

Товариство з обмеженою відповідальністю
«Київський інститут сучасної психології та психотерапії»

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

РЯХОВСЬКА ТЕТЯНА ЛЕОНІДІВНА

УДК: 159.972:616.895.8-008.441-085.851

ДИСЕРТАЦІЯ
ВПЛИВ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ НА ТРИВОЖНІ
СТАНИ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Спеціальність 053 Психологія
Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Т.Л. Ряховська

Науковий керівник: **Завязкіна Наталія Володимирівна**, доктор психологічних наук, професор кафедри клінічної психології «Київського інституту сучасної психології та психотерапії».

Київ - 2023

АНОТАЦІЯ

Ряховська Т.Л. Вплив когнітивно-поведінкової терапії на тривожні стани у хворих на шизофренію – *Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.*

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 – Психологія (галузь знань – 05 Соціальні та поведінкові науки). – Товариство з обмеженою відповідальністю «Київський інститут сучасної психології та психотерапії», Київ, 2023.

Дисертаційне дослідження присвячено комплексному теоретико-емпіричному вивченню впливу когнітивно-поведінкової терапії на тривожні стани у хворих на шизофренію. Зокрема, шляхом реалізації психологічного експерименту апробовано та визначено ступінь ефективності застосування методів когнітивно-поведінкової терапії для подолання тривожних станів у пацієнтів з шизофренією. З цією метою використано цілий арсенал психологічних технік, розроблених у рамках когнітивно-поведінкового підходу, що умовно розподіляються за когнітивною та поведінковою компонентою.

Необхідність вдосконалення системи психотерапевтичної допомоги хворим на шизофренію, саме у такому контексті, зумовлена значною розповсюдженістю тривожно-фобічних симптомів, що супроводжують шизофренію, а тривожні стани у таких хворих значно загострюють симптоми та погіршують динаміку перебігу основного захворювання. Зокрема, у ряді робіт зарубіжних науковців симптоми тривоги визнаються значущим чинником погіршення перебігу шизофренії, що характеризується у таких випадках значною інтенсивністю та деструктивністю.

На основі аналізу наявних досліджень та власних наукових пошуків встановлено, що висока розповсюдженість поєднання шизофренії та симптомів тривоги пов'язана з вираженою генетичною схильністю таких пацієнтів до численних когнітивних та емоційних дисфункцій, а також астеничних проявів. Теоретично доведено, що симптоми тривоги можуть суттєво трансформуватись

в залежності від загальної тривалості захворювання пацієнта на шизофренію та інтенсивності його прояву. Суголосно з цим, клінічна картина та тривалість хронічного перебігу ендogenous психічного захворювання призводить до того, що тривожна симптоматика може посилюватись або згладжуватись. Таким чином, мова йде про реципрокний зв'язок шизофренії та тривожності.

Зважаючи на необхідність вдосконалення профілактичної, діагностичної та психотерапевтичної роботи з цією категорією пацієнтів, було детально проаналізовано здобутки та тенденції розвитку когнітивно-поведінкової терапії, як одного з основних підходів, що використовується у практиці надання психологічних послуг у клініці ендogenous психічних захворювань, а також можливості її використання у роботі з хворими на шизофренію, що мають супутню тривожну симптоматику. На основі аналізу численних джерел з когнітивно-поведінкового підходу доведено, що у відповідності до когнітивної моделі тривоги не реальні ситуації визначають почуття та поведінку людей, а те як вони сприймають та оцінюють ці ситуації. Показано, що когнітивна модель тривожних розладів описує складний механізм перетворення адаптивної тривоги, що носить лінійний характер, у тривожний розлад, що характеризується циклічним характером виникнення тривоги. При цьому, усі тривожні розлади пов'язані з перебільшеним сприйняттям серйозності та інтенсивності загрози з одночасною недооцінкою ресурсів для її подолання.

Разом з цим розглянуто проблему сполучення шизофренічної та тривожної симптоматики з загальнопсихологічних позицій, зокрема, психологічних механізмів та чинників їх тісного зв'язку, що дозволило збагатити уявлення про етіологію та патогенез шизофренії та орієнтовні напрями досягнення її ремісії. Є вагомим підстави вважати, що загальнопсихологічний механізм виникнення тривожних розладів у хворих на шизофренію майже не відрізняється від осіб, які демонструють тривожну симптоматику, але не мають в анамнезі захворювання шизофренії. Цей механізм досить точно та деталізовано описується когнітивною моделлю виникнення тривожних розладів.

На підготовчих етапах роботи над дисертаційним дослідженням

встановлено, що станом на теперішній час існують значні труднощі диференційної діагностики продуктивної симптоматики шизофренії, якщо у клінічній картині присутні тривожно-фобічні симптоми, які за своїми симптоматичними проявами подібні до продуктивних симптомів шизофренії. Детально проілюстровано складність феноменологічної картини окремих типів тривоги у пацієнтів з шизофренією. Зокрема, встановлено, що тривожність позитивно пов'язана з рівнем вираженості таких симптомів при шизофренії як марення, параноя, слухові галюцинації. У зв'язку з цим постає проблема якісної постановки діагнозу та чіткого розмежування ядерного шизофренічного захворювання та супутньої тривожної симптоматики.

На основі теоретичного аналізу конкретизовано поняття шизофренії та тривоги, визначено їх феноменологічні характеристики та прояви. Визначено рівні прояву симптомів тривоги у пацієнтів з шизофренією, що враховувались при формулюванні гіпотези експериментального дослідження. Було виділено суб'єктивний (суто психологічний рівень прояву тривожності, що включає емоційний та когнітивний компоненти) та соматичний (вегетативні, респіраторні, серцево-судинні симптоми тривоги) рівні прояву симптомів тривоги у хворих на шизофренію. Приділено значну увагу історичній еволюції поглядів на феномен тривоги, розмежуванню понять тривоги та страху, тривоги та депресії, раціональної та невротичної тривожності, обґрунтовано функціональну природу тривожно-фобічних розладів та пояснена невротична етіологія їх виникнення.

Теоретична частина дисертаційної роботи містить деталізований аналіз шляхів діагностики та методів оцінки тривожних станів у клініці ендогенних психічних захворювань. Діагностика тривожності може здійснюватися за допомогою стандартизованих самозвітів, що оцінюють психологічний стан людини; проективних методик оцінки психоемоційного стану; клінічних тестів на тривожність та шкальних опитувальників, що оцінюють фізіологічні та поведінкові реакції; тестів спеціального призначення, що дозволяють діагностувати окремі підвиди тривожності. За допомогою методу кореляційно-

регресійного аналізу Кендалла – виокремлено найбільш ефективні методи виявлення тривожних станів у хворих на шизофренію. За допомогою використання експертного оцінювання емпірично доведено, що найбільш значимими методами з позиції їх ефективності виявилися клініко-психопатологічний метод, психометричний метод та методи статистичної обробки даних.

Розроблено концептуальну модель управління тривожними станами у хворих на шизофренію, що включає ряд обов'язкових елементів, а саме: обстеження, побудову терапевтичного формулювання та визначення мішеней психотерапевтичного втручання, психонавчання та соціалізацію до терапії пацієнта, застосування арсеналу психотерапевтичних технік когнітивно-поведінкового підходу, моніторинг змін психоемоційного стану пацієнта після психотерапії, закріплення позитивних результатів психотерапії.

На емпіричному етапі роботи над дисертацією розроблено підхід, основними сутнісними ознаками якого виступає оцінка кожної окремої функціональної компоненти експериментального дослідження в контексті вивчення тривожних станів у хворих на шизофренію. Мова йде про такі функціональні компоненти як діагностична, тривожна, вікова, інформаційна, психотична, апатико-дисоціативна, інтелектуально-мнестична, патологічна.

Експериментальне дослідження було проведено на базі КНП «Клінічна лікарня «Психіатрія» у м. Києві з використанням експериментального плану з попереднім і підсумковим тестуванням та контрольною групою (за Д. Кемпбеллом). Загальна вибірка сформована з хворих, які поступали на стаціонарне лікування з березня 2019 року по березень 2022 року. На констатувальному етапі дослідження брали участь 166 хворих. Участь у формувальному експерименті з цього числа продовжили 95 хворих. Суб'єктивна інтенсивність переживання тривоги визначалась шляхом застосування стандартизованих самозвітів досліджуваних, хворих на шизофренію, процедура проведення яких дозволила їм самостійно оцінити свій психоемоційний стан (шкали особистісної та ситуативної тривожності Спілберга-Ханіна, госпітальна

шкала тривоги та депресії – HADS). Об'єктивні симптоми та показники переживання тривоги фіксувались шляхом спостережень за пацієнтами з підсумковим експертним оцінюванням за експертною шкалою Гамільтона для оцінки тривоги – HAM-A. Диференціальна діагностика щодо ступеню вираженості проявів симптомів тривожного кола (тривожні стани, панічний розлад, соціальна фобія, специфічні фобії, генералізований тривожний розлад, обсесивно-компульсивний розлад, посттравматичний стресовий розлад) при розподілі на групи хворих, проводилось за рахунок комплексного психодіагностичного підходу з застосуванням клінічного інтерв'ю, а також із застосуванням міжнародного нейропсихіатричного опитувальника (MINI) з опором на діагностичні критерії та уточнення, запропоновані МКХ-10 на підставі незалежної діагностичної оцінки двох фахівців, зокрема з консультацією лікаря-психіатра.

Після попереднього вивчення респондентів ще до етапу реалізації психотерапевтичного впливу було виявлено яскраво виражену сполученість симптомів шизофренії та тривожності, про що свідчить практично повна відсутність респондентів з нормативним рівнем вираженості тривожності. На цьому ж етапі було доведено інтенсивність суб'єктивного переживання тривожних станів. Після психотерапевтичної інтервенції побудованої на основі когнітивно-поведінкового підходу встановлено наявність статистично достовірних відмінностей у показниках інтенсивності суб'єктивного переживання тривожності та соматично-функціональних симптомах переживання тривоги, а також рівнях вираженості особистісної та ситуативної тривожності. Зазначені діагностичні показники стали значно меншими. Також зафіксовано, що відбулося значне зниження кількості досліджуваних експериментальної групи з субклінічним (помірним) рівнем вираженості різних аспектів переживання тривоги та видів тривожності, а також значний приріст відсоткової частки досліджуваних цієї ж групи з нормативним та легким рівнем тих чи інших симптомів переживання тривоги. Відсоткова частка респондентів з клінічним рівнем вираженості суб'єктивного переживання тривоги не змінилась.

Експериментально доведено, що техніки та прийоми когнітивно-поведінкового підходу дозволяють значно знизити субклінічний рівень вираженості симптомів тривожності до нормативних діагностичних показників. Використання когнітивно-поведінкової психотерапії у практиці допомоги хворим на шизофренію дозволяє нормалізувати їх психоемоційний стан за умови, що прояви тривожності не досягають клінічного рівня вираженості. Клінічний же рівень прояву різноманітних симптомів тривоги мало піддається психотерапевтичному впливу, що пов'язано з їх більш тяжким, глибоким та хронічним характером перебігу. Ефективна робота з ним полягає у гармонійному поєднанні когнітивно-поведінкової психотерапії та медикаментозної терапії.

Підтверджено експериментальні гіпотези, згідно з якими, застосування методів когнітивно-поведінкової терапії дозволяє значно знизити інтенсивність суб'єктивного переживання тривоги у хворих на шизофренію; призводить до відносної стабілізації функціонального стану таких пацієнтів, що виражається у редукуванні проявів соматичного дискомфорту, пов'язаного з переживанням тривоги, а також зниженні інтенсивності проявів вегетативних, респіраторних та серцево-судинних симптомів тривоги; сприяє зниженню загальної відсоткової частки пацієнтів з субклінічно вираженим рівнем тривоги. Кількість пацієнтів з клінічно вираженим рівнем тривоги при цьому принципово не змінюється.

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження полягає в тому, що поглиблено уявлення про психологічні механізми виникнення тривожно-фобічних симптомів у хворих на шизофренію, про зв'язок шизофренії та тривожно-фобічної симптоматики, а також про характер впливу симптомів тривоги на перебіг шизофренії; подальшого розвитку набули концептуальні ідеї про природу та етіологію шизофренії у розрізі її сполученості з тривожним радикалом у структурі особистості пацієнтів; акцентовано увагу на необхідності удосконалення системи диференційної діагностичної роботи, що дозволяє розмежувати продуктивну симптоматику шизофренії та прояви тривожного розладу; визначено, систематизовано та класифіковано найкращі засоби діагностики тривожних станів у клініці ендогенних психічних захворювань;

уперше запропоновано узагальнену концептуальну модель управління тривожними станами у хворих на шизофренію; уперше встановлено кореляційні зв'язки типу перебігу шизофренії з рівнем вираженості особистісної тривожності, а також емпірично доведено схильність хворих на шизофренію до виникнення симптомів тривожних розладів різних типів; уперше експериментально доведено ефективність когнітивно-поведінкової терапії при роботі з симптомокомплексом тривожних станів у пацієнтів, хворих на шизофренію, та визначено перспективи подальшого розвитку системи психотерапевтичного супроводу таких хворих.

Практичне значення дослідження роботи полягає у тому, що емпірично виокремлено найбільш ефективні психодіагностичні засоби виявлення рівня тривоги у хворих на шизофренію, що можуть використовуватись на діагностичному етапі роботи з такими пацієнтами; доведено ефективність когнітивно-поведінкового підходу у роботі з симптомокомплексом тривожних станів у хворих на шизофренію та детально висвітлено арсенал психологічних технік когнітивно-поведінкової терапії, що можуть застосовуватись у клінічній практиці терапевтичної допомоги таким пацієнтам.

Подальшою перспективою для дослідження може стати розробка на основі когнітивно-поведінкового підходу вузькоспеціалізованих психотерапевтичних програм, що будуть враховувати тип тривожної симптоматики у хворих на шизофренію та індивідуальну нозологію захворювання. Перспективним уявляється також подальше розкриття та деталізація психологічних механізмів зв'язку шизофренії з тривожністю. Важливим напрямом подальших наукових розробок та розвідок може стати створення протокольних алгоритмів консультативної та психотерапевтичної взаємодії з хворими на шизофренію, та розробки діагностичних шкал оцінки симптомокомплексу тривожних станів зі специфічністю для шизофренії.

Ключові слова: тривожний стан, психодіагностика, психотерапія, захворювання, тривожність, психологічна реабілітація, психологічні стани, фактори ризику, психічні розлади, когнітивно-поведінковий підхід, невротичні

розлади, ситуативна тривожність, особистість, дисфункція, емоційна сфера.

SUMMARY

Riakhovska T.L. The influence of cognitive-behavioral therapy on anxiety in patients with schizophrenia – *Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.*

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 053 – Psychology (field of knowledge – 05 Social and behavioral sciences. – Ltd Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy, Kyiv, 2023.

The dissertation research is devoted to a comprehensive theoretical and empirical study of the influence of cognitive-behavioral therapy on anxiety in patients with schizophrenia. In particular, through the implementation of a psychological experiment, the degree of effectiveness of the use of cognitive-behavioral therapy methods to overcome anxiety states of patients with schizophrenia was tested and determined. To fulfil this goal a whole arsenal of psychological techniques developed within the framework of the cognitive-behavioral approach is applied, conventionally distributed by cognitive and behavioral components.

The need to improve the system of psychotherapeutic care for patients with schizophrenia in this context is due to the high prevalence of anxiety-phobic symptoms accompanying schizophrenia, and anxiety in such patients significantly exacerbate symptoms and worsen the dynamics of the underlying disease. In particular, a number of foreign scientists' state that anxiety symptoms are recognized as a significant factor in the deterioration of the course of schizophrenia, which characterized in such cases by considerable intensity and destructiveness.

Based on the analysis of existing research and own scientific research, it was established that the high prevalence of combination of schizophrenia and anxiety symptoms is associated with an apparent genetic predisposition of such patients to numerous cognitive and emotional dysfunctions, as well as asthenic manifestations. It has been theoretically proven that symptoms of anxiety can be significantly

transformed depending on the total duration of the patient's illness with schizophrenia and the intensity of its manifestation. In this regard, the clinical picture and duration of the chronic course of endogenous mental illness leads to the fact that anxiety symptoms may increase or smooth out. Thus, it is about the reciprocal relationship of schizophrenia and anxiety.

Taking into account the need to improve preventive, diagnostic and mental therapeutic work with this category of patients, the achievements and trends in the development of cognitive-behavioral therapy as one of the main approaches used in the practice of providing psychological services in the clinic of endogenous mental illness, as well as the possibility of its use in working with patients with schizophrenia, having concomitant symptoms of anxiety, were analyzed in detail. Based on analysis of numerous sources on the cognitive-behavioral approach it is proved that, according to the cognitive model of psychopathology, not real situations determine the feelings and behavior of people, but how people perceive and evaluate these situations. It is shown that the cognitive model of anxiety disorders describes a complex mechanism for transforming adaptive anxiety, which is linear in nature, into an anxiety disorder characterized by the cyclical nature of anxiety occurrence. At the same time, all anxiety disorders are associated with an exaggerated perception of the seriousness and intensity of the threat while underestimating the resources to overcome it.

At the same time, the problem of combining schizophrenic and anxiety symptoms from general psychological positions, in particular, psychological mechanisms and factors of their close relationship, was considered, which made it possible to enrich the understanding of the etiology and pathogenesis of schizophrenia and indicative directions for achieving their remission. It is proved that the general psychological mechanism of anxiety disorders in patients with schizophrenia almost does not differ from persons who demonstrate anxiety symptoms, but do not have a history of schizophrenic disease. This mechanism is described quite accurately and in detail by the cognitive model of the occurrence of anxiety disorders.

At the preparatory stages of work on the dissertation research, it was established that, at present, there are significant difficulties in differential diagnosis of productive

symptoms of schizophrenia if the clinical picture contains of the anxiety-phobic symptoms, which in their symptomatic manifestations are similar to the productive symptoms of schizophrenia. The complexity of the phenomenological picture of certain types of anxiety in patients with schizophrenia. In particular, it was found that anxiety is positively associated with the severity of symptoms in schizophrenia such as delusions, paranoia, auditory hallucinations. In this regard, there is a problem of qualitative diagnosis and a clear distinction between nuclear schizophrenic disease and concomitant anxiety symptoms.

Based on theoretical analysis, the concepts of schizophrenia and anxiety are specified, their phenomenological characteristics and manifestations are determined. The levels of manifestation of anxiety symptomatology in patients with schizophrenia, which were taken into account when formulating the hypothesis of experimental research, were determined. The subjective (purely psychological level of manifestation of anxiety, including emotional and cognitive components) and somatic (vegetative, respiratory, cardiovascular symptoms of anxiety) levels of manifestation of anxiety in patients with schizophrenia were distinguished. Considerable attention is paid to the historical evolution of views on the phenomenon of anxiety, the distinction between the concepts of anxiety and fear, anxiety and depression, rational and neurotic anxiety, the functional nature of anxiety-phobic disorders is substantiated, and the neurotic etiology of their occurrence is explained.

The theoretical part of the thesis contains a detailed analysis of diagnostic pathways and methods for assessing anxiety states in the clinic of endogenous mental illness. Diagnosis of anxiety can be carried out using standardized self-reports that assess the psychological state of a person; objective methods for assessing the psycho-emotional state; clinical tests for anxiety and scale questionnaires evaluating physiological and behavioral responses; special-purpose tests to diagnose certain subspecies of anxiety. With the help of Kendall's method of correlation-regression analysis, the most effective methods for detecting anxiety in patients with schizophrenia have been allocated. Through the use of expert evaluation, it has been empirically proved that the most significant methods from the standpoint of their

effectiveness were the clinical and psychopathological method, the psychometric method and methods of statistical data processing.

A conceptual model for managing comorbid anxiety states in patients with schizophrenia has been developed, which includes a number of mandatory elements, namely: examination, building a therapeutic formulation and determining the targets of psychotherapeutic intervention, psychoeducation and socialization to the therapy, the use of the entire arsenal of psychotherapeutic techniques of the cognitive-behavioral approach, monitoring changes in the patient's psycho-emotional state after psychotherapy, consolidating the positive results of psychotherapy.

At the empirical stage of work on the thesis, an approach was developed, the main essential features of which are the assessment of each individual functional component of the experimental study in the context of studying anxiety in patients with schizophrenia. We are talking about such functional components as diagnostic, anxious, age, informational, psychotic, apathic-dissociative, intellectual-mnemonic and pathological. The experimental study was conducted on the basis of the Clinical Hospital «Psychiatry» in Kyiv using an experimental plan with preliminary and final testing and a control group (according to D. Campbell). The total sample was formed from patients admitted to hospital treatment from March 2019 to March 2022. At the starting stage of the study, 166 patients participated. Participation in the formative experiment from this number continued 95 patients. The subjective intensity of anxiety experiences was determined by applying standardized self-reports of subjects with schizophrenia, the procedure of which allows them to independently assess their psycho-emotional state (Spielberg-Khanin scale of personal and situational anxiety, hospital anxiety and depression scale – HADS). Objective symptoms and indicators of anxiety experiences were recorded by observation of patients with a final expert assessment on the Hamilton expert scale for the assessment of anxiety – HAM-A. Differential diagnosis regarding the degree of manifestation of symptoms of the anxiety circle (anxiety states, panic disorder, social phobia, specific phobias, generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, post-traumatic stress disorder) when dividing into groups of patients was carried out at the expense of a

complex psychodiagnostics approach with the use of clinical interview, as well as using the International Neuropsychiatric Questionnaire (MINI) based on the diagnostic criteria and clarifications proposed by the ICD-10 on the basis of an independent diagnostic assessment by two specialists, in particular with the consultation of a psychiatrist.

After a preliminary study of respondents, even before the stage of implementation of psychotherapeutic effects, a pronounced combination of schizophrenia and anxiety symptoms was revealed, as evidenced by the almost complete absence of respondents with a normative level of anxiety severity. At the same stage, the intensity of the subjective experience of anxiety states was proved. After a psychotherapeutic intervention based on a cognitive-behavioral approach, it was established that there were statistically significant differences in the intensity of subjective anxiety experiences and somatic-functional symptoms of anxiety, as well as levels of severity of personal and situational anxiety. These diagnostic indicators have become much lower. It is also recorded that there was a significant decrease in the number of subjects of the experimental group with a subclinical (moderate) level of severity of various aspects of experiencing anxiety and types of anxiety, as well as a significant increase in the percentage of subjects of the same group with a normative and mild level of certain symptoms of anxiety. The percentage of respondents with a clinical severity of subjective anxiety did not change.

It has been experimentally proved that the techniques and techniques of the cognitive-behavioral approach can significantly reduce the frequency of occurrence of patients with a subclinical level of severity of anxiety symptoms and restore their normative diagnostic indicators of anxiety severity. The use of cognitive-behavioral psychotherapy in the practice of helping patients with schizophrenia allows normalizing their psycho-emotional state, provided that the manifestations of anxiety do not reach the clinical level of severity. Clinical the level of manifestation of various symptoms of anxiety is little amenable to psychotherapeutic influence, which is associated with their more severe, deep and chronic nature of the course. Effective work with him lies in a harmonious combination of cognitive-behavioral

psychotherapy and drug therapy.

Experimental hypotheses have been confirmed, according to which the use of methods of cognitive-behavioral therapy can significantly reduce the intensity of subjective anxiety experiences in patients with schizophrenia; leads to relative stabilization of the functional state of such patients, which is expressed in reducing the manifestations of somatic discomfort associated with experiencing anxiety, as well as reducing the intensity of manifestations autonomic, respiratory and cardiovascular symptoms of anxiety; helps to reduce the overall percentage of patients with subclinically pronounced levels of anxiety. The number of patients with clinically pronounced levels of anxiety does not fundamentally change.

The scientific novelty and theoretical significance of the study is that the in-depth understanding of the psychological mechanisms of anxiety-phobic symptoms in patients with schizophrenia, the relationship between schizophrenia and anxiety-phobic symptoms, as well as the nature of the influence of anxiety symptoms on the course of schizophrenia; conceptual ideas about the nature and etiology of schizophrenia in the context of its combination with anxiety were further developed radical in the personality structure of patients; the system of differential diagnostic work has been improved, which allows distinguishing between productive symptoms of schizophrenia and manifestations of anxiety disorder symptoms, including identified, systematized and classified the best means of diagnosing anxiety in the clinic of endogenous mental illness; for the first time a generalized conceptual model of management of anxiety states in patients with schizophrenia was proposed; for the first time correlations of the type of course of schizophrenic disease with the level of severity of personal anxiety were established, as well as the tendency of patients with schizophrenia to the occurrence of anxiety disorders of various types was empirically proven; for the first time, the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in working with a symptom complex of anxiety states in patients with schizophrenia was experimentally proved, and prospects for further development of the system of psychotherapeutic support for such patients were determined.

The practical significance of the study lies in the fact that the most effective

psychodiagnostics means of detecting anxiety level symptoms in patients with schizophrenia , which can be used at the diagnostic stage of work with such patients, are empirically allocated; the effectiveness of the cognitive-behavioral approach in working with the symptom complex of anxiety states of patients with schizophrenia is proved and the arsenal of psychological techniques is described in detail cognitive-behavioral therapy that can be used in clinical practice of therapeutic care for such patients.

A further prospect for the study may be the development on the basis of a cognitive-behavioral approach of highly specialized psychotherapeutic programs that will take into account the type of anxiety symptoms in patients with schizophrenia and individual nosology of the disease. Further disclosure and detailing of the psychological mechanisms of the comorbid also seems promising connection of schizophrenia with anxiety. An important direction of further scientific research and research may be the creation of protocol algorithms for consultative and psychotherapeutic interaction with patients with schizophrenia who are in an acute psychotic state and development of diagnostic scales for assessing the symptom complex of anxiety states with specificity for schizophrenia.

Keywords: anxiety state, psychodagnosis, psychotherapy, disease, anxiety, psychological rehabilitation, psychological states, risk factors, mental disorders, cognitive-behavioral approach, neurotic disorders, situational anxiety, personality, dysfunction, emotional sphere.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

публікації у фахових виданнях України:

1. Завязкіна, Н., Ряховська, Т. (2019). Проблематика досліджень психологічних особливостей раціональної та патологічної тривоги в клініці ендогенних психічних захворювань. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"*, (46), 135-156. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2019-46.135-156>

2. Ряховська, Т. (2020). Роль когнітивно-поведінкової терапії в роботі з коморбідною тривожністю в клініці ендогенних психічних захворювань. *Науковий вісник ХДУ. Серія Психологічні науки*, (3), 194-201. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2020-3-24>

3. Riakhovska, T. (2022). Management of comorbid anxiety states in the clinical pattern of endogenous mental diseases of the schizophrenic spectrum. *Наукові перспективи*, 8(26), 344-358. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-8\(26\)-344-358](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-8(26)-344-358)

наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації у періодичному науковому виданні держави, яка входить до Організації економічного співробітництва та розвитку та Європейського Союзу

4. Riakhovska, T. (2022). Theory and practice analysis of psychotherapy for patients with schizophrenia. *Věda a perspektivy*, (5/12), 213-224. [https://doi.org/10.52058/2695-1592-2022-5\(12\)-213-224](https://doi.org/10.52058/2695-1592-2022-5(12)-213-224)

наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

5. Ряховська, Т. (2019). *Актуальність дослідження ролі тривоги у формуванні та підтримці психотичних симптомів в клініці ендогенних психічних захворювань. V міжнародна науково-практична конференція. Актуальні проблеми сучасної психології: перспективи та пріоритетні напрями наукових досліджень молодих науковців : матеріали V Міжнародної науково-практичної*

конференції (19 листопада 2019 р.). Кам'янець-Подільський-Київ-Херсон-Жешів-Брест-Мінськ, 124-126.

6. Ряховська, Т. (2020). *Місце когнітивно-поведінкової терапії в комплексному лікуванні тривожних станів у хворих на шизофренію. Роль лікарів-психологів у збереженні репродуктивного здоров'я населення* : матеріали І науково-практичної конференції з міжнародною участю (10 березня 2020 р.). Київ : МАУП, 119-123.

7. Ряховська, Т. (2020). *Тривожні стани, як джерело дисфункції у хворих на шизофренію. Психодіагностика в Україні: сучасність та майбутнє* : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (10 вересня 2020 р.).

8. Ряховська, Т. (2021). Диференційна діагностика та методи оцінки тривожних станів в клініці ендогенних психічних захворювань. *Збірник наукових праць ЛОГОΣ* (12 лютого 2021 р.). <https://doi.org/10.36074/logos-05.02.2021.v6.07>

9. Ряховська, Т. (2021). Тривалість когнітивно-поведінкової психотерапії в клініці ендогенних психічних розладів. *Збірник наукових праць ЛОГОΣ* (26 березня 2021 р.). <https://doi.org/10.36074/logos-19.03.2021.v3.50>

10. Ряховська, Т. (2022). Побудова формулювання, як визначальна компетенція когнітивно-поведінкової терапії. *Collection of Scientific Papers «ЛОГОΣ», (May 20, 2022; Cambridge, United Kingdom), 284–285.* <https://doi.org/10.36074/logos-20.05.2022.087>

11. Ряховська, Т. (2022). *Ранні дезадаптивні схеми у хворих із розладами шизофренічного спектру. Modern scientific research: achievements, innovations and development prospects: Proceedings of IX International Scientific and Practical Conference (20-22 February 2022). Berlin, Germany.*

ЗМІСТ

ВСТУП.....	20
РОЗДІЛ 1. АКТУАЛЬНІ УЯВЛЕННЯ ЩОДО ПРОБЛЕМИ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ.....	30
1.1. Тривожні стани як джерело дисфункції у хворих на шизофренію.....	30
1.2. Диференційна діагностика та методи оцінки тривожних станів в клініці ендогенних психічних захворювань.....	52
1.3. Місце когнітивно-поведінкової терапії в комплексному лікуванні тривожних станів у хворих на шизофренію.....	60
Висновки до першого розділу.....	71
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	75
2.1. Теоретичне обґрунтування і дизайн дослідження.....	75
2.2. Методи дослідження.....	85
Висновки до другого розділу.....	96
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ.....	98
3.1. Загальний описовий аналіз отриманих емпіричних даних на етапі попереднього психодіагностичного обстеження.....	98
3.2. Аналіз та інтерпретація експериментальної оцінки психотерапії тривожних станів хворих на шизофренію методами когнітивно- поведінкового підходу...	130
Висновки до третього розділу.....	150
РОЗДІЛ 4. КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ УПРАВЛІННЯ ТРИВОЖНИМИ СТАНАМИ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ.....	153
4.1. Концептуальна основа побудови моделі. Обстеження. Соціалізація до лікування.....	153
4.2. Структура концептуальної моделі управління тривожними станами у хворих на шизофренію	164

4.3. Особливі виклики психотерапії хворих на шизофренію.....	168
Висновки до четвертого розділу.....	183
ВИСНОВКИ.....	185
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	191
ДОДАТКИ.....	208

ВСТУП

Актуальність теми. Станом на теперішній час продовжується розробка та пошук ефективних методів психотерапевтичного впливу на розлади функціонування емоційної сфери особистості, одним з найбільш розповсюджених серед яких є тривожність, як результат формування особистості за невротичним типом. Накопичений у межах сучасної психологічної науки арсенал психотерапевтичних підходів та методів, не дивлячись на своє різноманіття та потужний евристичний потенціал, поки що має досить обмежені можливості при клінічній роботі з тими психічними захворюваннями, які обтяжені різноманітними функціональними психологічними порушеннями. У цьому ракурсі особливої уваги потребують хворі на шизофренію, клінічна картина хвороби яких часто містить супутні емоціогенні дисфункції, зокрема, тривожні розлади (P. Bermansohn). За даними H. Temmingh та D. Stein симптоми тривоги можуть виникати у 65% пацієнтів із шизофренією і можуть досягати порогових значень у діагностуванні різних супутніх тривожних розладів, а орієнтовно у 50% випадків симптоми тривожності досягають важкого ступеню.

Актуальність ефективного психотерапевтичного впливу на тривожні стани у осіб, які страждають на шизофренію, зумовлена тим, що тривожність виступає серйозним дезорганізуючим емоційним чинником, що негативним чином позначається на роботі усього психічного апарату людини, а хронічне переживання тривоги пригнічує активність особистості, знижує її готовність до боротьби, сприяє появі апатії щодо тих чи інших зовнішніх та внутрішніх негараздів, породжує песимізм та зневіру у власних силах.

Станом на теперішній час у психологічній літературі представлено немало свідчень про численні випадки сполучення шизофренії з підвищеним рівнем тривожності і навіть тривожними розладами у структурі особистості пацієнтів (M. Achim, P. Bosanac, M. Bocia, M. Buonocore, R. Braga, D. Castle, I. Figuera, R. Graham, K. Hiroyuki, M. Maziade, M. Mendlowicz, C. Mérette,

D. Olivier, É. Raymond, M. Roy, A. Sayaka, M. Spangaro, N. Takahiro тощо).

Вражає те, що і без того важкий патологічний стан психіки хворих на шизофренію може ще більше погіршуватись та бути ускладнений супутніми емоційними розладами, зокрема інтенсивною тривожністю. Враховуючи те, що тривожність є психогенним розладом невротичного рівня можна ставити питання про можливість її корегування виключно психологічними психотерапевтичними засобами без використання медикаментозної терапії. Оскільки тривожні стани можуть передувати збільшенню загальної тяжкості симптомів основного захворювання і погіршенню прогнозу (В. Карпов, G. Joffe), ефективна психотерапевтична корекція розповсюджених серед хворих на шизофренію емоціогенних розладів, що за визначенням мають виключно психологічну природу та походження, дозволить покращити їх загальний психоемоційний стан та посприє ремісії ядерного психічного захворювання.

У контексті окресленої проблематики необхідно звернути увагу на психотерапевтичний потенціал когнітивно-поведінкового підходу, який за даними ряду науковців добре зарекомендував себе при роботі з тривожними розладами. На наш погляд, станом на теперішній час, можливості когнітивно-поведінкової терапії при роботі з тривожними станами у хворих на шизофренію не розкриті у повній мірі. Про таке положення речей свідчить порівняно невелика кількість публікацій з відповідної проблематики як доказ епізодичного досвіду застосування когнітивно-поведінкового підходу у роботі з тривожними станами хворих на шизофренію, суперечливі дані щодо ефективності його застосування у клінічній практиці, відсутність ґрунтовних концептуальних розробок, які б розкривали специфіку застосування когнітивно-поведінкового підходу по відношенню до цієї категорії пацієнтів. У той же час сутнісно-змістовні характеристики когнітивно-поведінкової психотерапії дозволяють припустити, що вона може з успіхом використовуватись для подолання тривожного радикалу у структурі особистості осіб з шизофренією. Адже її орієнтація на когнітивну сферу особистості цілком узгоджується з тим фактом,

що у хворих на шизофренію інтелектуальна сфера є цілком збереженою, а в окремих випадках та за окремими ланками функціонує на високому рівні.

Важливим аргументом на користь актуальності дослідження проблематики тривожності при шизофренії є необхідність забезпечення валідної діагностики та відмежування симптомів шизофренії від симптомів тривожних станів. Зважаючи на схожість окремих проявів шизофренії на симптоми підвищеної тривожності, це завдання не є настільки простим та тривіальним, як може здатися на перший погляд.

Феномен тривожності як специфічного емоційного стану та особистісної риси з різних ракурсів досліджували такі науковці як Г. Айзенк, К. Хорні, Г. Салліван, Ч. Спілбергер, С. Томчук, З. Фрейд, Е. Фром, Варій М. Й., Волошок О. В., Хаустова О. О. тощо. Зокрема, у науковій літературі з психології представлено численні дослідження впливу тривожності на особливості функціонування психічних процесів та діяльність людини (Р. Лазарус, О. Маурер, Ч. Спілбергер, Х. Хекхаузен). Супутні до шизофренії захворювання вивчали Р. Bermanzohn, М. Hwang, S. Pollack, L. Porto, J. Prasko, S. Siris, R. Stronger, K. Vrbova, Опря Є. В. тощо. Зв'язок шизофренії з тривожними станами висвітлювали у своїх роботах такі зарубіжні науковці як М. Achim, Р. Bosanac, М. Bocia, М. Buonocore, R. Braga, D. Castle, I. Figuera, R. Graham, K. Hiroyuki, М. Maziade, М. Mendlowicz, C. Mérette, D. Olivier, É. Raymond, М. Roy, A. Sayaka, М. Spangaro, N. Takahiro тощо.

Таким чином, важливість якісної розробки обраної наукової проблематики обґрунтовується можливістю успішного вирішення ряду профілактичних, діагностичних та психотерапевтичних завдань у клініці ендогенних психічних захворювань. Профілактичні завдання полягають у недопущенні погіршення психоемоційного стану хворих на шизофренію, упередження посилення симптоматики основного захворювання за умови надання вчасної та дієвої психологічної допомоги. З'являється також можливість окреслити напрямки покращення якості діагностичної роботи у клінічній

практиці, розглядаючи принципові діагностичні ознаки псевдотривожних симптомів, зумовлених ядерним психічним захворюванням та симптомів, що продукуються наявним у структурі особистості пацієнта симптомокомплексом тривожного стану, що має супутній по відношенню до шизофренії характер. Деталізована експериментальна апробація когнітивно-поведінкового підходу, розкриття його унікальних можливостей щодо подолання тривожності у психотичних пацієнтів дозволить покращити якість психотерапевтичних послуг.

Отже, актуальність дисертаційного дослідження визначається необхідністю вивчення психотерапевтичного потенціалу когнітивно-поведінкового підходу у клінічній роботі з хворими на шизофренію, що мають ознаки супутніх тривожних станів, з метою вдосконалення системи профілактичної, діагностичної та психотерапевтичної роботи у клініці ендогенних психічних захворювань. З огляду на актуальність означеної проблематики та відсутність наукових робіт, присвячених дослідженню впливу когнітивно-поведінкової терапії на тривожні стани у хворих на шизофренію було обрано наступну тему дослідження: **«Вплив когнітивно-поведінкової терапії на тривожні стани у хворих на шизофренію»**.

Зв'язок дослідження з науковими програмами, темами, планами. Дослідження виконано у відповідності до тематичного плану науково-дослідної роботи кафедри клінічної психології та в межах науково-дослідницької теми «Психодіагностика якості життя в сучасному українському суспільстві (НДР 0121U110751). Тему дисертаційного дослідження затверджено на засіданні Вченої ради КІСПП (протокол № 3 від 25.02.2019 року).

Об'єкт дослідження: тривожні стани у хворих на шизофренію.

Предмет дослідження: вплив когнітивно-поведінкової терапії на тривожні стани у хворих на шизофренію.

Мета дослідження: визначити ступінь ефективності застосування методів когнітивно-поведінкової терапії для подолання тривожних станів у хворих на шизофренію.

У досягненні мети передбачено розв'язання таких **завдань дослідження**:

1. На теоретично-методологічному рівні здійснити аналіз проблеми тривожних станів у пацієнтів з шизофренією. Висвітлити феноменологічні властивості та рівні прояву симптомів тривожних станів у пацієнтів, які мають шизофренію.
2. Обґрунтувати наявність зв'язку шизофренії з підвищеним рівнем тривожності, їх реципрокну сполученість в основі якої лежить внутрішня логіка формування та перебігу шизофренічного захворювання, а також індивідуально-психологічні властивості пацієнтів у яких діагностовано шизофренію.
3. Розкрити сутність когнітивно-поведінкової терапії та визначити її місце у комплексному лікуванні тривожних станів у хворих на шизофренію.
4. Розробити концептуальну модель управління тривожними станами у хворих на шизофренію з опорою на здобутки когнітивно-поведінкового підходу.
5. Окреслити функціональні компоненти експериментальної оцінки психотерапії тривожних станів хворих на шизофренію методами когнітивно-поведінкового підходу та здійснити експертну оцінку та ранжування ефективності методів виявлення тривожних станів у хворих на шизофренію.
6. Здійснити експериментальну перевірку психотерапевтичного потенціалу методів, прийомів та технік когнітивно-поведінкової терапії щодо подолання симптомів тривожних станів у пацієнтів із шизофренією.

Для досягнення мети і розв'язання поставлених завдань використано такі **методи дослідження**:

1. Теоретичний метод: аналіз наукових джерел, систематизація та узагальнення існуючих емпіричних даних щодо предмету дослідження, порівняння, класифікація, структурне моделювання.
2. Клініко-психопатологічний метод: оцінка даних анамнезу життя, сенситивності пацієнта, особливостей характеру, розвитку, мікросоціальних контактів, освіти, трудової діяльності, а також вивчення клінічної картини хвороби шляхом аналізу медичної документації (анкета).

3. Психодіагностичний метод: оцінки вираженості симптоматики та динаміки патологічного стану, зумовленого основним психічним захворюванням та вираженості супутньої тривожності (психодіагностичні методики, клінічне інтерв'ю).

4. Методи статистичної обробки даних.

Обробка та інтерпретація результатів проводилася за допомогою програми пакету статистичного аналізу даних SPSS-20.0. Статистичні методи обробки емпіричних даних із застосуванням t-критерія Стюдента, U-критерія Манна-Уїтні, ϕ^* -кутового перетворення Фішера. Перевірка даних контрольної та експериментальної групи на нормальність із застосуванням критерію Колмогорова-Смирнова.

У дисертаційному дослідженні було використано наступний психодіагностичний інструментарій:

1) дані відомостей щодо респондентів, які увійшли до складу вибірки дослідження, за різними критеріями: сімейний стан, тип зайнятості, вік початку захворювання, кількість госпіталізацій, тип перебігу шизофренічного захворювання, наявність в анамнезі обтяженої спадковості, за для врахування усіх можливих артефактів, що могли мати додаткові ефекти впливу на вираженість симптомів переживання тривоги було зібрано і систематизовано в персоналізовану анкету;

2) суб'єктивна інтенсивність переживання тривоги визначалась шляхом застосування стандартизованих самозвітів респондентів, процедура проведення яких дозволяє їм самостійно оцінити свій психоемоційний стан: шкала особистісної тривожності Спілберга-Ханіна, госпітальна шкала тривоги та депресії – HADS;

3) об'єктивні симптоми та показники переживання тривоги були зафіксовані шляхом спостережень за пацієнтами з підсумковим експертним оцінюванням за експертною шкалою Гамільтона для оцінки тривоги – HAM-A;

4) диференціальна діагностика щодо ступеню вираженості проявів симптомів

тривожного кола (тривожні стани, ПР, СФ, специфічні фобії, ГТР, ОКР, ПТСР) при розподілі на групи хворих, проводилось за рахунок комплексного психодіагностичного підходу з застосуванням клінічного інтерв'ю, а також із застосуванням міжнародного нейропсихіатричного опитувальника (MINI) з опором на діагностичні критерії та уточнення, запропоновані МКХ-10 на підставі незалежної діагностичної оцінки двох фахівців, зокрема з консультацією лікаря-психіатра.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали концептуальні уявлення про природу, походження, етіологію, симптоматику та діагностику шизофренії (Г. Бейтсон, П. Вацлавік, Е. Ейдемільер, Т. Кін, Р. Лейнг, Т. Лідс, Д. Джексон, Д. Хейлі, К. Шнайдер, В. Юстіцкіс, А. Мосієнко, О. Напрєєнко, Є. Опря, МКХ-10, DSM-IV), психологічні концепції тривожності, зокрема, уявлення про психологічні механізми переживання тривоги та виникнення тривожних розладів (Г. Айзенк, К. Ізард, Г. Салліван, К. Хорні, З. Фрейд, Е. Фром, М. Варій, О. Волошок, О. Хаустова), концепція ситуативної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера, роботи зарубіжних науковців щодо зв'язку шизофренії з тривожністю (P. Bosanac, M. Buonocore, D. Castle, I. Figuera, R. Graham, M. Maziade, M. Mendlowicz, C. Mérette, D. Olivier, M. Roy, A. Sayaka, M. Spangaro), положення когнітивно-поведінкового підходу та когнітивні концепції виникнення та терапії тривожних розладів (А. Бандура, Д. Барлоу, А. Бек, Б. Добсон, А. Елліс, Д. Кларк, Д. Роттер, Л. Сокол, М. Фокс, Г. Бурда, О. Романчук).

Наукова новизна полягає в тому, що:

- поглиблено уявлення про психологічні механізми виникнення тривожних симптомів у хворих на шизофренію, про зв'язок шизофренії та тривожної симптоматики, а також про характер впливу симптомів тривоги на перебіг шизофренії;
- подальшого розвитку набули концептуальні ідеї про природу та етіологію шизофренії у розрізі її сполученості з тривожним радикалом у структурі

особистості пацієнтів;

- акцентовано увагу на необхідності удосконалення системи диференційної діагностичної роботи, що дозволяє розмежувати продуктивну симптоматику шизофренії та прояви симптомів тривожного розладу, у тому числі визначено, систематизовано та класифіковано найкращі засоби діагностики тривожних станів у клініці ендегенних психічних захворювань;

- уперше запропоновано узагальнену концептуальну модель управління тривожними станами у хворих на шизофренію;

- уперше встановлено кореляційні зв'язки типу перебігу шизофренії з рівнем вираженості особистісної тривожності, а також емпірично доведено схильність хворих на шизофренію до виникнення симптомів тривожних розладів різних типів;

- уперше експериментально доведено ефективність когнітивно-поведінкової терапії при роботі з симптомами тривожних розладів у пацієнтів, хворих на шизофренію, та визначено перспективи подальшого розвитку системи психотерапевтичного супроводу таких хворих.

Теоретичне значення дослідження полягає в тому, що визначено ключові феноменологічні особливості прояву тривожності у хворих на шизофренію та їх вплив на перебіг первинного захворювання, теоретично обґрунтовано високу ймовірність появи супутніх емоційних розладів у хворих на шизофренію та розкрито психологічні механізми їх формування, побудовано концептуальну модель управління тривожними станами у хворих на шизофренію.

Практичне значення дослідження полягає у тому, що емпірично виокремлено найбільш ефективні психодіагностичні засоби виявлення рівня тривоги у хворих на шизофренію, що можуть використовуватись на діагностичному етапі роботи з такими пацієнтами; доведено ефективність когнітивно-поведінкового підходу у роботі з симптомокомплексом тривожних станів у хворих на шизофренію та детально висвітлено арсенал психологічних

технік когнітивно-поведінкової терапії, що можуть застосовуватись у клінічній практиці терапевтичної допомоги таким пацієнтам.

Експериментальна база дослідження. Дослідження проводилось автором одноосібно на базі КНП "КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ "ПСИХІАТРІЯ" у місті Києві за експериментальним планом з попереднім і підсумковим тестуванням та контрольною групою (за Д. Кемпбеллом). Загальна вибірка складалася з хворих, які поступали на стаціонарне лікування з березня 2019 року по березень 2022 року. На констатувальному етапі дослідження брали участь 166 хворих. Участь у формувальному експерименті з цього числа продовжили 95 хворих.

Достовірність і надійність результатів забезпечувались методологічною й теоретичною обґрунтованістю вихідних даних; вибором методів, адекватних предмету, меті і завданням дослідження; репрезентативністю вибірки; поєднанням кількісного і якісного аналізу результатів дослідження; застосуванням методів математичної статистики.

Апробація результатів дисертаційного дослідження. Основні результати роботи доповідались, обговорювались та отримали схвалення на всеукраїнських та міжнародних науково-практичних конференціях, зокрема: V міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні проблеми сучасної психології: перспективи та пріоритетні напрями наукових досліджень молодих науковців», Інституту Психології Г.С. Костюка, 19.11.2019; МАУП 10.03.2020; Всеукраїнській науково-практичній конференції «Психодіагностика в Україні: сучасність та майбутнє», КНУ імені Т.Г. Шевченко 09-10.10.2020; I Міжнародній Науково-практичній конференції в Парижі 05.02.2021; I Міжнародній Науково-практичній конференції у Кембриджі 19.03.2021; IX Міжнародній Науково-практичній конференції «Сучасні наукові дослідження: досягнення, інновації та перспективи розвитку» у Берліні 20-22.02.2022; III Міжнародній науково-практичній конференції «Освіта і наука сучасності: міжгалузеві проблеми та розвиток наук» у Кембриджі 20.05.2022.

Впровадження результатів здійснювалося на базі факультету психології

Київського національного університету імені Тараса Шевченка, на базі кафедри практичної психології та соціальних технологій ПВНЗ «Європейський університет», у практичній роботі ТОВ «Психодіагностичний центр», у центрі медико-психологічної реабілітації КНГІКОР «Обласне психіатричне наркологічне медичне об'єднання».

Особистий внесок здобувача. Дисертаційне дослідження виконано здобувачем самостійно, усі сформульовані в ньому положення та висновки з рекомендаціями обґрунтовані на основі особистих досліджень автора. Для аргументації окремих положень використані праці інших науковців, на які зроблено посилання.

Публікації. Зміст дисертаційного дослідження відображено в 11 публікаціях, з них 3 статті у наукових фахових виданнях та 7 тез доповідей, 1 одноосібна стаття опублікована у закордонному періодичному виданні. У статті, написаній у співавторстві з Н. Завязкіною доробок автора становить 50%. Всі інші публікації виконані автором одноосібно.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 148 найменувань, з яких 115 – іноземними мовами, та 30 додатків. Загальний обсяг дисертації становить 276 сторінок, основний зміст роботи викладено на 170 сторінках. У дисертації міститься 38 таблиць, 32 рисунка, що займають 32 сторінки та 30 додатків, що займають 73 сторінки.

РОЗДІЛ 1

АКТУАЛЬНІ УЯВЛЕННЯ ЩОДО ПРОБЛЕМИ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

1.1. Тривожні стани як джерело дисфункції у хворих на шизофренію

Наукові дослідження в області ендогенних психічних захворювань станом на теперішній час характеризуються бурхливою активністю та мають на меті знайти нові пояснення етіології та патогенезу шизофренії, винайти та впровадити ефективні методи її лікування. Шизофренія – це тяжкий психічний розлад, що, часто маючи хронічний та виснажливий перебіг, кардинальним чином позначається на якості життя пацієнтів, призводить до порушень в їх клінічному, психосоціальному та економічному функціонуванні. Маючи психотичний рівень прояву, він призводить до виразних порушень мислення, емоцій, сприйняття та поведінки індивіда.

Аналізуючи та оцінюючи причини та модифікуючі чинники шизофренії, звертає на себе значну увагу факт взаємодії ендогенних психозів і психогенних психічних розладів. Симптоми марення, галюцинацій та дезорганізації мислення, як правило, узгоджуються з дисфоричними емоційними станами астеничного спектру, такими як тривога, сум, страх, хвилювання або сором. Не дивлячись на численні докази значного впливу супутньої тривоги на перебіг шизофренічного захворювання, вона є однією з найменш вивчених особливостей шизофренії [52].

Тривога та різноманітні форми її переживання у якості предмета психологічного дослідження характеризуються складністю та багатоаспектністю [1, 2]. Поряд із вивченням відмінності між раціональною та патологічною тривогою часто поставало питання про взаємини цього феномена при м'яких амбулаторних формах тривожних розладів і при психозах. У літературі неодноразово висвітлювалася широко відома феноменологічна відмінність

безмістовного вітального переживання тривоги та страху (Anxiety) і предметного афекту страху (Fear) [132].

Порівняльний аналіз неврозів і психозів через порівняння тривоги й страху проводився багатьма дослідниками [1, 2, 4-7, 9, 18, 68]. Однак, основна увага дослідників була орієнтована на виявлення відмінних характеристик тривоги при неврозах та психозах, а не на пошуки подібних механізмів. Слід зазначити, що в ході порівняльних досліджень цього феномена було виявлено і спільні властивості тривоги при різних рівнях психічного розладу, але, як правило, це поширювалося на кількісні характеристики тривоги, терапевтичну відповідь на патологічний стан тривоги, а не на особливості адаптації до наявності цього специфічного стану, в тому числі – модифікацію поведінки [68].

Використання під час психологічних досліджень поняття тривоги в різних значеннях є наслідком його багатоплановості та семантичної невизначеності. Розглядаючи роль тривоги в клініці ендогенних психічних захворювань, ми вважаємо за необхідне зупинитися на дослідженні розуміння раціональної та патологічної тривоги. При дослідженні проявів тривоги в клініці ендогенних психічних розладів необхідно враховувати те, що підвищена тривожність може бути викликана продуктивними та негативними симптомами, які можуть вплинути на сприйняття здатності протидіяти новим стресорам [22, 111, 126]. У той же час існують дослідження, у результаті яких взаємозв'язок підвищеного рівня тривожності та наявності у людини ендогенного психічного захворювання не було підтверджено. Це свідчить про те, що тривога може не залежати від психопатології [83].

Очевидно, що окрім позитивних і негативних симптомів, когнітивна сфера особистості також має особливу значущість для саморегуляції, зокрема, для подолання тривожних станів. Наприклад, було доведено, що когнітивні порушення можуть заважати оцінці й реакції на стресові чинники, що призводить до того, що пацієнти обирають неадекватні копінг-стратегії, такі, наприклад, як уникнення проблеми або ізоляцію [13, 15, 38, 94, 109]. В цілому ж

необхідно зауважити, що здатність долати тривогу вимагає значних когнітивних ресурсів.

Перш ніж розглядати ті чи інші аспекти проявів й наслідків тривожних станів у хворих на шизофренію, необхідно віднайти таке визначення категорії тривоги як специфічного психологічного конструкту, яке б максимально точно та достовірно описувало його феноменологію. Так, важливо відзначити, що тривога – це нормальний, притаманний багатьом живим організмам стан, що на рівні свого нормативного прояву є частиною еволюційного пристосування індивіда до оточуючого середовища, яке не завжди буває дружнім та безпечним для живих організмів. З еволюційної точки зору, вона адаптивна, оскільки сприяє виживанню, спонукаючи людину триматися якомога далі від небезпеки. Тривога є універсальним феноменом, пов'язаним з реакцією на стрес. Її призначення в адаптації, мобілізації всіх сил організму для швидкої зміни поведінки й пристосуванню до змінених умов існування. Тривога – емоційний стан, що характеризується очікуванням чогось неприємного, наявністю поганого передчуття, певної напруги та страху [7]. Від страху тривогу відрізняє її безпредметний характер, у той час як страх завжди має у своїй основі якийсь конкретний предмет. Взагалі з приводу співвідношення між тривогою і страхом в сучасній психології до сих пір йдуть дебати. Одні автори вказують на те, що їх слід чітко розрізняти [40]. Інші знаходять цю відмінність непотрібною і розглядають ці поняття як еквівалентні [121]. Також в психології є спроби розкрити поняття тривоги через поняття страху, зв'язати ці утворення. Тривога є менш певний і виражений страх [97]. Існує думка, що тривога – це невизначений страх [4].

Чітке розмежування страху і тривоги базується на критерії, введеному в психіатрію К. Ясперсом. Відповідно до цього критерію тривога відчувається поза зв'язком з яким-небудь стимулом («вільно плаваюча тривога»), тоді як страх співвідноситься з певними стимулом і об'єктом. Варто зауважити, що такий підхід є найбільш поширеним [4]. Існують як психометричні, так і фізіологічні

дані, що показують як схожість, точніше зв'язок, так і вагому відмінність між зазначеними змінними [75]. Як вказує J. Gray посилаючись на фізіологічні дані, страх передбачає завантаження захисного механізму, а тривога – підготовку до завантаження захисного механізму. На думку автора, «тривожність» – амальгама страху і фрустрації. Це певна людська емоція (її генерує модель «система гальмування поведінки – СТП»), стан, який виникає у відповідь на загрозу (стимули, асоціювання) або невизначеність (новизну) [75].

Поняття страху і тривоги відносяться до емоційних реакцій або станів, які викликаються різними процесами. Якщо для виникнення тривоги часто немає ніяких об'єктивних причин, то страх – це реакція людини на конкретну небезпечну для її здоров'я і престижу ситуацію. Під час переживання тривоги індивід майже не здійснює ніяких термінових захисних дій, він просто хвилюється. Страх же завжди пов'язаний з проявом конкретних захисних реакцій [132].

В історії психологічної науки відомі спроби пояснити відмінності між тривогою і депресією (Kandal, Clark, Watson, Tellegen, Zevon). Основна відмінність між ними в характері дії. Депресія передбачає втрату надії на активну протидію стресу (захисна реакція та механізми протидії взагалі не включаються), а тривога, навпаки, передбачає спроби активної боротьби зі стресом. Психологічний чинник підвищеної збудливості, властивий неспокою, може бути розглянутий як підготовка до боротьби – активізація фізіологічних процесів, необхідних для підтримки активної боротьби зі стресом (Barlow, Fowles). Наводяться і психометричні докази зв'язку і відмінностей між зазначеними утвореннями (Clark, Watson) [64].

Синдром тривоги (як і синдром депресії) має у своєму складі компонент загального виснаження, що пов'язаний з виключно негативним впливом та залежить від генетичних основ (розглядається як темпераментальна змінна). Саме з цього компоненту і відзначається кореляційний зв'язок між розглянутими змінними. Різниця в тому, що для тривоги характерний симптом підвищеної

збудливості, а для депресії – відсутність позитивного впливу (Huppert, Weiss, Lim). Тривога і депресія мають схожі ознаки і в цьому їх зв'язок. Однак вони представляють відмінні один від одного феномени [81, 83].

В цілому відмінності між страхом, тривогою і депресією можуть бути виражені наступними ілюстраціями когніцій, що домінують під час переживання того чи іншого стану: 1) «Відбувається щось жахливе і мені потрібно зробити якісь дії, щоб зупинити це» – когніція індивіда, який відчуває страх; 2) «Щось жахливе може статися. Я можу виявитися не готовим до боротьби, але я повинен хоча б спробувати» – когніція індивіда, який відчуває тривогу; 3) «Щось жахливе може трапитися; я не зможу з цим впоратися, тому я навіть не буду намагатися» – когніція індивіда з депресивним реагуванням навіть на малозначущі події.

З метою вивчення феномена тривожності досить часто використовуються факторні моделі. При їх використанні відбувається редукування симптоматики тривожності. Факторному підходу не передує глибокий науковий опис досліджуваного явища в різних формах і суворе розведення нормальних і патологічних випадків. У США відомим дослідником тривожності є К. Спілбергер. Він виділяє два поняття, дві форми тривожності – тривога як стан (СТ) і як властивість (ЛТ) [130]. Розподіл тривожності на СТ і ЛТ міцно увійшов в психологічний ужиток і стало вельми зручним не тільки в теорії, але і в діагностичній та експериментальній практиці [130].

Тривожність притаманна людині як невід'ємний та абсолютно нормальний стан, адже якщо зовсім відсутнє відчуття тривоги, це може свідчити про таке порушення як послаблений інстинкт самозбереження. Тривожність перед публічним виступом чи перед екзаменом – це навіть корисне відчуття, що спонукає краще підготуватись до промови та екзамену, аби почувати себе впевненіше. Підвищена тривожність під час перебування суб'єкта в незнайомому місці також є цілком природнім явищем, пов'язаним з недостатньою поінформованістю про його особливості та, відповідно, необхідністю підготовки до появи вірогідних небезпек.

Тривога може бути визначена, як набір поведінкових, когнітивних та фізіологічних реакцій, що виникають без чітко визначеної зовнішньої загрози. Крім того, слід зазначити, що тривога не обов'язково пов'язана з чітко визначеною фізіологічною відповіддю. З іншого боку тривога являє собою взаємодію між стимулами зовнішнього середовища, стресорами, та специфічними механізмами реагування на них [115]. Тривога може розглядатися у двох взаємопов'язаних проявах: як компонент реагування на стрес та як потенційний стресор. Як нормативне явище тривога визначається як чутливість до небезпеки, що виникає в потенційно небезпечних ситуаціях та виконує в цій своїй якості адаптивну функцію.

Відповідно до сучасних наукових викладів, стан тривоги – явище не тільки емоційне; воно містить у собі також когнітивні й мотиваційні складові, формуючі ті або інші форми поведінки. Вводиться поняття «когнітивної моделі тривоги», у яку входять, крім емоційних переживань, певні когнітивні установки, очікування, уявлення про світ [23, 24, 27]. У людини тривога звичайно пов'язана з очікуванням невдач у соціальній взаємодії й часто буває обумовлена неусвідомленістю джерела небезпеки. Очікування невдач, як правило, формує поведінку пасивно-оборонного типу.

Тривожність є одним із найважливіших показників особистості, що характеризує її схильність до переживань, побоювань та занепокоєння, що несе негативне емоційне забарвлення та особливості індивідуальних реакцій на стресові ситуації. Страх і тривога довго вважалися фундаментальними людськими емоціями. Тривога включає емоційний (суб'єктивне відчуття вираженого дискомфорту, скутості, хвилювання, безконтрольної емоційної нестійкості) і фізичний компоненти (тремор, задишка, серцебиття). Це є нормальним явищем, але коли симптоми викликають значні особисті страждання і порушують повсякденну діяльність протягом певного періоду, можна діагностувати тривожний розлад [84]. Тривожні розлади є найбільш поширеними психічними розладами у світі [145].

Розглядаючи конкретні симптоми тривоги, варто зазначити що вони можуть проявлятися як одночасно, так і в асинхронному режимі. Серед них можна зазначити наступні:

- нервові збудження, що важко заспокоїти, при цьому присутнє відчуття неспокою;
- надмірна дратівливість;
- швидка втомлюваність;
- проблеми з концентрацією уваги;
- проблеми із запам'ятовуванням та відтворенням нової інформації;
- неспокійний сон;
- відсутність контролю почуття неспокою;
- неконтрольовані м'язові спазми [30, 31].

Важливо також зауважити, що науковці виділяють ряд чинників ризику розвитку тривожних розладів, серед яких:

- генетичні схильності;
- навколишнє середовище;
- певні соматичні захворювання, пов'язані з порушенням серцевого ритму;
- сором'язливість або притуплена реакція в дитинстві як риси особистості;
- сильний стрес в ранньому дитинстві або вже в дорослому віці;
- вживання психоактивних речовин, ліків або кофеїну, що може стати як підсиленням вже наявних симптомів тривоги, так і причиною виникнення [9, 10, 15].

До загальних психічних і поведінкових симптомів тривоги відносять занепокоєння за незначного приводу, відчуття напруженості й скутості, нездатність розслабитися, дратівливість і нетерплячість, «перебування на грані зриву», неможливість сконцентруватися, дисфункції у роботі пам'яті, труднощі засипання та порушення нічного сну, швидку стомлюваність, страхи.

Люди із тривожними розладами часто мають скарги на пригнічений настрій, дратівливість, занепокоєння або навіть надмірну активність. Звичайно

такі люди непосидючі і відчують потребу постійно щось робити. Коли ця категорія людей намагається описати свій психоемоційний стан, то часто використовуються такі вирази як «стисла пружина», «серце у тисках», «стальний обруч, що стискає голову», «липкий піт на спині», що свідчать про відчуття надмірного занепокоєння, наявності нав'язливих дій, вираженого психоемоційного напруження, застрягання на неприємній ситуації (постійно повертаються до неї у думках, програють в уяві можливі варіанти своїх дій) можуть робити повторні (нав'язливі). Їм притаманні похмурі передчуття, відчуття паніки та страху, вони не можуть сконцентруватися, відчують «порожнечу в голові» або навпаки «скажені» напливи думок. У деяких людей у такому стані з'являється виражений страх збожеволіти [15].

Серед патологічних проявів тривожно-фобічних розладів у першу чергу виділяють панічні атаки. Люди, з якими це відбувається, втрачають контроль над своїми діями, майже не розуміють, що роблять, їм здається, що наближається їх загибель. Внаслідок раптової появи реальної загрози кожен може запанікувати, однак деякі відчують безпричинні напади паніки, що повторюються без об'єктивної причини. Ця хвороба описується діагнозом – панічний розлад. Нападами паніки називаються періодичні короткі спалахи паніки, які виникають раптово й досягають піка впродовж 10 хвилин [25]. Періодичність нападів паніки включає випадки від одного разу на місяць або частіше. Наслідком панічних атак стає соціальна дезадаптація особи.

З точки зору психофізіології тривожність є реактивним станом. Вона запускає такі фізіологічні зміни в організмі, що готують його до боротьби – відступу, втечі або опору, нападу, атаки. При тривожності спостерігаються ерготропні тенденції: збуджується серцево-судинна система (частішає ритм серцевих скорочень, підвищується артеріальний тиск), а діяльність травного тракту пригнічується (зменшується активність секреції й перистальтика). Кров із травного тракту перерозподіляється в м'язову систему. У такий спосіб організм готується до активної діяльності. Широкий спектр фізіологічних реакцій, що

супроводжують стан тривоги, пояснює, чому на тлі тривалого стану тривоги формуються різноманітні психосоматичні розлади, зокрема, порушення у роботі серцево-судинної системи та шлунково-кишкового тракту.

Соматичні прояви тривоги проявляються у вигляді вегетативної поліморфної гіперактивації та моторних порушень: метушливість, м'язова напруга з болючими відчуттями різної локалізації, нездатність розслабитися. Особливістю соматичних проявів тривоги є їхній полісистемний характер. Задіяність різних систем організму призводить до вегетативної дизрегуляції з наступним порушенням адаптації до умов зовнішнього середовища й формуванням психовегетативного синдрому. Отже, серед соматичних проявів тривоги виділяють: 1) серцево-судинні: прискорене серцебиття, тахікардія, неприємні відчуття або біль в грудях, коливання артеріального тиску, припливи жару або холоду, пітливість, холодні й вологі долоні; 2) дихальні: відчуття «грудки» у горлі або «непроходження» повітря, почуття нестачі повітря, задишка, нерівномірність подиху, незадоволеність вдихом; 3) неврологічні: запаморочення, головні болі, м'язові посмикування, напруга у м'язах, порушення сну; 4) шлунково-кишкові: нудота, сухість у роті, диспепсія, пронос або запори, метеоризми, порушення апетиту; 5) сечостатеві: прискорене сечовипускання, зниження лібідо, можлива еректильна дисфункція [25, 148].

Поняття тривоги стало використовуватися в лексиконі людства задовго до появи наукової психіатрії. Греко-римські філософи й лікарі чітко ідентифікували тривогу у двох вимірах: як стан, що має явний негативний вплив, і як окремий розлад. Крім того, стародавня філософія пропонувала методи лікування тривоги, які багато у чому схожі на сучасні когнітивні підходи [61].

Наукове та клінічне вивчення тривоги почалося значно пізніше. Як психопатологічний феномен тривогу стали розглядати в кінці XIX століття. Починаючи з 20-го століття у психіатричних класифікаціях тривога класифікується, як розлад, рівень клінічної оцінки якого залежить від порога між нормальною адаптивною тривогою в повсякденному житті та патологічною

тривогою, що вимагає лікування (рис. 1.1).

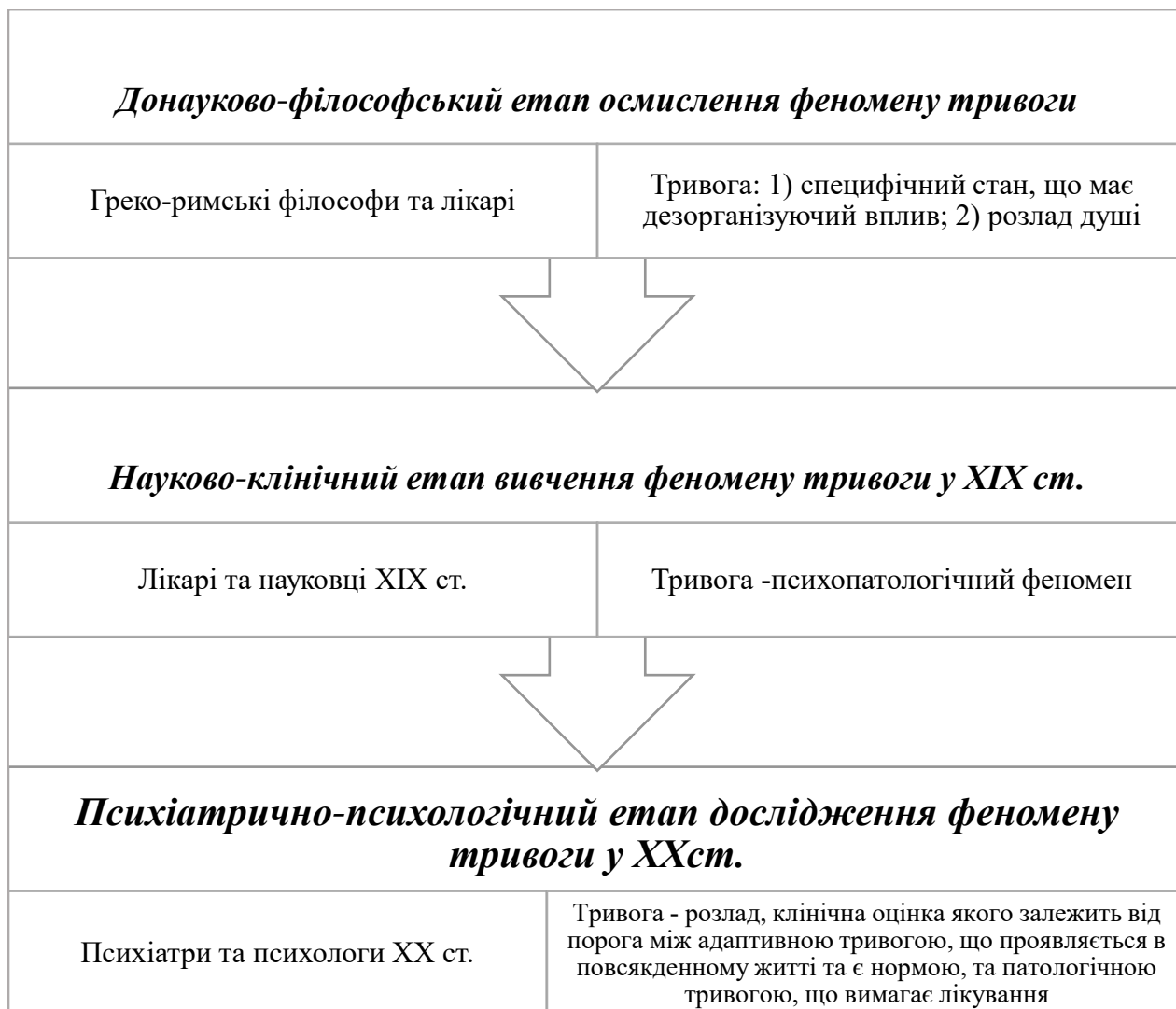


Рис. 1.1. Історична еволюція поглядів на феномен тривоги

Цілеспрямоване психіатричне вивчення тривоги почалося в 1895 році, коли засновник психоаналізу S. Freud в результаті своїх клінічних досліджень виділив так званий «невроз тривоги» – «Die Angstneurose» [69].

К. Horney не вважала, що тривога є необхідним компонентом в психіці людини. Згідно з її соціокультурною теорією особистості, етіологія невротичної поведінки закладена в порушених взаємостосунках дитини та батьків. Все те, що у відносинах з батьками руйнує відчуття безпеки у дитини, призводить до

базальної тривоги [59].

У своїй книзі «Втеча від свободи» (Escape from Freedom), яка вийшла 1942 році, Е. Fromm розкриває поняття тривоги через ідею формування деструктивного соціального характеру, внаслідок, певних міжособистісних відносин. Не що інше, як тривога, змушує індивіда бігти від свободи. Ця тривога викликана міжособистісними відносинами, які в якості міжособистісних є одночасно і макросоціальними. Індивіда турбують не персоніфіковані об'єктні фігури його близьких, а безособові фігури-символи, що втілюють макросоціальні відносини тієї соціальної системи, в якій індивід існує [70].

Концепція тривоги в ідеї міжособистісних відносин знаходить своє відображення і в роботах Н. Sullivan. Так, 1948 року, в журналі «Психіатрія» (Psychiatry), опублікована його стаття, «Значення тривоги для психіатрії та для життя» (The Meaning of Anxiety in Psychiatry and in Life), яка присвячена концепту тривоги. Більш детально цю тему розкрито в роботі «Міжособистісна теорія психіатрії» (The interpersonal theory of psychiatry). Н. Sullivan вважає, що походження тривоги викликано не соціальним середовищем взагалі як потужного комплексу сукупності соціальних впливів, що пригнічують індивіда, як це описує Е. Fromm, але конкретними патернами міжособистісних відносин. Так, за його теорією, тривога, в процесі розвитку особистості викликається несхваленням з боку інших. Так чи інакше, це несхвалення говорить про загрозу інтересам і потребам особистості та тому вона сприймає його у формі тривоги [26].

Продуктом міжособистісних відносин тривогу вважав і ще один відомий психолог – британський психіатр і психоаналітик R. Laing. Згідно з його теорією, уникненням від тривоги є формування психозу [92]. У своїй роботі «Undivided Self», R. Laing приділяє увагу детермінантам психотичних розладів, що містяться в характері міжособистісного спілкування хворих на шизофренію з їх близькими та соціальної психології їх сімейних та інших груп. Такі відносини, за R. Laing, викликають тривогу у будь-якої особи, але тільки людина з високим

порогом онтологічної невпевненості обирає аварійним виходом з тієї безвиграшної позиції те, що психіатри діагностують, як «шизофренія» [92].

Психоаналітична традиція тлумачення феномену тривоги та механізмів його виникнення представлена в табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Психоаналітична традиція тлумачення феномену тривоги та механізмів його виникнення

Представник психоаналітичного напрямку	Тлумачення змісту та психологічних механізмів виникнення тривоги
S. Freud [69]	Тривога – невід’ємний від сфери психічного емоційний стан, що є функцією такої особистісної підструктури як «Его» та виникає як реакція на загрозу, джерело якої є недостатньо визначеним. Інтенсивний стан тривоги активує захисний механізм витіснення, що дозволяє перевести у сферу підсвідомості думки, спонукання та потяги, які її викликають та посилюють. Часто ці витіснені психологічні явища не можуть утриматися на підсвідомому рівні та знову виходять у поле свідомості разом з переживанням тривоги.
K. Horney [59]	Тривога – наслідок порушень дитячо-батьківських стосунків, що викликає у дитини базальну тривогу та у хронічному варіанті призводить до стійкої схильності уже дорослої людини до виражених станів тривожності.
E. Fromm [70]	Тривога – наслідок дисфункцій макросоціальних відносин тієї соціальної системи, в якій він існує.
H. Sullivan, R. Laing [26, 92]	Тривога викликається конкретними патернами міжособистісних відносин, зокрема, несхваленням з боку оточуючих людей, з якими безпосередньо комунікує суб’єкт переживання тривоги
C. Jung [87]	Тривога – це реакція свідомості суб’єкта на вторгнення ірраціональних спонукань та образів колективного несвідомого

У процесі вивчення феномена тривоги виникало багато протиріч в операціоналізації так званих «раціональної» та «патологічної» тривоги, а також значна кількість труднощів у їх чіткому розмежуванні. Поділ тривоги на «раціональну» і «патологічну» існує історично. Так А. Freud, І. Павлов, П. Анохін говорять про цей розподіл, як про факт, що виникає власне з теорії

афектів [29].

Основну відмінність раціональної тривоги від патологічної можна розглядати в тому, що перша є вираженням людської безпорадності перед обличчям реальної небезпеки, у той час як остання, загалом, є наслідком передбачуваної уявної небезпеки, джерело якої є невизначеним, досить розмитим в уявленні суб'єкта переживання тривоги. Різниця, яку виділяє S. Freud, полягає в тому, що раціональна тривога є реакцією на зовнішню загрозу, а невротична – на внутрішньо-суб'єктивну, ту, що пред'являє певні вимоги до індивіда та загрожує його самооцінці та самоповазі [69].

Невротична тривога, на думку R. May – це реакція на загрозу, яка, по-перше, неадекватна об'єктивній небезпеці, по-друге, має в собі витіснення (дисоціацію) та інші прояви механізмів захисту і, отже, по-третє, людина обмежує якісь свої дії за допомогою різних невротичних захисних механізмів. При раціональній тривозі людина може конструктивно поводитися з нею на свідомому рівні або ж тривога знижується, коли змінюється об'єктивна ситуація [15].

На думку Ю. Нуллер в основі реакції раціональної й патологічної тривоги лежать одні й ті ж процеси, але в другому випадку вони виражені набагато інтенсивніше. Раціональна тривога викликається реальною ситуацією і є по інтенсивності та тривалості адекватною їй, а патологічна, цілком зумовлена хворобливим процесом або надмірно важка і тривала в порівнянні з причиною, яка її викликала [15].

Корінна відмінність патологічної тривоги від раціональної полягає в тому, що вона істотно порушує якість життя людини і її діяльність – такої точки зору дотримуються багато дослідників цієї області (рис. 1.2).

Дослідження тривоги не обмежувались вивченням відмінності між раціональною і патологічною тривогою. Фокус уваги також був спрямований на розгляді питання феномена тривоги при різних нозологічних формах.



Рис. 1.2. Основні відмінності раціональної та ірраціональної (невротичної, патологічної) тривоги

С. Jung вважав, що причина виникнення тривоги єдина, незалежно від нозологічної приналежності. С. Jung описує тривогу як реакцію свідомості індивіда на вторгнення ірраціональних спонукань і образів колективного несвідомого. Якщо внутрішньо індивідуальні бар'єри на шляху ірраціональних прагнень і образів колективного несвідомого є тонкими, існує небезпека психозу, який супроводжує тривога. Основні компоненти колективного несвідомого опосередковано керують поведінкою людини як при психозах, так і при неврозах

[87].

Деякі дослідники порівнювали невротичну і психотичну тривогу через когнітивний зміст, психодинамічні концепції, які зумовлюють клінічну картину захворювання. К. Goldstein проводить аналогію між вираженою тривогою невротичного рівня і тривогою при виникненні психозів. Коли виникає сильна емоція, то зрозуміло, що людина не здатна сказати та не знає, чого вона боїться. Особливо яскраво це спостерігається у хворих при виникненні гострого психозу, але іноді те ж саме явище можна спостерігати й не при таких екстремальних станах. Сильну тривогу людина сприймає як руйнування самої себе, «припинення існування власної особистості» [73].

S. Tsirkin проводить психопатологічну диференціацію тривоги. Спільну рису невротичної та психотичної тривоги він бачить у тому, що в обох випадках переживається небезпека або загроза. Відмінність між видами тривоги він пояснює через джерело небезпеки, яке при невротичній тривозі зазвичай являє собою щось нове або змінене, випадкове. При психотичній тривозі загроза дифузна, в ній прихована навмисність [17].

Загальним для невротичної та психотичної тривоги є безпредметність переживань. Вчені вказують на складність розмежування невротичної та психотичної боязні. Короткочасні (від 15-20 хвилин до 1-2 годин) напади страху з конкретним змістом, на тлі наявних побоювань, характерні й для неврозів, і для психозів, але є лише стадією в розвитку останніх. Структурна різниця психотичного (вітального) страху від невротичного полягає в беззмістовному, нелокалізованому, дифузному характері переживання. Дуже характерним для афективних психозів є почуття безпорадності, аж до розгубленості на висоті вітального страху [19].

Шизофренія – це важке психічне захворювання, що характеризується рецидивними епізодами марення, галюцинацій та ослабленої емоційної експресії, стійкою когнітивною дисфункцією та рядом інших руйнівних симптомів. Розлад найчастіше виникає у підлітковому чи ранньому дорослому

віці і є основною причиною інвалідності в осіб віком від 15 до 44 років [54]. Шизофренія – руйнівний розлад, що чинить сильний вплив на функціонування та якість життя пацієнта [120].

Не дивлячись на те, що шизофренія стає причиною інвалідності людини, тривога, яка є невід’ємним супутником цього розладу та яку регулярно переживають пацієнти з шизофренією, досі є однією з найменш вивчених особливостей цього захворювання [52]. Це навіть не дивлячись на те, що станом на теперішній час доведено значний вплив тривожних станів на результат перебігу захворювання [51]. Таким чином, може зробити висновок про необхідність подальших досліджень.

Результати дослідження впливу тривоги на переживання психотичних симптомів свідчать про те, що тривожність позитивно пов’язана з рівнем вираженості марення, параної, а також може викликати гостре посилення слухових галюцинацій [78]. У результаті досліджень впливу урбаністичного середовища на інтенсифікацію психотичних переживань було доведено, що стрес і тривога можуть провокувати виникнення субклінічної параної та маячних станів [66]. Таким чином, негативні афективні стани не тільки збільшують і без того високий рівень стресу у пацієнтів з психозом, але також мають відношення до формування та підтримання психотичних симптомів.

Високий рівень тривожності пов’язаний з погіршенням щоденного функціонування, якості життя, оцінки своєї особистості та ефективності пацієнтів. Зокрема, станом на теперішній час відомо, що соціальна тривожність значно пов’язана з психіатричними симптомами. У пацієнтів із шизофренією та коморбідною соціальною тривожністю фіксується значно нижча загальна якість життя та неадекватно низька самооцінка, чого не можна сказати про хворих на шизофренію без соціальної фобії [36].

Підвищена тривожність у пацієнтів, які страждають на шизофренію, зумовлена певною ізолюваністю від соціуму та особливостями соціальної взаємодії осіб даної категорії – складністю розуміння соціальних ситуацій,

дефіцитом соціального пізнання, аутистичною відмовою від взаємодії з оточенням, підозрілістю. У літературі зазначається, що при шизофренії високий рівень тривожності пов'язаний з погіршенням повсякденного функціонування, якості життя, самооцінки та самоєфективності [58, 64, 94, 95, 124], а також кількісно більшій частоті загострень симптомів [94, 95, 107], рецидивів [107] та самогубства [96].

Варто особливо підкреслити, що станом на теперішній час причинно-наслідковий зв'язок між підвищеним рівнем тривожності та клінічним результатом перебігу шизофренії залишається незрозумілим. Іншими словами, ми досі не знаємо напевно, чи тривога викликає клінічні наслідки шизофренії, чи, навпаки, останні відповідальні за інтенсивність тривоги, що переживають хворі. Є численні варіанти психопатологічних станів, коли тривожний афект домінує лише на початковому етапі, існуючи надалі з великою кількістю іншої психопатологічної симптоматики, яку не можна віднести до тривожної [91]. Тривога в цих випадках виступає як афективний фон, що дає початок симптоматиці інших психопатологічних реєстрів.

З усім тим, багато різних змінних, як стверджується, сприяють труднощам в управлінні тривожністю, включаючи чинники «довкілля», такі як життєві події, а також інші аспекти, пов'язані з проявом самої хвороби, такі як психопатологія та когнітивні порушення [51].

Чинники навколишнього середовища можуть впливати на перебіг тривоги при шизофренії. Наявні дослідження показують, що сильна вираженість емоцій (стресові стосунки між родиною та пацієнтами) призводить до більш серйозних проявів тривоги та психозу. Пацієнти з діагнозом «шизофренія», що виховувались у сім'ях, членам якої притаманна висока інтенсивність емоційних переживань, мали значно вищі показники тривоги, продуктивних симптомів і загальної психопатології [72, 114, 117]. Пацієнти з дуже вимогливими та критично налаштованими членами сім'ї також частіше демонструють більш виражене загострення психотичних симптомів з часом [62]. Шляхом емпіричних

досліджень було встановлено, що стресові соціальні відносини та тривога вносять додатковий внесок у загострення психотичних симптомів [62], але реалізація якісної психологічної просвіти серед родичів пацієнтів може компенсувати це шляхом зниження рівня тривоги [144].

Якщо брати до уваги той факт, що тривога є універсальним феноменом, як для здорової людини, так і для людини, що страждає на психічний розлад будь-якого рівня, виявляється логічним припустити, що механізми адаптації до тривоги також будуть схожими. Саме це зумовлює значущість та у той же час відносну доступність дослідження тривожних станів у хворих з розладами психотичного рівня.

Звертає на себе увагу складність феноменологічної картини окремих типів тривоги у пацієнтів з шизофренією. Історично склалося так, що діагностичні системи ґрунтуються на ієрархічному редукціонізмі, де нібито більш «важкі» розлади мають перевагу над розладами нижчого рангу [79]. Подібним чином лікування тривоги вважається менш важливим, ніж лікування психотичних симптомів, оскільки клініцисти та дослідники часто розглядають симптоми тривоги лише як побічний продукт психозу, а не як окремий, співіснуючий розлад. Крім того, загальноприйнятим є припущення, що будь-який вплив тривожних розладів на пацієнтів із шизофренією є менш потужним у порівнянні з впливом самого психозу [63, 79, 133].

Тим не менш, симптоми тривоги вже давно описані у пацієнтів з шизофренією, і вони визнані значущим чинником погіршення перебігу цього психотичного захворювання, що характеризується у таких випадках значною інтенсивністю та деструктивністю [35, 44, 49, 50]. Симптоми тривоги при шизофренії можуть проявлятися по-різному, наприклад як вторинні явища до продуктивних психотичних симптомів, як реактивний прояв на зовнішні обставини або як дискретний супутній стан. Крім того, це супутнє захворювання може мати глибокий вплив на прогноз, функціонування та якість життя, що безпосередньо не пов'язане з продуктивними чи негативними симптомами [50,

79, 128].

Оскільки в останні роки зростає усвідомлення наявності та потенційної значущості супутніх до шизофренії захворювань, тривожні стани у цієї групи пацієнтів все частіше досліджуються та описуються. Також набагато частіше вони розглядаються як самостійний психічний розлад, що заслуговує терапевтичних зусиль фахівців [37, 51, 56, 65, 71, 91]. Це узгоджується з епідеміологічними дослідженнями, які показують високу поширеність супутніх психічних захворювань у пацієнтів з шизофренією [8, 43]. Симптоми тривоги можуть виникати у 65 % пацієнтів з шизофренією і можуть досягати порогових значень в діагностуванні різних супутніх тривожних розладів [136]. Майже у 50% випадків ці симптоми досягають тяжкого ступеня [88].

Низка досліджень виявила збільшення частоти симптомів тривоги у пацієнтів з шизофренією. У новій науковій літературі вказані більш високі показники тривожності у осіб з шизофренією, ніж ті, які зазвичай є загальновідомими у загальній популяції. Тривога у формі симптому або цілого комплексу супутніх симптомів, що поєднуються у синдром, зазвичай виникає у пацієнтів, у яких діагностовано шизофренію. Синдроми тривоги, що потенційно можуть виникати при шизофренії, включають obsесивно-компульсивний розлад (ОКР) [39, 104, 118], панічний розлад (ПР) [85, 122, 141], посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [89, 102, 125], соціальну фобію (СФ) [6, 20, 99, 110, 139, 142], специфічні фобії [48] та генералізований тривожний розлад (ГТР) [45, 53]. Будь-який або всі ці тривожні розлади можуть бути джерелом значних страждань і дисфункції та, відповідно виступають важливими «мішенями» для терапевтичного втручання [14, 48].

У 2011 році було здійснено метааналіз, що об'єднав дані з 52 досліджень на загальній вибірці понад 4000 пацієнтів. Зведені результати показали, що 38,3% пацієнтів із шизофренією страждали принаймні одним супутнім тривожним розладом. Найпоширенішим тривожним розладом була соціальна фобія, що була діагностована у 14,9% випадків. За ним йшов посттравматичний

стресовий розлад (12,4%), obsесивно-компульсивний розлад (12,1%), генералізований тривожний розлад (10,9%), панічний розлад (9,8%) і специфічна фобія (7,9%). Початкові аналітичні огляди вказували на те, що більшість доступних досліджень складалися з клінічних зразків із залученням невеликої кількості респондентів, і через це результати поширеності дуже варіюються [34].

Найпоширенішим супутнім розладом у хворих на шизофренію є соціальна фобія. Симптоми соціальної тривожності широко поширені серед амбулаторних хворих на шизофренію і тісно пов'язані з їх соціальним функціонуванням [36, 76, 110, 139]. Це, як правило, не дуже артикульована, прихована проблема, що може бути пов'язаним зі значними спотвореннями соціального функціонування сучасного соціуму. Нинішній стан досліджень показує, що коморбідність із соціальною фобією є більш поширеною у осіб з шизофренією, ніж серед загальної популяції осіб. Частота коморбідної соціальної фобії при психотичних захворюваннях коливається від 11 % до 36 % [76, 110, 139].

Соціальна фобія психотичних пацієнтів залишається переважно нерозпізнаною. Якщо її не виявити та не лікувати, це супутнє захворювання може провокувати більш серйозні психотичні симптоми, що призводять до погіршення якості життя страждаючої особи та деструктивних трансформацій її самооцінки. Важливо ще раз звернути увагу, що основною проблемою хворих на шизофренію є те, що у них значно погіршується функціонування в повсякденному житті. Це також посилює схильність до соціальної ізоляції та загалом погіршує соціальну адаптацію. Пацієнти з коморбідною соціальною фобією та шизофренією мають більшу кількість суїцидальних спроб протягом життя, з яких вони обирають ті способи суїциду, які мають більшу летальність, а також часто зловживають алкоголем або наркотичними речовинами [36, 96].

Поширеність obsесивно-компульсивних симптомів при шизофренії вища, ніж можна було б очікувати. Повторювані стереотипи та компульсивні дії можуть бути спричинені нав'язливими думками та руховими послідовностями в

обох цих розладах. Пацієнти з шизофренією часто демонструють нав'язливі роздуми, повторювану ритуальну поведінку або стереотипні думки під час гострого психозу [46]. До того ж диференційна діагностика компульсивної поведінки в діагностичних системах сучасної психіатрії не позбавлена суперечок [30]. При наявній шизофренії поява obsесивно-компульсивних симптомів може передувати виникненню психотичних симптомів, бути синхронною з ними або ж розвинутися пізніше.

Незважаючи на все більше визнання поширеності посттравматичного стресового розладу у загальній популяції, він значною мірою ігнорується серед хворих на шизофренію, які зазвичай лікуються в державних психіатричних установах. При психотерапевтичній допомозі хворим на шизофренію увага фахівців зосереджується, у першу чергу, на лікуванні яскраво виражених психотичних симптомів, таких як галюцинації, марення та ненормативна поведінка, у той час як симптоми ПТСР залишаються без уваги. Є вагомі підстави вважати, що це перетворюється на значущу проблему, адже наслідки ПТСР зазвичай включають підвищене збудження та страждання, соціальну ізоляцію та міжособистісні конфлікти, а також загалом погане професійне та соціальне функціонування. Існують докази погіршення функціонування здоров'я та підвищення медичної супутньої патології внаслідок ПТСР [98]. Залишення без уваги посттравматичних стресових розладів у тяжко психічно хворих майже напевно погіршує тяжкість перебігу хвороби пацієнтів і перешкоджає якісному догляду за ними [89, 123].

Тривожні стани можуть сигналізувати про посилення тяжкості симптомів основного захворювання і, відповідно, стати важливими індикатором погіршення загального прогнозу перебігу захворювання [57, 88]. Тому адекватне діагностування та лікування цих станів може приводити до зменшення інтенсивності як продуктивних, так і негативних психотичних симптомів [43]. Вираженість продуктивних симптомів може корелювати з вираженістю симптомів тривоги, але тривога може виникати незалежно від психотичних

симптомів [136].

Наявність продуктивної симптоматики при шизофренії, ускладнює діагностику тривоги. Вищий діагностичний результат може бути досягнутий шляхом оцінки симптомів тривожних розладів після завершення гострої фази психозу [136]. Логічним буде припустити, що тяжкість проявів психотичних симптомів в гострій фазі захворювання буде визначати ступінь тяжкості супутніх тривожних розладів. Коли стан пацієнтів з шизофренією ускладнено депресією, коморбідність тривожних розладів значно посилює ступінь її тяжкості [81].

Симптоми тривожних розладів можуть маскувати деякі соматичні хворобливі стани такі як дисфункція надниркових залоз, аритмія, бронхіальна астма, цукровий діабет, синдром подразненої товстої кишки, інфаркт міокарда, судомні напади, захворювання щитоподібної залози тощо. Отже, необхідно диференціювати тривожні розлади з цими та іншими захворюваннями. Помилки діагностики таких станів зумовлені тим, що тривожні симптоми сприймаються пацієнтом, а нерідко й лікарем, як соматичні [30].

Ідентифікація симптомів тривоги та лікування тривожних станів є необхідними для досягнення оптимальних результатів в клініці ендогенних психічних захворювань. Однак їм не приділяють достатньої уваги в силу того, що їх складно виділити на тлі основного захворювання. У наслідковому результаті застосувати ефективне лікування не уявляється можливим [46]. Можна з впевненістю припустити, що ці труднощі погіршують стан хворих, підвищують потребу в догляді й підвищують вірогідність інвалідизації, що призводить до низьких показників якості життя і профнепридатності.

Клінічно виражена тривога, що передуює виникненню ендогенного психічного захворювання, може бути пов'язана з раннім дебютом захворювання та виступати як основним симптомом, так і другорядним у комплексі інших симптомів суголосно основному діагнозу. Станом на теперішній час проблемі порівняльного аналізу феномена тривоги при невротичних і психотичних станах присвячена велика кількість науково-практичних робіт. Однак, основна увага

більшості дослідників з даного питання була спрямована на підтвердження відмінностей, а не на пошуки механізмів, які їх об'єднують. Завдяки подібним механізмам можуть з'явитися адаптаційні стратегії та способи подолання тривоги. Розуміння ж загальних механізмів та закономірностей формування адаптаційних реакцій до тривоги у психічно здорових людей і осіб, які страждають психічними розладами, можуть сприяти гуманізації ставлення суспільства до психічно хворих, що є одним з важливих чинників їх дестигматизації.

1.2. Диференційна діагностика та методи оцінки тривожних станів в клініці ендегенних психічних захворювань

Перш ніж перейти до дискусійних питань стосовно диференційної діагностики тривожних станів у хворих на шизофренію, ми би хотіли акцентувати увагу на тому, що більшість досліджень з цього питання, які ми брали до уваги, були орієнтовані на класифікацію DCM-IV (Діагностичний і статистичний посібник для психічних розладів). В нашому дослідженні ми використовували критерії оцінки за МКХ-10 (Міжнародна класифікація хвороб).

Діагностичні розділи DSM-IV «Тривожні розлади», «Обсесивно-компульсивні та схожі з ними розлади», «Розлади, пов'язані з психічними травмами та стресами», «Психічні розлади з переважанням соматичних симптомів та схожі з ними стани» у МКХ-10 становлять розділ «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади». Глава DSM-IV «Розлади шизофренічного спектру та інші психотичні стани» містить критерії, які в МКХ-10 представлені в рубриці «Шизофренія, шизотипові та маячні розлади».

Диференційна оцінка тривоги у хворих на шизофренію є необхідним та дуже важливим етапом, що передуює здійсненню психотерапевтичного впливу. Однак саме на прикладі цього контингенту осіб діагностика тривожних розладів пов'язана з цілим рядом перепон та труднощів. По-перше, існуючі рейтингові

шкали розроблені для вимірювання рівнів тривоги в непсихотичних популяціях, а тому не є специфічними для шизофренії. Крім того, симптоми тривоги часто вимірюються шкалами, які не дозволяють чітко розмежувати основні з відомих тривожних розладів – соціальну фобію, панічний розлад, посттравматичний стресовий розлад, генералізований тривожний розлад та obsесивно-компульсивний розлад [8, 60, 146, 147]. По-друге, діагностичне дублювання є проблематичним, оскільки деякі дослідження свідчать про те, що тривога при шизофренії може бути пов'язана як з позитивними [111, 138], так і з негативними симптомами [127, 128]. По-третє, можливе накладання симптомів, які з'являються в результаті лікування нейролептиками [93].

При огляді досліджень, які були спрямовані на вивчення коморбідності тривоги при шизофренії, були виділені додаткові проблеми: (а) неоднорідність вибірки пацієнтів (шизофренія, шизотипові розлади, психотична депресія); (б) включення пацієнтів на різних стадіях захворювання (гострий психоз, хронічні амбулаторні пацієнти тощо); (с) малий розмір вибірки; та (d) різноманітна діагностична оцінка клінічного діагнозу [8, 49].

Як вже згадувалось вище, наявність вираженої негативної та продуктивної симптоматики у хворого також утруднює діагностування симптомів тривоги. Наприклад, значно ускладнювати діагностування можуть зниження рівня емоційної експресивності, пов'язаної з негативними симптомами та когнітивними дисфункціями при шизофренії, а також маскування симптомів за продуктивною симптоматикою, такою як галюцинації та марення [8, 34].

Соціальну тривожність досить легко сплутати з маренням переслідування, також не рідкісними є випадки коморбідного поєднання цих 2-х розладів [137]. Відомо, що незадовільний психоемоційний стан пацієнтів із соціальною тривогою, який детермінований самим фактом соціальної взаємодії, погіршується внаслідок нав'язливих думок про те, що особу оцінюють або думають про неї в негативному ключі. Марення переслідування в якості обов'язкової складової містить страх про намір інших людей заподіяти певну

шкоду суб'єкту, що призводить до хворобливої концентрації не на самому процесі взаємодії з іншими, а на його результаті, що за переконанням пацієнта буде для нього вкрай незадовільним, а також з підвищеним рівнем готовності до несприятливого сценарію розвитку цієї соціальної взаємодії. Пацієнти з шизофренією схильні до того, щоб зосереджуватись на наслідках вірогідної в їх розумінні загрози від соціальних контактів. При цьому вони оперують хибними когніціями, що в наслідковому результаті призводить до неможливості толерувати свою тривогу та відділити колись пережиті страхи від поточного ситуативного страху у тій чи іншій ситуації соціальної взаємодії [116].

Шизофренія також має значну кількість спільних характеристик з obsесивно–компульсивним розладом (ОКР). Обидва розлади мають подібний розподіл за віком, з тенденцією до більш раннього віку маніфестації ОКР, приблизно однаково вражають як чоловіків, так і жінок, мають хронічний характер перебігу [119]. Терапевтична ефективність антипсихотичних засобів та інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, яка яскраво проявляється як при шизофренії, так і при ОКР, також свідчить про схожу психофізіологічну основу цих двох розладів. Отже, не дивно, що на психопатологічному рівні існує складний зв'язок між шизофренією та ОКР, що значно ускладнює їх діагностику. Однак необхідно особливо підкреслити, що не дивлячись на те, що існує суттєва конвергенція шизофренії та ОКР на нейробіологічному та феноменологічному рівнях, вони все таки мають бути віднесені до різних клінічних одиниць [118]. Їх адекватна діагностика як окремих розладів, так і варіантів їх коморбідного поєднання необхідна для адекватного планування та прогнозування лікування, а також для збагачення наукових уявлень про етіологію даних розладів.

Окремий діагностичний випадок складають поєднання шизофренії з посттравматичним стресовим розладом. Добре відомо серед основних симптомів посттравматичного стресу є активація травматичних спогадів, що часто супроводжуються короткими сенсорними (зоровими або слуховими)

переживаннями, які відтворюють травматичну подію. Згадані чуттєві переживання можуть бути представлені у свідомості індивіда у вигляді візуальних, акустичних, нюхових ефектів та змістів, що тісно пов'язані з травматичною подією, а також часто супроводжуються дисоціативними переживаннями, зокрема дереалізацією та деперсоналізацією. Деяким пацієнтам із шизофренією може бути важко відокремити посттравматичні симптоми від галюцинаторних явищ шизофренії. Тому якісна диференційна діагностика цих порушень полягає у виявленні інших симптомів посттравматичного стресу, зокрема уникнення нагадувань про травму, емоційна відчуженість, дратівливість та спалахи гніву, дисфоричний настрій та когніції негативного змісту, епізоди деструктивної, ірраціональної поведінки при актуалізації травматичних переживань [131].

Супутні тривожні розлади серед хворих на шизофренію пов'язані зі збільшенням кількості госпіталізацій та тривалості перебування у психіатричних стаціонарах, а також збільшення звернень до психіатричної невідкладної допомоги. Це вказує на те, що клініцисти повинні бути уважними до діагностики супутніх діагнозів, які можуть бути втрачені за наявності основного діагнозу, та застосовувати для цього перевірені інструменти та методи оцінки.

Кращий діагностичний ефект може бути забезпечений завдяки оцінці симптомів тривожних розладів після завершення гострої фази психозу [86, 136]. Адже очевидним є те, що тяжкість проявів психотичних симптомів в гострій фазі захворювання буде визначати також і ступінь тяжкості супутніх тривожних розладів. Тому оцінка стану пацієнтів повинна включати оцінку тяжкості психозу (марення, галюцинації та розлади мислення, негативні симптоми) та тяжкості тривожного розладу, а також оцінку побічних ефектів, пов'язаних з антипсихотичними препаратами. Основне діагностичне правило в цьому випадку полягає у тому, що пацієнтів необхідно обстежувати після закінчення психотичного стану, оскільки яскрава вираженість психотичних симптомів і розладів мислення в момент загострення хвороби, буде заважати їм тривалий час

концентрувати увагу та осмислювати стимульний матеріал діагностичних методик, що унеможливить спроможність відповідати на питання і заповнювати необхідні опитувальники.

Важливим також є виключення наявності гострої або хронічної соматичної патології, що може продукувати тривожні стани. Симптоми тривожних розладів можуть наслідком деяких соматичних патологічних дисфункцій, зокрема, аритмії, бронхіальної астми, цукрового діабету, порушень роботи надниркових залоз, синдрому подразненої товстої кишки, інфаркту міокарда, судомних нападів, захворювань щитоподібної залози тощо [30]. Отже, важливим завдання діагностичної роботи, що торкається окресленої проблематики є диференціація тривожних розладів зі згаданими та іншими захворюваннями.

Враховуючи думку про схожість механізмів виникнення та подолання тривоги у здорових людей та людей, які страждають ендогенними психічними захворюваннями, необхідно ще раз звернутись до загальнопсихологічного осмислення тривоги, що дозволить більш глибоко опрацювати та розкрити питання диференційної діагностики тривожних станів у клініці ендогенних психічних захворювань. Тому перш ніж розбирати методи оцінки тривожності, має сенс зрозуміти, який тип психічних явищ ми збираємося оцінювати і вивчати. Психологічна наука займається вивченням трьох основних класів психічних явищ, а саме психічними процесами, станами та властивостями особистості [7]. Відповідно, можна розглядати тривогу як прояв одного з перших двох класів психічних явищ: як психічний стан людини або як різновид емоційного процесу, а саме почуття. Коли тривога вивчається як почуття, то здійснюється фіксація в основному на емоційних складових даного процесу, до якого, на відміну від страху обов'язково додаються когнітивні компоненти (пам'ять, мислення та уява) [10]. Якщо ж тривога досліджується саме як психічний стан, то необхідно враховувати біохімічні та фізіологічні підсистеми, які активуються симпатичним відділом вегетативної нервової системи. Це перший важливий аспект оцінки

тривоги, який визначає вибір того чи іншого методу вивчення [10].

Другий аспект виникає, коли ми розглядаємо близьке по суті, але не тотожне поняття тривожності, яке може означати або властивість особистості, або реакцію на загрозливу ситуацію [21, 101]. Саме тому Ч. Спілбергер створив саме два варіанти тесту на тривожність. При цьому тривожність як диспозиційна риса є стійким феноменом і може бути досить повно вивчена за допомогою бланкових тестів, у той час як ситуативну тривожність більш об'єктивно можна оцінити апаратурними методами, наприклад, за допомогою поліграфа, або використовувати опитувальники, що описують фізіологічні реакції респондента.

Діагностику тривожності можна здійснювати п'ятьма способами: 1) стандартизовані самозвіти (опитувальники, тестові методики), що оцінюють психологічний стан людини; 2) проєктивні методики оцінки психоемоційного стану; 3) клінічні тести на тривожність, шкальні опитувальниками, що оцінюють фізіологічні та поведінкові реакції; 4) тести спеціального призначення, що дозволяють діагностувати окремі підвиди тривожності; 5) прямий вимір фізіологічних реакцій людини за допомогою спеціальної апаратури.

Кожен вид психодіагностичних засобів оцінки тривоги та тривожності включає цілі комплекси конкретних діагностичних процедур реалізованих у вигляді тих чи інших психодіагностичних методик (табл. 1.2).

Для визначення рівня тривоги у рамках проблематики, що нас цікавить, зокрема серед контингенту осіб, які страждають на шизофренію, найбільш інформативним та виправданим з точки зору валідності діагностичного матеріалу є застосування наступних опитувальників та стандартних шкал, що знайшли широке використання саме у практиці клінічної психології та патопсихології:

- експертна шкала для визначення рівня тривоги та депресії «Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)»,
- опитувальник для визначення реактивної та особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory – STAI),

- експертна шкала для визначення рівня тривоги Гамільтона (HARS).

Таблиця 1.2

Приклади діагностичних процедур, спрямованих на вивчення тривоги та тривожності, класифікованих за видами відповідних психодіагностичних засобів

№ з/п	Вид психодіагностичного засобу дослідження тривоги та тривожності	Приклади психодіагностичних методик, що відносяться до відповідного виду психодіагностичних засобів
1.	Стандартизовані самозвіти психоемоційного стану та типових поведінкових моделей реагування	1) Тест з оцінки тривожності Дж. Тейлор (MAS) 2) Опитувальник ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна (STAI) 3) Психодіагностична методика самооцінки психічних станів Г. Айзенка
2.	Проективні методики оцінки психоемоційного стану	1) Тест Роршаха 2) Тест кольорових виборів Люшера 3) Проективна методика вивчення фрустраційних реакцій С. Розенцвейга
3.	Клінічні тести на тривожність, шкільні опитувальники фізіологічних та поведінкових реакцій	1) Експертна шкала для визначення рівня тривоги М. Гамільтона (HARS) 2) Шкала оцінки тривоги В. Зунга 3) Шкала тривоги А. Бека (BAI) 4) Шкала тривоги Кові (CAS) 5) Шкала тривоги Шихана (ShARS)
4.	Тести спеціального призначення, що діагностують тільки окремі види тривожності	1) Шкала соціальної тривожності М. Лібовиця (LSAS) 2) Опитувальник шкільної тривожності Філіпса 3) Шкала тривожності під час соціальної взаємодії SIAS 4) Госпітальна шкала тривожності та депресії HADS 5) Міні-опитувальник соціальної фобії (SPIN)
5.	Апаратурні методи виміру фізіологічних реакцій	1) Використання поліграфу

Для того, щоб запропонувати пацієнтам найбільш відповідну психологічну допомогу, дуже важливо кваліфікувати симптомокомплекс

тривожного стану. Ця оцінка може бути важкою, потенційно призводячи до надмірної або недостатньої діагностики. Процес діагностики можна полегшити, включивши до оцінювання структуровані інтерв'ю. M.I.N.I. (міжнародний нейропсихіатричний опитувальник) створений як коротке структуроване інтерв'ю для тяжких розладів з першої осі DSM-IV і МКХ-10. Було проведено дослідження на валідність та вірогідність, порівнюючи M.I.N.I. з SCID-P для DSM-III-R та CIDI (структуроване інтерв'ю для МКХ-10, розроблене Всесвітньою організацією охорони здоров'я для опитувачів-неспеціалістів). За результатами цих досліджень, M.I.N.I. має досить високі показники валідності та достовірності, і його можна провести за значно коротший період часу (середній $18,7 + 11,6$ хвилин, у середньому 15 хвилин), ніж вищезгадані інструменти. Подвійний переклад та адаптацію україномовного варіанта «Міжнародний нейропсихіатричний опитувальник. Українська версія 5.0.0» було здійснено спільно з Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії (УіКПТ) та Інститутом психічного здоров'я Українського католицького університету (ІПЗ УКУ) 2006 р. Для верифікації треба також опиратися на діагностичні критерії та уточнення, запропоновані МКХ-10 на підставі незалежної діагностичної оцінки двох фахівців, зокрема з консультацією лікаря-психіатра.

Оскільки переживання тривоги є універсальним для всього людства феноменом, тобто притаманним як здоровій людині, так і тим, хто страждає на психічний розлад будь-якого рівня, можна припустити, що механізми адаптації, а можливо навіть і подолання тривоги будуть багато в чому подібними. Ця точка зору зумовлює важливість вивчення когнітивних, поведінкових і емоційних реакцій на стрес. Такий аналіз дозволить сформувати більш реалістичні уявлення про патогенез, психодинамічні механізми тривожних і фобічних станів і частково пояснити закономірності розвитку тієї чи іншої психопатологічної симптоматики. Ці знання, у свою чергу, будуть сприяти кращому розумінню закономірностей еволюційного розвитку, трансформації поведінкової й когнітивної реакції на тривогу в залежності від тривалості перебігу

шизофренічного захворювання та інших чинників.

Окрім зазначених діагностичних методик, для оцінки цих реакцій з їх подальшим аналізом буде ефективним застосування клінічного інтерв'ю, що передбачає вивчення історії життя і хвороби з метою виявлення копінг-стратегій, поведінкових та когнітивних адаптаційних механізмів, що найбільш часто використовувались особою в стресогенних ситуаціях, а також значущих зовнішніх середовищних і психологічних внутрішніх чинників, що вплинули на особливості формування тих чи інших копінг-стратегій і їх трансформацію з перебігом захворювання. Отримані дані будуть сприяти розумінню психодинамічних механізмів в кожному конкретному випадку, що має значення у виборі адекватної психотерапевтичної корекції та реабілітаційних заходів [103].

Підсумовуючи виклад матеріалу цього підрозділу, необхідно зазначити, що тривожні розлади дуже поширені при шизофренії; однак клініцисти в психіатричних лікарнях і закладах первинної медичної допомоги часто не проводять регулярний скринінг або мають труднощі з діагностикою супутньої тривожної патології.

Як наслідок, ці розлади залишаються недіагностованими та нелікованими, що значно негативно впливає на соціальну адаптацію, якість життя та функціонування. Важливі міркування при оцінці повинні включати збіг продуктивних і негативних симптомів шизофренії, тимчасовий зв'язок із інтенсивними загостреннями психозу та побічні ефекти нейролептичних препаратів.

1.3. Місце когнітивно-поведінкової терапії в комплексному лікуванні тривожних станів у хворих на шизофренію

Існуючі станом на теперішній час вимоги до якості психіатричної допомоги регламентують необхідність впровадження комплексного

терапевтичного процесу, що передбачає використання як дієвих медикаментозних препаратів, так і ефективного психотерапевтичного супроводу хворих. Розвиток і впровадження нових методів лікування та реабілітації є однією з ключових функцій психотерапевтичної практики та пріоритетом всіх її форм та напрямків. Однією з особливих задач нових методів лікування має бути подолання деяких історичних бар'єрів між науково доказовими та дещо менш науково обґрунтованими підходами, взявши за мету намагання інтегрувати їх основні концепції в загальну практику психотерапії. Особлива увага цих нових підходів має бути зосереджена на лікуванні хворих з психіатричними діагнозами, такими, як шизофренія, зважаючи на незворотність їх стану і додатковими проблемами пов'язаними з можливими загостреннями, неминучою інвалідизацією та соціальною стигмою [32, 73, 106, 129, 143].

Серед хворих на шизофренію часто спостерігається тривожність. Тривога є психологічною основою когнітивних розладів при шизофренії [53]. Когнітивні порушення, у свою чергу, можуть заважати оцінці та адекватній реакції на стресові фактори, внаслідок чого пацієнти обирають неадекватні стратегії виживання – уникнення проблеми або ізоляцію [54, 100]. Тривога може бути компонентом шизофренії (особливо під час гострого психотичного епізоду), результатом основного захворювання, побічної дії ліків або симптомом супутнього тривожного розладу. За даними дослідження Н. Temmingh, D. Stein (2015), що стосується етіології та феноменології тривоги при шизофренії, ті чи інші симптоми тривоги та тривожних станів виникають у 65% пацієнтів хворих на різні форми шизофренії та можуть досягати порогу, що дозволяє діагностувати наявність різних коморбідних тривожних розладів у 38% таких хворих [136].

Помилки, а також недостатня увага до діагностування симптомів тривоги у хворих на шизофренію закономірно призводить до дуже обмеженого репертуару психотерапевтичних рекомендацій для цієї категорії осіб. Окремі нечисленні емпіричні дані свідчать про те, що розгляд тривоги у якості мішені

психотерапевтичної інтервенції, що концентрує зусилля фахівців саме на подоланні глибинних причин та симптоматики тривожних станів безсумнівно має ряд позитивних ефектів впливу, зменшуючи маніфестацію продуктивних симптомів шизофренії та, відповідно, полегшуючи її перебіг, покращуючи якість життя пацієнтів та підвищуючи вірогідність успішної ремісії цього важкого психічного захворювання. Однак не дивлячись на це маємо суттєву нестачу досвіду використання психотерапевтичних засобів подолання тривоги у хворих, що страждають на шизофренію [46, 52, 113, 136].

У цьому аспекті особливої уваги заслуговує один з психотерапевтичних методів, що широко та досить продуктивно застосовується при тривожних розладах. Мова йде про когнітивно-поведінкову терапію (далі – КПТ). Сьогодні, КПТ є одним із головних методів вибору в терапії тривожних розладів: простої та соціальної фобії, панічного розладу, генералізованого тривожного розладу (ГТР) та obsесивно-компульсивного розладу (ОКР). Травмо-фокусована КПТ поряд з методом EMDR є основним втручанням у лікуванні посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Серед психотерапевтичних методів лікування тривожних розладів, ефективність яких доведено емпірично, КПТ являє собою своєрідну психологічну терапію раціонального, поміркованого та зваженого вибору [11, 55]. Результати досліджень ефективності когнітивно-поведінкової терапії тривожних розладів, свідчать про те, що лікування з використанням терапевтичних прийомів та технік цього напрямку дозволяє досягти значно більшого ефекту у лікуванні всіх видів тривожних станів. Навіть більше того, результати контрольованих випробувань демонструють, що ефективність когнітивно-поведінкової терапії перевершує інші психотерапевтичні методи лікування [42, 67, 74, 80, 108, 112, 134, 135, 140].

У якості складової програми комплексного лікування та реабілітації хворих на шизофренію, КПТ може використовуватися як важливий терапевтичний інструмент для симптомокомплексу тривожних станів, який потребує психологічної корекції. Відомо також про можливість високої

гнучкості КПТ за формами та умовами проведення, вона може успішно застосовуватись в амбулаторних умовах, під час госпіталізації пацієнтів, а також у вигляді індивідуальної, групової та сімейної психотерапії. Отже, КПТ може бути включено до протоколів лікування тривожних станів у хворих на шизофренію, як важливий компонент комплексного плану допомоги поряд з медикаментозною терапією.

Статті, в яких викладені результати експериментальних досліджень ефективності КПТ при психотерапії тривожних станів в клініці ендогенних психічних захворювань, а також інші роботи, що опосередковано стосуються, досліджуваної нами проблематики, були визначені шляхом здійснення відповідних пошукових запитів в таких загальновідомих серед фахівців електронних базах даних як MEDLINE, PsycINFO, Science Direct. В процесі пошукових запитів використовувались наступні ключові слова: «тривога», «тривожні стани», «шизофренія», «когнітивно-поведінкова терапія».

Аналіз наукової літератури з відповідної проблематики доводить, що проведено усього декілька емпіричних досліджень, в яких визначалась ефективність КПТ при психотерапії тривожних станів в клініці ендогенних психічних захворювань. Мова йде про формуючі експерименти S. Halperin, P. Nathan, D. Castle у 2000 р., Kingsep, Nathan & Castle у 2003 р., а також S. Oropka, T. Lincoln, що датується 2017 роком [76, 90, 113]. Результати цих досліджень свідчать про покращення статистичних показників у експериментальних групах порівняно з відсутністю змін у контрольних групах та відносну стійкість результатів терапії серед досліджуваних хворих, за якими спостерігали тривалий час після здійснення експериментального психотерапевтичного втручання. Незважаючи на неоднорідність обраних груп пацієнтів та застосоване різноманіття технік психотерапевтичної інтервенції у рамках когнітивно-поведінкового підходу, більшість згаданих досліджень підтверджують ефективність використання КПТ для усунення симптомів тривожних розладів у пацієнтів із шизофренією. Аналізуючи викладені в науковій літературі дані

досліджень, що стосуються ефективності КПТ тривожних станів у хворих на шизофренію, можна дійти до висновку про доцільність впровадження саме структурованих короткострокових терапевтичних програм [113].

Однак залишаються відкритими питання щодо конкретного переліку найбільш ефективних у роботі з хворими на шизофренію технік КПТ, а також особливостей і послідовності, розкриття внутрішньої механіки їх впливу. Ці питання мають стати предметом подальших досліджень. Зараз же уявляється нагальним системний огляд досліджень, що з більшою або меншою мірою наближення розкривають місце КПТ в комплексному лікуванні тривожних станів у хворих на шизофренію та дозволяє поки що у теоретично-змістовному ключі оцінити терапевтичний потенціал КПТ. Постановка цієї наукової проблематики саме у такому ракурсі вимагає деталізованих уявлень щодо супутньої тривоги до шизофренії, її етіології та впливу на перебіг основного захворювання, що вже частково висвітлювались у підрозділі 1.1 цієї дисертаційної роботи. Також необхідно проаналізувати існуючий досвід та ефективність впровадження психотерапевтичних інтервенцій методами КПТ в клініці ендогенних психічних захворювань та описати основні компоненти програми когнітивно-поведінкової терапії для управління тривожними станами.

В основі когнітивно-поведінкової терапії тривоги лежить когнітивна модель психопатології, яка передбачає, що на емоції, реакції організму та поведінку людей впливає їх сприйняття подій. Суголосно цій моделі ситуації не визначають почуття або поведінку людей. Саме те, як люди сприймають та оцінюють ці ситуації, визначає як вони на них реагують та відгукуються [27]. Л. Сокол та М. Фокс (2021) пропонують наступну схему когнітивної моделі психопатології (рис. 1.3) [27].

О. Романчук (2012) у процесі аналізу ефективності когнітивно-поведінкової терапії тривожних розладів оперує дефініцією «когнітивно-поведінкова модель тривожних розладів», маркуючи, таким чином, той факт, що мова йде не тільки про певний набір психотерапевтичних технік та методик, але

про науково обґрунтований та методологічно оснащений підхід, що має власний категоріальний апарат та пропонує оригінальну пояснювальну модель виникнення тривожних розладів у людини [23].

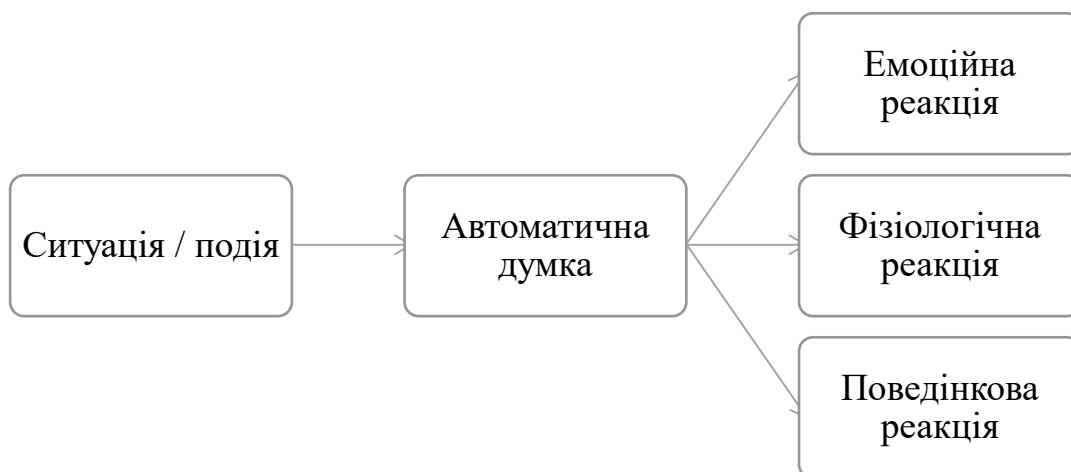


Рис. 1.3. Когнітивна модель психопатології за Л. Сокол та М. Фокс

КПТ-модель тривожних розладів описує складний механізм перетворення адаптивної тривоги, що носить лінійний характер, у тривожний розлад, що характеризується циклічним характером виникнення тривоги. У випадку тривожних розладів внаслідок того, що когнітивні інтерпретації людини набувають неадекватного характеру, реакція тривоги «застрягає», що провокує утворення самопідтримуючого циклу, який призводить до підтримки та ескалації тривоги. Внаслідок циклічного характеру типових фобічних когніцій тривога набуває постійного та неадекватного ступеню загрози характеру. При цьому поведінковий компонент підтримуючих циклів при тривожних розладах пов'язаний з неадекватними зовнішніми та внутрішніми (ментальними) діями, які здійснює суб'єкт, щоб зменшити тривогу [23]. В ситуації, коли когнітивні інтерпретації набувають неадекватного характеру, як, наприклад, марення та параноїдальні думки у хворих на шизофренію, за рахунок утворення порочного кола, яке підтримує тривогу, тривожні реакції поступово закріплюються.

Утворення порочного кола також може провокуватися утворенням захисної поведінки як способу подолання тривоги, що призводить до тимчасового полегшення стану через блокування впливу тригера, але блокує можливість перевірки когнітивних інтерпретацій, залишаючи їх незмінними, що надалі призводить до посилення хвороби. Яскравим прикладом цьому є соціальна фобія, що є найбільш поширеною серед інших різновидів тривожних розладів у хворих на шизофренію та неодмінно призводить до соціальної дезадаптації.

Дослідники зазначають, що суголосно когнітивній моделі тривоги, усі тривожні розлади пов'язані з перебільшеним сприйняттям загрози та недооцінкою ресурсів для їх подолання. Тобто когнітивна модель тривоги – це теорія оцінки ризику та ресурсів. Отже, глибинним психологічним механізмом виникнення патологічної тривоги є синхронне поєднання двох когнітивних процесів, а саме перебільшення вірогідності загрози та її небезпеки з одночасною недооцінкою доступних ресурсів, що можуть бути використані для подолання ситуації. Поєднання цих двох процесів продукує виражену тривогу [27].

Більш детально розглядаючи сутність когнітивно-поведінкової терапії необхідно підкреслити, що цей підхід, не дивлячись на його значну структурованість та стандартизацію, пропонує цілий арсенал психологічних технік, які можуть використовуватись з різним ступенем інтенсивності та у різних поєднаннях, дозволяючи індивідуально підходити до кожного пацієнта [3]. При роботі з хворими на шизофренію, що в клінічній картині захворювання мають симптоми тривожного розладу, можна застосовувати значну кількість технік КПТ, які умовно розподіляються за когнітивною (рис. 1.4) та поведінковою компонентою цього підходу (рис. 1.5).

У межах когнітивної складової однією з основоположних є техніка виявлення тригерів занепокоєння, формулювання характерних для тривожних станів автоматичних думок та відпрацювання альтернативних інтерпретацій життєвих подій, які викликають реакцію дезадаптивної тривоги. Згадана техніка базується на раціонально-емотивному підході А. Елліса, у лоні якого

запропонована класична ABC-модель, яка є загальновизнаною серед прихильників когнітивно-поведінкового підходу: А – подія, що запускає реакцію; В – оцінкові когніції, що виникають у відповідь; С – похідні від когніцій емоції та поведінкові реакції [3, 11, 16].

Техніка	Опис
☐ Соціалізація пацієнта. Встановлення терапевтичного контакту. Залучення пацієнта до терапії.	☐ Представлення когнітивно-поведінкової моделі тривоги. Нормалізація досвіду. Орієнтація пацієнта на терапію.
☐ Когнітивна оцінка.	☐ Виявлення трьох рівнів некорисного мислення та їх детальна оцінка.
☐ Ідентифікація, тестування і модифікація специфічних когніцій (автоматичних негативних (дисфункціональних) думок).	☐ Впровадження навиків боротьби зі спотвореними автоматичними думками.
☐ Виявлення вразливих ситуацій і пов'язаних з ними почуттів/емоцій.	☐ Виявлення тригерів занепокоєння, формулювання автоматичних думок та відпрацювання альтернативних інтерпретацій життєвих подій.
☐ Функціональна оцінка поведінки та сприйняття ситуацій.	☐ Переосмислення досвіду через призму когнітивної моделі.
☐ Пошук і модифікація усіх ланок підтримуючих циклів.	☐ Виявлення дисфункціонального мислення та стратегій подолання, які сприяють функціонуванню та позитивному настрою.
☐ Вирішення задач і самоконтроль.	☐ Виявлення та сприйняття проблеми. Вивчення мети та генерування альтернативних цілей.

Рис. 1.4. Техніки спрямовані на модифікацію когніцій

О. Романчук (2012) виділяє 4 основні фази (рис. 1.6), притаманні КПТ-моделі при терапії тривожних розладів: 1) фаза обстеження – виявлення специфічних індивідуальних проявів тривоги, думок, дій та їх детальна інвентаризація, що дозволяє спільно з психотерапевтом сконструювати карту розладу (часто у вигляді графічної схеми) як набір діагностичних формулювань та розробити план психотерапевтичного втручання; 2) фаза психоедукації (фаза представлення можливостей допомоги) – психотерапевт знайомить пацієнта з моделлю КПТ, знайомить з тим як буде проходити лікування, розкриває

можливості використання допоміжних засобів психотерапевтичної інтервенції, що у результаті покликано створити робочий альянс між психотерапевтом та пацієнтом; 3) фаза активної роботи з дезадаптивними когніціями – корекція неадекватних когнітивних інтерпретацій, розрив зв'язку між умовним стимулом та тривогою шляхом сприяння процесу габітуації, тобто звикання і згасання тривоги при тривалій конфронтації зі стимулом; 4) фаза закріплення нових когнітивних інтерпретацій та адаптивних поведінкових моделей – здійснюється консолідація набутих пацієнтом навичок самопомоги, орієнтована на попередження рецидиву, що досягається шляхом корекції переконань та припущень, які були основою сензитивності та схильності до тривожного розладу (хронічне очікування небезпеки, страх засудження, неадекватна самооцінка тощо) [23].

Техніка	Опис
☐	☐
☐ Тренування асертивності	☐ Навчання пацієнтів поведінці, яка захищає їхні права, поважаючи при цьому права інших.
☐ Поведінкова активація	☐ Допомога пацієнтам у збільшенні активності, яка може принести відчуття задоволення та/або майстерності.
☐ Тренування комунікативних навичок	☐ Навчання пацієнтів навичкам, які зроблять їх ефективнішими як ораторами, так і слухачами.
☐ Експозиція та запобігання (попередження) реакцій (в уяві, in-vivo)	☐ вплив на джерело тривоги або його контекст, без наміру викликати будь-яку небезпеку (десенсибілізація).
☐ Майндфулнес	☐ Зосередження уваги на досвіді, підвищення толерантності до уникненого досвіду, сприяння відчуттю спокою.
☐ Вирішення проблем	☐ Навчання пацієнтів генерувати, оцінювати та впроваджувати можливі рішення проблем, з якими вони стикаються.
☐ Релаксація	☐ Навчання пацієнтів різним технікам фізичного розслаблення як засобу подолання тривоги.
☐ Тренінг соціальних навичок	☐ Навчання навичкам, необхідним для звичайних соціальних дій.

Рис. 1.5. Техніки, спрямовані на перетворення поведінкових паттернів

Г. Бурда (2017) дещо по-іншому підходить до виділення етапів психотерапевтичного процесу у рамках когнітивно-поведінкового підходу, які лише частково збігаються з фазами, виділеними О. Романчуком. Дослідниця наводить 5 етапів терапії тривожних розладів із застосуванням когнітивно-поведінкової парадигми: 1) психоосвіта (психоедукація); 2) самоусвідомлення та експозиція; 3) когнітивне реструктурування; 4) вирішення проблем; 5) профілактики рецидивів [3].

1. Фаза обстеження
• вивчення індивідуальної феноменології проявів тривожного розладу
2. Фаза психедації
• інформування пацієнта про порядок роботи під час психотерапевтичного втручання, створення робочого альянсу
3. Фаза роботи з дезадаптивними когніціями та деструктивними поведінковими паттернами
• практичне застосування психотерапевтичних технік когнітивно-поведінкового підходу (когнітивний диспут, сократівський діалог, техніка наводнення тощо)
4. Фаза закріплення напрацьованих під час терапії когніцій та поведінкових моделей
• консолідація навичок самодопомоги, корекція переконань та припущень, що опосередковано сприяли появі тривожного розладу

Рис. 1.6. Етапи когнітивно-поведінкової терапії тривожних розладів

У рамках когнітивно-поведінкового підходу здійснюється обстеження, що передбачає різноплановий аналіз та експертизу типових ситуацій, що викликають у хворого занепокоєння і яких він уникає, а також його емоційні, когнітивні та фізіологічні реакції на ці ситуації. Важливим також є детальний опис захисної поведінки та поведінки уникнення. Оцінка тривоги, як правило, уточняється за допомогою стандартизованих опитувальників та шкал.

Наявність детального плану психотерапії є обов'язковою вимогою КПТ.

Він лежить в основі підготовки структури та визначення обсягу психотерапевтичної допомоги у кожному конкретному випадку, а також дозволяє забезпечити системне ведення клінічного випадку і відстежувати ефективність психотерапевтичної роботи. Враховуючи те, що психотерапевт може стикнутися з проблемами, які стануть на заваді терапії, планування психотерапії з хворими на шизофренію потребує ретельного встановлення факту наявності та конкретного змісту їх психологічних та психосоціальних проблем. Серед них можна назвати амбівалентне або негативне ставлення до терапії, недостатня мотивація до участі у психотерапевтичних сеансах, швидка втома під час сеансу, часте переключення на сторонні теми, що є результатом роботи психологічного захисту, або ж навпаки надмірне зосередження на певній, надзначущій для пацієнта темі або проблемі. Не меншою проблемою може стати опрацювання терапевтом своїх власних почуттів та емоцій, що є необхідною умовою підвищення його професійної компетентності. Подолання перерахованих труднощів залежить від його професійного досвіду та фахової майстерності.

Встановлення спільного партнерства є обов'язковою складовою когнітивно-поведінкової терапії та ставить за мету розвинути у пацієнта відчуття прагнення до спільної мети під час психотерапевтичного процесу. Заохочення пацієнта до розповіді своєї життєвої історії може сприяти відновленню почуття суб'єктності та інтерсуб'єктності. Саме такий терапевтичний супровід пацієнта, що полягає у самостійному відкритті об'єктивної реальності, є базовим, основоположним принципом у КПТ. Принцип «тут і тепер», що застосовує КПТ, заохочує виражати наявні почуття та переживання та допомагає відновити зв'язок між особистістю і теперішньою ситуацією. А використання мікронаративів може суттєво допомогти хворим на шизофренію відновити втрачену єдність між емоціями та різноманітними соціальними ситуаціями, а отже, відновити базове почуття себе та себе у стосунках з іншими [23].

Суттєвим чинником, що може впливати на ефективність когнітивно-

поведінкової терапії, є мотивація хворого. Саме з цих причин методи КПТ мають бути визначені не тільки з орієнтацією на базові вимоги самого психотерапевтичного підходу, що розглядається. Натомість мають бути враховані суб'єктивні скарги хворого, що стосуються його почуттів, проблем та потребують модифікації мети терапії.

Незважаючи на визнання наукової обґрунтованості та доказову ефективність використання програм КПТ для психотерапевтичного супроводу хворих на шизофренію, в Україні вони досі не отримали широкого застосування. Тому перспективним уявляється поступове впровадження у вітчизняну клінічну практику роботи з ендогенними психічними розладами протоколів когнітивно-поведінкової терапії.

Висновки до першого розділу

Здійснений теоретичний аналіз актуальних уявлень щодо проблеми тривожності та тривожних станів у хворих на шизофренію дозволяє зробити ряд важливих висновків та узагальнень, що мають бути враховані на емпіричному етапі дисертаційного дослідження.

1. Шизофренія – хронічне ендогенне психічне захворювання, для якого є характерним порушення єдності процесів мислення при відносно збереженому інтелекті, що поєднується зі значним емоційним збідненням та зниженням волі, та часто супроводжується галюцинаторними та маячними розладами. Характеризується рецидивними епізодами марення, галюцинацій, ослабленою емоційною експресією, стійкими когнітивними дисфункціями та комплексом інших деструктивних симптомів. Ендогенні психози тісно взаємодіють з невротичними психічними розладами функціонального походження, зокрема, з фобічними та тривожними розладами.

2. Тривога – реактивний емоційний стан, що характеризується очікуванням чогось неприємного, наявністю поганого передчуття, певної

психоемоційної напруги та відрізняється від звичайного страху своїм безпредметним характером. Тривога проявляє себе як набір дисфоричних поведінкових, когнітивних та фізіологічних реакцій, зумовлених надмірними мобілізаційними процесами в організмі, що виникають без чітко визначеної зовнішньої загрози. Тривога включає емоційну (суб'єктивне відчуття вираженого дискомфорту, скутості, хвилювання, безконтрольної емоційної нестійкості), когнітивну (автоматичні, малоконтрольовані думки про наявність загрози) і фізичну компоненти (тремор, задишка, серцебиття тощо). Тривожний розлад діагностується у тих випадках, коли симптоми тривоги характеризуються значною інтенсивністю, викликаючи значні особисті страждання, характеризуються хронічним перебігом та стійкістю у часі, а також протягом певного періоду порушують повсякденну діяльність суб'єкта.

3. Тривожні стани пов'язані з шизофренією реципрокними зв'язками, що дозволяє полегшувати перебіг шизофренії, зменшити частоту продуктивної маніфестації її симптомів за рахунок ефективної психотерапевтичної корекції тривожних станів таких пацієнтів. Симптоми тривожних станів можуть суттєво трансформуватись в залежності від загального «стажу» захворювання пацієнта на шизофренію та інтенсивності його прояву – клінічна картина та тривалість хронічного перебігу ендогенного психічного захворювання призводить до того, що тривожна симптоматика може посилюватись або, навпаки, згладжуватись.

4. Мають місце значні діагностичні труднощі при розрізненні симптомів тривожних розладів та симптомів, первинним ядром яких є саме шизофренічне захворювання, що пов'язано з особливостями маніфестації негативних та продуктивних симптомів при шизофренії, зовнішньою подібністю окремих з них (наприклад, схожість симптомів соціальної фобії та такого продуктивного симптому шизофренії як марення переслідування) при принципово нетотожних внутрішніх механізмах виникнення та джерелах походження цих психічних порушень. Реалізація концептуальної моделі управління тривожними станами у хворих на шизофренію доцільна тільки за умови обґрунтованого та доведеного

діагностичного висновку про наявність у пацієнта симптомів тривожного стану.

5. Діагностика тривожності може здійснюватися за допомогою стандартизованих самозвітів, що оцінюють психологічний стан людини; проєктивних методик оцінки психоемоційного стану; клінічних тестів на тривожність та шкальних опитувальників, що оцінюють фізіологічні та поведінкові реакції; тестів спеціального призначення, що дозволяють діагностувати окремі підвиди тривожності. Для визначення рівня і змісту тривоги у рамках проблематики, що нас цікавить, зокрема серед контингенту осіб, які страждають на шизофренію, найбільш інформативним та виправданим з точки зору валідності діагностичного матеріалу є застосування наступних опитувальників та стандартних шкал, що знайшли широке використання саме у практиці клінічної психології та патопсихології: експертна шкала для визначення рівня тривоги та депресії «Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)»; опитувальник для визначення реактивної та особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory – STAI); експертна шкала для визначення рівня тривоги Гамільтона (HARS); міжнародний нейропсихіатричний опитувальник (MINI) для визначення симптомокомплексу тривожного стану.

6. В основі когнітивно-поведінкової терапії лежить когнітивна модель психпатології, суголосно якій на емоції, реакції організму та поведінку людей впливає їх сприйняття подій. Не реальні ситуації визначають почуття та поведінку людей, а те як вони сприймають та оцінюють ці ситуації. КПТ-модель тривожних розладів описує складний механізм перетворення адаптивної тривоги, що носить лінійний характер, у тривожний розлад, що характеризується циклічним характером виникнення тривоги. У випадку тривожних розладів внаслідок того, що когнітивні інтерпретації людини набувають неадекватного характеру, реакція тривоги «застрягає», що провокує утворення самопідтримуючого циклу, який призводить до підтримки та ескалації тривоги. Суголосно когнітивній моделі тривоги, усі тривожні розлади пов'язані з перебільшеним сприйняттям серйозності та інтенсивністю загрози з одночасною

недооцінкою ресурсів для її подолання. Когнітивно-поведінковий підхід пропонує цілий арсенал психологічних технік, що умовно розподіляються за когнітивною та поведінковою компонентою та можуть використовуватись з різним ступенем інтенсивності та у різних поєднаннях, дозволяючи реалізувати індивідуальний підхід до кожного пацієнта.

7. Загальнопсихологічний механізм виникнення тривожних станів у хворих на шизофренію майже не відрізняється від осіб, які демонструють тривожну симптоматику, але не мають в анамнезі шизофренічного захворювання. Цей механізм досить точно та деталізовано описується когнітивною моделлю виникнення тривожних розладів. У зв'язку з тим, що тривога є універсальним психологічним феноменом, притаманним як здоровій людині, так і тим, хто страждає від психічного розладу будь-якого рівня, можна припустити, що механізми пристосування до тривоги та її подолання теж будуть багато в чому схожі. Це припущення зумовлює особливу значущість накопичених у лоні загальної психології відомостей про когнітивні, поведінкові та емоційні реакції на стрес, необхідність їх використання для створення концептуальної моделі управління тривожними станами у хворих на шизофренію.

8. Концептуальна модель управління тривожними станами у хворих на шизофренію має включати ряд обов'язкових елементів: обстеження, побудову терапевтичного формулювання та визначення мішеней психотерапевтичного втручання, психонавчання та соціалізацію до терапії пацієнта, застосування арсеналу психотерапевтичних технік когнітивно-поведінкового підходу, моніторинг змін психоемоційного стану пацієнта після психотерапії, закріплення позитивних результатів психотерапії.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Теоретичне обґрунтування і дизайн дослідження

В сучасних умовах ускладнення всіх без виключення сфер суспільного життя відбувається загострення факторів впливу на психічний стан особистості. В повній мірі це стосується й хворих на шизофренію. Крім того сьогодні зростає усвідомлення наявності та потенційної значущості супутніх до шизофренії захворювань. Так, тривожні стани при шизофренії все частіше мають місце. А отже частіше описуються та досліджуються з метою розробки ефективного й результативного лікування.

Сучасні вимоги до якості психіатричної допомоги наголошують на необхідності застосування в терапевтичному процесі не тільки високоефективних медикаментозних препаратів, а й ефективного психотерапевтичного супроводу хворих. Результати контрольованих випробувань демонструють, що ефективність когнітивно-поведінкової терапії перевершує інші психотерапевтичні методи лікування тривоги.

Аналізуючи дані досліджень, актуальним виявляється розв'язання питання про доцільність проведення комплексної оцінки тривожних станів та психотерапевтичних заходів методами когнітивно-поведінкової терапії, щодо їх лікування, у хворих на шизофренію.

Саме на вирішення окреслених завдань й спрямовано дане дослідження.

Як і будь-яке експериментальне дослідження воно базується на формування та перевірці певних гіпотез, що узагальнено на рисунку 2.1.

Отже, як видно з рисунку 2.1 в межах даного дослідження сформульовано три основні експериментальні гіпотези, які потребують підтвердження в контексті забезпечення ефективності здійснення психотерапевтичної інтервенції із застосуванням методів когнітивно-поведінкової терапії.

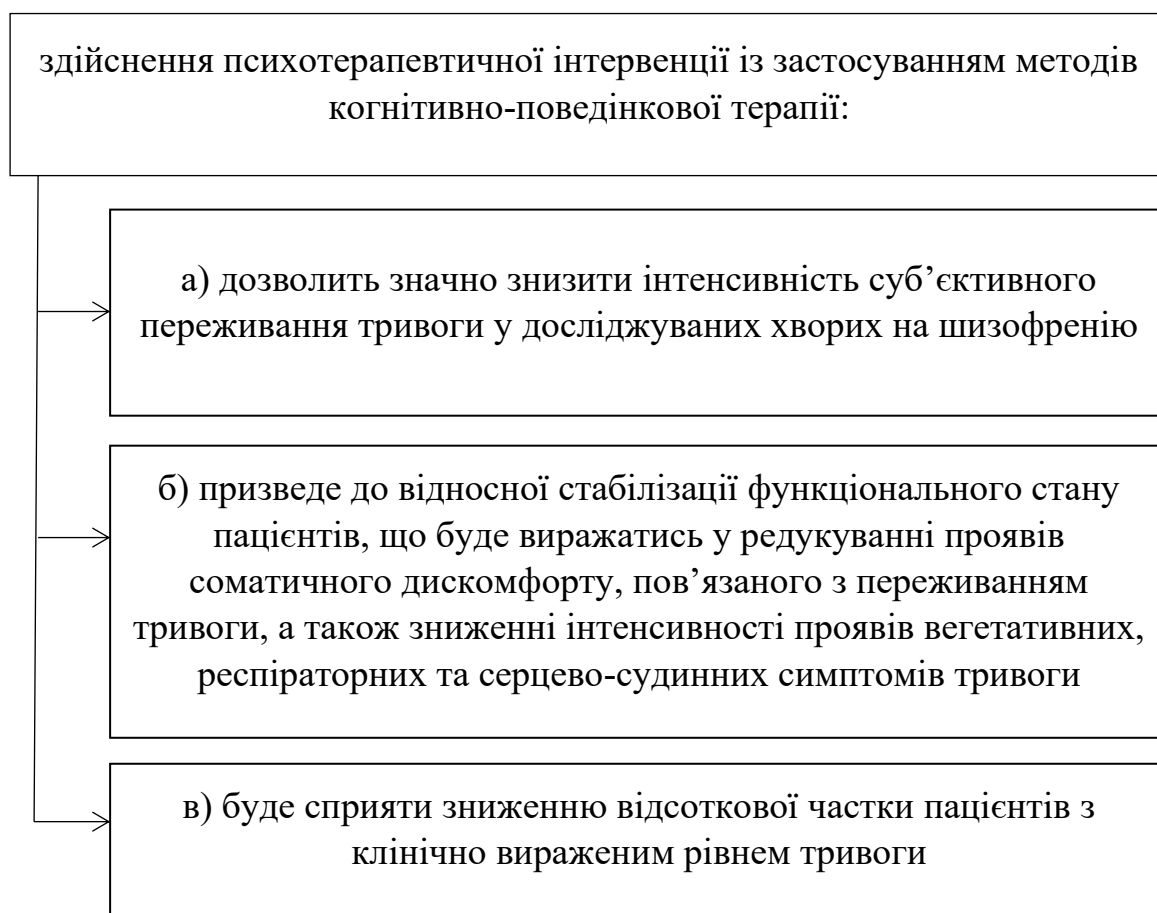


Рис. 2.1. Експериментальні гіпотези даного дослідження

Етапи емпіричного дослідження в загальному можуть бути зведені до наступного:

- I. Формування та дослідження вибірки.
- II. Розробка та апробування персоналізованої програми КПТ.
- III. Контрольне обстеження хворих.
- IV. Статистична обробка отриманих даних.

Взаємозв'язок окреслених етапів представлений на рисунку 2.2.

Отже, як видно з рисунку 2.2, емпіричне дослідження складається з чотирьох взаємопов'язаних етапів.

При цьому особливе значення в процесі реалізації представлених етапів займають критерії включення та виключення до дослідження, що представлено на рисунку 2.3.

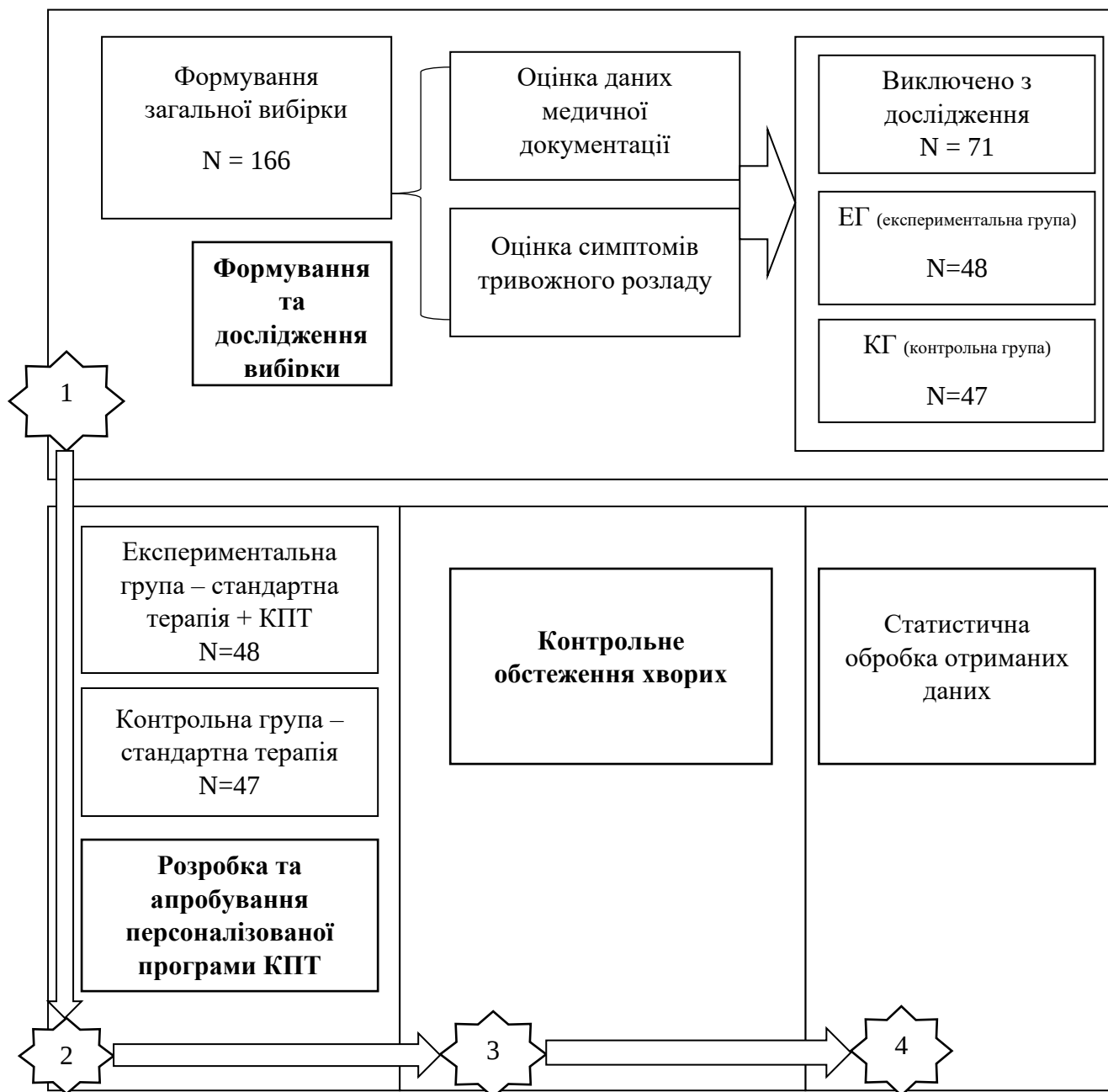


Рис. 2.2. Взаємозв'язок етапів емпіричного дослідження

Перелічені на рисунку 2.3. критерії виступають обов'язковими зваженими індикаторами включення та виключення учасників експерименту до дослідження.

З огляду на мету даного дослідження доречно окреслити функціональні компоненти експериментальної оцінки психотерапії тривожних станів хворих на шизофренію методами когнітивно-поведінкового підходу, виходячи із

обґрунтованих критеріїв включення та виключення з дослідження, що пропонується використовувати для оцінки теоретичного підґрунтя експериментального дослідження тривожних станів у хворих на шизофренію (табл.2.1.).

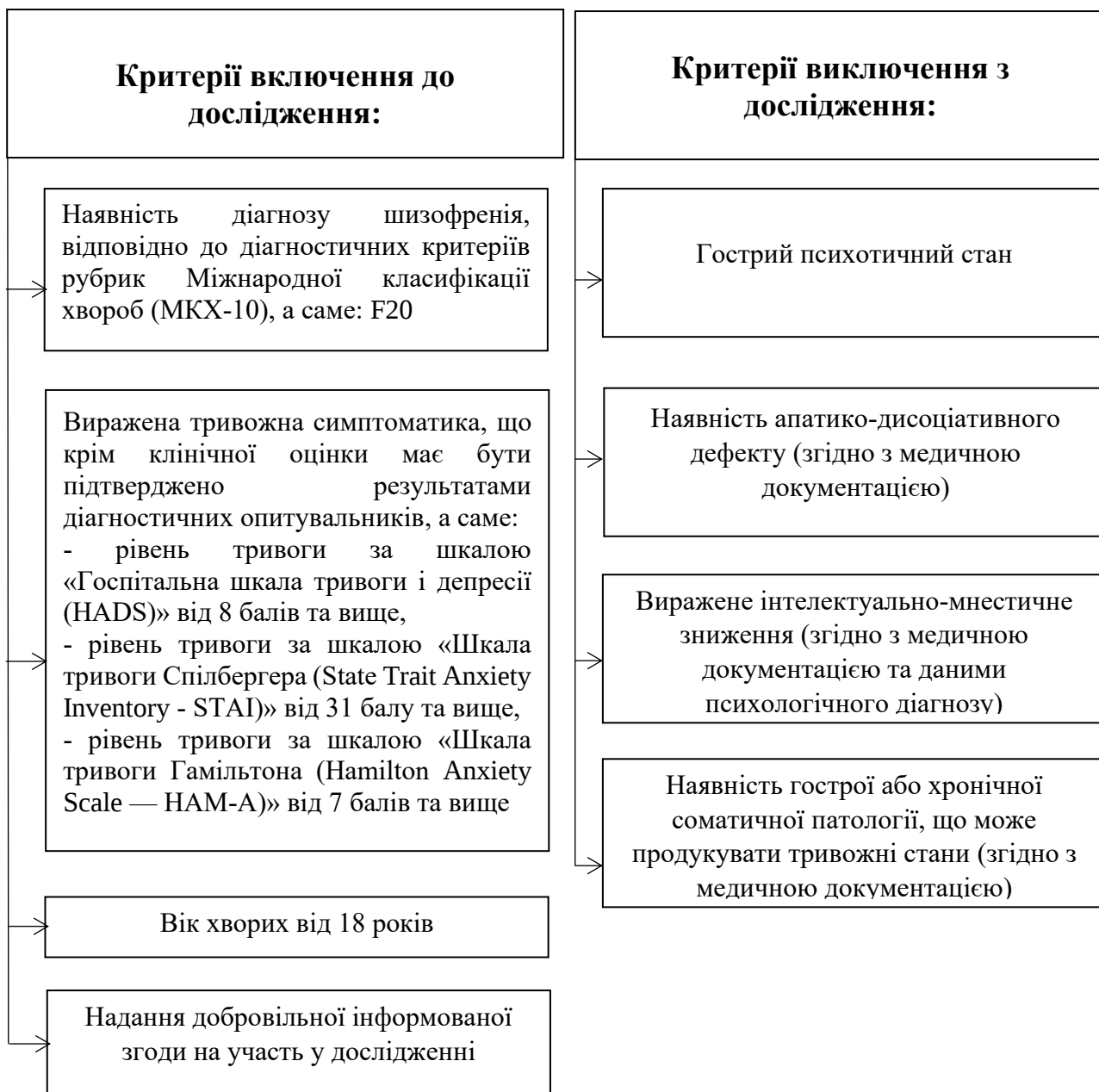


Рис. 2.3. Критерії включення та виключення з дослідження

Таблиця 2.1.

**Функціональні компоненти експериментальної оцінки психотерапії
тривожних станів хворих на шизофренію методами когнітивно-
поведінкового підходу**

Критерії	Функціональна компонента
Наявність діагнозу шизофренія, відповідно до діагностичних критеріїв рубрик Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10), а саме: F20	Діагностична
Виражена тривожна симптоматика, що крім клінічної оцінки має бути підтверджено результатами діагностичних опитувальників	Тривожна
Вік хворих від 18 років	Вікова
Надання добровільної інформованої згоди на участь у дослідженні	Інформаційна
Гострий психотичний стан	Психотична
Наявність апатико-дисоціативного дефекту (згідно з медичною документацією)	Апатико-дисоціативна
Виражене інтелектуально-мнестичне зниження (згідно з медичною документацією та даними психологічного діагнозу)	Інтелектуально-мнестична
Наявність гострої або хронічної соматичної патології, що може продукувати тривожні стани (згідно з медичною документацією)	Патологічна

Отже, в таблиці представлена відповідність виокремлених критеріїв включення та виключення з дослідження із функціональними компонентами теоретичної моделі експериментальної оцінки психотерапії тривожних станів хворих на шизофренію методами когнітивно-поведінкового підходу. При цьому доречно підкреслити, що поняття функціональних компонент вперше введено до наукового обігу в контексті вивчення тривожних станів хворих на шизофренію.

Доцільність такого введення зумовлена наступними обставинами: по-перше, саме компоненти в сукупності надають цілісне уявлення про систему вивчення тривожних станів у хворих на шизофренію взагалі та про зміст експериментального дослідження, достатність даних для його проведення, зокрема. По-друге, окреслені компоненти доцільно визначити як функціональні

з огляду на те, що вони в повній мірі узгоджені із функціями експериментальної оцінки психотерапії тривожних станів хворих на шизофренію методами когнітивно-поведінкового підходу та віддзеркалюють функціональну складову такої оцінки.

Окреслені функціональні компоненти є власним баченням і даний перелік є повним, але не вичерпним. Тобто зазначені функціональні компоненти можуть деталізуватись або навпаки підлягати трансформації змістовного уявлення. При цьому реалії сьогодення потребують розробки належного науково-методичного забезпечення, яке сприятиме реалізації експериментального дослідження в контексті вивчення тривожних станів у хворих на шизофренію. З огляду на це необхідно розробити підхід, основними сутнісними ознаками якого будуть оцінка кожної окремої функціональної компоненти експериментального дослідження в контексті вивчення тривожних станів у хворих на шизофренію, узагальнення отриманих результатів та їх аналіз.

Для того, щоб здійснити оцінку функціональних компонентів доцільно використовувати такі показники, які ґрунтуються на обґрунтованих функціональних компонентах:

П 1 - показник діагностичної функціональної компоненти (показник відображає наявність діагнозу шизофренія, відповідно до діагностичних критеріїв рубрик Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10), а саме: F20);

П 2 – показник тривожної функціональної компоненти (показник віддзеркалює наявність виражених тривожних симптомів, що крім клінічної оцінки має бути підтверджено результатами діагностичних опитувальників пацієнта);

П 3 – показник вікової функціональної компоненти (показник може приймати значення 0 або 1 в залежності від віку хворого: чи виповнилось йому 18 років);

П 4 – показник інформаційної функціональної компоненти (показник відображає наявність добровільної інформованої згоди на участь у

експериментальному дослідженні);

П5 – показник психотичної функціональної компоненти (показник відображає наявність вичерпної інформації про гостроту психотичного стану);

П 6 – показник апатико-дисоціативної функціональної компоненти (показник відображає наявність даних в медичній документації щодо наявності апатико-дисоціативного дефекту);

П 7 – показник інтелектуально-мнестичної функціональної компоненти (показник відображає повноту та вичерпність даних згідно з медичною документацією та даними психологічного діагнозу щодо вираженого інтелектуально-мнестичного зниження);

П 8 – показник патологічної функціональної компоненти (показник відображає наявність інформації щодо гострої або хронічної соматичної патології, що може продукувати тривожні стани у відповідності з медичною документацією).

При цьому виконується аналіз кожної окремої функціональної компоненти на предмет дотримання представлених критеріїв. Визначення такого показника відбувається шляхом підрахунку балів за відповідність кожному критерію. Саме кількість таких відповідей й дорівнює показнику, що розраховується. Виходячи з того, що критеріїв в розрізі кожного функціонального компонента – 1, а компонентів загалом – 8 – максимальна кількість правильних відповідей може дорівнювати 8.

З метою визначення інтервалів оцінки достатності теоретичного підґрунтя для вивчення тривожних станів хворих на шизофренію методами когнітивно-поведінкового підходу та керуючись максимально можливим значенням інтегрального показника – 8, можна побудувати шкалу, яка має чотири інтервали (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

**Шкала оцінки достатності теоретичного підґрунтя для вивчення
тривожних станів хворих на шизофренію методами когнітивно-
поведінкового підходу**

Інтервал	Рівень достатності
[0-2]	Дуже низький
[2-4]	Низький
[4-6]	Достатній
[6-8]	Високий

Як видно з таблиці 2.2., існує чотири інтервали для оцінки достатності теоретичного підґрунтя для вивчення тривожних станів хворих на шизофренію методами когнітивно-поведінкового підходу та підрахувавши загальну кількість балів по запропонованим 8 критеріям, існує можливість визначення загального рівня достатності.

Кожен з таких показників може знаходитись у межах від 0 до 8. При цьому можна вважати, що якщо кожен показник знаходиться від інтервалу від 0 до 2, то показник знаходиться в критичному стані; якщо дорівнює 2-4 – в низькому, 4-6 – в середньому, якщо 6-8 – в належному.

У відповідності із даною градацією можна надати рекомендації до удосконалення теоретичного підґрунтя експериментального дослідження тривожних станів у хворих на шизофренію (табл. 2.3).

Сутність розроблених рекомендацій полягає в наступному: в розрізі кожного виокремлено показника розподілено інтервал його значення.

Якщо показник має значення 6-8, показник має бажане значення та застосування рекомендацій не є необхідним. Якщо показник знаходиться в межах від 0 до 3, йдеться про повне невиконання певної функції, що зумовлює неможливість проведення експериментального дослідження на представленому підґрунті.

Таблиця 2.3

**Рекомендації до удосконалення формування теоретичного підґрунтя
експериментального дослідження тривожних станів у хворих на
шизофренію**

Показник	Інтервал значення показника	Рекомендація
1	2	3
П 1 - показник діагностичної функціональної компоненти;	0-2	Встановити причину недостатності даних
	2-6	Забезпечити доповнення даних, яких не вистачає в процесі коригування отриманого результату, провести коригування окремих критеріїв
	6-8	Показник має бажане значення
П 2 – показник тривожної функціональної компоненти;	0-2	Встановити причину недостатності даних
	2-6	Забезпечити доповнення даних, яких не вистачає в процесі коригування отриманого результату, провести коригування окремих критеріїв
	6-8	Показник має бажане значення
П 3 – показник вікової функціональної компоненти;	0-2	Встановити причину недостатності даних
	2-6	Забезпечити доповнення даних, яких не вистачає в процесі коригування отриманого результату, провести коригування окремих критеріїв
	6-8	Показник має бажане значення
П 4 – показник інформаційної функціональної компоненти;	0-2	Встановити причину недостатності даних
	2-6	Забезпечити доповнення даних, яких не вистачає в процесі коригування отриманого результату, провести коригування окремих критеріїв
	6-8	Показник має бажане значення
П5 – показник психотичної функціональної компоненти;	0-2	Встановити причину недостатності даних
	2-6	Забезпечити доповнення даних, яких не вистачає в процесі коригування отриманого результату, провести коригування окремих критеріїв
	6-8	Показник має бажане значення
П 6 – показник апатико- дисоціативної функціональної компоненти;	0-2	Встановити причину недостатності даних
	2-6	Забезпечити доповнення даних, яких не вистачає в процесі коригування і отриманого результату, провести коригування окремих критеріїв
	6-8	Показник має бажане значення
П 7 – показник інтелектуально- мнестичної функціональної компоненти;	0-2	Встановити причину недостатності даних
	2-6	Забезпечити доповнення даних, яких не вистачає в процесі коригування отриманого результату, провести коригування окремих критеріїв
	6-8	Показник має бажане значення
П 8 – показник патологічної функціональної компоненти.	0-2	Встановити причину недостатності даних
	2-6	Забезпечити доповнення даних, яких не вистачає в процесі коригування отриманого результату, провести коригування окремих критеріїв
	6-8	Показник має бажане значення

В даному випадку рекомендації носять категоричний та радикальний характер та їх застосування може в певній мірі підвищити якість формування підґрунтя для проведення експериментальної оцінки психотерапії тривожних станів хворих на шизофренію методами когнітивно-поведінкового підходу в розрізі окремих функціональних компонентів, що в цілому сприятиме забезпеченню належного стану.

Таким чином можна надати підхід до удосконалення якості формування теоретичного підґрунтя експериментальної оцінки психотерапії тривожних станів хворих на шизофренію методами когнітивно-поведінкового підходу (рис. 2.4).

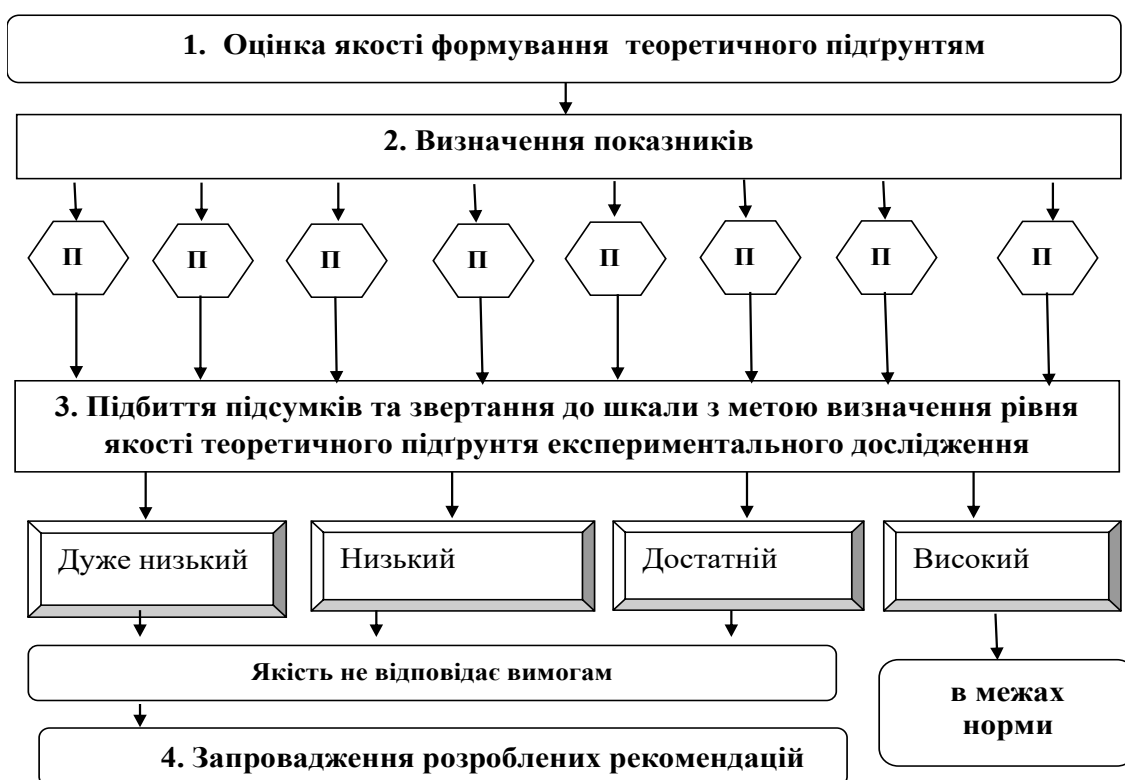


Рис. 2.4. Науково-методичний підхід щодо визначення достатності теоретичного підґрунтя для встановлення тривожних станів у хворих на шизофренію

Запропонований підхід безперечно сприятиме удосконаленню не тільки

формування безпосереднього підґрунтя для проведення експериментальних досліджень, але й здатний безпосередньо удосконалити процес експериментальної оцінки психотерапії тривожних станів хворих на шизофренію методами когнітивно-поведінкового підходу.

2.2. Методи дослідження

Кожний з етапів емпіричного дослідження передбачає використання відповідних методів дослідження та оцінки. Нами було досліджено і проаналізовано ефективність наявних методів (стандартизовані методи виявлення і оцінки тривожних станів, статистичні методи оцінки результатів) та розроблено і впроваджено низьку авторських методик (анкета та клінічне інтерв'ю).

Визначення відповідності досліджуваних критеріям включення/виключення та оцінка результатів після психотерапевтичних інтервенцій проводились з застосуванням клініко-психопатологічного методу, а саме вивчення і аналізу медичної документації; та психометричного методу який включав поєднання методів визначення тривожності Спілберга-Ханіна, госпітальної шкали тривоги та депресії – HADS; експертної шкали Гамільтона для оцінки тривоги – HAM-A.

За для врахування усіх можливих артефактів, що могли мати додаткові ефекти впливу на вираженість симптомів переживання тривоги було зібрано значний масив відомостей щодо респондентів, які увійшли до складу вибірки дослідження, за різними критеріями: сімейний стан, тип зайнятості, вік початку захворювання, кількість госпіталізацій, тип перебігу шизофренічного захворювання, наявність в анамнезі обтяженої спадковості. Ці дані було систематизовано в персоналізовану анкету (додаток Б).

Процес підготовки до розробки та апробування програми психотерапії тривожних станів у хворих на шизофренію методами КПТ передбачав

комплексне дослідження та диференціальну діагностику щодо ступеню вираженості проявів симптомів тривожного кола (тривожні стани, ПР, СФ, специфічні фобії, ГТР, ОКР, ПТСР) при розподілі на групи хворих, яке проводилось за допомогою міжнародного нейропсихіатричного опитувальника (MINI) з опором на діагностичні критерії та уточнення, запропоновані МКХ-10 з незалежною діагностичною оцінкою двох фахівців, зокрема з консультацією лікаря-психіатра. За для сприяння розумінню психодинамічних механізмів в кожному конкретному випадку, нами було розроблене і впроваджене клінічне інтерв'ю (додаток В). З його допомогою було зібрано інформацію про сімейну історію пацієнта, соціальне життя, роботу, попередній досвід лікування психічного здоров'я та інші фактори, які могли впливати на психічне здоров'я та благополуччя, визначати мотивацію пацієнта. Воно також мало на меті оцінку когнітивних, поведінкових та емоційних реакцій на стрес.

Для оцінки виявлення тривожних станів у хворих на шизофренію застосовується великий інструментарій методів [5, 6, 9, 22, 24, 28, 33]. Проте найбільш розповсюдженими можна вважати наступні:

- 1) госпітальна шкала тривоги й депресії;
- 2) опитувальник Бека;
- 3) тест Цунга для самооцінки визначення тривоги і депресії;
- 4) тест Спілбергера для визначення рівня реактивної та особистісної тривожності;
- 5) тест "САН", назва якого складається з перших букв слів "Самопочуття", "Активність", "Настрій";
- 6) методика визначення рівня тривожності Філіпса;
- 7) психопатичний метод (поєднання методу госпітальної шкали тривоги й депресії, опитувальника Бека та методики визначення рівня тривожності Філіпса);
- 8) психометричний метод (поєднання методів визначення тривожності Спілберга-Ханіна, госпітальної шкали тривоги та депресії – HADS;

експертної шкали Гамільтона для оцінки тривоги – НАМ-А);

9) методи статистичної обробки даних;

10) клініко-психопатологічний метод (вивчення медичної документації: анкета та клінічне інтерв'ю).

Виокремлені методи запропоновано експертам для оцінки. При цьому в якості експертів обрано працівників КНП "КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ "ПСИХІАТРІЯ" у місті Києві. Це зумовлено тим, що саме на базі даної установи проведено дослідження. Слід підкреслити, що мета даного експертного дослідження не передбачає вказівки особистих даних обраних експертів. Головна мета експертного дослідження – обґрунтувати доцільність застосування підходу до оцінки методів виявлення тривожних станів у хворих на шизофренію, що базується на методі кореляційно-регресійного аналізу Кендалла. Так, для визначення достатності рівня узгодженості думок експертів було застосовано коефіцієнт конкордації Кендалла, а результати експертного дослідження представлено в таблиці 2.4.

В таблиці 2.4 розраховано два головних показника – D та d^2 .

D – середнє значення, яке розраховано наступним чином: ми отримали показник $d = 34,1$ (сума всіх рангів, поділена на 10 = $341/10=34,1$).

Далі розраховуємо наступним чином:

Від суми рангів в розрізі окремого методу віднімаємо дану суму 34,1. Отримуємо показник D .

d^2 – квадратичне значення, яке розраховано як вищезазначений показник D в квадраті.

Перевірка правильності складання матриці на основі обчислення контрольної суми (формула 2.1):

$$\sum x_{ij} = \frac{(1+n)*n}{2} = \frac{(1+10)*10}{2} = 55 \quad (2.1)$$

де n – кількість методів

Таблиця 2.4

**Результати експертного дослідження оцінки ефективності методів
виявлення тривожних станів у хворих на шизофренію**

Методи	Експерти– працівники КНП "КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ "ПСИХІАТРІЯ" у місті Києві					Сума рангів	<i>D</i> (середнє значення)	<i>d</i> ² (кваратичне значення)
	1	2	3	4	5			
x_1	4	5	5	8	4	26	-8,1	65,61
x_2	9	9	7	6	8	39	4,9	24,01
x_3	4	4	5	3	6	22	-12,1	146,41
x_4	5	5	6	6	5	27	-7,1	50,41
x_5	3	5	5	5	4	22	-12,1	146,1
x_6	8	8	10	9	7	42	7,9	62,41
x_7	6	7	7	5	4	29	-5,1	26,01
x_8	9	9	8	10	8	44	9,9	98,01
x_9	9	9	10	8	8	44	9,9	98,01
x_{10}	9	10	9	8	10	46	11,9	141,61
Σ						341		858,59

У даному прикладі методи за значимістю розподілилися наступним чином (табл. 2.5).

Отже, як видно з таблиці 2.5, найбільш значимими методами з позиції їх ефективності виявилися клініко-психопатологічний метод, психометричний метод та метод статистичної обробки даних.

В свою чергу найменшу ефективність, за думками експертів, мають такі методи виявлення тривожних станів у хворих на шизофренію як тест Цунга для самооцінки визначення тривоги і депресії та тест "САН", назва якого складається з перших букв слів "Самопочуття", "Активність", "Настрій".

Для визначення достатності рівня узгодженості думок експертів було

застосовано коефіцієнт конкордації Кендалла. Коефіцієнт конкордації (W) Кендалла є показником множинної рангової кореляції. W може приймати значення в діапазоні від 0 до +1, де $W=0$ означає повну відсутність узгодженості в оцінках чи судженнях експертів, а $W=1$ – повну узгодженість. За гранично допустиме значення коефіцієнту конкордації пропонуємо взяти $W=0,4-0,6$: (середня узгодженість думок експертів), $W=0,1-0,3$: (низька узгодженість думок експертів), $W=0,7-1$: (висока узгодженість думок експертів).

Таблиця 2.5

Розташування методів виявлення тривожних станів у хворих на шизофренію за значимістю

Метод		Сума рангів
x_{10}	Клініко-психопатологічний метод	46
x_8	Психометричний метод	44
x_9	Методи статистичної обробки даних	44
x_6	Методика визначення рівня тривожності Філіпса	42
x_2	Опитувальник Бека	39
x_7	Психопатичний метод	29
x_4	Тест Спілбергера-Ханіна для визначення рівня реактивної та особистісної тривожності	27
x_1	Госпітальна шкала тривоги й депресії	26
x_3	Тест Цунга для самооцінки визначення тривоги і депресії	22
x_5	Тест "САН", назва якого складається з перших букв слів "Самопочуття", "Активність", "Настрій"	22

Проведемо оцінку середнього ступеня узгодженості думок всіх експертів за допомогою коефіцієнту конкордації (формула 2.2):

$$W = \frac{12 * S}{m^2 * (n^3 - n)} \quad (2.2)$$

де $S = 858,59$ (сума квадратичних значень d^2), $n = 10$ (кількість факторів), $m = 5$ (кількість експертів).

$$w = \frac{12 * 858,59}{25 * (1000 - 10)} = \frac{10303,08}{24750} = 0,416$$

$W = 0,416$ говорить про наявність середнього ступеня узгодженості думок експертів.

Для оцінки значущості коефіцієнта конкордації скористаємося критерієм узгодження Пірсона (формула 2.3):

$$\chi^2 = \frac{12 * S}{m * n * (n + 1)} \quad (2.3)$$

$$\chi^2 = \frac{12 * 858,59}{5 * 10 * (10 + 1)} = \frac{10303,08}{550} = 18,73$$

χ^2 порівняємо з табличним значенням для числа ступенів свободи $K = n - 1 = 10 - 1 = 9$ і при заданому рівні значущості $\alpha = 0.04$

Оскільки χ^2 розрахований $18,73 >$ табличного значення $16,9$ (уніфікована таблиця критерію Пірсона), то $W = 0,416$ величина не випадкова, а тому отримані результати мають сенс і можуть використовуватися в подальших дослідженнях.

Отже в контексті даного дослідження за допомогою методу кореляційно-регресійного аналізу Кендалла – виокремлено найбільш ефективні методи виявлення тривожних станів у хворих на шизофренію. Саме виокремлені методи й прийнято рішення використовувати в процесі даного експериментального дослідження (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

**Методи виявлення тривожних станів у хворих на шизофренію, які були
відібрані для даного експериментального дослідження**

Метод	Характеристика
1	2
Клініко-психопатологічний метод	Використовується для оцінки даних анамнезу життя, сенситивності пацієнта, хвороби, особливостей характеру, розвитку, мікросоціальних контактів, освіти, трудової діяльності, а також вивчення медичної документації (анкета та клінічне інтерв'ю)
Психодіагностичний метод	Застосовується для оцінки виразності симптоматики та динаміки стану. Суб'єктивна інтенсивність переживання тривоги буде визначатись шляхом застосування стандартизованих самозвітів досліджуваних, хворих на шизофренію, процедура проведення яких дозволяє їм самостійно оцінити свій психоемоційний стан (шкала особистісної тривожності Спілберга-Ханіна, госпітальна шкала тривоги та депресії – HADS). Об'єктивні симптоми та показники переживання тривоги можуть бути зафіксовані шляхом спостережень за пацієнтами з підсумковим експертним оцінюванням за експертною шкалою Гамільтона для оцінки тривоги – HAM-A.
Методи статистичної обробки даних	Передбачає, що розрахунок виконувався за допомогою програми пакету статистичного аналізу даних SPSS-20.0. Експериментальний план з попереднім і підсумковим тестуванням та контрольною групою (за Д. Кемпбеллом). Статистичні методи обробки емпіричних даних: буде застосовано U-критерій Манна-Уїтні, ϕ^* -кутове перетворення Фішера, однофакторний дисперсійний аналіз ANOVA (Фішер). Перевірка даних контрольної та експериментальної групи на нормальність з застосуванням t-критерія Стюдента

Госпітальна шкала тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) була розроблена у 1983 році двома авторами (Zigmond A.S. та Snaith R.P.) з метою визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальномедичної практики. Переваги шкали HADS полягають у простоті застосування та обробки, що дозволяє рекомендувати її до використання для первинного виявлення (скринінгу) тривоги та депресії [6].

Шкала складена з 14 тверджень, які обслуговують дві підшкали:

- підшкала А – «тривога» (anxiety): непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;
- підшкала D - "депресія" (depression): парні пункти 2, 4, 6; 8,10,12,14.

Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають ступінь наростання симптоматики – градації виразності ознаки та тяжкості симптому, що кодуються за наростанням, від 0 балів (відсутність) до 4 (максимальна вираженість).

Бланк опитувальника (додаток Г) видано респонденту в межах даного дослідження для самостійного заповнення та супроводжується інструкцією такого змісту: «Вчені впевнені, що емоції відіграють важливу роль у виникненні більшості захворювань. Якщо лікар більше дізнається про переживання хворого, він зможе краще допомогти йому. Цей опитувальник розроблений для того, щоб допомогти лікарю зрозуміти, як почувається хворий. Не звертаючи уваги на цифри та літери, розміщені в лівій частині опитувальника, слід прочитати уважно кожне твердження і в порожній графі зліва відзначити хрестиком відповідь, яка найбільше відповідає тому, як хворий почував себе минулого тижня. Пропонується не роздумувати над кожним твердженням надто довго – оскільки перша реакція завжди є вірнішою».

HADS відноситься до суб'єктивних методик та призначена для скринінгового виявлення тривоги та депресії у пацієнтів стаціонару. Госпітальна шкала тривоги та депресії стала популярною в основному за рахунок того, що вона відрізняється простотою застосування та обробки (заповнення опитувальника не потребує тривалого часу та не викликає труднощів у пацієнта) [33]. Лаконічність та простота HADS дозволяє рекомендувати її до використання у загальномедичній практиці для первинного виявлення проявів тривоги та депресії у пацієнтів (скринінгу).

Для більш детальної діагностики та відстеження динаміки стану пацієнта рекомендується використати більш чутливі методики, такі як шкала особистісної тривожності Спілберга-Ханіна, госпітальна шкала тривоги та депресії – HADS.

Шкала тривоги Спілбергера (State Trait Anxiety Inventory, STAI) є

інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) та особистісної тривожності (як стійка характеристика людини) (додаток Г.1). Методика була розроблена у 1970 році [6]. Шкала Спілбергера через свою відносну простоту та ефективність широко застосовується в клінічній практиці з різними цілями – для визначення вираженості тривожних переживань, оцінки стану пацієнта в динаміці тощо. Російською мовою ця методика була адаптована Ю. Л. Ханіним, тому дана методика діагностики тривожних станів також зветься «Шкала Спілбергера-Ханіна».

Більшість з відомих методів оцінки рівня тривожності дозволяє оцінити лише особистісну тривожність, або поточний стан тривожності, або більш специфічні реакції. Єдиним способом, що дозволяє диференціювати тривожність як особистісну властивість, і як стан, є методика, запропонована Спілбергером. Вимірювання тривожності як властивості особистості має важливе значення - адже ця властивість багато в чому зумовлює поведінку людини. Певний рівень тривожності – природна та обов'язкова особливість активної діяльної особистості. У індивідуума існує свій оптимальний або бажаний рівень тривожності – так звана корисна тривожність. Оцінка людиною свого стану щодо цього є йому істотним компонентом самоконтролю.

В рамках цього тесту створено 2 підшкали [33]. Перша, шкала стану тривоги (ситуативної тривожності) оцінює поточний стан тривоги, вимірюючи, як респонденти почуваються «наразі», використовуючи суб'єктивні почуття страху, напруги, нервозності, занепокоєння і порушення вегетативної нервової системи. Ситуативна або реактивна тривожність як стан характеризується емоціями, що суб'єктивно переживаються: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамічністю в часі.

Друга, шкала особистої тривожності оцінює стабільні аспекти особистості, її схильність до занепокоєння, оцінює почуття стану спокою,

впевненості та безпеки. Під особистісною тривожністю мається на увазі стійка індивідуальна характеристика, що відображає схильність суб'єкта до тривоги і передбачає наявність у нього тенденції сприймати досить широке «віяло» ситуацій як загрозливих, відповідаючи на кожен з них певною реакцією.

В межах даного дослідження учасникам експерименту надано Інструкцію. Інструкція пропонує уважно прочитати кожен з наведених нижче пропозицій і закреслити цифру у відповідній графі праворуч залежно від того, як відчувається людина в даний момент. Над питаннями рекомендують довго не замислюватись, «оскільки правильних та неправильних відповідей немає». При аналізі результатів самооцінки бралось до уваги, що загальний підсумковий показник по кожній з підшкал може перебувати в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим вищий підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної чи особистісної).

За загальної інтерпретації показників можна використовувати такі орієнтовні оцінки тривожності:

- до 30 балів – низька
- 31-44 бали – помірна
- 45 і більше – висока [6].

Зіставлення результатів з обох підшкал дає можливість оцінити індивідуальну значимість стресової ситуації для респондента.

В свою чергу, шкала Гамільтона для оцінки тривоги (НАМ-А) (додаток Г.2) дозволяє кількісно оцінювати вираженість тривожного синдрому та часто використовується для оцінки антипсихотичних препаратів. В межах даного дослідження з хворими, що брали участь в експерименті опрацьовано дану шкалу. Вона складається з 14 показників, кожен із яких визначається низкою симптомів.

Кожен параметр оцінюється за рівнем виразності:

0 = ні

+ 1 = незначний

+ 2 = помірний

+ 3 = важкий

+ 4 = дуже важкий

Для оцінки за шкалою тривоги Гамільтона необхідно виконати підсумовування вибраних балів.

- Показники <17 вказують на легкий ступінь тривожності.
- Показники від 18 до 24 вказують на ступінь тривожності від легкого до помірного.
- 25–30 балів вказують на ступінь тривожності від помірної до тяжкої.
- Бали > 30 вказують на сильне занепокоєння.

Диференціальну діагностику щодо ступеню вираженості проявів симптомів тривожного кола (тривожні стани, ПР, СФ, специфічні фобії, ГТР, ОКР, ПТСР) проводилось із застосуванням міжнародного нейропсихіатричного опитувальника (MINI) - напівструктурованого інтерв'ю, діагностичні алгоритми якого відповідають критеріям DSM-IV та МКХ-10. Цей варіант діагностичного інтерв'ю зарекомендував себе як валідизований та надійний інструментарій, зокрема, модулі щодо діагностики соціального тривожного розладу та ПТСР – продемонстрували високу валідність та прийнятну ретестову надійність. Подвійний переклад та адаптацію україномовного варіанта «Міжнародний нейропсихіатричний опитувальник. Українська версія 5.0.0» було здійснено спільно з Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії (УІКПТ) та Інститутом психічного здоров'я Українського католицького університету (ІПЗ УКУ) 2006 р. Для верифікації ми також опиралися на діагностичні критерії та уточнення, запропоновані МКХ-10 на підставі незалежної діагностичної оцінки двох фахівців, зокрема з консультацією лікаря-психіатра.

Отже, в межах даного дослідження проаналізовано в розрізі кожного окремого хворого кількість госпіталізацій, тип перебігу хвороби, сімейний стан, тип зайнятості, вік початку захворювання, наявність в анамнезі обтяженої спадковості, провідні симптоми тривожного розладу. А також застосовано на

учасниках експерименту Госпітальну шкалу HADS, опитувальник Спілберга-Ханіна, Експертну шкалу HAM-A, міжнародний нейропсихіатричний опитувальник (MINI), персоналізовану анкету та клінічне інтерв'ю.

Таким чином, представлено методи виявлення тривожних станів у хворих на шизофренію та їх характеристика, які в сукупності являють собою головний елемент дизайну даного дослідження.

Висновки до другого розділу

1. В процесі побудови дизайну дослідження сформовано наступні експериментальні гіпотези: здійснення психотерапевтичної інтервенції із застосуванням методів когнітивно-поведінкової терапії:

а) дозволить значно знизити інтенсивність суб'єктивного переживання тривоги у досліджуваних хворих на шизофренію;

б) призведе до відносної стабілізації функціонального стану пацієнтів, що буде виражатись у редукуванні проявів соматичного дискомфорту, пов'язаного з переживанням тривоги, а також зниженні інтенсивності проявів вегетативних, респіраторних та серцево-судинних симптомів тривоги;

в) буде сприяти зниженню відсоткової частки пацієнтів з клінічно вираженим рівнем тривоги.

2. Емпіричне дослідження запропоновано проводити за наступними етапами: формування та дослідження вибірки, розробка та апробування персоналізованої програми КПТ, контрольне обстеження хворих, статистична обробка отриманих даних.

3. Розроблено підхід, основними сутнісними ознаками якого виступає оцінка кожної окремої функціональної компоненти експериментального дослідження в контексті вивчення тривожних станів у хворих на шизофренію, узагальнення отриманих результатів та їх аналіз, що сприятиме удосконаленню не тільки формування безпосереднього підґрунтя для проведення

експериментальних досліджень, але й здатний безпосередньо удосконалити процес експериментальної оцінки психотерапії тривожних станів хворих на шизофренію методами когнітивно-поведінкового підходу.

4. За допомогою методу кореляційно-регресійного аналізу Кендалла – виокремлено найбільш ефективні методи виявлення тривожних станів у хворих на шизофренію. Найбільш значимими методами з позиції їх ефективності виявилися клініко-психопатологічний метод, психометричний метод та методи статистичної обробки даних.

5. Дослідження проводилось на базі КНП "КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ "ПСИХІАТРІЯ" у місті Києві. Загальна вибірка складалася з хворих, які поступали на стаціонарне лікування з березня 2019 року по березень 2022 року. На констатувальному етапі дослідження брали участь 166 хворих. Участь у формувальному експерименті з цього числа продовжили 95 хворих.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

3.1. Загальний описовий аналіз отриманих емпіричних даних на етапі попереднього психодіагностичного обстеження

Мета спланованого та поетапно реалізованого емпіричного дослідження полягала у практичній апробації та узагальненій оцінці психотерапевтичного потенціалу методів когнітивно-поведінкової терапії у процесі роботи з тривожними станами осіб, хворих на шизофренію. Необхідно зауважити, що симптоми тривожних розладів дуже часто супроводжують перебіг шизофренічного захворювання як гострого психотичного розладу, що зумовлює необхідність застосування спеціальних психотерапевтичних засобів купування інтенсивних проявів тривоги для полегшення та стабілізації психоемоційного стану пацієнта. Від дієвості психотерапевтичної інтервенції залежить також загальний прогрес лікування первинного психічного захворювання.

При побудові теоретико-методологічного підґрунтя дослідження ми припустили, що застосування комплексу методів когнітивно-поведінкової психотерапії дозволить скоротити кількість випадків та знизити інтенсивність тривожних станів у загальній клінічній картині перебігу шизофренічного захворювання досліджуваних осіб. Для експериментальної перевірки сформульованих припущень було визначено конкретні індикатори переживання тривоги, а також змістовні особливості їх перебігу та змін під впливом експериментального психотерапевтичного втручання, що лягло в основу експериментальних гіпотез емпіричного дослідження. Отже, очікується, що здійснення психотерапевтичної інтервенції із застосуванням методів когнітивно-поведінкової терапії: а) дозволить значно знизити інтенсивність суб'єктивного

переживання тривоги у досліджуваних хворих на шизофренію; б) призведе до відносної стабілізації функціонального стану пацієнтів, що буде виражатись у редукуванні проявів соматичного дискомфорту, пов'язаного з переживанням тривоги, а також зниженні інтенсивності проявів вегетативних, респіраторних та серцево-судинних симптомів тривоги; в) буде сприяти зниженню відсоткової частки пацієнтів з субклінічно та клінічно вираженим рівнем тривоги.

Емпіричне дослідження було організовано за класичним експериментальним планом, описаним Д. Кемпбеллом – план з попереднім і підсумковим тестуванням та контрольною групою [12]. Обраний експериментальний план схематично представлено на рис. 3.1, у якому R – це процедура рандомізації (випадкового відбору учасників контрольної та експериментальної групи), O_1 та O_3 – попереднє діагностичне обстеження груп респондентів, O_2 та O_4 – контрольне діагностичне обстеження груп респондентів, X – психотерапевтичний вплив на експериментальну групу досліджуваних із застосуванням методів когнітивно-поведінкового підходу.

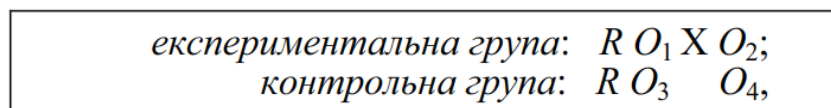


Рис. 3.1. Схема експериментального плану для двох рандомізованих груп з попереднім та підсумковим тестуванням, який було застосовано для реалізації емпіричного дослідження

Вибір даного плану зумовлено його доведеною ефективністю у царині досліджень з патопсихології та клінічної психології, а також наявною можливістю сформулювати контрольну та експериментальну групу досліджуваних шляхом процедури рандомізації. Таким чином, умовно у реалізованому експерименті можна виділити декілька етапів. На першому етапі було здійснено попереднє діагностичне обстеження експериментальної та контрольної груп з

метою виявлення початкового рівня переживання симптомів тривоги, що у нашому дослідженні виступає у якості залежної змінної. На другому етапі на експериментальну групу досліджуваних здійснено психотерапевтичний вплив суголосно розробленій психотерапевтичній програмі, в основу якої покладено комплекс методів, технік та прийомів когнітивно-поведінкової терапії. Після психотерапевтичної роботи з експериментальною групою, у той час як на контрольну групу такий вплив не здійснювався, було реалізовано третій етап експериментального дослідження, що полягав у контрольному психодіагностичному обстеженні досліджуваних груп для відстеження можливих змін рівня їх тривожності. Необхідність повторного діагностування контрольної групи, формувальний вплив на яку не здійснювався, зумовлюється необхідністю контролю можливих артефактів, тобто нівелювання дії додаткових, не пов'язаних з незалежною змінною чинників. Результати попереднього та контрольного діагностичного обстеження обох груп порівнювалися за допомогою статистичних засобів, а саме U-критерію Манна-Уїтні, t-критерію Стьюдента, ϕ^* -кутового перетворення Фішера [12].

У якості незалежної змінної у нашому дослідженні виступив комплекс психотерапевтичних заходів, базованих на когнітивно-поведінковому підході, залежною ж змінною виступив рівень тривожності респондентів, хворих на шизофренію.

Отже, зважаючи на сформульовані експериментальні гіпотези та обраний експериментальний план для реалізації емпіричного дослідження нами було вирішено наступні завдання:

- визначення експериментального плану, найбільш відповідного для наявних вихідних умов проведення дослідження та максимально підходящого для перевірки висунутих експериментальних гіпотез;
- планування організаційних та операціонально-технічних аспектів процедури проведення патопсихологічного експерименту з контролем можливого впливу додаткових чинників на залежну змінну;

- підбір та підготовка до використання діагностичних засобів для визначення рівня вираженості тривожних станів у хворих на шизофренію, зокрема ситуативної та особистісної тривожності, окремих різновидів симптомів тривоги;
- формування експериментальної та контрольної вибірки досліджуваних;
- здійснення попереднього та контрольного діагностичного обстеження експериментальної та контрольної груп за обраними методиками;
- проведення статистичного аналізу отриманих даних, що передбачає порівняння результатів кожної досліджуваної групи до та після психотерапевтичної інтервенції;
- здійснення якісного аналізу отриманих даних, інтерпретація результатів патопсихологічного експерименту, підготовка висновків.

Емпіричне дослідження проводилося на базі КНП "КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ "ПСИХІАТРІЯ" у місті Києві. Всього до участі в експерименті було залучено 95 осіб, хворих на шизофренію. Віковий склад вибірки дослідження: юнацький вік (18-21 років) – 18 / 18,95% від загальної кількості вибірки дослідження; перший період зрілого віку (22-35 років) – 56 / 58,95% досліджуваних; другий період зрілого віку (36-60 років) – 21 / 22,11% осіб. Гендерний склад вибірки дослідження – 31 / 32,63% жінок та 64 / 67,37% чоловіків. Для врахування усіх можливих артефактів, що можуть мати додаткові ефекти впливу на вираженість симптомів переживання тривоги, було зібрано значний масив відомостей щодо респондентів, які увійшли до складу вибірки дослідження, за різними критеріями: сімейний стан, тип зайнятості, вік початку захворювання, кількість госпіталізацій, тип перебігу шизофренічного захворювання, наявність в анамнезі обтяженої спадковості, ступінь вираженості проявів симптомів тривожного кола (тривожні стани, ПР, СФ, специфічні фобії, ГТР, ОКР, ПТСР) (Додатки Д, Е, Е.1). Тому маємо можливість розглянути більш детально кількісні показники респондентів, які взяли участь у патопсихологічному експерименті, за усіма названими критеріями, що з різних сторін характеризують вибірку дослідження.

1. Сімейний стан:

- а) одружені – 40 / 42,11% досліджуваних;
- б) самотні – 55 / 57,89% досліджуваних.

2. Тип зайнятості:

- а) Працюють або навчаються – 36 / 37,89%;
- б) Не працюють – 59 / 62,11%.

3. Наявність в анамнезі обтяженої спадковості:

- а) мають в анамнезі обтяжену спадковість – 4 / 4,21%;
- б) необтяжена спадковість – 91 / 95,79%.

4. Вік початку захворювання:

- а) юнацький вік (16-21 рік) – 48 / 50,53%;
- б) перший період зрілого віку (22-35 років) – 45 / 47,37%;
- в) другий період зрілого віку (36-60 років) – 2 / 2,11%.

5. Кількість госпіталізацій:

- а) перша – 23 / 24,21%;
- б) повторна – 23 / 24,21%;
- в) більше 2-х – 49 / 51,58%.

6. Тип перебігу хвороби:

- а) нападopodobний (прогресивний) – 16 / 16,84%;
- б) до одного року – 28 / 29,47%;
- в) безперервний – 51 / 53,68%.

7. Провідні симптоми:

- а) соціальна фобія (СФ) – 13 / 13,68%;
- б) посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – 11 / 11,58%;
- в) obsesивно-компульсивний розлад (ОКР) – 12 / 12,63%;
- г) генералізований тривожний розлад (ГТР) – 10 / 10,53%;
- д) панічний розлад (ПР) – 9 / 9,47%;
- е) специфічна фобія – 7 / 7,37%;
- ж) змішана симптоматика – 33 / 34,74%.

Шляхом випадкового відбору до складу контрольної групи було включено 47 осіб, до експериментальної – 48 осіб. Психотерапевтичний вплив на експериментальну групу респондентів здійснювався за авторською програмою, що містить комплекс згрупованих методів, прийомів та технік когнітивно-поведінкової терапії.

Суб'єктивна інтенсивність переживання тривоги визначалась шляхом застосування стандартизованих самозвітів досліджуваних, хворих на шизофренію, процедура проведення яких дозволяє їм самостійно оцінити свій психоемоційний стан (шкали особистісної та ситуативної тривожності Спілберга-Ханіна, госпітальна шкала тривоги та депресії – HADS).

Об'єктивні симптоми та показники переживання тривоги фіксувались шляхом спостережень за пацієнтами з підсумковим експертним оцінюванням за експертною шкалою Гамільтона для оцінки тривоги – HAM-A.

Диференціальна діагностика щодо ступеню вираженості проявів симптомів тривожного кола (тривожні стани, ПР, СФ, специфічні фобії, ГТР, ОКР, ПТСР) проводилась із застосуванням міжнародного нейропсихіатричного опитувальника (MINI).

Отже, після реалізації попереднього психодіагностичного обстеження, експериментального психотерапевтичного впливу та контрольного психодіагностичного обстеження було зібрано декілька масивів емпіричних даних, поетапне та диференційоване опрацювання яких дозволить перевірити кожен експериментальну гіпотезу. Для моніторингу та відстеження на кожному етапі експерименту динаміки змін, пов'язаних з рівнем інтенсивності суб'єктивного переживання тривоги у респондентів, хворих на шизофренію, а також ступеню наближення наявного у досліджуваних пацієнтів рівня тривоги до одного з полюсів дихотомічного континууму «Норма – Клінічно виражена тривога» було здійснено комплексний аналіз результатів діагностики експериментальної та контрольної груп досліджуваних за шкалою особистісної та ситуативної тривожності Спілберга-Ханіна та госпітальною шкалою тривоги

та депресії – HADS (додаток Ж, Ж.1). Зокрема, після попередньої діагностики досліджуваних контрольної та експериментальної групи за методиками визначення рівня особистісної та ситуативної тривожності Спілберга-Ханіна та госпітальною шкалою тривоги й депресії HADS за допомогою статистичного застосунку IBM SPSS Statistics 19 було згенеровано основні показники описової статистики. Описові статистики за результатами попередньої психодіагностики за вказаними методиками респондентів контрольної та експериментальної групи представлено в таблицях 3.1 та рисунках 3.1-3.3.

Таблиця 3.1

**Описові статистики контрольної та експериментальної груп за
методиками Спілберга-Ханіна та HADS на етапі попереднього
психодіагностичного обстеження**

Групи досліджуваних	Методики / шкали	Описові статистичні показники						
		Розмах	Мінімум	Максимум	Середнє значення	Стандартна помилка середнього	Стандартне відхилення	Дисперсія
Контрольна	Шкала HADS	2,00	8,00	10,00	9,2766	0,09950	0,68214	0,465
	Особистісна тривожність	23,00	31,00	54,00	42,8723	0,67848	4,65140	21,636
	Ситуативна тривожність	12,00	33,00	45,00	40,1277	0,46088	3,15964	9,983
Експериментальна	Шкала HADS	9,00	8,00	17,00	8,9375	0,23332	1,61649	2,613
	Особистісна тривожність	25,00	29,00	54,00	39,2708	0,77742	5,38611	29,010
	Ситуативна тривожність	17,00	32,00	49,00	37,9167	0,66099	4,57948	20,972

Для формування уявлення про розподіл вибірки респондентів контрольної та експериментальної групи за рівнями вираженості симптомів

тривожних розладів було підраховано відсоткові частки цих пацієнтів з різними рівнями вираженості тривожності, що утворились в результаті попереднього психодіагностичного обстеження (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Порівняльний аналіз контрольної та експериментальної груп пацієнтів з різними рівнями вираженості тривожності, що утворились в результаті попереднього психодіагностичного обстеження

Методики / шкали	Відсоткові частки досліджуваних з відповідним рівнем вираженості тривожності					
	Контрольна група			Експериментальна група		
	Норма	Субклінічний (помірний)	Клінічний	Норма	Субклінічний (помірний)	Клінічний
Шкала HADS	0 / 0,00%	47 / 100,00%	0 / 0,00%	0 / 0,00%	46 / 95,83%	2 / 4,17%
Ситуативна тривожність	0 / 0,00%	47 / 100,00%	0 / 0,00%	0 / 0,00%	46 / 95,83%	2 / 4,17%
Особистісна тривожність	0 / 0,00%	38 / 80,85%	9 / 19,15%	3 / 6,25%	41 / 85,42%	4 / 8,33%

Як видно з таблиці 3.1 та рисунків 3.1-3.3 середнє значення за кожною шкалою методики Спілберга-Ханіна та шкалою HADS відповідає, помірному (субклінічному) рівню вираженості тривожності. При цьому отримані середні бали за кожною з названих психодіагностичних методик не тільки відповідають помірно вираженій тривожності, але й досить виразно наближаються до верхньої межі діапазону балів цього рівня, демонструючи явну тенденцію до підвищеного ризику їх переходу у клінічно виражену тривогу при несприятливих стресогенних обставинах або загостренні перебігу шизофренічного розладу. Підтвердженням цьому є наявність у контрольній вибірці дослідження респондентів, у яких зафіксовано клінічний рівень вираженості переживання тривоги за шкалою «Особистісна тривожність» (9 / 19,15% досліджуваних). Серед респондентів експериментальної групи також є досліджувані, які мають клінічний рівень вираженості тривоги за шкалою HADS (2 / 4,17%), а також за

шкалами ситуативної (2 / 4,17%) та особистісної (4 / 8,33%) тривожності.

Отримані описові статистики за результатами попередньої діагностики рівня вираженості тривожності у хворих на шизофренію контрольної групи явно вказують на яскраво виражену сполученість шизофренії та тривожності. Досить показовим є те, що серед контрольної вибірки дослідження немає жодного респондента, у якого було б зафіксовано норму за критерієм вираженості симптомів тривожних розладів. В експериментальній групі відсоткова частка таких респондентів є мінімальною (3 / 6,25% за шкалою особистісної тривожності).

Звертає на себе увагу те, що середнє значення, отримане респондентами як контрольної, так і експериментальної груп за госпітальною шкалою тривоги та депресії HADS, збігається з нижньою межею стандартного відхилення, вирахованого за отриманими балами усієї вибірки, що добре видно на рисунку 3.2.

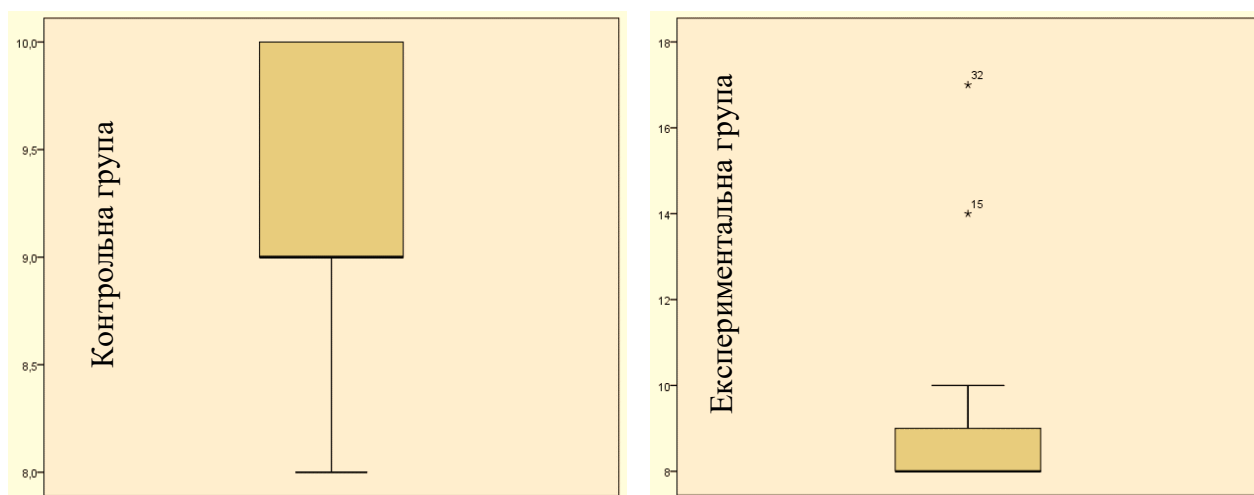


Рис. 3.2. Графічне представлення описової статистики результатів досліджуваних груп за методикою HADS після попереднього психодіагностичного обстеження

Це вказує на дуже вузький діапазон розподілу балів, їх виражену одноманітність у масштабах усієї вибірки, а також надмірно виражену

правосторонню (лівосторонню) асиметрію розподілу балів досліджуваних за даною психодіагностичною методикою, що свідчить про значне відхилення сукупності отриманих балів від закону нормального розподілу Гауса.

За шкалами особистісної та ситуативної тривожності спостерігається класична картина частоти зустрічаємості балів з більш менш типовим діапазоном стандартного відхилення, що говорить про високу ймовірність підпорядкування розподілу отриманих пацієнтами контрольної групи балів за методикою Спілберга-Ханіна закону нормального розподілу Гауса (рис. 3.3, 3.4).

Для більш надійної перевірки отриманих розподілів балів на ступінь підпорядкування закону нормального розподілу по відношенню до результатів попередньої та контрольної діагностики кожної групи досліджуваних було застосовано широковідомий критерій Колмогорова-Смирнова.

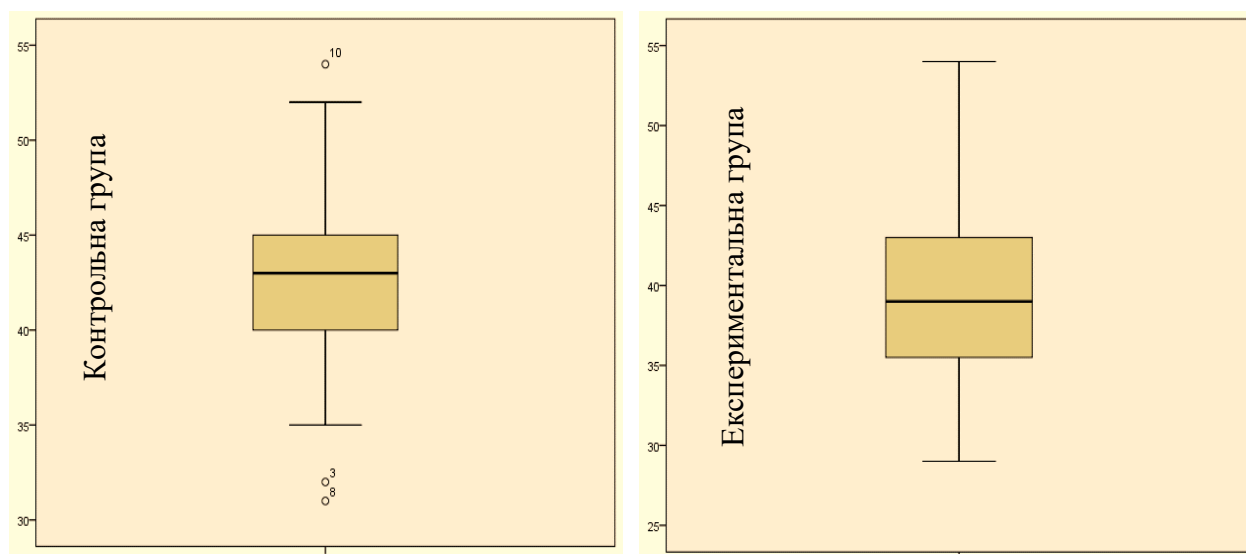


Рис. 3.3. Графічне представлення описової статистики результатів досліджуваних груп за шкалою «Особистісна тривожність» Спілберга-Ханіна після попереднього психодіагностичного обстеження

Метою такої перевірки є вирішення питання про можливість застосування параметричних статистичних критеріїв перевірки гіпотез. Особливістю застосування критерію Колмогорова-Смирнова для перевірки розподілу результатів тестування на нормальність є те, що чим більші значення

вірогідності (p) ми отримуємо в результаті використання даного критерію, тим більший мірі розподіл даних підпорядковується закону Гауса. Якщо ж значення вірогідності менше за 0,05, то робиться загальний висновок про те, що розподіл балів за вибіркою не підпорядковується закону нормального розподілу.

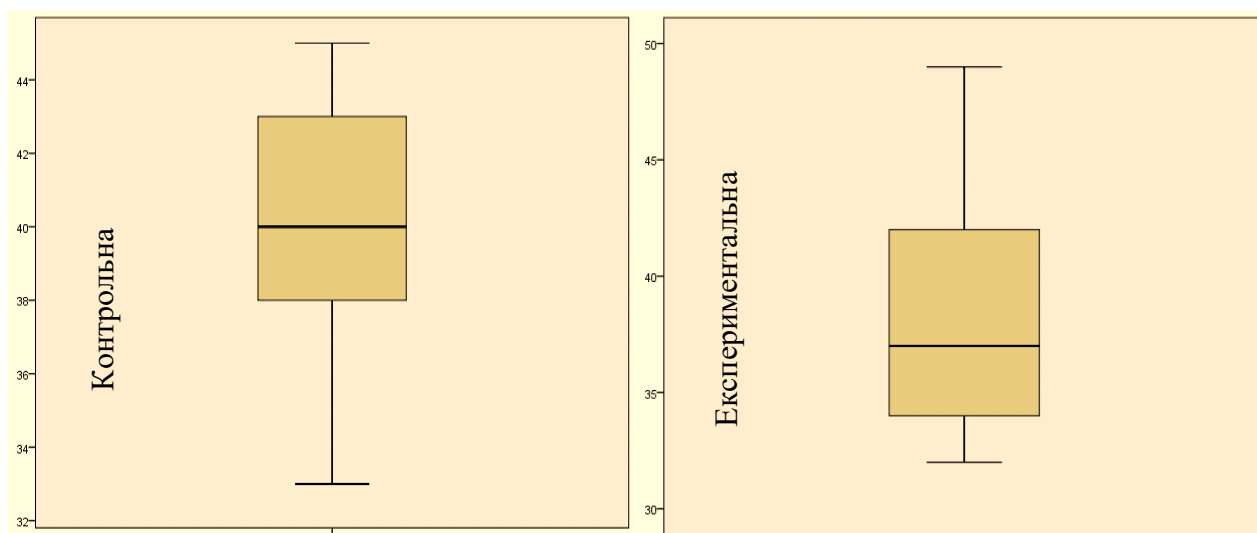


Рис. 3.4. Графічне представлення описової статистики результатів досліджуваних груп за шкалою «Ситуативна тривожність» Спілберга-Ханіна після попереднього психодіагностичного обстеження

Встановлено, що сукупність балів контрольної та експериментальної групи за шкалами особистісної та ситуативної тривожності підпорядковуються закону нормального розподілу, що дозволяє використовувати параметричні статистичні критерії для порівняння показників методики до та після психотерапевтичної інтервенції. Цього не можна сказати про особливості розподілів балів серед досліджуваних обох груп за госпітальною шкалою тривоги та депресії HADS, які не підпорядковуються закону нормального розподілу та вимагають застосування непараметричних критеріїв для порівняння відповідних груп (табл. 3.3)

Таблиця 3.3

Результати перевірки на нормальність розподілу балів за шкалою HADS та методикою Спілберга-Ханіна на етапі попередньої діагностики

Методики / шкали	Контрольна група		Експериментальна група	
	Статистика Z Колмогорова-Смирнова	p	Статистика Z Колмогорова-Смирнова	p
Шкала HADS	1,781	0,004	1,947	0,001
Особистісна тривожність	0,906	0,384	0,861	0,449
Ситуативна тривожність	0,849	0,467	1,071	0,202

Візуальним підтвердженням встановлених особливостей розподілу балів за шкалою HADS та шкалами особистісної та ситуативної тривожності є гістограми частот первинних балів, представлені на рисунках 3.5-3.7.

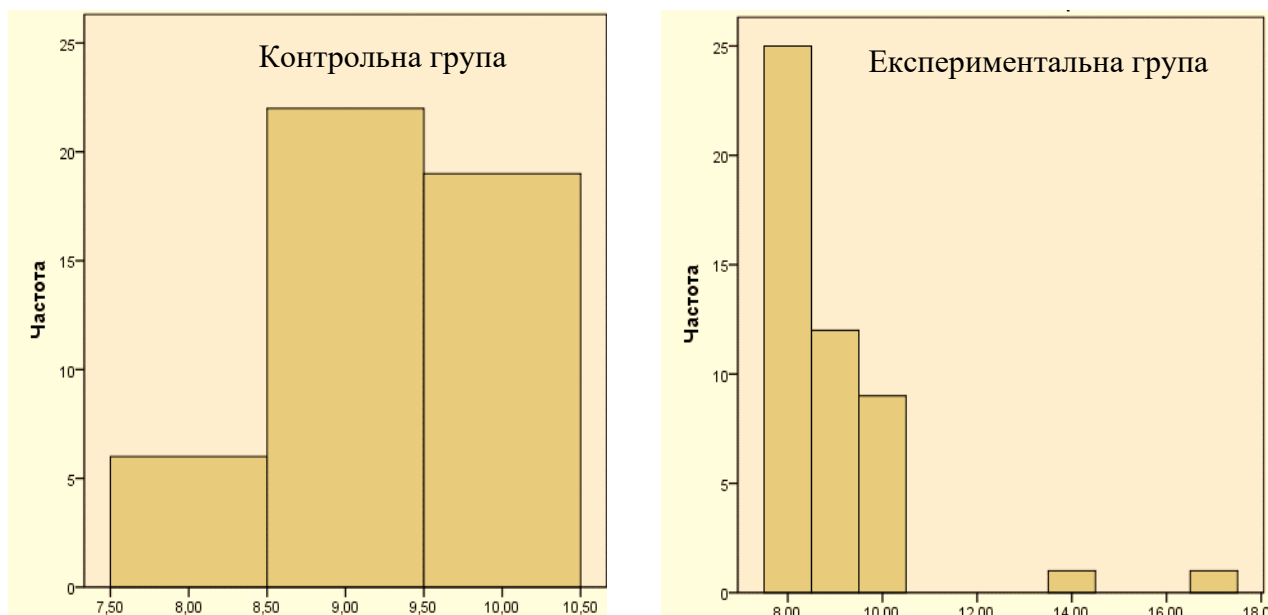


Рис. 3.5. Гістограми частот представленості первинних балів досліджуваних груп за методикою HADS на етапі попереднього психодіагностичного обстеження

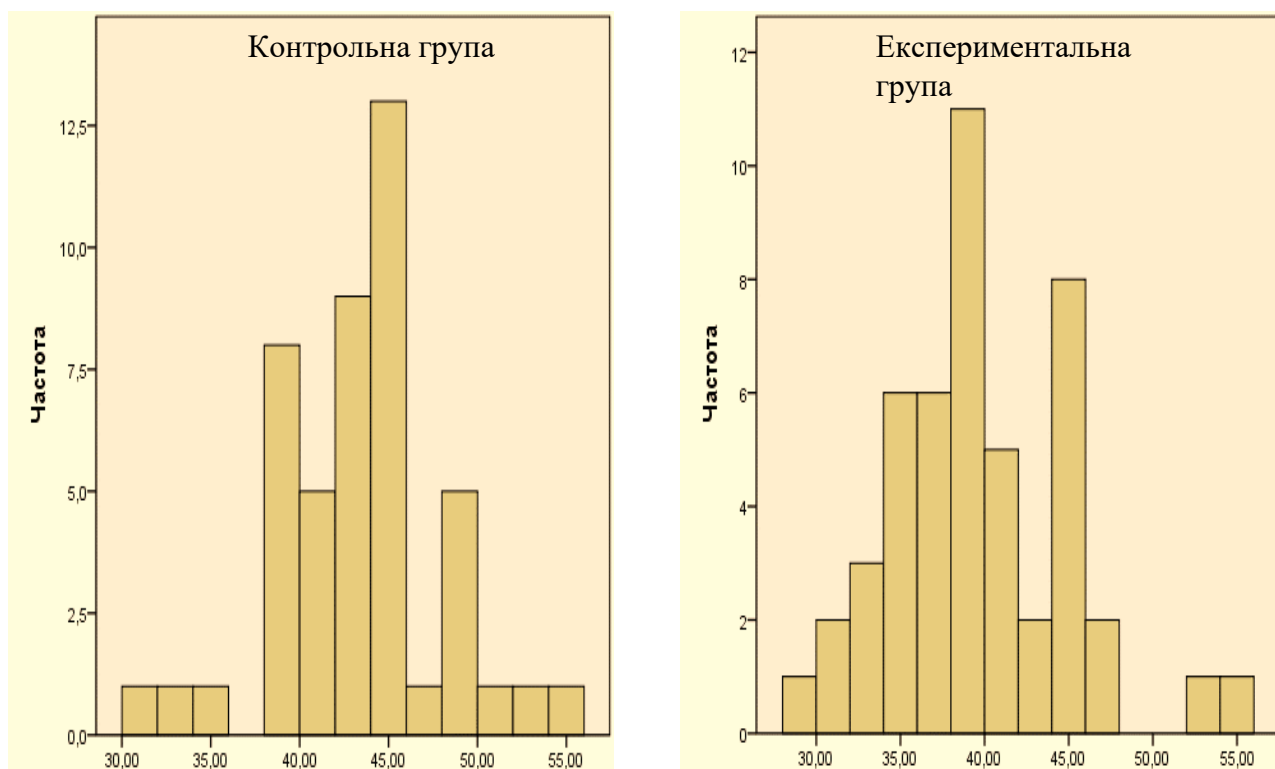


Рис. 3.6. Гістограми частот представленості первинних балів досліджуваних груп за шкалою «Особистісна тривожність» Спілберга-Ханіна на етапі попереднього психодіагностичного обстеження

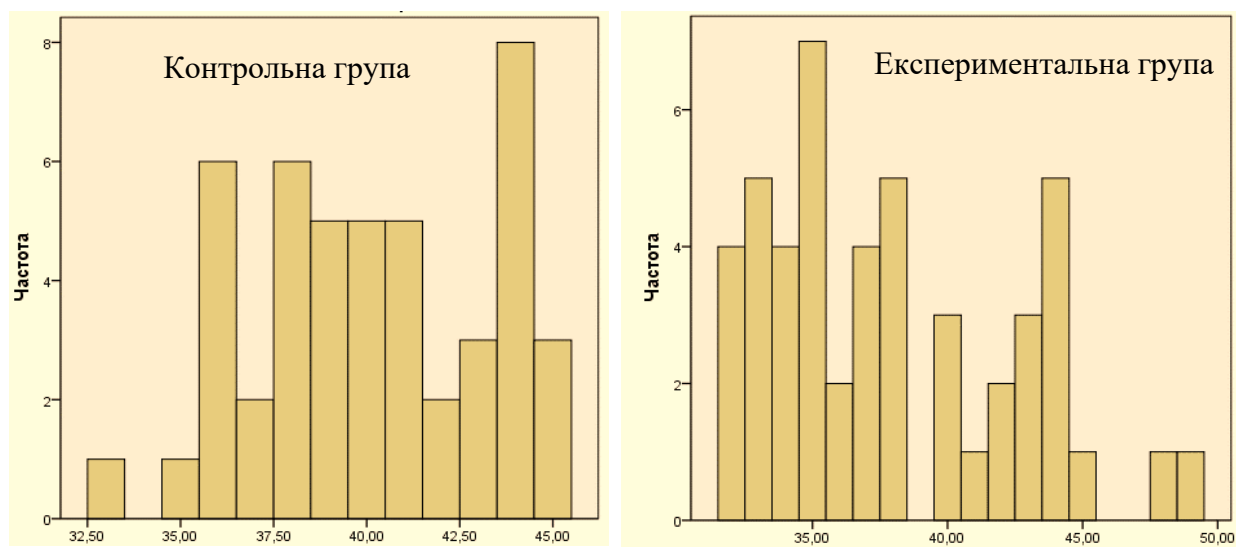


Рис. 3.7. Гістограми частот представленості первинних балів досліджуваних груп за шкалою «Ситуативна тривожність» Спілберга-Ханіна на етапі попереднього психодіагностичного обстеження

Звертає на себе увагу те, що профілі частот балів за шкалами ситуативної та особистісної тривожності, які, як було встановлено, підпорядковуються закону нормального розподілу, мають досить виражену куполоподібну форму (рис. 3.5, 3.6). Гістограми ж частот первинних балів обох груп за методикою HADS мають яскраво виражену асиметричну конфігурацію (рис. 3.4).

У результаті перевірки на нормальність розподілів отриманих вибірками пацієнтів балів можна стверджувати, що для порівняння показників за методикою HADS можна використовувати такий непараметричний статистичний критерій як U-критерій Манна-Уїтні. У той же час порівняння результатів досліджуваних за шкалами особистісної та ситуативної тривожності може здійснюватися за допомогою t-критерію Стюдента.

Суголосно обраного експериментального плану оцінка ефективності психотерапевтичного впливу на експериментальну групу респондентів може бути безперешкодно здійснена та мати сенс тільки у тому випадку, коли початковий рівень вираженості залежної змінної (у нашому випадку рівня тривожності) є схожим та однорідним як в контрольній, так і в експериментальній групі досліджуваних. Тому необхідно переконатися, що результати первинної діагностики контрольної та експериментальної груп не відрізняються. Відсутність статистично достовірних відмінностей буде свідчити на користь того, що дослідницькі вибірки були сформовані правильно та на момент початку експериментального впливу групи не відрізняються між собою. У той же час наявність відмінностей на даному етапі обробки емпіричних даних свідчила б про неоднорідність досліджуваних груп ще до початку експерименту, а психотерапевтичний вплив у такому випадку був би не доцільним, оскільки не відомо, що до цього вплинуло на розбіжності в діагностичних показниках та відсутності можливості контролювати цей невідомий артефакт з метою вирівнювання діагностичних показників. Саме у встановленні даних особливостей, що мають принципове значення для можливості продовжувати експеримент, полягає сенс цієї перевірки.

Враховуючи викладені міркування, на наступному етапі обробки показників тривожності хворих на шизофренію респондентів, що були отримані у ході їх попереднього психодіагностичного обстеження, з метою перевірки ступеню однорідності первинних рівнів вираженості тривожності за допомогою спеціальних статистичних критеріїв було порівняно показники контрольної та експериментальної групи за шкалами особистісної та ситуативної тривожності Спілберга-Ханіна (t-критерій Стьюдента) та госпітальною шкалою тривоги та депресії HADS (U-критерій Манна-Уїтні). Результати порівняння представлено в таблиці 3.4.

Як видно з наведеної таблиці статистично достовірних відмінностей між контрольною та експериментальною групами досліджуваних за відповідними залежними змінними не зафіксовано, що свідчить про те, що показники тривожності в контрольній та експериментальній групі є досить рівнозначними та принципово не відрізняються один від одного.

Таблиця 3.4

Результати порівняння показників тривожності між контрольною та експериментальною групою, отриманих під час попереднього діагностичного обстеження

Методика / шкала	Група пацієнтів	$\bar{x}$	Емпіричне значення критерію	Значущість	p
Шкала HADS	Контрольна	9,28	$U_{\text{емп}} = 910,5$	0,062	p>0,05 Відмінності незначущі
	Експериментальна	8,94			
Особистісна тривожність	Контрольна	42,87	t = 0,982	0,328	p>0,05 Відмінності незначущі
	Експериментальна	39,27			
Ситуативна тривожність	Контрольна	40,13	t = 0,602	0,550	p>0,05 Відмінності незначущі
	Експериментальна	37,92			

Друга експериментальна гіпотеза емпіричного дослідження стосується можливих змін у рівні вираженості соматично-функціональних проявів тривоги. Передбачається, що в результаті психотерапевтичної інтервенції засобами когнітивно-поведінкової терапії в експериментальній групі досліджуваних вдасться значно знизити інтенсивність та частоту прояву соматичних вегетативних, респіраторних та серцево-судинних симптомів тривоги, які діагностувались шляхом збору експертних оцінок за шкалою Гамільтона для оцінки тривоги НАМ-А (додаток 3). Тому на даному етапі обробки результатів дослідження необхідно проаналізувати початкові рівні вираженості соматично-функціональних проявів тривоги контрольної та експериментальної груп, а також порівняти їх між собою.

Таблиця 3.5

Описові статистики контрольної та експериментальної груп за експертною шкалою Гамільтона для оцінки тривоги (НАМ-А)

Групи досліджуваних	Розмах	Мінімум	Максимум	Середнє значення	Стандартна помилка середнього	Стандартне відхилення	Дисперсія
Контрольна	11,00	12,00	23,00	19,0638	0,38037	2,60772	6,800
Експериментальна	18,00	10,00	28,00	17,8125	0,54142	3,75106	14,070

В результаті підрахунку основних описових статистик, отриманих досліджуваними обох груп балів за експертною шкалою Гамільтона НАМ-А, встановлено, що усереднене значення показника вираженості соматично-функціональних проявів тривожності як в контрольній, так і експериментальній групі відповідає помірному (субклінічному) рівню інтенсивності прояву (табл. 3.5, рис. 3.8).

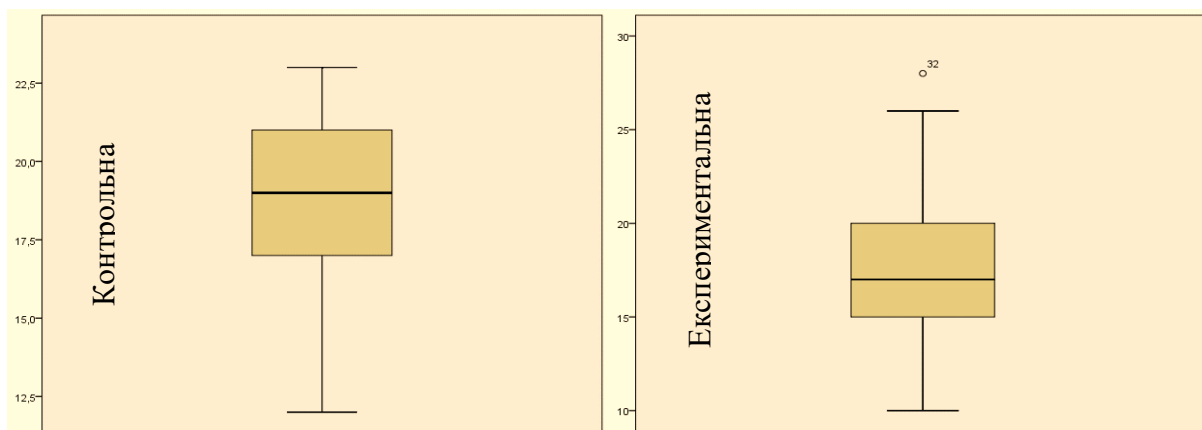


Рис. 3.8. Графічне представлення описової статистики результатів досліджуваних груп за експертною шкалою Гамільтона HAM-A після попереднього психодіагностичного обстеження

Відповідно більшість досліджуваних експериментальної та контрольної групи мають помірний рівень вираженості соматично-функціональних проявів тривожності (табл. 3.6). Серед досліджуваних експериментальної групи виявлено таких, що мають клінічний рівень вираженості відповідних проявів тривожності (2 / 4,17%). У цілому конфігурація отриманих відсоткових часток досліджуваних з різними рівнями вираженості соматично-функціональних проявів тривожності досить подібна до тієї, що була отримана при діагностуванні у респондентів інтенсивності суб'єктивного переживання тривоги, а також рівня вираженості особистісної та ситуативної тривожності. В результаті попереднього діагностичного обстеження можна зробити висновок, що більшість хворих на шизофренію мають досить виражені прояви соматичного дискомфорту, пов'язаного з переживанням тривоги, а також виражені вегетативні, респіраторні та серцево-судинні симптоми тривоги. Показовим є те, що за експертною шкалою Гамільтона ні в контрольній, ні в експериментальній групі досліджуваних не виявилось жодної особи, яка б мала нормативний рівень вираженості соматично-функціональних проявів тривожності.

Таблиця 3.6

Порівняльний аналіз контрольної та експериментальної груп пацієнтів з різними рівнями вираженості соматично-функціональних проявів тривожності, діагностованих на етапі попереднього діагностичного обстеження за експертною шкалою Гамільтона HAM-A

Групи дослідження	Відсоткові частки досліджуваних з відповідним рівнем вираженості соматично-функціональних проявів тривожності			
	Норма	Легкий	Помірний	Клінічний
Контрольна	0 / 0,00%	3 / 6,38%	44 / 93,62%	0 / 0,00
Експериментальна	0 / 0,00%	8 / 16,67%	38 / 79,17%	2 / 4,17%

За аналогією з процедурою опрацювання попередніх психодіагностичних методик з метою визначення підходящого статистичного критерію для порівняння отриманих результатів, розподіли балів досліджуваних контрольної та експериментальної групи, отримані в результаті експертних оцінок за шкалою Гамільтона HAM-A, були перевірені на нормальність за допомогою критерію Колмогорова-Смирнова (табл. 3.7, рис. 3.9).

Таблиця 3.7

Результати перевірки на нормальність розподілу балів за експертною шкалою Гамільтона HAM-A на етапі попередньої діагностики

	Контрольна	Експериментальна
N	47	48
Стандартне відхилення	2,60772	3,75106
Статистика Z Колмогорова-Смирнова	1,056	1,171
Значущість (двостороння)	0,214	0,129

Встановлено, що отримані досліджуваними обох груп сукупності балів підпорядковуються закону нормального розподілу Гауса. Це означає, що для порівняння наборів балів контрольної та експериментальної групи за цією діагностичною методикою може бути використаний один з параметричних статистичних критеріїв.

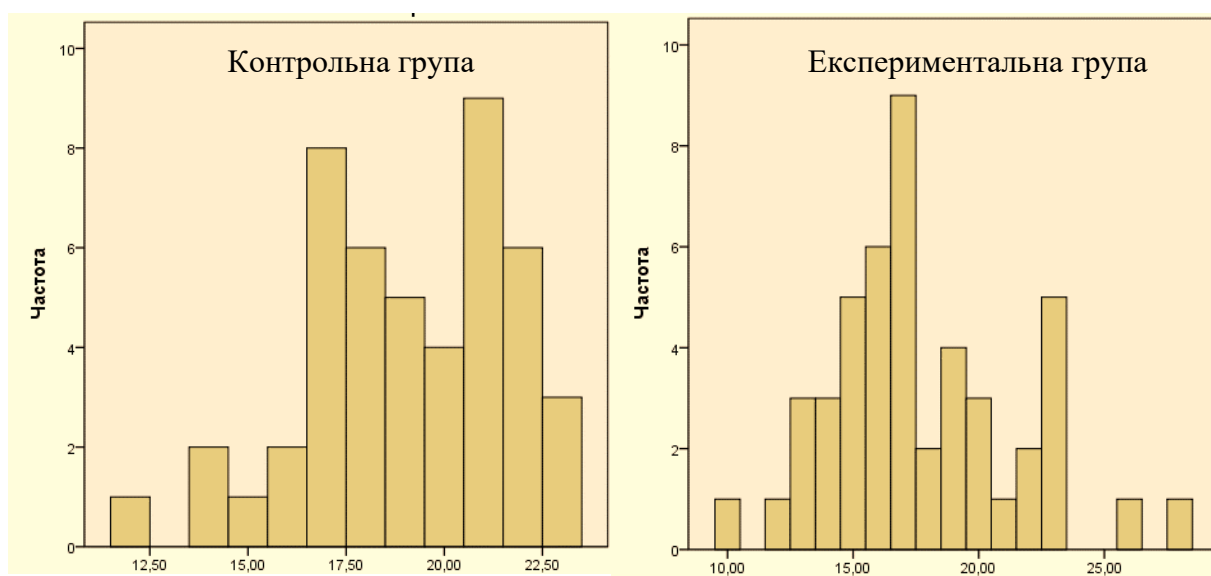


Рис. 3.9. Гістограми частот представленості первинних балів досліджуваних груп за експертною шкалою Гамільтона НАМ-А на етапі попереднього психодіагностичного обстеження

Контрольна перевірка наявності відмінностей середніх показників вираженості соматично-функціональних проявів тривожності, отриманих досліджуваними контрольної та експериментальної групи за експертною шкалою Гамільтона НАМ-А, для реалізації якого використовувався t-критерій Стюдента, засвідчила відсутність статистично достовірних відмінностей, що доводить відносну однорідність обох груп пацієнтів за цим критерієм на етапі попередньої діагностики, тобто до реалізації експериментального психотерапевтичного впливу (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Результати порівняння показників соматично-функціональних проявів тривожності між контрольною та експериментальною групою, отриманих під час попереднього діагностичного обстеження

Група дослідження	N	$\bar{x}$	t	Значущість	p
Контрольна	47	19,06	1,891	0,062	p>0,05 Відмінності незначущі
Експериментальна	48	17,81			

На наступному етапі обробки результатів важливо проаналізувати кількісну представленість досліджуваних пацієнтів з різними симптомами тривожних розладів (рис. 3.8) (Додаток І). Диференціальну діагностику щодо ступеню вираженості проявів симптомів тривожного кола (тривожні стани, ПР, СФ, специфічні фобії, ГТР, ОКР, ПТСР) проводилось із застосуванням міжнародного нейропсихіатричного опитувальника (MINI).

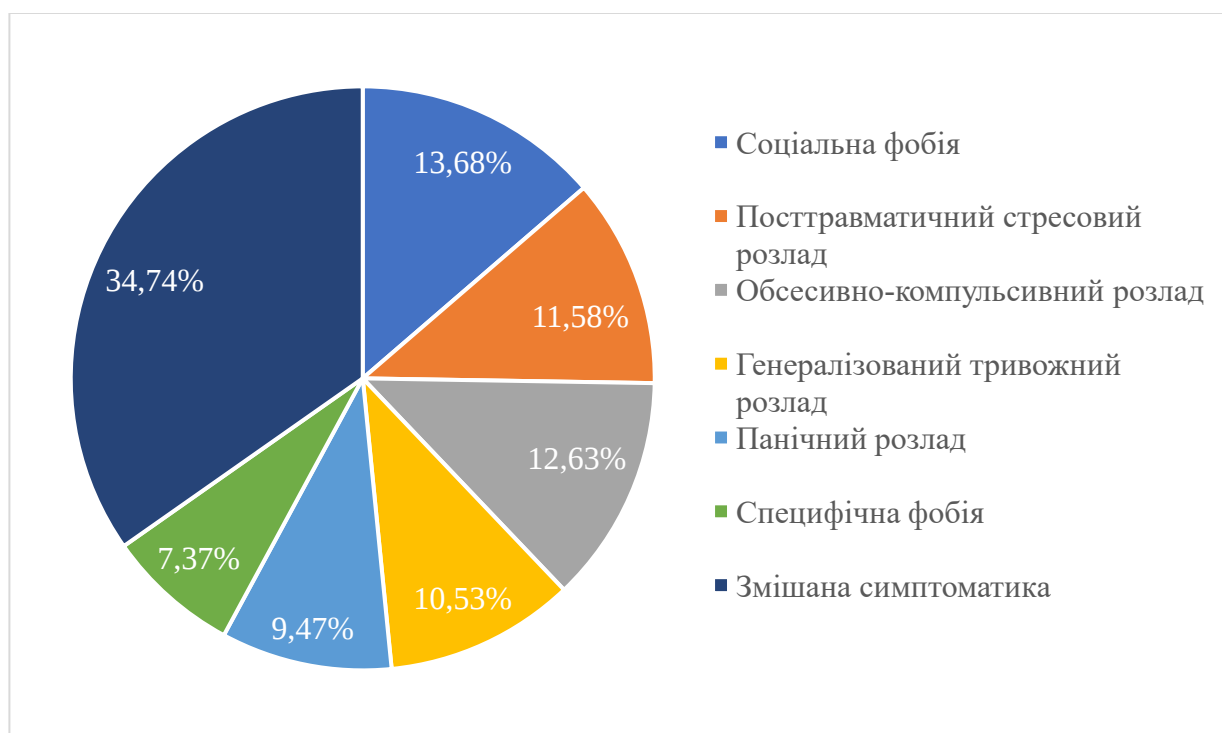


Рис. 3.10. Порівняльний аналіз досліджуваних з різними клінічними симптомами тривожних розладів

Як видно з рисунку 3.10 відсоткові частки досліджуваних зі специфічними фобіями та тривожними розладами розподілились більш менш рівномірно з незначним переважанням пацієнтів, які страждають на соціальну фобію (13 / 13,68%). Виключення складає тільки змішана симптоматика, яку діагностовано у більшості досліджуваних пацієнтів (33 / 34,74%) із загальної вибірки респондентів. Це може бути пов'язано з тим що діагноз «Змішана симптоматика» має більш універсальний, узагальнюючий, але в той же час і менш визначений характер, а феноменологія даного розладу вбирає у себе прояви інших більш специфічних тривожних розладів. Таким чином, можна стверджувати, що серед досліджуваних осіб є значна кількість таких, у клінічній картині яких спостерігаються одночасне поєднання симптомів одразу декількох тривожних розладів.

Представляє дослідницький інтерес перевірка наявності зв'язку між симптомокомплексом тривожного розладу у пацієнтів із шизофренією (додаток К) та рівнем вираженості тривожності, діагностованим за тими психодіагностичними методиками, які використовувались у процесі дослідження. Зазначений інтерес обґрунтовується актуальною можливістю детально розкрити специфічні особливості та інтенсивність суб'єктивного переживання тривоги, його стійкість, а також інтенсивність соматично-функціональної симптоматики тривожності у пацієнтів з різними клінічними формами її прояву. Зважаючи на те, що серед пацієнтів вибірки дослідження зафіксовано аж 7 різних типів клінічних симптомів тривожних розладів, завдання визначення статистично достовірних відмінностей у рівнях вираженості різних видів та проявів тривожності, отриманих в результаті тестування, вимагає формування 7 груп досліджуваних (наприклад, до першої групи увійдуть тільки пацієнти, які мають симптомокомплекс соціальної фобії, до другої – з посттравматичним стресовим розладом і т. д.) з подальшим порівнянням показників тривожності однією групи з іншою за кожною із застосованих психодіагностичних методик. Це, наприклад, означає, що спочатку

показники першої групи за однією психодіагностичною методикою по чергово порівнюються з показниками 2-7-ї груп. Потім показники другої групи по чергово потрібно порівняти з показниками 3-7 груп і т. д. Тобто сумарна кількість підрахованих показників статистичних критеріїв буде складати 49 ($7 \times 7 = 49$). Очевидно, що це дуже трудомістке завдання, що вимагає значної кількості як розумово-енергетичних, так і часових ресурсів дослідника. Використання ж кореляційного аналізу в цьому випадку уявляється малоінформативним та, відповідно, недоцільним.

Оскільки завдання виявлення зв'язку між клінічним типом тривожного розладу та визначеним емпіричним шляхом рівнем тривожності не є пріоритетним в цьому експериментальному дослідженні, а виступає скоріше додатковою дослідницькою задачею, вирішення якої дозволить пролити світло на питання особливостей проявів тривожності в залежності від типу тривожного розладу та закласти підвалини для подальших досліджень у цьому напрямку, було вирішено не застосовувати статистичні критерії для виявлення відмінностей. Натомість було побудовано профілі усереднених показників за кожною психодіагностичною методикою в залежності від типу клінічних симптомів тривожного розладу усіх учасників вибірки дослідження (рис. 3.11-3.14). Вони звичайно не дають підстав для того, щоб робити висновок про наявність статистично достовірних розбіжностей між залежними змінними, але добре демонструють наявні тенденції можливих детермінаційних зв'язків та дозволяють сформулювати узагальнене уявлення про їх можливий характер та конфігурацію.

Візуальний аналіз побудованих профілів дозволяє стверджувати, що суттєвих наочних розбіжностей в усереднених діагностичних показниках, отриманих за госпітальною шкалою тривоги та депресії HADS, між досліджуваними з різними клінічними типами тривожних розладів не спостерігається (рис. 3.11). Тобто інтенсивність суб'єктивного переживання тривожних станів не залежить від клінічної картини тривожного розладу. При

будь-якому клінічному типі тривожного розладу, дисфоричні переживання, зокрема стан тривожного очікування, є досить інтенсивними.

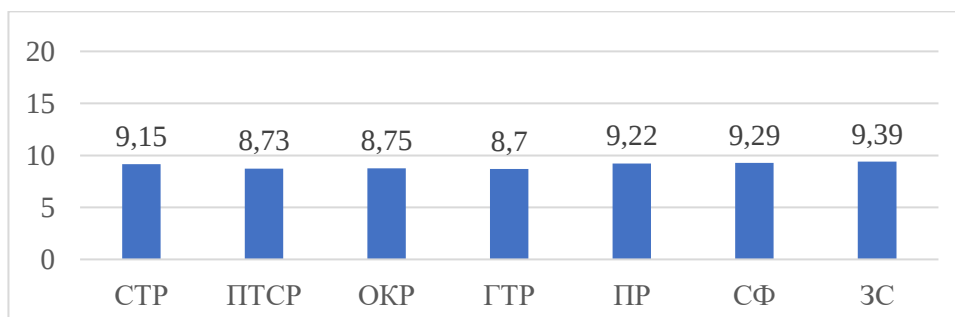


Рис. 3.11. Профіль усереднених діагностичних показників за госпітальною шкалою тривоги та депресії HADS у респондентів з різними клінічними типами тривожних розладів

Профіль, представлений на рис. 3.12, дозволяє переконатись, що досліджувані з генералізованим тривожним розладом характеризуються більш низьким рівнем особистісної тривожності у порівнянні з респондентами, які мають ознаки інших клінічних типів тривожних розладів. Особливо яскраво ця відмінність проявляється у порівнянні за такими тривожними розладами як «Соціальна фобія» та «Специфічна фобія». Респонденти, які страждають від цих тривожних розладів мають більш високі показники особистісної тривожності.

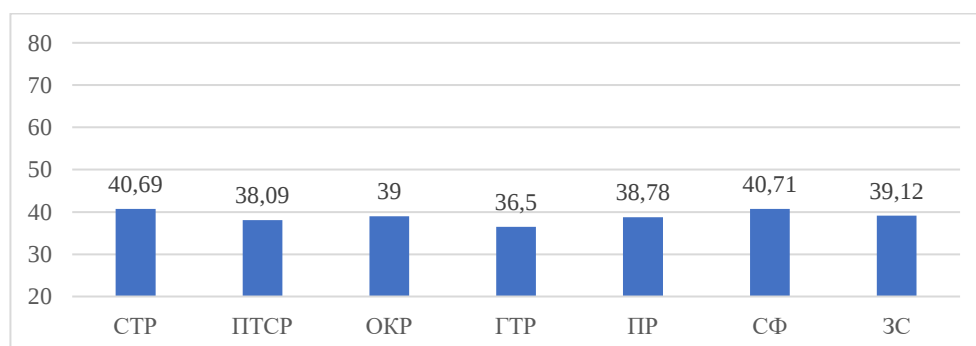


Рис. 3.12. Профіль усереднених діагностичних показників за шкалою особистісної тривожності Спілберга-Ханіна у респондентів з різними клінічними типами тривожних розладів

У той же час пацієнти зі специфічними фобіями менш схильні до переживання ситуативної тривоги (рис. 3.13). Особливо яскраво ця відмінність проявляється при порівнянні з показниками тих досліджуваних, які мають ознаки таких тривожних розладів як «Змішана симптоматика», «Соціальна фобія», «Обсесивно-компульсивний розлад», «Панічний розлад». Тобто респонденти з ознаками зазначених тривожних розладів мають більш низький поріг реагування на стресогенні життєві обставини, частіше розцінюючи їх як загрозові для своєї самооцінки та самоповаги.

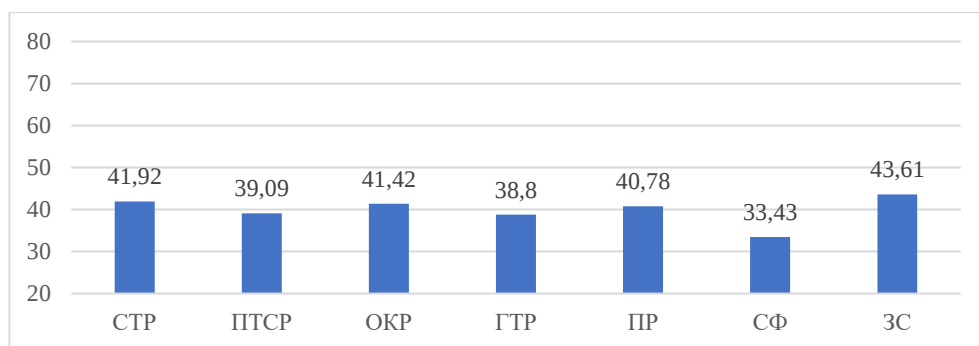


Рис. 3.13. Профіль усереднених діагностичних показників за шкалою ситуативної тривожності Спілберга-Ханіна у респондентів з різними клінічними типами тривожних розладів

Явних відмінностей у вираженості соматично-функціональних проявів тривоги серед респондентів з різними клінічними типами тривожних розладів не спостерігається, що свідчить про відносно однакову інтенсивність прояву у них вегетативних, респіраторних та серцево-судинних симптомів тривоги (рис. 3.14).

Для врахування можливого впливу додаткових чинників на підсумковий результат експерименту необхідно визначити, чи позначаються на рівні вираженості суб'єктивного переживання тривоги, особистісної та ситуативної тривожності, а також на інтенсивності соматично-функціональних проявів тривоги такі базові соціально-демографічні та медичні характеристики досліджуваних як стать, вік, сімейний стан, професійна діяльність, спадковість, тип перебігу основного захворювання.

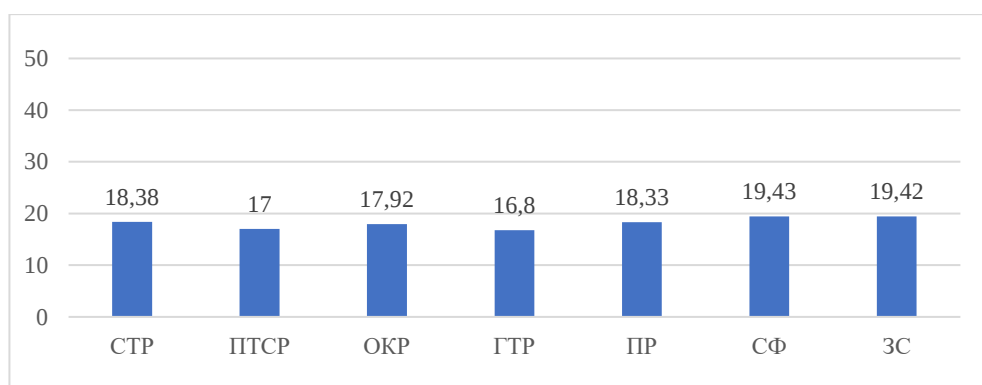


Рис. 3.14. Профіль усереднених діагностичних показників за експертною шкалою Гамільтона для оцінки тривоги НАМ-А у респондентів з різними клінічними типами тривожних розладів

Для того, щоб визначити чи є стать респондентів важливим чинником формування того чи іншого рівня вираженості тривоги за допомогою t-критерія Стюдента було порівняно результати психодіагностичного обстеження чоловіків та жінок усієї вибірки дослідження за кожною використаною психодіагностичною методикою (додаток К, К.1).

Таблиця 3.9

Результати порівняння показників вираженості тривожності у тривожності у хворих на шизофренію різної статі

Методика / шкала	Досліджувані жіночої статі		Досліджувані чоловічої статі		t	Значущість	p
	N	$\bar{x}$	N	$\bar{x}$			
Госпітальна шкала тривоги HADS	31	8,936	64	9,188	1,082	0,282	p>0,05 Відмінності незначущі
Шкала ситуативної тривожності		38,677		39,172	0,584	0,561	p>0,05 Відмінності незначущі
Шкала особистісної тривожності		39,871		41,625	1,511	0,136	p>0,05 Відмінності незначущі
Експертна шкала Гамільтона (НАМ-А)		17,871		18,703	1,209	0,231	p>0,05 Відмінності незначущі

З таблиці 3.9, в якій представлено результати порівняння тестових показників за ознакою статі, видно, що за жодним параметром статистично достовірних відмінностей не виявлено. Це свідчить про те, що стать не є визначальним детермінуючим чинником вираженості симптомів тривоги у хворих на шизофренію.

Подібну процедуру статистичної обробки було здійснено по відношенню до віку досліджуваних респондентів (додаток Л, Л.1, Л.2) з тою лише різницею, що між собою порівнювалися 3 вікові категорії: юнацький вік (18 осіб), зрілий вік 1-го періоду (56 осіб), зрілий вік 2-го періоду (21 особа). За більшістю психодіагностичних методик вимірювання рівня тривожності не зафіксовано статистично достовірних відмінностей у досліджуваних різного віку (табл. 3.10 – 3.12). Статистично достовірні відмінності виявлено лише за шкалою особистісної тривожності: встановлено, що хворі на шизофренію юнацького віку характеризуються менш вираженими психометричними показниками особистісної тривожності ($\bar{x} = 38,167$), ніж пацієнти зрілого віку 1-го- та 2-го періодів (відповідно $\bar{x} = 41,286$ та $\bar{x} = 42,905$).

Таблиця 3.10

Результати порівняння показників вираженості тривожності у хворих на шизофренію юнацького та зрілого віку 1-го періоду

Методика / шкала	Юнацький вік		Зрілий вік (1-й період)		t	Значущість	p
	N	$\bar{x}$	N	$\bar{x}$			
Госпітальна шкала тривоги HADS	18	8,944	56	9,036	0,441	0,661	p>0,05 Відмінності незначущі
Шкала ситуативної тривожності		39,611		38,821	0,843	0,405	p>0,05 Відмінності незначущі
Шкала особистісної тривожності		38,167		41,286	2,089	0,047	p<0,05 <u>Відмінності значущі</u>
Експертна шкала Гамільтона (HAM-A)		18,444		18,250	0,241	0,811	p>0,05 Відмінності незначущі

Таблиця 3.11

Результати порівняння показників вираженості тривожності у хворих на шизофренію юнацького та зрілого віку 2-го періоду

Методика / шкала	Юнацький вік		Зрілий вік (2-й період)		t	Значущість	p
	N	$\bar{x}$	N	$\bar{x}$			
Госпітальна шкала тривоги HADS	18	8,944	21	9,429	1,078	0,291	p>0,05 Відмінності незначущі
Шкала ситуативної тривожності		39,611		39,00	0,477	0,636	p>0,05 Відмінності незначущі
Шкала особистісної тривожності		38,167		42,905	2,569	0,014	p<0,01 <u>Відмінності значущі</u>
Експертна шкала Гамільтона (HAM-A)		18,444		18,905	0,441	0,662	p>0,05 Відмінності незначущі

Таблиця 3.12

Результати порівняння показників вираженості тривожності у хворих на шизофренію зрілого віку 1-го періоду та зрілого віку 2-го періоду

Методика / шкала	Зрілий вік (1-й період)		Зрілий вік (2-й період)		t	Значущість	p
	N	$\bar{x}$	N	$\bar{x}$			
Госпітальна шкала тривоги HADS	56	9,036	21	9,429	0,881	0,387	p>0,05 Відмінності незначущі
Шкала ситуативної тривожності		38,821		39,00	0,153	0,879	p>0,05 Відмінності незначущі
Шкала особистісної тривожності		41,286		42,905	1,154	0,257	p>0,05 Відмінності незначущі
Експертна шкала Гамільтона (HAM-A)		18,250		18,905	0,720	0,477	p>0,05 Відмінності незначущі

У той же час між двома групами зрілого віку не виявлено статистично достовірних відмінностей за показником особистісної тривожності. Наявність

відмінностей між рівнем вираженості особистісної тривожності у юнаків та зрілих респондентів може свідчити про те, що хронічне переживання тривоги з часом трансформується у стійку особистісну рису індивіда. Цей процес відбувається поступово, тому тривожність як особистісна риса «кристалізується» та остаточно закріплюється у більш пізньому віковому періоді. Отже, вік можна вважати, хоч і не дуже потужним, але все таки дієвим додатковим чинником, який може позначатися на вираженості особистісної тривожності. Однак, враховуючи те, що переважну більшість нашої вибірки дослідження складають пацієнти зрілого віку, цим додатковим чинником при обробці результатів експериментального психотерапевтичного втручання можна знехтувати. За критерієм сімейного положення встановлено, що психометричні показники тривожності респондентів, які перебувають у шлюбі, та самотніх респондентів, не мають статистично достовірних відмінностей (табл. 3.13, додатки М, М.1).

Таблиця 3.13

Результати порівняння показників вираженості тривожності у одружених та неодружених хворих на шизофренію

Методика / шкала	Одружені		Неодружені		t	Значущість	p
	N	$\bar{x}$	N	$\bar{x}$			
Госпітальна шкала тривоги HADS	40	9,200	55	9,036	0,571	0,571	p>0,05 Відмінності незначущі
Шкала ситуативної тривожності		38,825		39,146	0,369	0,713	p>0,05 Відмінності незначущі
Шкала особистісної тривожності		40,700		41,309	0,520	0,605	p>0,05 Відмінності незначущі
Експертна шкала Гамільтона (HAM-A)		18,450		18,418	0,045	0,964	p>0,05 Відмінності незначущі

Таким чином, не дивлячись на спокусу розцінювати факт наявності постійного шлюбного партнера як чинник, що згладжує та нівелює підвищену

схильність до тривожності осіб, хворих на шизофренію, в результаті проведеного дослідження можна стверджувати, що сімейний стан не виступає значущим чинником, що впливає на інтенсивність, частоту та різновиди тривожності та тривожних станів хворих на шизофренію.

Чинник зайнятості також не має принципового впливу на психометричні показники вираженості різних видів тривожності та її проявів (табл. 3.14, додатки Н, Н.1).

Таблиця 3.14

Результати порівняння показників вираженості тривожності у працюючих та непрацюючих хворих на шизофренію

Методика / шкала	Працюючі		Непрацюючі		t	Значущість	p
	N	$\bar{x}$	N	$\bar{x}$			
Госпітальна шкала тривоги HADS	36	9,222	59	9,034	0,646	0,521	p>0,05 Відмінності незначущі
Шкала ситуативної тривожності		39,361		38,80	0,650	0,517	p>0,05 Відмінності незначущі
Шкала особистісної тривожності		41,389		40,848	0,479	0,633	p>0,05 Відмінності незначущі
Експертна шкала Гамільтона (HAM-A)		18,861		18,170	1,004	0,318	p>0,05 Відмінності незначущі

Такий же результат було зафіксовано і за чинником наявності обтяженої спадковості (додатки П, П.1). Як видно за таблиці 3.15 немає жодних статистично достовірних відмінностей у показниках тривожності респондентів з обтяженою та необтяженою спадковістю, що означає відсутність впливу особливостей спадковості на схильність хворих на шизофренію до тривожності. Серед досліджуваних, що страждають на шизофренію, вона приблизно однаково інтенсивно проявляється як у осіб з обтяженою спадковістю, так і в осіб, що її не мають.

Таблиця 3.15

Результати порівняння показників вираженості тривожності у хворих на шизофренію з обтяженою та необтяженою спадковістю

Методика / шкала	Обтяжена		Необтяжена		t	Значущість	p
	N	$\bar{x}$	N	$\bar{x}$			
Госпітальна шкала тривоги HADS	14	8,929	81	9,136	0,728	0,474	p>0,05 Відмінності незначущі
Шкала ситуативної тривожності		37,643		39,247	1,273	0,220	p>0,05 Відмінності незначущі
Шкала особистісної тривожності		41,428		40,988	0,270	0,791	p>0,05 Відмінності незначущі
Експертна шкала Гамільтона (HAM-A)		18,143		18,482	0,411	0,685	p>0,05 Відмінності незначущі

В саму останню чергу на особливості переживання тривожності та схильності до тих чи інших її різновидів оцінювався вплив такої медичної характеристики як тип перебігу захворювання (додатки Р, Р.1, Р.2).

Необхідно зауважити, що в емпіричному дослідженні взяли участь пацієнти з нападopodobним (прогресивним), нетривалим та безперервним (постійним) типами перебігу шизофренії. В результаті порівняння психометричних показників тривожності груп респондентів з різними типами перебігу шизофренічного захворювання (табл. 3.16-3.18) встановлено, що за більшістю параметрів, що характеризують специфіку та інтенсивність переживання тривожності, статистично достовірні відмінності відсутні.

Виключенням є тільки шкала особистісної тривожності, за рівнем вираженості якої зафіксовано статистично достовірні відмінності між респондентами з прогресивним та безперервним типами перебігу шизофренічного захворювання (табл. 3.17).

Таблиця 3.16

**Результати порівняння показників вираженості тривожності у хворих з
прогредієнтним та нетривалим типом перебігу шизофренії**

Методика / шкала	Прогредієнтний		Нетривалий		t	Значущість	p
	N	$\bar{x}$	N	$\bar{x}$			
Госпітальна шкала тривоги HADS	16	8,750	28	9,107	1,398	0,173	p>0,05 Відмінності незначущі
Шкала ситуативної тривожності		38,188		40,107	1,611	0,121	p>0,05 Відмінності незначущі
Шкала особистісної тривожності		38,750		40,571	1,148	0,260	p>0,05 Відмінності незначущі
Експертна шкала Гамільтона (HAM-A)		16,688		18,750	1,833	0,081	p>0,05 Відмінності незначущі

Таблиця 3.17

**Результати порівняння показників вираженості тривожності у хворих з
прогредієнтним та безперервним типом перебігу шизофренії**

Методика / шкала	Прогредієнтний		Безперервний		t	Значущість	p
	N	$\bar{x}$	N	$\bar{x}$			
Госпітальна шкала тривоги HADS	16	8,750	51	9,216	1,532	0,132	p>0,05 Відмінності незначущі
Шкала ситуативної тривожності		38,188		38,667	0,387	0,702	p>0,05 Відмінності незначущі
Шкала особистісної тривожності		38,750		42,039	2,167	0,04	p<0,05 <u>Відмінності</u> <u>значущі</u>
Експертна шкала Гамільтона (HAM-A)		16,688		18,804	1,895	0,072	p>0,05 Відмінності незначущі

Можна припустити, що часові характеристики перебігу шизофренії, зокрема безперервний тип перебігу, завдає постійних страждань хворому, які практично ніколи не припиняються, підвищують ризик формування у нього

особистісної тривожності. Зважаючи на те, що респондентів з прогресивним типом перебігу захворювання у загальній вибірці дослідження порівняно небагато (16 осіб) вплив цього додаткового чинника впливу не буде суттєво позначатись на підсумковому результаті експериментального дослідження.

В цілому за даним блоком аналізу можна зробити висновок, що саме особистісна тривожність виступила залежною змінною, на якій може позначатися вплив артефактів, зокрема, таких соціально-демографічних та медичних чинників як вік досліджуваних та притаманний їм тип перебігу шизофренічного захворювання.

Таблиця 3.18

Результати порівняння показників вираженості тривожності у хворих з нетривалим та безперервним типом перебігу шизофренії

Методика / шкала	Нетривалий		Безперервний		t	Значущість	p
	N	$\bar{x}$	N	$\bar{x}$			
Госпітальна шкала тривоги HADS	28	9,107	51	9,216	0,423	0,674	p>0,05 Відмінності незначущі
Шкала ситуативної тривожності		40,107		38,667	1,740	0,08	p>0,05 Відмінності незначущі
Шкала особистісної тривожності		40,571		42,039	1,243	0,218	p>0,05 Відмінності незначущі
Експертна шкала Гамільтона (HAM-A)		18,750		18,804	0,082	0,935	p>0,05 Відмінності незначущі

Отже, після попереднього вивчення респондентів ще до етапу реалізації психотерапевтичного впливу шляхом моніторингу їх соціально-демографічних і медичних даних, а також психодіагностичного обстеження основних проявів тривожності було отримано ряд важливих емпіричних даних, що з різних сторін характеризували учасників вибірки дослідження, зокрема початковий рівень наявної у них тривожності. Отриманні в результаті первинного психодіагностичного обстеження емпіричні данні було ретельно проаналізовано,

що дозволяє зробити декілька важливих узагальнень.

По-перше виявлено яскраво виражену сполученість шизофренії та тривожності, про що свідчить практично повна відсутність респондентів з нормативним рівнем вираженості тривожності.

По-друге, доведено відсутність статистично достовірних відмінностей у психометричних показниках тривожності досліджуваних контрольної та експериментальної груп на початковому етапі дослідження, що свідчить про вірно проведену процедуру рандомізації та дозволяє перейти до наступного етапу проведення експерименту, тобто до здійснення експериментального психотерапевтичного впливу.

По-третє, інтенсивність суб'єктивного переживання тривожних станів практично не залежить від клінічної картини тривожного розладу.

По-четверте, зафіксовано окремі випадки впливу артефактів, зокрема віку та типу перебігу захворювання досліджуваних на рівень особистісної тривожності, що суттєвим чином не будуть позначатися на кінцевому результаті дослідження. Особистісна тривожність є єдиною експериментальною змінною з переліку інших змінних нашого дослідження, серед яких можна назвати і інтенсивність суб'єктивного переживання тривоги, і ситуативну тривожність, і соматично-функціональні прояви тривожності, що піддається впливу соціально-демографічних та медичних чинників. Цей виявлений факт обов'язково потрібно враховувати в процесі аналізу емпіричних даних, отриманих на наступних етапах експерименту.

3.2. Аналіз та інтерпретація експериментальної оцінки психотерапії тривожних станів хворих на шизофренію методами когнітивно-поведінкового підходу

Суголосно обраному експериментальному плану на другому етапі дослідження експериментальна група респондентів, хворих на шизофренію,

піддавалася впливу організованої експериментатором психотерапевтичної інтервенції, побудованої на основі комплексу технік та прийомів когнітивно-поведінкової терапії. Після психотерапевтичної роботи з експериментальною групою, у той час як на контрольну групу такий вплив не здійснювався, було реалізовано контрольне психодіагностичне обстеження досліджуваних обох груп для відстеження можливих змін рівня їх тривожності та перевірки висунутих експериментальних гіпотез.

Процедура перевірки гіпотез за обраним експериментальним планом після здійснення експериментального впливу та контрольного тестування передбачає:

- 1) оцінку наявності статистично достовірних відмінностей результатів попереднього та контрольного психодіагностичного обстеження серед досліджуваних контрольної групи. Не дивлячись на те, що на контрольну групу експериментальний вплив не здійснювався, необхідність повторного діагностичного обстеження та подальшого порівняння його результатів з початковими результатами тестування зумовлюється необхідністю здійснення контролю можливого впливу чинників природної динаміки зміни інтенсивності переживання тривоги. Відсутність статистично достовірних відмінностей буде свідчити про те, що рівень тривожності не змінився з плином часу під впливом тих чи інших природних чинників. У той же час виявлення статистично достовірних відмінностей на даному етапі опрацювання даних позбавить сенсу подальшу перевірку експериментальних гіпотез, оскільки буде свідчити на користь природних змін рівня тривожності у хворих на шизофренію та, відповідно, вказувати на наявність певних інших неконтрольованих дослідником чинників, що у разі виявлення статистично достовірних відмінностей в експериментальній групі, не дасть змогу стверджувати, що ці зміни відбулися саме під впливом проведеної психотерапевтичної роботи;

- 2) порівняння результатів психодіагностичного обстеження досліджуваних експериментальної групи до та після психотерапевтичної інтервенції, що являє

собою найбільш важливий етап обробки даних проведеного експерименту, оскільки буде включати перевірку кожної експериментальної гіпотези. Виявлення статистично достовірних відмінностей між результатами попередньої та контрольної діагностики досліджуваних експериментальної групи за кожною діагностичною методикою, суттєве зменшення рівня тривожності серед них після психотерапевтичного втручання, буде свідчити про підтвердження експериментальних гіпотез;

3) порівняння результатів психодіагностичного обстеження досліджуваних контрольної та експериментальної групи після психотерапевтичної інтервенції. Даний етап являє собою ще один контрольний варіант перевірки експериментальних гіпотез, що дозволяє остаточно переконатися у спрямованості змін рівня тривожності під впливом проведеної психотерапевтичної роботи. Оскільки на контрольну групу психотерапевтичний вплив не здійснювався, наявність статистично достовірних відмінностей у діагностичних показниках тривожності на користь експериментальної групи за кожною психодіагностичною методикою буде свідчити про підтвердження висунутих експериментальних гіпотез [12, с. 180].

Для визначення можливості застосування параметричних критеріїв для порівняння отриманих результатів психодіагностичних обстежень необхідно було перевірити отримані після психотерапевтичної інтервенції розподіли балів на нормальність (додатки С, С.1, Т).

Необхідно зазначити, що розподіли балів контрольної та експериментальної груп за методикою Спілберга-Ханіна та експертною шкалою Гамільтона НАМ-А підпорядковуються закону нормального розподілу, що дозволяє використовувати t-критерій Стьюдента для їх порівняння (таблиці 3.19, 3.20).

Таблиця 3.19

Результати перевірки на нормальність розподілу балів за шкалою HADS та методикою Спілберга-Ханіна на етапі контрольної діагностики

Методики / шкали	Контрольна група		Експериментальна група	
	Статистика Z Колмогорова-Смирнова	p	Статистика Z Колмогорова-Смирнова	p
Шкала HADS	1,878	0,002	2,172	0,0001
Особистісна тривожність	0,923	0,362	0,747	0,633
Ситуативна тривожність	1,013	0,256	2,362	0,0001

Таблиця 3.20

Результати перевірки на нормальність розподілу балів за експертною шкалою Гамільтона HAM-A на етапі попередньої діагностики

	Контрольна	Експериментальна
N	47	48
Стандартне відхилення	2,76207	4,25636
Статистика Z Колмогорова-Смирнова	0,987	1,117
Значущість (двостороння)	0,284	0,165

У той же час вимушені констатувати, що отриманий після контрольного діагностування сукупність балів як контрольної, так і експериментальної груп за шкалою HADS, а також сукупність балів експериментальної групи за шкалою «Ситуативна тривожність» методики Спілберга-Ханіна не розподілені нормальним чином. Тому для перевірки відповідних експериментальних гіпотез, у процесі якої будуть задіяні сукупності балів за названими шкалами, необхідно буде використовувати такий непараметричний критерій як U-критерій Манна-Уїтні.

Після внесення ясності у питання застосування параметричних та непараметричних статистичних критеріїв на етапі перевірки сформульованих

експериментальних гіпотез можна переходити до викладених раніше варіантів оцінки статистично достовірних відмінностей між вибірками досліджуваних респондентів, хворих на шизофренію. У першу чергу було порівняно результати попереднього та контрольного психодіагностичного обстеження за кожною методикою серед досліджуваних контрольної групи (табл. 3.21).

Таблиця 3.21

Результати порівняння показників тривожності контрольної групи досліджуваних, отриманих на етапах попереднього та контрольного психодіагностичного обстеження

Методика / шкала	Етап експерименту	$\bar{x}$	Емпіричне значення критерію	Значущість	p
Шкала HADS	Попередня діагностика	9,2766	$U_{\text{емп}} = 889$	0,06	p>0,05 Відмінності незначущі
	Контрольна діагностика	8,4255			
Особистісна тривожність	Попередня діагностика	42,8723	t = 0,503	0,616	p>0,05 Відмінності незначущі
	Контрольна діагностика	42,3617			
Ситуативна тривожність	Попередня діагностика	40,1277	t = 1,985	0,06	p>0,05 Відмінності незначущі
	Контрольна діагностика	37,0851			
Шкала HAM-A	Попередня діагностика	19,0638	t = 1,724	0,07	p>0,05 Відмінності незначущі
	Контрольна діагностика	16,7447			

Статистично достовірних відмінностей за результатами порівняння не зафіксовано, що, враховуючи те, що на контрольну групу не здійснювався експериментальний вплив, свідчить про відсутність додаткових ефектів впливу на рівень тривожності хворих на шизофренію.

На наступному етапі опрацювання отриманих даних експериментального дослідження було порівняно результати психодіагностичного обстеження досліджуваних експериментальної групи до та після психотерапевтичної

інтервенції. Необхідно зауважити, що в даній групі результати за шкалою HADS та шкалою «Ситуативна тривожність» методики Спілберга-Ханіна порівнювались з використанням непараметричного U-критерію Манна-Уїтні, а показники за шкалою «Особистісна тривожність» та експертною шкалою Гамільтона HAM-A порівнювались за допомогою t-критерія Стюдента (табл. 3.22).

Таблиця 3.22

Результати порівняння показників тривожності експериментальної групи досліджуваних, отриманих на етапах попереднього та контрольного психодіагностичного обстеження

Методика / шкала	Етап експерименту	$\bar{x}$	Емпіричне значення критерію	Значущість	p
Шкала HADS	Попередня діагностика	8,94	$U_{\text{емп}} = 324$	0,001	p<0,01 Відмінності значущі
	Контрольна діагностика	7,42			
Особистісна тривожність	Попередня діагностика	39,27	t = 2,727	0,008	p<0,01 Відмінності значущі
	Контрольна діагностика	36,13			
Ситуативна тривожність	Попередня діагностика	37,92	$U_{\text{емп}} = 356,5$	0,001	p<0,01 Відмінності значущі
	Контрольна діагностика	31,50			
Шкала HAM-A	Попередня діагностика	17,81	t = 5,546	0,0001	p<0,01 Відмінності значущі
	Контрольна діагностика	13,27			

Як видно за таблиці 3.22 за кожною діагностичною методикою було отримано переконливі, статистично достовірні відмінності. При цьому, якщо взяти до уваги середні показники вираженості тривожності досліджуваних

експериментальної групи за шкалами використаних методик, то можна пересвідчитись, що вони стали значно меншими після реалізованого експериментального впливу комплексом прийомів та технік когнітивно-поведінкової психотерапії.

Тобто під впливом здійсненого психотерапевтичного втручання відбулося суттєве зниження діагностованих рівнів тривожності. Тут необхідно зауважити, що кожна використана психодіагностична методика у рамках нашого експериментального дослідження була покликана перевіряти та розкривати ті унікальні аспекти переживання тривожності особами, хворими на шизофренію, зміна яких передбачалась в експериментальних гіпотезах. Так, наприклад за допомогою шкали госпітальної шкали тривоги та депресії HADS визначався актуальний рівень вираженості суб'єктивного переживання тривоги, методика Спілберга-Ханіна дозволила діагностувати схильність досліджуваних до переживання ситуативної та особистісної тривожності, а експертна шкала Гальтона для оцінки тривоги (НАМ-А) дозволяє скласти уявлення про інтенсивність соматично-функціональних проявів тривоги. Таким чином, отримавши очікувані відмінності за кожною психодіагностичною методикою, ми можемо стверджувати, що застосування когнітивно-поведінкової психотерапії при роботі з хворими на шизофренію дозволяє доволі успішно та ефективно знизити у них інтенсивність суб'єктивного переживання тривоги, значно знизити рівень схильності як до ситуативної, так і до особистісної тривожності, а також стабілізує функціональний стан пацієнтів, знижуючи інтенсивність прояву соматичного дискомфорту, викликаного симптомами тривожного розладу.

Для формування більш деталізованого уявлення про зміст та характер змін рівнів тривожності до та після психотерапевтичної інтервенції було порівняно відсоткові частки рівнів вираженості тривоги серед досліджуваних експериментальної групи, отриманих у результаті попереднього та контрольного діагностичного обстеження за допомогою такого статистичного критерію як ϕ^* -

кутове перетворення Фішера (таблиці 3.23-3.25; рис. 3.15-3.17).

Таблиця 3.23

Результати порівняння рівнів вираженості суб'єктивного переживання тривоги в експериментальній групі досліджуваних, отриманих на етапах попереднього та контрольного психодіагностичного обстеження

		Відсоткові частки досліджуваних експериментальної групи		Значення ϕ^*	Значущість	p
		Попередня діагностика	Контрольна діагностика			
Шкала HADS	Норма	0 / 0,00%	35 / 72,92%	10,028	0,0001	$p < 0,01$ Відмінності значущі
	Субклінічний	46 / 95,83%	11 / 22,92%	8,485	0,0001	$p < 0,01$ Відмінності значущі
	Клінічний	2 / 4,17%	2 / 4,17%	0,000	0,9	$p > 0,05$ Відмінності незначущі

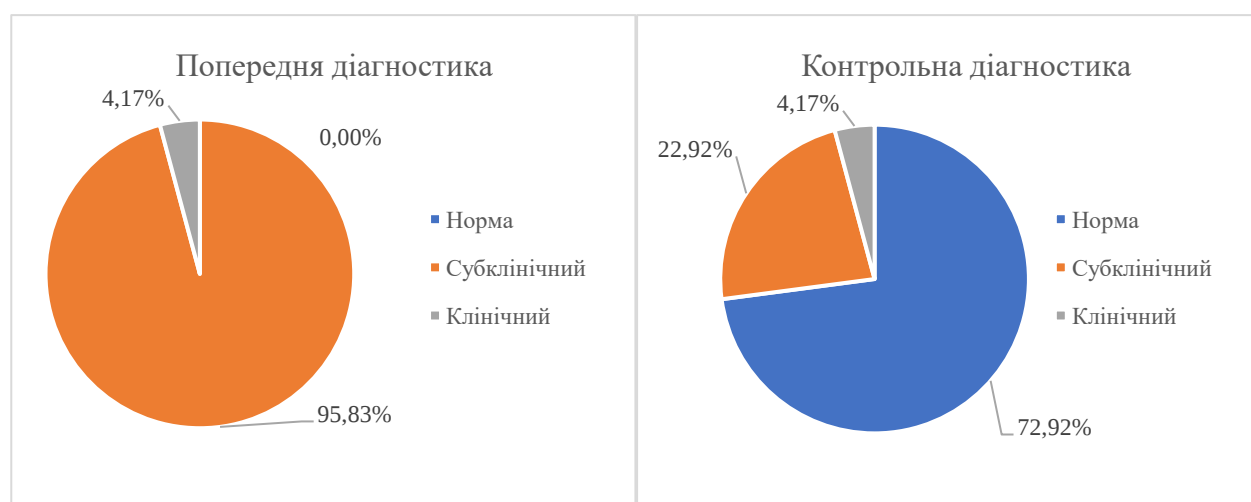


Рис. 3.15. Рівні вираженості суб'єктивного переживання тривоги в експериментальній групі досліджуваних, отриманих на етапах попереднього та контрольного психодіагностичного обстеження

Як видно з таблиці 3.23 та рисунку 3.15 відбулося значне зниження кількості досліджуваних експериментальної групи з субклінічним рівнем

вираженості суб'єктивного переживання тривоги (з 46 / 95,83% до 11 / 22,92% респондентів), а також значний приріст відсоткової частки досліджуваних цієї ж групи з нормативною інтенсивністю суб'єктивного переживання тривоги (з 0 / 0,00% до 35 / 72,92%). У той же час відсоткова частка респондентів з клінічним рівнем вираженості суб'єктивного переживання тривоги не змінилась. Отже, можна зробити висновок, що реалізований психотерапевтичний вплив був дуже ефективним по відношенню до хворих на шизофренію з субклінічним рівнем вираженості суб'єктивного переживання тривоги, та не мав позитивного ефекту впливу на пацієнтів з клінічним рівнем вираженості суб'єктивного переживання тривоги. Пояснити такий результат можна тим, що клінічний рівень вираженості суб'єктивного переживання тривоги свідчить про більш тяжкий та хронічний характер тривожного стану, тому знизити його виключно психотерапевтичними засобами без застосування медикаментозних лікарських засобів не виявляється можливим.

Подібну картину динаміки змін відсоткових часток респондентів з різними рівнями вираженості тривожності спостерігаємо і за результатами контрольної діагностики за шкалами «Ситуативна тривожність» та «Особистісна тривожність» методики Спілберга-Ханіна (табл. 3.24, рис. 3.16). Також має місце значний приріст відсоткової частки пацієнтів хворих на шизофренію з нормативним рівнем вираженості ситуативної й особистісної тривожності та зменшення кількості респондентів з помірним рівнем вираженості цих видів тривожності. Відсоткові частки досліджуваних з клінічним рівнем вираженості як ситуативної, так і особистісної тривожності залишились без змін. Звертає на себе увагу те, що є позитивна динаміка змін у респондентів з особистісною тривожністю. Не дивлячись на те, що цей вид тривоги являє собою стійку особистісну властивість як схильність до виникнення стану тривоги, когнітивну готовність сприймати більшість життєвих ситуацій як такі, що несуть загрозу самооцінці та самоповазі суб'єкта, застосовані методи, техніки та прийоми когнітивно-поведінкової терапії дозволили її досить відчутно скорегувати.

Таблиця 3.24

Результати порівняння рівнів вираженості особистісної та ситуативної тривожності в експериментальній групі досліджуваних, отриманих на етапах попереднього та контрольного психодіагностичного обстеження

		Відсоткові частки досліджуваних експериментальної групи		Значення χ^2	Значущість	p
		Попередня діагностика	Контрольна діагностика			
Шкала «Особистісна тривожність»	Норма	3 / 6,25%	10 / 20,83%	2,168	0,03	p<0,05 Відмінності значущі
	Помірний	41 / 85,42%	34 / 70,83%	1,751	0,04	p<0,05 Відмінності значущі
	Клінічний	4 / 8,33%	4 / 8,33%	0,000	0,9	p>0,05 Відмінності незначущі
Шкала «Ситуативна тривожність»	Норма	0 / 0,00%	35 / 72,92%	10,028	0,0001	p<0,01 Відмінності значущі
	Помірний	46 / 95,83%	11 / 22,92%	8,485	0,0001	p<0,01 Відмінності значущі
	Клінічний	2 / 4,17%	2 / 4,17%	0,000	0,9	p>0,05 Відмінності незначущі

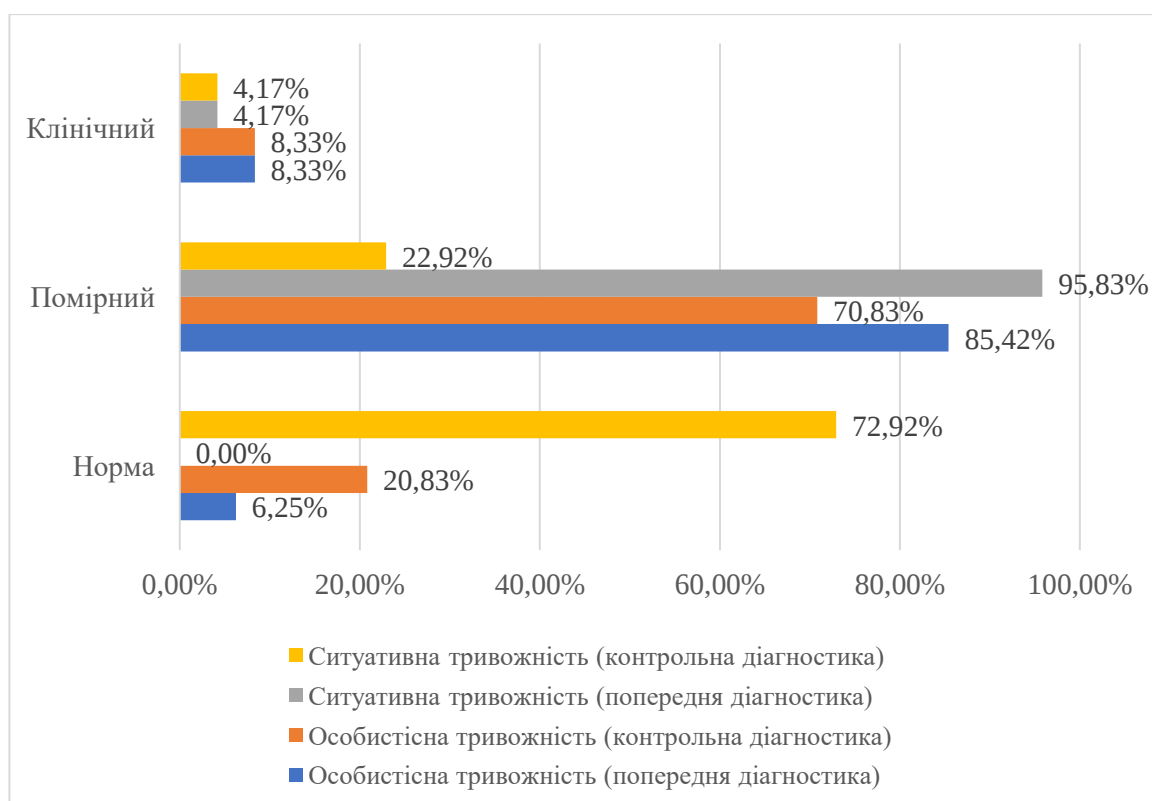


Рис. 3.16. Порівняння рівнів вираженості ситуативної та особистісної тривожності в експериментальній групі досліджуваних, отриманих на етапах попереднього та контрольного психодіагностичного обстеження

Аналіз динаміки змін рівнів вираженості інтенсивності соматично-функціональних проявів тривоги в експериментальній групі досліджуваних після експериментального впливу (табл. 3.25, рис. 3.17) дозволяє констатувати значний приріст респондентів з легким рівнем вираженості відповідних проявів тривоги (з 8 / 16,67% до 32 / 66,67%) та, відповідно, зменшення відсоткової частки пацієнтів з помірним рівнем вираженості цих проявів (з 38 / 79,17% до 11 / 22,92%). Тобто у значної кількості респондентів відбулось зниження інтенсивності соматично-функціональних проявів тривоги з помірнього рівня на етапі попередньої діагностики до легкого рівня на етапі контрольної діагностики. Також на етапі контрольної діагностики спостерігається статистично значущий приріст респондентів з нормативним рівнем вираженості інтенсивності соматично-функціональних проявів тривоги (з 0 / 0,00% до 3 / 6,25%).

Таблиця 3.25

Результати порівняння рівнів вираженості інтенсивності соматично-функціональних проявів тривоги в експериментальній групі досліджуваних, отриманих на етапах попереднього та контрольного психодіагностичного обстеження

		Відсоткові частки досліджуваних експериментальної групи		Значення ϕ^*	Значущість	p
		Попередня діагностика	Контрольна діагностика			
Шкала НАМ-А	Норма	0 / 0,00%	3 / 6,25%	2,476	0,01	$p < 0,01$ Відмінності значущі
	Легкий	8 / 16,67%	32 / 66,67%	5,240	0,001	$p < 0,01$ Відмінності значущі
	Помірний	38 / 79,17%	11 / 22,92%	5,855	0,001	$p < 0,01$ Відмінності значущі
	Клінічний	2 / 4,17%	2 / 4,17%	0,000	0,9	$p > 0,05$ Відмінності незначущі

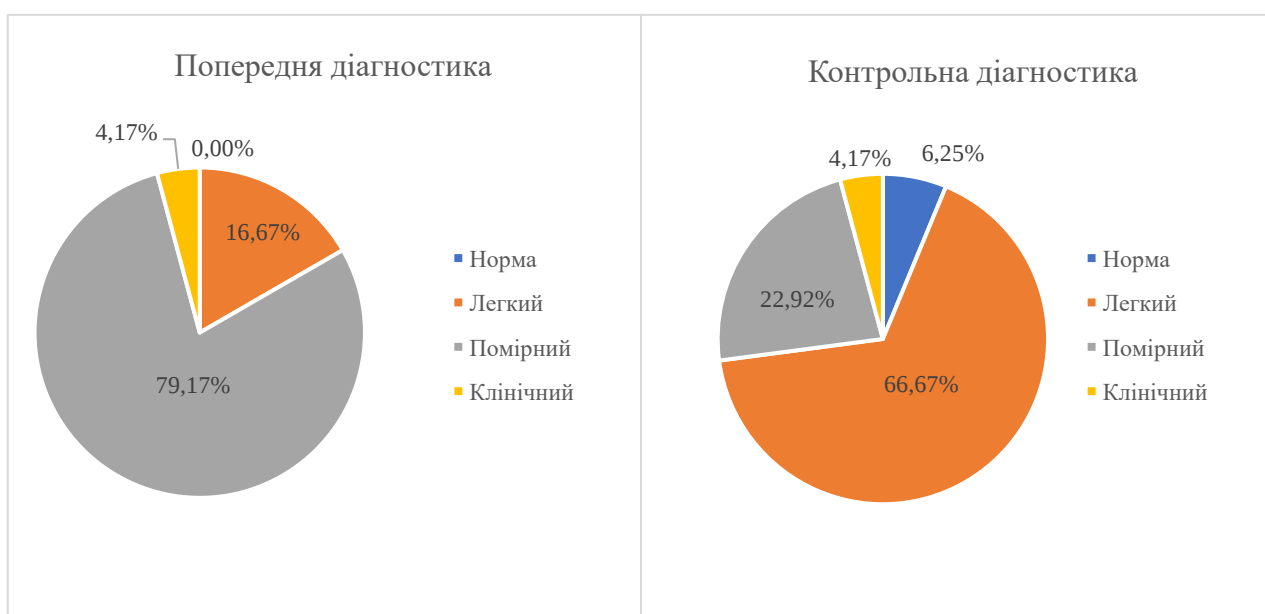


Рис. 3.17. Порівняння рівнів вираженості інтенсивності соматично-функціональних проявів тривоги в експериментальній групі досліджуваних, на етапах попереднього та контрольного психодіагностичного обстеження

Отже, в результаті порівняння відсоткових часток рівнів вираженості різних аспектів та проявів тривоги серед досліджуваних експериментальної групи, можемо констатувати, що використання когнітивно-поведінкової психотерапії у практиці допомоги хворим на шизофренію дозволяє нормалізувати їх психоемоційний стан за умови, що прояви тривожності не досягають клінічного рівня вираженості.

Останній етап опрацювання даних експериментального дослідження полягав у порівнянні результатів психодіагностичного обстеження досліджуваних контрольної та експериментальної групи після здійснення контрольного психодіагностичного обстеження. Так само як і на попередньому етапі опрацювання результатів емпіричного дослідження, враховуючи підсумки перевірки наявних розподілів балів на нормальність, отримані цими групами респондентів сукупності балів за шкалою HADS та шкалою «Ситуативна тривожність» методики Спілберга-Ханіна порівнювались з використанням непараметричного U-критерію Манна-Уїтні, а діагностичні показники за шкалою «Особистісна тривожність» та експертною шкалою Гамільтона HAM-A порівнювались за допомогою t-критерія Стюдента (табл. 3.26). У підсумку застосування зазначених статистичних критеріїв для перевірки гіпотез можемо констатувати наявність статистично достовірних відмінностей у діагностичних показниках контрольної та експериментальної групи за кожною методикою. Середні значення сукупності балів, отримані експериментальною групою на етапі контрольного діагностичного обстеження за кожною шкалою значно менші, ніж середні значення за відповідними шкалами контрольної групи.

Отже, після усіх передбачених експериментальним планом варіантів перевірок наявності статистично достовірних відмінностей, можемо констатувати переконливе підтвердження експериментальних гіпотез про те, що здійснення психотерапевтичної інтервенції засобами когнітивно-поведінкового підходу значно знижує інтенсивність суб'єктивного переживання тривоги у досліджуваних хворих на шизофренію, а також призводить до відносної

стабілізації функціонального стану пацієнтів, що виражається у редукуванні проявів соматичного дискомфорту, пов'язаного з переживанням тривоги, а також зниженні інтенсивності проявів вегетативних, респіраторних та серцево-судинних симптомів тривоги.

Таблиця 3.26

Результати порівняння показників тривожності контрольної та експериментальної групи досліджуваних, отриманих після контрольного психодіагностичного обстеження

Методика / шкала	Група досліджуваних	$\bar{x}$	Емпіричне значення критерію	Значущість	p
Шкала HADS	Контрольна	8,43	$U_{\text{емп}} = 460$	0,001	p<0,01 Відмінності значущі
	Експериментальна	7,42			
Особистісна тривожність	Контрольна	42,36	t = 5,480	0,0001	p<0,01 Відмінності значущі
	Експериментальна	36,13			
Ситуативна тривожність	Контрольна	37,09	$U_{\text{емп}} = 384,5$	0,001	p<0,01 Відмінності значущі
	Експериментальна	31,50			
Шкала HAM-A	Контрольна	16,74	t = 4,728	0,0001	p<0,01 Відмінності значущі
	Експериментальна	13,27			

Як і у випадку з опрацюванням діагностичних показників експериментальної групи, отриманих нею до та після психотерапевтичних заходів для формування більш деталізованого уявлення про зміст та характер змін рівнів тривожності експериментальної групи у порівнянні з контрольною групою після контрольного психодіагностичного обстеження було порівняно відсоткові частки рівнів вираженості тривоги серед досліджуваних обох груп, отриманих ними після завершення експериментального психотерапевтичного

впливу (таблиці 3.27-3.29; рис. 3.18-3.20).

Здійснюючи аналіз інформації, представленої в таблиці 3.27 та на рисунку 3.18, можемо констатувати значно більшу кількість респондентів експериментальної групи, які мають нормативний рівень вираженості суб'єктивного переживання тривоги, ніж в контрольній групі (35 / 72,92% та 4 / 8,51% відповідно).

Таблиця 3.27

Результати порівняння рівнів вираженості суб'єктивного переживання тривоги в контрольній та експериментальній групах, отриманих після контрольного психодіагностичного обстеження

		Відсоткові частки досліджуваних		Значення χ^2	Значущість	p
		Контрольна група	Експериментальна група			
Шкала HADS	Норма	4 / 8,51%	35 / 72,92%	7,09	0,0001	$p < 0,01$ Відмінності значущі
	Субклінічний	42 / 89,36%	11 / 22,92%	7,206	0,0001	$p < 0,01$ Відмінності значущі
	Клінічний	1 / 2,13%	2 / 4,17%	0,577	0,08	$p > 0,05$ Відмінності незначущі

Водночас кількість респондентів з субклінічним рівнем вираженості суб'єктивного переживання тривоги значно більша у контрольній групі, ніж в експериментальній (42 / 89,36% та 11 / 22,92% відповідно). Відсоткова частка респондентів з клінічним рівнем вираженості суб'єктивного переживання тривоги залишилась майже однаковою в обох групах пацієнтів, хворих на шизофренію. Отже, на прикладі груп, одна з яких піддавалась експериментальному впливу, а інша не піддавалась, знову підтверджується той факт, що здійснена психотерапевтична інтервенція була більш ефективною по відношенню до хворих на шизофренію з субклінічним рівнем вираженості

суб'єктивного переживання тривоги, та не мала бажаного позитивного ефекту на пацієнтів з клінічним рівнем вираженості суб'єктивного переживання тривоги.

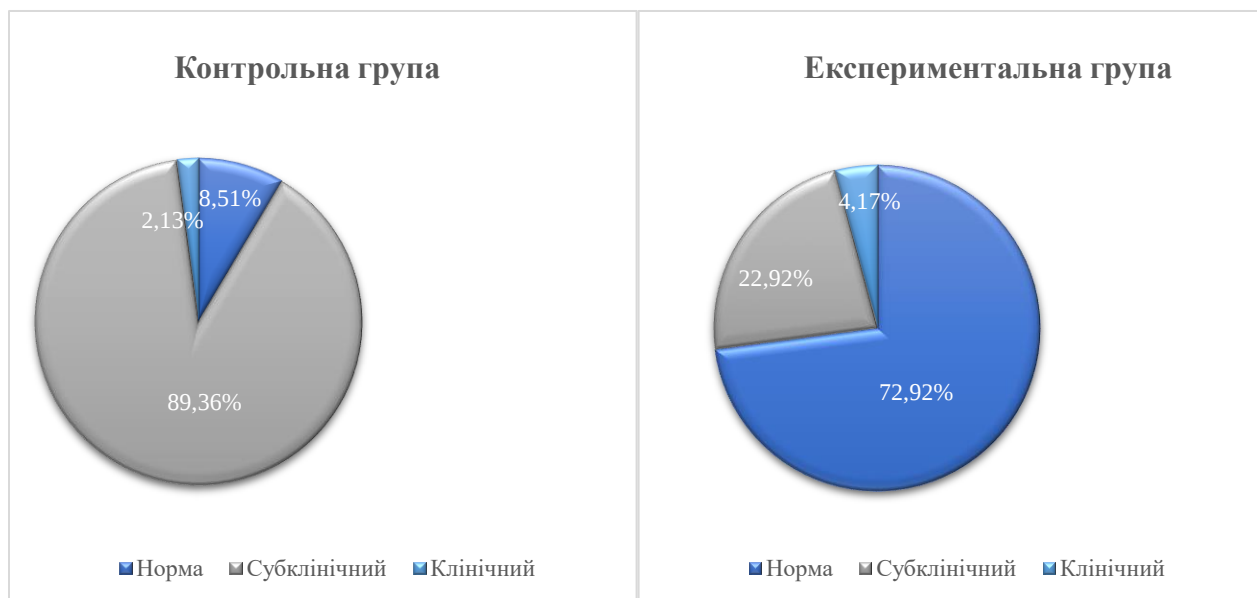


Рис. 3.18. Порівняння рівнів вираженості суб'єктивного переживання тривоги в контрольній та експериментальній групах досліджуваних, отриманих після контрольного психодіагностичного обстеження

Подібну картину можна спостерігати порівнюючи відсоткові частки досліджуваних з різними рівнями вираженості ситуативної та особистісної тривожності (табл. 3.28, рис. 3.19). Кількість респондентів з нормативними показниками за даними видами тривожності значно більша в експериментальній групі, ніж в контрольній.

Також спостерігається явна тенденція до зменшення серед респондентів, які були учасниками психотерапевтичної групи, випадків фіксації у них помірного рівня особистісної та ситуативної тривожності. При цьому було отримано статистично достовірні відмінності за кількістю зустрічаємості респондентів з помірним рівнем вираженості ситуативної тривожності між контрольною та експериментальною групами. За критерієм особистісної тривожності спостерігаються лише тенденція до зменшення респондентів з

помірним рівнем вираженості цього виду тривожності в експериментальній групі у порівнянні з контрольною групою.

Таблиця 3.28

Результати порівняння рівнів вираженості особистісної та ситуативної тривожності в контрольній та експериментальній групах досліджуваних, отриманих після контрольної діагностики

		Відсоткові частки досліджуваних		Значення ϕ^*	Значущість	p
		Контрольна група	Експериментальна група			
Шкала «Особистісна тривожність»	Норма	1 / 2,13%	10 / 20,83%	3,193	0,01	p<0,01 Відмінності значущі
	Помірний	38 / 80,85%	34 / 70,83%	1,146	0,07	p>0,05 Відмінності незначущі
	Клінічний	8 / 17,02%	4 / 8,33%	1,291	0,06	p>0,05 Відмінності незначущі
Шкала «Ситуативна тривожність»	Норма	4 / 8,51%	35 / 72,92%	7,090	0,0001	p<0,01 Відмінності значущі
	Помірний	42 / 89,36%	11 / 22,92%	7,206	0,0001	p<0,01 Відмінності значущі
	Клінічний	1 / 2,13%	2 / 4,17%	0,577	0,09	p>0,05 Відмінності незначущі

Отримана картина відсоткових часток респондентів за рівнями вираженості особистісної та ситуативної тривожності дає змогу припустити, що ситуативна тривожність більш легко піддається когнітивно-поведінковому психотерапевтичному впливу, ніж особистісна тривожність. Однак у той же час необхідно підкреслити, що в обох випадках спостерігається позитивна динаміка психотерапевтичного ефекту, що виражається у значному збільшенні пацієнтів з нормативними показниками особистісної та ситуативної тривожності.

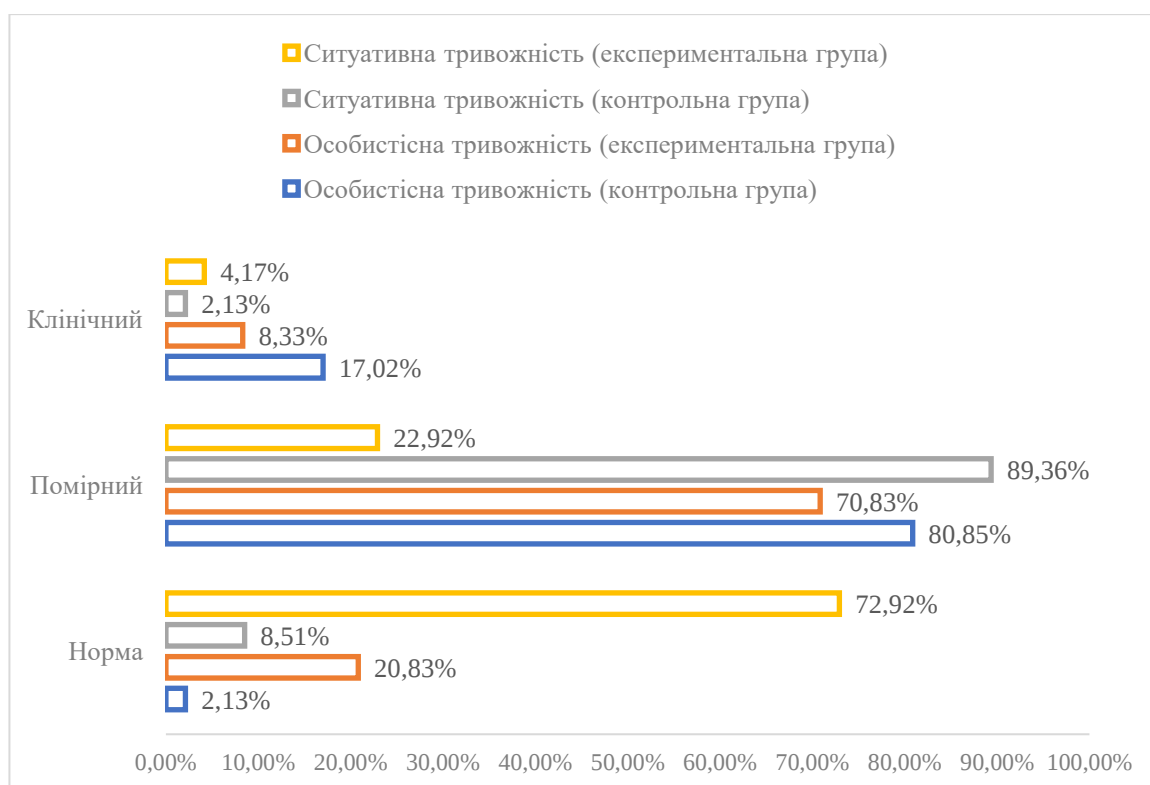


Рис. 3.19. Порівняння рівнів вираженості ситуативної та особистісної тривожності в контрольній та експериментальній групі досліджуваних, отриманих після контрольного психодіагностичного обстеження

Дослідження рівнів вираженості інтенсивності соматично-функціональних проявів тривоги в контрольній та експериментальній групі досліджуваних після експериментального впливу (табл. 3.29, рис. 3.20) дозволяє констатувати значно більшу кількість респондентів експериментальної групи з легким рівнем вираженості відповідних проявів тривоги у порівнянні з контрольною групою (32 / 66,67% та 7 / 14,89% відповідно). Також в експериментальній групі фіксується більш мала відсоткова частка пацієнтів з помірним рівнем вираженості соматично-функціональних проявів тривоги, ніж в контрольній групі (11 / 22,92% та 38 / 80,85% відповідно). Тобто у значної кількості респондентів експериментальної групи відбулось зниження інтенсивності соматично-функціональних проявів тривоги з помірного рівня на етапі попередньої діагностики до легкого рівня на етапі контрольної діагностики.

Таблиця 3.29

Результати порівняння рівнів вираженості інтенсивності соматично-функціональних проявів тривоги в контрольній та експериментальній групі досліджуваних, отриманих після контрольного психодіагностичного обстеження

		Відсоткові частки досліджуваних		Значення χ^2	Значущість	p
		Контрольна група	Експериментальна група			
Шкала HAM-A	Норма	1 / 2,13%	3 / 6,25%	1,036	0,07	p>0,05 Відмінності незначущі
	Легкий	7 / 14,89%	32 / 66,67%	5,449	0,001	p<0,01 Відмінності значущі
	Помірний	38 / 80,85%	11 / 22,92%	6,030	0,001	p<0,01 Відмінності значущі
	Клінічний	1 / 2,13%	2 / 4,17%	0,577	0,09	p>0,05 Відмінності незначущі

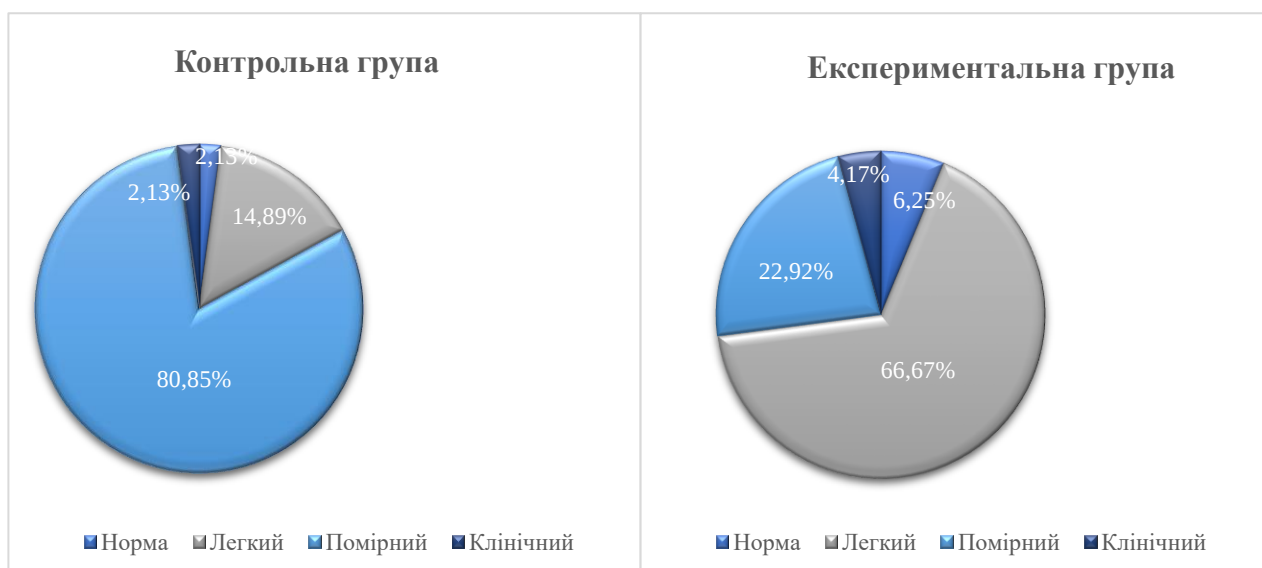


Рис. 3.20. Порівняння рівнів вираженості інтенсивності соматично-функціональних проявів тривоги в контрольній та експериментальній групі досліджуваних, отриманих після контрольного психодіагностичного обстеження

Детальний аналіз емпіричних даних стосовно відсоткових часток досліджуваних з різними рівнями тривожності, що здійснювався на кожному етапі опрацювання результатів проведеного експерименту, дозволяє тільки частково підтвердити третю частину експериментальної гіпотези, в якій йдеться про те, що когнітивно-поведінкова психотерапія дозволяє значно знижувати відсоткові частки пацієнтів з субклінічно та клінічно вираженим рівнем тривоги. Відповідає дійсності тільки те, що техніки та прийоми когнітивно-поведінкового підходу дозволяють значно знизити частоту зустрічаємості пацієнтів з субклінічним рівнем вираженості симптомів тривожності та відновити у них нормативні діагностичні показники вираженості тривожності. Клінічний же рівень прояву різноманітних симптомів тривоги мало піддається психотерапевтичному впливу, що пов'язано з їх більш тяжким, глибоким та хронічним характером перебігу. Можна припустити, що більш ефективна робота з клінічним рівнем вираженості тривожності полягає у гармонійному поєднанні когнітивно-поведінкової психотерапії із застосуванням медикаментозної терапії. Отже використання когнітивно-поведінкової психотерапії у практиці допомоги хворим на шизофренію дозволяє нормалізувати їх психоемоційний стан за умови, що прояви тривожності не досягають клінічного рівня вираженості.

Таким чином, у результаті спланованого та реалізованого експерименту було переконливо підтверджено припущення про те, що застосування методів когнітивно-поведінкової психотерапії по відношенню до пацієнтів, хворих на шизофренію, дозволяє суттєво знизити у них інтенсивність суб'єктивного переживання тривоги, призводить до відносної стабілізації їх функціонального та психоемоційного стану за рахунок зниження інтенсивності проявів соматичного дискомфорту, вегетативних, респіраторних та серцево-судинних симптомів тривоги, а також сприяє значному зниженню відсоткових часток пацієнтів з субклінічним рівнем вираженості симптомів тривожності.

Висновки до третього розділу

1. Високий рівень тривожності пов'язаний зі значним зниженням якості життя хворих на шизофренію пацієнтів, що полягає у незадовільному психоемоційному стані, хронічному зниженні самооцінки, зокрема оцінки власної ефективності та спроможності долати щоденні життєві виклики. Саме тому було здійснено експериментальну перевірку психотерапевтичного потенціалу методів, прийомів та технік когнітивно-поведінкової терапії, зокрема її ефективності стосовно подолання симптомів тривожних станів у осіб, які страждають на шизофренію. За результатами ретельно спланованого та реалізованого експерименту, в основу якого було покладено загальновідомий експериментальний план для двох рандомізованих груп з попереднім та підсумковим тестуванням, можна зробити ряд важливих висновків та узагальнень.

2. Описові статистики, отримані за результатами попередньої діагностики, продемонстрували виражену сполученість шизофренії та тривожності, оскільки на цьому етапі серед досліджуваних не було виявлено жодного респондента з нормативним показником вираженості рівня тривожності. Серед досліджуваних осіб була значна кількість таких, у клінічній картині яких спостерігалось одночасне поєднання симптомів одразу декількох тривожних розладів.

3. Встановлено, що досліджувані, у яких наявні симптоми соціальної фобії та специфічної фобії мають разом з тим і більш високі показники особистісної тривожності. У той же час пацієнти зі специфічними фобіями менш схильні до переживання ситуативної тривоги. До більш вираженої ситуативної тривожності схильні респонденти, у яких зафіксовано наявність симптомів панічного розладу, obsesивно-компульсивного розладу, соціальної фобії, а також змішану симптоматику. У цілому ж інтенсивність суб'єктивного переживання тривожних станів практично не залежить від клінічної картини тривожного

розладу.

4. Стать, сімейний стан, тип зайнятості, наявність обтяженої спадковості не є визначальними детермінуючими чинниками вираженості симптомів тривоги у хворих на шизофренію. А от вік та тип перебігу шизофренічного захворювання можна вважати, хоч і не дуже потужними, але все таки дієвими додатковими чинниками, які можуть позначатися на вираженості особистісної тривожності. Встановлено, що тільки особистісна тривожність є залежною змінною, на якій може позначатися вплив артефактів, зокрема, таких соціально-демографічних та медичних чинників, як вік досліджуваних та притаманний їм тип перебігу шизофренічного захворювання. Окремі випадки впливу артефактів на рівень особистісної тривожності не змогли суттєвим чином позначитись на кінцевому результаті дослідження.

5. У результаті порівняння результатів психодіагностичних обстежень досліджуваних експериментальної групи до та після психотерапевтичної інтервенції встановлено наявність статистично достовірних відмінностей у показниках інтенсивності суб'єктивного переживання тривожності та соматично-функціональних симптомах переживання тривоги, а також рівнях вираженості особистісної та ситуативної тривожності. Після реалізованого експериментального впливу комплексом прийомів та технік когнітивно-поведінкової терапії зазначені діагностичні показники стали значно меншими.

6. Відбулося значне зниження кількості досліджуваних експериментальної групи з субклінічним (помірним) рівнем вираженості різних аспектів переживання тривоги та видів тривожності, а також значний приріст відсоткової частки досліджуваних цієї ж групи з нормативним та легким рівнем тих чи інших симптомів переживання тривоги. Відсоткова частка респондентів з клінічним рівнем вираженості суб'єктивного переживання тривоги не змінилась. Отже, реалізований психотерапевтичний вплив був дуже дієвим та ефективним у роботі з субклінічним (помірним) рівнем вираженості різних симптомів тривожних станів та практично не мав позитивного ефекту впливу на пацієнтів з

клінічним рівнем вираженості тривожності.

7. Після усіх передбачених експериментальним планом варіантів перевірок наявності статистично достовірних відмінностей, можна констатувати переконливе підтвердження експериментальних гіпотез про те, що здійснення психотерапевтичної інтервенції засобами когнітивно-поведінкового підходу значно знижує інтенсивність суб'єктивного переживання тривоги у досліджуваних хворих на шизофренію, а також призводить до відносної стабілізації функціонального стану пацієнтів, що виражається у редукуванні проявів соматичного дискомфорту, пов'язаного з переживанням тривоги, а також зниженні інтенсивності проявів вегетативних, респіраторних та серцево-судинних симптомів тривоги.

8. Техніки та прийоми когнітивно-поведінкового підходу дозволяють значно знизити частоту зустрічаємості пацієнтів з субклінічним рівнем вираженості симптомів тривожності та відновити у них нормативні діагностичні показники вираженості тривожності. Використання когнітивно-поведінкової психотерапії у практиці допомоги хворим на шизофренію дозволяє нормалізувати їх психоемоційний стан за умови, що прояви тривожності не досягають клінічного рівня вираженості. Клінічний же рівень прояву різноманітних симптомів тривоги мало піддається психотерапевтичному впливу, що пов'язано з їх більш тяжким, глибоким та хронічним характером перебігу. Ефективна робота з ним полягає у гармонійному поєднанні когнітивно-поведінкової психотерапії та медикаментозної терапії.

РОЗДІЛ 4.

КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ УПРАВЛІННЯ ТРИВОЖНИМИ СТАНАМИ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

4.1. Концептуальна основа побудови моделі. Обстеження. Соціалізація до лікування.

Для побудови концептуальної моделі управління тривожними станами, що співіснують разом з захворюванням шизофренії, необхідно коротко виділити принципові вузлові моменти, що вже висвітлювались в попередніх підрозділах та які мають обов'язково враховуватись для вирішення цього важливого завдання, а саме:

- тривожна симптоматика є досить розповсюдженим супутником шизофренії та часто має доволі схожу патофізіологічну природу. У той же час обидва розлади є самостійними нозологіями, що не зводяться одна до одної;
- тривожна симптоматика пов'язана з шизофренічним захворюванням реципрокними зв'язками, що дозволяє полегшувати перебіг шизофренії, зменшити частоту продуктивної маніфестації її симптомів за рахунок ефективного психотерапевтичного впливу на тривожні стани таких пацієнтів;
- коморбідність тривожних станів може суттєво трансформуватись в залежності від тривалості захворювання пацієнта на шизофренію та інтенсивності його прояву – клінічна картина та тривалість хронічного перебігу ендогенного психічного захворювання призводить до того, що тривожна симптоматика може посилюватись або, навпаки, згладжуватись;
- загальнопсихологічний механізм виникнення тривожних станів у хворих на шизофренію ще потребує подальших досліджень, але, з врахуванням наразі отриманих даних можна стверджувати, що він багато в чому схожий з формуванням тривожних станів у осіб, які не мають в анамнезі шизофренічного захворювання. Цей механізм досить точно та деталізовано описується

когнітивною моделлю виникнення тривожних розладів. Люди, які страждають на шизофренію, можуть зосередитись на наслідках загрози, що сприймається, та часто мають хибні оціночні когніції щодо неї. Внаслідок цього вони можуть бути менш здатними толерувати свою тривогу та диференціювати минулі страхи від поточного страху та сприйнятої загрози;

- поєднання тривожної та шизофренічної симптоматики значно ускладнює психотерапевтичний процес та висуває особливі вимоги до професійної компетентності психотерапевта, який має володіти стратегією та тактикою взаємодії з пацієнтами, які страждають на шизофренію, можуть включатись до психотерапевтичного процесу на різних стадіях захворювання та, відповідно, демонструвати як негативну, так і продуктивну симптоматику у процесі психотерапевтичної інтервенції;

- мають місце значні діагностичні труднощі при розрізненні симптомів тривожних розладів та симптомів, первинним ядром яких є саме шизофренічне захворювання, що пов'язано з особливостями маніфестації негативних та продуктивних симптомів при шизофренії, зовнішньою подібністю окремих з них (наприклад, схожість симптомів соціальної фобії та такого продуктивного симптому шизофренії як марення переслідування) при принципово нетотожних внутрішніх механізмах виникнення та джерелах походження цих психічних порушень. Реалізація концептуальної моделі управління тривожними станами у хворих на шизофренію доцільна тільки за умови обґрунтованого та доведеного діагностичного висновку про наявність у пацієнта відповідної тривожної симптоматики. Важливо підкреслити, що симптоми таких тривожних розладів як соціальна фобія, obsесивно-компульсивний розлад дуже схожі на окремі продуктивні симптоми шизофренії, що не заважає їм бути самостійними клінічними одиницями та які фахівець не має права плутати з первинним психічним захворюванням;

- діагностування наявності симптомів тривожності у пацієнтів з шизофренією має здійснюватися «на виході» з психотичного стану, оскільки

вираженість психотичних симптомів та розладів мислення в момент загострення може заважати їм на тривалий час утримувати увагу, що унеможливить здатність відповідати на запитання та заповнювати необхідні опитувальники, а також поставить під сумнів валідність отриманих результатів. Важливим є також виключення наявності гострої або хронічної соматичної патології, яка може продукувати тривожні стани;

- у зв'язку з тим, що тривога є універсальним психологічним феноменом, притаманним як здоровій людині, так і тим, хто страждає від психічного розладу будь-якого рівня, можна припустити, що механізми пристосування до тривоги та її подолання теж будуть багато в чому схожі. Це припущення зумовлює особливу значущість накопичених у лоні загальної психології відомостей про когнітивні, поведінкові та емоційні реакції на стрес, необхідність їх використання для створення концептуальної моделі управління тривожними станами у хворих на шизофренію. Такий підхід дозволить чіткіше уявити патогенез, психодинамічні механізми тривожних і фобічних станів і частково пояснити закономірності розвитку тієї чи іншої психопатологічної симптоматики. Ці знання також можуть сприяти кращому розумінню закономірностей еволюційного розвитку, трансформації поведінкової й когнітивної реакції на тривогу в залежності від тривалості перебігу захворювання та інших чинників.

КПТ у клініці шизофренії має бути побудована на основних «класичних» принципах:

1. Співпраця - спільна розробка загальної, зрозумілої для пацієнта концептуалізації, яка формуватиме його уявлення про витoki та механізми, що провокують тривожні стани та підтримують побічні психотичні симптоми.
2. Нормалізація - підтримка та прийняття без засудження можуть зменшити переживання сорому чи стигми, які часто пов'язані зі станом тривоги та психозу.
3. Орієнтація пацієнта на прийняття психотичних симптомів [47].

На основі клінічних спостережень та висунутими задачами дослідження, нами було запропоновано модель психотерапевтичних інтервенцій методом КПТ

для управління тривожними станами у хворих на шизофренію. Ця модель ефективно доповнює психофармакотерапію основного захворювання та сфокусована на тривозі, пов'язаній із власними психічними переживаннями пацієнтів. Основна гіпотеза природи таких переживань полягає в наявності вираженої хибної інтерпретації хворим нормальних психічних феноменів, а також схильності до їх катастрофізації.

Концептуальна модель управління тривожними станами у хворих на шизофренію включає у себе наступні обов'язкові елементи, які розподіляються за етапами здійснення психотерапевтичного втручання та включаються у протокол лікування (рис. 4.1.):

- діагностична оцінка – побудова загальної деталізованої клінічної картини особливостей симптомокомплексу тривожного стану;
- когнітивна-поведінкова концептуалізація – побудова формулювання та визначення основних мішеней психотерапевтичної інтервенції у вигляді наявних у пацієнта дезадаптивних форм поведінки, нерациональних когніцій, що дестабілізують його психоемоційний стан та продукують симптоми тривоги;
- інформування пацієнта про походження та перебіг наявних симптомів, можливості терапевтичних заходів, необхідність активної участі в терапевтичному процесі;
- застосування усього арсеналу психотерапевтичних технік когнітивно-поведінкового підходу, спрямованих на визначені на підготовчому етапі мішені психотерапії, зокрема, зменшення симптомів тривоги, корекцію хибних когніцій, розвиток здатності до подолання стресів тощо;
- моніторинг змін психоемоційного стану пацієнта, зокрема, основних симптомів тривожного спектру;
- оцінка стабільності та стійкості досягнутого психотерапевтичного ефекту;
- закріплення позитивних результатів психотерапії шляхом проведення декількох підсумкових зустрічей, у процесі яких відбувається завершення функціонування робочого терапевтичного альянсу, здійснюється планування

майбутнього, навчання навичкам попередження рецидиву. Саме спілкування при цьому носить характер дружньої настановної бесіди, що дозволяє пацієнту відчувати свою суб'єктну спроможність та повноцінність, а також спонукає його до подальшої соціальної активності, дотримання здорового способу життя, повсякденного використання набутих у ході терапії навичок.

Узагальнюючи це, можна зробити висновок, що концептуальна модель управління тривожними станами у хворих на шизофренію має характеризуватися ясною і наочною структурою поділеною на етапи, кожен з яких логічно доповнює один одного від початку терапії до її завершення.

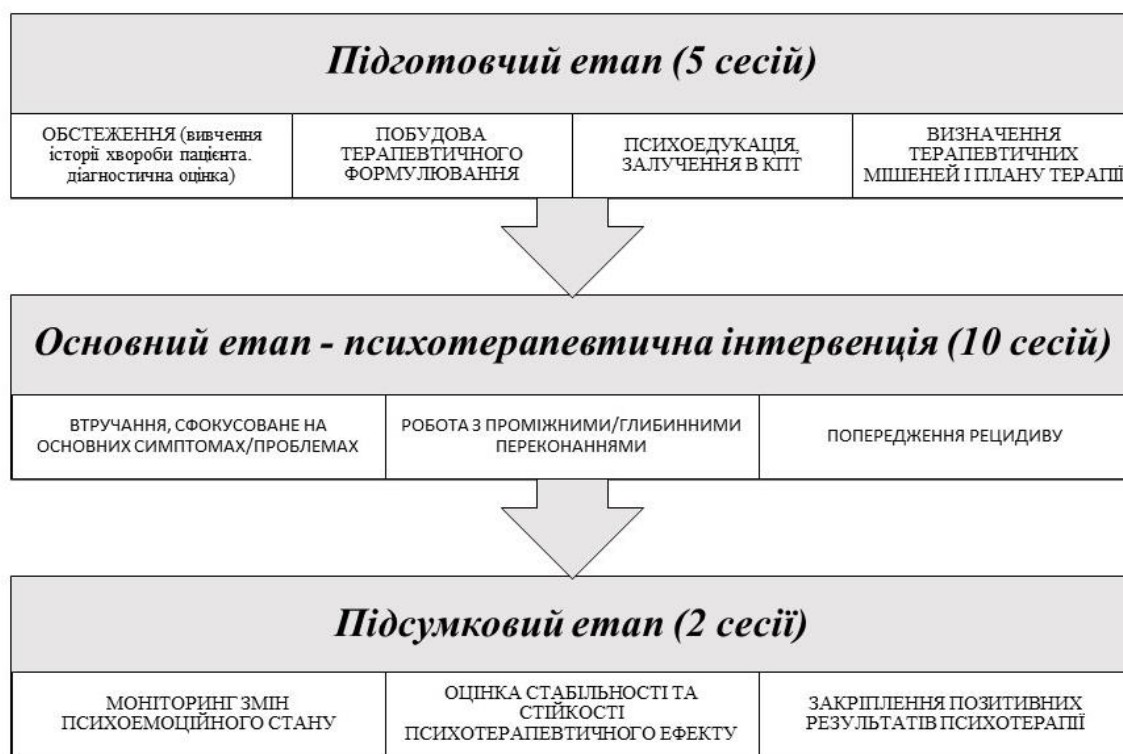


Рис. 4.1. Концептуальна модель управління тривожними станами у хворих на шизофренію

Основними цілями **обстеження в когнітивно-поведінковому підході** є діагностика проблем, обговорення цілей лікування з пацієнтом, планування терапії та спроба сприяти позитивним змінам у пацієнта, починаючи з перших

зустрічей з терапевтом. Обстеження в КПТ є вирішальною складовою успіху лікування.

Три **основні припущення**, які були висунуті при розробці концептуальної моделі управління тривожними станами, що співіснують разом з захворюванням шизофренії у когнітивно-поведінковому підході:

1. *Проблема в симптомах.* Замість того, щоб розглядати симптоми як ознаки «глибших» проблем, які мають стати метою лікування, треба зосередитись на симптомах тривоги пацієнтів, як на проблемах, які потрібно вирішити. Тому розлади, які необхідно лікувати, визначаються симптомами пацієнтів і порушеннями повсякденного функціонування, які вони викликають.

2. *Метою є полегшення симптомів.* Оскільки симптоми розглядаються як проблема, метою терапії є зменшення або усунення цих симптомів. Для того, щоб показати, що лікування було ефективним, повинні існувати певні засоби вимірювання змін у тяжкості симптомів і покращення функціонування.

3. *Лікувальні заходи повинні мати наукові докази ефективності* у зменшенні симптомів.

Як і у випадку з іншими психічними розладами, симптоми тривоги, про які пацієнти повідомляють самі, мають вирішальне значення для діагностики тривожних розладів, а також для моніторингу успіху лікування. Для доказової психотерапевтичної бази важливою є точна, надійна та об'єктивна оцінка «суб'єктивних» симптомів, про які повідомляється пацієнтом. Дослідження показали, що такі звіти є надійними та послідовними навіть у пацієнтів з найбільш серйозними порушеннями [41, 77, 82, 105].

Перший крок оцінювання був зосереджений на більш загальних симптомах тривоги, які існують, з цілю визначення наявності чи відсутності тривожної симптоматики у пацієнта. Наявність вираженої тривожної симптоматики було критерієм включення його до програми дослідження. Другим кроком була оцінка більш специфічних симптомів для виявлення ступеня вираженості проявів симптомів тривожного кола (тривожні стани, ПР,

СФ, специфічні фобії, ГТР, ОКР, ПТСР). Обидві оцінки є важливими для моніторингу успіху лікування.

Цілі оцінювання:

- визначення характеру і тяжкості тривоги пацієнта;
- визначення основного фокусу страхів пацієнта та постановка вірної класифікації тривожної симптоматики;
- отримання інформації для формулювання проблеми;
- визначення конкретних цілей лікування;
- початок терапевтичного залучення та соціалізації пацієнта в модель лікування КПТ.

Області, які були охоплені під час співбесіди з клінічною оцінкою:

1. *Поточні проблеми:* пошук детального опису основних думок, почуттів, фізіологічних симптомів і моделей поведінки, пов'язаних із тривогою пацієнта. Отримання чіткої картини поточної частоти та тяжкості тривоги та пов'язаних із нею симптомів, що включатиме не лише емпіричні симптоми самої тривоги, але й симптоми уникнення та/або безпечну поведінку, а також очікувану тривогу.

2. *Анамнез:* розуміння того, як у пацієнта виникла проблема тривоги та її перебіг після. Отримання розуміння концептуалізації пацієнтом проблеми, що, на його думку, спричинило виникнення проблеми або вплинуло на її перебіг, і що, на його думку, допомогло впоратися з проблемою.

3. *Формулювання:* всебічна оцінка проблеми пацієнта, що визначає можливі фактори підтримки (Рис. 4.2.).

4. *Супутні захворювання:* Важливо оцінити характер зв'язку між симптомами тривоги та будь-яким вживанням психоактивних речовин. Це включатиме отримання детального звіту про історію обох проблем, а також вивчення довгострокового та короткострокового впливу на тривогу пацієнта. Також важливо враховувати супутню патологію з іншими тривожними розладами. Крім того, особливої уваги вимагало диференційне обстеження з основним діагнозом, яким є шизофренія, щоб дослідити його вплив на проблеми

тривоги.

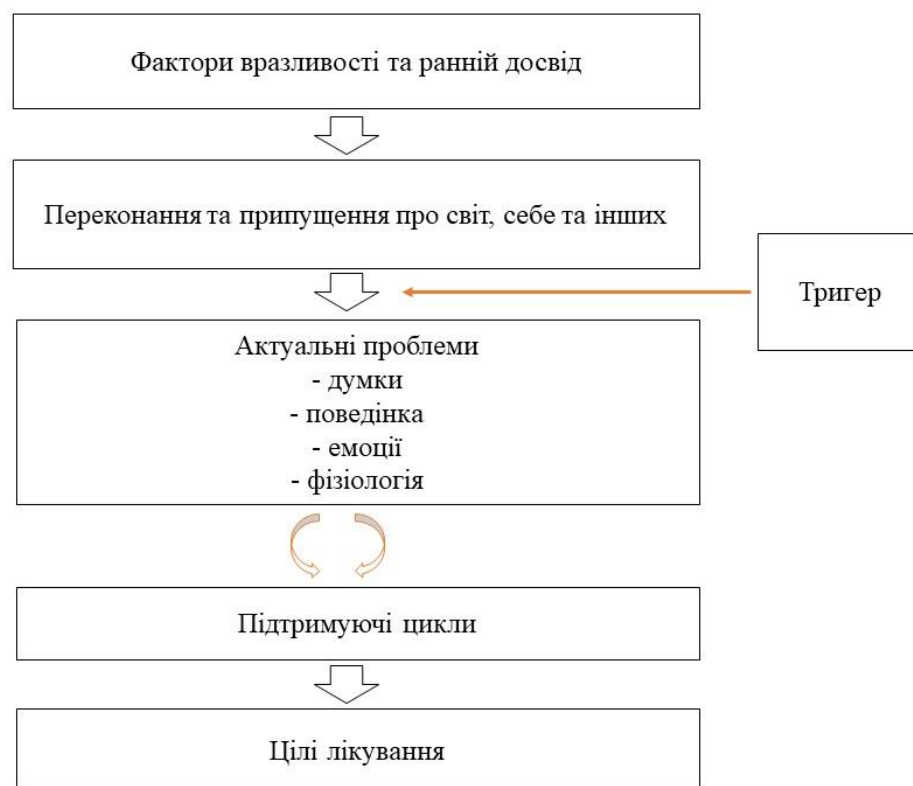


Рис. 4.2. Шаблон формулювання

Інструменти оцінювання:

1. Клінічне інтерв'ю – співбесіда пацієнта з клінічним психологом, як спосіб збору інформації, яка допоможе визначити симптоматику тривожного стану і підібрати відповідний курс лікування.

2. Оцінка базового функціонування проводилась за допомогою попереднього дослідження на етапі формування вибірки. Суб'єктивна інтенсивність переживання тривоги визначалась шляхом застосування стандартизованих самозвітів досліджуваних, процедура проведення яких дозволила їм самостійно оцінити свій психоемоційний стан (шкала особистісної тривожності Спілберга-Ханіна, госпітальна шкала тривоги та депресії – HADS). Об'єктивні симптоми та показники переживання тривоги фіксувались шляхом спостережень за

пацієнтами з підсумковим експертним оцінюванням за експертною шкалою Гамільтона для оцінки тривоги – НАМ-А.

3. Диференціальна діагностика щодо ступеню вираженості проявів симптомів тривожного кола (тривожні стани, ПР, СФ, специфічні фобії, ГТР, ОКР, ПТСР), при розподілі на групи хворих, проводилась із застосуванням міжнародного нейропсихіатричного опитувальника (MINI) - напівструктурованого інтерв'ю, діагностичні алгоритми якого відповідають критеріям DSM-IV та МКХ-10. Для верифікації ми також опиралися на діагностичні критерії та уточнення, запропоновані МКХ-10 на підставі незалежної діагностичної оцінки двох фахівців, зокрема з консультацією лікаря-психіатра.

Клінічне інтерв'ю. Важливість клінічного інтерв'ю включає формування довіри та взаєморозуміння з пацієнтом. Ефективне клінічне інтерв'ю допомагає зібрати інформацію про сімейну історію пацієнта, соціальне життя, роботу, попередній досвід лікування психічного здоров'я та інші фактори, які можуть вплинути на психічне здоров'я та благополуччя, визначити мотивацію пацієнта. Клінічне інтерв'ю є динамічним і гнучким процесом; кожне інтерв'ю – це унікальна міжособистісна взаємодія між пацієнтом і психологом.

В концептуальній моделі управління тривожними станами у хворих на шизофренію має бути врахований той факт, що для оцінки когнітивних, поведінкових та емоційних реакцій на стрес серед осіб, хворих на шизофренію, буде ефективним застосування клінічного інтерв'ю, з аналізом історії життя і хвороби з метою виявлення копінг-стратегій, поведінкових та когнітивних адаптаційних механізмів, що найбільш часто використовуються в загрозливих і тривожних ситуаціях, а також значущих зовнішніх середовищних і психологічних внутрішніх чинників, що вплинули на особливості формування тих чи інших копінг-стратегій і їх трансформацію при тривалому перебігу захворювання. Отримані дані будуть сприяти розумінню психодинамічних механізмів в кожному конкретному випадку, що має значення у виборі

адекватної психотерапевтичної корекції та реабілітаційних заходів.

Соціалізація до лікування. Багато дослідників вважають методи КПТ найбільш перспективними в роботі з ендогенними психічними розладами, а психологічне навчання пацієнтів – важливим етапом у її структурі. Психологічне навчання є передумовою для наступних стратегій психотерапевтичного лікування, щоб пацієнти могли обрати форму терапії, яка є оптимальною для відповідної фази хвороби.

Після діагностики тривожного стану пацієнти повинні бути проінформовані щодо результатів, обґрунтування лікування та варіантів лікування. Терапевт ознайомлює пацієнта з результатами діагностики та надає демографічну та етіологічну інформацію про супутній до шизофренії тривожний стан. Отримання цієї інформації дозволяє пацієнтам побачити, що вони страждають від симптомів тривожного розладу, які можна лікувати, і допомагає їм почати процес перегляду своїх переконань, що вони не можуть мати полегшення свого стану через свій основний діагноз, яким є шизофренія. Це часто має терапевтичний ефект, оскільки це може бути перший раз, коли пацієнт має спосіб зрозуміти свої симптоми. Наявність пояснення симптоматики тривожного розладу зменшить деморалізацію та підвищить мотивацію до лікування. Після діагностики тривожного стану пацієнти повинні бути навчені щодо природи супутньої тривожної симптоматики, її когнітивно-поведінкової концептуалізації, обґрунтування різних втручань і варіантів лікування. Важливо використовувати приклади з власного досвіду пацієнта, щоб проілюструвати, як ця симптоматика розвивається та чим підтримується. Пацієнти часто відчують полегшення, коли дізнаються, що їхні симптоми є звичайні для загальної популяції та що до них доступні перевірені методи лікування. Обговорення обґрунтування лікування та отримання конкретної згоди пацієнта перед продовженням допоможе створити та зберегти мотивацію для етапу лікування. Залучення пацієнта до терапії та навчання його природи тривожних станів є важливим компонентом терапії. Пацієнтів не тільки інформують про супутній до

шизофренії тривожний стан; вони також навчаються щодо факторів, які, як припускають, схиляють, прискорюють і зберігають симптоми. Також детально обговорюється еволюційна основа тривоги, включаючи природу реакції «бийся або біжи» та адаптивну функцію симптомів у захисті людей від справді небезпечних симптомів.

Пацієнти, як правило, добре реагують на навчання щодо супутньої тривожної симптоматики та соціалізацію до лікування. Багато із них ніколи не мали інформацію про можливу супутню тривогу, вони були переконані, що ці симптоми є частиною основного захворювання, яким є шизофренія, це забезпечує величезне полегшення для більшості пацієнтів. Терапевт і пацієнт тепер спільно формують конкретні цілі терапії.

Далі, враховуючи, що втеча або уникнення небезпеки є природною реакцією на справді небезпечні ситуації, ми також допомагаємо пацієнтам зрозуміти, що вони «біологічно готові» також уникати своїх вроджених страхів або втекти від них. З огляду на те, що сьогодні ці подразники більше не є небезпечними, ця вроджена поведінка в кращому випадку неефективна, а в гіршому – допомагає їхнім страхам зберегтися. Уникнення або втеча від цих стимулів створює негайне полегшення і, отже, породжує подальше уникнення та втечу, оскільки люди починають жадати відчуття полегшення кожного разу, коли вони стикаються з фобічним стимулом. Пацієнтам допомагають зрозуміти, що хоча уникнення ситуацій зменшує тривогу в короткостроковій перспективі, воно посилює тривогу в довгостроковій перспективі, зберігаючи у них відчуття, що вони в небезпеці. Уникаючи цих подразників, люди вважають, що вони «уникнули небезпеки» кожен раз, і, отже, продовжують вірити, що ці подразники справді небезпечні. Ми також допомагаємо пацієнтам зрозуміти, що, постійно уникаючи цих подразників і рятуючись від них, вони навчилися вірити, що вони не в змозі впоратися з ситуаціями, які їх лякають, і тому почали почуватися менш ефективними.

Пацієнтам слід повідомити, що когнітивно-поведінкова терапія

тривожних станів забезпечує суттєве полегшення загального стану та покращує якість життя для більшості пацієнтів, але для пацієнтів характерно наявність деяких залишкових симптомів або поява симптомів під час посилених періодів стресу. Це породжує надію, водночас встановлюючи реалістичні очікування.

4.2. Структура концептуальної моделі управління тривожними станами у хворих на шизофренію

Перший етап терапії був зосереджений на комплексній оцінці в КПТ моделі.

Тривалість: 5 сесій (60 хвилин кожна)

Мета: познайомитися з пацієнтом, його проблемою та світоглядом, у якому він концептуалізує свою проблему. Надати пацієнту основну інформацію про процес психотерапії з КПТ.

Завдання:

1. Оцінка труднощів/проблем та поточного функціонування.

а) *Оцінка базового функціонування* проводиться за допомогою попереднього дослідження на етапі формуванні вибірки.

б) *Оцінка більш специфічних симптомів для виявлення ступеня вираженості проявів симптомів тривожного кола* (тривожні стани, панічний розлад, соціальна фобія, специфічні фобії, генералізований тривожний розлад, obsесивно-компульсивний розлад, посттравматичний стресовий розлад).

в) *Побудова списку проблем.* Ця стратегія використовується для виявлення проблем пов'язаних з відчуттям і симптомами тривоги, з якими стикаються пацієнти в повсякденному житті. Проблеми ідентифікуються за допомогою відкритих запитань. Проблеми описуються з точки зору частоти симптомів, їх інтенсивності і функціонального впливу.

г) *Когнітивна оцінка*. Виявлення трьох рівнів некорисного мислення: автоматичні думки, проміжні переконання та основні переконання. Детальна оцінка думок пацієнта, його уявлень, очікувань, життєвих позицій і самооцінки.

д) *Функціональна оцінка поведінки та сприйняття ситуацій* за допомогою АВС моделі (поведінка (В) формується передумовами (А) і наслідками (С)).

2. Соціалізація до терапії.

а) *Надання базової інформації щодо тривоги*.

б) *Представлення когнітивно-поведінкової моделі тривоги*.

в) *Нормалізація досвіду*. Спільне формування здорової альтернативної думки, яка допоможе сприймати тривожність не як катастрофічну проблему, а як певну особливість стану пацієнта, з якою можна навчитися справлятися.

г) *Орієнтація пацієнта на терапію*. Цей крок передбачає обговорення цілеспрямованого та обмеженого в часі характеру терапії, а також обґрунтування вибору формату терапії для вирішення проблем пов'язаних з наявними симптомами тривожного спектру. Скерування і мотивування пацієнта до необхідних втручань.

3. Побудова формулювання. Створення цілеспрямованих клінічних гіпотез на основі попередньо отриманої інформації для визначення варіантів втручання та можливих методів лікування.

4. Формування плану лікування, узгодженої стратегії, яка визначає напрямки терапевтичного процесу. План лікування включає опис причин поточних труднощів пацієнта (наприклад, когнітивні та поведінкові фактори, що викликають симптоми або труднощі) і конкретний план.

5. Виявлення можливих перешкод для лікування.

6. Виявлення допоміжних ресурсів.

Другий етап терапії. На відміну від першого етапу терапії, який був уніфікованим для всіх пацієнтів і був орієнтований здебільшого на навчання щодо супутньої тривожної симптоматики та соціалізацію до лікування, другий

етап був більше орієнтований на психотерапевтичне втручання щодо диференційованих симптомів, беручи до уваги персоналізовану історію кожного пацієнта. Другий етап терапії передбачав серію індивідуальних сеансів терапії, щоб допомогти пацієнту встановити зв'язок між своїми думками, почуттями та діями та тим, як вони впливають на його тривожний стан. Цей етап терапії також спонукає пацієнтів переглянути свій спосіб життя та стежити за своїми думками та діями, щоб зменшити повторення тривожних симптомів. Він мав на меті запропонувати практичні рішення, які можуть допомогти пацієнтам зменшити стрес і покращити загальну функцію.

Тривалість кожної сесії другого етапу була збільшена на пів години, але була чітко обмежена цим часом, як і на попередньому етапі. Додатковий час був використаний на оцінку супутнього стану, підкріплення позитивних змін, досягнутих в ході попередніх етапів, мотиваційну бесіду стосовно продовження лікування, всі ці кроки допомагали утримувати терапевтичний альянс, втрата якого є постійним ризиком в роботі з хворими на шизофренію. Результативність терапевта, тісно пов'язана із задоволеністю пацієнта і збереженням лікування, які є критичними факторами успіху терапії. Збереження альянсу є дуже важливим питанням, оскільки ефективність лікування не можна оцінити, якщо пацієнт припиняє його, а терапевт не може завершити план лікування та максимізувати користь для пацієнта.

Основна передумова когнітивних підходів до терапії полягала в тому, що дисфункціональні або викривлені способи мислення можуть викликати або посилювати дисфункціональні емоції та поведінку. Когнітивні втручання виявлялись і були спрямовані на конкретні спотворені автоматичні думки, неадаптивні припущення та негативні чи іншим чином дисфункціональні схеми. Також було використано поведінкові втручання (наприклад, поведінкову активацію та експозицію), щоб допомогти пацієнту в тестуванні та боротьбі з когнітивними спотвореннями.

Тривалість: 10 сесій (90 хвилин кожна)

Мета: впровадження психотерапевтичного лікування для пом'якшення симптомів тривоги. Підвищення обізнаності пацієнта про його когнітивні процеси та навчання його справлятися з різними переживаннями за допомогою використання функціональних, адаптивних думок і дій.

Завдання:

1. Втручання, сфокусоване на основних симптомах/проблемах.

а) Ідентифікація, тестування і модифікація специфічних когніцій (автоматичних негативних (дисфункціональних) думок). Ознайомлення пацієнта з моделлю страху/тривоги та впровадження навиків ідентифікації думок та емоцій, пов'язаних з певними несприятливими ситуаціями.

б) Виявлення вразливих ситуацій і пов'язаних з ними почуттів/емоцій. Переосмислення досвіду через призму когнітивної моделі: ситуація, автоматична думка та реакція (емоція, поведінка та фізіологічна відповідь організму). Знизити емоційний дистрес, який викликаний неправильною інтерпретацією тієї чи іншої ситуації.

в) Пошук і модифікація усіх ланок підтримуючих циклів. Продовжувати навчати та підтримувати клієнта у виявленні дисфункціонального мислення та розвивати стратегії подолання, які сприяють функціонуванню та позитивному настрою.

г) Тренінг соціальних навичок спрямований на покращення спроможності спілкування з іншими людьми, вирішення проблем в міжособистісних відносинах, висловлювання своїх побажань та задоволення своїх емоційних потреб.

д) Навчання технікам релаксації. Розширити репертуар дій клієнтів, які допомагають пацієнтам бути впевненими в тому, що вони здатні тримати під контролем симптоми тривоги, за допомогою навчання релаксації.

2. Робота з проміжними/глибинними переконаннями. Виявлення та реструктуризація когнітивних спотворень, проміжних і глибинних переконань.

3. Попередження рецидиву. Підготовка пацієнта до завершення терапії і можливого рецидиву. навчити та розширити можливості пацієнта переживати рецидиви.

Підсумковий, третій етап терапії був зосереджений на питаннях підготовки пацієнта до завершення терапії і можливого рецидиву.

Тривалість: 2 сесії

Мета: Оцінка ефективності психотерапевтичного втручання. Робота на попередження рецидиву, навчання і закріплення навичок самодопомоги.

Завдання:

1. **Моніторинг змін психоемоційного стану.** Повторне психодіагностичне обстеження.
2. **Оцінка стабільності та стійкості психотерапевтичного ефекту.**
3. **Закріплення позитивних результатів психотерапії.**

4.3. Особливі виклики психотерапії хворих на шизофренію.

Аналізуючи проблеми з якими ми стикалися і методи за допомогою яких ми їх вирішували впродовж терапії, ми прийшли до висновку, що варто їх поділити на дві групи, перша з яких складала проблеми пов'язані з впливом основного діагнозу, яким є шизофренія, друга описує типові проблеми пацієнтів з тривожною симптоматикою. Ми зосередили свою увагу на першій групі, бо саме вона розкриває критерії особливого підходу до терапії хворих на шизофренію.

Терапевтичний альянс. Угода між пацієнтом та терапевтом про цілі та процес психотерапії розглядається як один з основних компонентів терапевтичного альянсу. Важливо відзначити, що багато хто з тих пацієнтів, у кого діагностовано шизофренію, дотримуються іншого погляду на свої проблеми

та здібності, ніж їхні терапевти, і що відносини терапевта з пацієнтом залишаються крихкими та загрожують потенціалом розриву. У психотерапії угода досягається, коли всі сторони беруть участь у спільній роботі з дослідження та пошуку загального змісту.

Нами може бути відзначено три можливі бар'єри на шляху взаєморозуміння, які необхідно усунути, перш ніж буде встановлена згода на терапію з пацієнтами, які страждають на шизофренію.

Перший полягає в тому, що пацієнт і терапевт можуть не розділяти однакове розуміння контексту того, що відбувається в їхньому діалозі. Таким чином, першою потенційною проблемою на шляху досягнення згоди є необхідність подолання відмінностей в особистих наративах пацієнта та терапевта щодо їхньої ролі в системі психічного здоров'я та ролі самої системи психічного здоров'я. Негативне ставлення та страхи щодо системи психічного здоров'я, включаючи побоювання з приводу конфіденційності та можливих соціальних (наприклад, стигма) та практичних наслідків (наприклад, вплив на майбутнє працевлаштування) – це нормальні та законні страхи, які часто відчують хворі на шизофренію. Навпаки, психотерапевти, розглядають систему як фундаментально доброзичливу і таку, що пропонує необхідну допомогу пацієнтам, що забезпечується як усталеними кодексами професійної етики, так і постійними досягненнями науки. Таким чином, на початку будь-якого лікування першою перешкодою, яку необхідно подолати, є потенційне глибоке розуміння ролей як пацієнта, так і терапевта, а також ширшу роль системи психічного здоров'я. Терапевт може розглядати будь-яку поставлену мету як просто пропозицію шляху до здоров'я, тоді як пацієнт може розглядати її як можливість контролюватись системою та терапевтом.

Другою можливою перешкодою на шляху до встановлення співпраці та постановки цілей є відсутність спільного розуміння між пацієнтом та терапевтом про те, що таке психічне здоров'я та що таке психічне захворювання, або відсутність психічного здоров'я. Широко помічено, що багато пацієнтів із

шизофренією заперечують наявність у них психічного захворювання. Це спричиняє заперечення будь-якого з низки потенційних явищ, у тому числі того, чи є певні переживання симптомами психічного захворювання (наприклад, галюцинації), чи існує взагалі необхідність у лікуванні, чи існують психосоціальні проблеми та, чи відбулися зміни в емоційній та когнітивній сферах. У той час як терапевт може вважати, що симптоми або наслідки хвороби є природними проблемами, навколо яких необхідно почати формувати цілі терапії, пацієнт навпаки, може не бачити таких відправних точок. Така відсутність розуміння пов'язана з поганим прогнозом терапевтичного альянсу.

Третій можливий бар'єр на шляху до досягнення загального розуміння та згоди пов'язаний із переконанням, що пацієнт не може бути рівноправною стороною, яка фактично може осмислити свої проблеми на будь-якій стадії хвороби. Цей можливий бар'єр відноситься до стигми з боку терапевта та само стигми з боку пацієнта. Стигма належить до переконань, які роблять людей із психічними захворюваннями фундаментально відмінними та менш цінними, ніж інші люди. Стигма може впливати на терапевтів і призводити до того, що вони «беруть на себе відповідальність» за зустрічі та вирішують за пацієнтів, які їх потреби чи як їх слід задовольняти. Такі переконання можуть призвести до рішення про те, що пацієнта слід переконати в тому, що він або вона страждає на психічне захворювання, а не обговорювати з пацієнтом його чи її сприйняття та переживання. Стигма також може впливати на терапевтів, змушуючи їх переконувати пацієнтів уникати ризиків, таких як формування романтичної прихильності або спроби здійснити свою мрію, через страх, що вони будуть лише розчаровані та не зможуть впоратися з розчаруванням. Очевидно, що у кожному із цих сценаріїв мало ймовірно, що відбудеться значна співпраця. Інтерналізована стигма передбачає, що пацієнти з діагнозом шизофренії вважають, що вони нездатні керувати своїм життям і тому або йдуть у пасивний і деморалізований стан, або вирішують звернутися до інших, щоб ті розповіли їм, як реагувати на проблеми в їхньому житті. Було виявлено, що інтерналізована стигма широко

поширена серед осіб із шизофренією та тісно пов'язана з низкою негативних наслідків, включаючи депресію, безнадійність, сором, тривогу та низьку самооцінку. Як і у випадку зі стигмою терапевта, якщо пацієнт страждає на самостигму це може перешкоджати терапевтичному альянсу.

Після аналізу та осмислення кожного з цих можливих бар'єрів можливо виробити концептуалізацію того, як цими загрозами можна керувати за допомогою уваги до поточних метакогнітивних процесів та процесів емпатії. Дана концептуалізація допоможе продовжити подальшу систематичну роботу над процесами, які можуть поставити під загрозу згоду на співпрацю, та процесами, які можуть потім прокласти шлях до подолання цих бар'єрів, допомагаючи терапевту розробити нові методи втручання для пацієнтів з діагнозом шизофренія в контексті створення міцних альянсів.

Нереалістичні очікування. Можливо, через те, що когнітивно-поведінкова терапія має репутацію швидкого вирішення проблем, деякі пацієнти мають нереально позитивні очікування щодо терапії. Деякі пацієнти були схильні до думки, що терапія тривожного стану позбавить їх тривоги як такої і більш того, вони зможуть позбутися діагнозу шизофренії. Ми вважаємо корисним заздалегідь вивчити ці очікування разом з пацієнтом і детально пропрацювати їх. Але при цьому треба звернути увагу на те, що віра в ці помилкові судження може призвести до заперечення необхідності терапії в цілому, у разі їх негативної оцінки з боку терапевта. Ми маємо поступово змістити акцент з думки «я позбудусь захворювання» в бік більш здорової думки «я буду мати шанс полегшити свій стан», що буде підтримувати мотивацію до лікування.

Вплив стигматизації. Насправді є вагомі докази того, що психічні захворювання, особливо шизофренія, спричиняють серйозну соціальну стигматизацію, і що багато з тих, кому поставлений діагноз, засвоюють цю стигму, страждають від сорому та заниженої самооцінки. Звичайно, ймовірно, що уявна стигма не завжди може відповідати «об'єктивній». Коли пацієнти з

шизофренією відчують загрозу в потенційно ворожому, неприйнятному середовищі (будучи знеціненими та маргіналізованими), це приводить їх до думки про відсутність у них соціальної сили захистити себе та активує різні захисні емоції та стратегії. На додаток до стандартних проблем, пацієнти з шизофренією часто мають унікальні проблеми, пов'язані з їхнім сприйняттям терапії як ще однієї соціальної ситуації, у якій їх можна судити. Ці пацієнти часто дуже тривожні під час первинної оцінки. Вони можуть неохоче розкривати особисту інформацію та можуть мати труднощі з повідомленням про свої занепокоєння. У міру прогресування терапії вони можуть бути гіперчутливими до сприйнятих суджень терапевта. Така поведінка створює і проблему, і можливість. Перша мета – допомогти пацієнтам почуватися комфортно. М'який, тактовний, чуйний і не надто нав'язливий підхід є важливим і має пріоритет над отриманням усіх відповідних деталей під час першої зустрічі. Відкриті запитання, твердження та емпатичні роздуми можуть бути кориснішими, ніж повторювані прямі запитання. Це також може бути корисним для нормалізації тривоги пацієнтів, інформуючи їх про те, що люди зазвичай відчують тривогу, коли вони вперше приходять на терапію.

По ходу терапії терапевт повинен знати про будь-які зміни в емоційному стані або поведінці пацієнта під час сеансів. Пацієнта можна запросити співпрацювати з терапевтом, щоб з'ясувати, що призвело до таких змін. Це часто виявляє переконання, що терапевт робить негативне судження про пацієнта. Потім можна досліджувати докази цих думок. Якщо, як це зазвичай буває, пацієнт помиляється щодо судження терапевта, терапевту може бути корисно сказати пацієнту, що він або вона насправді думав. Такі обговорення важливі з двох причин: вони надають додаткові докази для протидії негативним переконанням пацієнта; і вони перешкоджають формуванню у пацієнта негативного сприйняття почуттів терапевта щодо нього чи неї, що інакше може призвести до передчасного припинення терапії.

Приклад терапевтичного випадку

Наведений нижче приклад має на меті проілюструвати спосіб, за допомогою якого можна досягти значного прогресу у лікуванні симптомів тривоги протягом 17 сеансів лікування, а також необхідність додаткового лікування у відповідності від цілей пацієнта.

Представлення проблеми: Пацієнтка А., вік 21 рік була залучена до програми в літку 2019 року. В історії хвороби пацієнтки зазначено діагноз F20 – «Шизофренія», описано 3 психотичні епізоди (осінь 2017 р., весна 2018 р., літо 2019 р.), кожний з них супроводжувався госпіталізацією. На момент дослідження працевлаштована в ІТ компанії, працює дома, віддалено.

Перші п'ять сеансів було присвячено підготовчому етапу терапії. Була проведена діагностична оцінка: дослідження особистісних характеристик та характеру когнітивних процесів, поведінки, а також оцінка наявності психотравмуючих ситуацій та соціальних факторів, як несприятливих, так і тих, що сприяють адаптації. Діагностика проводилася з дотриманням усіх вимог, що пред'являються до проведення таких досліджень у клініці, і включала клінічне інтерв'ю та роботу пацієнта з необхідними діагностичними методиками, шкалами та опитувальниками.

Анамнез життя і хвороби: Психічний анамнез не обтяжений. Народилася в місті Т., від здорової вагітності у фізіологічних неускладнених пологах, друга дитина в сім'ї. Ходити і говорити почала вчасно. Дитячі інфекційні захворювання заперечує. Відвідувала дитячі дошкільні установи. У 7 років пішла до школи, закінчила 11 класів. За рівнем фізичного і розумового розвитку від однолітків не відставала. У школі навчалася добре, була трохи відстороненою, стидалася бути в центрі уваги, багато друзів не мала, соромилась, що «недостатньо цікава для інших». Захоплювалася читанням художньої літератури і малюванням, «щоб мати хоч які здібності, які б могли бути оцінені іншими». Після закінчення школи, в 17 років, вступила в педагогічний університет, обравши професію

перекладача. Університет покинула після 1,5 років навчання. Під час навчання в університеті, була оточена надмірною увагою сокурсників, що визивало багато напруги і було бажання уникнення цієї уваги, *«тому що не хотілось показувати всім свою необізнаність в деяких питаннях»*, тому вирішила покинути навчання. Після того, як покинула університет, поїхала до матері за кордон. Намагалася там знайти друзів, роботу і якось влаштуватися. Спроби були невдалими, тому що не було знання мови та мала велику невпевненість у собі, *«здавалось, що всі дізнаються про мою некомпетентність, тому більшість часу у спілкуванні я мовчала і тому, здається, люди мене сприймали, як нудну»*, *«мені здається, що якщо ти не ідеальний, не в змозі скласти про себе гарне враження, тебе відкинуть, а щоб здаватися ідеальним треба бути розумним і завжди казати щось дотепне»*, *«через моє хвилювання, яке всі бачили, людям напевно здавалось, що зі мною щось не так і тому я вимушена була уникати зустрічей»*, *«я не достатньо розумна, щоб досягти успіху»*. Відзначає цей епізод як сильний стрес, тому вирішила повернутися до України *«я була сильно пригнічена тим, що не змогла адаптуватися за кордоном через свої страхи і невпевненість в собі»*. Після повернення додому пацієнтка мала перший епізод психозу та госпіталізацію (листопад 2017). Через півроку знову потрапила до лікарні, там було поставлено діагноз F20. Після виписки з лікарні влаштувалася на роботу офіціанткою, що визивало додатковий стрес через необхідність надмірного спілкування з клієнтами, почала вживати алкоголь для зниження стресу. Літом 2019 року потрапила в лікарню з третім епізодом психозу.

Сімейний анамнез: мати описує, як турботливу, працюовиту, вона утримувала всю сім'ю, бо батько не працював багато часу. Стосунки з матір'ю характеризує як хороші, дружні, відзначає, що й досі звертається за порадами до матері, в постійному контакті з нею. Стосунки з батьком описує, як складні. Помер від хвороби, коли пацієнтці було 15 років. *«Батько був дуже вольовою людиною, але в дивному значенні цього слова він був психічно вольовим, а фізично ні. Коли він розповідав якісь історії зі свого життя, то він наприкінці завжди*

виходив переможцем, з цього складалося враження, що він вольова людина та лідер. Але таких подій, що підтверджують це за своє життя з ним, я не бачила. Він просто сидів удома на дивані, мама працювала на всю сім'ю. Він умів якось розподіляти свою владу на всю сім'ю та самостверджувався за рахунок усіх. У підлітковому віці мої рожеві окуляри стали трохи сповзати, і я почала бачити, що він веде себе не так, як каже про себе, і тоді я почала злитися на нього і в нас було багато конфліктів. Він мав жорсткі методи виховання, він лаяв нас, не дозволяв висловлювати свою точку зору. Він говорив - ти олух царя небесного, тупа... ніколи не слухав моєї думки». Смерть батька переживала відсторонено «Все запхала всередину себе, я плакала для того, щоб люди не подумали, що я безсердечна. Була порожнеча і оніміння. Коли він помер, я мала незрозумілий стан, притуплені всі відчуття».

Дослідження симптоматики: Оцінка базового функціонування проводилась за допомогою попереднього дослідження на етапі формування вибірки. Показник за шкалою особистісної тривожності Спілберга-Ханіна - 44, за госпітальною шкалою тривоги та депресії – HADS - 10, за експертною шкалою Гамільтона для оцінки тривоги – HAM-A - 22.

На момент первинного обстеження психотичні симптоми пацієнтки в основному були ослаблені та практично не виявлялися. Однак, при дослідженні сфери соціальної взаємодії було виявлено стійкі помилкові судження та висновки, які не піддавались переконанням, незважаючи на явне протиріччя дійсності. Вона виказувала припущення про те, що дії, коментарі знайомих та незнайомих людей, стимули й об'єкти навколишнього середовища мають до неї безпосереднє відношення.

Важливим джерелом переживань були хвороба і пов'язані з цим обмеження у сьогоденні та майбутньому, що викликало сильну тривогу та занепокоєння. Пацієнтка зазначала, що позитивні емоції, які вона могла періодично відчувати, сильно лякали її, оскільки її переконання були спрямовані на взаємозв'язок підвищеного фону настрою з загостренням стану шизофренії і

можливим гострим психозом. Крім того, переживання позитивних емоцій сприймалося як втрата контролю, що провокувало відхід у зайві роздуми (аж до обсесій).

Дослідження поведінкових факторів свідчило про те, що стратегія уникання соціальної взаємодії слугувала значному зменшенню стресу. Особливістю такої поведінки було те, що пацієнтка охоче шукала соціальної взаємодії, як такої, вона зустрічалась з друзями, відвідувала багато заходів, але поводити себе там дуже обережно, намагалася бути непоміченою, здебільшого мовчала і не проявляла ініціативи у спілкуванні. Вона відмічала, що люди охоче йшли з нею на контакт при якому вона здебільшого відчувала сором, напругу (що супроводжувалась фізіологічними проявами), страх бути нецікавою у спілкуванні. Їй здавалось, що якщо люди дізнаються про її діагноз, що може стати зрозумілим в спілкуванні з нею (за її припущенням), вони відстороняться від неї назавжди і будуть засуджувати. При цьому доповідала, що має декілька друзів, які знають про її складнощі зі здоров'ям і це не міняє їх відношення до неї. Вона припускала, що її побоювання щодо «її викриття» є дещо перебільшеними, але їй було важко їх контролювати і ними керувати. Загалом у спілкуванні, пацієнтка була відкритою, цікавою, здавалась обізнаною в багатьох питаннях, вона мала дуже правильну і грамотну мову, але при акцентуванні на цьому зі сторони терапевта сумнівалась і стидалась зворотного зв'язку, що до цього. Вона вказувала на те, що навіть, якщо вона і є розумною і цікавою, то не вміє цим користуватись, не знає, як вести себе в спілкуванні, як налагоджувати стосунки і нові знайомства.

Пацієнтка також відмічала застосовування поведінки уникнення в ситуаціях можливого отримання позитивних емоцій, бо це лякало її не визначеністю в ідентифікації свого стану. Їй здавалось, що коли вона має ознаки підвищеного настрою, їй буде важко вже контролювати свою поведінку і це може привести її до психозу, що в свою чергу буде негативно і засуджено оцінено зі сторони інших. В таких ситуаціях вона мала або отримувати

підтвердження/завіряння в своїй «адекватності» зі сторони, або уникати таких ситуацій, якщо поруч не було того, хто міг би дати їй запевнення. Тому вона часто відмовляла собі в тих чи інших заходах з ресурсною активністю, що нерідко провокувало стани зниженого настрою і незадоволення собою і життям в цілому.

Дослідження когнітивних факторів демонструвало деякі особливі уявлення про людей у соціальній взаємодії. Ключовими переконаннями були такі: *«люди спостерігають за моєю поведінкою, щоб бути ними схваленою, я маю відповідати високим критеріям, яких я не маю, тому я здебільшого нервую у таких ситуаціях»*, *«моя тривога може бути помічена і люди дізнаються про мою хворобу і тоді точно не забажають зі мною мати справу»*, *«коли я ховаюсь, люди не знають яка я, і їх тоді може приваблювати моя загадковість»*. Ці дисфункціональні переконання підтримувались спотвореною когнітивною обробкою до, під час і після соціальних подій, що провокувало тривогу. Пацієнтка розповідала про те, що перед кожною запланованою соціальною взаємодією чітко планує, як себе поводити, що говорити, щоб уникнути засудження і негативного сприйняття. Така зосередженість на можливих негативних наслідках посилювала передбачувану тривогу. Під час події вона здебільшого була зосереджена на поглядах в її бік і на діях інших людей по відношенню до неї, намагаючись ідентифікувати ці реакції щодо себе. Цей контроль заважав зосередитись на спілкуванні і взаємодії. Резюмуючи всі переконання, ми виділили їх в дві групи, перша група стосувалась переживань стосовно побоювань соціальної взаємодії і її уникнення через низьку самооцінку і дисфункціональні глибинні переконання стосовно себе і оточуючих, друга була пов'язана зі стигматизацією стосовно захворювання шизофренії, яка також мала безпосередній вплив на підтримку циклів уникнення соціальної взаємодії.

Проблеми та подальші цілі були описані у конкретних термінах, щоб зберегти клінічну спрямованість (табл. 4.1.).

Таблиця 4.1

Постановка проблем та цілей лікування

Проблема	Зміст	Вплив	Ціль
Страх соціальної взаємодії	Страх негативних наслідків соціальної взаємодії: надмірної уваги, критики, негативної оцінки, відкидання з боку інших людей. Більшість часу, у всіх сферах життя окрім сімейних стосунків.	Підвищення рівня тривоги, уникнення соціальної взаємодії, почуття самотності, зниження настрою, негативна самооцінка, відчуження.	Оскаржити негативні переконання стосовно соціальної взаємодії, покращити соціальні навички.
Низька самооцінка	Викривлене негативне самосприйняття. Гостра реакція на критику.	Підвищення рівня тривоги, почуття нікчемності, знецінення, зниження здатності до продуктивної діяльності, труднощі в міжособистісних і трудових відносинах, думки про недоцільність існування.	Корекція ставлення до себе – формування адекватного уявлення, робота з негативними думками і глибинними переконаннями про себе, як особистість. Розвиток самоспівчуття.
Стигматизація. Страх позитивних емоцій	Кваліфікація позитивного настрою, як загострення психотичного стану. Надмірний контроль над емоціями. Ситуативно.	Страх, надмірний контроль емоцій, напруга. Знижений рівень активності, фізичне і психічне виснаження, апатія, зневіра у майбутнє.	Оскаржити негативні переконання стосовно стигматизації. Навчитися бути з позитивними емоціями, виробити план ресурсних активностей.

Концептуалізація випадку. Симптоми А. були концептуалізовані за допомогою когнітивно-поведінкової моделі. Передбачається, що ранній досвід створив у А. припущення про неї саму та світ, що призвело до того, що вона мала надмірно високі стандарти щодо своїх соціальних результатів, умовні переконання щодо їх виконання і безумовні негативні переконання щодо себе. Страх А., що вона може зробити щось, що збентежить її в соціальних ситуаціях,

інтерпретувався як загальний симптом соціальної фобії. Однак одним із джерел цього було її занепокоєння тим, що інші можуть почути її думки та засудити її, і тому існував синергетичний зв'язок між соціальною фобією та її мареннями. Ці переконання спонукали її оцінювати соціальні ситуації як небезпечні та тлумачити неоднозначну або нейтральну інформацію, як ознаки негативної оцінки.

Дотримуючись моделі соціальної фобії, страх А. перед соціальними ситуаціями концептуалізувався як такий, що підтримується кількома процесами, включаючи розгляд себе як соціального об'єкта, у якому її увага спрямована на детальний самоконтроль. Крім того, у порівнянні з соціально тривожними думками непсихотичних індивідів, очікується, що страх А., що інші можуть почути її думки, міг бути більш нав'язливим і його важко було оскаржити. Крім того, щоб звести до мінімуму виникнення катастрофи, яку А. побоювалася, вона виконувала низку «безпечних дій», що, у свою чергу, посилювало концентрацію уваги на собі, викликаючи когнітивні та соматичні симптоми соціальної тривоги та привертаючи увагу інших. Уникання А. страшних соціальних ситуацій розглядалося як втеча від тривоги, яка супроводжує наближення до таких ситуацій. Подальше використання А. безпечної поведінки в цих ситуаціях завадило дізнатися, що її побоювання результату збентеження може насправді не здійснитися, і насправді ці наслідки, як правило, не відбуваються.

Симптоми депресії включали ангедонію, труднощі з концентрацією, низьку мотивацію. Соціальна фобія і депресія зазвичай є коморбідними, причому оцінки коморбідної депресії в осіб із соціальною фобією коливаються до 74,5% [90]. Симптоми депресії у А. були концептуалізовані як такі, що виникають частково через її уникнення соціальних ситуацій та іншої корисної діяльності, що включає соціальну взаємодію. Очікувалося, що поведінкова активація полегшить симптоми депресії за допомогою стратегій активації (наприклад, планування діяльності) для протидії моделям бездіяльності, відсторонення та уникнення та посилення позитивного підкріплення. Незважаючи на те, що

симптоми депресії у А. були здебільшого концептуалізовані уникненням від соціального спілкування, деякі з її симптомів (наприклад, низька мотивація) могли бути пов'язані з факторами, не пов'язаними з соціальною фобією. Зокрема, депресивні симптоми могли бути безпосередньо пов'язані з діагнозом шизофренія. Крім того, її депресивні симптоми могли бути пов'язані з антипсихотичними препаратами, які часто пов'язані із седативними та іншими побічними ефектами.

Загальний план лікування:

Сесія 1-5.

1. Оцінка труднощів/проблем та поточного функціонування:

- *Оцінка базового функціонування*
- *Визначення диференційного діагнозу тривожного кола*
- *Побудова списку проблем*
- *Когнітивна оцінка*
- *Функціональна оцінка поведінки та сприйняття ситуацій*

2. Соціалізація до терапії:

- *Надання базової інформації щодо тривоги та шизофренії + додатковий блок щодо депресії*

- *Представлення когнітивно-поведінкової моделі тривоги*
- *Нормалізація досвіду*
- *Орієнтація на терапію*

3. Побудова формулювання.

4. Формування плану лікування.

5. Виявлення можливих перешкод для лікування.

6. Виявлення допоміжних ресурсів.

Сесія 6-15.

1. Когнітивні втручання:

- *Ідентифікація автоматичних думок*

- *Співвідношення автоматичних думок з емоційними і фізіологічними реакціями, які здійснюють вплив на поведінку*

- *Тестування автоматичних думок*
- *Змінення думок – раціональна відповідь на провокуючу ситуацію*
- *Поведінкові експерименти*
- *Когнітивна реструктуризація дезадаптивних переконань*

2. Поведінкові інтервенції:

- *Оцінка потреби в тренуванні релаксації. Якщо є показання, початок навчання*

- *Експозиція в уяві/рольова гра*

Сесія 16-17.

1. Підготовка до майбутнього і профілактика рецидиву.

- *Перегляд технік, які пацієнт визнав корисними*
- *Обговорення можливих майбутніх проблем та шляхів їх вирішення*

На початковому етапі терапії клієнтка йшла на контакт, добре витримувала сеттинг, демонструвала зацікавленість у терапії. Відмічалися складнощі з виконанням домашніх завдань. Інтерес виявлявся при заповненні опитувальників і при їх інтерпретаціях, а також загалом до психоедукації про основний діагноз і супутні симптоми тривоги та депресії. Після кількох сесій терапії вже стало можливим говорити про зменшення симптомів депресії, а також про зміщення акценту терапії на стан тривоги та роботи з дисфункціональними глибинними та проміжними переконаннями у вигляді постановки додаткових цілей терапії. Основна робота була зосереджена на зміні оцінки тривожних психічних переживань з допомогою психоедукації та нормалізації цих переживань. Були використані техніки, спрямовані на зменшення симптомів тривоги, корекцію когнітивних спотворень, емоційного сплосчення, розвиток здатності до подолання стресу, формування нових адаптивних поведінкових стратегій.

Основний етап терапії було завершено восени 2019 року. Пацієнтка повідомляла, що вона значно менше відчуває тривогу в соціальних ситуаціях. Вона відмічала, що тепер, маючи розуміння своїх страхів і того, як вона на них реагує, вона легше сприймає, намагається не катастрофувати, як саму соціальну взаємодію, так і її наслідки. Однак, їй все ще важко адаптувати свою поведінку до змін когнітивного сприйняття. Вона також відмічала дуже позитивні зміни, щодо стигматизації. На момент завершення основного етапу терапії показник сили впевненості у наростаючому психотичному стані зменшився з 95% до 55%. Також було відзначено зниження показників рівня тривоги та депресії за «Шпитальною шкалою тривоги та депресії (HADS)» з 10 балів до 8, за опитувальником для визначення реактивної та особистісної тривоги Спілбергера - Ханіна (STAI) з 44 до 38 балів, за експертною шкалою Гамільтона для оцінки тривоги – HAM-A з 22 до 17.

Незважаючи на те, що А. повідомляла, що її симптоми депресії значно покращилися, вона усе ще відчувала помірну депресію. Як зазначалося раніше, симптоми депресії А. були в основному концептуалізовані, як результат уникнення соціального спілкування, пов'язаного з СФ, але, можливо, також були пов'язані з шизофренією. Специфічні симптоми депресії А. включали легке виснаження, що змушувало її докладати значних зусиль для виконання рутинних завдань. Вона також була розчарована своїми минулими невдачами, мала труднощі з прийняттям рішень. Ми постійно заохочували її змусити себе проводити час з друзями та родиною, і вона часто повідомляла, що це допомагало полегшити її симптоми депресії.

Іншим фактором, який ускладнював випадок А., був її опір брати участь у експозиціях. Вона продовжувала чинити опір участі в експозиції, як під час сесії, так і з тими кроками, які були призначені для виконання домашнього завдання, через їх неприємний характер. Щоб збільшити комплаєнс, ми перевіряли виконання домашнього завдання кожну сесію, хвалили її за виконане домашнє завдання та регулярно наголошували на важливості його виконання. У

тих випадках, коли А. не виконувала призначене домашнє завдання, ми направляли А. у вирішення проблем, які перешкоджали виконанню завдання, і завдання призначалося знову. Хоча А. не виконувала усі дії, призначені для домашнього завдання, вона виконала достатню кількість вправ, що призвело до покращення симптомів.

Висновки до четвертого розділу

1. Концептуальна модель управління тривожними станами у хворих на шизофренію включає ряд обов'язкових елементів: вивчення історії хвороби пацієнта, побудова деталізованої клінічної картини перебігу шизофренії та симптомів тривожного розладу, побудова терапевтичного формулювання та визначення мішеней психотерапевтичного втручання, вибір форми психотерапії, психоедукація пацієнта, апробація різноманітних методів та технік контролю та тактичного реагування психотерапевта на супутню позитивну симптоматику шизофренії, застосування усього арсеналу психотерапевтичних технік когнітивно-поведінкового підходу, моніторинг змін психоемоційного стану пацієнта після психотерапії, закріплення позитивних результатів психотерапії.

2. Обстеження має на меті визначити, описати, виміряти та, що найважливіше, зрозуміти проблеми пацієнта. Успішна терапія тривоги залежить від сучасного розуміння факторів, що зберігають проблему, і постійна оцінка цих факторів потрібна в міру прогресування лікування. Недосягнення цілей терапії може призвести до повторної оцінки; отже, будь-який сеанс буде складатися з формулювання оцінки та лікування.

3. Враховуючи той досвід з яким ми стикнулися, ми можемо зробити висновки, що шкала оцінки тривоги, розроблена спеціально для популяції хворих на шизофренію, може бути корисною для полегшення досліджень у цій галузі. Таким чином, це попереднє дослідження може лягти в основу подальшого дослідження для розробки шкали оцінки тривоги зі специфічністю для

шизофренії. Необхідна подальша робота, щоб розробити більш точні інструменти вимірювання для цієї підгрупи пацієнтів.

4. Для більшості пацієнтів дотримання кроків плану лікування дає хороші результати. Інші пацієнти виявлятимуть проблеми, які перешкоджають лікуванню, починаючи від життєвих криз і закінчуючи характерологічною стійкістю. У кожному випадку терапевт повинен використовувати клінічне судження, щоб адаптувати пакет до потреб пацієнта, пам'ятаючи при цьому про методи, які є важливими для успішного лікування конкретного випадку.

5. У цьому розділі представлені можливі варіанти проблем, які можуть виникнути під час роботи з пацієнтами з діагнозом шизофренія та пропозиції їх можливих рішень. Ці проблеми розуміються з погляду можливих бар'єрів: різне сприйняття пацієнтом та терапевтом ролі системи психічного здоров'я, різні рівні розуміння пацієнта та теоретичних поглядів терапевта, а також стигматизуючі переконання, яких дотримується пацієнт та терапевт. Дозвіл цих можливих бар'єрів дозволяє досягти спільних цілей та згоди.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлено теоретико-емпіричне дослідження ефективності застосування методів когнітивно-поведінкової терапії для подолання тривожних станів у хворих на шизофренію. У процесі підготовки дисертації було теоретично доведено та обґрунтовано зв'язок шизофренії з симптоматикою тривожного кола (тривожні стани, панічний розлад, соціальна фобія, специфічні фобії, генералізований тривожний розлад, obsесивно-компульсивний розлад, посттравматичний стресовий розлад), висока вірогідність їх поєднання, визначено ключові феноменологічні особливості та рівні прояву тривожності у хворих на шизофренію, розроблено концептуальну модель управління тривожними станами у хворих на шизофренію, підібрано дієві техніки когнітивно-поведінкового підходу для здійснення психотерапевтичної інтервенції та емпірично перевірено ефективність їх застосування для зниження інтенсивності суб'єктивного переживання тривоги та його соматичних (вегетативних, респіраторних, серцево-судинних) маніфестацій у хворих на шизофренію. Досягнення поставленої мети та завдань дослідження дозволяють зробити ряд важливих узагальнень та висновків.

1. Шизофренія являє собою ендогенне психічне захворювання, симптомами якого є рецидивні епізоди марення, галюцинацій, ослаблена емоційна експресія, стійкі когнітивні дисфункції, патологічне ядро яких захоплює когнітивну, емоційну та мотиваційну сферу індивіда. Віднесеність шизофренічного захворювання до ендогенних психотичних захворювань означає стійку дезадаптацію хворих на шизофренію, стійку втрату зв'язку з реальністю, в основі яких лежить грубе порушення єдності процесів мислення. Тривожність у хворих на шизофренію проявляє себе як комплекс дисфоричних поведінкових, когнітивних та фізіологічних реакцій, зумовлених надмірними мобілізаційними процесами в організмі, що виникають без чітко визначеної зовнішньої загрози та суб'єктивно відчувається як очікування чогось неприємного, погане передчуття,

психоемоційна напруга. Рівні прояву симптомів тривожних станів у пацієнтів, які мають шизофренію, включають емоційний, когнітивний та фізичний компоненти. У більш узагальненому варіанті можна виділити суб'єктивний (суто психологічний рівень прояву тривожності, що включає емоційний, когнітивний та поведінковий компоненти) та соматичний (вегетативні, респіраторні та серцево-судинні симптоми тривоги) рівні прояву симптомів тривожних станів у хворих на шизофренію.

2. Ендогенні психози тісно взаємодіють з невротичними психічними розладами функціонального походження, зокрема, з фобіями та симптомами тривоги. Оскільки тривожні симптоми пов'язані з шизофренічним захворюванням реципрокними зв'язками, супутні прояви тривожності можуть посилюватись або згладжуватись в залежності від клінічної картини та тривалості хронічного перебігу шизофренії. Загальнопсихологічний механізм виникнення тривожних станів у хворих на шизофренію майже не відрізняється від осіб, які демонструють тривожну симптоматику, але не мають в анамнезі шизофренічного захворювання, та досить ґрунтовно описується когнітивною моделлю виникнення тривожних станів. Суголосно когнітивній моделі тривоги, усі тривожні стани пов'язані з перебільшеним сприйняттям серйозності та інтенсивності загрози з одночасною недооцінкою ресурсів для її подолання. Феноменологічна схожість проявів тривоги та різних симптомів шизофренії змушує звернути увагу на значні діагностичні труднощі при розрізненні симптоматики тривожного кола (тривожні стани, панічний розлад, соціальна фобія, специфічні фобії, генералізований тривожний розлад, obsесивно-компульсивний розлад, посттравматичний стресовий розлад) та симптомів, первинним ядром яких є шизофренічне захворювання, що пов'язано з особливостями маніфестації негативних та продуктивних симптомів при шизофренії, зовнішньою подібністю окремих з них при принципово нетотожних внутрішніх механізмах виникнення та джерелах походження цих психічних порушень. Висока розповсюдженість поєднання шизофренії та тривожних станів

пов'язана з вираженою генетичною схильністю таких пацієнтів до численних когнітивних та емоційних дисфункцій, а також астеничних проявів.

3. В роботі підкреслено, що в основі когнітивно-поведінкової терапії лежить когнітивна модель психопатології, суголосно якій на емоції, реакції організму та поведінку людей впливає їх сприйняття подій. Не реальні ситуації визначають почуття та поведінку людей, а те як вони сприймають та оцінюють ці ситуації. В ході проведеного дослідження, з'ясовано, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) тривожних станів хворих на шизофренію описує складний механізм перетворення адаптивної тривоги, що носить лінійний характер, у тривожний стан, що характеризується циклічним характером виникнення тривоги. У випадку тривожних станів внаслідок того, що когнітивні інтерпретації хворого набувають неадекватного характеру, реакція тривоги «застрягає», що провокує утворення самопідтримуючого циклу, який призводить до закріплення та ескалації тривоги. З опорою на когнітивну модель виникнення тривожних станів представниками когнітивно-поведінкового підходу було запропоновано ряд дуже дієвих психотерапевтичних технік, мішенями яких є саме тривожні та фобічні стани. Доведено, що в якості складової програми комплексного лікування та реабілітації хворих на шизофренію, КПТ може використовуватися як важливий терапевтичний інструмент при корекції симптомокомплексу тривожних станів, та повинна бути включеною до протоколів лікування тривожних станів у хворих на шизофренію, як важливий компонент комплексного плану допомоги поряд з медикаментозною терапією.

4. На основі проведеного науково-практичного дослідження, було запропоновано модель психотерапевтичних інтервенцій методом КПТ для управління тривожними станами у хворих на шизофренію, яка ефективно доповнює психофармакотерапію основного захворювання та сфокусована на тривозі, пов'язаній із власними психічними переживаннями пацієнтів. Запропонована концептуальна модель управління тривожними станами у хворих на шизофренію характеризується ясною і наочною структурою поділеною на

етапи, кожен з яких логічно доповнює один одного від початку терапії до її завершення. Концептуальна модель управління тривожними станами у хворих на шизофренію включає ряд обов'язкових елементів: вивчення історії хвороби пацієнта, побудова деталізованої клінічної картини перебігу шизофренії та тривожного стану, побудова терапевтичного формулювання та визначення мішеней психотерапевтичного втручання, вибір форми психотерапії, психоедукація пацієнта, застосування усього арсеналу психотерапевтичних технік когнітивно-поведінкового підходу, моніторинг змін психоемоційного стану пацієнта після психотерапії, закріплення позитивних результатів психотерапії.

5. В результаті проведеного дослідження, виділено наступні функціональні компоненти, що визначають хід експериментальної оцінки когнітивно-поведінкової терапії тривожних станів у пацієнтів, хворих на шизофренію: діагностична, тривожна, вікова, інформаційна, патологічна. За допомогою методів статистичної обробки даних, виокремлено найбільш ефективні, з позиції їх діагностичного потенціалу, методи виявлення тривожних станів у хворих на шизофренію, зокрема: клініко-психопатологічний метод, психодіагностичний метод та методи статистичної обробки даних. В рамках застосування клініко-психопатологічного методу нами було розроблено авторську анкету в якій було систематизовано зібраний масив відомостей щодо респондентів, які увійшли до складу вибірки дослідження. Здобутком проведеного дослідження та задля сприяння розуміння психодинамічних механізмів, стало розроблення і впровадження в практику допомоги хворим на шизофренію, клінічного інтерв'ю, орієнтованого на особливості соціального життя пацієнта, оцінку попереднього досвіду лікування та його впливу на психічне здоров'я та благополуччя, мотивацію пацієнта, а також оцінку його когнітивних, поведінкових та емоційних реакцій на стрес.

6. У результаті експериментальної перевірки психотерапевтичного потенціалу когнітивно-поведінкового підходу щодо подолання симптомів

тривожних розладів станів у пацієнтів із шизофренією було встановлено, що після реалізованої психотерапевтичної інтервенції із застосуванням комплексу прийомів та технік когнітивно-поведінкової терапії діагностичні показники інтенсивності суб'єктивного переживання тривожності, соматично-функціональні симптоми переживання тривоги та рівні вираженості особистісної та ситуативної тривожності стали на статистично достовірному рівні меншими. Статистично було доведено, що відбулося значне зниження кількості шизофренічних хворих з субклінічним рівнем вираженості різних аспектів переживання тривоги та видів тривожності, а також значний приріст відсоткової частки осіб з нормативним та легким рівнем тих чи інших симптомів переживання тривоги. Було зроблено висновок, що реалізований психотерапевтичний вплив був дуже дієвим та ефективним у роботі з субклінічним (помірним) рівнем вираженості різних симптомів тривожних станів та практично не мав позитивного ефекту впливу на пацієнтів з клінічним рівнем вираженості тривожності. Виявлено, що техніки та прийоми когнітивно-поведінкового підходу дозволяють відновити нормативні діагностичні показники вираженості тривожності у хворих на шизофренію. При цьому використання КПТ у практиці допомоги таким пацієнтам дозволяє нормалізувати їх психоемоційний стан за умови, що прояви тривожності не досягають клінічного рівня вираженості. Клінічний же рівень прояву різноманітних симптомів тривоги мало піддається психотерапевтичному впливу, що пов'язано з їх більш тяжким, глибоким та хронічним характером перебігу. Ефективна робота з ним полягає у гармонійному поєднанні когнітивно-поведінкової психотерапії та медикаментозної терапії.

Отже, здійснене теоретико-емпіричне дослідження дозволило переконливо підтвердити висунуту гіпотезу про те, що здійснення психотерапевтичної інтервенції засобами когнітивно-поведінкового підходу значно знижує інтенсивність суб'єктивного переживання тривоги у хворих на шизофренію, що за умови відсутності психотерапевтичного втручання

характеризується значним дисфоричним та дезорганізуючим впливом на загальне психоемоційне самопочуття пацієнтів, а також призводить до відносної стабілізації функціонального стану пацієнтів, що виражається у редукуванні проявів соматичного дискомфорту, пов'язаного з переживанням тривоги, а також зниженні інтенсивності проявів супутніх симптомів тривоги.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці на основі когнітивно-поведінкового підходу вузькоспеціалізованих психотерапевтичних програм, що будуть враховувати тип тривожної симптоматики у хворих на шизофренію та індивідуальну нозологію захворювання; перспективним уявляється також подальше розкриття та деталізація психологічних механізмів зв'язку шизофренії з тривожністю; важливим напрямом подальших наукових розробок та розвідок може стати створення шкал оцінки тривоги зі специфічністю для шизофренії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адлер, А., Фрейд, З., Фрейд, А., Шредер, Х., & Вперше воно з'явилося, М. К. (2012). Психологічний захист та його роль у становленні особистості. Редакційна колегія, 143 с.
2. Березюк, Т. (2022). Аналіз психологічних підходів до розуміння проблеми невротичних розладів. Психологія: реальність і перспективи, (19), с. 5–12.
3. Бурда, Г. (2017). Когнітивно-поведінкова терапія при генералізованому тривожному розладі. Психосоматична медицина та загальна практика, Т. 2, №1
4. Варій, М. Й. (2008). Психологія особистості. Київ: Центр учбової літератури, 592 с.
5. Вождаєнко А. Ю. (2018). Моделювання реакції нервової системи людини в різних функціональних станах / А. Ю. Вождаєнко, М. Ф. Терещенко, Н. В. Стельмах // Збірник праць XIV Всеукраїнська науково-практичної конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Ефективність інженерних рішень у приладобудуванні», 4-5 грудня 2018 р. – К.: ПБФ, КПІ ім. І. Сікорського. – 2018. – 434 с., С. 247-250.
6. Волошок О. В. (2010). Психологічний аналіз проблеми тривожності особистості. Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць К-ПНУ ім. І. Огієнка, Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – 2010. – Вип. 10. – С.120-128.
7. Дуткевич, Т. В. (2015). Загальна психологія. Кам'янець-Подільський: вид. Зволейко Д. Г., 431 с.
8. Завязкіна, Н., Ряховська, Т. (2019). Проблематика досліджень психологічних особливостей раціональної та патологічної тривоги в клініці ендогенних психічних захворювань. Збірник наукових праць " Проблеми сучасної психології", (46), 135-156.

9. Іванова, Т. (2020). Тривога як психологічний феномен. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 6: 72, 78.
10. Кононова, М., Кучма, Т. (2021). Сутність стресу як психологічної категорії. Молодий вчений, (1 (89)), 28-32.
11. Коць, Є. М. (2018). Психологічні особливості когнітивно-поведінкових стратегій осіб із соціальною тривожністю.
12. Максименко С. Д., Носенко Е. Л. (2008). Експериментальна психологія: підручник. Київ: Центр учбової літератури. 360 с.
13. Марута, Н. О., Ніканорова, Ю. В. (2014). Суїцидальна поведінка у хворих на тривожні розлади (клініко-психопатологічна характеристика та принципи профілактики). Український вісник психоневрології, (22, вип. 2), 10-15.
14. Мосієнко, А. (2017). Особливості мотиваційних розладів хворих на просту форму шизофренії з атиповою клінічною структурою. Психіатрія, неврологія та медична психологія, 4(1 (7)), 29-32.
15. Максимчук, М. О. Полшкова С.Г. (2023). Конструктивні та деструктивні стратегії опрацювання тривожності: клініко-психологічний контекст. Габітус
16. Марценюк, М. О. (2011). Проблеми надання психологічної допомоги в рамках психологічного консультування. Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології", (12).
17. Напрєєнко, О. К., Напрєєнко, Н. Ю., Логановський, К. М., Логановська, Т. К., Вишніченко, С. І., Юліна, Ю. (2019). Шизофренія: причини виникнення, особливості прояву та лікування.
18. Опря, Є. В., Пустовойт, М. М., Мельник. (2021). Психологічні особливості психічних хворих із коморбідною соматичною патологією.
19. Опря, Є. В., & Опря, Е. В. (2018). Сприйняття психічного та соматичного захворювань у свідомості хворих на шизофренію.
20. Підкоритов, В. С., & Байбарак, Н. А. (2017). Порухення соціального

функціонування у хворих на параноїдну шизофренію з супутньою сомато-неврологічною патологією. *ScienceRise. Medical science*, (4), 46-50.

21. Подольська, Г. Ю. (2021). Аналіз психологічного феномену тривожних станів особистості та їх подолання за допомогою арт-терапевтичної роботи з глиною. *Psychological journal*, 7(51), 29-38.

22. Романюк В. (2022). Стресореактивність і стресостійкість та психічне здоров'я особистості. «Наукові записки Національного університету «Острозька академія»: серія «Психологія», (14), 9-15.

23. Романчук, О. І. (2012). Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: модель розуміння, терапії та емпіричні докази ефективності. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*, 2012. № 4 (39), С. 40-45.

24. Ряховська, Т. Л. (2020). Роль когнітивно-поведінкової терапії в роботі з коморбідною тривожністю в клініці ендогенних психічних захворювань. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, (3), 194-201.

25. Склярєнко, О. М. (2016). Теоретичні аспекти тривожних розладів.

26. Славська, Я. А. (2017). ОВ Шевяков. Загальна психологія, історія психології, (1413), 158.

27. Сокол, Л., Фокс, М. Г. (2021). Когнітивно-поведінкова терапія. Практичний посібник. Київ: «Діалектика», 384 с.

28. Стрілецька І. І. (2016). Особистісна тривожність як складний полідетермінований психічний процес. Інсайт: [зб. наук. праць студентів, аспірантів та молодих вчених / ред. кол. І. В. Шапошникова, О. Є. Блинова та ін.]. – Вип. 13. – Херсон: ПП Вишемирський В.С., С. 299–301.

29. Тітаренко, Д. С. (2009). Захисні механізми психіки людини. Проблеми екстремальної та кризової психології, (6), 182-192.

30. Федченко, В. Ю. (2015). Комплексна психотерапевтична корекція невротичних розладів з симптомами тривоги. *Український вісник психоневрології*, (23, вип. 4), 90-96.

31. Хаустова, О. О. (2019). Психосоматичні маски тривоги. Український медичний часопис. № 4. Т. 1-VI/VII. С. 132.
32. Черняк, А., Завязкіна, Н. (2023). Когнітивно-поведінкова терапія шизофренії: застосування в клінічних умовах. Наукові перспективи (Naukovі perspektivi), (3 (33)).
33. Ясточкіна І. А. (2011). Психологічні чинники виникнення та корекція особистісної тривожності у ранньому юнацькому віці: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. Київ. 21 с.
34. Achim A.M., Maziade M., Raymond É., Olivier D., Mérette C., Roy M.A. (2011). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 37, issue. 4, pp. 811-821. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp148>
35. Ahuir, M., Crosas, J. M., Estrada, F., Zabala, W., Pérez-Muñoz, S., González-Fernández, A., ... Labad, J. (2021). Cognitive biases are associated with clinical and functional variables in psychosis: A comparison across schizophrenia, early psychosis and healthy individuals. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 14(1), 4-15. doi:10.1016/j.rpsmen.2021.03.004
36. Aikawa Sayaka, Kobayashi Hiroyuki, Nemoto Takahiro, Matsuo Satoshi, Wada Yo, Mamiy Noriyuki, et al. (2018). Social anxiety and risk factors in patients with schizophrenia: Relationship with duration of untreated psychosis. *Psychiatry Research*, Vol. 263, pp. 94-100. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.02.038>
37. Alexiadou, A., Bozikas, V. P., Kosmidis, M. H., Parlapani, E., Kiosseoglou, G., & Fokas, K. (2018). The effect of impaired verbal memory retrieval on autobiographical memory across different life periods in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 81-88. doi:10.1016/j.comppsy.2017.09.0
38. Amélie M. Achim, Marc-André Roy, Marion Fossard, (2022). The other side of the social interaction: Theory of mind impairments in people with schizophrenia are linked to other people's difficulties in understanding them. *Schizophrenia Research*. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.07.001>

39. Andreas Rosén Rasmussen, Josef Parnas, (2022). What is obsession? Differentiating obsessive-compulsive disorder and the schizophrenia spectrum, *Schizophrenia Research*, Vol. 243, pp. 1-8, <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.02.014> (дата звернення: 21.12.2021).

40. Barlow, D. H. (1991). The nature of anxiety: Anxiety, depression, and emotional disorders. In R. M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression* (pp. 1–28). The Guilford Press.

41. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. V. 56, №6, P. 893-897.

42. Berger, P., Bitsch, F., Jakobi, B., Nagels, A., Straube, B., & Falkenberg, I. (2019). Cognitive and emotional empathy in patients with schizophrenia spectrum disorders: A replication and extension study. *Psychiatry Research*. doi:10.1016/j.psychres.2019.04.01

43. Bermanzohn, P. C., Porto, L., Siris, S. G., Stronger, R., Hwang, M. Y., Pollack, S., (2001). Hierarchy, Reductionism, and “Co-morbidity” in the Diagnosis of Schizophrenia. In: Hwang, M. Y., Bermanzohn, P. C. (Eds.), *Schizophrenia and Co-morbid Conditions: Diagnostic and Treatment*. American Psychiatric Press, Washington, DC, pp. 1-29.

44. Bleuler, E., (1950). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* (J. Zinkin, Trans.). International University Press, New York, NY.

45. Bogren, L., & Bogren, I.-B. (2000). The defence mechanism test in panic disorder, generalized anxiety disorder and schizophrenia. *European Psychiatry*, Vol. 15, pp. 319-320. [https://doi:10.1016/s0924-9338\(00\)94409-210](https://doi:10.1016/s0924-9338(00)94409-210)

46. Bosanac, Peter & Castle, David. (2015). How should we manage anxiety in patients with schizophrenia? *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*. Vol. 23, Issue 4, pp. 374-377. <https://doi.org/10.1177/1039856215588207>

47. Brabban, A., Byrne, R., Longden, E., Morrison, A. (2016). The importance of human relationships, ethics and recovery-orientated values in the delivery of CBT for people with psychosis. *Psychosis*, pp. 1-10. <http://doi:10.1080/17522439.2016.1259648>
48. Braga Raphael J., Reynolds Graham P., Siris Samuel G. (2013). Anxiety comorbidity in schizophrenia. *Psychiatry Research*. Vol. 210, Issue 1, pp. 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.030>
49. Braga, R.J., Mendlowicz, M.V., Marrocos, R.P., Figueira, I.L., (2005). Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. *Journal of Psychiatry Research* Vol. 39, pp. 409-414. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2004.09.003>
50. Buckley, P.F., Miller, B.J., Lehrer, D.S., Castle, D.J., (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 35, pp. 383-402. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn135>
51. Buonocore, M., Bosia, M., Baraldi, M. A., Bechi, M., Spangaro, M., Cocchi, F., ... Cavallaro, R. (2018). Exploring anxiety in schizophrenia: new light on a hidden figure. *Psychiatry Research*, Vol. 268, pp. 312-316. <https://doi:10.1016/j.psychres.2018.07.039>
52. Buonocore, M., Bosia, M., Bechi, M., Spangaro, M., Cavedoni, S., Cocchi, F. et al., (2017). Targeting anxiety to improve quality of life in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*. Vol. 45, pp. 129-135. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.06.014>
53. Bushra M. Shah, Susan G. Kornstein, (2021). Chapter 8 – Mental health: Sex and gender evidence in depression, generalized anxiety disorder, and schizophrenia. Academic Press, pp. 153-169, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816569-0.00008-5>
54. Carolyn B. McNabb, Emma R. Smith, Bruce R. Russell (2019). Management of Mental Health Disorders and the Pharmacist's Role: Schizophrenia. *Encyclopedia of Pharmacy Practice and Clinical Pharmacy*, pp: 686-698.

<https://doi:10.1016/B978-0-12-812735-3.00550-1>

55. Chambless, D.L., Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*. Vol. 52, pp. 685-716.

56. Chatziioannidis, S., Andreou, C., Agorastos, A., Kaprinis, S., Malliaris, Y., Garyfallos, G., & Bozikas, V. P. (2019). The role of attachment anxiety in the relationship between childhood trauma and schizophrenia-spectrum psychosis. *Psychiatry Research*. <https://doi:10.1016/j.psychres.2019.05.021>

57. Chiang, Y.-H., Beckstead, J. W., Lo, S.-C., & Yang, C.-Y. (2018). Association of auditory hallucination and anxiety symptoms with depressive symptoms in patients with schizophrenia: A three-month follow-up. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 32, issue 4, pp. 585-590. <https://doi:10.1016/j.apnu.2018.03.014>

58. Cohen, C.I., Hassamal, S.K., Begum, N., (2011). General coping strategies and their impact on quality of life in older adults with schizophrenia. *Schizophr. Res.* Vol. 127, pp. 223-228. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.12.023>

59. Coolidge, F. L., Segal, D. L., Benight, C. C., & Danielian, J. (2004). The Predictive Power of Horney's Psychoanalytic Approach: An Empirical Study. *The American Journal of Psychoanalysis*, Vol. 64, issue 4, 363-374. <https://doi:10.1007/s11231-004-4324-z>

60. Craig T, Hwang MY, Bromet EJ (2002) Obsessive-compulsive and panic symptoms in patients with first-admission psychosis. *Am J Psychiatry*. 159:592-598.

61. Crocq Marc-Antoine (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues Clin Neurosci*. Vol. 17, issue 3, pp. 319-325.

62. Docherty, N. M., St-Hilaire, A., Aakre, J. M., Seghers, J. P., McCleery, A., & Divilbiss, M. (2009). Anxiety Interacts with Expressed Emotion Criticism in the Prediction of Psychotic Symptom Exacerbation. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 37, issue 3, pp. 611-618. <https://doi:10.1093/schbul/sbp123>

63. Docherty, N.M., St-Hilaire, A., Aakre, J.M., Seghers, J.P., (2009). Life events and high-trait reactivity together predict psychotic symptom increases in

Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 35, pp. 638-645.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbn002>

64. El Sheshtawy, E.A.M., (2011). Coping with stress and quality of life in schizophrenic patients. *Asian J. Psychiatr.* Vol. 4, pp. 51-54.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2010.09.003>

65. Feola, B., Armstrong, K., Woodward, N. D., Heckers, S., & Blackford, J. U. (2019). Childhood temperament is associated with distress, anxiety and reduced quality of life in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Research*.
<https://doi:10.1016/j.psychres.2019.03.016>

66. Freeman D., Waller H., Harpur-Lewis R. et al. Urbanicity, persecutory delusions, and clinical intervention. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2015. Vol. 43, Issue 1, pp. 42-51. URL: <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465813000660>

67. Freeman, D., Dunn, G., Startup, H., Pugh, K., Cordwell, J., Mander, H., ... Kingdon, D. (2015). Effects of cognitive behaviour therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis (WIT): a parallel, single-blind, randomised controlled trial with a mediation analysis. *The Lancet Psychiatry*, Vol. 2, issue 4, 305– 313. [http://doi:10.1016/s2215-0366\(15\)00039-5](http://doi:10.1016/s2215-0366(15)00039-5)

68. Freeman, D., Garety, P. A. (2003). Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 41, issue 8, pp. 923-947. [https://doi:10.1016/s0005-7967\(02\)00104-3](https://doi:10.1016/s0005-7967(02)00104-3)

69. Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. In J. Strachey, & A. Freud (Eds.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: The Hogarth Press. pp. 77-175.

70. Fromm Erich (1994). *Escape from Freedom*. Henry Holt and Company. p. 301.

71. Gadea, M., Herrero, N., Picó, A., Espert, R., Salvador, A., & Sanjuán, J. (2018). Psychobiological response to an anger induction task in schizophrenia: the key role of anxiety. *Psychiatry Research*. <https://doi:10.1016/j.psychres.2018.12.044>

72. Glynn, S.M., Randolph, E.T., Eth, S., Paz, G.G., Leong, G.B., Shaner, A.L., Strachan, A., (1990). Patient psychopathology and expressed emotion in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* Vol. 157, pp. 877-880.

73. Goldstein, K. (1964). Methodological approach to the study of schizophrenic thought disorder. In: *Language and Thought in Schizophrenia*, New York: Norton. pp. 17-39.

74. Gottlieb, J. D., Gidugu, V., Maru, M., Tepper, M. C., Davis, M. J., Greenwold, J., Barron, R. A., Chiko, B. P., & Mueser, K. T. (2017). Randomized controlled trial of an internet cognitive behavioral skills-based program for auditory hallucinations in persons with psychosis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 40, issue 3, pp. 283– 292. <https://doi.org/10.1037/prj0000258>

75. Gray, J (1971). *The psychology of fear and stress*. London : Weidenfeld and Nicolson, 1971. 256 p.

76. Halperin, S., Nathan, P., & Castle, D. J. (2000). A cognitive-behavioural group-based intervention for social phobia in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, Vol. 41, issue 1, pp. 219-220. [https://doi:10.1016/s0920-9964\(00\)90848-x](https://doi:10.1016/s0920-9964(00)90848-x)

77. Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, vol. 32, pp. 50-55.

78. Hartley S., Barrowclough C., Haddock G. Anxiety and depression in psychosis: A systematic review of associations with positive psychotic symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2013. Vol. 128, Issue 5, pp. 327-346. URL: <https://doi.org/10.1111/acps.12080>

79. Hausmann, A., Fleischhacker, W.W., (2002). Differential diagnosis of depressed mood in patients with schizophrenia: a diagnostic algorithm based on a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* Vol. 106, pp. 83-96. <https://doi:10.1034/j.1600-0447.2002.02120>

80. Hazell, C. M., Hayward, M., Cavanagh, K., Jones, A.-M., & Strauss, C. (2018). Guided self-help cognitive-behaviour Intervention for VoicEs (GiVE): Results from a pilot randomised controlled trial in a transdiagnostic sample. *Schizophrenia*

Research, Vol. 195, pp. 441-447. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.10.004>

81. Hung Ching-I, Liu Chia-Yih, Yang Ching-Hui, Gan Shu-Ting (2019). Comorbidity with more anxiety disorders associated with a poorer prognosis persisting at the 10-year follow-up among patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, Vol. 260, pp. 97-104. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.085>

82. Huppert JD, Smith TE (2005) Anxiety and schizophrenia: The interactions of subtypes of anxiety and psychotic symptoms. *CNS Spectr.* 10:721-731.

83. Huppert, J. D., Weiss, K. A., Lim, R., Pratt, S., Smith, T. E., (2001). Quality of life in schizophrenia: Contributions of anxiety and depression. *Schizophrenia Research*. Vol. 51, pp. 171-180. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00151-6](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(99)00151-6)

84. Impey, B., Gordon, R. P., Baldwin, D. S. (2020). Anxiety disorders, post-traumatic stress disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Medicine*. <https://doi:10.1016/j.mpmed.2020.08.005>

85. Jeffrey Paul Kahn, (2021). Chapter 4 – Paranoid Schizophrenia with Voices and Panic Anxiety, pp. 53-65, <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-68309-8.00004-7>

86. Johnstone, L. (2017). Psychological Formulation as an Alternative to Psychiatric Diagnosis. *Journal of Humanistic Psychology*, Vol. 58, issue 1, pp. 30-46. <https://doi.org/10.1177/0022167817722230>

87. Jung, C. G. (1967). *Symbols of Transformation, Collected Works of C. G. Jung*, Princeton, New Jersey: Princeton University Press, Vol.5.

88. Karpov B., Joffe G., Aaltonen K., Suvisaari J., Baryshnikov I., Näätänen P., et al. (2016). Anxiety symptoms in a major mood and schizophrenia spectrum disorders. *European Psychiatry*. Vol. 37, pp. 1-7 <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.04.007>

89. Kimble, M. O. (2000). Treating PTSD in the presence of multiple comorbid disorders: The case of Howard. *Cognitive and Behavioral Practice*, Vol. 7, issue 1, pp. 133-137. [https://doi:10.1016/s1077-7229\(00\)80016-4](https://doi:10.1016/s1077-7229(00)80016-4)

90. Kingsep, P., Nathan, P., Castle, D. (2003). Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. Vol. 63, Issue 1-2, pp. 121-129. URL: [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(02\)00376-6](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(02)00376-6)
91. Korczak, A., & Styła, R. (2021). Anxiety and executive functions relationships in schizophrenia: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, Vol. 177, 110643. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110643>
92. Laing R. D. (1965). *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. Penguin Psychology, p. 224.
93. Liebowitz, M. R. (1987). Social Phobia. Anxiety. *Modern Problems of Pharma-copsychiatry. Modern Trends in Pharmacopsychiatry*. Vol. 22. P. 141-173.
94. Lysaker, P. H., Davis, L. W., Lightfoot, J., Hunter, N., Stasburger, A., (2005). Association of neurocognition, anxiety, positive and negative symptoms with coping preference in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*. Vol. 80, pp. 163-171. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.07.005>
95. Lysaker, P.H., Salyers, M.P., (2007). Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: Associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatr. Scand*. Vol. 116, pp. 290-298. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01067>
96. Lyu, J., Zhang, J., & Hennessy, D. A. (2021). Characteristics and Risk Factors for Suicide in People with Schizophrenia in Comparison to Those without Schizophrenia. *Psychiatry Research*, 304, 114166. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114166>
97. Macleod Sandy AD. (2021). Symonds on fear and Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Hist Psychiatry*. 2022 Mar;33(1):95-106. doi: 10.1177/0957154X211051972. Epub 2021 Oct 19. PMID: 34664510.
98. Magruder, K. M., Frueh, B. C., Knapp, R. G., Johnson, M. R., Vaughan, J. A., Carson, T. C., ... Hebert, R. (2004). PTSD symptoms, demographic characteristics, and functional status among veterans treated in VA primary care clinics. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 17, issue 4, pp. 293-301.

<https://doi:10.1023/b:jots.0000038477.472>

99. Mattick, R. P., Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*. Vol. 36(4). P. 455-470.

100. Maurage, P., Philippot, P., Grynberg, D., Leleux, D., Delatte, B., Mangelinckx, C., ... Constant, E. (2017). Imbalance between abstract and concrete repetitive thinking modes in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 78, 61-66. doi:10.1016/j.comppsy.2017.06.0

101. Mavrogiorgou, P., Haller, K., & Juckel, G. (2020). Death anxiety and attitude to death in patients with schizophrenia and depression. *Psychiatry Research*, 113148. <https://doi:10.1016/j.psychres.2020.113148>

102. Mayo, D. Corey, S., Kelly, L. H., Yohannes, S., Youngquist, A. L., Stuart, B.K. et al., (2017). The role of trauma and stressful life events among individuals at clinical high risk for psychosis: A review. *Frontiers in Psychiatry*. Vol. 8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00055>

103. McTiernan, K., Jackman, L., Robinson, L., Thomas, M., (2020). A thematic analysis of the multidisciplinary team understanding of the 5P team formulation model and its evaluation on a psychosis rehabilitation unit. *Community Ment. Health J.* <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00684-7>

104. Michael Poyurovsky, Michael Hwang, (2021). Chapter 3 – Obsessive-Compulsive Schizophrenia and Obsessive-Compulsive Disorder, *Psychotic Disorders*, pp. 33-52, <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-68309-8.00003-5>

105. Muller JE, Koen L, Seedat S, Emsley RA, Stein DJ (2004) Anxiety disorders and schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep.* 6:255-261.

106. Muñoz-Samons, D., Tor, J., Rodríguez-Pascual, M., Álvarez-Subiela, X., Sugranyes, G., de la Serna, E., ... Baeza, I. (2021). Recent stressful life events and stress sensitivity in children and adolescents at clinical risk for psychosis. *Psychiatry Research*, Vol. 303. <https://doi:10.1016/j.psychres.2021.11401>

107. Myin-Germeys, I., van Os, J., (2007). Stress-reactivity in psychosis:

Evidence for an affective pathway to psychosis. *Clin. Psychol. Rev.* Vol. 27, pp. 409-424. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.005>

108. Naeem, F., Johal, R., McKenna, C., Rathod, S., Ayub, M., Lecomte, T., ... Farooq, S. (2016). Cognitive Behavior Therapy for psychosis based Guided Self-help (CBTp-GSH) delivered by frontline mental health professionals: Results of a feasibility study. *Schizophrenia Research*, Vol. 173, issue 1-2, pp. 69-74. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.03.003>

109. Natalie Frattaroli, Mia Geljic, Dominika Runkowska, Hayley Darke, Caitlin Reddyhough, Taylor Mills, Matthew Mitchell, Rachel Hill, Olivia Carter, Suresh Sundram, (2022). Cognitive and perceptual impairments in schizophrenia extend to other psychotic disorders but not schizotypy. *Schizophrenia Research*. Vol. 30, pp. 100-266, <https://doi.org/10.1016/j.scog.2022.100266>

110. Nemoto, T., Uchino, T., Aikawa, S., Matsuo, S., Mamiya, N., Shibasaki, Y., ... Mizuno, M. (2020). Impact of changes in social anxiety on social functioning and quality of life in outpatients with schizophrenia: A naturalistic longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, Vol. 131, pp. 15-21. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.08.007>

111. Norman, R. M. G, Malla, A. K., Cortese, L., Diaz, F., (1998). Aspects of dysphoria and symptoms of schizophrenia. *Psychological Medicine*. Vol. 28, issue 6, pp. 1433-1441. <https://doi.org/10.1017/S003329179800751X>

112. Norton, P.J., Price, E.C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 195, Issue 6, pp. 521-531. URL: <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000253843.70149.9a>

113. Opoka, S.M., Lincoln, T.M. (2017) The Effect of Cognitive Behavioral Interventions on Depression and Anxiety Symptoms in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. Vol. 40, Issue 4, pp. 641-659. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.005>

114. Peh, O.H., Rapisarda, A., Lee, J., (2019). Childhood adversities in people

at ultra-high risk (UHR) for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Psychol. Med.* Vol. 1, issue 13. <https://doi.org/10.1017/S003329171800394X>

115. Pfaff, D., Joels, M., (2017). *Hormones, Brain, and Behavior* 3rd edition. Oxford: Academic Press. Vol 5., pp. 133-158.

116. Phalen, P. L., Dimaggio, G., Popolo, R., & Lysaker, P. H. (2017). Aspects of Theory of Mind that attenuate the relationship between persecutory delusions and social functioning in schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 56, 65-70. doi:10.1016/j.jbtep.2016.07.008

117. Phillips, B. N. (1971). Anxiety and school related interventions: a selective review and synthesis of the psychological literature. Interpretative study II. Division of research reports. New York State Education Dept., Albany. Div. of Research.; Texas Univ., Austin. 144 p.

118. Poletti, M., & Raballo, A. (2019). Obsessively thinking through the schizophrenia spectrum: Disentangling pseudo-obsessive schizophrenia from OCD. *Schizophrenia Research*. <https://doi:10.1016/j.schres.2019.08.014>

119. Poyurovsky M, Koran LM. (2005). Obsessive-compulsive disorder (OCD) with schizotypy vs. schizophrenia with OCD: diagnostic dilemmas and therapeutic implications. *Journal of Psychiatric Research*. Vol. 39, issue 4, pp. 399-408.

120. Puolakka, K., & Pitkänen, A. (2019). Effectiveness of psychosocial interventions on quality of life of patients with schizophrenia and related disorders: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*. <https://doi:10.1016/j.apnu.2019.07.001>

121. Rachman, S. (1991). Neo-conditioning and the classical theory of fear acquisition. *Clinical Psychology Review*, 11(2), 155–173. doi:10.1016/0272-7358(91)90093-a

122. Rapp, E. K., White-Ajmani, M. L., Antonius, D., Goetz, R. R., Harkavy-Friedman, J. M., Savitz, A. J., ... Kahn, J. P. (2012). Schizophrenia comorbid with panic disorder: Evidence for distinct cognitive profiles. *Psychiatry Research*, Vol. 197,

issue 3, pp. 206-211. <https://doi:10.1016/j.psychres.2012.01.017>

123. Resnick, S. G., Bond, G. R., & Mueser, K. T. (2003). Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 112, issue 3, pp. 415-423. <https://doi:10.1037/0021-843x.112.3.415>

124. Ritsner, M., Ben-Avi, I., Ponizovsky, A., Timinsky, I., Bistrov, E., Modai, I., (2003). Quality of life and coping with schizophrenia symptoms: Quality of life and coping. *Quality Life Research*. Vol. 12, pp. 1-9. <https://doi.org/10.1023/A:1022049111822>

125. Seow, L. S. E., Ong, C., Mahesh, M. V., Sagayadevan, V., Shafie, S., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2016). A systematic review on comorbid post-traumatic stress disorder in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, Vol. 176, issue 2-3, pp. 441-451. <https://doi:10.1016/j.schres.2016.05.004>

126. Siris Samuel G., M.D., (2000). Depression in schizophrenia: Perspective in the Era of “Atypical” Antipsychotic Agents. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 157, issue 9, pp. 1379-1389. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.9.1379>

127. Siris SG, Adan F, Cohen M, Mandeli J, Aronson A, Casey E (1998) Postpsychotic depression and negative symptoms: An investigation in symptom overlap. *Am J Psychiatry*. 145:1532-1537.

128. Siris, S.G., Bench, C., (2003). Depression and Schizophrenia, pp. 142-167.

129. Spagna, A., He, G., Jin, S., Gao, L., Mackie, M.-A., Tian, Y., ... Fan, J. (2018). Deficit of supramodal executive control of attention in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 97, 22-29. <https://doi:10.1016/j.jpsychires.2017.11>

130. Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI Form Y)*. Consulting Psychologists Palo Alto. Consulting Psychologists Press, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0943>

131. Stefanovics, E. A., Krystal, J. H., & Rosenheck, R. A. (2014). Symptom structure and severity: A comparison of responses to the positive and negative syndrome scale (PANSS) between patients with PTSD or schizophrenia.

Comprehensive Psychiatry, 55(4), 887-895. <https://doi:10.1016/j.comppsy.2014.01.0>

132. Steimer, T. (2002). The Biology of Fear and Anxiety Related Behaviors. Dialogues in clinical neuroscience. Vol. 4, issue 3, pp. 231-249.

133. Subotnik KL, Nuechterlein KH (1988) Prodromal signs and symptoms of schizophrenia relapse. J Abnorm Psychol. 97:405-412.

134. Tai, S. (2009). The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: current practice and recent developments. Schizophrenia Bulletin, Vol. 35, issue 5, pp. 865-873.

135. Tarrier, N., Calam, R., (2002). New developments in cognitive-behavioural case formulation. Epidemiological, systemic and social context: an integrative approach. Behavioral Cognitive Psychotherapy, Vol. 30, issue 3, pp. 311-328. <https://doi.org/10.1017/S1352465802003065>

136. Temmingh H., Stein DJ. (2015). Anxiety in patients with schizophrenia: Epidemiology and management. CNS Drugs. Vol. 29, issue 10, pp. 819-832. <https://doi.org/10.1007/s40263-015-0282-7>

137. Thaysse Gomes Ricci, Maria Rita Silva de Souza, Aline França da Hora Amarães, Kethlyn Carolina Motter, André Barciela Veras, (2021). Chapter 5 – Persecutory Delusional Disorder and Social Anxiety, Psychotic Disorders, Pages 67-78, <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-68309-8.00005-9>

138. Tibbo, P., Swainson, J., Chue, P., LeMelledo, J. M. (2003) Prevalence and relationship to delusions and hallucinations of anxiety disorders in schizophrenia. *Depress Anxiety*. Vol. 17, Issue 2, pp. 65-72. URL: <https://doi.org/10.1002/da.10083>

139. Vanzeler, M. L. A. (2020). Тревожные расстройства и психологическая оценка: инструменты используемые в Бразилии. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ad. 10. Vol. 13. P. 100-120.

140. Velligan, D. I., Tai, S., Roberts, D. L., Maples-Aguilar, N., Brown, M., Mintz, J., & Turkington, D. A. (2014). Randomized Controlled Trial Comparing Cognitive Behavior Therapy, Cognitive Adaptation Training, Their Combination and

Treatment as Usual in Chronic Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 41, issue 3, pp. 597– 603. <http://doi:10.1093/schbul/sbu127>

141. Vrbova, K., Kotianova, A., Slepecky, M., Prasko, J., Ociskova, M., Latalova, K., ... Jelenova, D. (2015). Schizophrenia and Panic Disorder. *European Psychiatry*, Vol. 30, 1714. [https://doi:10.1016/s0924-9338\(15\)31317-1](https://doi:10.1016/s0924-9338(15)31317-1)

142. Vrbova, K., Prasko, J., Latalova, K., Kamaradova, D., Ociskova, M., & Sedlackova, Z. (2017). Comorbidity of schizophrenia and social phobia. *European Psychiatry*, Vol. 41, S844. <https://doi:10.1016/j.eurpsy.2017.01.1670>

143. Wunderlich, U., Wiedemann, G., Buchkremer, G. (1996). Sind psychosoziale Interventionen bei schizophrenen Patienten wirksam? Eine Metaanalyse. Vol. 6, Issue 1, pp. 4-13.

144. Yamaguchi, H., Takahashi, A., Takano, A., & Kojima, T. (2006). Direct effects of short-term psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, Vol. 60, issue 5, pp. 590-597. <https://doi:10.1111/j.1440-1819.2006.01563>

145. Yang, X., Fang, Y., Chen, H., Zhang, T., Yin, X., Man, J., ... Lu, M. (2021). Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Vol. 30. <https://doi:10.1017/s2045796021000275>

146. Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Vol. 67(6). P. 361-370.

147. Zou, Y., Ni, K., Yang, Z., Li, Y., Cai, X., Xie, D., ... Chan, R. C. K. (2018). Profiling of experiential pleasure, emotional regulation and emotion expression in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 195, 396-401. <https://doi:10.1016/j.schres.2017.08.048>

148. Zung, W. W. K. (1980). How normal is anxiety? Current concepts. Durham, NC: Upjohn Company. 341 p.

ДОДАТКИ

Додаток	Назва додатку	Сторінка
А	Інформаційний лист учасника дослідження	211
Б	Персоналізована анкета	213
В	Клінічне інтерв'ю	215
Г	Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)	222
Г.1	Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера, адаптована Ю. Л. Ханіним	224
Г.2	Експертна шкала Гамільтона (HAM-A)	227
Д	Загальна інформація щодо хворих, що беруть участь в експерименті	230
Е	Психометричні показники до терапії	233
Е.1	Психометричні показники після терапії	236
Ж	Протокол психометричних показників за результатами діагностики досліджуваних контрольної групи на етапі попереднього психодіагностичного обстеження за шкалами особистісної та ситуативної тривожності Спілберга-Ханіна та госпітальною шкалою тривоги й депресії HADS	239
Ж.1	Протокол психометричних показників за результатами діагностики досліджуваних експериментальної групи на етапі попереднього психодіагностичного обстеження за шкалами особистісної та ситуативної тривожності Спілберга-Ханіна та госпітальною шкалою тривоги й депресії HADS	241
З	Протокол психометричних показників за результатами діагностики досліджуваних експериментальної та контрольної груп на етапі попереднього психодіагностичного обстеження за експертною шкалою Гамільтона для оцінки тривоги (HAM-A)	243
И	Клінічні типи тривожних розладів, що притаманні учасниками вибірки дослідження	245
К	Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього психодіагностичного обстеження досліджуваними жіночої статі	248

К.1	Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього психодіагностичного обстеження досліджуваними чоловічої статі	249
Л	Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього психодіагностичного обстеження досліджуваними юнацького віку	251
Л.1	Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього психодіагностичного обстеження досліджуваними зрілого віку (1-й період)	252
Л.2	Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього психодіагностичного обстеження досліджуваними зрілого віку (2-й період)	254
М	Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього психодіагностичного обстеження одруженими досліджуваними	255
М.1	Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього психодіагностичного обстеження неодруженими досліджуваними	257
Н	Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього психодіагностичного обстеження працевлаштованими досліджуваними	259
Н.1	Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього психодіагностичного обстеження досліджуваними, які не працюють / не навчаються	261
П	Масив первинних балів, отриманих досліджуваними, які мають обтяжену спадковість, на етапі попереднього психодіагностичного обстеження	263
П.1	Масив первинних балів, отриманих досліджуваними, які не мають обтяженої спадковості, на етапі попереднього психодіагностичного обстеження	264
Р	Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього психодіагностичного обстеження досліджуваними, які мають прогредієнтний тип перебігу хвороби	267
Р.1	Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього психодіагностичного обстеження досліджуваними, які мають нетривалий (до 1 року) період перебігу хвороби	268
Р.2	Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього психодіагностичного обстеження досліджуваними, які мають безперервний тип перебігу хвороби	269

С	Протокол психометричних показників за результатами діагностики досліджуваних контрольної групи на етапі контрольного психодіагностичного обстеження за шкалами особистісної та ситуативної тривожності Спілберга-Ханіна та госпітальною шкалою тривоги й депресії HADS	271
С.1	Протокол психометричних показників за результатами діагностики досліджуваних експериментальної групи на етапі контрольного психодіагностичного обстеження за шкалами особистісної та ситуативної тривожності Спілберга-Ханіна та госпітальною шкалою тривоги й депресії HADS	273
Т	Протокол психометричних показників за результатами діагностики досліджуваних експериментальної та контрольної груп на етапі попереднього психодіагностичного обстеження за експертною шкалою Гамільтона для оцінки тривоги (HAM-A)	275
У	Довідки про впровадження результатів дисертаційного дослідження	277

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ УЧАСНИКА ДОСЛІДЖЕННЯ

за матеріалами дисертаційного дослідження «Вплив Когнітивно-поведінкової терапії на тривожні стани у хворих на шизофренію».

Автор дослідження: Ряховська Тетяна Леонідівна, клінічний психолог, КПТ та схема-терапевт, аспірантка Київського інституту сучасної психології та психотерапії.

Шановний пацієнт, Вас запросили взяти участь в науковому дослідженні, **метою** якого є вивчення тривожних станів та їх впливу на перебіг основного захворювання. Також, в ході дослідження ми хочемо оцінити корисність застосування психотерапевтичної допомоги для полегшення стану тривоги.

Цей інформаційний лист має на меті надати Вам уявлення про передбачуване дослідження і допомогти Вам вирішити питання про участь у ньому.

Опис дослідження. Вам буде проведено обстеження та запропонована психотерапевтична допомога за наступною схемою:

- бесіда з психотерапевтом – дослідником
- патопсихологічні методики (тести) до та після основного етапу дослідження.
- психотерапевтичний супровід в ході якого Вам буде запропонована робота з психологом для подолання проявів тривоги.

Психотерапевт - дослідник також буде вивчати Вашу медичну документацію (історію хвороби). Участь у програмі безкоштовна, ніхто не отримує матеріальних винагород чи заохочень.

Етичні та правові аспекти дослідження. Ви маєте знати наступне:

1. Рішення про Вашу участь у дослідженні повинно бути прийнято Вами добровільно та не вплине на Ваші стосунки з лікуючим лікарем.
2. Ви можете у будь-який момент припинити Вашу участь у дослідженні без пояснення причини і це не відобразиться на подальшому лікуванні.
3. Результати дослідження плануються до представлення на наукових конференціях та публікації у науковій літературі. При обробці результатів будуть використовуватися індивідуальні дані та результати роботи, однак, Ваше ім'я та будь-яка інша приватна інформація не використовуватиметься. Вся інформація буде збережена в таємниці.

4. Результати будуть повідомлені Вам по завершенню програми, до їх публікації в наукових виданнях чи представлення на наукових конференціях.

Форма інформованої згоди пацієнта на участь у науковому дослідженні

Я, _____

(прізвище, ім'я, по-батькові)

Згоден/згодна взяти участь у науковому дослідженні метою якого є вивчення тривожних станів, їх впливу на перебіг основного захворювання та оцінка застосування психотерапевтичної допомоги для полегшення стану тривоги.

Я повністю проінформований(а) психологом - дослідником, який проводить дане дослідження, про мету і можливі терміни дослідження. Я мав/мала можливість задати йому питання з усіх аспектів дослідження. Я детально ознайомився/ознайомила з Інформаційним листом учасника дослідження.

Я знаю, що дані про мою участь у дослідженні залишаються конфіденційними.

Я згоден з тим, що результати дослідження можуть обговорюватися особами, які проводять дослідження, результати дослідження можуть бути представленні на наукових конференціях та публікуватися у науковій літературі можуть бути передані особам – представникам державних структур.

Я усвідомлюю, що моя участь у програмі є цілком добровільною і що я можу відмовитися від участі в ній або вийти з неї в будь-який момент без жодних негативних наслідків для себе.

(підпис дослідника)

“ ____ ” _____ 20__ г.

(підпис досліджуваного)

“ ____ ” _____ 20__ г.

Додаток Б

Персоналізована анкета

АНКЕТА

ДОСЛІДЖУВАНОВОГО

ідентифікаційний код досліджуваного		
група	ЕГ	
	КГ	
	Виключений із дослідження	

Соціально-демографічні показники

Прізвище, ім'я, по батькові		
Номер медичної документації		
Рік народження/вік	Рік народження	
	Вік	
Стать	Чоловіча	
	Жіноча	
Сімейний стан	Одружений(а)	
	Самотній(я)/розлучений(а)	
Професійна діяльність	Студент(ка)/Працюючий(а)	
	Безробітний(а)	

Нозологічні показники

Основний та додаткові діагнози	
Період госпіталізації	
Вік початку захворювання	
Тривалість захворювання	
Кількість госпіталізацій	

Наявність гострого психотичного стану	
Наявність апатично-дисоціативного дефекту	
Виражене інтелектуально-мністичне зниження	
Наявність гострої або хронічної соматичної патології, що може провокувати тривожні стани	

Психометричні показники

Результат Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS)			
Опис результату	Кількість балів	До терапії	Після терапії
«Норма» (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії)	0 – 7 балів		
«Субклінічна виражена тривога / депресія»	8 – 10 балів		
«Клінічно виражена тривога / депресія»	11 балів та вище		
Результат опитувальника для визначення реактивної і особистісної тривоги Спілбергера–Ханіна			
Опис результату	Кількість балів	До терапії	Після терапії
«Норма» (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги)	До 30 балів		
«Помірно виражена тривога»	31 – 45 балів		
«Клінічно виражена тривога»	46 балів та вище		
Результат Експертної шкали для визначення рівня тривоги Гамільтона (HAM-A)			
Опис результату	Кількість балів	До терапії	Після терапії
«Норма» (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги)	До 7 балів		
«Легка тривога»	8 – 14 балів		
«Помірно виражена тривога»	15 – 23 бали		
«Клінічно виражена тривога»	24 бали та вище		

Клінічне інтерв'ю

П.І.Б. (повністю) _____
 Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Блок 1. Соціально-демографічні дані:

Блок 2. Представлення психологічних проблем (занепокоєння):

а) Початок інтерв'ю: приклади діапазону проблем:

- Що вас хвилює зараз у вашому житті? Будь ласка, опишіть деякі речі, які, здається, вас турбують.

- Які стреси є у вашому житті? Які ситуації не йдуть вам добре?

б) Поточні та найбільш актуальної проблеми (пряма цитата клієнта).

- Коли це почалося? Які ще події відбувалися в той час? Як часто це відбувається?

- Які думки, почуття та поведінка, яку можна спостерігати, пов'язані з проблемою?

- Де і коли це найчастіше зустрічається? Найменше?

- Чи є якісь події чи особи, які сприяють загостренню/вирішенню проблеми?

- Наскільки це заважає повсякденній діяльності?

- Які попередні рішення/плани були випробувані та з яким результатом?

2.1. Функціональний аналіз для кожної проблеми, починаючи з найбільш актуальної:

2.1.1. Антецеденти (контекст: час, місце, одночасні події та середовище):

- Опишіть кілька останніх ситуацій, у яких виникла проблема. Де ви були?

Коли це було?

- Це відбувається постійно чи лише іноді?

- Чи відбувається те саме в інший час або в інших місцях?

- В який час цього не відбувається? Місця? Ситуації?
- Як ваше соціальне походження впливає на це питання?
- Як на це питання впливають соціально-прийняті норми?
- Опишіть стосунки між собою, своїми проблемами та вашим поточним оточенням.

- Наскільки на вашу стурбованість впливають утиски та дискримінація, яких ви можливо зазнаєте у вашому оточенні?

- Якою мірою ваше оточення надає або не дозволяє вам отримати доступ до ресурсів, які можуть слугувати вирішенню цих проблем?

2.1.2. Когнітивні функції (автоматичні, корисні, некорисні, раціональні, ірраціональні думки та переконання; внутрішній діалог; сприйняття та неправильне сприйняття):

- Що ви кажете собі, коли це стається – до і після?
- Про що ви зазвичай думаєте під час цієї проблеми – до і після?
- Що у вас тоді було в голові – також до і після?
- Які думки можуть викликати у вас відчуття тривоги?
- Яких переконань [або образів] ви дотримуетесь, що впливають на цю проблему?

- Завершення речень: Я повинен ____, люди повинні ____, було б жахливо, якби ____, ____ викликало у мене погане самопочуття.

2.1.3. Афективні аспекти (позитивні та негативні почуття, емоції, стан настрою):

- Що ви відчуваєте, коли це відбувається – до і після?
- Які почуття ця проблема приховує або покриває?
- Які позитивні/негативні почуття у вас викликають ці питання?

2.1.4. Психофізіологічні реакції:

- Яку реакцію та/або відповіді ви відчуваєте, коли це відбувається – до і після?
- Що відбувається всередині вас тоді – до і після?
- Що ви помічаєте у своєму тілі, коли це відбувається – до і після?

- Коли це трапляється, чи знаєте ви щось про те, що відбувається у вашому тілі – до і після?

2.1.5. Моторні та/або поведінкові реакції (явна поведінка/дії):

- Під час «фотографування» цієї сцени, які дії та діалоги буде вловлювати камера – також до і після?

- Що ви робите, коли це відбувається – також до і після?

- Опишіть, що ви робили останні кілька разів, коли це сталося.

2.1.6. Наслідки (які посилюють, послаблюють або зменшують психологічну проблему):

а) Короткострокові:

Поведінкові наслідки (у проблемах, пов'язаних зі страхом і тривогою, аналіз поведінки уникнення та втечі):

- Що ви робите після того, як це станеться, і як це вирішить проблему?

- Як ви зазвичай реагуєте після того, як усе закінчиться?

- Визначте будь-які конкретні моделі поведінки, які виникають після цього.

Реляційні наслідки:

- Чи можете ви визначити якісь конкретні реакції інших людей, які виникають після виникнення проблеми? Яким чином їхні реакції впливають на проблему?

- Визначте конкретних людей, які можуть погіршити/полегшити проблему?

- Як люди, які мають владу у вашій життєвій ситуації, увічнюють це занепокоєння?

Можливі вторинні винагороди:

- Чи давала ваша проблема будь-коли якісь особливі переваги чи міркування для вас?

- Що ви отримуєте з цієї ситуації, чого не отримуєте з інших ситуацій?

б) Довгострокові наслідки:

- Яким чином психологічна(і) проблема(и) впливає на ваше особисте життя: цілі, розвиток тощо; сімейне життя: міжособистісне життя: стосунки з друзями; роботу; хобі та відпочинок.

2.2. Вивчення кожної проблеми, починаючи з найбільш актуальної (повний аналіз того, як психологічна проблема виникла і як вона розвивалася до теперішнього часу):

- Коли у вас вперше виникла ця проблема? Де ви були? Що відбувалось в той час?

- Що ви думали, що ви відчували, як ваше тіло відреагувало і що ви робили?

- Коли вдруге у вас була така проблема? Якою була ваша реакція в системі чотирьох відповідей?

- Як ця проблема розвивалася з часом і якою була ваша психологічна реакція в системі чотирьох відповідей?

Блок 3. Історичний аналіз

3.1. Попередня історія: Попереднє консультування та/або психологічне/психіатричне лікування:

- Вид та тривалість лікування.
- Представлення занепокоєння.
- Результат лікування та причина припинення.
- Попередня госпіталізація.

3.2. Історія навчання і роботи: академічний прогрес (сильні та слабкі сторони) від початкової школи до останнього рівня завершеної освіти:

- Стосунки з вчителями та однолітками.
- Види робіт, які обіймає пацієнт, і соціально-економічна історія, поточне місце роботи та соціально-економічний статус. Тривалість роботи. Причина припинення або зміни. Стосунки з колегами по роботі. Аспекти роботи, які викликають найбільший стрес або занепокоєння. Аспекти роботи, які є найменш стресовими або найбільш приємними. Загальний ступінь задоволеності поточною роботою.

3.3. Історія здоров'я: Дитячі захворювання, серйозні попередні захворювання:

- Поточні скарги пов'язані зі здоров'ям. Отримане лікування за поточними скаргами.
- Значні проблеми зі здоров'ям у родині.
- Режим сну клієнта та рівень апетиту. Типовий щоденний раціон клієнта, включаючи напої/їжу, що містять кофеїн, алкогольні напої та вживання нікотину або тютюнових виробів.
- Фізична активність.

3.4. Соціальний анамнез/історія розвитку: поточна життєва ситуація (типовий день/тиждень, умови життя, професія та економічна ситуація, контакти з іншими людьми):

- Дозвільний час, хобі.
- Релігійна приналежність — дитинство та теперішнє. Духовні переконання та занепокоєння
- Контакти з людьми (системи підтримки, родина та друзі).
- Важливі події, про які повідомляється для таких періодів розвитку: дошкільний (0–6 років), дитинство (6–13 років), підлітковий вік (13–21 рік), молодий вік (21–30 років), середній дорослий вік (30–65 років), пізня дорослість (65 років і старше).

3.5. Сімейна, подружня, сексуальна історія: Наявність фізичного, сексуального та/або емоційного насильства з боку батьків, брата, сестри чи когось іншого:

- Як добре ладнали між собою батьки.
- Ідентифікаційна інформація про братів і сестер (включаючи старших і молодших, а також порядок народження або положення в сім'ї). До якого брата або сестри мама найбільше прихильно ставилася? По батькові? Найменш улюблений мамою? По батькові? З ким із братів і сестер ви найкраще ладнали? Найгірше?
- Історія попередньої психічної хвороби / госпіталізації серед членів рідної сім'ї.

- Вживання ПА речовин у родині походження.
- Історія знайомств. Заручини/шлюбна історія — причина припинення стосунків. Поточні стосунки з інтимним партнером (наскільки добре вони ладнають, проблеми, стреси, насолода, задоволення і так далі). Опис попереднього сексуального досвіду, включно з першим. Наявна сексуальна активність. Будь-які наявні занепокоєння або скарги щодо сексуального ставлення чи поведінки. Актуальна сексуальна орієнтація.
- Кількість та вік дітей клієнта.
- Інші люди, які проживають або часто відвідують сім'ю.

3.6. Переживання віктимізації:

- Психічне насильство з боку батьків (матері, батька, братів і сестер), інших родичів, сусідів та/або невідомих людей.

Блок 4. Персональні ресурси

4.1. Намагання вирішити проблему:

- Як ви вирішували цю чи інші проблеми, які вже намагалися вирішити раніше? Який був ефект? Що допомагало вирішенню або загострюванню проблеми?
- Що інші зробили, щоб допомогти вам у цьому?

4.2. Навички, сильні сторони, ресурси:

- Які ваші навички чи речі можуть допомогти вам вирішити цю проблему? Які сильні сторони чи активи ви можете використати, щоб допомогти вирішити це?
- Опишіть ситуацію, коли це занепокоєння не заважає. Коли ви так не поводитесь?
- Які думки чи внутрішні діалоги допомагають вам краще впоратися з цим? Що ви кажете собі, щоб впоратися зі складною ситуацією?
- Визначте кроки, які ви робите в ситуації, з якою ви добре справляєтеся — про що ви думаєте і що робите? Як ці кроки можна застосувати до поточної проблеми?

- Які ресурси доступні для вас із вашої спільноти та вашого середовища? Які речі у вашому середовищі ви вважаєте сильними сторонами та перевагами? Які позитивні, цілеспрямовані відносини у вас зараз, які допомагають вам вирішити цю проблему?

Блок 5. Опис/оцінка проблеми клієнтом:

- Як ви розумієте це питання? Як ви пояснюєте це занепокоєння собі?
- Розкажіть мені, що для вас означає ця проблема.
- Яка ваша інтерпретація [аналіз] занепокоєння?
- Підсумуйте проблему одним словом.

Блок 6. Оцінка частоти, тривалості або тяжкості поведінки/симптомів (призначення домашнього завдання для самоконтролю, якщо це корисно)

- Як часто [скільки] це відбувається протягом дня? Тижня?
- Як довго це відчуття залишається з вами?
- Скільки разів ви _____ на день? Тиждень?
- Наскільки це заважало вам жити? Як?
- Ви кажете, що іноді відчуваєте велику тривогу. За шкалою від 1 до 10, де 1 означає дуже спокійний стан, а 10 – дуже тривожний, куди б ви поставили свої почуття?
- Що було б, якби питання не вирішилося за рік?

Блок 7. Інструменти оцінювання:

- Оцінка базового функціонування.
- Визначення диференційного діагнозу тривожного розладу.

Блок 8. Формулювання клінічного випадку:

- Найбільш релевантні змінні, що пояснюють набуття проблем(и) з історії.
- Найбільш релевантні змінні, що пояснюють суть психологічної(-их) проблеми(-м) з функціонального аналізу та придбання проблеми.

Блок 9. Цілі консультування та терапії:

- Цілі пацієнта щодо лікування.
- Мотивація пацієнта для отримання допомоги.

ГОСПІТАЛЬНА ШКАЛА ТРИВОГИ І ДЕПРЕСІЇ (HADS)

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Інструкція: “Ця анкета розроблена для того, щоб допомогти Вашому лікарю зрозуміти, як Ви себе почуваєте. Не звертайте уваги на цифри та літери, поміщені в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження, і обведіть кружечком відповідну цифру зліва біля варіанта відповіді, яка найбільшою мірою відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня.

Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Відповідь, яка першою приходить Вам в голову, завжди буде більш вірною. Час заповнення 20-30 хвилин”.

Т	Д
1. Я відчуваю напруженість, мені не по собі. 3 Весь час. 2 Часто. 1 Час від часу, іноді. 0 Зовсім не відчуваю.	2. Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття. 0 Безумовно це так. 1 Напевно, це так. 2 Лише в дуже малому ступені це так. 3 Це зовсім не так.
3. Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися. 3 Безумовно це так, і страх дуже сильний. 2 Це так, але страх не дуже сильний. 1 Іноді, але це мене не турбує. 0 Зовсім не відчуваю.	4. Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне. 0 Безумовно це так. 1 Напевно, це так. 2 Лише в дуже малому ступені це так. 3 Зовсім не здатний.

5. Неспокійні думки крутяться у мене в голові. 3 Постійно. 2 Велику частину часу. 1 Час від часу і не так часто. 0 Тільки іноді.	6. Я відчуваю бадьорість. 3 Зовсім не відчуваю. 2 Дуже рідко. 1 Іноді. 0 Практично весь час.
7. Я легко можу сісти і розслабитися. 0 Безумовно це так. 1 Напевно, це так. 2 Лише зрідка це так. 3 Зовсім не можу.	8. Мені здається, що я почав все робити дуже повільно. 3 Практично весь час. 2 Часто. 1 Іноді. 0 Зовсім ні.
9. Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння. 0 Зовсім не відчуваю. 1 Іноді. 2 Часто. 3 Дуже часто.	10. Я не стежу за своєю зовнішністю. 3 Безумовно це так. 2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно. 1 Може бути, я став менше приділяти цьому уваги. 0 Я стежу за собою так само, як і раніше.
11. Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися. 3 Безумовно це так. 2 Напевно, це так. 1 Лише в деякій мірі це так. 0 Зовсім не відчуваю.	12. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення. 0 Точно так само, як і зазвичай. 1 Так, але не в тій мірі, як раніше. 2 Значно менше, ніж зазвичай. 3 Зовсім так не вважаю.
13. У мене буває раптове відчуття паніки. 3 Дуже часто. 2 Досить часто. 1 Не так уже часто. 0 Зовсім не буває.	14. Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо чи телепрограми. 0 Часто. 1 Іноді. 2 Рідко. 3 Дуже рідко.

ШКАЛА РЕАКТИВНОЇ ТА ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ Ч. СПІЛБЕРГЕРА, АДАПТОВАНА Ю. Л. ХАНІНИМ

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
 Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

А. Шкала самооцінки реактивної тривожності

Інструкція: “Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе почуваєте в даний момент. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає”.

Твердження	Варіанти відповідей			
	Ніколи	Майже ніколи	Часто	Майже завжди
1. Я спокійний	1	2	3	4
2. Мені нічого не загрожує	1	2	3	4
3. Я перебуваю у напрузі	1	2	3	4
4. Я внутрішньо скований	1	2	3	4
5. Я почуваюся вільно	1	2	3	4
6. Я засмучений	1	2	3	4
7. Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8. Я відчуваю душевний спокій	1	2	3	4
9. Я стривожений	1	2	3	4
10. Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11. Я впевнений у собі	1	2	3	4
12. Я нервуюсь	1	2	3	4
13. Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14. Я розвинений	1	2	3	4
15. Я не відчуваю скутості, напруги	1	2	3	4

16. Я задоволений	1	2	3	4
17. Я стурбований	1	2	3	4
18. Я надто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19. Мені радісно	1	2	3	4
20. Мені приємно	1	2	3	4

Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності

Інструкція: “Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе почуваєте звичайно. Над твердженнями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає”.

Твердження	Варіанти відповідей			
	Ніколи	Майже ніколи	Часто	Майже завжди
21. У мене буває піднесений настрій	1	2	3	4
22. Я буваю дратівливим	1	2	3	4
23. Я легко засмучуюсь	1	2	3	4
24. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
25. Я сильно переживаю неприємності і довго не можу про них забути	1	2	3	4
26. Я відчуваю приплив сил та бажання працювати	1	2	3	4
27. Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
28. Мене турбують можливі труднощі	1	2	3	4
29. Я надто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30. Я буваю цілком щасливий	1	2	3	4
31. Я все приймаю близько до серця	1	2	3	4
32. Мені не вистачає впевненості у собі	1	2	3	4
33. Я почуваюся беззахисним	1	2	3	4
34. Я намагаюся уникати критичних ситуацій та труднощів	1	2	3	4
35. У мене буває нудьга	1	2	3	4
36. Я буваю задоволений	1	2	3	4

37. Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38. Буває, що я почуваюся невдахою	1	2	3	4
39. Я врівноважена людина	1	2	3	4
40. Мене охоплює занепокоєння, коли я думаю про свої справи та турботи	1	2	3	4

ЕКСПЕРТНА ШКАЛА ГАМІЛЬТОНА (НАМ-А)

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
 Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

1. Тривожний настрій: (стурбованість, очікування гіршого, тривожні побоювання, дратівливість)

Ні
 Незначний
 Помірний
 Сильний
 Дуже важкий

2. Напруга (відчуття напруги, здригання, плаксивість, тремтіння, почуття занепокоєння, нездатність розслабитися)

Ні
 Незначний
 Помірний
 Сильний
 Дуже важкий

3. Страх (темряви, незнайомих, самотності, тварин, натовпу, транспорту)

Ні
 Незначний
 Помірний
 Сильний
 Дуже важкий

4. Інсомнія (утруднене засинання, уривчастий сон, що не приносить відпочинку, почуття розбитості та слабкості при пробудженні, кошмарні сни)

Ні
 Незначний
 Помірний
 Сильний
 Дуже важкий

5. Інтелектуальні порушення (утруднення концентрації уваги, погіршення пам'яті)

Ні

Незначний

Помірний

Сильний

Дуже важкий

6. Депресивний настрій (втрата звичних інтересів та почуття задоволення від хобі, пригніченість, ранні пробудження, добові коливання настрою)

Ні

Незначний

Помірний

Сильний

Дуже важкий

7. Соматичний м'язовий біль (біль, посмикування, напруга, судоми клонічні, скрип зубами, голос, що зривається, підвищений м'язовий тонус)

Ні

Незначний

Помірний

Сильний

Дуже важкий

8. Соматичні сенсорні (дзвін у вухах, нечіткість зору, припливи жару та холоду, відчуття слабкості, поколювання)

Ні

Незначний

Помірний

Сильний

Дуже важкий

9. Серцево-судинні (тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація в судинах, часті зітхання)

Ні

Незначний

Помірний

Сильний

Дуже важкий

10. Респіраторні (тиск і стиск у грудях, ядуха, часті зітхання)

Ні

Незначний

Помірний

Сильний

Дуже важкий

11. Гастроінтестинальні (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунка, нудота, блювання, бурчання в животі, діарея, запор, зниження маси тіла)

Ні

Незначний

Помірний

Сильний

Дуже важкий

12. Сечостатеві (прискорене сечовипускання, сильні позиви на сечовипускання, аменорея, менорагія, фригідність, передчасна еякуляція, втрата лібідо, імпотенція)

Ні

Незначний

Помірний

Сильний

Дуже важкий

13. Вегетативні (сухість у роті, почервоніння або блідість шкіри, пітливість, головний біль з відчуттям напруги)

Ні

Незначний

Помірний

Сильний

Дуже важкий

14. Поведінка під час огляду (ерзання на стільці, неспокійна жестикуляція і хода, тремор, насупування, напружений вираз обличчя, зітхання або прискорене дихання, часте ковтання слини)

Ні

Незначний

Помірний

Сильний

Дуже важкий

Додаток Д

Загальна інформація щодо хворих, що беруть участь в експерименті

№	Вік початку захворювання (0 - (16-21 юнацький вік); 1 - (22-35 1-й період зрілого віку); 2 - (36-60 2-й період зрілого віку))	Спадковість (Не обтяжена – 1; Не обтяжена – 1)	Кількість госпіталізацій (Перша – 0; Повторна – 1; Більше 2х – 2)	Тип перебігу хвороби (Нападоподібний прогредієнтний – 0; До одного року – 1; Безперервний – 2)	Провідні симптоми тривожного розладу (0 - Соціальна фобія, 1 – ПТСР, 2 – ОКР, 3 – ГТР, 4 – ПР, 5 - Специфічна фобія, 6 - Змішана симптоматика)
1	1	1	2	2	1
2	0	1	1	0	0
3	0	1	2	2	6
4	0	1	2	2	2
5	0	1	0	1	0
6	0	1	1	0	5
7	0	1	2	2	5
8	1	1	2	2	3
9	0	1	0	1	2
10	1	1	2	2	6
11	1	1	1	0	1
12	1	0	2	2	1
13	0	0	2	2	6
14	1	1	2	2	6
15	1	0	1	2	3
16	0	1	0	1	5
17	0	0	2	2	6
18	0	1	2	2	6
19	0	1	2	2	6
20	0	1	2	2	1
21	2	1	0	1	4
22	0	1	2	2	6
23	1	1	1	2	3

24	1	0	2	2	6
25	1	0	2	2	6
26	0	1	1	1	0
27	0	1	1	2	1
28	0	1	2	2	6
29	1	1	0	2	6
30	0	1	2	2	6
31	1	1	1	1	2
32	1	1	2	2	6
33	0	1	1	2	1
34	2	0	2	2	6
35	0	1	0	1	0
36	0	1	0	1	4
37	1	1	1	1	2
38	1	1	2	2	6
39	0	1	0	1	5
40	0	1	0	1	0
41	1	1	2	2	6
42	1	1	2	2	1
43	0	1	1	0	2
44	0	1	1	0	4
45	0	1	1	0	0
46	1	1	1	0	5
47	0	0	2	2	6
48	0	1	1	0	2
49	1	1	2	2	6
50	0	1	2	2	6
51	0	0	2	2	1
52	0	1	0	1	4
53	1	1	1	0	1
54	1	1	2	2	6
55	1	1	2	2	4
56	1	1	0	1	0
57	1	1	1	0	3
58	1	1	1	0	0
59	0	1	2	2	6

60	0	1	0	1	2
61	1	1	2	2	1
62	1	1	1	0	3
63	1	1	2	2	6
64	0	1	1	0	2
65	1	1	2	2	6
66	0	1	2	1	3
67	1	1	2	1	2
68	0	1	2	1	0
69	0	1	1	0	1
70	0	1	2	2	6
71	0	1	2	2	6
72	0	1	2	2	6
73	1	1	2	2	3
74	1	1	2	2	4
75	0	1	2	2	6
76	1	1	1	0	2
77	1	1	0	1	4
78	1	1	0	1	0
79	1	1	1	0	0
80	1	1	0	1	2
81	1	0	2	2	6
82	1	1	0	1	3
83	0	1	0	1	5
84	0	1	0	1	0
85	1	1	0	1	2
86	1	1	0	1	0
87	1	1	0	1	3
88	0	0	2	2	4
89	0	1	0	1	5
90	0	0	2	2	6
91	1	0	2	2	6
92	1	1	2	2	6
93	0	1	2	2	4
94	1	1	0	1	3
95	0	0	2	2	6

Додаток Е

Психометричні показники до терапії

№	Результат госпітальної шкали HADS (норма (0 – 7 балів) – 0; субклінічна виражена тривога (8 – 10 балів) – 1; клінічно виражена тривога (11 балів та вище) - 2)	сирі бали	Результат опитувальника Спілберга-Ханіна (норма (до 30 балів) – 0; помірно виражена тривога (31 – 45 балів) – 1; клінічно виражена тривога (46 балів та вище) - 2)	сирі бали	Результат Експертної шкали HAM-A (норма (до 7 балів) – 0, легка тривога (8 – 14 балів) – 1, помірно виражена тривога (15 – 23 бали) – 2, клінічно виражена тривога (24 бали та вище) – 3)	сирі бали
1	1	8	1	33	1	13
2	1	8	1	37	1	12
3	1	8	1	36	2	17
4	1	10	1	44	2	21
5	1	9	1	43	2	22
6	1	9	1	39	2	17
7	1	10	1	44	2	23
8	1	9	1	36	1	14
9	1	8	1	38	2	17
10	1	10	1	44	2	21
11	1	8	1	36	2	16
12	1	10	1	43	2	21
13	1	10	1	42	2	20
14	1	9	1	38	2	18
15	1	8	1	32	2	17
16	1	8	1	36	2	15
17	1	8	1	34	2	15
18	1	9	1	39	2	19
19	1	8	1	34	2	16
20	1	10	1	44	2	23
21	1	10	1	43	2	23
22	1	8	1	36	2	17
23	1	8	1	34	2	17

24	1	10	1	41	2	21
25	1	8	1	33	2	15
26	1	9	1	40	2	21
27	1	9	1	40	2	19
28	1	10	1	44	2	22
29	2	14	2	48	3	26
30	1	9	1	40	2	21
31	1	10	1	42	2	20
32	1	10	1	42	2	20
33	1	8	1	35	1	14
34	1	9	1	37	2	18
35	1	9	1	40	2	19
36	1	10	1	44	2	21
37	1	8	1	37	2	17
38	1	10	1	41	2	20
39	1	9	1	38	2	17
40	1	9	1	39	2	17
41	1	8	1	33	2	16
42	1	9	1	41	2	20
43	1	8	1	33	1	13
44	1	9	1	40	2	19
45	1	8	1	35	1	10
46	1	10	1	43	2	22
47	1	8	1	35	2	18
48	1	9	1	38	2	17
49	1	8	1	34	2	16
50	1	9	1	39	2	20
51	1	8	1	35	1	14
52	1	9	1	38	2	17
53	1	8	1	33	1	12
54	1	10	1	41	2	22
55	1	8	1	32	2	15
56	1	10	1	44	2	22
57	1	8	1	32	1	14
58	1	9	1	41	2	19
59	1	9	1	38	2	19

60	1	9	1	40	2	19
61	1	10	1	44	2	22
62	1	10	1	44	2	21
63	2	17	2	49	3	28
64	1	8	1	36	2	17
65	1	9	1	37	2	17
66	1	10	1	42	2	19
67	1	8	1	38	2	17
68	1	9	1	40	2	16
69	1	8	1	35	1	13
70	1	9	1	36	2	17
71	1	9	1	41	2	21
72	1	8	1	33	2	18
73	1	8	1	35	2	15
74	1	9	1	36	2	16
75	1	9	1	44	2	23
76	1	10	1	45	2	22
77	1	10	1	43	2	20
78	1	10	1	43	2	21
79	1	10	1	44	2	23
80	1	9	1	39	2	18
81	1	8	1	32	2	15
82	1	9	1	38	2	17
83	1	9	1	40	2	19
84	1	10	1	45	2	23
85	1	8	1	38	2	17
86	1	9	1	38	1	14
87	1	9	1	37	2	16
88	1	9	1	38	2	18
89	1	10	1	45	2	23
90	1	10	1	44	2	22
91	1	9	1	37	2	18
92	1	10	1	45	2	23
93	1	9	1	35	2	16
94	1	8	1	35	2	18
95	1	10	1	44	2	22

Додаток Е.1

Психометричні показники після терапії

№	Результат госпітальної шкали HADS (норма (0 – 7 балів) – 0, субклінічна виражена тривога (8 – 10 балів) – 1, клінічно виражена тривога (11 балів та вище) - 2)	сирі бали	Результат опитувальника Спілберга-Ханіна (норма (до 30 балів) – 0, помірно виражена тривога (31 – 45 балів) – 1, клінічно виражена тривога (46 балів та вище) - 2)	сирі бали	Результат Експертної шкали HAM-A (норма (до 7 балів) – 0, легка тривога (8 – 14 балів) – 1, помірно виражена тривога (15 – 23 бали) – 2, клінічно виражена тривога (24 бали та вище) – 3)	сирі бали
1	0	6	0	28	0	7
2	0	7	0	29	0	7
3	0	7	0	30	2	15
4	1	9	1	43	2	19
5	0	6	0	30	1	14
6	1	8	1	36	2	17
7	0	7	0	30	1	14
8	1	8	1	33	1	12
9	1	8	1	38	2	17
10	1	8	1	42	2	18
11	0	7	0	30	1	13
12	1	9	1	41	2	19
13	1	9	1	40	2	18
14	1	8	1	34	2	15
15	0	7	0	29	1	9
16	0	7	0	30	1	13
17	0	6	0	29	1	13
18	1	8	1	35	2	16
19	0	7	0	28	1	14
20	2	11	2	44	3	24
21	0	6	0	29	1	14
22	0	7	0	30	1	14
23	1	8	1	34	2	17

24	1	9	1	39	2	19
25	0	6	0	27	1	13
26	1	9	1	39	2	19
27	1	9	1	39	2	17
28	1	9	1	38	2	17
29	2	14	2	48	3	26
30	1	9	1	38	2	19
31	0	7	0	29	1	12
32	1	8	1	35	2	16
33	0	7	0	30	1	9
34	1	8	1	34	2	15
35	0	7	0	27	1	11
36	1	8	1	39	2	18
37	0	6	0	26	1	9
38	1	8	1	38	2	17
39	1	8	1	34	1	14
40	1	9	1	39	1	14
41	0	6	0	27	1	13
42	1	8	1	38	2	17
43	0	6	0	29	1	9
44	1	8	1	35	2	15
45	0	7	0	28	1	8
46	1	9	1	40	2	17
47	0	7	0	30	2	15
48	1	9	1	37	2	17
49	0	7	0	28	1	12
50	1	9	1	38	2	16
51	0	7	0	30	1	10
52	1	8	1	34	2	17
53	0	7	0	29	0	7
54	1	9	1	40	2	18
55	0	7	0	28	1	11
56	1	9	1	40	2	19
57	0	6	0	27	1	9
58	1	9	1	41	2	17
59	1	9	1	37	2	17

60	1	9	1	38	2	16
61	1	9	1	41	2	17
62	1	9	1	40	2	15
63	2	17	2	49	3	28
64	1	5	1	36	2	17
65	1	8	1	35	1	14
66	1	9	1	37	2	17
67	0	6	0	29	1	9
68	1	9	1	40	2	16
69	0	7	0	29	0	7
70	1	9	1	33	1	13
71	0	7	0	30	1	12
72	1	8	1	31	2	16
73	1	8	1	35	2	15
74	1	9	1	37	2	16
75	0	7	0	30	1	14
76	1	7	1	30	2	22
77	0	6	0	27	1	12
78	1	10	1	41	2	19
79	1	9	1	38	2	20
80	1	9	1	39	2	17
81	0	7	0	28	1	9
82	1	9	1	35	2	17
83	0	6	0	26	1	11
84	1	9	1	42	2	21
85	1	8	1	38	2	17
86	1	9	1	38	1	14
87	0	7	0	30	1	13
88	0	7	0	30	1	14
89	0	7	0	30	1	14
90	1	9	1	39	2	17
91	0	6	0	30	1	13
92	1	10	1	43	2	21
93	0	7	0	30	1	12
94	1	5	1	35	2	18
95	0	7	0	29	1	13

**Протокол психометричних показників за результатами діагностики
досліджуваних контрольної групи на етапі попереднього
психодіагностичного обстеження за шкалами особистісної та ситуативної
тривожності Спілберга-Ханіна та госпітальною шкалою тривоги й депресії
HADS**

Ідентифікаційний номер	Шкала HADS		Методика Спілберга-Ханіна			
	Отриманий бал	Рівень вираженості суб'єктивного переживання тривоги	Бал за шкалою «Особистісн	Рівень вираженості ОТ	Бал за шкалою «Ситуативн	Рівень вираженості СТ
3	8	Субклінічний	38	Помірний	37	Помірний
6	10	Субклінічний	45	Помірний	44	Помірний
9	9	Субклінічний	32	Помірний	39	Помірний
14	9	Субклінічний	38	Помірний	36	Помірний
16	10	Субклінічний	48	Клінічний	44	Помірний
18	10	Субклінічний	45	Помірний	43	Помірний
22	9	Субклінічний	42	Помірний	38	Помірний
25	8	Субклінічний	31	Помірний	36	Помірний
29	9	Субклінічний	44	Помірний	39	Помірний
32	10	Субклінічний	54	Клінічний	44	Помірний
34	8	Субклінічний	42	Помірний	36	Помірний
37	10	Субклінічний	49	Клінічний	41	Помірний
40	9	Субклінічний	44	Помірний	40	Помірний
42	10	Субклінічний	50	Клінічний	44	Помірний
46	9	Субклінічний	45	Помірний	40	Помірний
48	10	Субклінічний	45	Помірний	42	Помірний
51	9	Субклінічний	41	Помірний	37	Помірний
53	10	Субклінічний	45	Помірний	44	Помірний
56	10	Субклінічний	45	Помірний	41	Помірний
59	9	Субклінічний	35	Помірний	39	Помірний

Ідентифікаційний номер	Шкала HADS		Методика Спілберга-Ханіна			
	Отриманий бал	Рівень вираженості суб'єктивного переживання тривоги	Бал за шкалою «Особистісн	Рівень вираженості ОТ	Бал за шкалою «Ситуативн	Рівень вираженості СТ
63	9	Субклінічний	44	Помірний	41	Помірний
67	9	Субклінічний	43	Помірний	40	Помірний
73	10	Субклінічний	39	Помірний	43	Помірний
76	9	Субклінічний	39	Помірний	38	Помірний
95	9	Субклінічний	42	Помірний	39	Помірний
97	9	Субклінічний	39	Помірний	38	Помірний
99	10	Субклінічний	44	Помірний	41	Помірний
102	10	Субклінічний	45	Помірний	44	Помірний
104	9	Субклінічний	43	Помірний	41	Помірний
107	9	Субклінічний	43	Помірний	40	Помірний
111	10	Субклінічний	46	Клінічний	44	Помірний
114	8	Субклінічний	38	Помірний	36	Помірний
116	10	Субклінічний	45	Помірний	42	Помірний
118	9	Субклінічний	43	Помірний	40	Помірний
121	9	Субклінічний	40	Помірний	36	Помірний
123	8	Субклінічний	39	Помірний	33	Помірний
127	9	Субклінічний	40	Помірний	36	Помірний
134	10	Субклінічний	49	Клінічний	45	Помірний
136	10	Субклінічний	45	Помірний	43	Помірний
139	9	Субклінічний	42	Помірний	39	Помірний
142	9	Субклінічний	40	Помірний	38	Помірний
144	10	Субклінічний	48	Клінічний	45	Помірний
147	9	Субклінічний	40	Помірний	38	Помірний
149	9	Субклінічний	42	Помірний	38	Помірний
151	10	Субклінічний	52	Клінічний	44	Помірний
158	10	Субклінічний	49	Клінічний	45	Помірний
164	8	Субклінічний	38	Помірний	35	Помірний
$\bar{x}$	9,28		42,87		40,13	

**Протокол психометричних показників за результатами діагностики
досліджуваних експериментальної групи на етапі попереднього
психодіагностичного обстеження за шкалами особистісної та ситуативної
тривожності Спілберга-Ханіна та госпітальною шкалою тривоги й депресії**

HADS

Ідентифікаційний номер	Шкала HADS		Методика Спілберга-Ханіна			
	Отриманий бал	Рівень вираженості суб'єктивного переживання тривоги	Бал за шкалою «Особистісн	Рівень вираженості ОТ	Бал за шкалою «Ситуативн	Рівень вираженості СТ
1	8	Субклінічний	35	Помірний	33	Помірний
4	8	Субклінічний	41	Помірний	36	Помірний
7	9	Субклінічний	45	Помірний	43	Помірний
10	10	Субклінічний	34	Помірний	44	Помірний
15	8	Субклінічний	39	Помірний	38	Помірний
17	8	Субклінічний	37	Помірний	36	Помірний
21	10	Субклінічний	47	Клінічний	42	Помірний
24	8	Субклінічний	33	Помірний	32	Помірний
26	8	Субклінічний	39	Помірний	34	Помірний
31	8	Субклінічний	36	Помірний	34	Помірний
33	10	Субклінічний	44	Помірний	43	Помірний
36	8	Субклінічний	35	Помірний	34	Помірний
38	8	Субклінічний	38	Помірний	33	Помірний
41	9	Субклінічний	39	Помірний	40	Помірний
43	14	Клінічний	52	Клінічний	48	Клінічний
47	10	Субклінічний	45	Помірний	42	Помірний
49	8	Субклінічний	33	Помірний	35	Помірний
52	9	Субклінічний	38	Помірний	40	Помірний
54	8	Субклінічний	42	Помірний	37	Помірний
58	9	Субклінічний	29	Норма	38	Помірний
61	8	Субклінічний	37	Помірний	33	Помірний
64	8	Субклінічний	35	Помірний	33	Помірний

Ідентифікаційний номер	Шкала HADS		Методика Спілберга-Ханіна			
	Отриманий бал	Рівень вираженості суб'єктивного переживання тривоги	Бал за шкалою «Особистісн	Рівень вираженості ОТ	Бал за шкалою «Ситуативн	Рівень вираженості СТ
70	8	Субклінічний	36	Помірний	35	Помірний
75	8	Субклінічний	38	Помірний	35	Помірний
80	8	Субклінічний	39	Помірний	34	Помірний
96	8	Субклінічний	32	Помірний	35	Помірний
98	8	Субклінічний	30	Норма	33	Помірний
101	8	Субклінічний	35	Помірний	32	Помірний
103	8	Субклінічний	34	Помірний	32	Помірний
105	9	Субклінічний	47	Клінічний	38	Помірний
108	10	Субклінічний	45	Помірний	44	Помірний
113	17	Клінічний	54	Клінічний	49	Клінічний
115	9	Субклінічний	40	Помірний	37	Помірний
117	8	Субклінічний	39	Помірний	38	Помірний
119	8	Субклінічний	36	Помірний	35	Помірний
122	9	Субклінічний	45	Помірний	41	Помірний
125	8	Субклінічний	39	Помірний	35	Помірний
133	9	Субклінічний	45	Помірний	44	Помірний
135	10	Субклінічний	42	Помірний	43	Помірний
138	10	Субклінічний	45	Помірний	44	Помірний
140	8	Субклінічний	39	Помірний	32	Помірний
143	9	Субклінічний	30	Норма	40	Помірний
145	8	Субклінічний	41	Помірний	38	Помірний
148	9	Субклінічний	40	Помірний	37	Помірний
150	10	Субклінічний	39	Помірний	45	Помірний
157	9	Субклінічний	40	Помірний	37	Помірний
161	9	Субклінічний	37	Помірний	35	Помірний
166	10	Субклінічний	45	Помірний	44	Помірний
$\bar{x}$	8,94		39,27		37,92	

**Протокол психометричних показників за результатами діагностики
досліджуваних експериментальної та контрольної груп на етапі
попереднього психодіагностичного обстеження за експертною шкалою
Гамільтона для оцінки тривоги (НАМ-А)**

Контрольна група			Експериментальна група		
Ідентифікацій	Отриманий	Рівень вираженості соматично-функціональних проявів тривоги	Ідентифікацій	Отриманий бал	Рівень вираженості соматично-функціональних проявів тривоги
3	12	Легкий	1	13	Легкий
6	21	Помірний	4	17	Помірний
9	17	Помірний	7	22	Помірний
14	14	Легкий	10	23	Помірний
16	21	Помірний	15	17	Помірний
18	21	Помірний	17	16	Помірний
22	18	Помірний	21	20	Помірний
25	15	Помірний	24	17	Помірний
29	19	Помірний	26	15	Помірний
32	23	Помірний	31	16	Помірний
34	17	Помірний	33	23	Помірний
37	21	Помірний	36	17	Помірний
40	21	Помірний	38	15	Помірний
42	22	Помірний	41	19	Помірний
46	21	Помірний	43	26	Клінічний
48	20	Помірний	47	20	Помірний
51	18	Помірний	49	14	Легкий
53	21	Помірний	52	19	Помірний
56	20	Помірний	54	17	Помірний
59	17	Помірний	58	17	Помірний
63	20	Помірний	61	16	Помірний
67	19	Помірний	64	13	Легкий
73	22	Помірний	70	10	Легкий
76	17	Помірний	75	18	Помірний

Контрольна група			Експериментальна група		
Ідентифікацій	Отриманий	Рівень вираженості соматично-функціональних проявів тривоги	Ідентифікацій	Отриманий бал	Рівень вираженості соматично-функціональних проявів тривоги
95	20	Помірний	80	16	Помірний
97	17	Помірний	96	14	Легкий
99	22	Помірний	98	12	Легкий
102	22	Помірний	101	15	Помірний
104	19	Помірний	103	14	Легкий
107	19	Помірний	105	19	Помірний
111	21	Помірний	108	22	Помірний
114	17	Помірний	113	28	Клінічний
116	19	Помірний	115	17	Помірний
118	16	Помірний	117	17	Помірний
121	17	Помірний	119	13	Легкий
123	18	Помірний	122	21	Помірний
127	16	Помірний	125	15	Помірний
134	22	Помірний	133	23	Помірний
136	21	Помірний	135	20	Помірний
139	18	Помірний	138	23	Помірний
142	17	Помірний	140	15	Помірний
144	23	Помірний	143	19	Помірний
147	14	Легкий	145	17	Помірний
149	18	Помірний	148	16	Помірний
151	22	Помірний	150	23	Помірний
158	23	Помірний	157	18	Помірний
164	18	Помірний	161	16	Помірний
$\bar{x}$	19,0638		166	22	Помірний
			$\bar{x}$	17,8125	

Клінічні типи тривожних розладів, що притаманні учасниками вибірки дослідження

Ідентифікаційний номер досліджуваного	Клінічний тип симптомів тривожного розладу
1	Посттравматичний стресовий розлад
3	Соціальний тривожний розлад
4	Змішана симптоматика
6	Обсесивно-компульсивний розлад
7	Соціальний тривожний розлад
9	Специфічна фобія
10	Специфічна фобія
14	Генералізований тривожний розлад
15	Обсесивно-компульсивний розлад
16	Змішана симптоматика
17	Посттравматичний стресовий розлад
18	Посттравматичний стресовий розлад
21	Змішана симптоматика
22	Змішана симптоматика
24	Генералізований тривожний розлад
25	Специфічна фобія
26	Змішана симптоматика
29	Змішана симптоматика
31	Змішана симптоматика
32	Посттравматичний стресовий розлад
33	Панічний розлад
34	Змішана симптоматика
36	Генералізований тривожний розлад
37	Змішана симптоматика
38	Змішана симптоматика
40	Соціальний тривожний розлад
41	Посттравматичний стресовий розлад
42	Змішана симптоматика
43	Змішана симптоматика
46	Змішана симптоматика
47	Обсесивно-компульсивний розлад
48	Змішана симптоматика
49	Посттравматичний стресовий розлад

Ідентифікаційний номер досліджуваного	Клінічний тип симптомів тривожного розладу
51	Змішана симптоматика
52	Соціальний тривожний розлад
53	Панічний розлад
54	Обсесивно-компульсивний розлад
56	Змішана симптоматика
58	Специфічна фобія
59	Соціальний тривожний розлад
61	Змішана симптоматика
63	Посттравматичний стресовий розлад
64	Обсесивно-компульсивний розлад
67	Панічний розлад
70	Соціальний тривожний розлад
73	Специфічна фобія
75	Змішана симптоматика
76	Обсесивно-компульсивний розлад
80	Змішана симптоматика
95	Змішана симптоматика
96	Посттравматичний стресовий розлад
97	Панічний розлад
98	Посттравматичний стресовий розлад
99	Змішана симптоматика
101	Панічний розлад
102	Соціальний тривожний розлад
103	Генералізований тривожний розлад
104	Соціальний тривожний розлад
105	Змішана симптоматика
107	Обсесивно-компульсивний розлад
108	Посттравматичний стресовий розлад
111	Генералізований тривожний розлад
113	Змішана симптоматика
114	Обсесивно-компульсивний розлад
115	Змішана симптоматика
116	Генералізований тривожний розлад
117	Обсесивно-компульсивний розлад
118	Соціальний тривожний розлад
119	Посттравматичний стресовий розлад
121	Змішана симптоматика
122	Змішана симптоматика
123	Змішана симптоматика

Ідентифікаційний номер досліджуваного	Клінічний тип симптомів тривожного розладу
125	Генералізований тривожний розлад
127	Панічний розлад
133	Змішана симптоматика
134	Обсесивно-компульсивний розлад
135	Панічний розлад
136	Соціальний тривожний розлад
138	Соціальний тривожний розлад
139	Обсесивно-компульсивний розлад
140	Змішана симптоматика
142	Генералізований тривожний розлад
143	Специфічна фобія
144	Соціальний тривожний розлад
145	Обсесивно-компульсивний розлад
147	Соціальний тривожний розлад
148	Генералізований тривожний розлад
149	Панічний розлад
150	Специфічна фобія
151	Змішана симптоматика
157	Змішана симптоматика
158	Змішана симптоматика
161	Панічний розлад
164	Генералізований тривожний розлад
166	Змішана симптоматика

**Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього
психодіагностичного обстеження досліджуваними жіночої статі**

Ідентифікаційний номер респондентки	Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS	Шкала ситуативної тривожності	Шкала особистісної тривожності	Експертна шкала Гамільтона для оцінки тривоги HAM-A
4	8	36	41	17
7	9	43	45	22
9	9	39	32	17
17	8	36	37	16
18	10	43	45	21
21	10	42	47	20
25	8	36	31	15
31	8	34	36	16
34	8	36	42	17
36	8	34	35	17
37	10	41	49	21
41	9	40	39	19
48	10	42	45	20
49	8	35	33	14
51	9	37	41	18
52	9	40	38	19
53	10	44	45	21
56	10	41	45	20
58	9	38	29	17
61	8	33	37	16
63	9	41	44	20
64	8	33	35	13
70	8	35	36	10
73	10	43	39	22
97	9	38	39	17
111	10	44	46	21
116	10	42	45	19
117	8	38	39	17
119	8	35	36	13
144	10	45	48	23
161	9	35	37	16

Додаток К.1

**Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього
психодіагностичного обстеження досліджуваними чоловічої статі**

Ідентифікаційний номер респондента	Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS	Шкала ситуативної тривожності	Шкала особистісної тривожності	Експертна шкала Гамільтона для оцінки тривоги HAM- А
1	8	33	35	13
3	8	37	38	12
6	10	44	45	21
10	10	44	34	23
14	9	36	38	14
15	8	38	39	17
16	10	44	48	21
22	9	38	42	18
24	8	32	33	17
26	8	34	39	15
29	9	39	44	19
32	10	44	54	23
33	10	43	44	23
38	8	33	38	15
40	9	40	44	21
42	10	44	50	22
43	14	48	52	26
46	9	40	45	21
47	10	42	45	20
54	8	37	42	17
59	9	39	35	17
67	9	40	43	19
75	8	35	38	18
76	9	38	39	17
80	8	34	39	16
95	9	39	42	20
96	8	35	32	14
98	8	33	30	12
99	10	41	44	22
101	8	32	35	15

Ідентифікаційний номер респондента	Госпітальна шкала тревоги та депресії HADS	Шкала ситуативної тревожності	Шкала особистісної тревожності	Експертна шкала Гамільтона для оцінки тревоги HAM- А
102	10	44	45	22
103	8	32	34	14
104	9	41	43	19
105	9	38	47	19
107	9	40	43	19
108	10	44	45	22
113	17	49	54	28
114	8	36	38	17
115	9	37	40	17
118	9	40	43	16
121	9	36	40	17
122	9	41	45	21
123	8	33	39	18
125	8	35	39	15
127	9	36	40	16
133	9	44	45	23
134	10	45	49	22
135	10	43	42	20
136	10	43	45	21
138	10	44	45	23
139	9	39	42	18
140	8	32	39	15
142	9	38	40	17
143	9	40	30	19
145	8	38	41	17
147	9	38	40	14
148	9	37	40	16
149	9	38	42	18
150	10	45	39	23
151	10	44	52	22
157	9	37	40	18
158	10	45	49	23
164	8	35	38	18
166	10	44	45	22

**Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього
психодіагностичного обстеження досліджуваними юнацького віку**

Ідентифікаційний номер респондента	Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS	Шкала ситуативної тривожності	Шкала особистісної тривожності	Експертна шкала Гамільтона для оцінки тривоги НАМ-А
7	9	43	45	22
9	9	39	32	17
15	8	38	39	17
25	8	36	31	15
40	9	40	44	21
41	9	40	39	19
49	8	35	33	14
52	9	40	38	19
53	10	44	45	21
58	9	38	29	17
59	9	39	35	17
64	8	33	35	13
67	9	40	43	19
97	9	38	39	17
107	9	40	43	19
143	9	40	30	19
144	10	45	48	23
150	10	45	39	23

Додаток Л.1

**Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього
психодіагностичного обстеження досліджуваними зрілого віку (1-й період)**

Ідентифікаційний номер респондента	Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS	Шкала ситуативної тривожності	Шкала особистісної тривожності	Експертна шкала Гамільтона для оцінки тривоги НАМ-А
3	8	37	38	12
6	10	44	45	21
10	10	44	34	23
14	9	36	38	14
17	8	36	37	16
21	10	42	47	20
24	8	32	33	17
29	9	39	44	19
31	8	34	36	16
34	8	36	42	17
36	8	34	35	17
43	14	48	52	26
46	9	40	45	21
47	10	42	45	20
54	8	37	42	17
56	10	41	45	20
61	8	33	37	16
63	9	41	44	20
70	8	35	36	10
73	10	43	39	22
76	9	38	39	17
80	8	34	39	16
95	9	39	42	20
98	8	33	30	12
99	10	41	44	22
101	8	32	35	15
102	10	44	45	22
103	8	32	34	14
104	9	41	43	19
105	9	38	47	19

Ідентифікаційний номер респондента	Госпітальна шкала тревоги та депресії HADS	Шкала ситуативної тревожності	Шкала особистісної тревожності	Експертна шкала Гамільтона для оцінки тревоги НАМ-А
111	10	44	46	21
114	8	36	38	17
116	10	42	45	19
117	8	38	39	17
118	9	40	43	16
119	8	35	36	13
121	9	36	40	17
122	9	41	45	21
123	8	33	39	18
125	8	35	39	15
127	9	36	40	16
133	9	44	45	23
134	10	45	49	22
135	10	43	42	20
136	10	43	45	21
138	10	44	45	23
139	9	39	42	18
142	9	38	40	17
145	8	38	41	17
147	9	38	40	14
148	9	37	40	16
151	10	44	52	22
158	10	45	49	23
161	9	35	37	16
164	8	35	38	18
166	10	44	45	22

**Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього
психодіагностичного обстеження досліджуваними зрілого віку (2-й період)**

Ідентифікаційний номер респондента	Госпітальна шкала тревоги та депресії HADS	Шкала ситуативної тревожності	Шкала особистісної тревожності	Експертна шкала Гамільтона для оцінки тревоги НАМ-А
1	8	33	35	13
4	8	36	41	17
16	10	44	48	21
18	10	43	45	21
22	9	38	42	18
26	8	34	39	15
32	10	44	54	23
33	10	43	44	23
37	10	41	49	21
38	8	33	38	15
42	10	44	50	22
48	10	42	45	20
51	9	37	41	18
75	8	35	38	18
96	8	35	32	14
108	10	44	45	22
113	17	49	54	28
115	9	37	40	17
140	8	32	39	15
149	9	38	42	18
157	9	37	40	18

**Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього
психодіагностичного обстеження одруженими досліджуваними**

Ідентифікаційний номер респондента	Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS	Шкала ситуативної тривожності	Шкала особистісної тривожності	Експертна шкала Гамільтона для оцінки тривоги НАМ-А
1	8	33	35	13
3	8	37	38	12
7	9	43	45	22
10	10	44	34	23
15	8	38	39	17
25	8	36	31	15
29	9	39	44	19
31	8	34	36	16
32	10	44	54	23
40	9	40	44	21
42	10	44	50	22
43	14	48	52	26
47	10	42	45	20
52	9	40	38	19
53	10	44	45	21
58	9	38	29	17
59	9	39	35	17
61	8	33	37	16
63	9	41	44	20
64	8	33	35	13
67	9	40	43	19
99	10	41	44	22
101	8	32	35	15
103	8	32	34	14
104	9	41	43	19
113	17	49	54	28
114	8	36	38	17
115	9	37	40	17
119	8	35	36	13
121	9	36	40	17

Ідентифікаційний номер респондента	Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS	Шкала ситуативної тривожності	Шкала особистісної тривожності	Експертна шкала Гамільтона для оцінки тривоги HAM-A
122	9	41	45	21
123	8	33	39	18
125	8	35	39	15
127	9	36	40	16
142	9	38	40	17
143	9	40	30	19
151	10	44	52	22
157	9	37	40	18
158	10	45	49	23
161	9	35	37	16

Додаток М.1

**Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього
психодіагностичного обстеження неодруженими досліджуваними**

Ідентифікаційний номер респондента	Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS	Шкала ситуативної тривожності	Шкала особистісної тривожності	Експертна шкала Гамільтона для оцінки тривоги НАМ-А
4	8	36	41	17
6	10	44	45	21
9	9	39	32	17
14	9	36	38	14
16	10	44	48	21
17	8	36	37	16
18	10	43	45	21
21	10	42	47	20
22	9	38	42	18
24	8	32	33	17
26	8	34	39	15
33	10	43	44	23
34	8	36	42	17
36	8	34	35	17
37	10	41	49	21
38	8	33	38	15
41	9	40	39	19
46	9	40	45	21
48	10	42	45	20
49	8	35	33	14
51	9	37	41	18
54	8	37	42	17
56	10	41	45	20
70	8	35	36	10
73	10	43	39	22
75	8	35	38	18
76	9	38	39	17
80	8	34	39	16
95	9	39	42	20
96	8	35	32	14

Ідентифікаційний номер респондента	Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS	Шкала ситуативної тривожності	Шкала особистісної тривожності	Експертна шкала Гамільтона для оцінки тривоги НАМ-А
97	9	38	39	17
98	8	33	30	12
102	10	44	45	22
105	9	38	47	19
107	9	40	43	19
108	10	44	45	22
111	10	44	46	21
116	10	42	45	19
117	8	38	39	17
118	9	40	43	16
133	9	44	45	23
134	10	45	49	22
135	10	43	42	20
136	10	43	45	21
138	10	44	45	23
139	9	39	42	18
140	8	32	39	15
144	10	45	48	23
145	8	38	41	17
147	9	38	40	14
148	9	37	40	16
149	9	38	42	18
150	10	45	39	23
164	8	35	38	18
166	10	44	45	22

Додаток Н

**Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього
психодіагностичного обстеження працевлаштованими досліджуваними**

Ідентифікаційний номер респондента	Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS	Шкала ситуативної тривожності	Шкала особистісної тривожності	Експертна шкала Гамільтона для оцінки тривоги НАМ-А
3	8	37	38	12
7	9	43	45	22
10	10	44	34	23
15	8	38	39	17
25	8	36	31	15
29	9	39	44	19
31	8	34	36	16
32	10	44	54	23
40	9	40	44	21
42	10	44	50	22
47	10	42	45	20
52	9	40	38	19
53	10	44	45	21
54	8	37	42	17
59	9	39	35	17
64	8	33	35	13
73	10	43	39	22
75	8	35	38	18
76	9	38	39	17
97	9	38	39	17
102	10	44	45	22
104	9	41	43	19
111	10	44	46	21
113	17	49	54	28
114	8	36	38	17
115	9	37	40	17
121	9	36	40	17
123	8	33	39	18
135	10	43	42	20
138	10	44	45	23

140	8	32	39	15
142	9	38	40	17
149	9	38	42	18
151	10	44	52	22
161	9	35	37	16
164	8	35	38	18

Додаток Н.1

**Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього
психодіагностичного обстеження досліджуваними, які не працюють / не
навчаються**

Ідентифікаційний номер респондента	Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS	Шкала ситуативної тривожності	Шкала особистісної тривожності	Експертна шкала Гамільтона для оцінки тривоги НАМ-А
1	8	33	35	13
4	8	36	41	17
6	10	44	45	21
9	9	39	32	17
14	9	36	38	14
16	10	44	48	21
17	8	36	37	16
18	10	43	45	21
21	10	42	47	20
22	9	38	42	18
24	8	32	33	17
26	8	34	39	15
33	10	43	44	23
34	8	36	42	17
36	8	34	35	17
37	10	41	49	21
38	8	33	38	15
41	9	40	39	19
43	14	48	52	26
46	9	40	45	21
48	10	42	45	20
49	8	35	33	14
51	9	37	41	18
56	10	41	45	20
58	9	38	29	17
61	8	33	37	16
63	9	41	44	20
67	9	40	43	19
70	8	35	36	10

Ідентифікаційний номер респондента	Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS	Шкала ситуативної тривожності	Шкала особистісної тривожності	Експертна шкала Гамільтона для оцінки тривоги НАМ-А
80	8	34	39	16
95	9	39	42	20
96	8	35	32	14
98	8	33	30	12
99	10	41	44	22
101	8	32	35	15
103	8	32	34	14
105	9	38	47	19
107	9	40	43	19
108	10	44	45	22
116	10	42	45	19
117	8	38	39	17
118	9	40	43	16
119	8	35	36	13
122	9	41	45	21
125	8	35	39	15
127	9	36	40	16
133	9	44	45	23
134	10	45	49	22
136	10	43	45	21
139	9	39	42	18
143	9	40	30	19
144	10	45	48	23
145	8	38	41	17
147	9	38	40	14
148	9	37	40	16
150	10	45	39	23
157	9	37	40	18
158	10	45	49	23
166	10	44	45	22

Додаток П

Масив первинних балів, отриманих досліджуваними, які мають обтяжену спадковість, на етапі попереднього психодіагностичного обстеження

Ідентифікаційний номер респондента	Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS	Шкала ситуативної тривожності	Шкала особистісної тривожності	Експертна шкала Гамільтона для оцінки тривоги HAM-A
18	10	43	45	21
21	10	42	47	20
24	8	32	33	17
26	8	34	39	15
37	10	41	49	21
38	8	33	38	15
51	9	37	41	18
75	8	35	38	18
96	8	35	32	14
140	8	32	39	15
149	9	38	42	18
151	10	44	52	22
157	9	37	40	18
166	10	44	45	22

Додаток П.1

**Масив первинних балів, отриманих досліджуваними, які не мають
обтяженої спадковості, на етапі попереднього психодіагностичного
обстеження**

Ідентифікаційний номер респондента	Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS	Шкала ситуативної тривожності	Шкала особистісної тривожності	Експертна шкала Гамільтона для оцінки тривоги НАМ-А
1	8	33	35	13
3	8	37	38	12
4	8	36	41	17
6	10	44	45	21
7	9	43	45	22
9	9	39	32	17
10	10	44	34	23
14	9	36	38	14
15	8	38	39	17
16	10	44	48	21
17	8	36	37	16
22	9	38	42	18
25	8	36	31	15
29	9	39	44	19
31	8	34	36	16
32	10	44	54	23
33	10	43	44	23
34	8	36	42	17
36	8	34	35	17
40	9	40	44	21
41	9	40	39	19
42	10	44	50	22
43	14	48	52	26
46	9	40	45	21
47	10	42	45	20
48	10	42	45	20
49	8	35	33	14
52	9	40	38	19
53	10	44	45	21

Ідентифікаційний номер респондента	Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS	Шкала ситуативної тривожності	Шкала особистісної тривожності	Експертна шкала Гамільтона для оцінки тривоги HAM-A
54	8	37	42	17
56	10	41	45	20
58	9	38	29	17
59	9	39	35	17
61	8	33	37	16
63	9	41	44	20
64	8	33	35	13
67	9	40	43	19
70	8	35	36	10
73	10	43	39	22
76	9	38	39	17
80	8	34	39	16
95	9	39	42	20
97	9	38	39	17
98	8	33	30	12
99	10	41	44	22
101	8	32	35	15
102	10	44	45	22
103	8	32	34	14
104	9	41	43	19
105	9	38	47	19
107	9	40	43	19
108	10	44	45	22
111	10	44	46	21
113	17	49	54	28
114	8	36	38	17
115	9	37	40	17
116	10	42	45	19
117	8	38	39	17
118	9	40	43	16
119	8	35	36	13
121	9	36	40	17
122	9	41	45	21
123	8	33	39	18
125	8	35	39	15
127	9	36	40	16

Ідентифікаційний номер респондента	Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS	Шкала ситуативної тривожності	Шкала особистісної тривожності	Експертна шкала Гамільтона для оцінки тривоги НАМ-А
133	9	44	45	23
134	10	45	49	22
135	10	43	42	20
136	10	43	45	21
138	10	44	45	23
139	9	39	42	18
142	9	38	40	17
143	9	40	30	19
144	10	45	48	23
145	8	38	41	17
147	9	38	40	14
148	9	37	40	16
150	10	45	39	23
158	10	45	49	23
161	9	35	37	16
164	8	35	38	18

**Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього
психодіагностичного обстеження досліджуваними, які мають
прогресивний тип перебігу хвороби**

Ідентифікаційний номер респондента	Госпітальна шкала тревоги та депресії HADS	Шкала ситуативної тревожності	Шкала особистісної тревожності	Експертна шкала Гамільтона для оцінки тревоги HAM-A
3	8	37	38	12
9	9	39	32	17
17	8	36	37	16
64	8	33	35	13
67	9	40	43	19
70	8	35	36	10
73	10	43	39	22
76	9	38	39	17
98	8	33	30	12
103	8	32	34	14
104	9	41	43	19
111	10	44	46	21
114	8	36	38	17
119	8	35	36	13
134	10	45	49	22
138	10	44	45	23

**Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього
психодіагностичного обстеження досліджуваними, які мають нетривалий
(до 1 року) період перебігу хвороби**

Ідентифікаційний номер респондента	Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS	Шкала ситуативної тривожності	Шкала особистісної тривожності	Експертна шкала Гамільтона для оцінки тривоги HAM-A
7	9	43	45	22
15	8	38	39	17
25	8	36	31	15
33	10	43	44	23
40	9	40	44	21
47	10	42	45	20
52	9	40	38	19
53	10	44	45	21
54	8	37	42	17
58	9	38	29	17
59	9	39	35	17
97	9	38	39	17
102	10	44	45	22
107	9	40	43	19
116	10	42	45	19
117	8	38	39	17
118	9	40	43	16
135	10	43	42	20
136	10	43	45	21
139	9	39	42	18
142	9	38	40	17
143	9	40	30	19
144	10	45	48	23
145	8	38	41	17
147	9	38	40	14
148	9	37	40	16
150	10	45	39	23
164	8	35	38	18

**Масив первинних балів, отриманих на етапі попереднього
психодіагностичного обстеження досліджуваними, які мають безперервний
тип перебігу хвороби**

Ідентифікаційний номер респондента	Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS	Шкала ситуативної тривожності	Шкала особистісної тривожності	Експертна шкала Гамільтона для оцінки тривоги НАМ-А
1	8	33	35	13
4	8	36	41	17
6	10	44	45	21
10	10	44	34	23
14	9	36	38	14
16	10	44	48	21
18	10	43	45	21
21	10	42	47	20
22	9	38	42	18
24	8	32	33	17
26	8	34	39	15
29	9	39	44	19
31	8	34	36	16
32	10	44	54	23
34	8	36	42	17
36	8	34	35	17
37	10	41	49	21
38	8	33	38	15
41	9	40	39	19
42	10	44	50	22
43	14	48	52	26
46	9	40	45	21
48	10	42	45	20
49	8	35	33	14
51	9	37	41	18
56	10	41	45	20
61	8	33	37	16
63	9	41	44	20

Ідентифікаційний номер респондента	Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS	Шкала ситуативної тривожності	Шкала особистісної тривожності	Експертна шкала Гамільтона для оцінки тривоги НАМ-А
75	8	35	38	18
80	8	34	39	16
95	9	39	42	20
96	8	35	32	14
99	10	41	44	22
101	8	32	35	15
105	9	38	47	19
108	10	44	45	22
113	17	49	54	28
115	9	37	40	17
121	9	36	40	17
122	9	41	45	21
123	8	33	39	18
125	8	35	39	15
127	9	36	40	16
133	9	44	45	23
140	8	32	39	15
149	9	38	42	18
151	10	44	52	22
157	9	37	40	18
158	10	45	49	23
161	9	35	37	16
166	10	44	45	22

**Протокол психометричних показників за результатами діагностики
досліджуваних контрольної групи на етапі контрольного
психодіагностичного обстеження за шкалами особистісної та ситуативної
тривожності Спілберга-Ханіна та госпітальною шкалою тривоги й депресії**

HADS

Ідентифікаційний номер	Шкала HADS		Методика Спілберга-Ханіна			
	Отриманий бал	Рівень вираженості суб'єктивного переживання тривоги	Бал за шкалою «Особистісн	Рівень вираженості ОТ	Бал за шкалою «Ситуативн	Рівень вираженості СТ
3	7	Норма	37	Помірний	29	Норма
6	9	Субклінічний	44	Помірний	43	Помірний
9	8	Субклінічний	31	Помірний	36	Помірний
14	8	Субклінічний	37	Помірний	33	Помірний
16	8	Субклінічний	50	Клінічний	42	Помірний
18	9	Субклінічний	43	Помірний	41	Помірний
22	8	Субклінічний	44	Помірний	34	Помірний
25	7	Норма	30	Норма	30	Норма
29	8	Субклінічний	42	Помірний	35	Помірний
32	11	Клінічний	54	Клінічний	44	Клінічний
34	7	Норма	40	Помірний	30	Норма
37	9	Субклінічний	50	Клінічний	39	Помірний
40	9	Субклінічний	44	Помірний	39	Помірний
42	9	Субклінічний	52	Клінічний	38	Помірний
46	9	Субклінічний	43	Помірний	38	Помірний
48	8	Субклінічний	45	Помірний	35	Помірний
51	8	Субклінічний	42	Помірний	34	Помірний
53	8	Субклінічний	44	Помірний	39	Помірний
56	8	Субклінічний	45	Помірний	38	Помірний
59	9	Субклінічний	36	Помірний	39	Помірний

Ідентифікаційний номер	Шкала HADS		Методика Спілберга-Ханіна			
	Отриманий бал	Рівень вираженості суб'єктивного переживання тривоги	Бал за шкалою «Особистісн	Рівень вираженості ОТ	Бал за шкалою «Ситуативн	Рівень вираженості СТ
63	8	Субклінічний	43	Помірний	38	Помірний
67	8	Субклінічний	41	Помірний	35	Помірний
73	9	Субклінічний	37	Помірний	40	Помірний
76	9	Субклінічний	40	Помірний	37	Помірний
95	9	Субклінічний	44	Помірний	38	Помірний
97	8	Субклінічний	38	Помірний	34	Помірний
99	9	Субклінічний	43	Помірний	40	Помірний
102	9	Субклінічний	44	Помірний	40	Помірний
104	9	Субклінічний	45	Помірний	41	Помірний
107	9	Субклінічний	45	Помірний	38	Помірний
111	9	Субклінічний	44	Помірний	40	Помірний
114	5	Субклінічний	34	Помірний	36	Помірний
116	9	Субклінічний	42	Помірний	37	Помірний
118	9	Субклінічний	42	Помірний	40	Помірний
121	9	Субклінічний	44	Помірний	33	Помірний
123	8	Субклінічний	36	Помірний	31	Помірний
127	9	Субклінічний	39	Помірний	37	Помірний
134	7	Субклінічний	49	Клінічний	30	Помірний
136	10	Субклінічний	44	Помірний	41	Помірний
139	9	Субклінічний	40	Помірний	39	Помірний
142	9	Субклінічний	40	Помірний	35	Помірний
144	9	Субклінічний	47	Клінічний	42	Помірний
147	9	Субклінічний	39	Помірний	38	Помірний
149	7	Норма	41	Помірний	30	Норма
151	9	Субклінічний	52	Клінічний	39	Помірний
158	10	Субклінічний	49	Клінічний	43	Помірний
164	5	Субклінічний	36	Помірний	35	Помірний
$\bar{x}$	8,43		42,36		37,09	

**Протокол психометричних показників за результатами діагностики
досліджуваних експериментальної групи на етапі контрольного
психодіагностичного обстеження за шкалами особистісної та ситуативної
тривожності Спілберга-Ханіна та госпітальною шкалою тривоги й депресії**

HADS

Ідентифікаційний номер	Шкала HADS		Методика Спілберга-Ханіна			
	Отриманий бал	Рівень вираженості суб'єктивного переживання тривоги	Бал за шкалою «Особистісн	Рівень вираженості ОТ	Бал за шкалою «Ситуативн	Рівень вираженості СТ
1	6	Норма	30	Норма	28	Норма
4	7	Норма	37	Помірний	30	Норма
7	6	Норма	40	Помірний	30	Норма
10	7	Норма	32	Помірний	30	Норма
15	8	Субклінічний	37	Помірний	38	Помірний
17	7	Норма	32	Помірний	30	Норма
21	9	Субклінічний	47	Клінічний	40	Помірний
24	7	Норма	29	Норма	29	Норма
26	6	Норма	38	Помірний	29	Норма
31	7	Норма	32	Помірний	28	Норма
33	6	Норма	43	Помірний	29	Норма
36	8	Субклінічний	33	Помірний	34	Помірний
38	6	Норма	33	Помірний	27	Норма
41	9	Субклінічний	34	Помірний	39	Помірний
43	14	Клінічний	50	Клінічний	48	Клінічний
47	7	Норма	40	Помірний	29	Норма
49	7	Норма	29	Норма	30	Норма
52	7	Норма	36	Помірний	27	Норма
54	6	Норма	38	Помірний	26	Норма
58	8	Субклінічний	29	Норма	34	Помірний
61	6	Норма	35	Помірний	27	Норма
64	6	Норма	30	Норма	29	Норма

Ідентифікаційний номер	Шкала HADS		Методика Спілберга-Ханіна			
	Отриманий бал	Рівень вираженості суб'єктивного переживання тривоги	Бал за шкалою «Особистісн	Рівень вираженості ОТ	Бал за шкалою «Ситуативн	Рівень вираженості СТ
70	7	Норма	33	Помірний	28	Норма
75	7	Норма	34	Помірний	30	Норма
80	7	Норма	33	Помірний	28	Норма
96	7	Норма	28	Норма	30	Норма
98	7	Норма	26	Норма	29	Норма
101	7	Норма	30	Норма	28	Норма
103	6	Норма	30	Норма	27	Норма
105	9	Субклінічний	46	Клінічний	37	Помірний
108	9	Субклінічний	41	Помірний	41	Помірний
113	17	Клінічний	52	Клінічний	49	Клінічний
115	8	Субклінічний	36	Помірний	35	Помірний
117	6	Норма	35	Помірний	29	Норма
119	7	Норма	34	Помірний	29	Норма
122	7	Норма	43	Помірний	30	Норма
125	8	Субклінічний	36	Помірний	35	Помірний
133	7	Норма	42	Помірний	30	Норма
135	6	Норма	41	Помірний	27	Норма
138	9	Субклінічний	42	Помірний	38	Помірний
140	7	Норма	37	Помірний	28	Норма
143	6	Норма	28	Норма	26	Норма
145	8	Субклінічний	37	Помірний	38	Помірний
148	7	Норма	37	Помірний	30	Норма
150	7	Норма	35	Помірний	30	Норма
157	6	Норма	38	Помірний	30	Норма
161	7	Норма	32	Помірний	30	Норма
166	7	Норма	44	Помірний	29	Норма
$\bar{x}$	7,42		36,13		31,50	

**Протокол психометричних показників за результатами діагностики
досліджуваних експериментальної та контрольної груп на етапі
попереднього психодіагностичного обстеження за експертною шкалою
Гамільтона для оцінки тривоги (НАМ-А)**

Контрольна група			Експериментальна група		
Ідентифікаційний номер	Отриманий бал	Рівень вираженості соматично-функціональних проявів тривоги	Ідентифікаційний номер	Отриманий бал	Рівень вираженості соматично-функціональних проявів тривоги
3	7	Норма	1	7	Норма
6	19	Помірний	4	15	Помірний
9	17	Помірний	7	14	Легкий
14	12	Легкий	10	14	Легкий
16	18	Помірний	15	17	Помірний
18	19	Помірний	17	13	Легкий
22	15	Помірний	21	18	Помірний
25	13	Легкий	24	9	Легкий
29	16	Помірний	26	13	Легкий
32	24	Клінічний	31	14	Легкий
34	14	Легкий	33	14	Легкий
37	19	Помірний	36	17	Помірний
40	19	Помірний	38	13	Легкий
42	17	Помірний	41	17	Помірний
46	19	Помірний	43	26	Клінічний
48	16	Помірний	47	12	Легкий
51	15	Помірний	49	9	Легкий
53	18	Помірний	52	11	Легкий
56	17	Помірний	54	9	Легкий
59	14	Легкий	58	14	Легкий
63	17	Помірний	61	13	Легкий
67	15	Помірний	64	9	Легкий
73	17	Помірний	70	8	Легкий

Контрольна група			Експериментальна група		
Ідентифікаційний номер	Отриманий бал	Рівень вираженості соматично-функціональних проявів тривоги	Ідентифікаційний номер	Отриманий бал	Рівень вираженості соматично-функціональних проявів тривоги
76	17	Помірний	75	15	Помірний
95	16	Помірний	80	12	Легкий
97	17	Помірний	96	10	Легкий
99	18	Помірний	98	7	Норма
102	19	Помірний	101	11	Легкий
104	17	Помірний	103	9	Легкий
107	16	Помірний	105	17	Помірний
111	15	Помірний	108	17	Помірний
114	17	Помірний	113	28	Клінічний
116	17	Помірний	115	14	Легкий
118	16	Помірний	117	9	Легкий
121	13	Легкий	119	7	Норма
123	16	Помірний	122	12	Легкий
127	16	Помірний	125	15	Помірний
134	22	Помірний	133	14	Легкий
136	19	Помірний	135	12	Легкий
139	17	Помірний	138	20	Помірний
142	17	Помірний	140	9	Легкий
144	21	Помірний	143	11	Легкий
147	14	Легкий	145	17	Помірний
149	14	Легкий	148	13	Легкий
151	17	Помірний	150	14	Легкий
158	21	Помірний	157	13	Легкий
164	18	Помірний	161	12	Легкий
$\bar{x}$	16,74		166	13	Легкий
			$\bar{x}$	13,27	