

УДК 159.9:618.2+618.4]:61

DOI <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2019.6-1.24>**Ю. Ю. Чистовська**кандидат психологічних наук,  
доцент кафедри психології  
Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького**Т. Г. Харченко**кандидат психологічних наук,  
старший викладач кафедри логопедії  
Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка**І. О. Жураківський**аспірант кафедри психології  
Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького

## ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ І ПЕРЕБІГУ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ ТА ЇХ ПСИХОТЕРАПІЯ

У статті на основі системного аналізу наукової літератури розглянуто теоретичні аспекти прояву психологічного феномену тривожності. Визначено поняття: тривоги та тривожності, страху, соціофобії. Розглянуто особливості впливу на сфери життєдіяльності людини, що помітно погіршують її самопочуття й ускладнюють відносини із навколишнім світом. Визначено особливості психотерапії пацієнтів із розладами тривожного спектру. Розкрито принципи когнітивно-поведінкового підходу в психотерапії соціофобій та тривожних розладів.

Тривога – це закономірна психічна і фізіологічна реакція на невідомий, невизначений стимул зовнішнього середовища. Тривога має адаптивне значення, вона необхідна для виживання, тому афект тривоги слід розглядати як один з універсальних і базових способів реагування людини на фрустрацію, яка розвивається.

Разом із тим тривога в багатьох випадках стає одним із важливих факторів патогенезу соматичних розладів, оскільки втратила свою первісну адаптивну доцільність.

Щорічно, згідно з даними ВООЗ, близько 40 мільйонів осіб старше 18 років страждають від тривожних розладів, які наповнюють їхнє життя страхом і невпевненістю [1]. На відміну від досить легкої короткочасної тривоги, викликані стресовою ситуацією (наприклад, публічним виступом або першим побаченням), тривожні розлади тривають не менше 6 місяців і можуть прийняти серйозну форму, якщо залишити їх без лікування. Тривожні розлади часто супроводжуються іншими психічними чи фізичними захворюваннями, в тому числі алкоголізмом або зловживанням психоактивними речовинами, які можуть згладжувати симптоми тривоги або посилювати їх. У деяких випадках тривожні розлади неможливо вилікувати, якщо попередньо не позбутися цих проблем.

Усі тривожні розлади мають свій набір симптомів, але всі ці симптоми групуються навколо загальної характеристики – непомірного ірраціонального страху і жаху.

Соціофобію називають «хворобою втрачених можливостей», адже людина, охоплена тотальним страхом, приймає доленосні рішення, пристосовуючи зроблений вибір під наявну проблему. Даний розлад різноманітний у своїх проявах. Відповідно до критеріїв МКХ-10 провідним критерієм для діагностики соціального тривожного розладу є алогічний нав'язливий страх опинитися в центрі уваги соціуму або виконувати на людях якісь дії, які людина розцінює як аморальні, непристойні, ганебні. Основним симптомом соціофобії виступає бажання уникати чи тікати: хворий просто починає остерігатися і уникати будь-яких обставин, що провокують у нього відчуття тривоги.

**Ключові слова:** тривога, психосоматичні розлади, соціофобії, гіпокамп, когнітивно-поведінкова терапія.

**Постановка проблеми.** Діагноз соціофобії, або так званий соціальний тривожний розлад, ставлять у тих випадках, коли людина стає надмірно тривожною і занадто сором'язливою. Люди із соціофобією відчувають постійний, сильний, хронічний страх, що на них дивляться і за ними спостерігають, страх осуду і боязнь опинитися в незручному становищі. Вони можуть пережи-

вати за декілька днів або тижнів до події, якої вони бояться. Цей страх може бути настільки сильним, що стає на заваді в роботі, навчанні та інших повсякденних справах, ускладнює нові знайомства і ставить під загрозу соціальні контакти.

І хоча деякі особи, що страждають соціофобією, розуміють, що їх страх перебувати поруч із людьми недоречний і необґрунтований, вони

все ж не в змозі подолати його. Навіть якщо їм вдається подолати страх і вийти на люди, вони зазвичай шалено хвилюються напередодні заходу, відчують себе вкрай некомфортно під час нього і годинами після його закінчення переживають, що про них скажуть.

Соціофобія може обмежуватися острахом однієї конкретної ситуації (наприклад, страхом розмовляти з людьми, їсти або пити в присутності інших або виходити до дошки), а може бути настільки широкою (наприклад, у випадку загальної соціальної фобії), що людина відчуває тривогу в присутності практично всіх, крім членів своєї сім'ї.

До фізичних симптомів, які часто супроводжують соціофобію, відносяться: почервоніння, сильна пітливість, тремтіння, нудота і труднощі під час розмови. Коли ці симптоми проявляються, людині із соціофобією здається, що всі погляди звернені на неї.

Соціофобією страждає близько 15 мільйонів дорослих американців [1]. І чоловіки, і жінки рівною мірою схильні до цього розладу [5], який зазвичай починається в дитячому віці або в період ранньої юності [2]. Є дані, що свідчать про роль генетичних чинників у розвитку соціофобії. Соціофобія часто супроводжується іншими тривожними розладами або депресією [2; 3], а спроби самолікування можуть привести до зловживання психоактивними речовинами [3; 4].

Соціофобія успішно лікується за допомогою ліків або ж деяких видів психотерапії.

**Аналіз останніх досліджень.** Учені вивчають роль генів у розвитку цих недуг, досліджують вплив факторів навколишнього середовища, таких як забруднення повітря, фізичні і психологічні стреси, режим харчування. Крім того, проводяться дослідження «природного розвитку» (перебігу хвороби без лікування) тривожних розладів, що протікають окремо, в поєднанні з іншими тривожними розладами і з супутніми психічними захворюваннями, наприклад депресією [9].

На даний час вчені вважають, що, як і серцеві захворювання або цукровий діабет 1 типу, психічні хвороби є складними захворюваннями і, ймовірно, виникають у результаті поєднання генетичних, екологічних, психологічних і еволюційних факторів. Наприклад, дослідження близнюків та їхніх сімей наводять на думку, що генетика грає роль у розвитку деяких тривожних розладів, але при цьому пусковим механізмом такої недуги, як ПТСР, є психічна травма. Генетичні дослідження можуть допомогти розібратися, чому в деяких осіб розвивається ПТСР, а в інших – ні.

Деякі зони головного мозку відіграють ключову роль у продукуванні відчуття страху і тривоги [6]. Використовуючи технології візуалізації людського мозку і нейрохімічні методи, вчені виявили, що

мигдалина мозочка і гіпокамп відіграють значну роль у розвитку більшості тривожних розладів.

Мигдалина мозочка – це мигдалеподібна ділянка, розташована глибоко всередині головного мозку. Як вважають, саме мигдалина мозочка є вузловим центром зв'язку між ділянками головного мозку, які обробляють сенсорні імпульси, що надходять, і зонами, які імпульси інтерпретують. Мигдалина мозочка попереджає іншу частину головного мозку про існування загрози і «запускає» реакцію – страх або тривогу. Емоційна пам'ять, як виявилось, зберігається в центральній частині мозочкової мигдалини і може грати роль у виникненні тривожних розладів, пов'язаних із вельми несхожими один на одного страхами, як, наприклад, боязнь собак, павуків або перельотів.

Гіпокамп – частина мозку, що кодує події у спогади. Дослідження виявили, що в деяких жертв жорстокого поводження в дитинстві або ж в учасників військових дій обсяг гіпокампа менший, ніж в інших людей [7; 8]. Дослідженням належить з'ясувати, що є причиною такого зменшення в розмірі і яку роль відіграє цей факт у таких властивих ПТСР проявах, як спалахи пам'яті, порушення пам'яті і уривчасті спогади про травматичному подію.

**Виклад основного матеріалу.** Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) досить успішно застосовується під час лікування тривожних розладів. Когнітивна складова частини терапії допомагає людям подолати стереотипне мислення, яке є підставою їхніх страхів; а поведінкова складова частини допомагає змінити реакцію на стимули, що викликають тривожні ситуації.

Наприклад, КПТ може допомогти людині з панічним розладом зрозуміти і засвоїти, що його напади паніки насправді не є інфарктом. Людині із соціофобією КПТ допоможе навчитися, як подолати відчуття, що всі на тебе дивляться і обговорюють. Якщо людина готова протистояти своїм страхам, її навчають, як застосовувати методику «зіштовхування» із ситуаціями, що викликають страх і тривогу, щоб зробити себе нечутливим до пускових механізмів проблеми.

Людей, які відчувають страх перед брудом і бактеріями, змушують забруднити руки і не мити їх відразу, а вичікувати якийсь час, причому тривалість очікування весь час збільшується. Психолог допомагає людині впоратися із занепокоєнням, викликаним очікуванням. Після певної кількості таких вправ тривожність зникає. Людям, що страждають соціофобією, пропонується провести час у страшних для них соціальних ситуаціях, долаючи спокусу втекти та боязнь зробити промахи і спостерігаючи за реакцією людей.

Оскільки реакція оточуючих, як правило, зовсім не така страшна, як того побоювався хворий, то тривоги згладжуються. Людям із посттравма-

тичним стресовим синдромом створюють умови, щоб вони пригадали і пережили свій травматичний досвід у безпечній обстановці, що сприяє зниженню почуття страху, який породжується цими спогадами. Фахівці з когнітивно-поведінкової терапії навчають також системі глибокого дихання та інших вправ, які допомагають знизити тривожність і стимулюють розслаблення.

Метод поведінкової терапії, заснований на принципі зіштовхування хворого із ситуаціями, що викликають їхні страхи і тривогу, протягом багатьох років застосовується для лікування специфічних фобій. Людину «зіштовхують» із предметами або ситуаціями, яких він боїться, поступово. Спочатку йому показують картинки, фотографії або відео-, аудіозаписи, і тільки після цього людина повинна зустрітися із проблемою. У багатьох випадках психотерапевт супроводжує пацієнта в лякаючій ситуації, щоб підтримувати і направляти його.

До КПТ вдаються, коли людина вирішить, що готова до цього, з її дозволу і за умов співпраці. Щоб досягти успіху, терапія повинна бути спрямована на специфічні страхи конкретного пацієнта і адаптована до її або його потреб. Під час КПТ немає ніяких побічних дій, за винятком дискомфорту від тимчасового посилення тривоги.

Курс поведінкової терапії найчастіше триває близько 12 тижнів. Вона може проводитися індивідуально або в групі разом із людьми з аналогічними проблемами. Групова терапія надзвичайно ефективна в разі лікування соціофобії. Часто в перерві між сеансами учасники отримують «домашнє завдання». Є дані, що під час лікування панічного розладу сприятливі результати КПТ мають більш тривалий ефект, ніж результати медикаментозного лікування. Ці дані можуть бути застосовні і щодо лікування ОКР, ПТСР та соціофобій. У разі виникнення рецидиву можна з успіхом використовувати той самий терапевтичний метод удруге.

Під час лікування специфічних тривожних розладів можна застосовувати курс комбінованого лікування, поєднуючи ліки і психотерапію. Подібна методика – найбільш підходяща для багатьох хворих.

**Висновки і пропозиції.** Багатьом людям із тривожними розладами допомагає участь у групах взаємодопомоги або підтримки, де можна поділитися з іншими своїми проблемами і успіхами. Тематичні чати в Інтернеті також можуть виявитися корисними у цьому відношенні, але до будь-якої отриманої через інтернет поради потрібно ставитися обережно, оскільки віртуальні знайомі зазвичай ніколи один одного не бачили, у віртуальному просторі існує безліч фіктивних особистостей.

Методики управління стресом і медитація здатні допомогти страждаючим тривожними роз-

ладами людям розслабитися і тим самим посилити ефект лікування. Є попередні дані, що заняття спортом можуть чинити заспокійливу дію. Кофеїн, наркотики і навіть деякі безрецептурні засоби застуди можуть посилити симптоми тривожних розладів. Тому їх слід уникати.

Сім'я відіграє дуже важливу роль в одужанні людини із тривожним розладом. В ідеалі сім'я повинна підтримувати своїх рідних, а не сприяти закріпленню в них симптомів. Члени родини не повинні спрощувати проблему, роблячи вигляд, ніби вона не варта видалення яйця; не повинні вимагати одужання без лікування.

#### Література:

1. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 2015 Jun;62(6):617-27.
2. Robins LN, Regier DA, eds. *Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study*. New York : The Free Press, 1991.
3. Regier DA, Rae DS, Narrow WE, et al. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry Supplement*, 1998; (34): 24-8.
4. Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1990; 147(6): 685-95.
5. Bourdon KH, Boyd JH, Rae DS, et al. Gender differences in phobias: results of the ECA community survey. *Journal of Anxiety Disorders*, 1988; 2: 227-41.
6. LeDoux J. Fear and the brain: where have we been, and where are we going? *Biological Psychiatry*, 1998; 44(12): 1229-38.
7. Bremner JD, Randall P, Scott TM, et al. MRI-based measurement of hippocampal volume in combat-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1995; 152:973-81.
8. Stein MB, Hanna C, Koverola C, et al. Structural brain changes in PTSD: does trauma alter neuroanatomy? In: Yehuda R, McFarlane AC, eds. *Psychobiology of posttraumatic stress disorder*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821. New York: The New York Academy of Sciences, 1997.
9. Kharchenko D.M. Anxiety in Individuals With Different Levels of Alexithymia Disturbances / D.M. Kharchenko, S.O. Kovalenko, Yu.Yu. Chystovska. *Науково-практичний журнал «Наука і освіта» Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К.Д. Ушинського*. Випуск: Психологія. № 5-6. 2018.

**Chystovska Yu. Yu., Kharchenko T. H., Zhurakhivskiy I. O. Features of the onset and course of anxiety disorders and their psychotherapy**

*In the article on the basis of systematic analysis of scientific literature, theoretical aspects of manifestation of psychological phenomenon of anxiety are considered. The concepts of anxiety and anxiety, fear, sociophobia are defined. The features of influence on the spheres of human life are considered, which significantly worsen his state of health and complicate relations with the surrounding world. The features of psychotherapy of patients with disorders of the anxiety spectrum are determined. The principles of cognitive-behavioral approach in psychotherapy of sociophobia and anxiety disorders are revealed.*

*Anxiety is a natural mental and physiological response to an unknown, uncertain stimulus of the environment. Anxiety is adaptive, it is necessary for survival, so the affect of anxiety should be considered as one of the universal and basic ways of responding to developing frustration.*

*However, anxiety in many cases becomes one of the important factors in the pathogenesis of somatic disorders as it has lost its original adaptive relevance.*

*Annually, according to WHO, about 40 million people over the age of 18 suffer from anxiety disorders that fill their lives with fear and uncertainty [1]. Unlike mild enough short-term anxiety caused by a stressful situation (such as a public appearance or a first date), anxiety disorders last at least 6 months and can take a serious form if left untreated. Anxiety disorders are often accompanied by other mental or physical illnesses, including alcoholism or psychoactive substance abuse, which can alleviate or aggravate anxiety symptoms. In some cases, anxiety disorders cannot be cured unless you first get rid of these problems.*

*All anxiety disorders have their own set of symptoms, but all of these symptoms are grouped around a common characteristic – excessive irrational fear and horror.*

*Sociophobia is called a “disease of lost opportunity”, because a person, overwhelmed by total fear, makes fateful decisions, adapting his choice to the existing problem. This disorder is diverse in its manifestations. According to the criteria of ICD-10, the leading criterion for the diagnosis of social anxiety disorder is the illogical compulsive fear of being in the center of attention of the society or performing on people any actions that a person regards as immoral, indecent, shameful. The main symptom of sociophobia is the desire to avoid or flee: the patient simply begins to beware and avoid any circumstances that provoke his anxiety.*

**Key words:** *anxiety, psychosomatic disorders, sociophobia, hippocampus, cognitive-behavioral therapy.*