у госпіталізованих чоловіків, може проявлятися легкий депресивний стан ситуативного або невротичного ґенезу; панічний розлад (ПР) – може бути діагностований і у соматично хворих чоловіків і у соматично хворих жінок, інші розлади, по типу – генералізованого тривожного та сепараційного тривожного – більше буде притаманний жінкам, ніж чоловікам.

Емпіричне дослідження здійснювалось складалося з декількох етапів.

На першому етапі дипломного дослідження відбулося виокремлення проблеми, вивчення теоретичних напрацювань з окремих теоретично-прикладний дискурсів з теми нашого дослідження, ознайомлення з етіопатогенезом тривожно-депресивних розладів у соматично хворих осіб.

Другим етапом дипломної роботи було проведення емпіричного дослідження, основою для якого стала сукупна вибірка в 47 осіб соматично хворих чоловіків та жінок середнього віку (від 35 до 55 років) — госпіталізованих пацієнтів з гострим панкреатитом, які перебувають на лікуванні та пацієнтів, що проходять реабілітацію після операційного втручання. Сукупна вибірка була диференційована за критерієм коньюктурних змін на дві субвибірки – пацієнти, які були госпіталізовані та перебувають на лікуванні з гострим панкреатитом – 25 осіб (13 чоловіків, 12 жінок) та пацієнти, які проходять реабілітацію післяопераційного втручання – 22 особи (10 чоловіків та 12 жінок).

В процесі емпіричного дослідження був застосований наступний психодіагностичний пакет – «Скринінг емоційних розладів, пов'язаних із тривогою (SCARED-S); «Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга»; «Методика вимірювання рівня тривожності Тейлора».

Методика диференційної діагностики депресивних станів В. Зунга розроблялася на базі психологічних проявів, психодіагностичних критеріїв депресивних станів та емпірично доведених і клінічно обгрунтованих питань щодо опитування пацієнтів з депресивними та субдепресивними розладами.

Опитувальник розроблений для диференційної психодіагностики депресивних станів і субдепресивних станів, близьких до депресії, також, вимірювався ступінь вираженості заниженого настрою - субдепресії, для скринінгової діагностики серед репрезентативної вибірки досліджуваних і, з метою попередньої, долікарської діагностики. При інтерпретації результатів оцінка відбувається за семи факторами, які містять групи симптомів, що відображають почуття спустошеності, розлад настрою, загальну соматичну та

специфічну соматичну симптоматику, симптоматику психомоторних порушень, суїцидальні думки та дратівливість або нерішучість.

Методика містить 20 тверджень, в якихпотрібнооцінити те, як людина себе почуваєза чотирибальною шкалою (1 – «ніколи», 2 – «іноді», 3 – «часто», 4 – «постійно»). Сирібали, набрані респондентом за “прямими” і “зворотними” відповідями, підсумовуються, і отримана таким чином “сира” оцінка переводиться в шкальну за формулою. Весь обсягшкальнихоцінокподіляється на чотиридіапазони: діапазон 1 – нижче 50 балів – особи, які не мають в момент дослідженнязниженого настрою, діапазон 2 – від 51 до 59 балів – незначне, але чітковираженезниження настрою, діапазон 3 – від 60 до 69 балів – значнезниження настрою, діапазон 4 – вище 70 балів – глибокезниження настрою (субдепресіяабодепресія).

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

На третьому етапі дипломного дослідження було проаналізовано емпіричні дані та резюмовані апостеріорні результати видів і рівнів вираженості тривожних та депресивних станів у досліджуваних респондентів – у соматично хворих осіб – чоловіків та жінок – госпіталізованих пацієнтів, які перебувають на лікуванні та пацієнтів, що проходять реабілітацію післяопераційного втручання.

2.2. Результати апостеріорного діагностичного дослідження особливостей прояву коньюктурних змін (госпіталізація, хірургічне втручання) на індукування дисфункційних емоційних станів у соматично хворих пацієнтів (чоловіків і жінок)

2.2.1. Індикація прояву рівня тривоги серед соматично хворих осіб – госпіталізованих пацієнтів, що проходять лікування гострого панкреатиту та реабілітантів післяопераційного втручання

У цьому підрозділі представлено інтерпретацію результатів діагностичного дослідження, спрямованого на визначення рівнів тривоги серед респондентів – соматично хворих пацієнтів. Дослідження охопило дві групи: пацієнтів, які госпіталізовані для лікування гострого панкреатиту (25 осіб: 13 чоловіків та 12 жінок), та пацієнтів, які проходять реабілітацію після операційного втручання (22 особи: 10 чоловіків та 12 жінок).

Для оцінки рівнів тривоги у загальній вибірці соматично хворих осіб використовувалася «Методика вимірювання рівня тривоги Тейлора». Під час аналізу даних серед пацієнтів, які лікуються від гострого панкреатиту, було виявлено суттєві відмінності у рівнях тривоги за критерієм статі, що відображено на рис. 2.1.

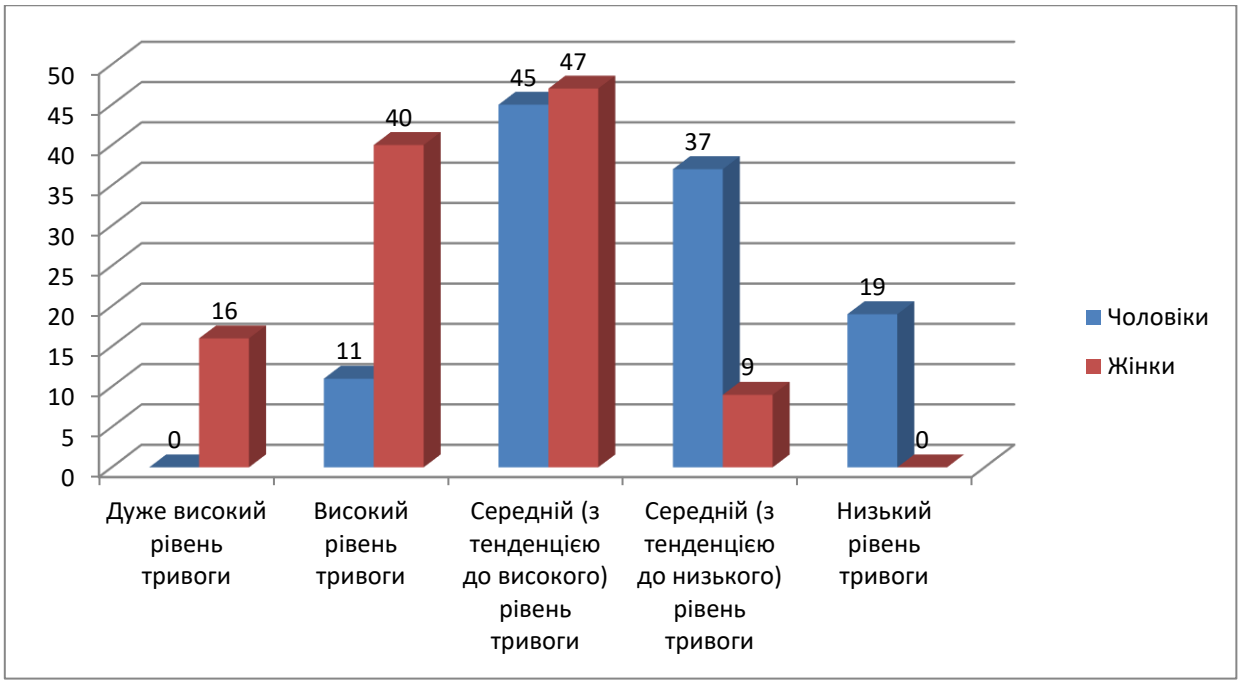


Рис. 2.1. Прояв рівня тривоги у соматично хворих пацієнтів (чоловіків та жінок), які проходять лікування з приводу гострого панкреатиту (у%)

За результатами дослідження спостерігаються значні відмінності у рівнях тривоги між чоловіками та жінками. Серед жінок найвищі показники за параметром «середнього рівня тривоги з тенденцією до високого» складають 47%, тоді як у чоловіків цей показник дещо нижчий – 45%. Високий рівень тривоги виявлено у 40% жінок, які перебувають на лікуванні, тоді як серед чоловіків цей параметр діагностований лише у 11% респондентів.

Однак, серед чоловіків спостерігаються високі показники за параметром «середнього рівня тривоги з тенденцією до низького» – 37%, на відміну від жінок, у яких цей параметр виявлений лише у 9%. Крім того, низький рівень тривоги діагностований у 19% чоловіків, тоді як у жінок він відсутній. Навпаки, параметр «дуже високий рівень тривоги» виявлений лише у жінок (16%) і не спостерігається у чоловіків.

Таким чином, результати дослідження показують чітку диференціацію за статтю: у половини жінок (53%) виявлено високий або дуже високий рівень тривоги, тоді як серед чоловіків лише 11% мають високий рівень тривоги.

Натомість, низький рівень тривоги або середній з тенденцією до низького характерний для половини чоловіків, що беруть участь у дослідженні.

Інформативні параметри розподілу відсоткових даних, що відображають рівні тривоги серед субвибірки пацієнтів-реабілітантів після операційного втручання, розподілені за критерієм статі, представлені на рис. 2.2.

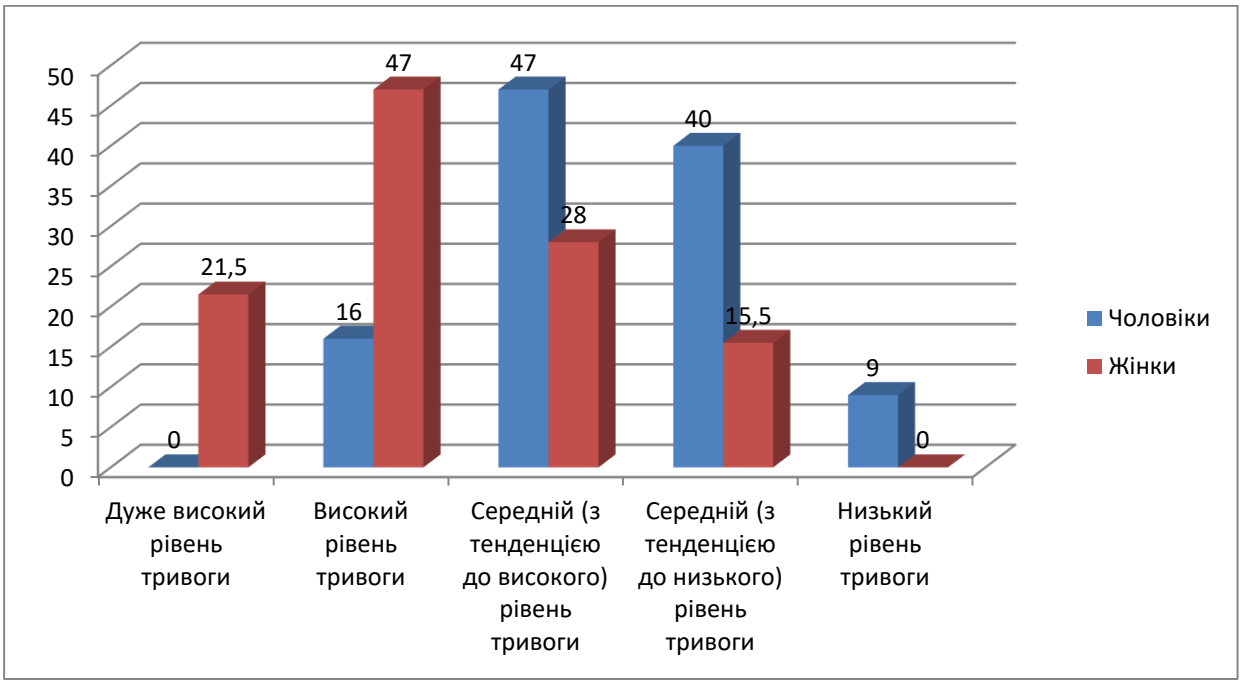


Рис. 2.2. Прояв рівня тривоги у соматично хворих пацієнтів-реабілітантів – чоловіків та жінок, після операційного втручання (у%)

Результати дослідження показують суттєві відмінності у рівнях тривоги між чоловіками та жінками серед пацієнтів після операційного втручання. Високий рівень тривоги діагностовано у 47% жінок, тоді як у чоловіків цей показник значно нижчий – лише 16%. Дуже високий рівень тривоги виявлено виключно у жінок (21,5%), тоді як у чоловіків цей рівень не зафіксовано. Середній рівень тривоги з тенденцією до високого спостерігається у 47% чоловіків, а у жінок – у 28%. Середній рівень тривоги з тенденцією до низького частіше виявляється у чоловіків (40%), ніж у жінок (15,5%). Низький рівень тривоги діагностовано лише у чоловіків (9%), тоді як у жінок він відсутній.

Загалом, у 65% жінок виявлено високий або дуже високий рівень тривоги, що значно перевищує показники чоловіків (16%). Натомість, низький або середній рівень тривоги з тенденцією до низького частіше спостерігається у чоловіків (46%), тоді як у жінок ці показники становлять лише 15,5%.

Таким чином, дослідження підтверджує виражені гендерні відмінності у рівнях тривоги серед пацієнтів після операційного втручання.

Порівняльна експлікація рівнів тривоги серед респондентів двох груп (пацієнти з гострим панкреатитом, які проходили лікування, та пацієнти після операційного втручання) за критерієм кон'юнктурних змін та статі представлено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Порівняльна експлікація рівнів тривоги серед респондентів двох груп (пацієнти з гострим панкреатитом, які проходили лікування, та пацієнти після операційного втручання) за критерієм кон'юнктурних змін та статі (у %)

Рівні тривоги	**Пацієнти з гострим панкреатитом, які проходили лікування**		**Пацієнти після операційного втручання**	
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки
Дуже високий	–	19	–	21,5
Високий	11	40	16	47
Середній з тенденцією до високого	45	47	47	28
Середній з тенденцією до низького	37	9	40	15,5
Низький	19	–	9	–

Результати порівняльного аналізу виявили значну різницю у рівнях тривоги між чоловіками та жінками в обох досліджуваних групах – пацієнтах, які перебувають на лікуванні, та пацієнтах, які проходять реабілітацію після операції.

Серед жінок обох груп спостерігається високий рівень тривоги: 53% жінок, які перебувають на лікуванні, та 65% жінок у післяопераційний період демонструють дуже високий або високий рівень тривожності. Навпаки, серед чоловіків переважає тенденція до низького рівня тривоги: 37% чоловіків на лікуванні та 40% у післяопераційний період мають низький рівень тривожності, а 19% чоловіків на лікуванні та 9% після операції демонструють дуже низький рівень тривоги.

Однак, незважаючи на ці відмінності, досить велика частка чоловіків у обох групах має середній рівень тривоги з тенденцією до високого: 45% чоловіків на лікуванні та 47% у післяопераційний період.

Ці відмінності можуть бути пов’язані з біологічними особливостями чоловічого та жіночого організмів, зокрема з будовою мозку. Наприклад, у жінок більш розвинене ліве мигдалеподібне тіло, тоді як у чоловіків – праве, що впливає на різницю в реакціях на негативні подразники. Крім того, розподіл сірої речовини в мозку також відрізняється: у чоловіків більший об’єм сірої речовини в парагіпокампальній корі та мигдалеподібному тілі, тоді як у жінок спостерігається більший обсяг сірої речовини у вентролатеральній та орбітофронтальній корі, а також у верхній скроневій борозні, що впливає на їх соціальне функціонування.

Важливу роль у регуляції емоційного стану відіграють гормони. Жінки, на відміну від чоловіків, мають менструально-генеративну функцію, яка пов’язана з циклічними змінами рівня гормонів. Хоча дослідження зв’язку між рівнем гормонів і настроєм дають суперечливі результати, порушення овариального циклу можуть підвищувати схильність до тривожності та депресій. Ймовірно, ключовим фактором є не загальний рівень гормонів, а їх індивідуальні коливання. Крім того, стресові умови, такі як лікування або операція, можуть викликати підвищення рівня кортизолу, що також сприяє зростанню тривожності. Окрім цього, передклімактеричний період у жінок

пов’язаний із підвищеним ризиком розвитку тривожних розладів та порушень настрою.

Таким чином, різниця в рівнях тривоги між чоловіками та жінками може бути обумовлена як біологічними, так і гормональними факторами, а також впливом стресових ситуацій, пов’язаних із лікуванням або операцією.

2.2.2. Ідентифікація тривожних розладів серед соматично хворих осіб – госпіталізованих пацієнтів, що проходять лікування гострого панкреатиту та реабілітантів післяопераційного втручання

У вашому тексті описується дослідження, спрямоване на виявлення тривожних розладів серед пацієнтів, які проходять лікування гострого панкреатиту та реабілітацію після операційного втручання. Для цього використовувався опитувальник «Скринінг емоційних розладів, пов'язаних із тривогою (SCARED-S)», який дозволив оцінити наявність таких розладів, як: Панічний розлад та виражені соматичні симптоми тривоги (ПР); Генералізований тривожний розлад (ГТР); Розлад сепараційної тривоги (РСТ); Соціальна фобія (РСФ).

Основні результати дослідження: Субвибірка пацієнтів з гострим панкреатитом. Виявлено суттєві відмінності між чоловіками та жінками за відсотковим співвідношенням неідентифікованих розладів. Це означає, що частина пацієнтів не демонструвала чітких ознак конкретних тривожних розладів, але відмінності між статями були помітними. Щодо ідентифікованих розладів (ПР, ГТР, РСТ, РСФ), відмінності між чоловіками та жінками були несуттєвими. Це свідчить про те, що частота виявлення цих розладів серед чоловіків і жінок була приблизно однаковою. Наявність суттєвих відмінностей у неідентифікованих розладах може вказувати на те, що чоловіки та жінки по-різному реагують на стресові ситуації, пов’язані з гострим панкреатитом, або мають різні способи копінг-поведінки.

Відсутність суттєвих відмінностей у ідентифікованих розладах може свідчити про те, що тривожні розлади, такі як панічний розлад, генералізована тривога, сепараційна тривога та соціальна фобія, однаково поширені серед обох статей у цій групі пацієнтів. Ці результати можуть бути корисними для розробки індивідуальних підходів до лікування та психологічної підтримки пацієнтів з гострим панкреатитом, враховуючи їхній психоемоційний стан.

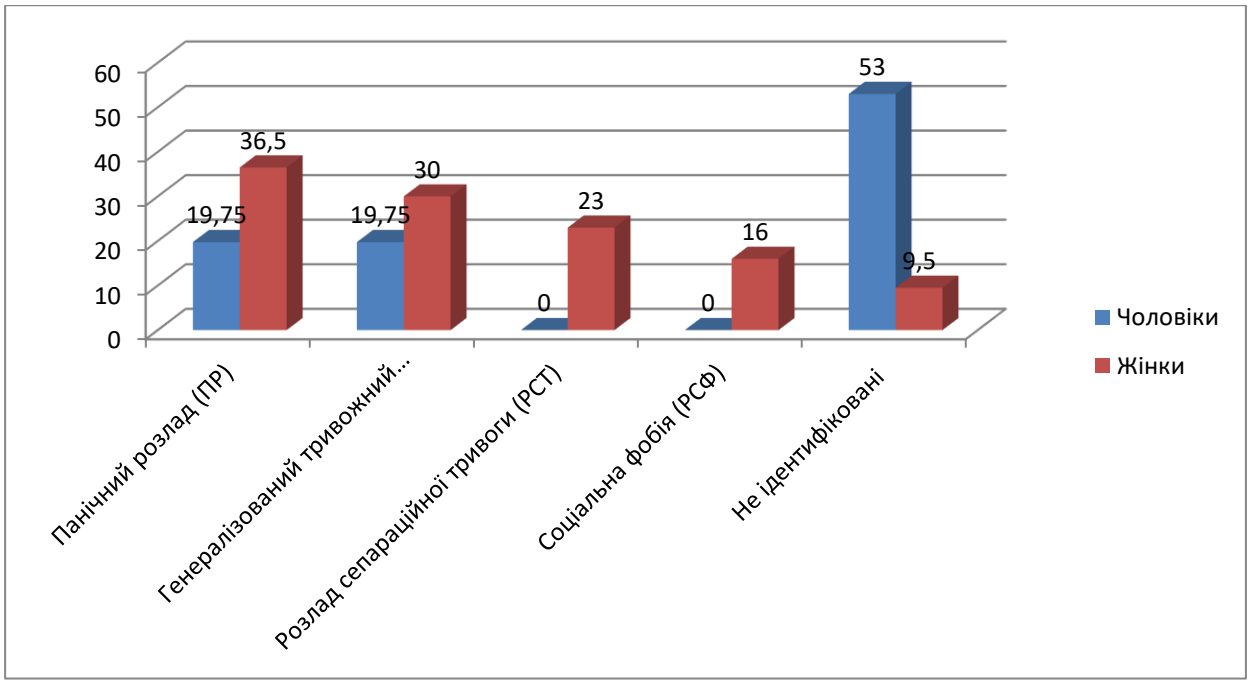


Рис. 2.3. Прояв рівнів тривожних розладів у соматично хворих пацієнтів (чоловіків та жінок), які проходять лікування з приводу гострого панкреатиту (у%)

У переважній більшості чоловіків (53%), які перебувають на лікуванні з гострим панкреатитом, не виявлено жодного з тривожних розладів. Однак у жінок цей показник суттєво відрізняється: лише у 9,5% жінок із цієї субвибірки відсутні тривожні розлади.

Панічний розлад та виражені симптоми тривоги (ПР) діагностовано як у чоловіків, так і у жінок, але їхня кількість різна: у жінок панічний розлад виявлено у 36,5% випадків, тоді як у чоловіків цей показник значно нижчий – 19,7%.

Генералізований тривожний розлад (ГТР) також діагностовано у обох статей, але з невеликою різницею: у жінок його виявлено у 30% випадків, а у чоловіків – у 19,7%.

Розлад сепараційної тривоги (РСТ) виявлено лише у 23% жінок із субвибірки, тоді як у чоловіків цей розлад не діагностовано.

Соціальна фобія (СФ) також виявлена лише у жінок – у 16% випадків, тоді як у чоловіків цей вид тривоги відсутній.

На рис. 2.4 представлено інформативні параметри розподілу відсоткових даних щодо ідентифікації тривожних розладів серед пацієнтів після операційного втручання, згрупованих за статтю. Аналіз показав, що серед опитаних чоловіків та жінок існують суттєві відмінності у відсотковому співвідношенні щодо відсутності тривожних розладів. У той же час, у випадках із діагностованими тривожними розладами відмінності між статями є несуттєвими.

Крім того, на рис. 2.4 також відображено розподіл відсоткових даних щодо ідентифікації виду тривожного розладу серед пацієнтів-реабілітантів після операційного втручання за критерієм статі. Результати дослідження свідчать, що серед чоловіків та жінок існують суттєві відмінності у відсотковому співвідношенні щодо неідентифікованих тривожних розладів, тоді як для ідентифікованих розладів ці відмінності є незначними.

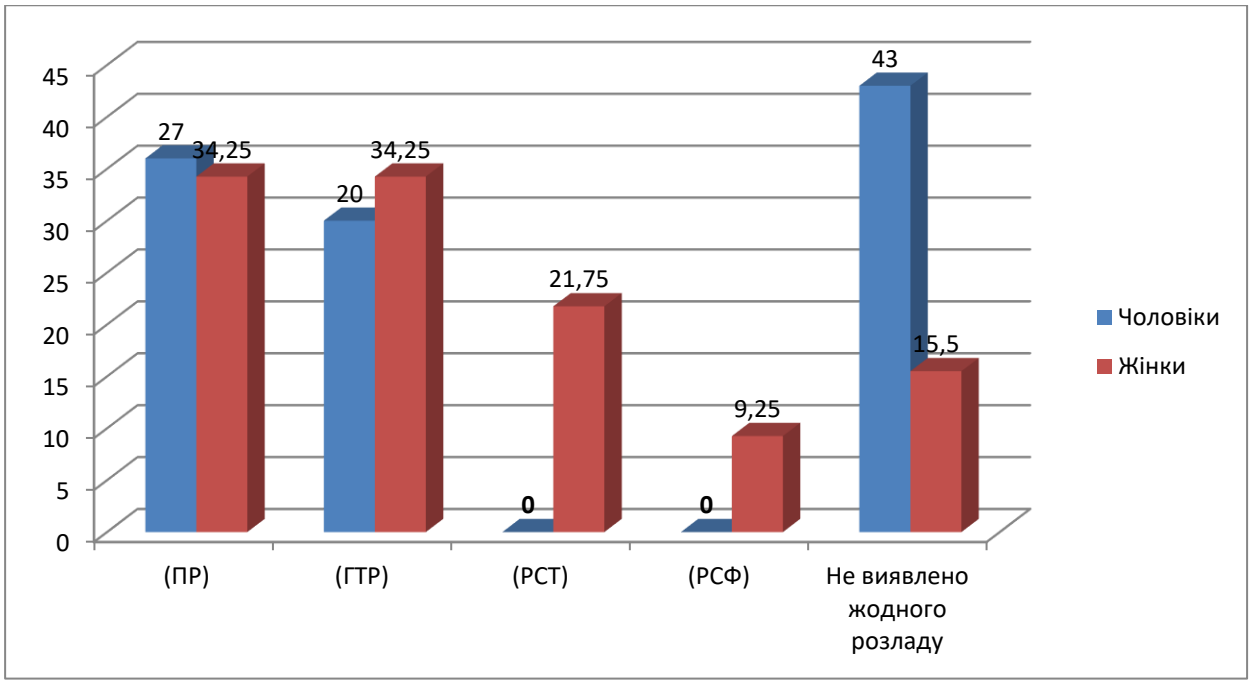


Рис. 2.4. Прояв рівнів тривожних розладів у соматично хворих пацієнтів (чоловіків та жінок) після операційного втручання (у%)

У переважній більшості респондентів після операції, як і серед попередньої субвибірки чоловіків, у 43% не виявлено жодного з тривожних розладів. Однак у жінок цей показник значно нижчий: лише у 15,5% жінок із цієї субвибірки відсутні тривожні розлади.

Досить велика кількість респондентів із цієї субвибірки має панічний розлад (ПР): 30% чоловіків та дещо більший показник у жінок – 34,25%.

Генералізований тривожний розлад (ГТР) діагностовано у 34,25% жінок, що є ідентичним показником до панічного розладу в їхній групі. У чоловіків цей показник значно нижчий – 23%.

Суттєва різниця між жінками та чоловіками виявлена у двох типах тривожних розладів. По-перше, розлад сепараційної тривоги (РСТ) діагностовано лише у жінок – 21,75% респонденток, тоді як серед чоловіків він повністю відсутній. По-друге, розлад соціальної фобії (РСФ) також виявлений лише у жінок, причому у невеликої кількості респонденток – 9,25%, тоді як у чоловіків він повністю відсутній.

Згідно з результатами дослідження, у більшості чоловіків, які перебувають на лікуванні гострого панкреатиту або реабілітації після операції, тривожні розлади не були виявлені. Лише у невеликої кількості чоловіків у обох субвибірках діагностували наявність двох тривожних розладів одночасно: панічного (ПР) та генералізованого тривожного (ГТР). У решти пацієнтів-чоловіків спостерігалися окремі види тривожних розладів, що, можливо, пов’язано з критичними ситуаціями в їхньому житті.

Натомість у жінок обох субвибірок виявлено значно більше випадків поєднання тривожних розладів. Серед них: панічний розлад (ПР) з генералізованим тривожним (ГТР), генералізований тривожний (ГТР) з розладом сепараційної тривоги (РСТ), генералізований тривожний (ГТР) з розладом соціальної фобії (РСФ) та панічним розладом (ПР), а також генералізований тривожний (ГТР) з розладом сепараційної тривоги (РСТ) та панічним розладом (ПР). Важливо відзначити, що раніше вважалося, що розлад сепараційної тривоги (РСТ) властивий лише дітям, які бояться залишитися без батьків. Однак сучасні дослідження, включаючи наше, показують, що цей розлад також зустрічається у дорослих, особливо у жінок, які побоюються розлучення з близькими людьми та надмірно переживають за їхнє благополуччя.

На наш погляд, такі результати можуть бути пов’язані з відмінностями у хімічному складі мозку та гормональними коливаннями у чоловіків і жінок. У жінок репродуктивні періоди, такі як вагітність, супроводжуються гормональними змінами, які можуть підвищувати рівень тривожності. Наприклад, підвищення рівня естрогену та прогестерону під час вагітності збільшує ризик виникнення обсесивно-компульсивного розладу (ОКР), що проявляється через нав’язливі думки та емоційні реакції. Крім того, тривожні розлади часто поєднуються, що ускладнює симптоматику та погіршує якість життя.

Окрім біологічних факторів, чоловіки та жінки по-різному сприймають та реагують на стресові ситуації. Жінки більш схильні до стресу, що підвищує ймовірність виникнення тривожних розладів. Крім того, їхні стратегії подолання стресу відрізняються: жінки частіше занурюються в роздуми та емоційно переживають стресові події, тоді як чоловіки зосереджуються на активних діях, спрямованих на вирішення проблеми. Ці відмінності також можуть впливати на прояви та розвиток тривожних розладів.

2.2.3. Апостеріорий аналіз ступеню вираженості депресивних станів серед соматично хворих осіб – госпіталізованих пацієнтів, що проходять лікування гострого панкреатиту та реабілітантів післяопераційного втручання

Дослідження депресивних та субдепресивних станів серед пацієнтів, які проходять лікування гострого панкреатиту, є важливим аспектом у розумінні психосоматичних взаємозв'язків та впливу психічного стану на перебіг та результати лікування. Гострий панкреатит — це важкий стан, який супроводжується сильним болем, інтоксикацією та часто вимагає тривалого лікування, що може призводити до розвитку психоемоційних порушень.

Основні аспекти дослідження: 1. Поширеність депресивних та субдепресивних станів (депресивні стани часто зустрічаються у пацієнтів із гострим панкреатитом через тривалий біль, обмеження у харчуванні, страх за своє здоров'я та можливість ускладнень; субдепресивні стани (легкі форми депресії) можуть бути ще більш поширеними, оскільки вони часто залишаються непоміченими медичним персоналом). 2. Гендерні відмінності: (жінки, як правило, більш схильні до розвитку депресивних станів у зв'язку з біологічними та психосоціальними факторами (наприклад, гормональні зміни, соціальні ролі); чоловіки можуть менше звертати увагу на емоційні симптоми, що призводить до недооцінки їхнього психічного стану. 3. Фактори ризику:

(тривалість та тяжкість перебігу гострого панкреатиту; наявність хронічного болю; соціальна ізоляція та відсутність підтримки з боку родини чи оточення; попередні епізоди депресії або тривожних розладів). 4. Вплив на лікування: (депресивні стани можуть погіршувати дотримання пацієнтами лікувальних рекомендацій; психічні порушення можуть уповільнювати процес одужання та збільшувати ризик ускладнень). 5. Підходи до діагностики та лікування: (використання скринінгових тестів (наприклад, шкала депресії Бека) для виявлення депресивних станів; залучення психіатрів або психологів до лікувального процесу; застосування антидепресантів або психотерапії за необхідності). 6. Профілактика: (раннє виявлення емоційних порушень; надання психологічної підтримки пацієнтам та їхнім родинам; інформування пацієнтів про можливі психічні наслідки захворювання).

Депресивні та субдепресивні стани серед пацієнтів із гострим панкреатитом є поширеними і потребують уваги з боку медичного персоналу. Гендерні відмінності впливають на прояви та частоту цих станів, що повинно враховуватися при плануванні лікування. Комплексний підхід, який включає не лише соматичну, а й психологічну допомогу, може значно покращити результати лікування та якість життя пацієнтів.

Аналіз показників ступеню прояву депресивних та субдепресивних станів за цією методикою серед субвибірки пацієнтів, які проходять лікування гострого панкреатиту, з урахуванням критерію статі представлено на рис. 2.5.

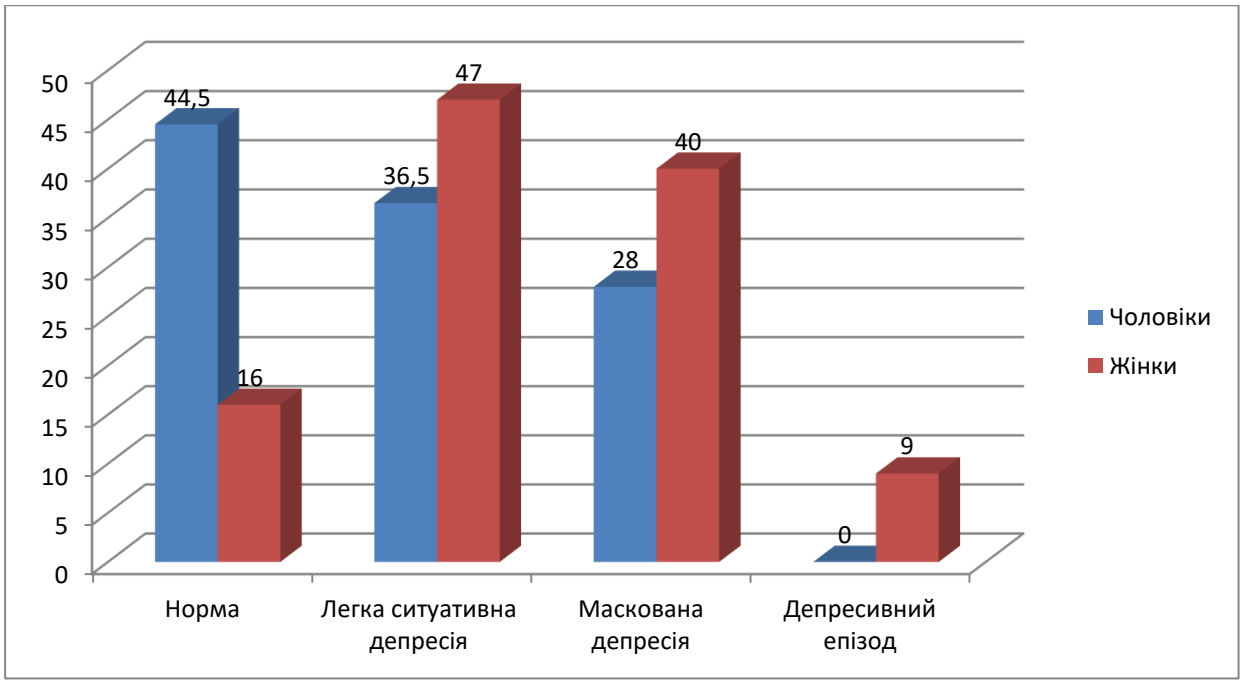


Рис. 2.5. Прояви депресивних та субдепресивних станів серед пацієнтів– чоловіків та жінок, які проходять лікування гострого панкреатиту (у%)

Результати дослідження показують, що серед пацієнток-жінок, які проходять лікування гострого панкреатиту, у 47% випадків діагностовано легку депресію ситуативного або невротичного походження. Серед пацієнтів-чоловіків цей показник є дещо нижчим – 36,5%.

Найвищі показники серед чоловіків зафіксовані за шкалою «стану без депресії» – 44,5% респондентів. У жінок цей показник значно нижчий – лише 16% пацієнток не мають ознак депресії.

Крім того, серед жінок виявлено високий рівень субдепресивного стану або маскованої депресії – 40% респонденток. У чоловіків цей стан діагностовано лише у 28% випадків.

Важкий стан депресії зареєстровано лише у жінок – у 9 % пацієнток, тоді як серед чоловіків таких випадків не виявлено.

З результатів видно, що дослідження підкреслює гендерні відмінності у проявах депресивних станів, які пов'язані як з біологічними, так і з соціокультурними факторами. Ось ключові моменти, які можна виділити:

1. Гендерні відмінності у поширеності депресії:

Жінки страждають на депресію вдвічі частіше, ніж чоловіки. Це може бути пов'язане з гормональними змінами (менструальний цикл, вагітність, пологи, клімакс), а також з більшою схильністю до тривожних розладів і хронічного перебігу депресії.

Чоловіки рідше діагностуються з депресією, що може бути пов'язане зі соціальними стереотипами, які заохочують чоловіків приховувати свої емоції. Натомість у них частіше спостерігаються замасковані форми депресії, які можуть супроводжуватися зловживанням алкоголем або іншими способами "самолікування".

2. Причини депресії у чоловіків:

Ситуативні фактори: Кризові ситуації, такі як лікування, операції або тривале перебування в стаціонарі, можуть викликати субдепресивні стани.

Соціальні стереотипи: Виховання, яке заохочує чоловіків приховувати емоції, призводить до того, що депресія часто залишається нерозпізнаною або проявляється через фізичні симптоми або поведінкові зміни.

3.Причини депресії у жінок:

Біологічні фактори: Гормональні зміни, пов'язані з репродуктивним циклом, є важливими тригерами депресії.

Емоційна чутливість: Жінки частіше зосереджуються на власних переживаннях і сильніше реагують на стресогенні фактори, що сприяє розвитку тривожно-депресивних розладів.

Атипові форми депресії: У жінок частіше спостерігаються атипові форми депресії, такі як соматизована або тривожна депресія, які можуть супроводжуватися хронічним болем або постійною тривогою.

4. Клінічні прояви:

У чоловіків депресія часто має замаскований характер і може проявлятися через агресивність, зловживання психоактивними речовинами або соціальну ізоляцію.

У жінок депресія частіше супроводжується тривогою, постійними переживаннями за близьких, страхом невдач, порушенням сну та швидкою стомлюваністю.

5. Тривожно-депресивні розлади:

У жінок переважає тривога, яка може проявлятися як відчуття неминучої біди або катастрофи без чітко визначеної причини.

У чоловіків тривожні розлади менш виражені, але можуть супроводжуватися фізичними симптомами, такими як серцебиття або порушення травлення.

6. Хронічні форми депресії:

Дистимія (менш виражена хронічна депресія) у жінок зустрічається втричі частіше, ніж у чоловіків. Це може бути пов'язане з тривалим впливом стресу, емоційною чутливістю та соціальними ролями, які жінки часто виконують (догляд за дітьми, родиною тощо).

Отже, наше дослідження підкреслює важливість врахування гендерних особливостей при діагностиці та лікуванні депресивних розладів. Для чоловіків важливо звертати увагу на замасковані симптоми депресії, такі як зловживання алкоголем або агресія, тоді як у жінок необхідно враховувати гормональні зміни та схильність до тривожно-депресивних станів. Підходи до лікування також повинні враховувати ці відмінності, щоб забезпечити ефективну допомогу пацієнтам обох статей.

ВИСНОВКИ

1. У першому розділі дослідження розглянуто важливі теоретичко-прикладні аспекти та актуальність проблеми, проаналізовано теоретичні та практичні досягнення у сфері тривожних та депресивних розладів, а також вивчено особливості психічного функціонування пацієнтів із захворюваннями шлунково-кишкового тракту, включаючи тих, хто проходить лікування та реабілітацію після операційних втручань.

2. Визначено клінічні ознаки найпоширеніших типів тривожних розладів: генералізованого тривожного розладу (ГТР), панічного розладу (ПР), соціальної фобії (РСФ) та сепараційної тривоги. Встановлено, що тривожні розлади часто поєднуються між собою, і в однієї особи можуть спостерігатися кілька видів тривожних розладів або їх комбінація з іншими психічними порушеннями, зокрема депресивними.

3. Розглянуто концептуальні підходи до виникнення та проявів депресивних станів, які часто спричиняються тривалим впливом негативних факторів, з якими людина не може впоратися. Депресія може виникати як самостійне захворювання або поєднуватися з іншими психічними розладами.

4. У другому розділі обґрунтовано організаційно-методичні засади емпіричного дослідження, наведено характеристику вибірки та методів дослідження. Виявлено особливості прояву та рівні тривоги у пацієнтів хірургічного відділення, ідентифіковано види тривожних розладів серед чоловіків та жінок із соматичними захворюваннями, а також визначено ступінь вираженості депресивних станів у досліджуваних респондентів.

5. Результати дослідження серед пацієнтів із гострим панкреатитом показали значні відмінності у рівнях тривоги залежно від статі. У 53% жінок спостерігався високий або дуже високий рівень тривоги, тоді як серед чоловіків такий рівень тривоги виявлено лише у 11 %. Низький рівень тривоги або середній з тенденцією до низького був характерний переважно для чоловіків, що становило половину досліджуваних. Серед пацієнтів, які проходили

реабілітацію після операції, також виявлено значні відмінності: у 65% жінок діагностовано високий або дуже високий рівень тривоги, тоді як у чоловіків такий рівень спостерігався лише у 16%. Низький рівень тривоги або середній з тенденцією до низького був характерний для більше чверті чоловіків, тоді як у жінок такий рівень виявлено лише у 15,5% випадків.

6. Результати порівняльного аналізу рівнів тривоги серед чоловіків і жінок у двох субвибірках респондентів виявили суттєві відмінності. Для жінок обох субвибірок характерний високий і дуже високий рівень тривоги: 53% пацієнток, які перебувають на лікуванні, та 65% жінок післяопераційного періоду демонструють такі показники. Натомість у чоловіків переважає тенденція до низького рівня тривоги: 37% пацієнтів, які проходять лікування, та 40% чоловіків після операції мають низький рівень тривоги, а ще 19% і 9% відповідно демонструють дуже низький рівень. Однак значна частина чоловіків у обох субвибірках має середній рівень тривоги з тенденцією до високого: 45% пацієнтів, які лікуються від гострого панкреатиту, та 47% чоловіків у післяопераційному періоді.

7. Ці відмінності, на нашу думку, пов’язані з біологічними особливостями чоловічого та жіночого організмів, зокрема з будовою мозку. У жінок більш розвинене ліве мигдалеподібне тіло, що робить їх більш емоційно чутливими до негативних стимулів. У чоловіків, навпаки, більший об’єм сірої речовини в парагіпокампальній корі та мигдалеподібному тілі, що впливає на їхнє реагування. Крім того, у жінок більший обсяг сірої речовини в вентролатеральній та орбітофронтальній корі, а також у верхній скроневій борозні, що впливає на соціальне функціонування та емоційну регуляцію.

8. Важливу роль у психічно-емоційному стані відіграють гормони. Жінки, через циклічні гормональні зміни, пов’язані з менструальним циклом, більш схильні до тривоги та депресії, особливо при порушеннях овариального циклу. Крім того, стресові ситуації, такі як лікування чи операційне втручання, викликають зростання рівня кортизолу, що також сприяє підвищенню

тривожності. Передклімактеричний період також пов’язаний із підвищеним ризиком розвитку тривожних розладів.

9. У більшості чоловіків тривожні розлади не виявлено, незважаючи на те, що вони перебувають у стресових умовах, таких як лікування гострого панкреатиту або реабілітація після операції. Лише у незначної кількості чоловіків діагностовано комбінацію панічного розладу (ПР) та генералізованого тривожного розладу (ГТР). У жінок, навпаки, частіше виявляються комбінації різних тривожних розладів, таких як ПР із ГТР, ГТР із розладом сепараційної тривоги (РСТ), а також ГТР із соціальною фобією (РСФ) та панічним розладом (ПР).

10. Ці результати, на нашу думку, обумовлені відмінностями у хімічному складі мозку та гормональними коливаннями у жінок. Репродуктивні події, такі як вагітність, супроводжуються збільшенням рівня естрогену та прогестерону, що підвищує ризик обсесивно-компульсивного розладу (ОКР) та інших тривожних станів. Крім того, жінки більш схильні до стресу та емоційного переживання подій, тоді як чоловіки частіше використовують активні, проблемно-орієнтовані стратегії для подолання стресу. Ці відмінності в реакціях та підходах до стресових ситуацій також впливають на розвиток тривожних розладів.

11. Розподіл депресивних станів серед жінок: стан без депресії спостерігається у 16% пацієнток, які лікуються від гострого панкреатиту, та у 15,5% жінок після операції; легка депресія ситуативного або невротичного походження виявлена у 53% жінок після операції та у 47% жінок, які проходять лікування; субдепресивний стан або маскована депресія діагностована у 40% жінок, які лікуються, та у 34,5% жінок післяопераційного періоду; важка депресія виявлена у 9% пацієнток обох груп.

12. Порівняння статевих відмінностей у депресивних станах: легка депресія та субдепресивний стан зустрічаються як у чоловіків, так і у жінок, але у жінок ці стани виражені значно частіше; стан без депресії значно частіше

діагностується у чоловіків, що свідчить про їхню меншу схильність до депресивних розладів; у чоловіків субдепресивні стани часто пов’язані зі стресовими ситуаціями, такими як лікування чи операція, що викликає емоційне пригнічення. Крім того, соціальні стереотипи про "чоловічу стійкість" призводять до приховування емоцій, що може маскувати депресію або призводити до її "лікування" алкоголем.

13. Високі показники депресії у жінок: жінки вдвічі частіше страждають від депресії порівняно з чоловіками, і у них частіше спостерігається хронічний перебіг захворювання, часто у поєднанні з тривожними розладами та хронічним болем. Атипова депресія (тривожна або соматизована) також частіше зустрічається у жінок. Тригерами жіночої депресії часто є гормональні зміни (менструації, вагітність, пологи, клімакс), а також підвищена емоційність та чутливість до стресу. Менш виражена хронічна депресія (дистимія) у жінок зустрічається втричі частіше, ніж у чоловіків.

14. Рівень тривоги у пацієнтів: припущення про те, що госпіталізація та хірургічне втручання підвищують рівень тривоги та депресивних станів, підтвердилося. У жінок обох груп спостерігається вищий рівень тривоги: 53% пацієнток, які лікуються, та 65% післяопераційних пацієнток мають високий або дуже високий рівень тривоги. У чоловіків переважає низький або середній рівень тривоги: 37% пацієнтів, які лікуються, та 40% післяопераційних пацієнтів мають низький рівень тривоги. Однак у 45-47% чоловіків спостерігається середній рівень тривоги з тенденцією до високого.

15. Припущення про те, що у жінок частіше виявляються субдепресивні або депресивні стани, а у чоловіків – легка депресія ситуативного або невротичного походження, підтвердилося частково. Обидва стани зустрічаються в обох статей, але у жінок вони виражені значно частіше.

16. Припущення про те, що панічний розлад може бути виявлений у обох статей, а генералізований тривожний розлад та розлад сепараційної тривоги частіше зустрічаються у жінок, підтвердилося. Ці дані підкреслюють

важливість врахування статевих відмінностей у діагностиці та лікуванні депресивних та тривожних розладів, особливо в умовах стресу, пов’язаного з лікуванням чи операцією.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Арнц, А., & Якоб, Г. (2014). Схема-терапія: модель роботи з частками. Львів: Свічадо. 264 с.
2. . Бігун Н.І. Б59 Психологічні умови особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами: Монографія / Н.І. Бігун.
3. Гапонов К.Д. Особливості аддиктивних і афективних станів, асоційованих з розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю, у хворих з різним рівнем психосоціального стресу. // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2019. № 1. С. 40-52.
4. Гапонов К.Д. Порівняльний аналіз вираженості проявів алкогольної залежності у осіб з різним психотравматичним досвідом та рівнем психосоціального стресу. // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, № 3 (96). С. 14-17.
5. Гапонов К.Д. Моделювання та прогнозування психосоціальної дезадаптації у хворих з розладами внаслідок вживання алкоголю, в залежності від вираженості аддиктивної і афективної симптоматики та рівню стресового навантаження. // Norwegian Journal of development of the International Science. 2019. № 28. Vol. 1. P. 7-12.
6. Гапонов К.Д. Особливості аддиктивних і афективних станів, асоційованих з розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю, у хворих з різним рівнем психосоціального стресу. // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2019. № 1. С. 40-52.
7. Гапонов К.Д. Порівняльний аналіз вираженості проявів алкогольної залежності у осіб з різним психотравматичним досвідом та рівнем психосоціального стресу. // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, № 3 (96). С. 14-17.
8. Данилюк І. В. (2010). Етнічна психологія як галузь наукового знання: історико-теоретичний вимір. К.: „САММІТ-КНИГА", 432 с.

9. Данилюк І., Курапов А., Ягіяєв І. (2019). Етнокультурна психологія: історія та сучасність. Київ, АртЕк, 432 с.
10. Денисенко М.М. Особливості та варіанти співвідношення різних адиктивних тенденцій у хворих на невротичні розлади. // Експериментальна і клінічна медицина. 2016. № 3 (72). С. 99-107.
11. Денисенко М.М. Соціальна фрустрованість в формуванні адиктивної поведінки при невротичних розладах. // Wschodnio europejskie Czasopismo Naukowe (East European Scientific Journal) (Poland). 2017. Vol. 1., № 9 (25). С. 30-37.
12. Засєкіна Л. В. & Коць Є. М. (2017). Вплив ранніх дисфункційних схем на прояв соціальної тривожності особистості. Соціокультурні та психологічні виміри становлення особистості : матеріали Всеукраїнської (із міжнародною участю) науково-практичної конференції (5- 6 жовтня 2017 року, м. Херсон). Херсон: Видавничий дім «Гельветика». С. 46-48.
13. Зільберблат Г.М., Соколова М.О., Калачевич О.О., Моїсеєнко Л.П. Дослідження поведінки молоді Київської області щодо вживання психоактивних речовин. // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, № 3 (96). С. 18-19..
14. Зозуля І.С., Несукай В.Г. Транзиторні ішемічні атаки у вертебробазилярній системі, зумовлені патологією шийного відділу хребта. // Ліки України. 2013. № 3. С. 4-9.
15. Коваленко О.Є. Ранні прояви і динаміка розвитку вертебральнобазилярної дисциркуляції, пов’язаної з цервіковертеброгенною дисфункцією, та напрямки її профілактики і лікування. // Лікарська справа. 2004. № 3-4. С. 46-49.
16. Кожина Г.М., Коростій В.І. Коморбідність нехімічних аддикцій та психосоматичних захворювань. // Довженківські читання: «Проблема прихильності 122 хворих наркологічного профілю до терапії. Потреба в

лікуванні і лікування за потребою.» Матеріали XV Українськоїнауково-практичноїконференції з міжнародноюучастю. Харків. 2014. С.85-95.

17. Кожина Г.М., Краснікова С.О., Гайчук Л.М., Зеленська К.О. Специфіка адаптаційних реакцій студентів першого курсу до навчальної діяльності у вищому навчальному закладі. // Медична психологія. 2011. Т. 6, №3 (23). С.14-17.
18. Коростій В.І. Нехімічні аддикції, коморбідні до психосоматичних захворювань у молодих осіб. // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, № 2 (87) С. 53-56
19. Коць, Є. М. (2018). Психологія особливості когнітивно-поведінкових стратегій осіб із соціальною тривожністю: дис. … кандидата психол. наук: 19.00.01 / Коць Євгенія Михайлівна. – Луцьк, 2018. – 213 с.
20. Коць Є. М. Психологічна природа осіб із соціальною тривожністю / Є. М. Коць // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. – Вип. 3. – Т. 1. – 2017. – С. 92-96.
21. Коць Є. М. Прояви тривожності як дестабілізаційні чинники / Є. М. Коць // Особистість і суспільство: методологія та практика сучасної психології : матеріали III міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (12 травня 2016 р.) = Abstrakt III International Scintific & Practical Internet Conference (May 12, 2016) / За заг. ред. Л. В. Засєкіної, А. В. Кульчицької. – Луцьк : ПП Іванюк В. П., 2016. – С. 14-16.
22. Коць Є. М. Вплив тривожності на функціонування індивіда / Є. М. Коць // Актуальні проблеми соціалізації особистості : Матеріали III наук.-практ. семінару (10 травня 2016 року) / За заг. ред. Л.В. Засєкіної. – Луцьк : ПП Іванюк В.П., 2016.– С. 77-78.
23. Коць Є. М. Психологічні особливості феномену соціальної тривожності / Є. М. Коць // Особистість і суспільство: методологія та практика сучасної психології : матеріали IV міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (15 травня 2017 р.) = Abstrakt III International Scintific & Practical Internet Conference

(May 15, 18 2017) / За заг. ред. Л. В. Засєкіної, А. В. Кульчицької. – Луцьк : ПП Іванюк В. П., 2017. – С. 18-20.

24. Коць Є. М. Психологічний аналіз феномену соціальної тривожності / Є. М. Коць // Актуальні проблеми соціалізації особистості : Матеріали IV наук.- практ. семінару (16 травня 2017 року) / За заг. ред. Л.В. Засєкіної. – Луцьк : ПП Іванюк В.П., 2017. – С. 49-52.
25. Коць Є. М. Вікові особливості соціально-когнітивної поведінки особистості із проявами із соціальної тривожності / Є. М. Коць // Актуальні питання педагогіки та психології: наукові дискусії : Збірник тез міжнар. наук.- практ. конф. (8-9 вересня 2017 р., м. Харків). – Харків : Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2017. – С. 83-87.
26. Комер Р. ОсновИ патопсихології / RonaldComer «FundamentalsofAbnormalPsychology». — 2nd ed. — 2001. — 617 с.
27. Дамманн Г. Нарцисичні розлади особистості та суїцидальна поведінка. Психодинамічна перспектива з труднощами лікування. Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 1. С. 66-72
28. Лін П. Рем «Депресія», за ред. О.Плевачук, О.Сувало, К.Явни-Розенталь. Львів, 2019. – 126с.
29. Мартін М. Ентоні, КаренРова – Розлад соціальної тривоги. Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету. Львів. 2018.
30. Крейг Д.Маркер, Елісон Ейлворд – Генералізований тривожний розлад.(пер. І.Грицюка, ред – К.Явної). Львів, 2017.
31. Литвиненко В.В. Сучасна модель психоосвіти хворих з алкогольною залежністю. // Український вісник психоневрології. 2019. Т. 27, № 2 (99). С. 31-33.
32. Максименко С. Д. Генетична психологія як теоретична основа психологічних досліджень / С. Д. Максименко // Проблеми загальної та

157 педагогічної психології: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. К., 2001.– Т.ІІІ, ч.2.– С. 6–12

33. Мельник В.О. Аналіз сучасного стану психічних та поведінкових розладів, пов'язаних з патологічним використанням комп'ютеру та Інтернетмережі. // Психічне здоров'я. 2011. № 1(30). С. 22-25.
34. Турчак О. М. (2015). Ефективність когнітивно-поведінкового тренінгу як засобу зниження вербальних проявів тривожності у ситуаціях емоційної напруги. East European Journal of Psycholinguistics. № 1, С. 141-150.
35. Ambramson, L.Y., Metalsky G. I., &Alloy L.B. (1989). Hopelessnessdepression: A theorybasedsubtypeofdepression. PsychologicalReview, 96, 358-372.
36. Antony, M.M., &Rowa, K.P. (2008). Socialanxietydisorder. Cambridge, MA: Hogrefe&Huber. This book is anexcellentc linicalreso urceonsocialanxiety, whichis a commoncomorbidconditionseen GAD.
37. AmericanPsychiatricAssociation. Diagnostica ndstatisticalmanual of mental disorders.Arlington: APA Publishing; 2013.
38. Aarseth E., Bean A.M., Boonen H., Colder C.M. at.al. Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD 11 Gaming Disorder proposal. // J Behav Addict. 2017. № 6(3). P. 267-270. https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.088
39. An open-label trial followed by a double-blind discontinuation phase. // The Journal of Clinical Psychiatry. 2008. № 69. P. 452-456.
40. Ang A. China takes unique steps to combat web addiction. // USA Today. 2005. P. 234-238. 84. Aseeva Yu.A. Kostyuk O.V. Research of psycho-emotional features of adolescents prone to addictions. // East European Scientific Journal. 2019. № 11 (51), part 9. P. 22-27.
41. Freud, S. (1925) Mourningandmelancholia. InCollectedPapers (Vol. 4) London: Hogarth.

42. Hyde, J. S., Mezulis, A. H., &Ambramson, L.Y., (2008). TheABCsofdepression: Integratingaffective, biological, andcognitivemo delsto explaintheemer genceofthegende rdifferenceindepression. PsychologicalReview, 115, 291-313.

43. Kanfer, F. H. (1970). Self-regulation: Research, issuesandspeculations. In C. Neuringer& J.L. Michaels (Eds.), Behavior modificationinc linicalpsychology (pp. 178-220). NewYork: Appleton -Century-Crofts

44. Lewinsohn, P.M., &Clarke G. N. (1999). Psychosocialtreatmen tforadolescentdepression. Clinical PsychologicalReview, 19,329-342.

45. Mazzuccheli. T., Kane, R., &Rees, C. (2009). Behavioral activationtreatmentsfordepressioninadults: A meta-analysisandreview. Clinical Psychology: ScienceandPractice, 16, 383-411.

46. McCullough, J. P. (2000). Treatmen tforchronicdepression: Cognitive behavioral analysissystemofpsychotherapy. NewYork: GuilfordPress.

47. Roemer, L. &Orsillo S. M. (2002). Expandingour conceptualizationo fandtreatmentforgener alizedanxietydisorder: Integrati onmindfulness/ acceptance-basedappro acheswithexistingcognitive- behavioralmodels. ClinicalPsychology: ScienceandPractice, 9(1), 54-68. doi.10.1093/ clipsy.9.1.54 Thisarticledescribessomeofthebackgroundof acceptance0baced treatmentinmoredetails.

48. Arieti, S., &Bemporad, J. R. (1980). The psychologi calorganization of depression. American journalpfPsychiatry, 137, 1360- 1365.

Beck, A.T. (1983). Cognitivetherapy o depression: Newrespective. In P.J. Clayton& J.E. Barnett (Eds.), Treatmentofdepression: Oldcontroversiesandnewapproaches (pp. 265- 290). NewYork: RavenPress.

.

. ДОДАТКИ

Додаток А1

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

Нижче наводиться список тверджень, що можуть описувати те, як ти чуєшся. Прочитай кожне твердження і у колонці навпроти відзнач позначкою ту відповідь, яка найкраще стосується твого самопочуття протягом останніх трьох місяців.

№ Питання Дуже/часто Трохи/іноді Ні/Ледь-ледь

1. Коли я чогось лякаюся, мені важко дихати.
2. У мене з’являються головні болі у школі.
3. Мені не подобається бути з людьми, яких я добре не знаю.
4. Мені стає страшно, якщо я сплю не вдома.
5. Я переживаю, чи подобаюсь іншим.
6. Коли я лякаюся, то відчуваю, ніби втрачаю свідомість.
7. Я нервую.
8. Я всюди ходжу за мамою або татом.
9. Інші говорять мені, що я виглядаю неспокійним (-ою)/стривоженим (-ою).
10. Я відчуваю тривогу, неспокій у присутності незнайомих людей.
11. У мене з’являються болі в животі у школі.
12. Коли я лякаюся, то почуваюся, ніби божеволію.
13. Я хвилююся, коли сплю сам (-а).
14. Я переживаю за те, щоб бути настільки ж вправним (-ою), як інші діти.
15. Коли я відчуваю тривогу/страх, то мені здається, ніби

все навколо несправжнє.

16. Мені сняться жахи про те, що з моїми батьками стається щось погане.

17. Школа викликає у мене хвилювання.

18. Коли я переживаю сильний страх, то моє серце починає пришвидшено битись.

19. У мене може бути таке відчуття, ніби я весь (вся) тремчу.

20. Мені сняться жахи про те, що зі мною стається щось погане.

21. Я хвилююся, чи мені все вдасться.

22. Коли я лякаюся, то сильно пітнію.

23. Мене постійно мучать сумніви

24. Мені стає дійсно страшно без жодної на те причини.

25. Я боюся бути вдома сам (-а).

26. Мені важко розмовляти з незнайомими людьми.

27. Коли я переживаю сильний страх, то маю таке відчуття, ніби можу задихнутися.

28. Інші говорять мені, що я надмірно хвилююся.

29. Мені не подобається бути далеко від моєї сім'ї.

30. Я боюся, що у мене можуть бути напади тривоги (або панічні атаки).

31. Я переживаю, що з моїми батьками може статись щось погане.

32. Я соромлюсь незнайомих людей.

33. Я переживаю за майбутні події.

34. Коли я переживаю страх, тривогу, мені хочеться блювати.

35. Я переживаю за те, наскільки добре мені все вдається.

36. Я боюся ходити до школи.

37. Я переживаю за події, які вже відбулися.

38. Коли я переживаю страх, тривогу, то відчуваю

запаморочення.

39. Я нервую, коли перебуваю з іншими дітьми або дорослими, і мені потрібно зробити щось в той час, як вони за мною спостерігають (наприклад, читати вголос,

говорити, грати в гру, займатися спортом).

40. Я нервую, коли йду на вечірку, дискотеку, чи в будь-яке

інше місце, де будуть люди, яких я добре не знаю.

41. Я сором’язливий (-а).

Додаток А2

Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга

“Прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви себе почуваєте останнім часом. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає. Варіанти відповіді: - ніколи або інколи; - іноді; - часто; - майже завжди або постійно.

№ТвердженняНіколи або інколиІноді ЧастоМайже завжди або постійно

1.Я відчуваю пригніченість, тугу.

2.Вранці я відчуваю себе найкраще.

3.У мене бувають періоди, коли я плачу, або на очі навертаються сльози.

4.У мене поганий нічний сон.

5.Апетит у мене не гірше звичайного.

6.Мені приємно дивитись на привабливих жінок/чоловіків, спілкуватися з ними, знаходитись поруч.

7.Я помічаю, що втрачаю вагу.

8.Мене турбують закрепи.

9.Серце б’ється швидше, ніж зазвичай.

10.Я втомлююся без будь-яких причин

11.Я мислю так само ясно, як завжди.

12.Мені легко виконувати те, що я вмію.

13.Відчуваю неспокій і не можу всидіти на місці.

14.У мене є надії на майбутнє.

15.Я більш дратівливий, ніж раніше.

16.Мені легко приймати рішення.

17.Я відчуваю, що корисний і потрібний людям.

18.Я живу досить повним життям.

19.Я відчуваю, що іншим людям стане краще, якщо я помру.

20.Я і досі радію від того, від чого радів завжди.