



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ІЗМАЇЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра загальної та практичної психології

Клінічні прояви невротичних розладів особистості
в повоєнні часи

Кваліфікаційна робота здобувача
освітнього ступеня магістр
спеціальності 053 Психологія
освітньої програми Психологія

Майнич В. В. 
Керівник к. психол. н, доцент кафедри
загальної та практичної психології,
Мазоха І.С. 

Рецензент: завідувач кафедри загальної
педагогіки і спеціальної освіти
к.п.н., доц. Звекова В.К.

Робота допущена до захисту
на засіданні кафедри загальної та практичної психології
протокол № 7 від «08» січня 2024 р.

Завідувач кафедри

Мазока Т. С.
(підпис) (прізвище, ініціали)

Робота пройшла публічний захист
на відкритому засіданні ЕК

«24» січня 2024 р.

Оцінка 90 Відм
(за стобальною шкалою) (за традиційною шкалою)

Голова ЕК

Валентинко Л. К.
(підпис) (прізвище, ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. АНАЛІЗ ТЕОРЕТИКО-ЕМПІРИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ	6
1.1. Теоретичний аналіз поняття невротичних розладів особистості.....	6
1.2. Концепції невротизації особистості вітчизняних та зарубіжних дослідників.....	19
1.3. Клінічні прояви невротичних розладів особистості.....	30
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ НЕВРОТИЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ.....	40
2.1. Методики, спрямовані на діагностику проявів невротичних розладів особистості	40
2.2. Результати дослідження клінічних проявів невротизації у студентів та їх обговорення.....	48
РОЗДІЛ III. МЕТОДИ ТА ПРИЙОМИ КОРЕКЦІЇ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ.....	58
3.1. Психотерапевтичні стратегії в роботі з невротичними розладами особистості	58
3.2. Методики та корекційні техніки в роботі з проявами невротичних розладів.....	65
ВИСНОВКИ.....	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	77

ВСТУП

Актуальність теми. Психотравмуючі чинники, бойові дії в країні та стресові реакції часто залишають після себе психічні розлади, крім того, викликають фрустраційну напругу та дезадаптивні форми поведінки, які проявляються у загостренні міжособистісних конфліктів або обмеженні сфери контактів, зниженні працездатності, підвищені дратівливості, депресії та ПТСР - все це негативно впливає на психічне здоров'я студентів.

Проблема невротичної особистості досліджується в області загальної психології. Отже, основними науковими досягненнями в цьому контексті є дослідження вчених щодо: психофізіологічних передумов невротизації (П. Анохін, Б. Бірман, В. Мясичев, І. Павлов); загальних особливостей генезу невротизації (В. Бітенський, В. Менделевич, С. Соловйова, А. Співаковська); типології та класифікації (М. Гуревич, А. Лічко); методів діагностики (Б. Зейгарнік, В. Ковальов, Т. Яценко) і корекції (В. Гарбузов, Н. Дмитрієва, А. Захаров, Г. Пілягіна, А. Свядоц, Т. Яценко); комплексних порушень функціонування психічних процесів при невротизації (Б. Карвасарський, В. Ковальов).

Були розроблені різні теорії невротизації, в тому числі класична (З. Фрейд), еґо-психологічна (Д. Віннікотт, Г. Гартман, А. Фройд), об'єктна (М. Кляйн), соціологічна (Г. Салліван, К. Хорні), структурна (О. Кернберг, Ж. Лакан, Н. Мак-Вільямс), феноменологічна (Л. Бінсвагнер), психодинамічна, поведінкова (І. Павлов, Б. Скінер) і когнітивна (А. Бек, А. Елліс, Дж. Келлі) моделі невротизації, екзистенціально-гуманістичні підходи до нейротизму (А. Маслоу, Ф. Перлз, К. Роджерс, В. Франкл) та багато інших.

Натомість у спеціальній психології та суміжних науках, пов'язаних із вивченням порушень розвитку особистості, більше уваги приділяється вивченню когнітивних процесів (М. Айзенберг, Г. Замський, Е. Леонгард, О. Лурія, М. Нудельман, М. Певзнер, О. Хомська та ін.), адаптивного особистісного функціонування (Д. Беннет-Гейтс, І. Белякова, Л. Виготський,

Е. Зіглер, Д. Ісаєв, В. Лубовський, Н. Макаруч, М. Певзнер, В. Петрова, С. Рубінштейн, Н. Світські, І. Соловійов та ін.), дослідженню невротизації девіантної особистості (І. Кон, О. Ніколенко, В. Тюрин).

Вивчення конфліктів у навчально-професійному середовищі як фактора, що визначає невротизацію та психосоматизацію особистості є важливим аспектом наукових досліджень в роботах І. Коваль, В. Луньова, К. Максименко, М. Маркової, Т. Яценко.

Мета дослідження полягає у теоретико-емпіричному обґрунтуванні клінічних проявів невротичних розладів особистості в повоєнні часи.

Для досягнення мети кваліфікаційного дослідження були поставлені такі **завдання**:

- 1) на основі аналізу психологічної літератури означити поняття «невротичні розлади (невроз)», «невротичний стан», «нейротизм», «невротизація»;
- 2) аналізуючи літературу, виділити й описати види, форми та особливості прояву невротичних розладів особистості; розглянути основні теорії неврозу;
- 3) розробити методологічний та психодіагностичний комплекс спрямований на вивчення невротичних розладів особистості;
- 4) експериментально дослідити особливості клінічних проявів невротичних розладів студентів в повоєнні часи;
- 5) надати методики та корекційні техніки в роботі з проявами невротичних розладів.

Об'єкт дослідження - невротичні розлади особистості як форми нервово-психічних порушень.

Предмет дослідження - клінічні прояви невротичних розладів особистості в повоєнні часи.

Методи дослідження. Діагностичну базу дослідження склали методи теоретичного аналізу та вивчення сучасних підходів й нових емпіричних результатів, що містяться в літературних джерелах присвячених досліджуваній проблемі. З ціллю діагностики проявів невротичних розладів

особистості в дослідженні використано такі методики: «Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів» (Яхин К.К., Менделевич Д.М.), «Шкала астеничного стану» (ШАС) Л. Малкової в адаптованому варіанті Т. Чертової, Шкала депресії Бека, Шкала тривоги Гамільтона.

Теоретичне значення одержаних результатів полягало у розумінні специфічних невротичних проявів, що виникають у студентів через воєнно-травматичні враження, впливу стресових ситуацій та загального психосоціального контексту на молоде покоління, що переживає воєнні події.

Практичне значення кваліфікаційної роботи полягає в розробці конкретних заходів для підтримки психічного здоров'я та якості життя студентів, програм психологічної допомоги та психотерапевтичних інтервенцій, спрямованих на роботу з особливими аспектами їхніх невротичних розладів. На основі аналізу клінічних факторів розроблена профілактична програма, спрямована на запобігання розвитку невротичних розладів та зміцнення психічного здоров'я студентів.

Результати апробації дослідження відбувались через участь у науково-практичних конференціях:

1. *Сучасна психологія: проблеми та перспективи. Збірник наукових праць за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції «Сучасна психологія: проблеми і перспективи» (5 грудня 2023 р.).* Ізмаїл: РВВ ІДГУ. 2023.
2. *Сучасна психологія: проблеми та перспективи. Збірник наукових праць за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції «Сучасна психологія: проблеми і перспективи» (5 грудня 2023 р.).* Ізмаїл: РВВ ІДГУ. 2023.

Структура роботи представлена вступом, трьома розділами; висновками, списком використаних джерел (всього 73 найменування). Робота містить чотири рисунки, чотири таблиці, загальний обсяг кваліфікаційної роботи становить 76 сторінок.

РОЗДІЛ I. АНАЛІЗ ТЕОРЕТИКО-ЕМПІРИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Теоретичний аналіз поняття невротичних розладів особистості

У напружених і нестабільних умовах сучасного суспільства різко зростає кількість людей з негативними психічними станами, серед яких велику частку складають невротичні. Вивчення особливостей генезису та психокорекції невротичних станів особистості набуває особливого значення під час навчання студентів у ВНЗ, оскільки в цей період відбувається інтенсивний розвиток особистості, формування її інтелектуальної, емоційно-вольової, мотиваційної сфер, системи ціннісних орієнтацій, професіоналізація та самовизначення в життєвому просторі. Поширеність цих станів руйнівню впливає на життя студентів, хід їх особистісного розвитку та самореалізації [36].

Крім того, останнім часом спостерігається тенденція поєднання невротичної патології з різними формами вживання психоактивних речовин або застосуванням різних засобів нехімічного походження для зняття емоційної напруги: комп'ютерні ігри, азартні ігри, надмірні фізичні навантаження, прийом їжі. Військовий конфлікт, навіть територіально віддалений від території постійного проживання, може вплинути на збільшення кількості психічних і поведінкових розладів у цілому, а особливо на розвиток стресових невротичних розладів [69].

У роботі Н.В. Павлик зазначено, що в сучасному суспільстві під впливом деструктивної кризи, стресів, економічних, соціально-психологічних та духовно-моральних факторів різко зростає відсоток молоді, яка страждає на нервово-психічні розлади та невротичні стани. При цьому весь парадокс полягає в тому, що особливості невротичного розвитку особистості не тільки не сприяють конструктивному спілкуванню людини з

оточуючими, а, навпаки, створюють додаткові психологічні проблеми, які, в свою чергу, ще більше сприяють невротизації особистості [57]

На думку сучасних дослідників, невротичні розлади відносяться до числа зворотних розладів нервової системи, при яких виключені органічні зміни, а діагностика передбачає встановлення психологічно зрозумілого зв'язку між особливостями особистості хворого, характером психотравмуючої ситуації і клінічними проявами [56].

Неврозоподібні стани (неврозоподібні розлади, невротичні стани) визначають як групу нервово-психічних розладів, які зовні нагадують неврози (розлади рівня невротичного реагування), але не є результатом психогенних впливів. Вони займають проміжне положення між органічними захворюваннями і неврозами, наближаючись до перших [38]. При неврозоподібних станах основну роль у розвитку невротичної симптоматики відіграє не психогенія, як при неврозах, а наявність ендогенної або екзогенної психічної патології.

Невротичні стани, під якими розуміють стійкі психічні стани особистості (М. Д. Левітов, М. І. Єнікеєв, О. П. Денисова), є дезорганізацією нормального функціонування особистості в навколишньому середовищі (Ф. Перлз), фактором дезадаптації людини (Ю. А. Александровський, А. Г. Маклаков), її психічний розпад (В. С. Мерлін, М. І. Єнікеєв, А. Г. Маклаков). В основі невротичного стану лежить інтрапсихічний невротичний конфлікт, який формується на основі ставлення особистості до інших людей.

Відповідно до розробок сучасних психологів, невротичні стани в загальній класифікації психічних станів належать до підгрупи особистісних, які характеризуються порушенням адаптаційних можливостей особистості, її психічним розпадом, порушенням будь-якої істотної сторони психічної саморегуляції, дезорганізацією нормального функціонування особистості в навколишньому середовищі. Невротичний стан має синдромальний характер. До класичних невротичних синдромів належать: неврастенія, істерія, obsesивно-компульсивний невроз [4].

Невротичні захворювання виражаються у двох основних типах: а) чисто психогенні невротичні реакції; б) загострення наявного соматичного захворювання. Симптоматика невротичних захворювань дуже різноманітна, в основному вона зводиться до сильних хворобливих відчуттів в органі або системі органів, на яких вже була зосереджена увага пацієнта і на яких фіксація хворого посилилася, або в результаті необережного зауваження з боку лікаря («твоє серце як ганчірка» тощо) або надмірної уваги, яку пацієнт помічає на окремих симптомах і «вогнищах» хворобливих переживань. Через ці моменти настрої хворого стає тривожним, починають домінувати іпохондричні переживання, виявляється різка схильність до перебільшення «небезпеки хвороби» [43].

У загальній структурі психічних захворювань переважають непсихотичні психічні розлади, пов'язані переважно зі стресовими, психотравмуючими факторами, зниженням адаптаційних можливостей особистості в сучасних умовах геополітичних змін, загрози терористичних атак, військових конфліктів і, загалом, швидкого темпу життя та інформаційного прогресу [22].

У неврологічному словнику невротичними розладами (неврозоподібними станами) називають такі нервово-психічні порушення, які зовні нагадують невротичні розлади, але не є наслідком дії психогенних факторів. Невротичні розлади займають проміжне місце між органічними захворюваннями і неврозами. При цьому може спостерігатися відсутність зв'язку між неврозоподібним невротичним станом і психотравмуючою ситуацією, більша тривалість і монотонність перебігу захворювання, менша ефективність психотерапевтичного втручання [52].

Психогенні захворювання - це велика і клінічно різноманітна група захворювань, які виникають внаслідок впливу гострої або тривалої психічної травми, проявляються не тільки психічними, а й соматоневрологічними розладами і, як правило, зворотні. До психогенних захворювань належать

невротичні, стресові розлади, гострі та тривалі реактивні психози, соматоформні та психосоматичні порушення, ПТСР [51].

Генеральну сукупність психічних розладів традиційно поділяють на дві великі групи: психотичні психічні розлади та невротичні психічні розлади. Ці групи розладів відрізняються за поширеністю, причинами виникнення, формами, особливостями перебігу, прогнозом, підходами до лікування та профілактики. Сьогодні вважається, що психічні розлади мають переважно органічне походження і майже невиліковні; невротичні розлади - ті, що мають психогенне походження і значною мірою піддаються психотерапевтичному впливу [55].

На сьогоднішній день вченими розроблено безліч теорій неврозів, заснованих на різних поглядах на природу психіки, основні фактори її формування в нормі і причини, що визначають психічну патологію (особливо невроз). Автори, які займалися проблемою класифікації цих теорій, наприклад, А. Александров, Л. Бурлачук, Б. Карвасарський, А. Холмогорова, Г. Фейст та Дж. Фейст, Р. Фрейджер, Дж. Федімен, поділяють їх на чотири групи: психодинамічні; когнітивно-поведінкові; екзистенційно-гуманістичні; трансперсональні.

Історично на розвиток вчення про неврози та невротичні риси характеру найбільше вплинули три наукові досягнення: концепція Х. Хартмана, яка заснована на психологічних структурах, згаданих у пізніх працях З. Фрейда, незалежних від інстинктивних потягів і конфліктів; робота Е. Еріксона, яка включила концепцію психологічних структур, незалежних (але тісно пов'язаних з) інстинктивними потягами, і, крім того, була додана нова концепція узагальнених способів діяльності; експериментально-теоретичні роботи Дж. Кляйна, Р. Гарднера та їхніх колег. Вони вивчали, як загальні принципи контролю проявляються в способах і стилях пізнання [30].

Таким чином, на відміну від «методів реагування» В. Райха, в загальних формах дії в схемі Е. Еріксона є три корені: інстинктивний

розвиток, поява зрілих здібностей і схильностей і зовнішні соціальні умови, що виникають на кожному етапі розвитку. Це означає, що невроз виникає на основі порушення нормального формування особистості та її функцій.

Феномен невротизації деякі автори розглядають як форму особистісної детермінації захисного комплексу на рівні конкретної методології та особистісного структурування на рівні загальної методології. Механізми невротизації підпорядковані принципам психотипологічної варіативності особистості в континуумі її життєдіяльності у вимірах побудови життєвих стратегій, провідної діяльності та соціокультурної адаптації [15]. Невротизація має клініко-психопатологічні та клініко-динамічні характеристики, пов'язані з формою та ступенем феноменології. Типологічна характеристика невротизації базується як на її походженні (особистісний, ситуативний, власне невротичний варіант), так і на взаємодії з іншими невротичними симптомами (злиття, співіснування, заміщення) [34].

Завдяки вивченню та систематизації динаміки психогенних розладів стало можливим виділити ряд проміжних форм: патохарактерологічні реакції, аномальні варіанти розвитку, невротичні реакції та стани. Нарешті, психогенні реакції були розділені на окремі нозологічні форми психічних захворювань з певним етіопатогенезом, синдромінезом, загальними варіантами розвитку та перебігу, типами повного одужання або одужання із залишковими змінами особистості та постреактивним розвитком у майбутньому [71]. Крім того, зверталася увага на участь нейродинамічних, а не органічних факторів. Для клініцистів очевидна залежність багатьох межових психічних розладів від процесів вегетативної нервової системи.

Сьогодні чітко помітна зміна співвідношення невротичних і неврозоподібних розладів. У МКХ-10 вони класифікуються за синдромальним принципом, заснованим на феноменології - провідному клінічному прояві. Розлади невротичного походження представлені в розділі «Невротичні, стресові та соматоформні розлади». З урахуванням цих рекомендацій розглядаються такі клінічні форми невротичних розладів:

астенічний невроз (неврастенія); тривожно-фобічні невротичні розлади; невротичні депресії; неврози нав'язливих станів; істеричний невроз; соматоформний невроз; реактивні (стресові) розлади.

Багато хворих неврозами мають ознаки декількох варіантів невротичних розладів (тривожно-фобічного, істеричного, депресивного, соматоформного характеру), але в кожному конкретному випадку необхідно виявляти провідний синдром, оскільки це важливо для прогнозу і вибору лікування. Невротичні розлади належать до зворотніх розладів нервової системи, при яких виключені органічні зміни, а діагностика передбачає встановлення психологічно зрозумілого зв'язку між особливостями особистості хворого, характером психотравмуючої ситуації та клінічними проявами захворювання [46].

Хоча сучасні класифікації форм неврозів суттєво відрізняються між собою, на даний час більшість вітчизняних авторів виділяють наступні класичні форми неврозу: неврастенію, істерію та невроз нав'язливих станів (Г. К. Ушаков, А. О. Портнов, Б. Д. Карвасарський, Ю. Я. Тупі-Цин, Н. К. Ліпгарт, В. Ф. Матвеев, М. Г. Арапетянц, О. М. Вейн, Ф. І. Случевський).

На думку багатьох авторів, невроз є прикордонним нервово-психічним розладом, який не обумовлений психотичними станами. Велику роль у розвитку неврозів відіграють біологічні чинники, такі як спадковість, соматичні захворювання, соціально-психологічні чинники, які стосуються переважно несприятливих сімейних умов, а також особливості особистості та емоційних переживань. Клінічна картина неврозів включає як соматовегетативні розлади, так і негативні суб'єктивні переживання (тривога, відчуття власної неповноцінності) [70].

Деякі клініцисти неврозами називають усі функціональні розлади нервової діяльності як психогенної, так і соматогенної етіології, які не супроводжуються вираженими психічними розладами. Так, Б.В. Андреев розглядав неврози як захворювання, які можуть виникати під впливом різноманітних шкідливих факторів, у тому числі травм, інфекцій,

ендокринних розладів. Багато авторів (Т.І. Юдін, В.М. Мясичев, Є.А. Попов, О.В. Кербіков, А.В. Снежневський, А.О. Портнов, Д.Д. Федотов, Д.С. Озерецковський, А.М. Свядощ, С.Н. Доценко та Б.Я. Первомайський) пропонують використовувати термін невроз лише для позначення захворювання, які є наслідком психічної травми, тому відносять їх до психогенних захворювань [5]. В. Д. Менделевич визначає неврози як функціональні розлади психічної діяльності, що виникають як реакції на важливі психотравмуючі події і є результатом недосконалістю механізмів психологічного захисту особистості та антиціпаційною неспроможністю. Основними при кваліфікації деяких форм невротичних розладів є емоційні розлади. На думку Н. Б. Ласко, невротизація є мінливою особистісною змінною, що формується під впливом трьох класів психічних явищ. По-перше, своїм рівнем, опосередкованим емоційно-мотиваційними якостями особистості, психосоматика характеризується другим класом явищ, а загальний стан людини, самопочуття — третім. Типовий для певної людини рівень невротизації, переважно низка змін, викликаних різними психо-, соматичними, соціогенними факторами [14].

Нашу дослідницьку увагу привернув той факт, що проблема типології та класифікації психічних розладів є надзвичайно важливою як для теорії, так і для практики тих наукових галузей, які опікуються сферами психічного здоров'я та психологічного благополуччя людини, оскільки є стрижнем психодіагностики і тим самим основою для вибору тієї чи іншої стратегії терапевтичного або психокорекційного впливу.

У десятій редакції Міжнародної класифікації хвороб, на відміну від попередньої, поняття неврозу вже не є основою для класифікації відповідної групи психічних захворювань, невротичні розлади як і раніше виділяються в окрему групу нозологічних одиниць через їх історичний зв'язок (F40-F48: Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади), хоча слово «невроз» взагалі не вживається. Однак деякі традиційно невротичні розлади в МКХ-10 класифікуються в інших рубриках (F50 – розлади харчової

поведінки, F51 – розлади сну неорганічної природи, F52 – статева дисфункція, не обумовлена органічним розладом чи захворюванням) [44].

В четвертій редакції діагностичного та статистичного керівництва з психічних захворювань (DSM-IV-TR) невроз не використовується як окрема діагностична одиниця. Натомість невротичні розлади традиційно поділяють на певні категорійні групи, які також включають інші розлади: розлади настрою - включають депресивні та біполярні розлади; тривожні розлади - включають панічні розлади, різні види фобій, obsесивно-компульсивний та посттравматичний стресовий розлад; соматоформні розлади - включають конверсійні, соматоформні розлади та ін.; сексуальні розлади та розлади статевої ідентичності тощо. Слово «невроз» не вживається в DSM-IV-TR [47].

Хоча поняття «невроз» поступово зникає з клінічної діагностики, воно все ще широко використовується в психологічній практиці та теоретичних працях багатьох авторів (В. І. Гарбузов, А. І. Захаров, Д. А. Каменецький, Б. Д. Карвасарський, В. Д. Менделевич, С. Л. Соловйова, В. Франкл, Д. Шапіро та ін.). При побудові стратегії психологічного супроводу в системі психологічної служби поняття неврозу ще доцільно.

У медичних джерелах невроз визначається як «нервовий зрив», що виникає у відповідь на несприятливу життєву ситуацію. Крім того, це психічне захворювання визначається як повністю оборотне незалежно від його тривалості [9]. Але якщо медичні працівники звертають увагу насамперед на фізіологічні аспекти неврозу та соматичні симптоми, які опосередковують невротичний розлад, то психологи зосереджені на виявленні когнітивних, емоційних і поведінкових відмінностей у невротичних індивідів.

Поширеність і варіативність невротичних розладів, наявність широкого спектру невротичних симптомів свідчать про те, що невроз не є одним із варіантів розвитку особистості, а є його закономірною і навіть необхідною стадією. Іншими словами, невротичний стан є природним процесом

психічного розвитку людини і лише в деяких випадках є проблемою. Невроз є іманентною властивістю особистості формувати неадекватні рефлексії.

Невротизація суб'єкта з'являється в стресовій ситуації, коли він не може адекватно відреагувати. Можна сказати, що невротична реакція формується, коли суб'єкт не завершує перехід на іншу стадію розвитку і застрягає на попередній. Основними ознаками неврозу є 1) наявність конфлікту між певними шарами психіки; 2) внутрішній розкол не може закінчитися новою інтеграцією; 3) психічний матеріал поляризується і певна його частина фруструється.

Отже, основоположним для розуміння невротичних розладів є поняття неврозу, як функціональне оборотне захворювання, в основі якого лежить порушення, розлад вищої нервової діяльності, викликаний перевантаженням основних кіркових процесів (гальмування або збудження) або перенапруженням їх рухливості внаслідок впливу психічної травми або тривалої втоми. Створені таким чином розлади психічної діяльності можуть тривати різний час - від тижнів до кількох місяців і навіть років, маючи ту чи іншу клінічну картину. Поняття неврозу часто використовується в теорії та практиці психології, психотерапії та психіатрії, і особливо цікаве через його психогенну природу [16].

Таким чином, неврози - це функціональні (принципово зворотні) психічні розлади, що виникають під впливом психотравмуючих факторів при недостатній ефективності психологічних захисних механізмів в умовах тривалої соціальної ситуації, яка перешкоджає задоволенню основних потреб людини або представляє загрозу для її майбутнього життя, яку людина намагається подолати і не може [60].

Схильність до розвитку неврозу включає не тільки психологічні фактори (характеристики особистості, умови її дорослішання і виховання, налагодження взаємовідносин із суспільством), а й біологічні (функціональна недостатність нейромедіаторів або нейрофізіологічних систем, що викликають у хворих вразливість до деяких психогенних факторів) [17].

Клінічно невроз може проявлятися найрізноманітнішими розладами, як суто психічними (тривога, астенія, депресія, фобія, іпохондрія, нав'язливі стани), так і соматовегетативними (вегетативні дисфункції, розлади сну, хронічні больові синдроми). Неврози слід відрізнити від неврозоподібні розлади, що виникають як ускладнення соматичних і неврологічних захворювань, медикаментозного лікування [62].

Також, поняття «невроз» можна визначити як наслідок гострого або хронічного емоціогенного впливу (з дуже високим ступенем особистісної значущості), завжди небажаного, що порушує можливість реалізації важливих для конкретної людини потреб, і в цьому зв'язку, викликаючи тим самим яскраво виражені негативні емоції, які разом з емоційними розладами призводять до появи вегетативно-ендокринного дисбалансу [20].

Аналіз психологічної літератури виявив, що поняття невроз має різні трактування. Так, В.Мясищев розглядає невроз як хворобу особистості, а точніше, як хворобу розвитку особистості, коли йдеться про нездатність успішно і продуктивно розв'язувати протиріччя між собою та важливими сторонами дійсності. Вчений також підкреслює, що для виявлення специфіки виникнення неврозу недостатньо врахувати особливості типу нервової діяльності, важливі також особливості самої особистості [53]. А. Свядощ описує невроз як одне з найпоширеніших нервово-психічних захворювань виключно психогенної етіології. Він вважає, що на появу захворювання багато в чому впливають не тільки закладені типологічні властивості нервової системи, але і її стан до настання психічної травми (наприклад, астенізація під впливом екзогенних негативних факторів). Важливу роль відіграють також погляди і настрої особистості, здатність критично оцінювати оточуючі умови, вміння долати життєві проблеми і знаходити вихід із складної ситуації.

А Н.Ф. Калініна визначає поняття неврозу в рамках сучасного психоаналітичного підходу: «...невротик розколений надвоє уявною діалектикою Его і об'єкта...», дотримуючись ідеї співвідношення цієї

клінічної категорії зі стадіями психосексуального розвитку людини: «Невроз представлений спробою суб'єкта замінити втрату реальності уявними об'єктами фантазії та ідеалізованими нарцистичними стосунками» [37]. Т.С. Яценко, яка розвиває ідею цілісності психічного в рамках глибинної психокорекції в руслі психодинамічного підходу, пояснює виникнення соціальних і внутрішньоособистісних конфліктів постійною внутрішньопсихічною боротьбою протилежних тенденцій, яку вона окреслює поняттям «антиномія», головним змістом якого є єдність і об'єднання суперечливих тенденцій [16].

На основі вищесказаного можна зробити висновок, що етіопатогенез невротичних розладів визначається наступним факторами:

1. Генетичні - конституціональні особливості психологічної схильності до невротичних реакцій та особливості вегетативної нервової системи. Перші доведені за результатами психологічних тестів (рівень нейротизму), другі – визначенням схильності вегетативної нервової системи реагувати на стресові впливи.

2. Фактори, що впливають в дитинстві – невротичні риси характеру та наявність невротичних синдромів у дитинстві свідчать про недостатню стійку психіку та затримку дорослішання. Розрізняють два типи визначення властивостей особистості: загальна схильність до неврозів і специфічна схильність до неврозів певного типу.

Коли людина піддається невротичним тенденціям і використовує цей невідповідний, невротичний алгоритм поведінки, схильність стає процесом. Виконуючи будь-яку діяльність, людина використовує «нездоровий» алгоритм діяльності, який сильно негативно впливає на особистість і все більше змушує людину не шукати «здорові», адекватні способи реагування і поведінки, а використовувати лише невротичний спосіб поведінки [18].

А. Захаров вважає, що неврози як психогенні захворювання особистості в емоційно-загостреній формі відображають багато проблем людських взаємин (взаєморозуміння, оптимального самовираження і

самоствердження, пошуку власного «Я»). Вчений зазначає, що первісно невроз – це емоційний розлад, який виникає в дитинстві, найчастіше внаслідок порушень сімейних стосунків з батьками, але важливий також соціально-психологічний, соціокультурний та соціально-економічний вплив.

В якості критеріїв діагностики неврозу А. Вайн виділяє такі складові:

1) наявність психотравмуючої ситуації (психогенез повинен бути індивідуально значущим і тісно пов'язаним з виникненням і перебігом захворювання); 2) наявність невротичних рис особистості та відсутність психологічного захисту; 3) виявлення характерного типу невротичного конфлікту; 4) невротична симптоматика, яка характеризується значним динамізмом і взаємопов'язана зі ступенем напруженості психологічного конфлікту [37].

У сучасній фаховій літературі, присвяченій проблемі невротичних розладів, зазвичай виділяють наступні основні групи неврозів:

- тривожно-фобічні розлади, які характеризуються наявністю виражених неадаптивних, ірраціональних почуттів тривоги і страху [40];
- obsesивно-компульсивні розлади, що характеризуються наявністю стереотипних повторюваних мимовільних думок (obsesій) та/або наявністю стереотипних повторюваних ірраціональних дій (компульсій), часто захисного характеру;
- конверсійні (істеричні) розлади характеризуються наявністю патологічних неврологічних і соматичних проявів (амнезії, паралічі, епілептичні припадки, сенсорні, вегетативні розлади та ін.) психогенної етіології, які, як правило, пояснюються «переміщенням» інтрапсихічного конфлікту в соматичну сферу;
- неврастенічні розлади (астенічний невроз) характеризуються підвищеною загальною втомлюваністю, нервозністю, неможливістю розслабитися, зниженням працездатності, численними сомато-вегетативними проявами (головні болі, безсоння, запаморочення, розлади серцево-судинної системи та ін.) [3].

З огляду на основні психологічні парадигми, очевидно, що психоаналітики, біхевіористи та гуманісти мали своє власне розуміння невротичних розладів. В ортодоксальному психоаналізі невроз вважається необхідною складовою розвитку і пов'язується з дитячою тривожністю (М. Кляйн). Досить часто невротичну структуру особистості описують як найбільш здорову та зрілу (на відміну від межової або психотичної організації особистості за О. Кенбергом).

Однак у класичній психоаналітичній парадигмі розглядають наступні види неврозів: психоневрози - через причини з минулого (істерична конверсія, невроз страху, невроз нав'язливих станів); актуальні неврози – викликані причинами сьогодення і описані з точки зору сексуального життя клієнта; неврози характеру – коли симптомами є патологічними рисами особистості; посттравматичний невроз - результат шоку або травми; невроз перенесення – може розвинути в процесі психотерапевтичної практики; нарцисичні неврози - а) шизофренія; в) параноя; в) меланхолія [2].

Представники біхевіоризму вважають, що існують лише окремі невротичні симптоми в результаті неправильного навчання (Г. Айзенк, Д. Вольпе), і заперечують існування неврозу як самостійної нозологічної одиниці. Тому завдання поведінкової психотерапії полягає в тому, щоб змінити поведінку, перевчити, наблизитися до правильних еталонних норм або кліше, які можуть виконувати адаптивну функцію.

У рамках когнітивної концепції Елліса причиною невротичних розладів виступає ірраціональне мислення, що означає, що позитивні чи негативні емоції викликані не об'єктивними подіями як такими, а нашим суб'єктивним сприйняттям і оцінкою цих подій. У раціонально-емоційній психотерапії важливо вивчити та реконструювати ірраціональні переконання індивіда [21].

Прихильник гуманістичної психології К. Роджерс підкреслює, що невроз — це незадоволена потреба в самоактуалізації. Суть клієнтоцентрованої психотерапії, розробленої К. Роджерсом, полягає в тому, що психотерапевт встановлює з клієнтом такий контакт, який пацієнт

сприймає не як лікування і вивчає його з метою діагностики, а як глибоко особистий контакт. В. Франкл характеризує невроз як різновид «хвороби світогляду». Крім того, на думку К. Роджерса, З. Фрейд зображує ірраціональну, несоціалізовану та деструктивну особистість, і такі люди іноді трапляються, але в цей час вони невротичні, а не здорові [29].

Слід зазначити, що західні школи психотерапії «нової хвилі» в основному підтримують антинозологічну точку зору і не проводять диференційного діагнозу між клінічним симптомом і психологічним феноменом.

Під час теоретичного аналізу виявлено, що вчені вживають терміни «невротичні розлади», «невротизація», «невроз» та «нейротизм» у вузькому термінологічному значенні. Однак ці терміни не є синонімами. «Невротичні розлади» відносяться до числа зворотних розладів нервової системи та психогенне походження. «Нейротизм» — особлива риса особистості, «невроз» — гостра дезадаптивна реакція на явища навколишньої дійсності, «невротизація» — особистісна риса, неадаптивну психологічна схильність. Вчені вважають, що невротизм - постійне явище. Високий рівень невротизації характеризується наявністю дисфункціональних глибинних переконань, патернів мислення, копінг-стратегій і виражається в порушенні зовнішніх (поведінка) і внутрішніх (емоції та когніції) аспектів функціонування особистості, можливих неадекватних психосоматичних реакціях.

1.2. Концепції невротизації особистості вітчизняних та зарубіжних дослідників

У великій кількості праць вітчизняних і зарубіжних вчених висвітлено різні аспекти теорії патогенезу невротичних розладів і розроблено багато методологічних підходів до їх профілактики та подолання (В. Гарбузов, М. Гуревич, Н. Дмитрієва, А. Захаров, Б. Карвасарський, В. Ковальов, А. Лічко,

В. Менделевич, В. Мясичев, І. Павлов, Г. Пілягіна, А. Свядош, Т. Яценко, А. Адлер, А. Бек, Дж. Келлі, М. Кляйн, Ж. Лакан, А. Маслоу, Ф. Перлз, К. Роджерс, Б. Скіннер, В. Франкл, А. Фройд, З. Фройд, К. Хорні та багато). У той же час єдиної теорії неврозу не існує, як і загальноприйнятого визначення цього поняття. На сьогоднішній день вченими розроблено безліч теорій неврозів, заснованих на різних поглядах на природу психіки, основні фактори її формування в нормі і причини психічної патології (особливо неврозу).

Автори, які займалися проблемою класифікації цих теорій, наприклад, А. Александров, Л. Бурлачук, Б. Карвасарський, Г. Фейст і Дж. Файст, Р. Фрейджер, Дж. Федімен, А. Холмогорова поділяють їх на чотири групи. : психодинамічні; когнітивно-біхевіоральні; екзистенційно-гуманістичні; трансперсональні [42].

Психодинамічні тенденції в основному представлені психоаналізом і підпорядкованими йому теоретичними концепціями (такими як аналітична психологія, его-психологія, індивідуальна психологія, структурний аналіз тощо). Загальною гіпотезою, на якій базуються психодинамічні теорії, є припущення про те, що психічна діяльність людини визначається взаємодією певних психічних сил, переважно несвідомих, а психічний розлад є результатом їх зіткнення. Центральне місце в психоаналітичній теорії неврозу займає поняття лібідо. У своєму розвитку психіка людини проходить певні «психосексуальні» фази (оральну, анальну, фалічну та генітальну), які визначаються концентрацією лібідо у відповідних еrogenних зонах. За визначенням З. Фрейда, лібідо виражається в прагненні до задоволення, статевому потягу, яке автор порівнює з бажанням їжі – голодом трансперсональні [42].

Вчений стверджує, що лібідо має інстинктивний характер і не залежить від жодних етичних чи культурних норм. За З. Фрейдом, вершиною психосексуального розвитку є підпорядкування індивідуальних статевих інстинктів, які в прегенітальному періоді мали дифузний характер,

генітальним інстинктам і підпорядкування сексуальності функції продовження роду відтворення [105]. У тому випадку, якщо задоволення лібідо на пізніх стадіях з тих чи інших причин неможливо, спрацьовує механізм регресії - витіснення лібідо на попередні об'єкти або взагалі повернення сексуальної організації до попередніх форм [13].

Відповідно до психоаналітичної теорії, регресія лібідо відіграє одну з ключових ролей у розвитку неврозів. Вчений зазначає, що невроз у психоаналітичному розумінні є вирішенням конфлікту між інстинктивними потягами та цензурою, між Ід та Суперего. Вимушена відмова від більш зрілих форм задоволення лібідо призводить до регресу. Примітивні форми сексуальності піддаються цензурі та витісняються в несвідоме. Лібідо, яке потребує задоволення, модифікується вимогами Супер-Его і символічно виражається у формі невротичних симптомів. Праці З. Фрейда, присвячені проблемам розвитку і функціонування психіки, етіології психічних розладів і методам їх лікування, лягли в основу багатьох сучасних психологічних течій. У класичному психоаналізі виділяють кілька типів неврозу: психоневроз, актуальний невроз, нарцистичний невроз, невроз характеру, травматичний невроз, невроз перенесення, невроз органу, дитячий невроз і невроз страху.

Розглянемо їх докладніше. Психоневроз є наслідком причин, пов'язаних з минулим, і може бути пояснений лише такими поняттями, як особистість і історія життя. З. Фрейд виділив три види психоневрозів: істерична конверсія, істеричний страх (фобія) і невроз нав'язливих станів. Симптоми цих неврозів можна інтерпретувати як конфлікт між Его та Ід. Саме психоневрози, за З. Фрейдом, який виникає в результаті невротичного конфлікту, тобто несвідомого конфлікту між інстинктом Ід, який прагне до розрядки, і захистом Его, яке перешкоджає безпосередньому розслабленню або доступу до свідомості [38].

Таким чином, конфлікт є невротичним лише в тому випадку, якщо одна з його сторін несвідома і якщо він вирішується за допомогою захисних механізмів, відмінних від сублімації. При цьому симптом розглядається як

компромiс між пригніченим бажанням і вимогами домінуючого фактора. Супер-Его відіграє складну роль у невротичному конфлікті, викликає почуття провини (що дуже болісно на свідомому рівні) навіть при символічній розрядці, яке проявляється як симптом психоневрозу. Таким чином, у формуванні невротичного симптому беруть участь усі ланки психічного апарату [51].

Актуальний невроз є наслідком причин, пов'язаних з сьогоденням, і пояснюється такими поняттями, як сексуальна поведінка і пацієнт та є фізіологічним наслідком статевої дисфункції. З. Фрейд розрізняв дві форми актуального неврозу: неврастенію, як наслідок гіперсексуальності, і невроз тривоги, який є результатом відсутності розрядки статевого збудження. Нарцисичний невроз пов'язаний із нездатністю пацієнта до трансферу я.

Характерною рисою неврозу є спрямованість на Его, що в свою чергу підвищує ступінь амбівалентності почуттів. Цей тип неврозу означає, що у пацієнта є конфлікт між Его та Супер-Его. Невроз характеру виражається в симптомах, які по суті є рисами характеру. Травматичний невроз може бути викликаний певними потрясіннями. Невроз перенесення розвивається під час психоаналізу і характеризується нав'язливим інтересом пацієнта до психоаналітика. Невроз органу позначає психосоматичне захворювання, але в психоаналізі цей термін використовується досить рідко. Дитячий невроз проявляється в дитинстві, тоді як класичний психоаналіз припускає, що неврози дорослих завжди передують неврозам дітей. Невроз страху/тривоги вказує на наявність будь-якого неврозу, при якому основним симптомом є тривога, або є одним із видів актуального неврозу [68].

Розглянемо загальну концепцію психологічного походження неврозів в рамках психоаналізу. Центральним змістом психологічного походження неврозів є поняття невротичного конфлікту. З. Фрейд трактував невротичний конфлікт як переживання, протистояння, що виникають внаслідок двох несумісних тенденцій, які водночас виступають мотивом і визначають почуття та поведінку. На думку З. Фрейда, сутність неврозу полягає в

конфлікті між несвідомим і свідомим. Свідома складова – це норми, правила, заборони, вимоги, які існують у суспільстві та є елементами Супер-Его. Несвідомий компонент - це первинні, інстинктивні потреби та потяги, які є частиною змісту ідентифікатора. Коли ми витісняємо їх у несвідоме, вони не втрачають свій енергетичний потенціал, а, навпаки, зберігають його і навіть посилюють. Надалі вони можуть проявлятися в соціально прийнятних формах поведінки (внаслідок сублімації), а якщо це неможливо або недостатньо, то проявлятися у вигляді невротичних симптомів. Таким чином, невроз є результатом конфлікту між свідомим і несвідомим, який формується первинними біологічними потребами та інстинктами, особливо сексуально-агресивного характеру, які рухаються під впливом моральних норм, правил і заборон. і вимоги [3].

Інший психодинамічний напрям – індивідуальна психологія – приділяє основну увагу поняттю «комплексу неповноцінності» як яскраво вираженого відчуття власної незавершеності, слабкості, малозначущості, в основі якого можуть лежати реальні та уявні причини

Індивідуальна психологія, як і психоаналіз, шукає коріння психічної патології в ранньому дитинстві. На думку А. Адлера, причини психічних розладів можна шукати в наявності певних фізичних недоліків особистості, об'єктивних умов раннього розвитку, особливостей виховання тощо. Дія цих факторів зумовлює формування «стилю життя» особистості – «підходу до дійсності та до себе» [21]. Згідно з висновками досліджень в галузі індивідуальної психології, невротичний розлад є результатом формування в особистості неадаптивного життєвого стилю, який характеризується схильністю до «псевдокомпенсації» комплексу неповноцінності: ліні, брехні, втечі в хворобу або слабкість, нездорового нарцисизму, комплексу переваги. А. Адлер вважав, що для подальшого функціонування особистості надзвичайно важлива «сімейна органічна конституція» — типові зразки сімейного реагування. Невроз - це невдалий спосіб компенсації почуття неповноцінності шляхом розвитку особистості на некорисній стороні життя.

Також, А. Адлер при описі невроту використовував не медичну модель, а соціально-психологічні критерії. На його думку, продуктивність особистості залежить від того, наскільки вона здатна вирішувати життєві завдання: вибір сфери діяльності, шлюбного партнера, виконання професійних і сімейних обов'язків. Створюючи захисний спосіб життя, невротик створює дистанцію між собою і життєвими завданнями. Невротична симптоматика стає засобом уникнення відповідальності за вчинки, приводом для бездіяльності.

Основоположник аналітичної психології К. Юнг, як і З. Фрейд, вважає лібідо рушійною силою психіки, але це не тільки сексуальний потяг, а взагалі психічна сила, яка включає як примітивні інстинкти відтворення та збереження потомства, так і більш складні психічні явища [52]. На думку вченого, генетично передаються не лише фізичні ознаки та інстинкти, а й цілі комплекси емоційно насичених психічних змістів, які дослідник називає архетипами. Архетипи – це неусвідомлювані базові психічні структури, що виконують регулятивну функцію в психічній діяльності індивіда, як і інстинкти в поведінці. К.Г.Юнг визначав невроз як невдалу спробу індивіда вирішити загальну проблему в собі - примирити дві сфери людського існування: свідому і несвідому. Об'єднуючи ці протилежності, Самість надає сенс людському існуванню. Тому К. Г. Юнг під неврозом розумів страждання душі, яка не знайшла свого «смыслу». Описуючи невроз медичними термінами, К. Г. Юнг віддавав перевагу поняттям своєї власної концептуальної моделі. Він поміщає хворобу в загальнокультурний процес, шукає її зв'язок із загальнолюдськими проблемами, проводить паралелі з міфологією, релігією, мотивами, художніми образами. Саме визнання цього факту має на пацієнта терапевтичний ефект.

Поділяючи психотерапевтичну метафору аналітичної психології, розчарований індивід знаходить підтримку в переживанні свого зв'язку з людством. К. Г. Юнг розглядає невроз не з точки зору його причинної

обумовленості конфліктами з минулого, а як поточну зупинку розвитку, нездатність рухатися далі по шляху розвитку особистості [50].

Відповідно до теорії К. Юнга, психічний розлад є результатом роз'єднання частин психіки індивіда, що, отже, є способом вирішення конфлікту між внутрішнім психічним змістом і вимогами суспільства та об'єктивної реальності. За К. Юнгом, невроз і психоз відрізняються ступенем дисоціації та подальшого включення механізмів архетипічної психічної регуляції. При невротичному розладі психіка людини зберігає системний характер і діє на рівні свідомості та індивідуального несвідомого, тоді як при психозах зв'язок між частинами психіки значно послаблюється і виникають архаїчні, архетипові психічні сили [52].

Використовуючи ідеї психоаналітичної теорії, Е. Фромм виступав проти буквального розуміння теорії Фрейда і трактував психоаналітичні поняття в більш широкому сенсі [64]. Вчений торкався проблем етики, моралі, релігії, свободи та вибору, вводячи семантичний реєстр у поле класичної психоаналітичної теорії. На думку автора, психічно здорова людина – це людина без впливу інфантильних переживань, яка творчо реалізує себе в праці на благо суспільства, а невроз – це вираження незрілості особистості, моральний конфлікт між її інфантильними бажаннями і вимогами суспільства.

З точки зору Е. Фромма, неврози - це симптоми моральної поразки людини в її житті, в тому числі в боротьбі за свободу. Е. Фромм стверджує, що право висловлювати свої думки має сенс лише у випадках, коли ми здатні мати власні думки. Свобода від зовнішньої влади дає власність лише в тому випадку, коли внутрішні психологічні умови дозволяють утвердити власну індивідуальність. Придушення спонтанних почуттів починається в ранньому дитинстві. Це відбувається в процесі виховання, головним завданням якого є усунення антагоністичної реакції дітей у результаті конфліктів із зовнішнім світом. Методи виховання можуть бути різними: від погроз до підкупу, який збиває дітей з пантелику і змушує їх відмовитися від ворожнечі. При цьому

дитина не бажає виражати свої емоції і, зрештою, самі почуття. Крім того, дитина вчиться пригнічувати усвідомлення ворожості та нещирості інших людей. Крім того, дитину вчать проявляти емоції, які їй не властиві: любити людей, бути некритично добрим, сміятися тощо. Те, що батьки встигають «запрограмувати» в дитинстві, завершує соціальний процес. На думку Е. Фромма, найжахливіше те, що в більшості випадків людина вже не усвідомлює, що така удавана доброта — це всього лише жест, і при цьому втрачається здатність відрізнити псевдоемоції від спонтанної доброти. Невроз можна розуміти як невдалу спробу вирішити конфлікт між непереборною внутрішньою залежністю і прагненням до свободи.

Під неврозом також можна розуміти конфлікт, який має моральну основу. У багатьох випадках невротичні симптоми є суттю конкретно вираженого морального конфлікту. Це означає, що успіх терапевтичних зусиль, на думку Е. Фромма, залежить насамперед від розуміння терапевтом моральної проблеми людини. Тобто, неврози є вираженням моральних проблем, а невротичні симптоми є результатом невирішених моральних конфліктів [5]. На відміну від З. Фрейда, Е. Фромм бачив генезис неврозу не тільки в біологічному факторі, а вважав його джерелом людських пристрастей, мотивів, історично обмовлених факторів, не применшуючи ролі біологічних факторів.

Відмінність біологічного підходу З. Фрейда до людини від соціального мислення Е. Фромма полягає в тому, що З. Фрейд розумів роль несвідомої психосексуальної енергії в житті людини і наголошував на її впливі на всі сфери людської діяльності — сексуальність сама по собі не веде до закріплення відповідних взаємин в людській особистості. Важливість фантазій не в задоволенні, а в тому, що вони виражають специфічне ставлення до світу [50]. Проте Е. Фромм підкреслює, що психічне здоров'я людини не є мірилом її пристосованості до запитів суспільства, а навпаки, характер соціальної системи і соціальних відносин впливає на розвиток здорової або патологічно організованої особистості. Таким чином, зміна

сміслових акцентів у психоаналітичній теорії Е. Фромма дозволяє говорити про її екзистенційно-гуманістичну та соціальну спрямованість.

Подібні погляди на психічну патологію Е. Фромма проявляються в інтерперсональному підході Г. Саллівана. Вчений розглядає особистість як суб'єкт людських відносин, який розвивається і функціонує в процесі міжособистісної взаємодії. На думку Г. Саллівана, центральні структури особистості формуються в ранньому віці в процесі засвоєння дитиною найпростіших моделей взаємодії з батьками, а психічна патологія є результатом формування таких базових моделей міжособистісної взаємодії у дитина, що відхиляється від загальноприйнятих норм, і поступове накладення на неї основних психічних структур інших психічних утворень [14].

На думку Х. Саллівана, основним об'єктом виявлення неврозів і психозів є не психічна структура (розум, особистість тощо), а типи поведінки, що зустрічаються серед людей. Уявлення Г. Саллівана про невроз засновані на його теорії особистості як міжособистісного явища. Згідно з цим, особистість розвивається в процесі стосунків дитини зі значимими людьми, які її оточують. Після народження дитина вступає в близькі стосунки з матір'ю (або з тими, хто замінює матір). По суті, ці стосунки є прототипом і справжнім початком усіх стосунків із значущими людьми, в яких формується особистість людини. У такому міжособистісному середовищі, переважно під впливом потреби організму в безпеці та самовираженні, тривога проявляється чи ні [50].

Теорія неврозогенезу К. Хорні також має соціальну спрямованість. Дослідниця погоджується із З. Фрейдом щодо важливості ролі конфлікту між інстинктивними потягами та вимогами Супер-Его у виникненні неврозу, але заперечує його базисний характер. На думку вченої, серцевина неврозу розкривається в конфлікті різноспрямованих «ставлень» (відношень) до оточуючих – «рух назустріч людям, проти людей і від людей», які виконують функцію психологічного захисту від «базальної тривоги». На думку К. Хорні,

через свою ригідність невротик не здатний гнучко використовувати всі три атитюди, необхідні для нормального функціонування особистості в суспільстві, що зумовлює виникнення неврозу, тобто неадекватного реагування на об'єктивну дійсність. Центральним поняттям концепції К. Хорні є самореалізація людини. На її думку, якщо порушується можливість самореалізації, то людина стає невротиком, який переживає внутрішній конфлікт [64].

Джерело неврозу К. Хорні вбачала у конфлікті між соціальними схильностями людини та ворожими їй умовами соціального середовища. Тривога призводить до зневіри у власних силах, відчуття власної неповноцінності, а перфекціонізм спонукає людину долати страх і дає їй свободу і впевненість. Тенденція до вдосконалення, однак, посилює залежність людини від інших членів суспільства. К. Хорні зазначає, що зростання вимог суспільства до індивіда посилює його прагнення до вдосконалення, а це призводить до його поневолення до соціальних умов, тому відмінність невротичного хворого від нормальної людини суто кількісна.

На думку К. Хорні, кожна людина має свій особистісний потенціал розвитку, конструктивна реалізація якого дозволяє індивіду досягати цілей і успіхів, долати труднощі і поступово ставати тим, ким він може і хоче стати. Психопатологічні розлади виникають лише тоді, коли зовнішні соціальні фактори блокуються силами, які сприяють позитивному росту та розвитку. Дитина, яка росте в здоровому соціальному середовищі, розвиває почуття причетності до безпечного та освітнього середовища. Дитина, батьки чи вихователі якої не вміють проявляти любов, турботу та повагу до її особистості, стає особистістю, яка постійно переживає почуття тривоги, сприймає світ як неприязний і ворожий. У цьому випадку здорове прагнення до самореалізації змінюється всеохоплюючим прагненням до безпеки – базовою невротичною потребою [52]. Щоб впоратися з відчуттям недостатньої безпеки, безпорадності та ворожості, які характеризують

базальну тривожність, дитина часто використовує захисні стратегії. К. Хорні описала десять таких стратегій, які вона назвала невротичними потребами або невротичними тенденціями (в любові та схваленні, в чітких обмеженнях, у владі, у експлуатації інших, у соціальному визнанні, у самодостатності і незалежності тощо).

Таким чином, на сьогоднішній день розроблено багато теорій невротизації в рамках основних психологічних напрямків – психодинамічного, когнітивно-поведінкового, екзистенціально-гуманістичного, трансперсонального. Порівняльний аналіз психологічних теорій неврозів дозволяє констатувати наявність принципово різних поглядів не тільки на походження неврозу, але і на його природу в цілому.

Загальною гіпотезою психодинамічних потоків є припущення про те, що психічна діяльність людини визначається взаємодією певних несвідомих психічних вимірів, а психічний розлад є результатом їх зіткнення. У поведінковій психології вивчення особливостей психічного розвитку здійснюється з метою прогнозування та контролю поведінки, а психічний розлад трактується як наслідок, що включає формування в особистості неадекватних, ірраціональних, ригідних когнітивних патернів, а також як результатом цього є поява відповідних дисфункціональних стратегій поведінки. В екзистенційно-гуманістичних психологічних напрямках невроз розглядається в контексті вивчення особистості як неподільного цілого, де особлива увага приділяється відношенню людини до «кінцевих даностей існування»: смерті, свободи, екзистенційної ізоляції, безглуздості та смислу. Трансперсональний напрям пронизує екзистенціальну проблематику, зосереджуючи увагу на дослідженні екстатичних, містичних, релігійних переживань. На цьому тлі невротичні прояви розглядаються не як патопсихологічні прояви психічної діяльності, а як техніки індукції змінених станів свідомості, змісту «надособистісного» переживань. Сучасні психологічні теорії невротизації мають інтегративний характер і пояснюють це явище комплексною дією несприятливих факторів, основними з яких є

особливості перебігу психічних процесів, особливості ранніх етапів розвитку та умови виховання, існуючі конфлікти між потребами та вимогами середовища тощо.

1.3. Клінічні прояви психічної невротизації особистості

Аналіз психологічної літератури показав, що генеральну сукупність психічних розладів традиційно поділяють на дві великі групи: психотичні психічні розлади та невротичні психічні розлади. Ці групи розладів відрізняються за поширеністю, причинами виникнення, формами, особливостями перебігу, прогнозом, підходами до лікування та профілактики. Сьогодні вважається, що психотичні розлади мають переважно органічне походження і майже невиліковні; невротичні розлади - ті, що мають психогенне походження і значною мірою піддаються психотерапевтичному впливу. Коли говорять про невротизацію особистості як особливу форму підготовки її переходу в невротичне захворювання, то необхідно сказати, що невротизація проявляється в дезорганізації емоційних станів у вигляді психічної пригніченості. В науковій літературі вказується на такі клінічні прояви невротичних розладів особистості, як: тривожні розлади, депресію, апатію, аутоагресію, фобії, безсоння [10].

Ці досить різні невротичні стани мають низку загальних рис: особистість практично не реагує на зовнішні впливи, хіба що за допомогою дезорганізуючого емоційного стану, який може посилюватися під впливом різноманітних стимулів, як позитивних, так і негативних; чим більше навіювати сміливість людині, яка відчуває постійний страх, тим страшніше йому стає; в такому режимі інтелект людини вже не справляється з енергетичним режимом, і в той же час його роль в оцінці зовнішніх впливів і особистих переживань практично не помітна. Розум і воля не допомагають людині швидко й успішно подолати недостатність емоційних станів і надати їм комунікабельну форму; відтворення емоційної норми вимагає часу,

спокою, допомоги інших, іноді навіть терапії. У загальній структурі психічних захворювань переважають непсихотичні психічні розлади, пов'язані переважно зі стресовими, психотравмуючими факторами, зниженням адаптаційних можливостей особистості в сучасних умовах геополітичних змін, загрози терористичних атак, військових конфліктів та, загалом, швидким темпом життя та інформаційного прогресу [25].

Додамо, що різні прояви розладів мають схожий механізм: між інтелектом і емоціями немає нормального зв'язку. Інтелект недооцінює правильно зовнішні та внутрішні впливи, не розкриває їх значення для особистості. Його керівництво командами не містить відповідних емоційних програм і вироблених у житті стереотипів емоційної поведінки. Замість відповідних емоційних програм і стереотипів автоматично виникає той самий стереотип, характерний для особистості. Її поведінка стає неадекватною, але в той же час не є результатом очевидних реальних причин [65].

Що стосується соціальної фрустрації індивіда, яка виражається в незадоволеності соціальними досягненнями в основних сферах життя, то часте повторення його переживань може викликати глибокі порушення в адекватності оцінки подій і власної поведінки. До соціальних досягнень життя індивіда можна віднести його досягнення у сфері навчання, стосунків з іншими людьми, стосунків із суб'єктами його професійної діяльності тощо [41].

Психічний стан, викликаний фрустратором, знаходиться під впливом цього фрустратора, і в тому випадку, коли цей фрустратор носить соціальний характер, говорять про соціальну фрустрацію. У більшості випадків стан фрустрації людина переживає як: позбавлення (як відсутність необхідних засобів для досягнення мети чи задоволення потреби); втрату (залежно від обставин може бути зовнішньою або внутрішньою); конфлікт (який однаково проявляється у внутрішній чи зовнішній формі). Треба сказати, що психічні стани при втраті, позбавлення та конфлікті переживаються відповідно до їх змісту, сили та значення [45]. Фрустрація відрізняється не тільки

психологічним змістом або спрямованістю, але і тривалістю. Психічні стани, що характеризують фрустрацію, також можуть бути короткочасними [72].

Узагальнюючи результати теоретико-методологічного аналізу досліджень, присвячених вивченню перебігу психічних станів особистості у студентський період, можна виділити таких вчених, як: В. С. Агавелян, Т. В. Алексєєва, І. В. Волженцева, Г. Ш. Габдрєєва, С. О. Гапонова, Є. П. Ільїн, Т. О. Комар, Г. М. Льдокова, Н. О. Макарчук, Е. Л. Носенко, Н. М. Пейсахов, А. О. Прохоров, В. М. Сінайко, Ю. Є. Сосновікова, М. І. Томчук, О. Я. Чебикін, М. Г. Юсупов та ін.

Так, дослідження Г. М. Льдової щодо негативних психічних станів студентів у ситуаціях з невизначеним результатом показує, що для них характерні стани тривоги, агресивності, фрустрації та ригідності, але про їх перебіг йдеться лише в екзаменаційний та післяекзаменаційний періоди. Н. О. Макарчук вважає, що суб'єктивними детермінантами виникнення конфліктних ситуацій у пізньому юнацькому віці є тривожність, агресивність, фрустрація та ригідність. Т. В. Алексєєва зазначає, що динаміка негативних психічних станів відображає процес адаптації студентів до навчання у ВНЗ. Коротко охарактеризуємо негативні психічні стани, найбільш характерні для студентського віку. Різні автори по-різному трактують ці стани, описують і класифікують їх, тому наведемо загальноприйняті уявлення про них. Вчені трактують тривогу як неприємний стан емоційної напруги, наростання небезпеки, гострого внутрішнього беззмістовного хвилювання, занепокоєння, передчуття несприятливого розвитку подій, небезпеки або чогось значущого, важливого для людини в ситуації невизначеності та часто супроводжується страхом або іншими станами (наприклад, гнівом, соромом, провинною, інтересом тощо)[66].

Підвищена тривожність виникає і реалізується в результаті складної взаємодії когнітивних, емоційних і поведінкових реакцій [73]. Стан тривоги супроводжується психомоторними розладами, фізіологічними змінами дихальної, серцево-судинної та нервової систем, зміною перебігу психічних

процесів і проявляється в міміці, рухах, відтінках інтонації тощо. Формами прояву тривожності у студентів можуть бути невпевненість у собі, недовірливість, занепокоєння можливими проблемами, труднощі в прийнятті остаточного рішення, схильність до межових станів тощо. Тривога може проявлятися як стан («реактивна» або «ситуаційна» тривога), так і як риса особистості («особистісна» тривожність).

Ситуативна, тобто, «реактивна» тривожність виникає як реакція людини на різні зовнішні чинники, на очікування оцінки, агресивну поведінку, неприязне ставлення до себе, загрози впевненості в собі, престижу і супроводжується напругою, тривогою, заклопотаністю, нервозністю, страхами, активацією вегетативної нервової системи, розладами уваги. Цей стан визначається об'єктивними умовами, що свідчать про ймовірність неуспіху або невдачі, і зазвичай має адаптивний характер, якщо не перевищує певного оптимального рівня [67].

Особистісна тривожність формується в процесі систематичного перебування людини в умовах, що сприяють інтенсивному виникненню стану тривоги, і закріплюється як психічна властивість. Це суб'єктивний прояв неблагополуччя студента, який визначається особливостями нервової системи і виявляється у схильності сприймати різноманітні ситуації як такі, що загрожують його впевненості в собі, самоповазі та репутації [27].

Студенти, які під час навчальної діяльності переживають стан тривоги, жорстко реагують на невдачі, негативні оцінки, намагаються уникати незнайомих ситуацій, нових завдань, невпевнені у вірності своїх рішень і поведінки, виявляють ознаки заниженої самооцінки, гірше навчаються у стресових ситуаціях, виявляють підвищену психомоторну активність, навіть безпечні ситуації сприймають як небезпечні для себе. Інформація про успіх мотивує таких студентів краще, ніж інформація про невдачі; у них порушені процеси адаптації та інтеграції, що проявляється в проблемах міжособистісного спілкування. Стан тривожності певною мірою стимулює

відбивається на перебігу когнітивних і саморегуляційних процесів, тоді як при високій інтенсивності ці процеси знижуються і дезорганізуються [57].

Аналіз психологічної літератури, присвяченої проблемі депресивних розладів, показав, що при позначенні симптомів депресії фахівці акцентують увагу переважно на її емоційних, когнітивних, сомато-вегетативних і поведінкових проявах. Емоційні прояви депресії традиційно включають пригнічений, тужливий настрій, почуття провини, апатію, підвищену тривожність, страх, який може переходити в паніку і відчай; почуття безпорадності та безнадійності, втрати сенсу життя [6].

Для людини в стані депресії її сьогоднішня здається похмурим, іноді нестерпним, а майбутнє без радості і без можливостей; песимістична оцінка майбутнього посилює тривожність і почуття безпорадності. Через призму депресивних переживань вона також оцінює своє минуле, яке сприймає як низку помилок і невдалих дій. Депресія викликає негативні зміни у ставленні людини до себе, що проявляється в надмірній самокритичності, заниженій самооцінці, появі комплексу неповноцінності, відчутті власної нікчемності і навіть повного життєвого фіаско. Негативне ставлення до себе, невпевненість у власних силах значно знижує активність депресивної людини, викликає страх і тривогу перед необхідністю виконувати навіть звичні види діяльності, приймати будь-які рішення і вирішувати проблемні ситуації. Це призводить до посилення почуття відповідальності та провини за власну бездіяльність, що в свою чергу поглиблює депресивні переживання [7].

Вчені (С. К'єркегор, О. Лоуен, Д. Хелл та ін.) зазначають, що в стані депресії людина може відчувати почуття глибокої внутрішньої спустошеності, душевного заціпеніння, психічної і фізичної скутості, коли практично відсутні інтереси, мотиви, почуття. Відчуття психічного завмирання поширюється на сприйняття навколишніх подій і проміжків часу.

Для депресивної людини час тече надто повільно, на тлі швидкості подій у житті інших людей їй здається, що її життя зупинилося. Результати наукових досліджень і конкретних спостережень свідчать про те, що депресія

викликає зміни в поведінці і соціальних відносинах хворого. Так, Д. Хелл виділяє три характерні поведінкові компоненти в моделі депресії: заклик, ворожість, уникнення. Він детально описав схему використання компонентів депресивної поведінки. Спочатку поведінка людини, яка страждає на депресію, схожа на заклик, крик про допомогу. Розпач і безпорадність хворого викликає у рідних співчуття і бажання допомогти. Проте скарги депресивної людини з часом починають викликати невдоволення і ворожі почуття до неї в оточенні: дратівливість і нестриманість хворого призводять до появи відчуженості у людей, з якими вона спілкується. Іншими словами, заклик, ворожість і відчуженість як компоненти депресивної поведінки пацієнта викликають у партнера амбівалентні емоції - симпатію, роздратування і бажання уникнути спілкування. Іноді суперечливі емоції близьких настільки сильні, що, блокуючи один одного, також провокують відчуття безпорадності та внутрішньої порожнечі. Таким чином, дослідження депресивної поведінки доводить, що депресія є проблемою не тільки її носія: вона глибоко проникає в сферу міжособистісних стосунків хворого, приносячи страждання і його близьким [8].

Вчені (О. П. Ветроградова, О. Н. Золотухіна, Ю. В. Ковальов, А. Б. Смулевич та ін.), характеризуючи особливості поведінки людей, які перебувають у депресивному стані, відзначають її неоднорідність. Специфіка депресивної поведінки залежить від типу депресії та глибини її вираженості. Так, деякі різновиди депресивного синдрому (тривожна депресія, ажіатована депресія) характеризуються надмірною руховою активністю: хворий не знаходить місця, кудись поспішає, його рухи безперешкодні, різкі, іноді погано координовані; внутрішній неспокій і тривога знаходять вихід у плачі, скаргах, самозвинуваченнях [31].

При інших варіантах синдрому (адинамічна депресія, астенічна депресія, ступорозна депресія) з'являються рухова загальмованість, апатія, відчуття фізичного виснаження, у важких випадках можливий ступор. У клінічній картині «прихованої» депресії на першому плані виступають

сомато-вегетативні симптоми, але поведінкових змін може взагалі не бути [35].

При відносно легких депресивних розладах поведінка людини може залишатися незмінною (намагається вести звичайний спосіб життя, виконувати сімейні та професійні обов'язки, не виявляти ознак погіршення настрою); із поглибленням депресивного стану стають більш помітними її поведінкові прояви (суттєво знижується соціальна та рухова активність або, навпаки, з'являється збудження, агресивність, дратівливість) [39]. Дослідження психологів (А. Бек, Д. Майерс, Д. Хелл, П. Левінзон та ін.) показують, що депресія призводить до негативних змін у когнітивній сфері особистості.

Зокрема, депресивний настрій є причиною негативного мислення, песимістичного сприйняття світу та самого себе. Фахівці (Ю.В. Ковальов, О.Н. Золотухіна, В.С. Подкоритов, Ю.Ю. Чайка, Д. Хелл та ін.) відзначають, що депресивні зміни безпосередньо впливають на когнітивні процеси людини. Це проявляється у сповільненості мислення, іноді хаотичності думок, нездатності докладати інтелектуальних зусиль і приймати рішення, нестійкості уваги, проблемах, коли необхідно щось згадати або пригадати. Описи соматичних і вегетативних симптомів депресії, наведені в спеціальній літературі, включають розлади харчування (погіршення апетиту, булімія, анорексія), розлади фізіологічної діяльності (розлади шлунково-кишкового тракту, дискомфорт у грудях, тахікардія, головні болі), десинхронізацію біологічного ритму сну, нездатність рухатися, зниження працездатності, втома, відчуття фізичної скутості та виснаження [48].

Описуючи феномен депресії, вчені та практики депресології сходяться на думці, що головна її небезпека (особливо при важких формах) полягає у значному підвищенні ризику суїцидальних спроб і аутоагресивних тенденцій [6]. На думку Д. Єнікеєва, якщо людині в стані депресії минуле здається темним і непоправним, майбутнє безнадійним, а теперішнє нестерпним, то смерть вважається єдино можливим способом позбутися страждань.

Експерти відзначають, що в одних випадках спроби суїциду відбуваються після тривалих роздумів, в інших – раптово. Людина може говорити про бажання померти або таємно думати про можливість самогубства. При легких формах депресивного розладу інколи виникають суїцидальні думки, без тенденції до фактичної спроби самогубства.

Особливо небезпечною з точки зору ризику суїциду фахівці визнають важку форму депресії, одним із проявів якої є «вибух туги». Як правило, виникає раптово і характеризується станом глибокого відчаю, нервово-психічним збудженням і бажанням завдати собі фізичної шкоди [7]. Оскільки депресивні розлади є наслідком різних причин і їх прояви дуже різні, постає питання про необхідність упорядкування та систематизації депресивних симптомів.

Результати наукових досліджень, присвячених розробці проблеми депресивних розладів, представлені в працях А. Бека, О.П. Ветроградова, П. Кільгольца, Г.Ф. Колотіліна, Я. Клерман та ін. Наприклад, О.П. Ветроградова класифікує депресивні розлади за типом домінантного афекту, виділяє тужливу, тривожну та апатичну депресію. У довіднику з психіатрії під редакцією А.В.Снежневського запропоновано розширений поділ варіантів депресивного синдрому на відносно прості і складні депресії. До групи простих депресій належать: адинамічна депресія (яка характеризується переважно фізичною слабкістю, безсиллям, відсутністю прагнень і бажань, апатією); ажіатована депресія (у клінічній картині захворювання переважають рухове збудження, підвищена тривожність, самозвинувачення, можливий «вибух туги» з суїцидальними спробами); анестетична депресія (відсутність адекватної емоційної реакції на зовнішні подразники; хворі стверджують, що втратили почуття до близьких, їм недоступні емоції радості та смутку, психічний стан нестерпний); депресія з маренням самозвинувачення (хворі звинувачують себе в різних «злочинах», ніби самі їх вчинили, вимагають покарання); дисфорична депресія (з'являється дратівливість, відчуття туги і незадоволеності, схильність до агресії, відчаю,

відрази до життя); іронічна депресія (людина в стані депресії намагається іронічно ставитися до своїх переживань і безпорадності); плаксива депресія (переважає астения, плаксивість, апатія); ступорозна депресія (супроводжується глибокою руховою загальмованістю, можливий ступор); тривожна депресія (в клінічній картині на першому плані — підвищена тривожність, виражена неспокійність) [39].

При цьому, А.В.Снежневский визначає складні депресії як такі, у клінічній картині яких виявляються симптоми інших психопатологічних синдромів: астенічна депресія (супроводжується вираженими астенічними розладами у вигляді підвищеної стомлюваності, дратівливої слабкості); синдром Котара (хворі звинувачують себе в серйозних, глобальних злочинах, покарання за які будуть нести сотні і тисячі років); депресія з маренням нігілізму (марення заперечення); депресія з маренням звинувачення та засудження (хворі стверджують, що їх звинувачують у злочинах, яких вони не скоювали, але висловлюють готовність витримати будь-яке покарання); депресія з маренням переслідування (у клінічній картині захворювання спостерігаються марення переслідування та інтоксикації); депресія з маренням шкоди (пацієнти впевнені, що їхнє майно викрадено, що завдає шкоди їх самопочуттю та здоров'ю); депресивно-параноїдний синдром (спостерігаються виражені сенсорні марення переслідування та осуду, кататонічні розлади, галюцинації); депресія з вегетативно-соматичними розладами (основними симптомами є тахікардія, коливання артеріального тиску, пітливість, блювота, добова зміна настрою з поліпшенням до вечора; скарг на різко пригнічений настрій немає); депресія з деперсоналізацією (яка характеризується втратою почуттів, емоційних реакцій, відчуттям нереальності навколишнього світу); сенестопатична депресія (на перший план виходять неприємні, невизначені відчуття в різних частинах тіла); депресія з нав'язливими станами (спостерігаються нав'язливі страхи щодо власного благополуччя та благополуччя близьких); іпохондрична депресія (на тлі поганого настрою і різноманітних неприємних соматичних відчуттів у

пацієнтів з'являється переконання, що вони страждають серйозними, невиліковними захворюваннями); психастенічна депресія (яка проявляється не стільки в поганому настрої і загальмованості, скільки в невпевненості в своїх силах, нерішучості, вкрай низької самооцінки) [8].

На думку Б.Д. Карвасарського, синдром невротичної депресії виникає психогенно і у своїх проявах відображає психотравмуючу ситуацію. Головною її складовою вчений називає поганий настрій, який не досягає рівня туги і супроводжується вираженою емоційною лабільністю, астеною, тривогою, погіршенням сну, апетиту, безсонням. Симптоматика невротичної депресії нестійка: рухової та розумової затримки майже немає, добові зміни настрою переважно не спостерігаються, слабо виражені соматичні розлади (зниження апетиту, розлади сну); міміка набуває гнітючого забарвлення лише при згадці й обговоренні психотравмуючих проблем. Людина розуміє свій стан, його зв'язок з депресогенним фактором і намагається протистояти депресії, усуваючи причини.

Таким чином, невротичні розлади особистості — це група психічних порушень, які визначаються вираженими емоційними та поведінковими дефектами. Ці розлади можуть впливати на спосіб, яким людина сприймає себе, інших та світ навколо. Клінічні прояви невротичних розладів особистості можуть включати такі аспекти: емоційна нестабільність, труднощі в міжособистісних відносинах, порушення саморегуляції, схильність до депресії та тривожних станів, вегетативні реакції.

Особистість, що страждає від невротичного розладу, може виявляти непередбачувані та інтенсивні перепади настрою; виявляти труднощі в установленні та підтриманні стійких відносин; схильність до розвитку депресії та тривожних станів; соматичні симптоми, такі як болі, нудота, головний біль, порушення сну, зміни апетиту та інші вегетативні реакції.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ НЕВРОТИЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ

2.1. Методики, спрямовані на діагностику проявів невротичних розладів особистості

Основними задачами емпіричної частини кваліфікаційної роботи є:

1. Створення методологічного комплексу дослідження, спрямованого на вивчення проявів невротичних розладів особистості; підбір валідного психодіагностичного інструментарію.

2. Проведення емпіричного дослідження клінічних проявів невротичних розладів та їх обговорення.

Означенні вище завдання детермінували хід емпіричної частини роботи і дозволили виділити такі її етапи: підготовчий, діагностичний і аналітичний.

Підготовчий етап супроводжується системою методів до якої входять: спостереження, бесіди, опитування, тестування. Тому зміст підготовчого етапу полягає в створенні психодіагностичного комплексу, спрямованого на вивчення невротичних розладів особистості.

Згідно з цілями та завданнями магістерської роботи нами був створений комплекс методик для вивчення показників клінічних проявів невротичних розладів та здійснено експериментальне дослідження. Вибірка складає 25 осіб (віком 17 -22 років).

Реалії сучасної України є джерелом хронічного стресу для її громадян, а тому підвищують ризики розвитку та загострення розладів психічної діяльності (особливо невротичного спектру). Тому своєчасна та точна психологічна діагностика особистісної схильності до виникнення таких розладів – невротизації – є актуальною науковою та практичною проблемою, оскільки така діагностика передуює будь-якому корекційному чи терапевтичному втручанням. Сьогодні для діагностики невротизації

особистості використовуються структуровані клінічні інтерв'ю та психодіагностичні тести [23].

У цьому контексті українському користувачеві доступні два типи тестових методик: 1) методики, спрямовані на діагностику того чи іншого невротичного розладу та 2) методики, спрямовані на оцінку тієї чи іншої характеристики особистості (зокрема невротизація чи невротизму).

До другої групи належать такі методики, як. До першої групи належать «Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів» (К. Яхіна та Д. Менделевич) та клінічні шкали методики ОНР (адаптованого Г. Бакіровою опитувальника BVNK-300). До другої групи належать наступні методики: EPQ та EPI (Г. Айзенк), УН (Б. Іовлев, О. Карпова, А. Вукс), УНП (І. Ласко, Н. Тонконогий), НЧЛ (Л. Вассерман, Б. Іовлев, О. Щолкова, К. Червінська), СМІЛ (адаптований Л. Собчик), 16-факторний тест Кеттелла (адаптація І. Палія, А. Капустіної, Л. Моргулець, Н. Чумакової), опитувальники акцентуацій характеру (К. Леонгард, А. Лічко, Г. Шмішек), різні реалізації п'ятифакторного тесту особистості (наприклад, NEO PI-R в адаптації В. Орла, А. Рукавішнікова, І. Сеніна, Т. Мартіна), особистісні шкали методики ОНР тощо [54].

На жаль, більшість локалізацій цих методик, які використовуються на території України, тривалий час не оновлювалися, тому містять запитання, висловлені незвичною для сучасного респондента мовою та застарілі нормативні показники. Крім того, методики діагностики невротизму здебільшого орієнтовані на оцінку фізіологічної симптоматики.

Психометричні інструменти, що вимірюють невротизацію як однорідну властивість особистості, здебільшого базуються на трактуванні цього терміна у вузькому значенні – як особистісної риси, що проявляється у швидкій стомлюваності, емоційній лабільності, тривожності, заниженій самооцінці та залежності від оточення. Це означає, що мова йде більше про нейротизм, ніж про невротизацію. У тих опитувальниках, які трактують невротизацію як інтегративний феномен, відповідна похідна шкала містить лише дуже

обмежений набір підшкал (наприклад, тривожність, ворожість, депресивність, рефлексивність, імпульсивність та вразливість в опитувальнику NEO PI-R), які не є комплексними в оцінці цієї теоретичної конструкції. Найсучаснішою світовою тенденцією в діагностиці функціонування особистості є диференційована оцінка властивостей особистості та здійснення на її основі інтегративних висновків [28].

Так, для дослідження неврозів, фобій, тривожних розладів та інших невротичних проявів було використано наступні психодіагностичні методики: «Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів» (Яхин К.К., Менделевич Д.М.), «Шкала астенічного стану» (ШАС) Л. Малкової в адаптованому варіанті Т. Чертової, «Шкала депресії» Бека, «Шкала тривоги» Гамільтона.

«Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів» розроблений К.К. Яхиним та Д.М. Менделевичем дозволяє оцінити наявність і тяжкість невротичних станів у пацієнта шляхом аналізу різних симптомів і ознак, розроблено в 1978 р. Методика пропонує 68 питань, відповідаючи на які випробуваний повинен оцінити свій поточний стан за п'ятибальною системою. Опитувальник має такі діагностичні шкали: шкала тривоги, шкала невротичної депресії, шкала астенії, шкала істеричного типу реагування, шкала obsесивно-фобічних розладів, шкала вегетативних. Опитувальник має наступні діагностичні шкали: шкала тривоги, шкала невротичної депресії, шкала астенії, шкала істеричного типу реагування, шкала obsесивно-фобічних порушень, шкала вегетативних розладів [1].

Опитувальник складається з серії питань і тверджень, на які пацієнт повинен відповісти повною лінією від «так» до «ні». Кожне тестове завдання містить 2 варіанти відповіді, що вказують на наявність або відсутність невротичного стану.

Методика має наступні секції: 1. Вестибулярні симптоми: оцінюється страх руху, погана переносимість транспорту, запаморочення та тремор. 2. Прояви аутоагресії: оцінюється наявність суїцидальних думок, бажання

завдати шкоди собі чи іншим людям. 3. Фобії: оцінює наявність фобій (страху) певних об'єктів або ситуацій. 4. Компульсивність: оцінює наявність постійних, повторюваних дій або думок. 5. Сексуальна сфера: оцінює наявність сексуальних проблем, депресію під час сексу, статевої загальмованості. 6. Безсонниця: оцінює наявність проблем зі сном, тривалість і якість сну. 7. Депресія: оцінює наявність симптомів депресії, таких як почуття провини, поганий настрій, втрата інтересу до життя. 8. Фізичні симптоми: оцінює наявність фізичних симптомів, таких як біль у грудях, скарги на серцебиття, головний біль тощо. 9. Дистиморфобія: оцінює наявність невротичного занепокоєння власною зовнішністю. 10. Загальна тривожність: оцінює загальний рівень тривожності людини [32].

Після заповнення всіх пунктів методики кожна відповідь оцінюється певною кількістю балів. На підставі загальної оцінки визначається ступінь вираженості невротичного стану (нормальний стан, невротизм легкого, середнього або важкого ступеня). Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів є ефективним інструментом, який допомагає лікарям і психологам у виявленні невротичних розладів у пацієнтів, визначенні їх тяжкості та виборі відповідного методу лікування. Його можна використовувати як в діагностичних цілях, так і для контролю ефективності лікувального процесу.

«Шкала астенічного стану» (ШАС) Л. Малкової в адаптованому варіанті Т. Чертової. Шкала астенії включає наступні шкали: відсутність астенії; слабка астенія; помірна астенія; виражена астенія. Відповідно були проведені спостереження за хворими на невроз і отримані дані для виявлення симптомів захворювання у нервовохворих людей і порівняння їх зі здоровими. Потім, після завершення роботи зі статистикою та аналізом, були відібрані найбільш підходящі ознаки для характеристики шкали астенії [49].

Наприклад: прокинувшись, людина не відчуває себе відпочилою, відчуває слабкість і втому, важко зосередитися на питанні або завданні, втрачається увага, спілкування з людьми ще більше втомлює, плани здаються

надзвичайно складними, виникає відчуття відторгнення, очі швидко втомлюються, слух стає занадто чутливим до зовнішніх подразників, що призводить до дискомфорту. Астенікам і людям з тимчасовим астенічним станом необхідно вести поміркований спосіб життя, вчасно відновлювати психічні та фізичні сили.

«Шкала депресії» А.Бека та «Шкала тривоги» Гамільтона є психометричними інструментами для оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги. Вони засновані на спостереженнях і аналізі фізичних і психічних проявів цих станів. Ці психодіагностичні методики допомагають оцінити наявність і ступінь невротичних проявів у пацієнтів, що дозволяє зрозуміти їх проблеми і визначити найбільш ефективні методи їх лікування.

«Шкала депресії» А.Бека - методика, яка розроблена американським когнітивним психологом А. Беком. У своїй поточній версії BDI-II призначений для осіб віком від 13 років і складається з пунктів щодо симптомів депресії, таких як безнадія та дратівливість, когнітивних функцій, таких як провина чи почуття покарання, і фізичних симптомів, таких як втома, втрата ваги і відсутність інтересу до сексу[26].

Методика А.Бека містить твердження, які описують такі симптоми, як: пригніченість; поганий настрій; песимізм; почуття незадоволеності та власної неспроможності; почуття провини; проблеми з непрацездатністю; порушення в соціальній сфері; відсутність сну, апетиту, статевого потягу; висока стомлюваність; дратівливість і плаксивість; суїцидальні думки. Тест умовно поділяється на 2 частини: у 1 частині (від 1 до 13 питань) визначається здатність особистості змінювати поведінку залежно від ситуації передбачуваним чином (когнітивно-афективна шкала); друга частина (від питань 14 до 21) призначена для визначення соматичних проявів.

А. Бек [6] розглядає депресію не лише як емоційний розлад, а як різновид когнітивного стану, коли під впливом психотравмуючих факторів активізується дисфункціональна схема, «когнітивна тріада депресії». Перший

компонент депресивної когнітивної тріади відноситься до сприйняття людиною себе як нікчемної, безпорадної та некомпетентної людини.

До другого компонента відноситься негативне бачення навколишнього світу, яке змушує людину трактувати свою взаємодію з ним як ланцюг невдач і поразок, зображати своє минуле і сьогодення в похмурих тонах. Третя складова – це песимістичні очікування щодо власного майбутнього, яке сприймається як невдале та безнадійне. Ці когнітивні моделі призводять до мотиваційних, поведінкових і фізичних симптомів депресії. Депресивні схеми ускладнюють нормальну когнітивну обробку, сприйняття, пригадування інформації. Людина втрачає здатність адекватно інтерпретувати життєві події, розвивається депресивний спосіб мислення (самозвинувачення, перебільшення своїх недоліків, підвищене почуття відповідальності тощо). А. Бек [121; 221] запропонував програму когнітивної психотерапії, яка часто використовується в роботі з людьми, які страждають на депресивні розлади.

Відповідно до положень когнітивної психології, депресивний розлад виникає у людини, коли у неї сильно спотворені процеси сприйняття. Невротичних хворих лякає страх перед майбутнім, вони думають про себе виключно негативно. Ці когнітивні спотворення виникають у людини через неправильне сприйняття ним свого життєвого досвіду. Вчений запропонував нову модель психологічного консультування, спрямовану на усунення таких «неправильних», дезадаптивних і деструктивних думок.

Шкала методики підходить для оцінки депресії у всіх її проявах, а також для аналізу індивідуальних характерних експресивних розладів. Тест містить 21 питання, кожне з яких стосується певного невротичного симптому. Кожне таке питання складається з 4 тверджень, що відповідають конкретним проявам симптомів депресії. Ці твердження розташовані в порядку зростання внеску симптому в загальну тяжкість депресії [24].

Залежно від рівня вираженості симптому кожному пункту присвоювалися значення від 0 (тобто даний симптом відсутній або незначно

виражений) до 3 (тобто симптом максимально виражений). Деякі категорії містять альтернативні твердження. На підставі відповідей обстежуваного можна скласти думку про перебіг у нього депресії, її найбільш характерні прояви, спрогнозувати лікування, а також оцінити успішність проведеної терапії.

У початковому варіанті ця методика заповнювалася за участю кваліфікованого фахівця (психіатра, клінічного психолога чи соціолога), який зачитував вголос усі висловлювання з цієї категорії, а потім просив випробуваного вибрати те чи інше висловлювання, яке найкраще відповідає його стану на даний момент. На виконання цього завдання відводиться 20 хвилин, але у разі важкого стану обстежуваного допускається продовження часу. Потім починаємо підраховувати результати. Показник для кожної категорії розраховується наступним чином: кожен пункт шкали оцінюється від 0 до 3 відповідно до наростання вираженості симптому. Загальний бал коливається від 0 до 62 і відповідно зменшується в міру поліпшення стану.

При інтерпретації даних враховується сумарний бал за всіма категоріями.

- 0-9 - відсутність симптомів депресії
- 10-15 - легка депресія (субдепресія)
- 16-19 - помірна депресія
- 20-29 - виражена депресія (середньої тяжкості)
- 30-63 - важка депресія.

«Шкала тривоги» М.Гамільтона вважається «золотим стандартом» клінічних досліджень. Ця шкала забезпечує клінічно надійну оцінку тяжкості тривожних розладів у широкому діапазоні. «Шкала тривоги» М.Гамільтона - це клінічна рейтингова шкала, призначена для вимірювання тяжкості тривожних розладів пацієнта. Це важливий, точний і зручний діагностичний інструмент, який використовують у повсякденній практиці лікарі, що спеціалізуються на тривожних розладах, і психіатри. Однією з найпоширеніших проблем, пов'язаних як із захворюваннями, так і з віковими

особливостями, є різні прояви астеничного стану. Під терміном «астеничний стан» або «знижена психічна активність» розуміють такий психічний стан, який характеризується загальною, особливо психічною слабкістю, підвищеною виснажуваністю, дратівливістю, зниженням продуктивності психічних процесів, розладами сну, фізичною слабкістю та іншими вегетативними. соматичні розлади [24].

Ця шкала була розроблена в 1959 році психіатром М.Гамільтоном як інструмент для визначення та оцінки рівня тривоги у пацієнтів. «Шкала тривоги» М.Гамільтона складається з 14 запитань, які оцінюються за розробленою шкалою від 0 до 4. На основі рівня тяжкості симптомів, впливу на роботу, сон та інші аспекти функціонування пацієнтам призначаються бали за їхні відповіді на кожне питання. Основні аспекти, які оцінюються за «Шкалою тривоги» М.Гамільтона, включають симптоми тривоги, такі як збудження, неспокій, страх, нервозність і хвилювання, а також фізичні симптоми, такі як пітливість, нудота, м'язова напруга, нездатність розслабитися та інші. Кожне питання має чіткий опис, що дозволяє фахівцеві оцінити ступінь вираженості того чи іншого симптому. Наприклад, запитання про потовиділення може мати такі варіанти оцінки: відсутність потовиділення (0 балів), потовиділення, видиме лише на долонях (1 бал), помітне, але не незначне (2 бали), незначне (3 бали), дуже сильне та видно по всьому тілу (4 бали). Отримавши суму балів за всіма питаннями, фахівець може оцінити загальний рівень тривожності пацієнта. При цьому бали від 0 до 7 свідчать про відсутність або мінімальний прояв тривожності, 8-14 - легку тривожність, 15-23 - помірну тривожність, 24 і вище - високу тривожність. З огляду на те, що «Шкала тривоги» М.Гамільтона є інструментом оцінки, її результати необхідно розглядати в контексті інших клінічних даних і факторів. При оцінці тривоги необхідно також враховувати індивідуальні особливості хворого і його суб'єктивне відчуття тривоги.

2.2. Результати дослідження клінічних проявів невротизації у студентів та їх обговорення

З метою вивчення наявності та тяжкості невротичних станів у студентської молоді була використана методика «Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів» розроблений К.К. Яхиним та Д.М. Менделевичем.

Результати дослідження показали, що за «Шкалою тривоги» 20 % (5 осіб) респондентів мають схильність до хворобливого стану, а 80% (20 осіб) знаходяться в межах норми. За шкалою «Невротична депресія» 8% (2 особи) мають схильність до хворобливого стану, 92% (23 особи) в межах норми. За шкалою «Астенія» 24% (6 осіб) мають схильність до хворобливого стану, 76% (19 осіб) знаходяться в межах норми. Істеричний тип реагування у 8% (2 особи) опитаних виявилось схильність до хворобливого стану, 92% (23 особи) в межах норми. За шкалою «Обсесивно-фобічні порушення», 12% (3 особи) мають схильність до хворобливого стану, 88% (22 особи) знаходяться в межах норми. Щодо шкали «Вегетативні порушення», то 16% (4 особи) мають схильність до хворобливого стану, а 84% (21 особи) в межах норми (Табл.2.1., Рис.2.1.).

Таблиця 2.1.

Результати дослідження показників невротичних станів за методикою «Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів» розроблений К.К. Яхиним та Д.М. Менделевичем

Шкали проявів невротичних станів	схильність до хворобливого стану Кількість осіб/ %	в межах норми Кількість осіб/ %
тривога	5/ 20%	20/80%
Невротична депресія	2/ 8%	23/ 92%
Астенія	6/ 24%	19/ 76%
Істеричний тип реагування	2/8%	23/92%
Обсесивно-фобічні порушення	3/12%	22/88%
Вегетативні порушення	4/16%	21/84%

Результати, проведеного нами дослідження за методикою «Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів» розроблений К.К. Яхиним та Д.М. Менделевичем наведено у вигляді гістограми (див.Рис.2.1.)

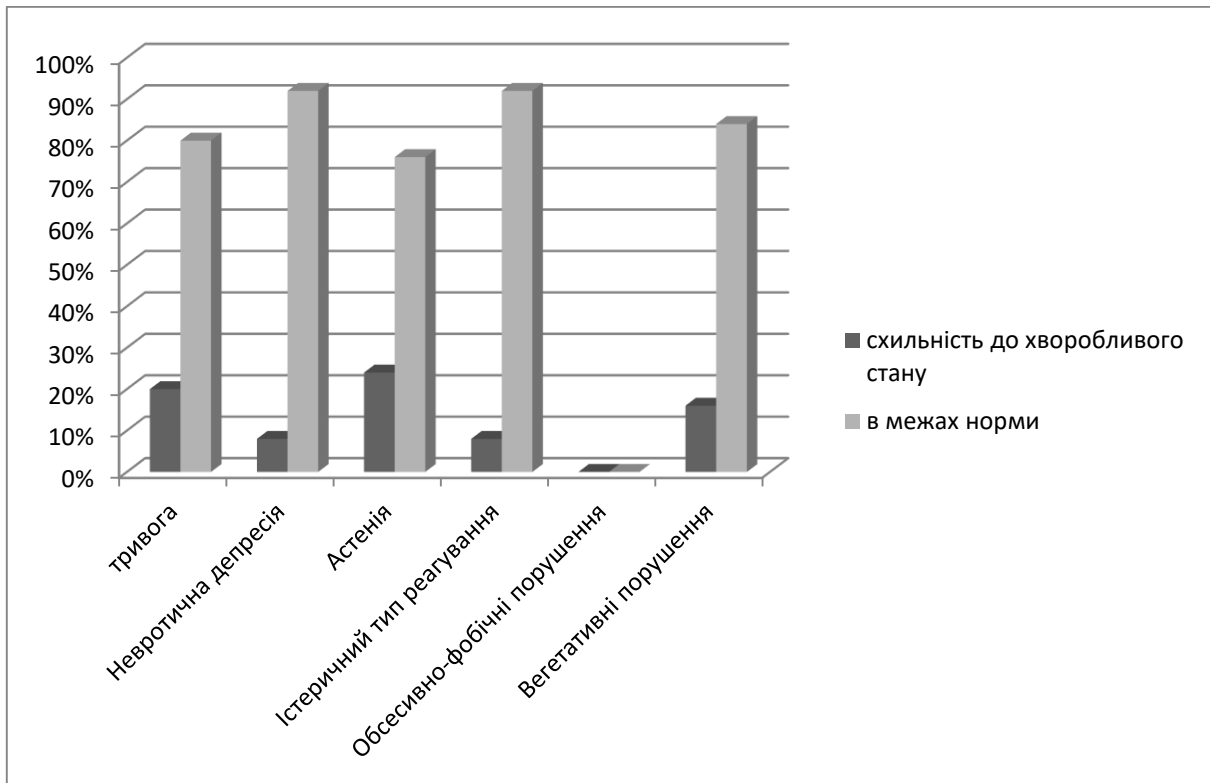


Рис.2.1. Співвідношення показників невротичних станів за методикою «Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів» розроблений К.К. Яхиним та Д.М. Менделевичем

Отже, більшість респондентів мають показники в межах норми. Схильність до хворобливого стану найбільш представлений за шкалою тривоги (20% - 5 осіб) та астенії (24% - 6 осіб). Тривогу трактують, як суб'єктивно неприємний емоційного стан, який направлений у майбутнє й виникає навіть за відсутності будь-якої реальної загрози або небезпеки. Вона з'являється в ситуації невизначеної небезпеки і проявляється у очікуванні негативного розвитку подій. Цей стан виникає у той час, коли людина сприймає певний подразник чи ситуацію як елемент актуальної або потенційної загрози, небезпеки, такої, що може завдати шкоду. Астенія - це

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

Отримані результати можна пояснити тим, що в контексті військового часу тривога та астенія можуть мати серйозні наслідки для цивільного населення. Тривога може виникати з численних причин, таких як загроза життю, постійний стан напруження, невизначеність та страх перед майбутнім. У військових умовах це може бути пов'язано з можливістю атак, терористичних загроз, втратою родичів та іншими стресовими ситуаціями. Астенія, з свого боку, може виникати внаслідок тривалої емоційної напруги, невпевненості в майбутньому. Підвищена втомлюваність та виснаження можуть впливати на фізичний та психічний стан особи, погіршувати її здатність до прийняття рішень та виконання обов'язків.

У осіб із високими значеннями астенії можливі вияви швидкої стомлюваності та, як наслідок, порушення уваги, зниження працездатності, дратівливість, емоційна нестійкість. Для осіб із високими значеннями конверсійного розладу характерний істеричний тип реагування, основні тенденції якого – вимога визнання, підвищена чутливість і вразливість, образливість, а також вияв істеричного реагування у вигляді порушеної серцевої діяльності, дихання, шлунково-кишкового тракту, можливо спостерігатимуся тики і рухові порушення. Таким особам притаманні вияви потреби в отриманні уваги, нестійка самооцінка, награність поведінки, obsesивно-фобічні розлади, що характеризуються наявністю нав'язливих спогадів, сумнівів, страхів, невпевненістю у своїх вчинках і рішеннях тощо.

Було виявлено, що за шкалою вегетативних порушень 16% (4 особи) досліджуваних мають схильність до хворобливого стану. Можливі вияви даного розладу: зниження апетиту, порушення серцево-судинної діяльності,

шлунково-кишкові розлади, порушення терморегуляції, порушення сну, головні болі.

Проаналізувавши отримані результати за методикою «Шкала астеничного стану» (ШАС) Л. Малкової в адаптованому варіанті Т. Чертової, ми можемо стверджувати, що у 6 (24%) опитаних виявлено відсутність астенії; 36% (9 осіб) досліджуваних показали слабку астенію, тобто спостерігається підвищена роздратованість, зниження продуктивності навчальної діяльності, відсутність прагнення до інших видів діяльності; у 32% (8 осіб) студентів астенія проявляється на помірному рівні; виражений рівень астенії виявлено у 2 студентів – 8%. Отже, ми можемо побачити, що більшість студентів мають астеничний стан на слабкому та помірному рівні (Табл.2.2., Рис.2.2.).

Таблиця 2.2.

Результати дослідження рівня астенії за методикою «Шкала астеничного стану» (ШАС) Л. Малкової в адаптованому варіанті Т. Чертової

Рівень астенії	Кількість осіб	показник у %
відсутність	6	24
слабка	9	36
помірному	8	32
виражений	2	8

Результати, проведеного нами дослідження за методикою «Шкала астеничного стану» (ШАС) Л. Малкової в адаптованому варіанті Т. Чертової наведено у вигляді діаграми (див.Рис.2.2.).

Особа, яка має відсутність астенії, відзначається високим рівнем енергії та витривалості. Вона не відчуває надмірної втоми, зберігає яскравий емоційний стан і може легко впоратися з різноманітними завданнями. Фізична та психічна активність є стійкими, а ефективність залишається на високому рівні протягом тривалого періоду.

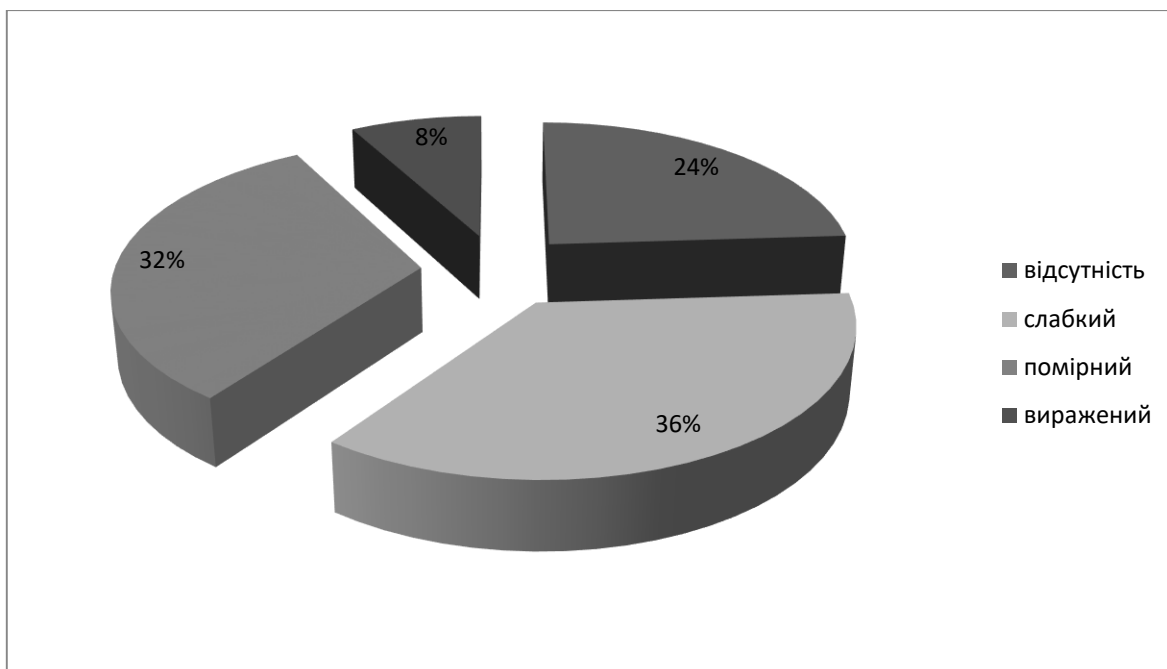


Рис. 2.2. Показники рівня астенії за методикою «Шкала астеничного стану» (ШАС) Л. Малкової в адаптованому варіанті Т. Чертової

На рівні слабкої астенії можливі деякі прояви втоми та психічної слабкості. Особа може відчувати легку втомлюваність при здійсненні тривалих фізичних чи психічних зусиль, але ці ознаки ще не мають суттєвого впливу на її здатність функціонувати в повсякденному житті. Емоційний стан залишається стабільним, і впоратися з викликами не представляє значних труднощів. З помірною астенеєю можливе виникнення більш виражених проявів втоми та слабкості. Особа може відчувати значний ступінь втомлюваності після фізичних або психічних зусиль, що вимагають від неї великого напруження. Емоційний фон може бути менш стійким, і можливі періоди втоми, коли діяльність важко контролювати. Виражена астения характеризується серйозними труднощами в фізичному та психічному виконанні завдань. Особа може відчувати значну втомлюваність і витратити багато часу на відновлення після зусиль. Емоційний стан може бути значно погіршеним, і можуть виникати депресивні або роздратовані настрої. Здатність до повсякденних справ може бути суттєво обмеженою.

Аналіз вивчення рівня астеничного стану за методикою «Шкала астеничного стану» (ШАС) Л. Малкової в адаптованому варіанті Т. Чертової виявив, що більшість студентів мають легку та помірну втомлюваність при здійсненні тривалих фізичних чи психічних зусиль. Але було виявлено студенти, які показали виражений рівень астенії, що потребує психологічної допомоги.

Це, на нашу думку, обумовлено тим, що умови військового часу можуть вимагати від студентів зусиль у сфері як фізичної, так і психічної активності. Студенти можуть бути в постійній готовності до реагування на різноманітні ситуації, що може викликати високий рівень стресу та збільшувати загальну втомленість. Проведення довгих годин навчання, поєднане із стресом від непередбачуваності ситуацій може призводити до загальної втоми. В умовах війни можуть виникати нічні тривоги та інші непередбачені події, які порушують звичний режим сну студентів. Перериваний сон та висока збудливість можуть впливати на їхню здатність відновлювати фізичні та психічні ресурси під час відпочинку.

Для діагностики депресивних станів було застосовано методику «Шкала депресії» А.Бека. За результатами діагностики було отримано наступні дані. Відсутність депресивних станів спостерігали у 60% (15 осіб) респондентів. Цей результат вказує на відсутність симптомів депресії, тобто, відзначається наявність слабо виражених симптомів депресії, що вказує на стабільність їхнього емоційного стану. У більшості випадків ці симптоми зникають самостійно через короткий час. Показники легкої депресії (субдепресії) виявлено у 32% (8 осіб) студентів. Такі результати говорять про те, що симптоми цієї групи можуть бути менш вираженими, проте вони вказують на наявність початкових етапів депресивного розладу. У рідкісних випадках ця форма розладу супроводжується соціальними порушеннями і впливає на світогляд пацієнта. Помірний ступінь тяжкості був присутній у 8% (2 особи) респондентів. Помірна депресія характеризується втратою інтересу до життя та постійним сумом. Цей стан супроводжується швидким падінням

самооцінки та появою почуття провини за те, що людина не може заспокоїтися. У цієї групи спостерігається значущі симптоми депресії, які вимагають психотерапевтичного втручання. Студентів з вираженою депресією (середньої тяжкості) та важкою депресією не було виявлено (Табл.2.3., Рис.2.3.).

Таблиця 2.3.

Результати дослідження депресивних станів за методикою «Шкала депресії» А.Бека

Рівень депресії	Кількість осіб	показник у %
відсутність симптомів	15	60
легка депресія	8	32
помірна депресія	2	8
виражена депресія (середньої тяжкості)	Не виявлено	
важка депресія	Не виявлено	

Результати дослідження показників депресивних станів студентів за методикою «Шкала депресії» А.Бека наведено у вигляді діаграми (Рис.2.3.).

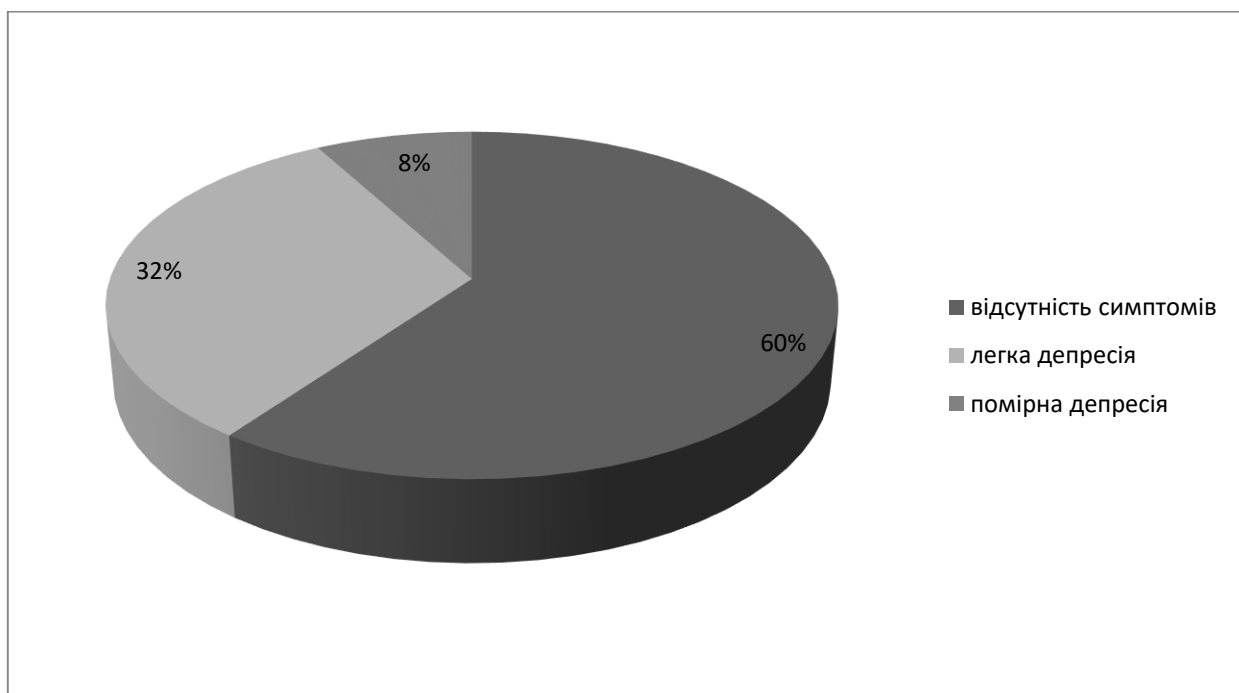


Рис. 2.3. Розподіл вибірки за рівнем вираженості депресії за методикою «Шкала депресії» А.Бека

Отже, в результаті дослідження депресивних станів серед студентів нами отримано такі результати: більшість студентів не виявили проявів депресії або, в крайньому випадку, виявили лише легкі симптоми, які можна віднести до субдепресії. Незначна частина групи респондентів виявила помірний ступінь депресії. Отримані результати свідчать про те, що більшість студентської спільноти функціонує без виражених емоційних проблем або з мінімальними ознаками депресії. Однак деякі із студентів має помітні симптоми, які можуть бути класифіковані як помірний рівень депресії.

На цей стан може впливати військові події в країні, тому що студенти можуть втрачати рідних та друзів або бути розлучені з ними через війну. Це важкі втрати, які можуть призводити до горя та відчуття безсилля, сприяючи розвитку симптомів депресії. Також, воєнний конфлікт часто призводить до нестабільних умов життя, включаючи економічні труднощі, втрату доступу до основних послуг та загрозу безпеки. Нестабільність у всіх аспектах життя може спричинити відчуття втрати контролю і страху, що веде до депресії.

Ця інформація є важливою для розуміння емоційного стану студентів та визначення необхідності психологічної підтримки. Помічений рівень депресії може слугувати основою для впровадження індивідуалізованих програм психотерапії та психологічного супроводу з метою забезпечення ефективної допомоги тим, хто може відчувати емоційний тиск та стрес.

Аналізуючи показники тривожності за методикою «Шкала тривоги» М.Гамільтона, було виявлено, що 32% (8 осіб) досліджуваних показали мінімальний прояв тривожності, 40 % (10 осіб) опитуваних - легку тривожність, у 24 % (6 осіб) студентів виявлено помірну тривожність, у 4% (1 особа) - високу тривожність. Результати обстеження продемонстрували серед студентів переважання легкого рівня тривожності, далі мінімальний рівень тривоги та помірний рівень тривожності (Табл.2.4, Рис.2.4).

Таблиця 2.4.

Результати дослідження рівня тривожності за методикою «Шкала тривоги»
М.Гамільтона

Рівень тривожності	Кількість осіб	показник у %
мінімальний прояв	8	32
легкий	10	40
помірний	6	24
високий	1	4

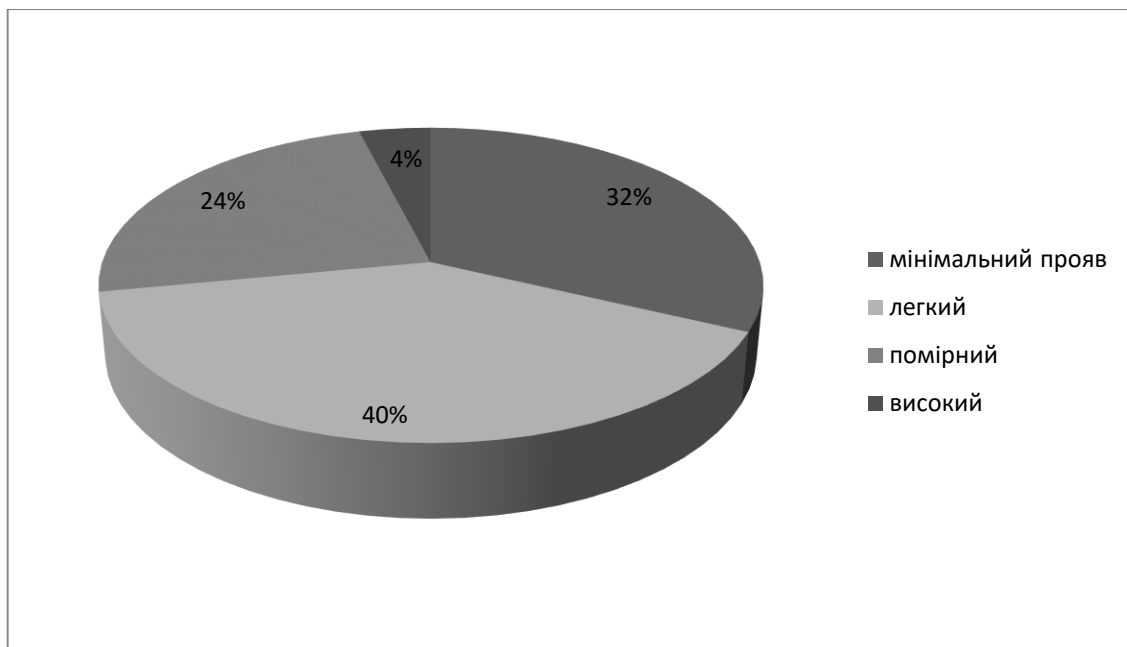


Рис. 2.4. Розподіл вибірки за рівнем вираженості тривожності за методикою «Шкала тривоги» М.Гамільтона

Так, особи з мінімальним рівнем тривожності характеризується відсутністю або незначним проявом тривоги. Вони, ймовірно, мають стабільну психічну стійкість та здатність ефективно впоратися з стресовими ситуаціями. Такі результати можуть бути позитивним показником для їхнього психічного здоров'я та адаптації до умов навчання. Студенти з легким рівнем тривожності можуть відчувати деякий ступінь напруження чи стурбованості, але це не суттєво впливає на їхню здатність функціонувати в

повсякденному житті. Ймовірно, ці студенти можуть вигідно скористатися стратегіями копінгу та підтримкою для зменшення рівня тривожності. Для досліджуваних з помірними проявами тривоги, тривожність може бути трошки важчою проблемою, яка потребує уваги та можливо психологічної підтримки. Студент, який показав високий рівень тривожності, може знаходитися в складній психічній ситуації. Це може бути пов'язано з індивідуальними факторами, стресовими подіями або іншими обставинами, які важко подолати самотійно.

Такі результати можна пояснити тим, що студенти відчують загрозу для своєї особистої безпеки через можливість обстрілів, вибухів або інших воєнних подій. Цей страх може бути основною причиною тривожності. Студенти можуть бути змушені евакуюватися або переміщатися через військові дії. Це створює відчуття невизначеності, втрати стабільності та необхідності адаптації до нових умов. Військові конфлікти часто призводять до економічних труднощів у країні. Студенти можуть стикатися з фінансовими проблемами, втратою батьками роботи або скороченням можливостей для отримання доходу. Війна створює постійний стресовий фон та нестабільність в суспільстві, що може призводити до хронічного стресу серед студентів, може викликати тривожність та інші психічні проблеми. Зрозуміння цих причин є важливим для створення програм та ресурсів, спрямованих на підтримку психічного здоров'я студентів під час воєнного конфлікту. Психологічна допомога, консультування та ресурси для подолання стресу можуть бути ефективними заходами для забезпечення психічного благополуччя студентів у подібних ситуаціях.

Таким чином, результати за опитувальником показали, що більшість респондентів мають легкий, мінімальний та помірний рівень тривоги, що є позитивним сигналом для психічного здоров'я цієї спільноти, але є студент, який показав схильність до високого рівня тривожності, що потребує психокорекційної підтримки. Це може включати індивідуальні консультації, психотерапію чи інші психологічні інтервенції.

РОЗДІЛ III. МЕТОДИ ТА ПРИЙОМИ КОРЕКЦІЇ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ

3.1. Використання психотерапевтичних методів у корекції невротичних розладів

Аналіз психологічної літератури виявив, що для роботи з невротичними проявами особистості, особливо з їх клінічними проявами в повоєнні часи, можна використовувати наступні психотерапевтичні напрями: гештальт-травмотерапія, логотерапія, екзистенціальна психотерапія, клієнт-центрована терапія, тілесно-орієнтована терапія, арттерапія, поведінкова, когнітивна та когнітивно-поведінкова психотерапія, позитивна психотерапія [33].

Проаналізуємо найпоширеніші сучасні психотерапевтичні підходи, які містять розуміння феномену травматизації та зосередимося на роботі з травмою як специфічному напрямку терапії. Гештальттерапія – це синтетичний напрямок, який виник на противагу аналітичному. Ф. Перлз ввів термін гештальт, що означає цілісність і структурованість у мотиваційній сфері людини. базується на ідеї, що психічна травма є результатом втрати або блокування процесу переживання, який супроводжується комплексом психічних явищ [59]. При такому розумінні психотерапевтична стратегія спрямована на межу контакту клієнта з середовищем, яке представлене терапевтом і соціальним оточенням клієнта. При роботі з травмою в рамках поведінкового підходу психотерапевт фокусується на конкретних стимулах і фобіях клієнта. У процесі терапії клієнтам пропонують розібратися з неприємними ситуаціями, поки вони не стануть звичкою. Клієнтів навчають розслаблятися, що допомагає переробити хвилювання, яке виникає внаслідок травми. Основними психотерапевтичними методами поведінкової психотерапії є: штрафи та покарання, метод негативного впливу; позитивне підкріплення, рольова гра [63]. Логотерапія (В. Франкл) базується на таких

поняттях, як: «зміст життя», «свобода волі», «воля до змісту», страх, екзистенціальна порожнеча, самотрансценденція, совість, девіація, метод парадоксальної інтенції [50].

У логотерапії В. Франкла психотерапія травми – це пошук сенсу, втраченого під час травматизації. Причому цей зміст не можна вигадати, його можна лише усвідомити, оскільки він постає на межі між внутрішньою та зовнішньою людиною. Людині, яка пережила травму, пропонують прийняти одну з наступних цінностей: творчість або свобода індивідуального ставлення до світу та власних дій щодо нього, цінність досвіду [48]. Екзистенціальна психотерапія — це терапія нормальної, невротичної та екзистенціальної тривоги, а також нормальної, невротичної та екзистенціальної провини. Дослідники Л. Бісвангер і Р. Мей виділяють три основні модуси світу: 1) зовнішній світ (реальний світ, який включає інстинкти, біологічні потреби, прагнення); 2) світ, який ми ділимо з іншими (соціальний світ стосунків і спілкування); 3) внутрішній світ (суб'єктивний світ людини) [50]. Як правило, екзистенціальні терапевти зосереджуються не на щоденній тривозі, а вирішують глобальні проблеми, пов'язані зі свободою, відповідальністю, любов'ю, творчим потенціалом. Тому екзистенціальна терапія орієнтована на довгострокову роботу і часто відбувається в груповій обстановці [42].

Основними положеннями гуманістичного напрямку в психотерапії або (клієнт-центрована терапія К. Роджерса) є емпатія, конгруентність, психологічний клімат, самість. Структура особистості, за К. Роджерсом: 1) Опозиція «Я – не-Я»; 2) Симптоматика [50]. Одним з важливих прийомів є рефлекторні техніки. Варто зазначити, що окремим комплексом сучасних психотерапевтичних показань є тілесно-орієнтовані підходи, які мають певні переваги перед описаними вище при роботі з травмою. Тому робота з тілесністю в процесі життя в незавершених ситуаціях активно використовується в соматичній терапії психічної травми П.Левіна [48]. Велика кількість енергії, мобілізованої організмом під час психотравми, в

ситуації шоку (страху), не використовується організмом, тому залишається в тілі. Тому завдання терапії полягає у виявленні заблокованої енергії в організмі та створенні умов для її розблокування. Людина, яка пережила психотравмуючий вплив, не може змінити те, що з нею сталося, але може змінити своє ставлення до цього, що вплине на якість життя та її розвиток [33].

Основними положеннями когнітивної психотерапії (А. Бек) є: усвідомлення та вербалізація дезадаптивних концепцій; зміна норм, що регулюють правила поведінки; сократівський діалог; «а що, якби...». Основна особливість когнітивної терапії полягає в тому, щоб допомогти клієнту навчити його правильно мислити, оскільки психологічні проблеми мають коріння в розладах мислення, аналізуються не міфи, а об'єктивність, емпіричні факти; основна увага зосереджена не на переробці глибокої особистісної травми, а на конкретних проблемах конкретних стосунків. Психотерапевт виступає в ролі вчителя, а домашнє завдання є обов'язковим елементом навчання [39].

Когнітивні психотерапевти пропонують зосередитися на когнітивних і перцептивних факторах травми, дещо знецінюючи сенсорний і фізичний компоненти травми. Психотерапевт припускає, що травматична подія сама по собі не має значення для особистості. Важливим є значення, яке сама людина вкладає в цю подію. Якщо значення, яке приписується травмі, є дезадаптивним (а саме те, що відбувається під час травматизації, оскільки людина не має засобів психічно обробити подію), тоді це викликає надмірні емоції. Тому головне завдання психотерапії — навчити клієнта розпізнавати дезадаптивні ознаки й автоматично їх коригувати [3]. Розглянемо основні методи роботи з ПТСР, яка включає різні схеми втручання, спрямовані на перегляд і переживання травматичних подій в рамках когнітивно-поведінкової терапії.

Основними методами втручання, спрямованого на травму, є експозиція наживо, пролонгована експозиція, стимульна конфронтація, повторна

когнітивна обробка, когнітивна реструктуризація, а також наративна реконструкція. Найефективнішою в когнітивно-поведінковій психотерапії посттравматичного стресового розладу вважається так звана когнітивна терапія ПТСР, запропонована А. Елерсом і Д. Кларк (оксфордський підхід). У рамках оксфордського підходу до терапії посттравматичного стресового розладу виділяють дві основні когнітивні характеристики людей, які пережили травматичну подію: специфічний характер травматичної пам'яті та негативну оцінку самої травми та її наслідків [61]. Перший: люди з хронічним посттравматичним стресовим розладом інтерпретують і оцінюють саму травматичну подію досить специфічно негативно (приписують особистісні цінності), при цьому травма та її наслідки призводять до виникнення стійкого відчуття постійної загрози. Другий: травматичні події викликають порушення автобіографічної пам'яті, а отже, послаблення контекстуалізації подій і посилення асоціативних зв'язків, що призводить до розвитку симптомів повторного переживання [48]. На тяжкість обох характеристик впливає специфіка когнітивної обробки травми, на яку також впливають характеристики самої події (інтенсивність, тривалість, вплив на соціальну ситуацію та стан здоров'я); попередній досвід особи (а також досвід подолання наслідків інших травматичних подій); її переконання про світ, про інших людей, про себе; копінг-стратегії, вироблені протягом життя, і загальний психічний стан і характеристики особистості.

Внаслідок порушення часової логіки подій і відчуття, що загроза все ще актуальна, а також посилення асоціативних реакцій жертви зазвичай відчувають інтрузії вторгнення (спогади, флешбеки), опиняються в стані підвищеної активації та настороженості, готовності реагувати на небезпеку, піддаються сильним негативним емоціям, особливо страху і тривожності. Схильність до негативної оцінки травми також призводить до появи та посилення зазначених симптомів [33]. Оксфордський підхід когнітивно-поведінкової психотерапії, враховуючи особливості розуміння виникнення та підтримки симптомів посттравматичного стресового розладу, дозволяє

розпізнавати та модифікувати негативні особистісні смисли, що приписуються травматичній події та її наслідкам; зменшити повторне переживання та розрізнення тригерів; усунути дисфункціональну поведінку та когнітивні стратегії.

Доведено, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є ефективною для багатьох розладів психічного здоров'я, включаючи тривожні розлади. КПТ, як правило, концептуалізується як короткочасне, засноване на навичках лікування, призначене для зміни дезадаптивних емоційних реакцій шляхом зміни думок пацієнта, поведінки або того й іншого.

Поведінкова терапія припускає, що зміна поведінки призводить до змін в емоціях і когнітивних здібностях, таких як оцінки. З моменту появи поведінкова терапія перетворилася на когнітивну психотерапію, яка була започаткована ранніми роботами таких психологів, як А.Елліс і А.Бек. Когнітивна терапія фокусується на зміні пізнання, що передбачає зміну емоцій і поведінки. Протягом багатьох років було розроблено велику кількість різних протоколів для надання КПТ пацієнтам із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), генералізованим тривожним розладом (ГТР), obsесивно-компульсивним розладом (ОКР), панічним розладом (ПД), специфічними фобіями та соціальними тривожними розладами. Однак, незважаючи на велику кількість різних протоколів КПТ для лікування тривожних розладів, існують важливі подібності між цими різними методами лікування, які вимагають обговорення [50].

Когнітивна терапія націлена на спотворені думки за допомогою низки методів, таких як виявлення неточного мислення, вивчення доказів за та проти автоматичних думок, виклик і зміна дезадаптивних думок, зміна проблемної поведінки та зв'язок з іншими людьми більш адаптивними способами. Навчання про тричастинну модель емоцій, різних форм спотвореного мислення (наприклад, мислення «все або нічого», поспішні висновки, дискваліфікація позитивного тощо) і когнітивна реструктуризація є невід'ємними частинами когнітивної терапії. Домашні завдання, як правило,

призначені для того, щоб дати пацієнтам можливість застосувати ці навички у своєму повсякденному житті, дозволяючи їм оволодіти техніками, щоб вони могли застосовувати те, чого вони навчилися після лікування. У лікуванні тривожних розладів когнітивна терапія найчастіше використовується в поєднанні з поведінковими техніками, які можуть включати вправи впливу[50]

Методи, засновані на впливі, є одними з найбільш часто використовуваних методів КПТ, які використовуються для лікування тривожних розладів. Однією з теоретичних основ для розуміння обґрунтування лікування, заснованого на впливі, є теорія емоційної обробки. Відповідно до теорії емоційної обробки, страх представлений асоціативними мережами (когнітивними структурами страху), які підтримують інформацію про стимул страху, реакції на страх (наприклад, втеча), уникнення,

В основі позитивної психотерапії лежить п'ятиетапна стратегія лікування, в якій психотерапевт намагається зрозуміти людину в тих життєвих ситуаціях, в яких вона захворіла: спостереження / дистанціювання від конфлікту; створення конфлікту / інвентаризація; схвалення ситуації; вербалізація; розширення життєвих цілей [63].

Н. Пезешкіан вважав, що всі явища мають дві сторони «+» і «-». У процесі психотерапії важливо прийняти рішення: 1. Перевести клієнта зі стану «-» в стан «+»: «Що вам дає ця ситуація?», «Від чого вона вас захищає?», «Які переваги ви бачите в цьому?», «Чи може бути корисним собі?» тощо; людина отримує можливість стати «над ситуацією», поглянути на неї збоку, трохи відсторонитися – з'являються сили, знаходяться ресурси, тобто починається шлях зцілення. 2. Розвиток надії та самопомоги. Клієнту важливо вірити, що кожна людина з самого початку обдарована здібностями, які допомагають їй вирішувати проблеми. Клієнт повинен відкрити в собі ці здібності, розкрити їх, знайти допоміжні ресурси, навчитися покладатися на них. Клієнт здоровий, коли він може сам справлятися зі своїми проблемами. Тут можна скористатися висловом Н. Пезешкіана: «Потрібна рука допомоги?»

Подивися, у тебе є своїх дві». 3. Зрозуміти і прожити серцем те, що інакше робиться деінде, поза власною культурою (сім'єю, поза сім'єю, субкультурою, країною, нацією). Згідно з баченням Н. Пезешкіана, це рух вперед, розширення можливостей і здібностей у вирішенні проблеми. Тут можна використати вислів Н.Пезешкіана: «Якщо хочеш мати те, чого ніколи не мав, роби те, чого ніколи не робив» [33].

Релаксація та аутогенне тренування. Релаксація - це процес усунення нервово-психічної напруги, викликаної інтенсивним психічним або фізичним навантаженням. За допомогою релаксації досягається стану спокою, розслаблення і зниження тонуусу скелетних м'язів. Передбачається, що людина в стані нервового напруження також відчуває м'язову напругу і навпаки, в стані м'язової напруги вона відчуває також психологічне напруження. Тому, щоб розслабити тіло, потрібно розслабити мозок і навпаки. Безсистемні і поверхневі релаксаційні заняття дають лише тимчасовий, неповний ефект. І лише регулярні заняття за правильною методикою призводять до стійкого узагальнення ефекту, внаслідок чого у людини знижується м'язова (а отже, і психічна) напруга, підвищується стресостійкість, підвищується увага [12]. Аутогенне тренування (аутотренінг) — поширений метод саморегуляції психічних станів за допомогою самонавіювання, розроблений І. Шульцем (1932). Аутотренінг включає 3 етапи: релаксація, навіювання, вихід.

Якщо підсумувати аналіз методів роботи з невротичними розладами, то можна зробити висновок, що кожна теоретична парадигма має своє розуміння сутності невротизації та можливих стратегій роботи з нею. Але кожному психотерапевту все ж доводиться вибирати той чи інший напрямок роботи. Тому важливим є чітке розуміння специфіки та психологічної сутності людини з невротичними проявами, її особистісних особливостей, які необхідно враховувати в процесі діагностики невротичних розладів, сутнісних характеристик психотерапевтичних відносин. Виходячи з цього,

психотерапевт зможе підібрати оптимальний напрямок роботи та допомогти клієнту покращити свій психічний стан.

3.2. Методики та корекційні техніки в роботі з проявами невротичних розладів

У ході нашої роботи ми використовували практичний досвід фахівців з розробки корекційно-профілактичних програм щодо невротичних станів особистості. Однією з складових тренінгу профілактики та корекції клінічних проявів невротичних станів, є завдання, які базуються на використанні методик КПТ. Підхід КПТ дозволяє знизити рівень тривожності, контролювати агресію як форму захисної реакції та дізнатися про суб'єктивність оцінки подій. Когнітивно-поведінкова терапія - це метод, який не тільки дозволяє виявити та усунути неправильні судження, дезадаптивну поведінку, але також дозволяє розвинути самостійну навичку розпізнавати джерела неприємних емоцій у способах обробки інформації; є одним з найбільш передових і динамічно розвиваються напрямків. Нами були обрані наступні вправи: психопросвіта про негативні автоматичні думки (НАД). Наше завдання в цьому процесі не тільки дати знання - розповісти людині про те, що з нею відбувається або про її проблеми, а й навчити поводитися з отриманою інформацією, пояснити, що тривожність є важливим регуляторним станом життєдіяльності людини.

Також була рекомендована методика «Корисний і некорисний досвід», щоб студенти могли визначити думки та проаналізувати їх, а потім не слухати хвилювання, а самі, згідно з алгоритмом, вирішити, справжній цей досвід чи ні. Після цього вони задаються питанням «Чи корисний мені цей досвід?». Потім вони дивляться, чи пов'язаний досвід із реальною проблемою чи гіпотетичною, яка не має нічого спільного з реальними. Було обрано для програми техніки дистанціювання «Трамвай» і «Радіо», які призначені для того, щоб тимчасово «відійти» від тривожних думок і

зосередитися на чомусь іншому. Це означає, що можна переключити свою увагу з тривоги на щось приємне або корисне для самої людини [33].

Суть цієї техніки полягає в тому, що людина уявляє, що знаходиться на трамвайній колії, і коли бачить трамвай, який наближається, робить крок вперед. Коли відкриваються двері, то замість пасажирів там знаходяться її думки. Людина задає собі питання «Чи хочу я сісти в трамвай?» «Що я почуватиму, якщо потраплю?». Розуміючи, що бажання бути в цьому вагоні нульове, він робить крок назад і за хвилину бачить, як наближається черговий трамвай, але коли відчиняються двері, лунають слова підтримки і любові, які потрібні їй у важкі періоди життя. Основна ідея цієї техніки полягає в тому, що не потрібно «вводити» хвилювання, можна переключити увагу на щось приємне. Методика «Прийняття рішень» орієнтована на допомогу у прийнятті певного рішення, у виборі якого виникають певні труднощі. Представлено алгоритм дій, за допомогою якого аналізується ситуація, потім людина визначає свою мету, враховує короткострокові та віддалені наслідки. Потім вона визначає плюси та мінуси можливого рішення, зважує їх і оцінює ризики та плюси кожного варіанту, задає собі відповідь на питання: «Що буде, якщо я прийму це рішення?», після цього приймає рішення, проаналізувавши всі варіанти. Техніка вирішення проблем полягає в тому, що люди з тривогою мають багато турбот про те, який вибір зробити, яке завдання взятися зараз. Страх зробити неправильний вибір, коли вибір зроблено і щось може піти не так. Дуже часто вони навіть нічого не починають і лякають себе неправильними рішеннями та почуттям сорому та провини [42].

В рамках психокорекційної роботи над невротичними проявами студентів також можна проводити різноманітні групові заняття, такі як арт-терапія, музикотерапія, групова медитація чи релаксаційні заняття. Ці заняття сприяють відновленню психоемоційного стану пацієнтів, допомагають зосередитися на позитивних емоціях і забути в процесі творчих занять. Крім того, рекомендовано надати практичні поради щодо подолання

стресу та тривоги, покращення сну та відпочинку, ведення здорового способу життя. Усі ці методи та практики сприяють відновленню емоційного стану студентів з невротичними розладами, забезпечують їм підтримку та розуміння [50].

Арт-терапія полягає в тому, що студенти мають можливість використовувати різні художні матеріали для вираження своїх почуттів і думок, можуть розписувати картини, малювати, створювати колажі, а також вишивати чи майструвати різні рукоділля. Цей вид терапії спонукає до релаксації, самовираження та розвитку творчих здібностей. В рамках арттерапії саме для невротичних осіб можна використовували наступні техніки:

Вправа «Індивідуальне малювання» сприяє усвідомленню почуттів, творчості та допомагає членам групи краще пізнати один одного. Кожен учасник отримує велику кількість паперу та кольорові олівці (фарби, глина). Арт-терапевт пропонує реалізацію поточних почуттів і відчуттів за одну-дві хвилини. Учасники можуть малювати (символічно виражати) все, що спадає на думку, і при цьому коментувати свої почуття. Після того, як усі учасники виконали вправу, група може поділитися своїми враженнями від кожного малюнка, але не оцінювати його [63].

Методика «9 маленьких мандал» (Автор А. Коробкін): клієнту пропонується намалювати 9 маленьких кіл (розмір кола, як склянка для води). Основне завдання полягає в тому, що клієнт повинен намалювати кола на основі емоцій і почуттів. Пропонований перелік кіл із емоціями та почуттями (їх можна замінити іншими: меланхолія, розпач, розчарування, туга, смуток, ейфорія, інтерес, щастя тощо): 1 коло – сум; 2 коло – роздратування; 3 коло – злість; 4 коло – страх; 5 коло – тривога; 6 коло – здивування; 7 коло – любов; 8 коло – радість; 9 коло – задоволення. Пріоритет у порядку розфарбовування слід віддавати від негативних до позитивних емоцій і почуттів. Вибір емоцій і почуттів може змінюватися в залежності від досвіду клієнта і його домінуючого емоційного фону.

Наступне завдання: обговорити з клієнтом, коли він останній раз відчував цю емоцію і де в своєму тілі він її відчуває. Потім пропонують розмістити мандали на великому колі в такому порядку і в такому місці, яке відчуває сам клієнт. Ви можете зробити власну композицію з маленьких мандал. Приблизний список питань для рефлексивного аналізу: Які емоції та почуття викликає велика мандала? Яка мандала в неї найпомітніша? Які почуття вона відображає? Як часто ви переживаєте цю емоцію? Яке почуття було найважче зобразити? Яка мандала тобі найбільше подобається? Як велика мандала відображає ваш емоційний стан? Деякі аспекти інтерпретації: мандала чітко відображає частоту і специфіку переживання клієнтом позитивних і негативних емоцій. Велика мандала дозволяє помітити енергію емоцій і психоемоційний фон клієнта. Мандала кожної емоції, її кольори та особливості подачі є доказом ролі та місця цієї емоції в емоційній сфері клієнта [11].

Техніка «Каракулі» Мета: вивчення емоційних станів і переживань, розрядка м'язової та психоемоційної напруги, саморозкриття. Інструкція: Залучаємо клієнта до музики, пропонуємо йому послухати ритм і настрій музичного твору і уявити картинку, яка відповідає музиці, а потім за допомогою каракулів, ліній і крапок намалювати її на аркуші паперу. Після того, як малюнок закінчений, клієнта просять подивитися на малюнок і подумати, що нагадує ця нечітка композиція. Приблизний перелік запитань для рефлексивного аналізу: Які асоціації у вас виникають, коли ви дивитесь на малюнок? Які емоції у вас виникають під час перегляду картини? Як цей образ співвідноситься з поточними емоціями та переживаннями? Чи були у вас проблеми під час малювання? Як би ви назвали цей малюнок? Деякі аспекти інтерпретації: для терапевта важливо мати можливість зафіксувати розслаблення та залученість клієнта в роботу. Відсутність страху перед спонтанним малюванням, а також емоціями, які виникають під час і після малювання.

Загалом у процесі арт-терапії покращується психологічне здоров'я клієнта: змінюється ставлення клієнта до власного минулого травматичного досвіду, переживань і хвороб, покращується його функціональний стан, коректуються міжособистісні стосунки, підвищується мотивація, усвідомлення і прийняття різноманіття власного «Я», змінюються суб'єктивні уявлення про себе і ставлення до оточення, зміцнюється «Я-концепція». Досягнутий психотерапевтичний ефект також виражається в регуляції психосоматичних процесів, не тільки поліпшується загальний фізичний і психологічний (психічний) стан клієнта, але і зникає психосоматичний розлад [33].

Так, наприклад, музикотерапія базується на використанні музики та звукових інструментів для поліпшення фізичного та психічного стану хворих. Перед заняттям рекомендується надати роз'яснювальну інформацію щодо запропонованого методу. «Музика має розслаблюючий ефект і допомагає зменшити стрес, покращити настрій і сприяти загальному самопочуттю. У науковій літературі існує багато напрямів вивчення впливу музики на фізичне тіло та психічний стан людини, особливо на емоційну сферу особистості. Адже все, що живе в природі, має свій ритм і динаміку. Кожен орган нашого тіла теж працює у своєму ритмі. Оскільки ці рухи можуть збігатися з ритмом деяких музичних інструментів, це явище можна використовувати в терапевтичних цілях. Адже коли організм хворіє, порушується ритм роботи цих органів. І коли ви даєте своєму тілу можливість прислухатися до певної ритмічної мелодії (чи звуків), ви зможете здорово налаштувати ритм хворого органу». Музикотерапія добре працює при роботі з людьми похилого віку, людьми, які втратили здатність говорити внаслідок інсульту, хворими на серцеву недостатність, хворобу Паркінсона. Цей метод дуже часто використовується в неврології, при невротизації, у людей з порушеннями слуху і зору.

Групові сеанси медитації або релаксації допомагають клієнтам з невротичними розладами зосередитися на своїх думках і емоціях, зменшити

стрес і тривогу, навчитися правильно дихати, зняти напругу в тілі та зосередитися на теперішньому моменті. Він може допомогти їм знайти внутрішню гармонію, відновити енергію та сприйняти себе з урівноваженим психічним та емоційним станом. Для роботи з клінічними проявами невротичних проявів поряд з означеними психотерапевтичними методами рекомендується використовувати прогресивну м'язову релаксацію (Е.Якобсон), метод розслаблення м'язів, заснований на послідовному напруженні та розслабленні різних груп м'язів [25].

Цей метод передбачає цілеспрямоване усвідомлене напруження і розслаблення м'язів, починаючи з верхньої частини тіла (наприклад, м'язи голови і шиї) і поступово переходячи до нижньої (наприклад, м'язи ніг і стоп).

Процес прогресивного розслаблення м'язів включає наступні кроки: 1. Зосередження: перед початком розслаблення необхідно зосередитися та створити спокійне середовище. 2. Визначення м'язів: Необхідно назвати м'язи, які будуть напружені та розслаблені. 3. Напруга м'язів: Зосередьтеся на обраних м'язах, їх потрібно напружити на кілька секунд (наприклад, 8-10 секунд). 4. Розслаблення м'язів: після напруги необхідно розслабити м'язи та засвоїти відчуття розслаблення. Цей процес може супроводжуватися глибоким диханням. 5. Перехід до наступних груп м'язів: після розслаблення одних м'язів переходьте до наступної групи, починаючи з верхньої частини тіла і закінчуючи нижньою. Прогресивне розслаблення м'язів може допомогти покращити сон, зняти м'язову напругу та зменшити стрес і тривогу. Цей метод використовується в психологічній і медичній практиці для підтримки загального самопочуття і зменшення фізичних і психологічних симптомів стресу [33].

Техніка дихання 3-5-7 - це техніка дихання, яка використовується для заспокоєння, зняття стресу і поліпшення загального самопочуття. Ця методика заснована на різній довжині видиху, коротких вдихах і паузах між

ними. Основна ідея полягає в тому, щоб видихати вдвічі довше, ніж вдихати, і вдихати вдвічі довше, ніж вдихати.

Групова терапія та тренування соціальних навичок спрямовано на покращення спілкування пацієнтів та взаємодії з іншими людьми. Протягом заняття клієнти вчаться слухати один одного, висловлювати свої почуття та потреби, вирішувати конфлікти та підтримувати позитивні стосунки з іншими. Це особливо корисно для осіб, які мають труднощі у спілкуванні або формуванні здорових стосунків. Усі ці групові заняття спрямовані на покращення психологічного стану клієнтів, стимулювання їх самовираження та самосвідомості, зміцнення внутрішньої рівноваги та емоційного благополуччя. Допомагає особам із супутньою депресією, тривожними розладами чи посттравматичними стресовими розладами розслабитися, знайти внутрішній потенціал і відновити психологічне здоров'я [36].

Також рекомендується проходження проведення заняття з елементами позитивної психотерапії. Техніка «Виявлення ресурсу» ресурсів» допомагає психотерапевту знаходити ресурси клієнта скрізь і всюди, навіть у минулому. Минуле розглядається не як джерело проблем, а як ресурс, минулі випробування – як цінний досвід навчання, негативні події – як основа деяких теперішніх ресурсів і позитивних якостей. Приклади питань: «Якби мені довелося пройти через те, що ви пройшли, я б, напевно, не вижив». Як ви вижили? Звідки взяли сили?»; "Вам так довго вдавалося уникати цієї проблеми. Які ресурси ви використовували для цього?"; «Як ви думаєте, хто міг би вирішити цю проблему? Як ви думаєте, що б він або вона робили?»; «Чи є щось, у чому ви хороші, вам добре вдається? Як це можна застосувати до вирішення вашої проблеми?».

Методика «Ревізія минулого» підкреслює, що минуле більше сприяє збільшенню внутрішніх ресурсів клієнта, ніж виникненню проблем. Приклади запитань: «Якби ви могли визначити, чи був ваш минулий досвід пов'язаний із вашими теперішніми проблемами, і виявилось, що ваша проблема не має нічого спільного з вашим минулим, ви б підійшли до своїх

проблем інакше?»; «Чи є щось, про що ви дізналися в минулому, що, на вашу думку, може допомогти у вирішенні цієї проблеми?»; «Як ви вважаєте, важке дитинство робить людину сильнішою чи слабшою?»; «Уявімо, що минуло десять років. Довгий час ваша проблема більше не існує, і якщо ви озирнетесь на своє минуле, як ви думаєте, як ваш минулий досвід допоміг вам подолати проблему?»

Техніка «Вироблення продуктивних рішень» використовується для підтвердження того, що клієнт сам знає, що йому підходить, а що ні при вирішенні проблеми. Також ця методика необхідна в ситуації, коли клієнт не просувається в вирішенні своєї проблеми. Приклади питань: «Давайте знайдемо творче рішення цієї проблеми. Ми могли знайти щось абсурдне. Що б це могло бути?»; "У мене є для вас пропозиція... Що ви про це думаєте? Ви не хочете цим скористатися? Як ви думаєте, що станеться, якщо ви це зробите?"; "Я знаю одну людину з подібною проблемою, яка вчинила та... Чи не думаєте ви, що щось подібне може допомогти вам?"; "Що б ви зробили, якби вам довелося спробувати щось інше, коли проблема виникне знову?"

Щодо аутогенного тренування (аутотренінг), то у сьогоденній практиці релаксації використовуються 4 основні кроки: а) «Приємний спокій і розслаблення». Ця фраза повторюється в різних варіаціях по відношенню до всього тіла (ліва рука, права рука, плечі, передпліччя, ... ноги, обличчя («обличчя відпочиває, я відчуваю приємний спокій і розслаблення обличчя»); б) «Приємна важкість». Тіло розслабляється, і людина починає відчувати його вагу. Повторюємо, як у попередньому прикладі; в) «Приємне тепло». Розслаблення покращує кровообіг і зігріває руки та ноги. Повторюємо як і в попередніх випадках, тільки обличчя не потрібно [39].

г) «Дихання рівне і спокійне, мені дихається легко». «Не потрібно контролювати своє дихання, але спокійно спостерігайте, як повітря входить і як ви його випускаєте — добре». д) Багатьом також допомагає ключова формула: «Тіло втрачає межі, стає скрізь і ніде, голова ніби закидається назад і опиняється...» - далі вільна фантазія, адже людина опиняється будь-де.

Другий етап: час для спеціальних пропозицій. Якщо їх не давати, то людина просто засинає і при цьому чудово відпочиває. Якщо ви робите це протягом дня, ви можете дозволити собі прокинутися через 10 хвилин. Третій етап: «Ви чудово відпочили, ви повні сил і енергії. Ви наповнені енергією, вам дуже хочеться жити і робити все, що ви задумали. Пора повертатися. Ви повертаєтеся в кімнату, де ви є, відчуйте себе, свої руки, пальці, які можуть рухатися, губи... хочеться потягнутися, потягуєтесь, а потім відкриваєте очі з посмішкою. Ви прокинулись! Ви чудово відпочили!». Оптимальний спосіб засвоєння АТ – 5 разів на день по 5 хв. Як правило, через 2 тижні занять релаксації з'являються стабільно, з'являється здатність розслабитися перед стресовою ситуацією (важка розмова, виступом ...), а ввечері завжди легко і швидко засинати. Через місяць за допомогою цієї методики ви зможете засипати вдень на 10 хвилин та прокидатися відпочившим.

Дихальні та фізичні вправи. Хорошим способом усунення фізіологічних механізмів стресу є різні види фізичної активності. М'язова робота усуває надлишок гормонів, які підтримують стан емоційного перевантаження. В результаті нормалізується робота серця, вирівнюється артеріальний тиск, знижується збудливість нервової системи і нормалізується емоційний стан. Можна виділити 3 групи фізичних вправ, спрямованих на профілактику стресу:

Вправи, які підвищують збудливість нервової системи, що складаються з динамічних навантажень (стрибки, біг, ходьба, інтенсивні нахили, присідання та ін.), ізометричні вправи з напругою окремих груп м'язів (йогічні положення), тонізуючі дихальні вправи із затримкою дихання на вдиху та ін. Вправи, що знижують збудливість центральної нервової системи при нервово-емоційному напруженні і повертають її до оптимального тону: довільне розслаблення м'язів, заспокійливі дихальні вправи та ін. Вправи, що нормалізують мозковий і периферичний кровообіг: гімнастика для голови і шиї, глибокі дихальні вправи, почергове напруження і розслаблення груп м'язів та ін. [35 с.75].

ВИСНОВКИ

Аналіз результатів проведеного теоретико-емпіричного дослідження надав можливість сформулювати такі висновки:

У психологічній літературі під поняттям «невротичний розлад (невроз)» розглядається психогенний нервово-психічний розлад (оборотний), який формується в результаті порушень особливо значущих сфер життєдіяльності людини, виникає під впливом гострих або тривалих психічних травм та проявляється психічними, соматичними і неврологічними порушеннями. Поняття «невротичний стан» вчені характеризують як зворотний психічний розлад, який проявляється емоційними та соматовегетативними розладами і є психогенно обумовленим. «Неврозоподібні стани» (неврозоподібні розлади, невротичні стани) визначають як групу нервово-психічних розладів, які зовні нагадують неврози (розлади рівня невротичного реагування), але не є результатом психогенних впливів.

Невротизацією вчені називають специфічний психологічний стан людини, коли спостерігається тривале збудження нервової системи з причини стресових чинників, внаслідок чого відбувається погіршення самопочуття, самоконтролю, посилюється втомлюваність, порушення сну, іпохондричні фіксації, знижений настрій, підвищена дратівливість, наявність страхів, тривоги, невпевненості у собі.

У роботі досліджуються наступні невротичні стани: тривога (передчуття негативного розвитку подій), невротична депресія (легка форма депресії з переважанням сумного настрою, зниження активності, загальмованості, стомлюваності), астенія (нервово-психічна слабкість, що проявляється підвищеною стомлюваністю і виснаженням), істеричний тип реагування (трансформація пригніченого емоційного конфлікту в соматичні симптоми), obsesивно-фобічні розлади (проявляються в педантичності, підвищеній чутливості до звичок, ритуалів, продуманість кроків) і вегетативні розлади (порушення у функціонуванні внутрішніх органів).

На підставі аналізу психологічної літератури було підтверджено наявність різноманітних теорій невротизації в межах основних психологічних підходів, таких як психодинамічний, когнітивно-поведінковий, екзистенціально-гуманістичний та трансперсональний.

Аналіз емпіричних даних виявив, що більшість досліджуваних студентів мають прояви невротичних станів на середньому та низькому рівні, що вказує на позитивний стан психічного здоров'я у цій групі. Однак є студенти, які демонструють виражений рівень невротизації.

Так, для вивчення наявності та тяжкості невротичних станів у студентської молоді була використана методика «Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів» розроблений К.К. Яхиним та Д.М. Менделевичем та отримані наступні результати: більшість респондентів мають показники в межах норми. Схильність до хворобливого стану найбільш представлений за шкалою тривоги, астенії та вегетативних порушень.

Аналіз вивчення рівня астенічного стану за методикою «Шкала астенічного стану» (ШАС) Л. Малкової в адаптованому варіанті Т. Чертової виявив, що більшість студентів мають легку та помірну втомлюваність при здійсненні тривалих фізичних чи психічних зусиль. Але було виявлено студенти, які показали виражений рівень астенії, що потребує психологічної допомоги.

Для діагностики депресивних станів було застосовано методику «Шкала депресії» А.Бека. За результатами діагностики було отримано наступні дані: більшість студентів не виявили ознак депресії, або, в крайньому випадку, виявили лише легкі симптоми, які можна вважати за прояв субдепресії. Невелика частка респондентів показала помірний рівень депресії. Отримані результати вказують на те, що більшість студентської спільноти функціонує без виражених емоційних проблем або з мінімальними ознаками депресії. Однак у деяких студентів спостерігаються помітні симптоми, які можна визначити як помірний рівень депресії.

Аналізуючи показники тривожності за методикою «Шкала тривоги» М.Гамільтона, було виявлено, що більшість досліджуваних показали низький та мінімальний рівень тривожності, але є студенти з її помірним та високим рівнем. Результати обстеження продемонстрували серед студентів переважання легкого рівня тривожності, також мінімальний рівень та помірний рівень тривожності, при цьому виявлено особи з високим рівнем тривоги. Психологічна допомога, консультування та ресурси для подолання стресу можуть бути ефективними заходами для забезпечення психічного благополуччя студентів у подібних ситуаціях.

Отже, отримані результати аналізу клінічних проявів невротичних розладів свідчать, що більшість студентів, які брали участь у дослідженні, успішно впоралися з впливом військових подій та успішно адаптувалися до нових умов. Однак певна група учасників дослідження виявила значні труднощі та негативні зміни, що виражаються в їхній невротизації. Це свідчить про те, що, незважаючи на загальний рівень адаптації більшості студентів, існують студенти, для яких воєнні обставини стали серйозним викликом і суттєво вплинули на їхнє психічне становище. Детальний аналіз цих конкретних випадків може сприяти розробці та вдосконаленню ефективних інтервенцій та програм підтримки для тих, хто виявив виражені прояви невротизації в умовах війни.

В роботі досліджено психотерапевтичні методи та корекційні техніки в роботі з проявами невротичних станів особистості, особливо з їх клінічними проявами в повоєнні часи. Серед підходів до консультування та психотерапії осіб із проявами невротичних розладів розглянуто такі напрямки, як: гештальт-травмотерапія, логотерапія та екзистенціальна психотерапія, клієнт-центрована терапія, тілесно-орієнтована терапія, арттерапія, поведінкова, когнітивна та когнітивно-поведінкова психотерапія, позитивна психотерапія.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Коқун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Аймедов К.В. Клінічна психологія в експертній діяльності: практикум / К.В. Аймедов, В.Є. Луньов, Л.Р. Нікогосян. Навчальний посібник. Донецьк. 2015. «Східний видавничий дім». 301 с.
3. Астапов Ю.М. Невротичні розлади у військовослужбовців строкової служби збройних сил України і сучасні психотерапевтичні стратегії їх лікування (клініка, діагностика, принципи профілактики і терапії) [Текст]: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.16; Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології. К., 2002. 20 с.
4. Бахтеєва Т.Д. Невротичні розлади у жінок (етіологія, патогенез, клініка, терапія) [Текст] : автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.01.16; АМН України, Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України». Х., 2008. 36 с.
5. Бенедюк В. І. Невротичні ознаки психологічного здоров'я девіантної особистості [Електронний ресурс]. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. 2015. Вип. 5. - С. 12-16.*
6. Бігун Н.І. Особистісні властивості підлітків з депресивними розладами. *Актуальні проблеми психології. Том. V: Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія. Випуск 7.* За ред. С.Д. Максименка. К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2007. С . 13-20.

7. Бігун Н.І. Психологічні умови особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами: Монографія. Кам'янець-Подільський: ПП Медобори. 2006 , 2011. 160 с.
8. Бігун Н.І. Психологічні умови особистого розвитку підлітків з депресивними розладами [Текст] : автореф. дис... канд. екон. наук: 19.00.07. Національний педагогічний ун-т ім. М.П.Драгоманова. К., 2009. 20 с.
9. Білоусенко М. В. Патогенез та лікування неврозів: нові можливості Моріта-терапії [Електронний ресурс]. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи. 2021. № 3(2). С. 64-76.*
10. Бобирьов В.М. Афективні розлади: клінічний та психофармакологічний аспекти [Текст]: навчально-методичний посібник для лікарів-інтернів, магістрантів, клінічних ординаторів та аспірантів за фахом «психіатрія». Бобирьов В.М., Скрипніков А.М., Телюков О.С. Полтава: «Дивосвіт», 2014. 133с
11. Бриндіков Ю. Л. Арт-терапія у реабілітації військовослужбовцівучасників бойових дій. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна». голова редкол. Чайковський М.Є. Хмельницький : ХІСТ, 2018. № (1)15. С. 106–110.*
12. Валецький Ю. М. Психогігієнічні основи профілактики неврозів у спортсменів. Ю. М. Валецький, О. І. Петрик, Р. О. Валецька. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. 2010. № 1. С. 101–104.*
13. Вірна Ж.П. Внутрішня картина психічного здоров'я в структурі невrogenезу особистості. *Вісн. Чернігів. держ. пед. ун-ту. Серія: Психологічні науки. Чернігів. держ. пед. ун-т ім. Т. Г. Шевченка ; ред. О. Ф. Явоненко. Чернігів, 2005. Вип. 31, т. 1. С. 87–91.*
14. Вірна Ж.П. Психічне здоров'я і невротичні розлади особистості: постановка проблеми і аспекти дослідження. *Психологічні перспективи*

- Psychological Prospects. Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, Ф-т психології*; [редкол.: Л. Засекіна (голов. ред.) та ін.]. Луцьк, 2009. Вип. 13. С. 28–34.
15. Вірна Ж.П. Психологічні детермінанти невротизації в умовах професійної оптації старшокласників. *Психологічні перспективи Psychological Prospects / Волин. держ. ун-т ім. Лесі Українки, Ін-т соц. та політ. психології АПН України*; [редкол.: В. Татенко та ін.]. Луцьк, 2005. Вип. 7. С. 93–101.
16. Гнатюк Р. М. Причини виникнення, динаміка та вихід невротичних розладів. *Науковий вісник Ужгородського університету. 2000, вип. 12. С. 73 – 77.*
17. Грищук М. М. Сім'я як чинник невротичного розвитку дітей та підлітків. *Педагогічна освіта: теорія і практика. Психологія. Педагогіка: збірник наукових праць. редкол.: І. Д. Бех, З. Ф. Сіверс, Е. В. Белкіна та ін. Київ : КМПУ імені Б. Д. Грінченка, 2007. № 7. С. 18–24.*
18. Гулько Г. О. Невротичні властивості особистості як предмет психологічного вивчення. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. 2015. № 3. С. 26–35.*
19. Гулько Г. О. Феномен невротизації особистості: психологічно-філософські візії. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. 2014. Вип. 2(2). С. 103–107.*
20. Гулько Г. О. Невротичні властивості особистості як предмет психологічного вивчення [Електронний ресурс]. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. 2015. № 3. С. 26-35.*
21. Гуменюк О.В. Проблема невротичної особистості та її розвитку в суспільстві. *Актуальні задачі сучасних технологій: зб. тез доповідей міжнар. наук.-техн. конф. Молодих учених та студентів, (Тернопіль, 27-28 листоп. 2019.) в 3-х томах / М-во освіти і науки України, Терн. Націон. Техн. Ун-т ім. І. Пулюя [та ін]. Тернопіль: ТНТУ, 2019. Т. 3. 116-117с.*

- 22.Денисенко М.М. Діагностичні критерії неврастенії з підвищеним ризиком аддиктивної поведінки. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України: Науково-практичний журнал*, 2017. т.№ 3.-С.5-11
- 23.Диференційна діагностика неврозів: Методичні рекомендації. Діагностика індивідуально-типологічних відмінностей в курсах диференційної та клінічної психології / Упоряд.: Кардаш В. В., Кардаш Н. І. Луцьк, 2000. 75 с.
- 24.Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
- 25.Іванцова Г.В. Пов'язані зі стресом невротичні розлади у військовослужбовців, які отримали механічну травму (клініка, принципи профілактики) [Текст] : дис... канд. мед. наук: 14.01.16; НДІ проблем військової медицини Збройних Сил України. К., 2008. 154 арк.
- 26.Каленська Г. Ю. Вивчення показника якості життя у хворих на невротичні розлади [Електронний ресурс]. *Український вісник психоневрології*. 2006. Т. 14, вип. 2. С. 53-55.
- 27.Калюжна Є. М. Тривожність та її значення у виникненні інфантильного неврозу. Є. М. Калюжна, А. М. Вовна. *Проблеми сучасної психології*. 2013. № 1. С. 29-33.
- 28.Кардаш В., Кардаш Н. Диференційна діагностика неврозів (методичні рекомендації). Луцьк: Інститут соц. наук Волинс. держ. університету ім. Лесі Українки, 2000.
- 29.Карпенко З., Мицько В. Соціальні неврози особистості перехідного періоду суспільства. *Психологія і суспільство*. 2001. № 1. С. 124–132.
- 30.Коваль І. А. Особистість і розлади особистості в сучасній практиці лікування. *Проблеми сучасної психології*. 2015. Вип. 29. С. 286-294.

- 31.Коваль І. А. Сучасні підходи в поглядах на етіологію депресивних розладів, їх діагностику і лікування. *Проблеми сучасної психології*. 2015. Вип. 28. С. 202-211.
- 32.Коқун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Копаниця О.В., Малхазов О.Р. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 281 с.
- 33.Колядко С.П. Психотерапевтична корекція у хворих на невротичні розлади і пароксизмальні стани в клінічній картині [Електронний ресурс]. *Український вісник психоневрології*. 2010. Т. 18, вип. 3. С. 130.
- 34.Костюк О.В. Невротизація як форма детермінації особистості в умовах трилінгвізму. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. Том 10. Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія*. 2019. Вип. 33.С. 60-69.
- 35.Кузьо О. Б. Емоційна сфера особистості при невротичних розладах і неврозоподібній шизофренії. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. серія психологічна*. 2013. Вип. 1. С. 84–96.
- 36.Кузьо О. Психокорекція я-образу в особистості юнацького віку з високим рівнем невротичності. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 2013. № 2. С. 165–173.
- 37.Кулик Б.В. Нові підходи до диференційної діагностики та терапії невротичних та неврозоподібних розладів. Б. В. Кулик, І. Й. Влох, А. Р. Цьона. *Український вісник психоневрології*. 2009. Т. 17, вип. 3. С. 49-50.
- 38.Мазяр О.В. Невротичний стан у системі особистісного розвитку. Посттравматичний стресовий розлад: дорослі, діти та родини в ситуації

- війни / за ред. : І. Маноха, Г. Собчук. Варшава-Київ: ПАН Гнозис, 2018. Т. II. С. 257–267.
- 39.Малюта Л.В. Психотерапевтична корекція депресивних порушень у хворих на невротичні розлади [Електронний ресурс]. *Український вісник психоневрології. 2010. Т. 18, вип. 3. С. 132-133.*
- 40.Маркер, Крейг Д. Генералізований тривожний розлад [Текст] / Крейг Д. Маркер, Елісон Ейлворд; пер. з англ. Ігоря Грицюка; наук. ред. Катерини Явної; Ін-т психіч. здоров'я Укр. катол. ун-ту, Укр. ін-т когнітив.-поведінк. терапії. Львів : Свічадо, 2017. 123 с.
- 41.Марута Н.О. Патопсихологічні особливості хворих на невротичні розлади з адиктивними формами поведінки [Електронний ресурс]. Н. О. Марута, С. П. Колядко, Г. Ю. Каленська, М. М. Денисенко. *Медична психологія. 2016. Т. 11, № 1. С. 79-84.*
- 42.Марута Н. О. Сучасні механізми неврозогенезу та їх психотерапевтична корекція / Н. О. Марута, Т. В. Панько, І. О. Явдак, О. Є. Семікіна, В. Ю. Федченко, Г. Ю. Каленська. *Український вісник психоневрології. 2012. Т. 20, вип. 3. С. 200-201.*
- 43.Матейко Н.М. Клінічна психологія: словник-довідник. Івано-Франківськ: Симфонія форте, 2015. 134с.
- 44.Матейко Н.М. Патопсихологія. Неврозологія: методичні рекомендації для студентів спеціальності 053 «Психологія». Івано-Франківськ: Симфонія-форте, 2016. 160 с.
- 45.Мацевко Т., Березницька У., Солошенко Н. Психічні стани військовослужбовців після повернення із зони ведення бойових дій. *Вісник Національного університету оборони України. 2020. Т. 55, No 2. С. 59–67.*
- 46.Медична психологія / За редакцією академіка С. Д. Максименка. Підручник. С. Д. Максименко, І. А. Коваль, К. С. Максименко, М. В. Папуча. Вінниця: Нова Книга, 2008. 520 с.

- 47.Медична психологія: навч. посіб. Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк, Л. В. Стукан. Вінниця. 2010. 135 с.
- 48.Миколайчук М. І. Психологічні методи подолання депресивних розладів у студентської молоді: ефективність стратегій сімейної психотерапії. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна 2012. № 2 (2). С. 222–230.*
- 49.Мушевич М. І. Клінічна психодіагностика: Методичні рекомендації для студентів ф-ту психол. Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 2006. 170 с.
- 50.Мушкевич М. І. Основи психотерапії : навч. Посіб. М. І. Мушкевич, С. Є. Чагарна ; за ред. М. І. Мушкевич. Вид. 3-тє. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с.
- 51.Невротичні, пов'язані зі стресом розлади, посттравматичній стресовий розлад: Методичні вказівки для підготовки студентів до практичних занять. упоряд. Г.М. Кожина, Г.О.Самардакова, Л.Д.Коровіна, Л.М.Гайчук. Харків:ХНМУ, 2018. 27 с.
- 52.Невротичні, соматоформні розлади та стрес [Текст] : навч. посіб. / Л. М. Юр'єва [та ін.] ; за ред. д-ра мед. наук, проф. Л. М. Юр'євої ; Центр. метод. каб. з вищ. мед. освіти МОЗ України, Дніпропетр. держ. мед. акад. - Вид. 2-ге, стер. - Д. : АРТ-ПРЕС, 2006. - 116 с.
- 53.Омелаєнко І. Невротична поведінка: психолого-конфліктологічна характеристика. *Практична психологія та соціальна робота, 1998. №9. С. 8–11.*
- 54.Орлов О. В., Лобанов І. Ю. Психологічна діагностика невротизації особистості (український переклад та апробація опитувальника невротичних особистісних рис KON-2006). *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2016. Вип. 2, т.1. С. 102-114.*

55. Основи неврології та психіатрії [Електронний ресурс] : навч. посіб. В. А. Федосєєв, Т. Ю. Проскуріна, Н. І. Завгородня. Х.: Нац. аерокосм. ун-т ім. М. Є. Жуковського «Харк. авіац. ін-т», 2015. 79 с.
56. Основи неврології та психіатрії. Навчально-методичний комплекс для студентів зі спеціальності «Психологія». Укладачі: Кочарян О.С., Терещенко Н.М., Федосєєв В.А. Х.: ХНУ імені В.Н. Каразіна, 2009. 19 с.
57. Павлик Н. Невротичний характер як фактор порушення соціалізації особистості в юнацькому віці. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія. Педагогіка. Соціальна робота. 2013. Вип. 1. С. 47–51.*
58. Панасюк Ю. В. Вплив негативних емоцій на розвиток психосоматичних захворювань людини. *Український науково-медичний молодіжний журнал. 2013. № 2. С. 59–61.*
59. Панько Т. В. Комплексна психотерапія тривожної депресії. Т. В. Панько, В. Ю. Федченко, Г. Ю. Каленська, О. С. Марута. *Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22, вип. 3. С. 92-97.*
60. Савицький В. Л. Астено-невротичні розлади у військовослужбовців строкової служби [Електронний ресурс] / В. Л. Савицький, Я. О. Ярош. *Проблеми військової охорони здоров'я. 2014. Вип. 41. С. 313-318.*
61. Сас Л. М. Невротичні розлади, зумовлені участю в бойових діях [Електронний ресурс]. *Архів психіатрії. 2014. Т. 20, № 4. С. 48-49.*
62. Свиридова Н. К. Невротичні розлади – зворотні порушення нервової системи. Н. К. Свиридова, А. А. Щербатий. *Східно-європейський неврологічний журнал. 2019. № 1. С. 23-29.*
63. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник. [Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін.]; за наук. ред. Т. М. Титаренко Національна академія педагогічних наук України, Інститут

- соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.
64. Терещенко Л.А. Невротичні розлади дитини молодшого шкільного віку як психологічна складова деструктивної взаємодії учасників освітнього простору. Психологічні виміри особистісної взаємодії суб'єктів освітнього простору в контексті гуманістичної парадигми: Монографія. за науковою редакцією академіка НАПН України С.Д. Максименка. К.: Видавничий Дім «Слово», 2020.
65. Терещенко Л.А. Психологічні особливості саморозвитку студентів-практичних психологів як чинника подолання невротичних розладів. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2017. Том. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Випуск 15.* С. 571 – 580.
66. Терещенко Л.А. Формування прагнення до саморозвитку у студентів-психологів як фактору запобігання невротичних розладів їхньої особистості. Діяльнісна самореалізація особистості в освітньому просторі: монографія. [В.В. Бучма, О.В. Гурова, Л.В. Дзюбка та ін.]; за редакцією Максименка С.Д. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2017. 320 с.
67. Томчук С.М. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі: [монографія]. Вінниця: КВНЗ «ВАНО», 2018. 200с.
68. Федченко В. Ю. Провідні фактори психічної травматизації в генезі невротичних розладів. *Архів психіатрії.* 2012. Т. 18, № 3 (70). С. 50 – 55.
69. Хімчян А. І. Ранжування психотравмуючих чинників у осіб, тимчасово переміщених із зони АТО, що страждають на невротичні розлади [Електронний ресурс]. А. І. Хімчян, Г. О. Суворова-Григорович. *Психіатрія, неврологія та медична психологія.* 2015. Т. 2, № 1. С. 41-44.

70. Хлівний М. Г. До питання генезу неврозу в надзвичайних ситуаціях [Електронний ресурс]. М. Г. Хлівний, О. М. Черненко. *Пожезна безпека: теорія і практика*. 2014. № 18. С. 132-139.
71. Чабан О. С., Харченко Є. М., Венгер О. П., Гнатюк Р. М. Деякі особливості сучасних невротичних розладів. *Архів психіатрії*. 2002. № 3 (30). С. 65 – 69.
72. Шестопалова Л. Ф. Особливості репрезентації суб'єктивної картини життєвого шляху хворими на невротичні розлади [Електронний ресурс]. Л. Ф. Шестопалова, О. С. Марута. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25, вип. 3. С. 71-74.
73. Шестопалова Л. Ф. Особливості функціонування базисних переконань у хворих на невротичні розлади, що пережили тяжкий стрес у повсякденному житті [Електронний ресурс]. Л. Ф. Шестопалова, О. С. Марута. *Теорія і практика сучасної психології*. 2017. № 2. С. 43-47.