



СЕКЦІЯ 6. МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.93

ЗВ'ЯЗОК ТРИВОЖНОСТІ ТА СОМАТОГНОЗИСУ В ДОРОСЛИХ

Рубель Н.Г., аспірант

Інститут підготовки кадрів Державної служби зайнятості України

У статті відображено результати емпіричного дослідження зв'язку між особливостями підпорогових тілесних відчуттів (соматогнозису) та когнітивних проявів тривожності. Вибірка досліджуваних склала 25 осіб віком 28–45 років. Для дослідження особливостей когнітивних факторів тривожності в обстежуваній групі були обрані три опитувальника самозвіту: IUS (The intolerance of uncertainty scale) шкала ставлення до невизначеності, М. Дугас, український переклад: Український інститут когнітивно-поведінкової терапії i-cbt.org.ua), NPOQ (Negative problem orientation) опитувальник ставлення та реакцій на проблеми, що виникають, М. Робикайд та М. Дугас, український переклад: Український інститут когнітивно-поведінкової терапії i-cbt.org.ua), PSWQ (Penn state worry questionnaire) опитувальник з оцінки переживання, Т. Борковець, український переклад: Український інститут когнітивно-поведінкової терапії i-cbt.org.ua. Для дослідження особливостей підпорогових тілесних відчуттів та схеми тіла був використаний тест «Гомункулос» (автор А. Семенович).

Виявлений зв'язок між кінестетичними особливостями респондентів, рівнем диференційованості тілесних сигналів та когнітивними особливостями тривожних переживань. Практичне значення дослідження полягає у можливості використовувати проєктивну методику «Гомункулос» в роботі психолога з дорослими клієнтами.

Ключові слова: тривога, соматогнозис, нейрофізіологія, когнітивні фактори.

Рубель Н.Г. ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНОСТИ И СОМАТОГНОЗИСА У ВЗРОСЛЫХ

В статье изложены результаты эмпирического исследования связи между особенностями подпороговых телесных ощущений (соматогнозиса) и когнитивных проявлений тревожности. Выборка обследованных составила 25 человек в возрасте 28–45 лет. Для исследования особенностей когнитивных факторов тревожности у обследуемой группы были выбраны три опросника самоотчета: IUS (The intolerance of uncertainty scale) шкала отношения к неопределенности М. Дугас, украинский перевод: Украинский институт когнитивно-поведенческой терапии i-cbt.org.ua), NPOQ (Negative problem orientation) опросник отношения и реакций на возникающие проблемы М. Робикайд та М. Дугас, украинский перевод: Украинский институт когнитивно-поведенческой терапии i-cbt.org.ua), PSWQ (Penn state worry questionnaire) опросник оценки переживаний, Борковец Т., украинский перевод: Украинский институт когнитивно-поведенческой терапии i-cbt.org.ua. Для исследования особенностей подпороговых телесных ощущений и схемы тела был использован тест «Гомункулос» (автор А. Семенович).

Вявлена связь между кинестетическими особенностями респондентов, уровнем дифференциации телесных сигналов и когнитивными особенностями тревоги. Практическое значение исследования состоит в возможности использовать методику «Гомункулос» в работе психолога с взрослыми клиентами.

Ключевые слова: тревога, соматогнозис, нейрофизиология, когнитивные факторы.

Rubel N.H. CORRELATION BETWEEN ANXIETY AND SOMATOGNOSIS IN ADULTS

Anxiety, phobias, panic are phenomena that in the modern world are a serious problem for the daily functioning of a person.

The research was conducted in order to study the connection between the features of subliminal perception (somatognosis) and cognitive manifestations of anxiety.

To study the cognitive features of anxiety in the study group, three self-report questionnaires were used:

1. IUS (The intolerance of uncertainty scale, Dugas M.J., ukrainian translation: Ukrainian Institute of cognitive-behavioral therapy i-cbt.org.ua) - to research attitude to uncertainty.
2. NPOQ (Negative problem orientation, Robichaud M, Dugas M.J., Ukrainian translation: Ukrainian Institute of cognitive-behavioral therapy) – to study the attitude and reactions to life's challenges.
3. PSWQ (Penn state worry questionnaire, Borkovec, T. D., Ukrainian translation: Ukrainian Institute of cognitive-behavioral therapy) – to study the level of mental suffering like a response to everyday situations.

To study the characteristics of subliminal perception and body scheme the “Homunkulus” test was used (by A. V. Semenovich). According to the results of this test, the participants of the experiment were divided into three groups:

the first one is the group with low differentiation of body signals, the situational anxiety, middle level of tolerance to uncertainty, the problem with muscle tone;

the second one – with fragmentary sensations of one's body, a low level of tolerance to uncertainty and emerging problems;

the third group – with a differentiated perception and a high level of self-control, the lowest rate of tolerance to uncertainty and emerging problems.

Comparative analysis of the results indicates that the level of tolerance for uncertainty in group 2 and 3 has significant differences according to the Man – Whitney test.

On the indicator “attitude to problems”, group 2 has the highest score in comparison with other groups according to the Man-Whitney test. With regard to “mental suffering”, the difference is not expressed.

Key words: *anxiety, somatognosis, neurophysiology, cognitive factors.*

Постановка проблеми. У сучасному українському суспільстві (на тлі динамічних соціально-економічних змін) тема психологічного, зокрема емоційного, здоров'я населення є доволі актуальною. Тривога, тривожність, занепокоєність, фобічні реакції, панічні стани – явища, які в сучасному світі є суттєвою проблемою повсякденного функціонування людини. Стан тривоги, тривожність може бути різноманітним за інтенсивністю та проявами, мати як адаптивний, так і дезорганізуючий вплив на психічну діяльність.

Дуже часто особистісна тривожність або довготривалий стан високого рівня тривоги призводить до різних невротичних порушень та емоційних зривів, психосоматичних захворювань, дестабілізації особистості. Загалом, тривожність – явище, яке супроводжує різноманітні клінічні стани (нервово-психічні та соматичні розлади), а також психологічні труднощі здорових людей. Різноманітні форми патологічної тривоги впродовж життя спостерігаються більш ніж у третини населення світу (в середньому у 33,7% [4]). Зважаючи на це, дослідження взаємозв'язку нейрофізіологічних особливостей індивіда та когнітивних особливостей тривоги має актуальність для практичної діяльності психологів-консультантів, клінічних психологів, психотерапевтів.

У статті наведено результати дослідження зв'язку підпорогових кінестетичних відчуттів із когнітивними факторами тривожності у вигляді переживань, нетолерантності до невизначеності та ставлення до проблем. Що виникають у житті проблем. Практичне значення дослідження полягає у можливості використовувати проективну методику «Гомункулус» у діяльності психолога в роботі з дорослими клієнтами, які звернулись зі скаргами на тривогу з метою дослідження соматичних та нейрофізіологічних особливостей.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Тривожність розглядається вітчизняними та зарубіжними дослідниками як стан, суб'єктивний феномен, який характеризується соматичними, фізіологічними, поведінковими та когнітивними компонентами та проявами.

Із точки зору сучасних дослідників, тривожність (як риса особистості) характеризується та зумовлюється когнітивними особливостями, які поєднують у собі певні патерни оброблення інформації, наприклад, очікування невизначеної чи певної небезпеки. М. Дугас та співавтори [7] вказують на те, що нетолерантність до невизначеності, певна «магічність» мислення сприяють розвитку тривожності. Т. Борковець та співавтори вказують на наявність переживання як лінгвістичного процесу, який не проникає у глибші психічні образи та перешкоджає емоційній обробці [5]. Крім того, С. Врана, Б. Кутберт та П. Ланг [17] виявили, що люди, які вербально артикулюють страхи, мають нижчі показники серцевих скорочень, ніж коли вони уявляють ті ж ситуації, що лякають. Тобто в межах цієї концепції переживання стає формою уникання. Л. Роймер та С. Орсілло [15] наголошують на тому, що вербальна обробка інформації призводить до ігнорування актуальної інформації, яка надходить із зовнішнього середовища. С. Хейс [9] указує, що вербальні процеси формують поведінку через вербально оброблені ситуації, а не через контакт із реальною ситуацією. Експериментальні дані Р. Ладусера зі співавторами [12] свідчать про те, що посилення непереносимості до невизначеності призводить до посилення переживання. Зважаючи на описані когнітивні феномени тривоги, варто зазначити, що тривожні індивіди мають особливості селективної уваги, що призводить до посилення переживання [10]. У дослідженнях нейрофізіологів та нейропсихологів урахуються центральні та периферичні механізми виникнення тривожності і головне місце відводиться лімбічній системі головного мозку [3]. Американські дослідники сенсомоторних процесів, нейрофізіологічних особливостей сенсорної інтеграції та її впливу на поведінку вказують на результати дослідження зумовленості певних форм тривожної поведінки та когнітивних особливостей цими чинниками [11]. В. Дан [8] визначила чотири патерни, які відображають індивідуальні відмінності чутливості нервової системи. Н. Малоркі-Багет зі співавторами



[13], досліджуючи зв'язок тривоги та інтероцепції, вказують на те, що показник підвищеної інтероцептивної чутливості виражений у осіб із панікою, генералізованою тривогою, фобіями. Ураховуючи теорію соматичних маркерів А. Дамасіо, дослідники визначають розвиток тривоги (як результат неправильної інтерпретації інтероцептивних симптомів). Зв'язок цих трьох боків тривожності (соматичного, фізіологічного та когнітивного) вочевидь зрозуміла, але є актуальним питанням про те, яким чином підпорогові соматичні відчуття, кінестетичні особливості індивіда пов'язані з когнітивними факторами тривоги.

Соматогнозис, тілесність розглядається як багаторівнева система, яка вміщує базові рівні («темне м'язеве відчуття», сенсорне усвідомлення) та просторово-часове сприйняття в цілому, включаючи «лінію часу», а також пізнавальні процеси: стратегії мислення та когнітивний стиль особистості, який актуалізується в процесі контакту внутрішнього із зовнішнім. Така структура може бути описана поняттям «нейроматриці» або «нейрокогнітивної карти» [2] та поєднує тіло, розум та емоції. Тобто оцінка схеми тіла та її компонентів (різних видів сенсорної чутливості та координаційних особливостей) важлива як для проєктивної діагностики, так і для планування психокорекційних заходів. Окрім нейрофізіологічного рівня, тобто проєкції тілесних відчуттів на кору, має місце і напрям зворотного зв'язку (вплив на нейрофізіологічні особливості сталих поведінкових, емоційних реакцій, які відображають певні психологічні проблеми).

Постановка завдання. На основі викладеного можна сформулювати завдання дослідження, яке полягає у вивченні взаємозв'язку кінестетичних підпорогових відчуттів та соматогностичних процесів із когнітивними факторами тривожності.

Виклад основного матеріалу дослідження. Дослідження проводилось із метою визначення зв'язку між особливостями підпорогових тілесних відчуттів, соматогнозису та когнітивних проявів тривожності. Вибірка досліджуваних складала 25 осіб віком 28–45 років. Склад групи такий: клієнти, які звернулись зі скаргою на тривожність, та слухачі курсів підвищення кваліфікації. Для дослідження особливостей когнітивних факторів тривожності в обстежуваній групі були обрані три опитувальника самозвіту:

1) IUS (для дослідження ставлення до невизначеності, який описує те, як індивід може ставитись та реагувати на невизначеність у житті [6]);

2) NPOQ (дослідження ставлення та реакцій на проблеми, що виникають у житті,

дає змогу оцінити те, як людина схильна поводити себе та думати у ситуації стикання з проблемами [16]);

3) PSWQ (дослідження рівня переживань, які виникають щодо ситуацій у житті [14]).

Для дослідження особливостей підпорогових тілесних відчуттів та схеми тіла ми використали тест «Гомункулус» (автор А. Семенович) [1], який використовується в практиці роботи як із дітьми від 5 років, так і з дорослими, які мають когнітивно-афективні особливості: труднощі з ідентифікацією та описом власних тілесних та емоційних відчуттів, складнощами в розумінні різниці між тілесними відчуттями та емоціями, фокусуванні на зовнішніх подіях, ігноруванні тілесних відчуттів та сигналів. Також ця методика застосовується в клінічному обстеженні дітей із метою визначення наявності травматичного тілесного досвіду, тілесних симптомів дисфункцій організму.

Ця методика дає змогу визначити наявність таких явищ:

- гіпо- та гіпертонус, м'язеві затиски, сінкенеції, тіки, схильність до генезу навязливих рухів та вичурних поз;

- пластичність (або ригідність) у процесі виконання різних дій, виснажуваність, колювання уваги та афекту;

- підпорогові, неусвідомлені вегетативні реакції, алергії, соматичні дизритмії.

Методика полягає в розмальовуванні схематичного чоловічка кольоровими олівцями. За результатом проведеного якісного аналізу для оцінки соматичного компонента афективної сфери. Інтерпретація базується на описі наявних феноменів, які можна поділити на певні групи: 1) гудзики, ділення тіла навпіл; 2) кольоровість зафарбовування (більша-менша яскравість); 3) кольорова симетричність-хаотичність фарбування; 4) наявність капелюхів, бантиків і т.д.; 5) червоний рот, вуха; 6) відсутність розфарбування тіла; 7) якість штрихів (хаотичні грубі-рівномірне фарбування); 8) наявність перев'язок на горлі; 9) плями на тілі, акцентування окремих органів, промальовування ліній в області лоба; 10) наявність-відсутність очей.

Для проведення аналізу результату виконання тесту «Гомункулус» були поділені на три групи за ступенем вираженості соматичних феноменів. Перша група з низькою диференціацією тілесних сигналів, друга – з фрагментарним відчуттям свого тіла, третя – з диференційованим сприйняттям та високим рівнем самоконтролю.

Кластер 1: рівномірність зафарбованої поверхні, кольорова симетричність, відсутність акцентованих плям, штрихів, окремих

елементів. Найбільш характерні приклади дивитись на малюнку 1.

Зразки в цій групі відрізняються більш чи менш інтенсивним кольором, натиском під час розмальовування. Це може вказувати на більшу (за наявності більш інтенсивного фарбування, натиску) чи меншу тактильну або загалом кінестетичну чутливість, упорядкованість або дезінтегрованість тілесних сигналів, інтенсивність інтероцептивних відчуттів. Загальною ознакою для зразків цієї групи є кольорова симетричність забарвлення. За шкалами оцінювання усвідомлених проявів тривожності представники даного кластера мають найнижчий серед представників обстежуваної групи результат інтенсивності переживань (33,8 балів), середній рівень за шкалою непереносимості до невизначеності (56,5 балів) та ставлення до проблем (24,8 балів), які виникають у житті.

Представники кластера 1 скаржаться на певні ситуативні труднощі (недостатність упевненості в окремих життєвих ситуаціях, наявність труднощів із вольовим контролем, ситуативну тривожність), за самозвітом вважають себе такими, хто може самостійно зарадити собі у проблемах, які з'являються, але іноді відчують себе безпорадними. Автори зразків з більш інтенсивним забарвленням (наприклад, зразок ліворуч на рисунку 1), скаржаться на м'язове напруження, труднощі з розслабленням, а також спостерігається поєднання більш інтенсивного кольору з більшим балом за шкалою «ставлення до невизначеності».

У представників кластера 2 зразок розмальований більш хаотично та асиметрично (плями, лінії, штриховка), що можна пов'язати з наявністю кінестетичних особливостей, зокрема підвищеної або зниженої тактильної чутливості (рисунок 2),

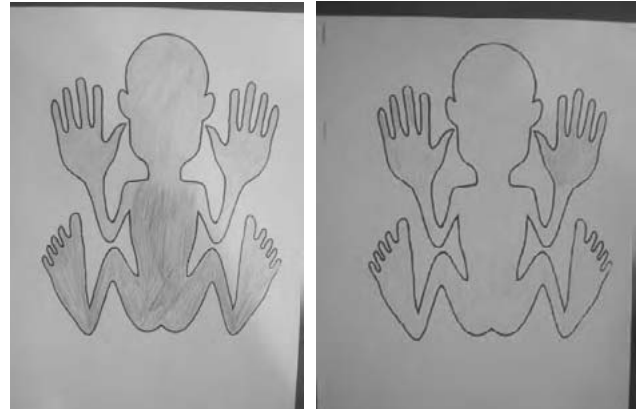


Рис. 1. Приклади виконання тесту «Гомункулюс» піддослідними кластера 1

майже всі зразки мають акцентні зони на окремих ділянках, що може вказувати на наявність підпорогових інтероцептивних відчуттів, схильності до підвищеної інтероцептивної чутливості, в низці зразків можна побачити акцентні плями на області голови, промальовані інтенсивними кольорами вуха (частіше червоним). Такі особливості характеризують схильність до домінування збудження, відсутності координації збудження та гальмування, наявність м'язових затисків.

У деяких зразках цієї групи можна спостерігати додаткові елементи на поверхні чи в середині схеми (рисунок 3). За самозвітом власників наведених зразків, такі особливості вказують на соматичні причини (регулярні мігрені, зразок зліва на рисунку 3), дисфункції окремих внутрішніх органів (правий зразок), наявність інших больових відчуттів.

У результатах кластера 2 ми бачимо достатньо високі (порівняно з іншими кластерами) показники за шкалою непереносимості до невизначеності (61 бал), ре-

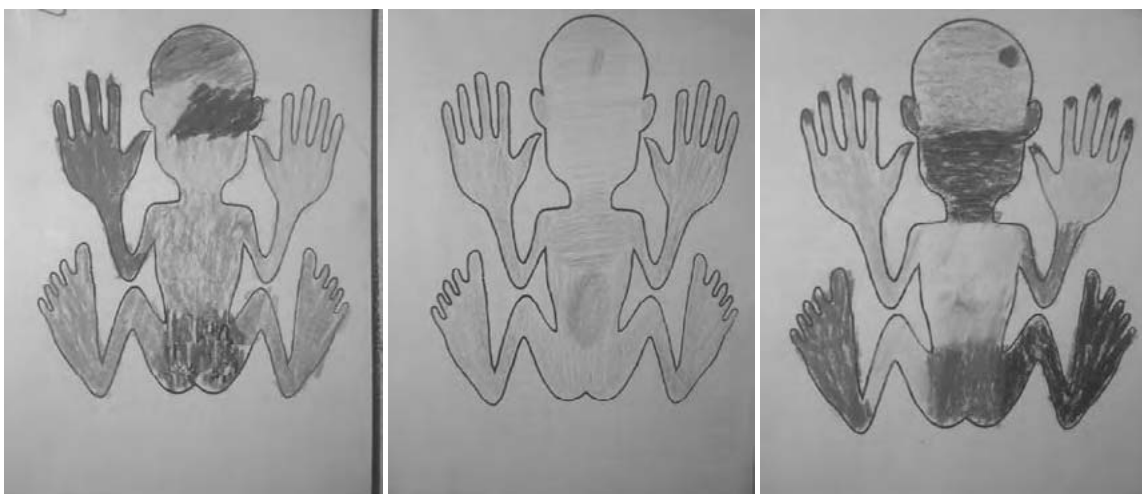


Рис. 2. Зразки виконання методики «Гомункулюс» представниками кластера 2

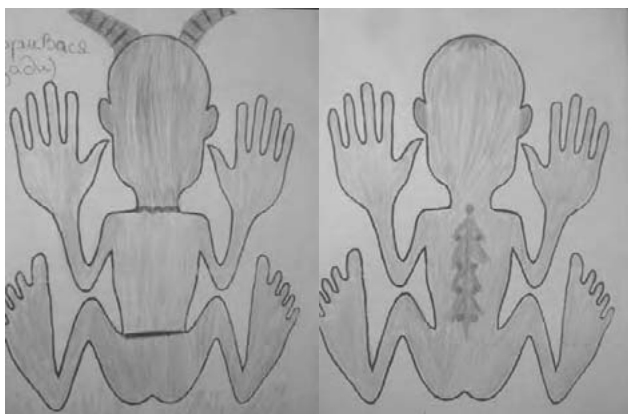


Рис. 3. Зразки виконання методики «Гомункулюс» представниками кластера 2 з наявними соматичними симптомами

зультати в порівнянні з кластером 3 мають достовірну різницю за критерієм Мана-Уїтні. За показником «ставлення до проблем», кластер 2 має найбільший бал у порівнянні з іншими групами, з достовірною різницею з групою 1 та 3 за критерієм Мана-Уїтні. За шкалою «рівень переживань» відмінності кластерів менш виражені.

Тобто ця група складається з осіб, схильних до тривожних переживань, нетолерантних до невизначеності. Для них характерним є наявність соматичних симптомів (як усвідомлених, так й підпорогових). Поведінка представників кластера спрямована на підвищений контроль, хаотична, увага нестійка, скарги стосуються постійного тривожного тла, схильності до застосування негативного передбачення, неможливості вирішувати нагальні проблеми, відволікання, негативних фізичних симптомів. В анамнезі представників кластера мають місце панічні атаки, неврологічні проблеми. За самозвітом представників кластера не завжди вдається відчувати себе в моменті життя: переживання сприяють відстороненості від власних відчуттів, тоді як певні симптоми провокують появу тривоги. Наприклад, серед скарг власника лівого зразка на рисунку 3: сильні мігрені, тривожність, яка відчувається як загальна слабкість, наявність переживань, труднощі в подоланні тривожних румінацій, негативна орієнтація до проблем із домінуванням уникання вирішення, поведінка уникання може змінюватись на стратегію підвищеного контролю зовнішнього середовища з відчуттям виснаженості, кому в горлі. За самозвітом обстежуваного для подолання цих проблем він удається до «відволікання» від тілесних відчуттів.

Зразки виконання методики «Гомункулюс» представниками кластера 3 характеризуються відсутністю тілесних акцентів



Рис. 4. Зразки виконання методики «Гомункулюс» представниками кластера 3

у вигляді плям, штрихів, додаткових елементів, у всіх наявні намальовані очі, тулуб «одягнутий». Такі особливості можуть свідчити про більший самоконтроль та структурованість відчуттів (рисунок 4).

У когнітивних особливостях цієї групи обстежуваних є найнижчі бали порівняно з іншими кластерами за всіма шкалами (в описі групи 2 наведені загальні результати). Представники кластера скаржаться на певні емоційно-поведінкові труднощі (потребу мати власний контроль над ситуацією та поведінку нападу під час переживання тривоги). Такі результати свідчать про здатність до адекватного когнітивного оброблення сигналів тривоги. Цей висновок можна зробити і за результатами графічного тесту: наявність певного «зорового» контролю, та «захищеності» одягом може свідчити про здатність до впорядкування вхідної кінестетичної інформації (зовнішньої та внутрішньої). Представники кластера скаржаться на певні емоційно-поведінкові труднощі (потребу мати власний контроль над ситуацією та поведінку нападу під час переживання тривоги). Загалом, оцінюють себе як таких, що можуть контролювати своє життя та дати раду з труднощами.

Висновки з проведеного дослідження. За результатами дослідження підпорогових тілесних відчуттів та схеми тіла за тестом «Гомункулюс» (А. Семенович), досліджуваних було поділено на три групи: перша група з низькою диференціацією тілесних сигналів, друга – з фрагментарним відчуттям свого тіла, третя – з диференційованим сприйняттям та високим рівнем самоконтролю.

У результатах групи 2 ми бачимо достатньо високі показники ставлення до невизначеності (як до негативного явища), результати (порівняно з групою 3) мають

достовірну різницю за критерієм Мана-Уїтні. За показником «ставлення до проблем», група 2 має найбільший бал (порівняно з іншими групами) із достовірною різницею (за критерієм Мана-Уїтні) з групою 1 та групою 3. За шкалою «рівень переживань» відмінності між групами не виражені.

Можна узагальнити, що має місце зв'язок між кінестетичними особливостями респондентів, які проявляються в підвищеній або зниженій тактильній, інтероцептивній, м'язовій чутливості та когнітивними особливостями, характерними для тривожності.

Проведене дослідження ілюструє можливість використання методики «Гомункулус» в обстежені дорослих клієнтів, які звернулись із скаргою на прояви тривожності, паніки, страху для з'ясування соматичних та кінестетичних особливостей, визначення рівня та тенденцій переживання тривоги.

Перспективою подальших досліджень буде з'ясування зв'язку між нейрофізіологічними особливостями та змістом тривожних переживань і страхів у дорослих.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Семенович А. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. Москва: Академия, 2002. 232с.
2. Семенович А. В лабиринтах развивающегося мозга. Шифры и коды нейропсихологии. Москва: Генезис, 2010. 424 с.
3. Хомская Е. Нейропсихология: 4-е издание. Санкт-Петербург: Питер, 2005. 496 с.
4. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 Sep; 17 (3): 327–35.
5. Borkovec T., Newman N., Castonguay L. Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrations from interpersonal and experiential therapies. *Focus*. № 2. 2004. P. 392–401
6. Buhr K., Dugas M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: psychometric properties of the English version. *Behavior Research and Therapy*, 40, 931–945 (український переклад: Український інститут когнітивно-поведінкової терапії i-cbt.org.ua)
7. Dugas M.J.& Robichaud, M.(2007).Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: from science to practice. New York, NY: Routledge.
8. Dunn W. W. (2000). Habit: What's the brain got to do with it? *Occupational Therapy Journal of Research*, 20 (suppl I), 6-20
9. Hayes, S.A., Orsillo, S.M., & Roemer, L. (2010). Changes in proposed mechanisms of actions during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 48, 238–245.
10. Hirsch, C.R., MacLeod, C., Mathews, A., Sandher, O., Siyani, A., Hayes, S. (2010). The contribution of attentional bias to worry: Distinguishing the roles of selective engagement and disengagement. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 272–277.
11. Kinnealey, M., Oliver, B., & Wilbarger, P. (1995). A phenomenological study of sensory defensiveness in adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 444–451.
12. Ladouceur, R, Dugas, M. J., Freeston, M. H., Leger, E., Gagnon, F. (2000). Efficacy cognitive-behavior treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957-964.
13. Mallorqui-Bague N., Bulbena A., Pailhez G., et al. Mind-Body Interactions in Anxiety and Somatic Symptoms. *harvard Review of Psychiatry*, 2016; 24 (1): 53–60.
14. Meyer T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 28, 487–495. (український переклад : Український інститут когнітивно-поведінкової терапії i-cbt.org.ua)
15. Roemer L., Orsillo, S.M. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1083–1089.
16. Robichaud M, Dugas M. J Negative problem orientation (Part I): psychometric properties of a new measure. *Behavior Research and Therapy*. 2005 Mar; 43(3):391-401(український переклад: Український інститут когнітивно-поведінкової терапії i-cbt.org.ua)
17. Vrana S.R., Cuthbert, B.N., & Lang, P. G. (1986). Fear imagery and text processing. *Psychophysiology*, 23, 247–253