

*Т. В. Панько, А. І. Бугакова*

**ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗВ'ЯЗКІВ СИМПТОМІВ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ  
З СУБ'ЄКТИВНОЮ КАРТИНОЮ ЖИТТЕВОГО ШЛЯХУ ПРИ РІЗНИХ ФОРМАХ НЕВРОТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

*Т. В. Панько, А. І. Бугакова*

**Особенности функциональных связей симптомов тревоги и депрессии  
с субъективной картиной жизненного пути при различных формах невротической патологии**

*T. V. Panko, A. I. Bugakova*

**Features of functional associations of symptoms of anxiety and depression  
with a subjective picture of the life course in various forms of neurotic pathology**

Метою цього дослідження було вивчення особливостей суб'єктивної картини життєвого шляху та їх зв'язок зі структурою та вираженістю тривожно-депресивної симптоматики у хворих на різні форми невротичної патології. Результати показали, що типовою особливістю репрезентації суб'єктивної картини життєвого шляху у таких пацієнтів є зниження показників оптимістичності, активності та емоційної насиченості життя. Також було встановлено, що при невротичних розладах у пацієнтів з високим рівнем тривоги і депресії спостерігається зниження показників різних компонентів суб'єктивної картини життєвого шляху.

**Ключові слова:** тривога, депресія, невротичні розлади, суб'єктивна картина життєвого шляху

Целью данного исследования явилось изучение особенностей субъективной картины жизненного пути и ее связь со структурой и выраженностью тревожно-депрессивной симптоматики у больных с различными формами невротической патологии. Результаты показали, что типичной особенностью репрезентации субъективной картины жизненного пути у данной категории пациентов является снижение показателей оптимистичности, активности и эмоциональной насыщенности жизни. Также было установлено, что при невротических расстройствах у пациентов с высоким уровнем тревоги и депрессии наблюдается снижение значений различных компонентов субъективной картины жизненного пути.

**Ключевые слова:** тревога, депрессия, невротические расстройства, субъективная картина жизненного пути

The aim of this study was to investigate the characteristics of a subjective picture of life and its relation to the structure and degree of anxiety and depressive symptoms in patients with various forms of neurotic pathology. The results showed that a typical feature of representation of subjective picture of life in these patients were decline in optimism, activity and emotional richness of life. It was also found that in patients with neurotic disorders, who have high levels of anxiety and depression there were essential reduction of values of various components of the subjective picture of life.

**Keywords:** anxiety, depression, neurotic disorders, subjective picture of life course

На цей час, у зв'язку з неухильним зростанням поширеності різних форм невротичних розладів, все більше уваги приділяється питанням дослідження психологічних механізмів формування цієї патології. Поряд з нозоцентричною психіатричною парадигмою невротичної патології, великого поширення набула адаптаційна концепція, пов'язана з вивченням цілеспрямованої поведінки особистості в проблемних і кризових ситуаціях [1]. Багато авторів визнають, що одним з найбільш перспективних підходів до питання психокорекції та профілактики невротичних захворювань є розгляд особистості в контексті її життєвого шляху (ЖШ) [2]. Дані психологічних досліджень свідчать про зміни суб'єктивної картини життєвого шляху (СКЖШ) при різних соматичних захворюваннях (кардіологічних, гастроентерологічних, гінекологічних) та в осіб, які страждають алкогольною залежністю [3]. Однак, до теперішнього часу особливості репрезентації ЖШ при невротичних розладах не були вивчені. У дослідженнях останнього періоду показано, що в умовах розвитку психогенного конфлікту у пацієнтів з різними формами невротичних розладів значне місце в структурі патології займають саме депресивні прояви у вигляді пригніченості, песимістичності, зниження працездатності [4, 5]. Вищевикладене визначило мету цього дослідження — вивчити особливості структури та вираженості тривожно-депресивної симптоматики у хворих на різні форми невротичної патології та її взаємозв'язок з СКЖШ.

Основну групу дослідження склали 115 хворих, з них 40 хворих з неврастенією (F48), 35 — з тривожно-фобіч-

ними розладами (F40—41), 40 — з дисоціативними розладами (F44). Вік хворих, що брали участь у дослідженні, був у межах від 17 до 63 років. За статеву ознакою вибірка складалася з 86 (74,78 %) жінок і 29 (25,22 %) чоловіків. Контрольну групу дослідження склали 40 здорових осіб без ознак невротичної патології.

Для реалізації поставленої мети були використані методики «Опитувальник симптомів депресії» [6] і «Семантичний диференціал часу» [7]. Статистичне оброблення результатів проводили за допомогою програми Statistica 6.0.

Під час оцінювання ставлення хворих на невротичні розлади до свого ЖШ були виявлені особливості (табл. 1).

**Таблиця 1. Особливості сприйняття життєвого шляху у хворих на невротичні розлади (в балах)**

Чинники сприйняття ЖШ	Основна група (n = 135)	Контрольна група (n = 40)
Оптимістичність	23,0 ± 2,1**	27,8 ± 3,1
Активність	1,5 ± 0,1**	2,1 ± 0,1
Емоційність	1,1 ± 0,1**	1,8 ± 0,1
Величина	1,3 ± 0,1**	1,9 ± 0,1
Структура	1,6 ± 0,2*	2,4 ± 0,3
Відчуття	0,5 ± 0,1	0,7 ± 0,1

**Примітка.** Тут і далі: дані наведено в форматі: середня арифметична ± помилка середньої арифметичної (M ± m), бали. Різниця статистично вірогідні: \* — при p < 0,005; \*\* — при p < 0,05

Загалом, при порівнянні з контрольною групою, виявлені різниці за всіма показниками сприйняття часу життя, що виражається і в комплексному показнику оптимістичності у хворих на невротичні розлади, який складає  $19,1 \pm 3,9$  бала, тоді як у групі контролю він досягає  $27,8 \pm 3,1$  бала ( $p < 0,05$ ). Як свідчать отримані дані, у хворих на невротичні розлади найбільш високими, як і в контрольній групі ( $2,4 \pm 0,3$  бала), є показники структурованості ЖШ ( $1,6 \pm 0,2$  бала) і активності ( $1,5 \pm 0,1$  бала). При цьому показники емоційної насиченості ( $1,1 \pm 0,1$  бала), величини ( $1,3 \pm 0,1$  бала) і відчуття ( $0,5 \pm 0,1$  бала) виражені значно менше. Для хворих на тривожно-фобічні розлади характерні тенденції, подібні до ситуації, що спостерігається взагалі у хворих на невротичні розлади (табл. 2). Зокрема, найбільш вираженими в оцінці СКЖШ для них є фактори структурованості майбутнього часу ( $1,5 \pm 0,2$  бала), й активності ( $1,4 \pm 0,2$  бала), менш вираженими — фактори відчуття ( $0,3 \pm 0,2$  бала), емоційності ( $1,0 \pm 0,2$  бала) і величини часу життя ( $0,9 \pm 0,3$  бала). Загальна оптимістичність сприйняття життя у цієї групи пацієнтів становить  $19,1 \pm 3,9$  бала, що є найнижчим показником з усіх категорій невротичних розладів ( $p < 0,005$ ).

Таблиця 2. Особливості сприйняття ЖШ у хворих з різними формами невротичної патології ( $M \pm m$ ), бали

Чинники сприйняття ЖШ	Дисоціативні розлади ( $n = 40$ )	Тривожно-фобічні розлади ( $n = 35$ )	Неврастенія ( $n = 40$ )
Оптимістичність	$21,6 \pm 3,8^{**}$	$19,1 \pm 3,9^{**}$	$35,1 \pm 1,8^*$
Активність	$1,4 \pm 0,2^*$	$1,4 \pm 0,2$	$2,1 \pm 0,1^*$
Емоційність	$1,0 \pm 0,2^*$	$1,0 \pm 0,2$	$1,8 \pm 0,1^{**}$
Величина	$1,5 \pm 0,2$	$0,9 \pm 0,3$	$1,9 \pm 0,1^{**}$
Структура	$1,1 \pm 0,2$	$1,5 \pm 0,2^*$	$2,1 \pm 0,3$
Відчуття	$0,4 \pm 0,2$	$0,3 \pm 0,2^{**}$	$0,7 \pm 0,1$

Для хворих на неврастенію характерні більш високі показники всіх шкал оцінки ЖШ, ніж для хворих з іншими формами невротичної патології ( $p < 0,05$ ). Найбільшими значеннями характеризуються показники активності ( $2,1 \pm 0,1$  бала) і структури життя ( $2,1 \pm 0,3$  бала), середнє положення займають показники емоційного забарвлення і величини ( $1,8 \pm 0,1$  і  $1,9 \pm 0,1$  бала відповідно), а найменшими — фактор відчуття ( $1,5 \pm 0,2$  бала). При цьому показники активності та емоційності вірогідно перевищують аналогічні значення в групі контролю ( $p < 0,05$ ).

Як свідчать отримані дані, у хворих на дисоціативні розлади показник величини займає провідне місце в комплексному сприйнятті свого життя ( $1,5 \pm 0,2$  бала) і перевищує аналогічний показник у групі порівняння, хоча ці різниці не є вірогідними (див. табл. 2). Другим за вираженістю є фактор активності ( $1,4 \pm 0,2$  бала). Найменші значення мають показники емоційного забарвлення ( $1,0 \pm 0,2$  бала), відчуття ( $0,4 \pm 0,2$  бала) і структурованості майбутнього часу ( $1,1 \pm 0,2$  бала). Показник загального оптимістичного сприйняття також був істотно нижче такого ж показника в групі порівняння ( $21,6 \pm 3,8$  бала,  $p < 0,05$ ).

Аналізуючи вищевикладені дані, варто наголосити, що у хворих на невротичні розлади комплексний показник оптимістичності сприйняття життя значно знижений, за винятком пацієнтів з неврастенією.

Це відображає незадоволеність обстежуваних життєвою ситуацією, песимістичне бачення навколишнього світу, переважання в структурі переживань негативних емоцій і почуттів, актуалізації у свідомості негативних аспектів дійсності.

Найбільш вираженими в структурі СКЖШ у пацієнтів з невротичними розладами були чинники активності і структурованості життя, що свідчить про певну психічну напруженість, роздратування, відчуття браку часу для реалізації поточних цілей, високу динамічність навколишньої дійсності порівняно з внутрішньою статичністю болючої ситуації. Ці показники, незважаючи на певну вираженість в основній групі, були вірогідно меншими, ніж у контрольній групі. Така ситуація характерна для суб'єктивного сприйняття ЖШ як недостатньо упорядкованого, невідконтрольного, з відсутністю чітких уявлень про закономірність подій, що відбуваються, суперечливістю спонукань.

Найнижчими значеннями під час оцінювання пацієнтами з невротичними розладами свого життя характеризувався показник відчуття. Зниження величини цього фактора свідчить про порушення психологічного зв'язку обстежуваних з дійсністю, що пов'язане з браком емоційної та інтелектуальної залученості в події, втратою відчуття особистісної значущості.

Під час вивчення вираженості симптомів депресії у хворих на невротичні розлади були отримані дані, наведені в таблиці 3. Було показано, що загальний рівень депресії ( $15,87 \pm 0,58$  бала) у таких пацієнтів вірогідно вище аналогічного показника в контрольній групі ( $12,52 \pm 0,34$  бала,  $p < 0,05$ ), при цьому показник когнітивної депресії в обох вибірках ( $9,48 \pm 0,97$  бала та  $7,42 \pm 0,26$  бала) перевищує рівень соматичної ( $6,41 \pm 0,59$  бала та  $5,1 \pm 0,9$  бала,  $p < 0,05$ ).

Таблиця 3. Рівень депресії у хворих на невротичні розлади ( $M \pm m$ ), бали

Показник	Основна група ( $n = 115$ )	Контрольна група ( $n = 40$ )
Загальний рівень депресії	$15,87 \pm 0,58^{**}$	$12,52 \pm 0,34$
Когнітивна депресія	$9,48 \pm 0,97^*$	$7,42 \pm 0,26$
Соматична депресія	$6,41 \pm 0,59$	$5,1 \pm 0,9$

У групі хворих з різними формами невротичної патології найбільш виражена депресивна симптоматика фіксувалася у пацієнтів з неврастенією ( $19,97 \pm 0,71$  бала), вірогідно перевищуючи рівень загальної депресії у хворих на тривожно-фобічні ( $15,66 \pm 0,62$  бала,  $p < 0,05$ ) та на дисоціативні розлади ( $12,03 \pm 1,02$  бала,  $p < 0,005$ ) (табл. 4).

Таблиця 4. Рівень депресії у хворих з різними видами невротичної патології (у балах)

Показник	Неврастенія ( $n = 40$ )	Тривожно-фобічні розлади ( $n = 35$ )	Дисоціативні розлади ( $n = 40$ )
Загальний рівень депресії	$19,97 \pm 0,71^*$	$15,66 \pm 0,62^{**}$	$12,03 \pm 1,02$
Когнітивна депресія	$11,85 \pm 1,1^*$	$9,23 \pm 0,88$	$7,35 \pm 0,93$
Соматична депресія	$8,12 \pm 0,65$	$6,43 \pm 0,35$	$4,68 \pm 0,79$

Показники когнітивної та соматичної депресії також повторювали вищеописані тенденції і становили при неврастенії  $11,85 \pm 1,1$  і  $8,12 \pm 0,65$  бала, при тривожно-фобічних розладах —  $9,23 \pm 0,88$  і  $6,43 \pm 0,35$  бала і були найменшими при дисоціативних розладах, практично відповідаючи показникам контрольної групи ( $7,35 \pm 0,93$  і  $4,68 \pm 0,79$  бала). Наявність симптомів депресії мала значущі різниці у хворих з різними формами невротичної патології. Зокрема, скарги на сум при неврастенії спостерігалися частіше ( $30,01 \pm 0,02$  %) в усіх пацієнтів, вірогідно перевищуючи показники контрольної групи ( $17,39 \pm 0,76$  %,  $p < 0,05$ ). Також у пацієнтів з неврастенією були зафіксовані симптоми песимізму ( $25,20 \pm 0,96$  %), відчуття невезіння ( $16,67 \pm 0,41$  %), плаксивості ( $45,00 \pm 0,52$  %), дратівливості ( $70,00 \pm 0,92$  %), стомлюваності ( $46,67 \pm 0,57$  %), заклопотаність станом здоров'я ( $45,83 \pm 0,91$  %), тоді як в контрольній групі аналогічні показники становили  $16,20 \pm 0,41$  %,  $8,87 \pm 0,59$  %,  $32,06 \pm 0,63$  %,  $37,54 \pm 0,33$  %,  $29,78 \pm 0,35$  % та  $33,34 \pm 0,59$  % відповідно ( $p < 0,05$ ).

У групі хворих на тривожно-фобічні розлади провідна депресивна симптоматика, яка проявлялася у вигляді пригніченості ( $60,00 \pm 0,75$  %), зниження працездатності ( $34,29 \pm 98$  %), плаксивості ( $27,62 \pm 0,56$  %), відчуття провини ( $32,38 \pm 0,63$  %), заклопотаності станом здоров'я ( $39,05 \pm 0,64$  %), втрати сексуального потягу ( $38,10 \pm 0,4$  %), також вірогідно перевищувала показники контрольної групи ( $p < 0,05$ ).

Було показано, що при дисоціативних розладах не зафіксовано вірогідних різниць у вираженості симптомів депресії порівняно з контрольною групою. При цьому показники песимізму ( $12,50 \pm 0,36$  %), незадоволеності собою ( $12,50 \pm 0,07$  %), самозвинувачення ( $20,00 \pm 0,15$  %), почуття соціальної відчуженості ( $4,17 \pm 0,08$  %), дисморфобії ( $10,83 \pm 0,32$  %), стомлюваності ( $27,50 \pm 0,81$  %), заклопотаності своїм здоров'ям ( $21,67 \pm 0,59$  %) були менш виражені, ніж у здорових, проте ці різниці не були вірогідними.

Як свідчать отримані дані, при невротичних розладах найбільш вираженими в структурі депресивної симптоматики є показники пригніченості, стомлюваності, плаксивості, заклопотаності станом здоров'я. Рівень депресії при неврастенії вірогідно перевищує аналогічні дані при інших видах невротичної патології, а при дисоціативних розладах — практично відповідає показникам осіб контрольної групи.

Наступним етапом дослідження було вивчення вираженості тривоги у хворих на невротичні розлади (рисунок).

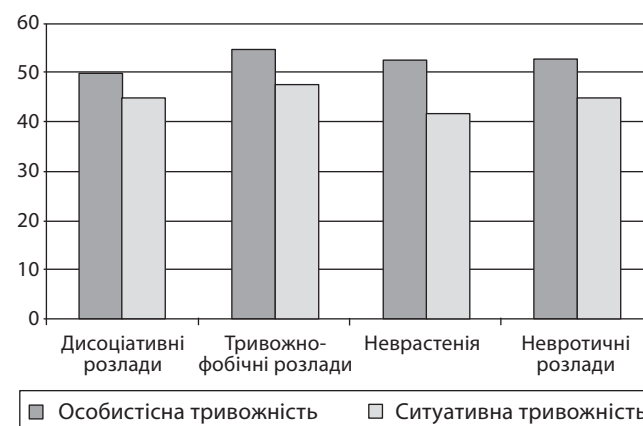
Було показано, що у цієї категорії хворих як особистісна ( $53,05 \pm 1,48$  бала), так і ситуативна ( $45,1 \pm 1,63$  бала) тривожність вірогідно перевищують аналогічні показники в контрольній групі ( $43,46 \pm 0,90$  та  $37,38 \pm 1,43$  бала відповідно,  $p < 0,05$ ).

У групах хворих з невротичною патологією найбільш виражені показники особистісної та ситуативної тривожності були зафіксовані у пацієнтів з тривожно-фобічними розладами ( $55,30 \pm 1,40$  та  $47,73 \pm 1,70$  бала). Найменші показники особистісної тривожності спостерігалися у хворих з дисоціативними розладами ( $50,66 \pm 1,53$  бала), а ситуативної — в групі пацієнтів з неврастенією ( $42,53 \pm 1,04$  бала).

Під час проведення кореляційного аналізу співвідношень показників ЖШ з рівнем депресії і тривожності були виявлені особливості, що визначають специфіку СКЖШ

у хворих з різними формами невротичної патології. При високих показниках загального рівня депресії у хворих на дисоціативні розлади було відзначено зниження емоційної насиченості СКЖШ ( $-0,538$ ), що виражалося в симптомах плаксивості, суму, порушенні сну, труднощів в роботі, заклопотаності своїм станом, а збільшення особистісної тривожності супроводжувалося зменшенням прогнатованої величини ЖШ ( $-0,466$ ). Підвищення рівня когнітивної депресії у хворих на тривожно-фобічні розлади супроводжувалося зниженням активності ( $-0,473$ ) і відчутності ЖШ ( $-0,664$ ), що проявлялося відчуттям браку сил і енергії, ознаками втоми, пасивністю, інертністю, деякою статичністю внутрішнього життя, почуттям недостатньої наповненості життя соціальними подіями, враженнями, діяльністю, а висока особистісна тривожність негативно корелювала з величиною ( $-0,448$ ) і структурованістю ЖШ ( $-0,505$ ).

Вираженість, бали



Рівень тривожності у хворих з різними формами невротичних розладів

Варто наголосити, що при неврастенії загальний рівень депресії негативно корелює ( $-0,428$ ) з показником відчутності життя, тобто здатністю сприймати себе як активного учасника подій, що відбуваються, що призводить до втрати смислової наповненості, співвідноситься з почуттям внутрішньої скутості, що приводить до блокування позитивних спонукань особистості, а підвищення рівня особистісної тривожності супроводжувалося зменшенням оптимістичності та емоційної насиченості життя.

Результати проведеного дослідження свідчать про те, що різні компоненти і параметри СКЖШ, насамперед емоційна насиченість і відчутність, перебувають в складних взаємозв'язках зі структурою вираженості емоційних порушень, які спостерігаються при невротичних розладах. Виявлені взаємозв'язки мали свої типові особливості при різних формах невротичних розладів, що дозволяє використовувати їх в процесі ризикдіагностичної та психокорекційної роботи з цією категорією пацієнтів.

#### Список літератури

1. Белопольская Н. Л., Бочарова Е. Е. Экспериментальное исследование возрастной идентификации у подростков в ситуации жизненного кризиса // Специальная психология. 2010. № 3. С. 22—31.
2. Зарецкий В. К. Становление и сущность рефлексивно-деятельностного подхода в оказании консультативной психолого-

педагогической помощи // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 2 (77). С. 8—38.

3. Рассказова Е. И. Саморегуляция в психологии здоровья и клинической психологии // Вопросы психологии. 2012. № 1. С. 75—82.

4. Марута Н. О., Федченко В. Ю., Панько Т. В. Аналіз суб'єктивного сприйняття свого стану хворими на депресивні розлади // East European Science Journal. 2015. № 15. С. 58—67.

5. Марута О. С. Взаємозв'язок суб'єктивної картини життєвого шляху з рівнем депресії і тривоги у хворих із невротичними розладами // Медична психологія. 2015. № 4. С. 63—67.

6. Бек А., Раш А. Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер. 2003. С. 304.

7. Вассерман Л. Й., Кузнецов О. Н. Семантический дифференциал времени как метод психологической диагностики личности при депрессивных расстройствах : пособие для психологов и врачей. СПб. : СПбНИПНИ им. Бехтерева, 2005. С. 12—23.

*Надійшла до редакції 21.03.2018 р.*

**ПАНЬКО Тамара Василівна**, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; e-mail: tamarapanko@ukr.net

**БУГАКОВА Аріна Ігорівна**, студентка 4 курсу «Харківського національного університету» ім. В. Н. Каразіна, медичний факультет, м. Харків, Україна

**PANKO Tamara**, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: tamarapanko@ukr.net

**BUGAKOVA Arina**, Student of 4 year of V. N. Karazin's Kharkiv National University, school of medicine, Kharkiv, Ukraine