

МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ
НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ЦЕНТР
ГУМАНІТАРНИХ ПРОБЛЕМ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

**ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗНАНЬ
ПРО ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ
ДЛЯ ВІЙСЬКОВОГО ПСИХОЛОГА**

Методичний посібник

Київ – 2018

УДК 159.9:159.96

Коkun О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник. — К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. — 310 с.

У методичному посібнику викладено базові відомості про найбільш поширені психічні розлади, які зустрічаються в практиці військових психологів. Запропоновано заходи з диференціальної діагностики, оцінки структури і ступеня нервово-психічних розладів з метою вибору психологом адекватної професійної стратегії щодо надання психологічної допомоги.

Матеріали посібника можуть бути використані психологами, слухачами, курсантами профільних вищих військових навчальних закладів Міністерства оборони України, офіцерами з морально-психологічного забезпечення та іншими особами, зміст діяльності яких передбачає надання психологічної допомоги.

Рецензент:

Клименко В.В. – доктор психологічних наук, професор, головний науковий співробітник лабораторії вікової психофізіології Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України.

Рекомендовано до друку Науковою радою Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України (протокол №4 від 27 квітня 2018 р.)

ISBN

© Коkun О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С.

ЗМІСТ

| | |
|---|-----|
| Вступ. | 6 |
| РОЗДІЛ 1. Психологічна допомога особистості: визначення поняття. | 9 |
| РОЗДІЛ 2. Основи психологічної допомоги при психічних розладах. | 22 |
| 2.1. Зміст роботи психолога з клієнтами, які мають психічний розлад. | 23 |
| 2.2. Порядок проведення медико-психологічного обстеження. Психологічний висновок. | 30 |
| 2.3. Психологічна допомога особистості у різних парадигмах психологічної практики | 56 |
| РОЗДІЛ 3. Основні типи психічних розладів | 73 |
| 3.1. Розлади настрою: депресії - діагностичні критерії | 74 |
| 3.1.1. Депресивний епізод. | 77 |
| 3.1.2. Біполярний афективний розлад. | 79 |
| 3.1.3. Рекурентний депресивний розлад. | 81 |
| 3.1.4. Циклотимія | 84 |
| 3.1.5. Дистимія. | 86 |
| 3.1.6. Диференціально-діагностичні ознаки депресивних розладів. | 89 |
| 3.2. Тривожні розлади. | 95 |
| 3.2.1. Агорафобія. | 103 |
| 3.2.2. Специфічні фобії. | 105 |
| 3.2.3. Соціальні фобії. | 105 |
| 3.2.4. Панічний розлад. | 107 |
| 3.2.5. Генералізований тривожний розлад. | 109 |
| 3.2.6. Поєднання тривоги і депресії. | 111 |
| 3.3. Обсесивно-компульсивний розлад. | 112 |
| 3.4. Реакція на важкий стрес і порушення адаптації. | 118 |
| 3.4.1. Гостра реакція на стрес. | 128 |

| | |
|--|-----|
| 3.4.2. Посттравматичний стресовий розлад. | 130 |
| 3.5. Розлади адаптації. | 141 |
| 3.6. Реакція горя в сучасних класифікаціях. | 145 |
| 3.6.1 Реакція втрати. | 146 |
| 3.7. Розлади особистості. | 150 |
| 3.7.1. Параноїдний розлад особистості. | 154 |
| 3.7.2. Шизоїдний розлад особистості. | 155 |
| 3.7.3. Дисоціальний розлад особистості. | 155 |
| 3.7.4. Емоційно-лабільний розлад особистості. | 162 |
| 3.7.5. Граничний розлад особистості. | 163 |
| 3.7.6. Істеричний розлад особистості. | 163 |
| 3.7.7. Залежний розлад особистості. | 165 |
| 3.7.8. Тривожний розлад особистості. | 166 |
| 3.7.9. Ананкастний розлад особистості. | 167 |
| 3.7.10. Нарцисичний розлад особистості. | 168 |
| 3.8. Хронічна зміна особистості після катастрофи. | 169 |
| 3.9. Алкогольні розлади. | 171 |
| РОЗДІЛ 4. Основи діагностики психічних розладів. | 182 |
| 4.1. Діагностика депресивних розладів. | 182 |
| 4.2. Діагностика ПТСР. | 189 |
| 4.3. Діагностика алкогольної етіології. | 192 |
| РОЗДІЛ 5. Основи психологічної допомоги при психічних розладах. | 196 |
| 5.1. Самодопомога при страху. | 196 |
| 5.2. Допомога при страху тому, хто знаходиться поруч. | 197 |
| 5.3. Самодопомога при тривозі. | 197 |
| 5.4. Самодопомога при подоланні фобій і страхів. | 198 |
| 5.5. Психотерапія при obsесивно-компульсивному розладі. | 198 |
| 5.6. Психотерапія при панічному розладі. | 199 |
| 5.7. Психотерапія при генералізованому тривожному розладі. | 200 |
| 5.8. Психотерапія при агарофобії. | 200 |
| 5.9. Психотерапія при соціальних фобіях. | 201 |
| 5.10. Психотерапія при специфічних фобіях. | 202 |

| | |
|---|-----|
| 5.11. Психотерапія розладів особистості. | 202 |
| 5.12. Психотерапія алкогольної залежності. | 205 |
| 5.13. Проблема суїциду. | 207 |
| 5.14. Психотерапія при депресивних розладах. | 214 |
| 5.14.1 Немедикаментозні методи допомоги при депресії . | 228 |
| 5.15. Психотерапія при ПТСР. | 244 |
| 5.16. Психологічна допомога клієнтам, які знаходяться в стані горювання. | 254 |
| Список використаної та рекомендованої літератури. | 300 |

ВСТУП

В сучасних умовах війна стала соціально-психологічним явищем, оскільки її цілі набувають психологічного змісту (злам волі противника, примушення його до певних дій). А засоби, що використовуються - інформаційно-психологічної, соматопсихологічної спрямованості і способи ведення – введення в оману, маскування, раптовість та інші, мають психологічну спрямованість.

Це підвищує значення і роль військової психології в підготовці військовослужбовців до діяльності в особливих умовах, професійного виконання завдань за призначенням, в проведенні ефективного професійно психологічного відбору, а також вивчення негативних психологічних наслідків перебування в зоні бойових дій, удосконаленні медико-психологічної допомоги.

Сьогодні військово-психологічна наука – в центрі уваги вітчизняної психології, проблематика посттравматичного стресу включена в ряд важливих академічних досліджень. Практичні знання військових психологів про війну, бій, психологічну стійкість особового складу до дії бойових стрес-факторів, про готовність до виконання завдань за призначенням, труднощі адаптації, психологічні і психічні порушення, технології надання психологічної допомоги, превентивну реабілітацію, девіантну і делинквентну поведінку, про методи інформаційно-психологічного протиборства виявилися вкрай затребуваними.

У реалізації психологічного забезпечення задіяні не тільки військові психологи, а й посадові особи військових частин. Разом з тим, центральна роль належить військовому психологу.

Система психологічної роботи, на сьогоднішній день, до кінця не сформована, не вибудована цілісна “вертикаль”, у військах багато неукомплектованих штатних посад професійними психологами. На посади психологів часто вимушено призначаються не професіонали.

Особливих вимог до осіб, що вступають до ВВНЗ за цією спеціальністю, немає. Вони повинні успішно пройти професійний

психологічний відбір (систему тестів), скласти вступні іспити і бути фізично і психічно здоровими людьми. Критерії професійної непридатності закладені в структуру вступних випробувань. Ми не будемо зупинятися на завданнях психолога в мирний час, ці матеріали детально викладені в інших методичних рекомендаціях, зауважимо тільки, що на “особливий період” психолог стає безпосереднім організатором всієї системи психологічного забезпечення. Він повинен бути компетентним у питаннях психодіагностики, психопрофілактики, психогігієни, психологічної реабілітації, соціально-психологічної реадаптації, психологічної протидії противнику, психологічного консультування, індивідуальної і групової діагностичної та корекційної роботи. На практиці, військовий психолог повинен поєднувати в собі основні компетенції психолога-діагноста, соціального психолога, клінічного психолога, психотерапевта, психофізіолога, психолога військової праці і, безпосередньо, військового психолога. Одночасно він виступає в двох іпостасях – психолога-дослідника і психолога-практика.

В армії до цих пір не сформувалася культура звернення за психологічною допомогою. Поряд з міфом про всемогутність психолога, про його здатність “бачити людину наскрізь”, існують міфи про надуманість і марність цієї посади у військах. Мабуть, це пов’язано з тим, що переважна більшість осіб, які виконують обов’язки психолога, не мають психологічної освіти і відповідної мотивації професійного зростання, а крім того, командири та заступники командирів по роботі з особовим складом не знають професійного стандарту психолога (перелік функціональних обов’язків, необхідних навичок, знань і умінь), тому часто психолог виконує невласливі йому функції.

Сьогодні реальний рівень психічного нездоров’я в суспільстві – катастрофічний, разом з тим, військовослужбовці звертаються до психолога вкрай рідко, оскільки сприймають психолога, як психіатра, а клієнтами військового психолога, в кращому випадку, стають особи з числа тих, хто викликає занепокоєння у

командування щодо їх здатності ефективно виконувати свої функціональні обов'язки і взаємодіяти з товаришами по службі.

У моменти складного прийняття рішень, особистісних проблем, складних психічних станів військовослужбовці часто відчують деяку розгубленість і нерішучість, вважаючи, що візит до психолога “мозгоправа” підрозділу є чимось на зразок визнання власної неспроможності, психічної “ненормальності”.

Страх звернутися до психолога по допомогу є набагато сильнішим за страх діагнозу в разі психічного розладу.

Своєчасне звернення, рання діагностика змін, що з'явилися, в самому початку їх зародження, дозволяють психологу надавати своєчасну консультативну допомогу і підтримку, а в разі необхідності вчасно направити клієнта до профільного фахівця, від цього будуть залежати результати і тривалість лікування.

Військовий психолог має гуманітарну освіту в галузі психології, тому він не має права лікувати і призначати лікарські засоби. Його сфера діяльності не має відношення до хвороб. Разом з тим, психолог повинен вміти розмежовувати психопатологічні симптоми від умовно нормальної своєї поведінки і переживань людини, яка має психологічні труднощі.

Професійний психолог повинен вміти розпізнавати патологічні прояви в мисленні, емоційній сфері, поведінці, міжособистісних відносинах, щоб не допустити помилки під час інтерпретації індивідуально-психологічних особливостей клієнта і не пропустити психіатричні розлади, що особливо актуально в практиці психолога. Така позиція, передбачає обізнаність психолога в питаннях феноменології психічних захворювань, а також чітке усвідомлення меж своєї професійної компетенції, а вже їх лікуванням повинен займатися фахівець з медичною освітою.

Необхідність правильного розуміння зони своєї компетенції стає особливо актуальною, коли мова йде про психічні розлади, коли клієнт стає об'єктом необґрунтованого і недоцільного втручання з несприятливими наслідками не тільки для стану хворого, але і для професійної самооцінки самого психолога.

РОЗДІЛ 1

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБИСТОСТІ: ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ

Психологічна допомога як інституалізований вид соціальних відносин виявляється, в першу чергу, в суб'єкт-суб'єктних взаємодіях, які можуть реалізовуватись у різній формі. Відносини допомоги – це такі відносини, в яких одна зі сторін намагається сприяти іншій стороні в особистісному зростанні, розвитку, кращій життєдіяльності, досягненні зрілості, в умінні будувати стосунки з іншими людьми.

Людина, яка опиняється у складних життєвих обставинах, може переживати негативні почуття, зневіритись у собі, в неї може розвинути депресивний стан, вона може втратити надію на краще тощо. Здебільшого причиною цього є нездатність людини побачити можливі варіанти дій для подолання ситуації, що склалася. Негативні емоції, які переживає людина, заважають їй раціонально осмислити та проаналізувати свою ситуацію, щоб віднайти адекватне рішення. З іншого боку, негативні переживання самі по собі можуть породжувати різні проблеми й ставити людину в складні життєві обставини, наприклад, провокувати психосоматичні захворювання або погіршувати прогноз щодо наявних хвороб.

Поняття “психологічна допомога”, за О.Ф. Бондаренком, відображає певну реальність, певну психосоціальну практику, полем діяльності в якій є сукупність питань, утруднень і проблем, що належать до психічного життя людини. Психологічна допомога є сферою та способом діяльності, що призначена для сприяння людині і спільноті у вирішенні широкого кола проблем, які породжуються духовним життям в соціумі. Зміст психологічної допомоги полягає в забезпеченні емоційної, смислової та екзистенціальної підтримки людини чи спільноти в ситуаціях

утруднення, які виникають у процесі їх особистісного або соціального буття.

Кабінет психолога – це не єдине місце, де людина може отримати психологічну допомогу, тому необхідно виокремити особливості, які відрізняють професійну позицію психолога від позицій інших представників соціуму, здатних надати психологічну підтримку.

Отже, людина може надати допомогу сама собі; може знайти психологічну підтримку з боку своїх близьких, колег, друзів, знайомих; може звернутися до фахівців, які безпосередньо займаються наданням психологічної допомоги, а також до інших фахівців – педагогів, лікарів, юристів, священників; людині можуть надати психологічну підтримку також і абсолютно незнайомі люди (наприклад, попутник).

Самодопомога

Переваги. Суто індивідуальний підхід: кожен у процесі життя виробляє свої способи психологічного розвантаження, психологічного самовираження. Крім того, це повна конфіденційність, захист від зовнішньої дії. Багато людей звернення по допомогу можуть сприймати як прояв власної слабкості.

Недоліки. У випадку самопомоги відсутній співрозмовник, який ініціює та структурує процес вербалізації внутрішнього досвіду й, таким чином, надає можливість відстороненого самопостереження (рефлексії). Людина, знаходячись наодинці зі своєю психологічною проблемою, часто ще більше заплутується в ній, прагнучи “втекти” від наявної проблеми, й, тим самим, ще більше посилює проблему, не отримуючи зовнішньої моральної підтримки, що найчастіше призводить до ізоляції людини в соціумі, ніж до комунікації з нею.

В закритому армійському середовищі військовому психологу необхідно звернути увагу на такий засіб самопомоги, як ведення записів (щоденника) військовослужбовцем, оскільки щоденник компенсує вербалізацію, людина може виражати свою проблему на аркуші й пізніше може прочитати свої думки знову.

Сім'я (батьки, подружжя, діти)

Переваги. Близькі люди володіють більшим обсягом необхідної інформації, ніж психолог. Крім того, для членів сім'ї властива більша залученість у долю один одного, ніж у стосунках психолог - клієнт. Така підтримка близьких є основою для впевненості в собі та подальшої мотивації саморозвитку.

Недоліки. Батьківська позиція найчастіше – виховна, отже, директивна. Поведінка людини сприймається її близькими й родичами через призму батьківських або подружніх установок і очікувань (сімейних міфів). Звідси упереджене ставлення один до одного, нерозуміння, відчуження, конфлікти, що часто спостерігаються в сім'ї. “Я знаю як правильно, в мене є досвід, я була в твоєму віці”, “Не слухаєш батьків, будеш на лотку яйцями торгувати”, “Я тобі віддала кращі роки свого життя” і т. д. Надмірне почуття обов'язку, гіперопіка призводять не до особистісного зростання, а до “навченої безпорадності”.

Дружнє оточення

Переваги. Друзі досить добре знають людину, її сильні та слабкі сторони, можуть надати реальну допомогу не лише на словах, але й на ділі, враховуючи її особливості.

Недоліки. Психологічна підтримка друга найчастіше має характер “позитивної” дії: друг повинен заспокоїти, дати пораду, підняти настрій, сказати правду, якщо в цьому є необхідність (“Усе буде добре”, “Можеш на мене розраховувати”, “Не боги горщики обпалюють” і т. д.). Інша справа, якщо психологічна проблема виникла в лідера, а лідер уже не може собі дозволити “поплакатися в жилетку”. Для дружніх стосунків характерні стереотипові стосунки, досить жорсткі рольові очікування. Армійське середовище іноді буває досить агресивним, де, загалом, зайва відвертість може мати негативні наслідки.

Освітні установи (вихователі, педагоги)

Переваги. Знання особистісних особливостей, постійний контакт, пролонговане спостереження.

Недоліки. Головні завдання вихователів, педагогів, заступників командирів з морально-психологічного забезпечення – навчати, виховувати, оцінювати; після того, як буде винесена оцінка – заохочувати або накладати стягнення. Окрім того, стосунки між педагогом і “об’єктом педагогічної діяльності” в більшості випадків – директивні, а особистісні особливості оцінюються з позиції соціального стандарту.

Медичні установи (лікарі)

Переваги. Конфіденційність, принцип “не зашкодь”, увага до соматичного компонента.

Недоліки. Клінічний підхід (норма або патологія). Головні завдання – діагностика та лікування. Розмова про “особисте” з лікарем не доречна через його хронічну зайнятість, директивна позиція лікаря, ігнорування психологічного компоненту страждань людини.

Релігія (священик)

Переваги. Конфіденційність, довірчість, прийняття, співпереживання, вислухування, опора на традиції, почуття причетності, катарсис, отримання сенсу життя.

Недоліки. Поведінка людини оцінюється крізь призму релігійного канону, через поняття гріха. Основні завдання священика: проповідь, прийняття сповіді, здійснення ритуалів. Стосунки пастви й священика наповнені директивністю, велика значущість іншого світу в порівнянні з “земним”.

За підсумками опитування військовослужбовців у травні-червні 2015 року було проаналізовано їх релігійні потреби щодо можливості й бажання в умовах проведення антитерористичної операції (АТО) отримати психологічну підтримку у військових священиків. Так, на запитання “Чи маєте Ви потребу в спілкуванні з військовим священиком (капеланом)?” більшість респондентів (46,67%) відповіли, що така потреба є, 38,33% респондентів відповіли “ні”.

На питання “Як Ви ставитесь до інституту військових священників (капеланів)? – 70,69% респондентів відповіли

позитивно; 10,34% - скоріше позитивно і лише 5,17% відмітили своє негативне ставлення.

На запитання “Чи доводилося Вам в умовах ведення бойових дій взаємодіяти з військовими священиком чи капеланом?” 54,10% опитаних відповіли, що ніколи не мали взаємодії з військовим священиком, 11,48% – ніколи взаємодіяли і 34,43 % – взаємодіяли зі священиком.

На уточнююче запитання “Як Ви відчуваєте, якою була ця взаємодія?” 60,00% респондентів засвідчили, що відчували позитив від такої взаємодії, а саме отримали підтримку та слушну пораду, набули душевної рівноваги й спокою, відчували впевненість у собі після спілкування зі священиком. Більше 10,00% – не відчували нічого, 2,00% – відчували взаємодію як негатив та 26,00% – не визначилися.

Таким чином, впровадження інституту військових священиків у Збройних Силах України не в змозі замінити професійну психологічну допомогу військовослужбовцям.

Особливості позиції психолога. Професійна психологічна допомога надається фахівцем, який має відповідну освіту і володіє вміннями та навичками роботи з клієнтами. Психолог спонукає клієнта до рефлексії та вербалізації, спонукає до переживання важких ситуацій, надає професійну інформацію, проявляючи при цьому активність і зацікавленість. “Коли людина говорить з іншим, розповідаючи про себе, вона не просто виговорюється, виплакує свій біль. Розповідь іншому – це велика внутрішня робота. Здавалося б, кожен клієнт багато разів обмірковував і аналізував свою ситуацію, перш ніж звернутися по психологічну допомогу. Але розповідь іншому й обдумування про себе – це дві різні реальності. Поява іншого примушує людину бути критичнішою, логічніше осмислювати різні факти, більш докладно зупинятися на деталях. Орієнтована на співрозмовника розповідь більш осмислена, завершена”. У своїй роботі з клієнтами, психолог спирається на певні теоретичні уявлення про особистість та причини виникнення психологічних проблем, застосовує різноманітні психотехнології надання допомоги, керується

професійними етичними нормами, які регулюють його взаємовідносини з клієнтами. Так, наприклад, в усіх професійних етичних кодексах психологів-практиків (у тому числі й вітчизняному “Кодексі”) існує заборона надавати професійну психологічну допомогу близьким знайомим, друзям, родичам. Ця заборона обґрунтовується тим, що існуючі тісні особисті взаємовідносини з клієнтом роблять неможливим встановлення терапевтичних стосунків і, відповідно, унеможлиблюють надання йому професійної психологічної допомоги.

Для психолога важливим є бачення людини як такої, в її індивідуальності, прийняття її без “умов”, без спроб виправити або виховати. Прийняття людини такою, як вона сама про себе розповідає. Психолог обговорює в бесіді з клієнтом не лише “хороші”, але й негативні почуття, вчинки. Психолог не дає порад, він бере участь у спільному обговоренні життєвої ситуації клієнта.

Таким чином, позиція психолога стосовно клієнта вирізняється наступним: неоцінювання, увага до психологічно значущої ситуації, до внутрішньо особистісної проблеми, розуміння та прийняття, розвиток внутрішнього локуса контролю, віри в себе, значущість ситуації “тут і тепер”, відмова від нав’язування світогляду й цінностей. Презумпція нормальності, глибокий особистісний контакт, можливість анонімності, відмова від директивних порад і рекомендацій.

Психолог – це фахівець, насамперед, в міждисциплінарній галузі, де пред’являються досить високі вимоги: ерудованості, гнучкості мислення, цікавості, відкритості до нових знань, толерантності до невідомого.

Ситуація невизначеності, в якій доводиться працювати психологу, часто перевантажує його тривогою і перевіряє на міцність його адаптивні можливості.

Уміння справлятися з ситуацією невизначеності і тривогою, що виникає внаслідок цього, належить до числа професійних навичок психолога.

Психологічну допомогу надають психолог, психотерапевт і психіатр. Загальним для цих фахівців є те, що всі вони

професіонали в сфері психічного здоров'я. Але компетенції кожного з них дуже чітко позначені, через що не всі вони є взаємозамінними фахівцями.

Психологічна допомога може класифікуватися за різними ознаками:

1. За часом дії: невідкладна або перша психологічна допомога – це доказовий модульний підхід для допомоги дітям, підліткам, дорослим та сім'ям із безпосередніми наслідками від катастрофи чи тероризму. Першу психологічну допомогу також надають на передовій, в районі ведення бойових дій, чи іншим людям, які переживають наслідки лиха, також при складних психічних станах, при можливості суїциду, у випадках насильства тощо. Перша психологічна допомога існує для того, щоб зменшити первинний дистрес, який спричинений травматичними подіями, і сприяти коротко- та довготерміновим стратегіям функціонування і копіngu. Це, частіше за все, належить до компетенції служби телефону довіри; тривала – корисна при виникненні важких життєвих ситуацій, психологічних криз, конфліктів (психологічні консультації, позамедична психотерапія).

2. За спрямованістю: пряма – спрямована безпосередньо на клієнта, на його запит про допомогу; непряма – у відповідь на ситуацію та звернення людей з оточення клієнта; попереджуюча – у відповідь на прогнозовану несприятливу для людини ситуацію. Непряма та попереджуюча (превентивна) психологічна допомога часто зустрічається в діяльності соціальних служб, психологів силових структур.

Характер надання допомоги в умовах військової частини відрізняється від консультування, яке здійснюється психологами-консультантами в цивільних спеціалізованих кабінетах психологічного консультування. Тут суб'єктом звернення може бути не лише окрема людина (військовослужбовець), але й група військовослужбовців. Коло проблем значно ширше, разом із суто особистісними проблемами здійснюється консультування, в тому числі, й командирів із питань, пов'язаних з процесами, що

відбуваються у військових колективах і впливають на самопочуття кожного його члена.

3. За просторовою організацією: контактна, коли бесіда клієнта з психологом відбувається прямолиць (віч-на-віч); дистантна, яка поділяється на телефонну, письмову, а останнім часом – за допомогою двостороннього електронного відео- та аудіо-запису.

4. За виконанням функцій психологом: діагностична – постановка психологічного діагнозу, складання психологічного портрета особистості; корекційна; консультативна; терапевтична; диспетчерська – переадресація до потрібного фахівця: психіатра, юриста тощо; інформаційна – збір інформації про клієнта, його сім'ю, оточуючих людей, соціальні умови.

5. За кількістю учасників: індивідуальна (особливо коли через особисті, соціальні або суспільні причини групова форма не видається можливою); групова (акцент робиться на розвиваючій, навчальній програмі або, за необхідності, соціальної підтримки).

6. За характером втручання психолога: директивна – яка передбачає прямі вказівки, поради з боку психолога; недирективна – коли психолог йде за клієнтом, прояснюючи його почуття, думки та відчуття.

Виділяють такі головні сфери застосування психологічної допомоги (О.Ф. Бондаренко).

1. Психічний (і духовний) розвиток дитини. Спеціальними проблемами тут стають: психологічна допомога дитині в подоланні едіпова комплексу; задоволення емоційних запитів з отримання особистісної ідентичності в процесах культурного, етнічного та етичного самовизначення; психологічна допомога в уникненні емоційних травм при усвідомленні неминучості смерті або в разі дійсної втрати батьків і близьких родичів; сприяння у виробленні стійких ціннісних і моральних норм, особливо в критичний період розвитку, тощо.

2. Екзистенціальні та особистісні проблеми підлітка. Головний напрям роботи в даній сфері – допомога в подоланні кризи психологічного відокремлення від батьків і ідентифікація підлітка з

іншими значущими людьми. Психолог-консультант і психотерапевт стикаються тут з усім можливим спектром проблем підліткового віку – відчуттям неповноцінності, усвідомленням обмежених можливостей батьків, сексуальними проблемами, боротьбою за особистий і соціальний статус, процесами трансформації інфантильної релігійної свідомості тощо.

3. Шлюб і сім'я. Інститут шлюбу залишається однією з найбільш насичених сфер діяльності психологів-консультантів і сімейних психотерапевтів. Подружні й батьківські конфлікти, сімейні кризи, відносини в сім'ї – типові проблеми цієї сфери. Вже стали звичними 50% розлучень (із невеликими варіаціями) в перших шлюбах, на додаток до традиційних проблем дошлюбного консультування, звичайної сімейної та подружньої психотерапії. Останні десятиріччя висувають на одне з ключових місць проблематику психологічної допомоги розлученим, незаміжнім і неодруженим, а також консультування та психологічну підтримку при укладанні повторних шлюбів. Причому, в США, наприклад, до цього додаються проблеми при укладанні шлюбів між особами різних конфесій.

4. Проблематика психічного та особистісного здоров'я. Традиційна превентивна та поточна допомога при психічних і соматичних захворюваннях, при душевних і духовних стражданнях, пов'язаних із розладами настрою, алкоголізмом, наркоманією, життєвими стресами, конфліктами, тривалими важкими емоційними станами тощо.

5. Окремою галуззю психологічної допомоги є така важлива й майже не популярна в нас сфера діяльності, як психологічна допомога вмираючій людині та психотерапія горя. В американській психотерапії останніх років, як зазначає О.Ф. Бондаренко, можна налічити більше 700 робіт, що висвітлюють цю, одну з найскладніших проблем психологічної допомоги.

6. Проблеми похилого віку. Задоволення емоційних потреб літніх людей, реагування на виникаючі релігійні проблеми, регулярний патронаж і допомога в організації відповідного стилю та способу життя – все це звичайне коло турбот психологічного

підкування на Заході. В Україні цей напрямок психологічної допомоги поки що знаходиться на початковому етапі свого розвитку.

7. Місця відбування покарання, лікарні, студентські містечка – за кордоном це давно вже освоєні ділянки роботи, де перше місце займають проблеми особистості, спілкування, психічного стану, а також духовності. В Україні дані напрямки психологічної допомоги, хоча й почали складатися зовсім недавно, мають вагомий напрацювання та динамічно розвиваються.

8. Психологічна допомога та підтримка в кризових ситуаціях: раптова смерть, спроба суїциду, зґвалтування, зрада, втрата любові, роботи тощо.

9. Шкільне консультування, що охоплює проблеми відносин вчителя й учнів, учнів між собою, питання стосунків із батьками, проблеми шкільної успішності, розвитку здібностей, відхилення в поведінці тощо.

10. Професійне консультування, що включає як загальне орієнтування у виборі тієї або іншої професії, так і приватні питання щодо того, як скласти “резюме”, як і де отримати другу професію, де знайти роботу згідно своїх можливостей тощо.

11. Психологічна допомога, що належить до кроскультурної проблематики: бар’єри в адаптації, подолання етнічних забобонів і стереотипів у емігрантів, нарешті, самостійна проблема підготовки консультантів для роботи з етнічними меншинами.

12. Управлінське консультування (консультування в організаціях): допомога в ухваленні управлінських рішень, тренінг комунікативних навичок, відстеження й вирішення конфліктів, робота з персоналом тощо.

Розвиток психологічної допомоги в тих або інших країнах залежить від рівня економічного розвитку та якості життя. Так, в розвинутих країнах Європи й Америки широкого розповсюдження набула, так звана, гуманістична парадигма, в межах якої відстоювались і слугували робочим матеріалом у практиці психологічної допомоги екзистенціальні цінності й поняття: зустріч, вибір, автентичність, самореалізація, буття. При цьому

основний акцент робиться на унікальність, цінність і безумовну значущість особистості, особистісного буття, що й знаходиться в центрі проблематики психологічної допомоги.

У країнах, що розвиваються, більш поширеними є когнітивно-поведінкові напрями психологічної допомоги, спрямовані на розвиток адаптаційного потенціалу клієнтів, подолання неефективних форм соціальної взаємодії. При цьому психолог займає більш активну директивну позицію стосовно клієнта.

Для умов армії подібна модель взаємодії психолога з клієнтом видається найбільш адекватною, оскільки відповідає уявленням і очікуванням самих клієнтів.

У сфері психологічної допомоги існують певні особливості, пов'язані зі специфікою професії та самого предмета зусиль психолога-консультанта.

- Перша з особливостей полягає в тому, що психолог-консультант працює **не з ситуацією та не з її трансформацією, а з переживаннями**, з системою цінностей, відносин і станів людини.

- По-друге, прояснення справжніх мотивів або життєвих ситуацій людини в процесі отримання відповідної психологічної допомоги може взагалі зробити зайвою саму життєву ситуацію, оскільки вона є похідною від психологічних проблем клієнта.

- По-третє, якщо в решті професій міжособистісні відносини відіграють важливу, деколи навіть визначальну роль, а іноді не відіграють ніякої ролі, не говорячи вже про особистісні достоїнства фахівця, то в ситуації надання психологічної допомоги саме характер, динаміка, своєрідність міжособистісних відносин, особисті якості психолога-консультанта, що демонструються чи не демонструються клієнту, але відчуваються останнім, відіграють визначальну роль у динаміці процесу та, врешті-решт, в дієвості психологічної допомоги. Саме це дає підстави більшості фахівців вважати особистість психолога його головним "робочим інструментом".

Вже перша зустріч, перша бесіда психолога з людиною, що звернулася до нього по допомогу, часом виявляється вирішальною. Не випадково одним із найважливіших орієнтовних критеріїв для

вибору психолога або психотерапевта є відповідь на питання: “Чи відчули Ви полегшення після першої бесіди?”.

Залежно від специфіки конкретної ситуації психологічної допомоги застосовуються дві основні форми роботи – індивідуальна та групова. Індивідуальна робота проводиться в тих випадках, коли з особистісних, соціальних або суспільних причин (специфіка проблеми, наприклад, зрада, горе; статус клієнта; надмірна сором'язливість тощо) групова форма психологічної допомоги не уявляється можливою. Можна сказати, що індивідуальна форма роботи бажана в усіх випадках, коли характер проблематики вимагає не стільки розвиваючої й повчальної спрямованості, скільки прояснення, підтримки та співчуття, зближуючи психологічну допомогу з психотерапевтичною дією. У вітчизняній традиції таку практику все частіше називають “позамедичною психотерапією”.

Психологічна допомога відрізняється від медичної за такими основними особливостями: а) природа страждань – проблема незадоволеності – криється не в тілесних недугах, а у сфері спілкування, особливостях особистості, в сприйнятті себе й ситуації тощо; б) природа дії також знаходиться у сфері психологічних процесів – в спілкуванні, специфіці взаємодії, особистих установках тих, що спілкуються. Психологічна допомога здійснюється на основі припущення, що клієнт – психічно здорова людина, здатна відповідати за себе та свої вчинки.

Надання психологічної допомоги передбачає володіння певними знаннями та навичками. Зокрема, фахівець, який практикує психологічну допомогу, повинен знати теорії особистості, основи позамедичної психотерапії, основи психопатології, технології консультативної бесіди: етапи її проведення, особливості роботи на кожному з етапів, можливі труднощі та помилки тощо.

Існує така думка, що сфера діяльності психіатрії – хвороба, психотерапії – страждання, психології – норма. Мета будь-якої психологічної допомоги, полягає в тому, щоб допомогти клієнту вирішити його проблему. І якщо не випускати з уваги цю мету, то

набагато легше вдається конструювати інтервенцію. Достатньо щоразу психологу задаватися питанням про те, в чому полягає проблема клієнта і як її простіше вирішити. Акцент завжди робиться на майбутньому, на тому, що є можливим і досяжним в майбутньому. Тому що життя ще потрібно прожити. Змінити можна тільки наше сприйняття минулого, але не саме минуле. Тому дуже важливо допомогти клієнту повністю прийняти існуючу реальність. Все, що входить у світ клієнта, може бути використано для досягнення такої необхідної для нього самого мети. Майже будь-яка дисфункціональна проблема або якийсь недолік може бути використаний як інструмент для досягнення поставленої мети. Необхідно тільки вміння побачити проблему зі сприятливої для клієнта сторони. Наприклад, можна говорити про досить велику мотивуючу силу гніву або про використання надмірного самоконтролю як результативної тактики самоорганізації клієнта.

Робота психолога, полягає в тому, щоб уміти повернути те, що клієнт “приніс” в кабінет, в позитивний аспект. Змінити “знак” дисфункціональної поведінки, таким чином, що вона стала позитивною. Це не порятунок від самої дисфункції, а переміщення акцентів.

Психолог повинен пам'ятати, що люди змінюються з двох причин: якщо їм до такої міри боляче, що вони готові на все, щоб це пройшло, або їм пропонують якийсь новий кращий шлях.

Психолог ніколи не приймає рішення за клієнта, а тільки разом з ним. Він ніколи не забуває, що має право розпоряджатися тільки власним життям. Його завдання пропонувати, а клієнта вибирати. Психолог повинен бути готовим до того, що людина може прийняти рішення саме в той момент, коли вона буде до цього готова.

Таким чином, підсумовуючи викладене вище, можна констатувати той факт, що існує особлива форма допомоги особистості та спільноті – психологічна. Різні види психологічної допомоги виникли разом з появою людини, але тільки у наш час з'явилися професії, безпосередньо пов'язані з наданням психологічної допомоги: психолог-консультант, психотерапевт.

РОЗДІЛ 2

ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ

Сьогодні в практиці військового психолога нерідко зустрічаються клієнти з психосоматичними скаргами, обумовленими психічною патологією. Психолог може відчувати певні труднощі не тільки в диференціальній діагностиці психічних розладів, а й в наданні психологічної допомоги в рамках його компетенції.

Психічний розлад, який іноді називають душевною хворобою, є сукупністю психологічних або поведінкових симптомів, які впливають на одну або кілька сфер життя і \ або завдають незручності людині, яка відчуває ці симптоми.

Психічні розлади не завжди розпізнаються психологами-консультантами і часто стають об'єктом недоцільного втручання з несприятливими наслідками, як для клієнта, так і для психолога. Це пов'язано з тим, що на початку свого розвитку психічні розлади проявляються симптомами, які психолог може прийняти за ознаки пов'язані зі складністю адаптації, індивідуально-особистісними особливостями, дивною поведінкою, конфліктністю та інші. Наслідки надання “психологічної допомоги” в таких випадках можуть виявитися плачевними.

Кваліфікований психолог повинен вміти оцінити душевний стан клієнта, ідентифікувати, тобто своєчасно виявити серед тих, хто звернувся по допомогу або кого направили командири (начальники) на діагностику, клієнтів з психопатологічними синдромами, психічними розладами, і, в разі необхідності, направити їх до профільного спеціаліста – психіатра або медичного психотерапевта.

2.1 Зміст роботи психолога з клієнтами, які мають психічний розлад

У зв'язку з великою поширеністю стресових розладів, негативними психодинамічними та психосоціальними тенденціями серед військовослужбовців, частотою та тяжкістю наслідків перенесених бойових психічних травм у формі посттравматичних стресових станів, які досягають максимальної інтенсивності в розвитку посттравматичних стресових розладів та хронічних психопатологічних змін особистості, по-новому постало питання про місце і роль психологів у реабілітаційному процесі, суттєво збільшилась кількість завдань, що стоять перед ними. Особливого значення набула участь психологів не тільки в діагностичному процесі, але і в проведенні психотерапевтичної та психокорекційної роботи, якій відводиться важлива роль в системі відновлювального лікування.

Необхідність правильного розуміння своїх професійних можливостей стає особливо актуальною, коли мова йде про психічні розлади, які не завжди розпізнаються психологами-консультантами і нерідко стають об'єктом необґрунтованого і недоцільного втручання з несприятливими наслідками не тільки для стану хворого, але і для професійної самооцінки психолога.

Сучасний досвід показав, що за умови належної цільової підготовки і правильної орієнтації, психологи успішно справляються з вирішенням цих завдань.

Основним завданням психолога є його участь у діагностиці, корекції і подальшій соціальній адаптації особистості – у співпраці з лікарями та іншими профільними фахівцями. Психолог привносить в діагностичний і лікувальний процеси свої професійні знання про закономірності психічної діяльності і поведінку людини в нормальних умовах і в стресовій ситуації, про їхню залежність від взаємин людини з її оточенням і про методи, які дозволяють їх виявити і психологічно коригувати.

Внесок психолога в діагностичний процес складається як з виявлення особливостей структури характеру, рівня психічного

розладу, нормалізації психічного стану, відновлення порушених, втрачених психічних функцій до рівня, який дасть їм можливість ефективно виконувати службові обов'язки після повернення до строю, так і з встановлення психологічного аспекту порушення і механізмів компенсації, оцінки особистості клієнта і системи його значущих відносин. Психолог надає лікарю (в разі необхідності) додаткову психологічну інформацію, що є важливою для уточнення діагнозу, розуміння сутності розладів і можливих підходів до реабілітації.

Діагностика та класифікація є важливим завданням як для психолога, так і для клієнта. Під час спостереження за клієнтом і в реальному спілкуванні з ним вміння ідентифікувати ознаки хворобливого стану є надзвичайно важливим для практикуючого психолога, ймовірно, навіть важливішим за знання психіатричних класифікацій та спеціальної психіатричної термінології.

Психолог у своїй роботі користується Міжнародною класифікацією хвороб (10-перегляду), опублікованою Всесвітньою організацією охорони здоров'я, а також "Інструкцією з діагностики і статистики психічних розладів", опублікованою Американською психіатричною асоціацією.

Умовою ефективності психологічної роботи є правильне розуміння як психологами, так і психіатрами алгоритму їх професійної взаємодії.

Психолог є самостійним у виборі методів психологічного обстеження. Від психолога потрібні не тільки професійні знання по своїй спеціальності, але і достатня обізнаність у питаннях психіатрії, а за необхідності, тісна комунікація з психіатром в процесі роботи, обговорення як ходу обстеження, так і його результатів.

Лікар, який знає розвиток, перебіг і прояв захворювання, може з усією повнотою оцінити значення психологічної інформації, отриманої від психолога. Ще більш необхідною така тісна співпраця є під час проведення психокорекційної роботи, коли психолог і психіатр, який визначає завдання і напрямок

психологічної корекції, повинні, кожен зі своїх професійних позицій, взаємно доповнювати один одного.

Конкретний зміст роботи психолога може широко варіювати в залежності від контингенту клієнтів. Основні завдання роботи психолога визначаються його участю у вирішенні завдань диференціальної діагностики – оцінці структури і ступеня вираженості нервово-психічних розладів, діагностиці психічного розвитку, дослідженні особистості, соціального середовища і соціальних позицій з метою отримання даних для функціонального діагнозу, оцінці динаміки нервово-психічних порушень і обліку ефективності терапії; експертній роботі; психокорекційній роботі та участю в реабілітаційному процесі.

Зазначений розподіл завдань багато в чому є умовним. Так, вирішення питань диференціальної діагностики неможливе без оцінки структури і ступеня нервово-психічних розладів, а встановлення функціонального діагнозу вимагає одночасного врахування клінічних, психологічних і соціальних даних і визначення співвідношення порушених і збережених функцій і їх динаміки.

Функціональний діагноз – стан клієнта описується в рамках триєдиного підходу і передбачає “стереоскопічну” оцінку, кожна з яких формулюється в характерних для неї діагностичних категоріях: клініко-біологічних, психологічних і соціальних.

Характеристики клініко-біологічного блоку спрямовані на виявлення особливостей захворювання у конкретного пацієнта і визначають стратегію щодо клінічного прогнозу та напрямку психофармакологічного впливу.

Параметри психологічного блоку орієнтовані на уточнення психологічних характеристик пацієнта, особливостей функціонування психодинамічних особистісних механізмів, його внутрішніх і зовнішніх конфліктів, що визначає спрямованість психокорекційних заходів.

У соціальному блоці функціонального діагнозу фіксуються особливості соціального статусу хворого і наявних у нього психосоціальних проблем, а також ресурси його соціальної

підтримки: дані про родину та позародинне оточення. Ці дані визначають обсяг та особливості необхідних соціотерапевтичних заходів. Функціональний діагноз дає спеціалісту не тільки “назву” хвороби, але і дозволяє відповісти на питання про те, у кого (якої особистості) і в якому середовищі (соціальне мікросередовище) виникає хвороба. Дані трьох блоків функціонального діагнозу відображаються в інтеграційних показниках, що дозволяють дати цілісну, всебічну оцінку функціонального стану пацієнта: характеристика біологічної адаптації – динаміка психічного стану; характеристика психологічної адаптації – особливості пристосувальної поведінки і якість життя; характеристика соціальної адаптації – рівень функціонування в різних соціальних сферах.

Інтегративні характеристики є головними узагальнюючими показниками функціонального діагнозу і можуть бути надійними індикаторами ефективності терапевтичного втручання, дозволяють конструювати сучасні програми реабілітації та ресоціалізації психічно хворих. Зупинимось більш детально на психологічному діагнозі. Ставлення фахівців до поняття “психологічний діагноз” є неоднозначним. Окремі автори вважають, що пряме використання його в психологічній практиці є не зовсім коректним, тому що за ним стоїть певний клінічний контекст, стереотип сприйняття, а наскільки б кваліфіковано не було проведено обстеження психологом, до рівня лікарського діагнозу його результати не піднімаються.

У той же час, існуючі визначення поняття “психологічний діагноз” не диференціюють його досить чітко від “психологічного висновку”, що видно з наступного визначення: психологічний діагноз – це формулювання висновків про основні характеристики досліджуваних компонентів психічного розвитку або формування особистості.

Психологічний діагноз є основною метою і кінцевим результатом психодіагностики.

Психологічний діагноз може встановлюватись на різних рівнях.

1. Симптоматичний або емпіричний діагноз обмежується констатацією особливостей або симптомів, на підставі яких, безпосередньо, складаються практичні висновки. Такий діагноз не є власне науковим (і професійним), оскільки, як було сказано вище, встановлення симптомів ніколи автоматично не призводить до діагнозу.

2. Етіологічний діагноз враховує не тільки наявність певних характеристик і симптомів, а й причини їх появи.

3. Типологічний діагноз (вищий рівень) полягає у визначенні місця і значення виявлених характеристик у цілісній, динамічній картині особистості, в загальній картині психічного життя клієнта. Діагноз не просто ставиться за результатами обстеження, але й обов'язково передбачає співвіднесення отриманих даних з тим, як виявлені особливості проявляються в життєвих ситуаціях.

Не рекомендується використовувати в психологічному діагнозі медичні (нозологічні) поняття, такі як “психопатія”, “невротичні стани” та ін. Цим психолог не тільки порушує деонтологічні принципи, а й виходить за межі змісту свого професійного простору. Як підкреслював К. Роджерс, необхідно розуміти, що отримані психологічні дані відрізняються і повинні відрізнятися певним, допустимим ступенем неточності. Висновки завжди відносні, оскільки робляться на підставі експериментів або спостережень, проведених за однією або кількома з можливих методик і з використанням одного з можливих способів інтерпретації даних. Краще недооцінити, ніж переоцінити ступінь тяжкості порушення.

Значні труднощі в постановці діагнозу (психологічного висновку) можуть бути пов'язані з недостатньо чітким уявленням психолога про межі своєї професійної компетенції. Важливо, щоб в тих випадках, коли виникають сумніви в характері виявлених порушень, психолог не намагався сам поставити діагноз, а співпрацював з відповідними фахівцями. Те саме стосується і проблеми соціальних факторів, що обумовили ту чи іншу психологічну характеристику клієнта (наприклад, у випадках наркотичної залежності). Психологічний діагноз повинен ставитися

психологом в суворій відповідності з професійною компетенцією і на тому рівні, на якому може здійснюватися конкретна психологічна корекція або інша психологічна допомога.

Формулювання діагнозу обов'язково повинно містити і психологічний прогноз. Прогноз повинен враховувати: а) умови проведення з клієнтом своєчасної необхідної роботи і б) умови відсутності такої своєчасної роботи. Рекомендується розбивати прогноз на окремі періоди і вдаватися до повторних спостережень. Одним з найважливіших аспектів складання прогнозу є розуміння загальної динаміки розвитку захворювання, уявлення про компенсаторні можливості клієнта. Клінічний і психологічний діагнози не повинні конкурувати один з одним. А. Левицький (1969), підкреслюючи необхідність співпраці лікаря та психолога, відзначає, що в ряді випадків психологічний діагноз повинен ґрунтуватися на клінічному. У клінічному діагнозі психолог знаходить відомості про ті чи інші розлади, які можуть “психологічним шляхом” вплинути на порушення поведінки. У свою чергу, лікар повинен враховувати дані, отримані психологом. Це дозволяє подолати досить типовий для медичного мислення прямий перехід від властивостей нервової або ендокринної системи, конституції, темпераменту до особливостей особистості, відновити найважливіші з втрачених при такому переході ланки – формування психічних властивостей особистості. Так, виявлене у хворого на епілепсію органічне ураження головного мозку (клінічний діагноз) нерідко розглядається в якості причини наявних у нього змін особистості. При цьому ігнорується те, що хворий знаходиться в складній соціальній ситуації, соромиться проявів хвороби, порушується його контакт з людьми, що поряд з іншими факторами і визначає риси так званої “епілептичної особистості”.

У психологічному діагнозі, на відміну від медичного, ми стикаємося з необхідністю з'ясування в кожному окремому випадку того, чому дані прояви виявляються в поведінці обстежуваного, які їхні причини і наслідки. Психологічний діагноз не обмежується констатацією, а включає прогноз і рекомендації, аналізуючи всю сукупність даних, отриманих в ході обстеження

відповідно до його завдань. Таким чином, психологічний діагноз – кінцевий результат діяльності психолога, спрямованої на опис і з'ясування суті індивідуально-психологічних особливостей особистості з метою оцінки їх актуального стану, прогнозу подальшого розвитку та розробки рекомендацій.

Часом не завжди досягається в психологічному діагнозі однозначність, визначеність, а також помилки вважаються наслідком недосконалості психодіагностичних методик. Слід погодитися з А. Левицьким стосовно того, що це джерело помилок не відіграє визначальної ролі, бо практично жодна з діагностичних методик не застосовується ізольовано, без використання інших. В якості джерел неточностей, помилок в діагнозі цим автором вбачаються: недостатність часу на обстеження, відсутність надійних джерел інформації про досліджуваного і низький рівень наших знань. Більш повний аналіз причин діагностичних помилок наводить З. Плевицька, яка виділила їх в дві основні групи.

Це помилки, пов'язані зі збором даних та їх переробкою. До першої групи помилок відносяться:

- **помилки спостереження**, наприклад, “сліпота” на важливі для діагнозу риси, прояви особистості; спостереження рис в якісно або кількісно спотвореній формі;

- **помилки реєстрації** (наприклад, емоційна забарвленість записів у протоколі, яка свідчить швидше про ставлення психолога до обстежуваного, ніж про особливості його поведінки; випадки, коли абстрактна оцінка видається за предметну; відмінності в розумінні одних і тих же термінів різними людьми);

- **помилки інструментальні** виникають внаслідок невміння користуватися апаратурою та іншою вимірювальною технікою, як в технічному, так і в інтерпретаційному аспекті.

Основні помилки в процесі обробки, інтерпретації даних:

- **ефект “першого враження”** – помилка, заснована на переоцінці діагностичного значення первинної інформації;

- **помилка атрибуції** – приписування обстежуваному рис, яких у нього немає, або розгляд нестабільних рис як стабільних;

- **помилка хибної причини**;

- **пізнавальний радикалізм** – тенденція до переоцінки значення робочих гіпотез і небажання шукати кращі рішення;

- **пізнавальний консерватизм** – гранично обережне формулювання гіпотез.

Постановка діагнозу є невід'ємною частиною пошуку ефективного плану корекції або лікування. Факт постановки діагнозу зовсім не означає якусь позначку або штамп, постановка діагнозу означає пошук вирішення проблеми, а також пов'язаних з ним технік і процедур.

2.2 Порядок проведення медико-психологічного обстеження. Психологічний висновок

Психологічне обстеження складається з наступних етапів:

1. Бесіда з клієнтом, вивчення історії хвороби (при наявності), конкретизація завдання обстеження. Психолог, аналізує запит клієнта, знайомиться з історією захворювання, особливостями психічного стану клієнта, конкретизує для себе завдання обстеження і алгоритм допомоги, визначає його хід, вибір методик та порядок їх пред'явлення. Психолог повинен відповідним чином пояснити клієнту мету психологічного обстеження і сприяти виробленню у нього позитивної мотивації для роботи, попередньо заповнивши протокол (Структуроване інтерв'ю). Протокол скринінгу (Структуроване інтерв'ю) може заповнюватися як в присутності клієнта, так і (певні позиції) в телефонному режимі перед візитом до психолога.

СТРУКТУРОВАНЕ ІНТЕРВ'Ю

КОНФІДЕНЦІЙНА ІНФОРМАЦІЯ

Психолог повідомляє клієнта про те, що вся надана їм інформація є конфіденційною і не підлягає розголошенню. Проте, інформує клієнта про те, що в разі виявлення існування загрози життю і здоров'ю клієнта (аутоагресії), або імовірності того, що клієнт може нашкодити здоров'ю і життю оточуючих, інформацію буде надано психологу підрозділу або безпосередньому командирі (начальнику).

ДАТА _____ ЧАС (з _____ до _____ години)

ФОРМА ОБСТЕЖЕННЯ: Віч-на-віч За допомогою двостороннього електронного відео- та аудіо-запису (у випадках попереднього погодження на госпіталізацію)

1. ОСОБИСТІ ДАНІ

Прізвище: _____ Ім'я: _____ Вік: _____

Дата народження: _____
день/місяць/рік

Фізична особа: _____
стать громадянство зріст вага

Військове звання _____

Військова спеціальність _____

Освіта: незакінчена середня - ; повна загальна середня - ;
середня спеціальна - ; незакінчена вища - ;
повна вища - .

Адреса: _____
(Назва вулиці, міста чи смт, поштовий індекс)

Телефон: () _____

Вступив до лав ЗС України: добровільно - ; за призовом - .

Якщо клієнт служить за контрактом, вказати дату заключення контракту _____

Загальна тривалість перебування в зоні АТО _____

В який період знаходився в зоні АТО _____

Безпосередня участь у бойових діях: так ; ні .

Номер підрозділу (бригада, батальйон, рота, взвод, відділення, посада) _____

Професія до мобілізації (основний рід занять): _____

Сімейний стан: неодружений - ; офіційно одружений /заміжня - ;
незарєстрований шлюб - ; розлучений - ;
вдівець/вдова .

Кількість зарєстрованих шлюбів _____.

Середній щомісячний дохід з усіх джерел? _____

Оцінка власної соціальної захищеності*:

задовільна - ; незадовільна - ; вкрай незадовільна - .

Наявність дітей: немає - ; одна - ; двоє - ; троє і більше - .

Чи притягалися Ви або члени Вашої родини до кримінальної відповідальності (якщо так, то хто, коли та за що): _____

Захоплення: (гра на музикальних інструментах, різьба по дереву, спорт, тощо):

Що приносить задоволення у житті: _____

Чи є плани на майбутнє, які: _____

* Соціальна захищеність – це рівень та стан реалізації соціальних прав особистості правовими засобами, виражені в стійкому благополуччі людини, у високому рівні його добробуту. Іншими словами, соціальна захищеність – це ті правові умови, які на базі соціально-економічних і культурних реальностей дають можливість для сприятливого індивідуального розвитку особистості, реалізації її творчих і виробничих можливостей і здібностей.

Соціальна захищеність – це результат дії механізмів соціального захисту, коли особа, яка опинилася в силу причин об'єктивного чи суб'єктивного характеру в несприятливому становищі, має, на його власну думку, можливість скористатися певним мінімумом гарантованих державою благ. Соціальна захищеність може бути реальною або удаваною. При реальній соціальній захищеності суб'єкт переконаний у достатності наданих йому благ, так само як і можливості їх отримання, і до того ж існують ефективно діючі механізми соціального захисту, якими вона може скористатися. При удаваній соціальній захищеності у суб'єкта є уявлення про достатність наданих йому благ і можливостей їх реального отримання, але існуючі механізми соціального захисту не дозволяють реально скористатися ними.

Чи звертався до психолога раніше: так; ні.
Чи була допомога психолога ефективною: так; ні.
Що сподобалось в роботі психолога: _____
Що не сподобалось в роботі психолога: _____
Які причини змусили звернутися до психолога в цей раз: _____
Що очікуєте від цієї зустрічі з психологом: _____
Звідки дізнались, хто рекомендував (якщо не в умовах стаціонару): _____

Рішення про звернення до психолога приймалось: самостійно ;
на прохання рідних, друзів ;
інше _____.

2. ВІДОМОСТІ ПРО РОДИНУ

Дружина (П.І.Б., дата народження, місце проживання та реєстрації, місце роботи)

_____ Мати (П.І.Б., дата народження, місце проживання та реєстрації, місце роботи)

_____ Батько (П.І.Б., дата народження, місце проживання та реєстрації, місце роботи)

_____ Брати, сестри (П.І.Б., дата народження, місце проживання та реєстрації)

_____ Діти (П.І.Б., дата народження)

Характер відносин між членами родини:

Демократичні : рівноправні відносини; рівність прав і рівність обов'язків.

Романтичні : подружжя чекає духовної згоди один від одного, важливе значення приділяється сентиментальним символам.

Батьківський партнер : у подружніх відносинах повторює модель родини своїх батьків.
Дитячий партнер : у відносинах присутні деяка спонтанність, безпосередність і радість, однак одночасно набувається влада над дружиною/чоловіком своїм "дитячим" способом, тобто проявом слабкості і безпорадності.

Раціоналістичні : раціоналістичний партнер стежить за проявом емоцій, точно дотримується прав і обов'язків. Він відповідальний і тверезий в оцінках, добре пристосовується до життя, незважаючи на те, що його партнерка не поводить таким же чином.

Товариські : розділяють між собою повсякденні турботи, не претендують на романтичне кохання, приймають як неминуче звичайні тяготи сімейного життя.

Незалежні : в шлюбі зберігається певна дистанція по відношенню до свого партнера. Присутнє прагнення уникнути зайвої інтимності у відносинах і бажання, щоб партнер ставився з повагою до цих вимог.

Епілептоїдні : сексуальне бажання високе, але любов до порядку і повага до заборон блокують будь-які "недозволені" різноманітності в сексі. Партнер весь час обмежує свої бажання рамками консервативних форм, для нього характерні механічно здійснювані дії, що приносять сексуальне задоволення тільки йому самому. Його партнер при цьому - за межами сфери уваги. Глибокий особистісний контакт у подружжя відсутній.

Паранойяльні : секс - виключно засіб задоволення. До фізичного і духовного злиття партнер не прагне. Проте, щоб принести задоволення іншому, паранойяльний партнер навіть не замислюється.

Психастеноїдні : невимогливий партнер в інтимному житті. Задовольняючись блякими фізіологічними відчуттями, справжнє задоволення вони отримують від свідомості того, що доставляють насолоду партнеру.

Гіпертимні : високо сексуальні партнери, вміють отримувати задоволення і надавати його партнеру. Подружжя створює дуже приємний фон для інтимного спілкування. Вільні

у проявах сексуальності, не обмежують себе ніякими заборонами. “Все, що приємно, - корисно” або “красиво і етично все, що стосується взаємного задоволення і згоди”. Такі партнери нескінченно впевнені в собі.

Істероїдні : без любові такі партнери на інтимні стосунки не йдуть. Навіть за наявності багатих сексуальних контактів, в кожен конкретний момент вони щиро люблять предмет привабливості. У сексі винахідливі, здатні влаштувати з інтимного контакту справжнє свято.

Шизоїдні : сексуальність низька, дещо холодна, механістична, позбавлена емоційного компонента.

Гіпотимні : низька сексуальність, як правило, партнер не задоволений подружніми стосунками.

Сенситивні : в подружніх відносинах цінується, перш за все, еротичний компонент - тиха ласка, ніжність, можливість відчутти захищеність і емоційну близькість. Налаштовані на те, щоб давати радість партнеру, а не вимагати її для себе.

Відкрите партнерство : поважне ставлення до особистого життя партнера, ненав'язування йому своєї думки і смаків, не ображатися на нього, якщо він не прагне постійно робити для іншого партнера щось приємне; вміння ділитися один з одним як позитивними, так і негативними почуттями, без критичних оцінок; недотримання ролей, що традиційно вважаються чоловічими або жіночими, пробувати змінювати ролі; безумовна довіра один одному (“я вірю їй, навіть якщо б вона була мені невірною”). З двосторонньою залежністю : відносини пасивно-залежного чоловіка з пасивно-залежною дружиною. Подружжя, в якому “обидва не вміють плавати і топлять один одного, штовхаючи під воду”. Обидва мріють про кохання, і кожен думає, що в шлюбі він дає більше, ніж отримує. Обидва поведуться як діти. Ніхто з них не здогадується проявити достатній інтерес до проблем іншого.

Чи є в родині особи, які мають інвалідність, потребують постійного медичного догляду (хто, з якої причини): _____

Оцінка соціальної захищеності родини:

задовільна - ; незадовільна - ; вкрай незадовільна - .

Відношення членів родини до вибору професії (військової): схвалюють ; проявляють байдужість ; не схвалюють ; наполягають на звільненні .

Рекомендована консультація сімейного психотерапевта: ні - ; так - .

3. ВІДОМОСТІ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я

Чи хворий клієнт зараз? ні - ; так - .

Якщо так, то чим саме:

Чи має клієнт поранення внаслідок участі в АТО: ні - ; так - .

Характер поранення: _____

Наявність інвалідності: ні - ; так - .

Якщо так, то якої групи: _____.

Вкажіть, яке лікування Ви отримували протягом останнього місяця:

стаціонарне - ; денний стаціонар - ;

стаціонарне менше 3-х днів - ;

стаціонарне вечорами - ; амбулаторне - ;

був здоровий, але не отримував ніякого лікування - ;

відчував себе хворим, але не отримував ніякого лікування - ;

отримував лікування у осіб без медичної освіти - .

Якщо клієнт проходив стаціонарну госпіталізацію:

1) а. Приблизна загальна кількість госпіталізацій _____

1) б. У державному закладі Так Ні

2) а. Дата виписки з останньої госпіталізації _____

2) б. Місце виписки _____

Причина госпіталізації: _____

Відділення, в якому проходив лікування: _____

Коментарі (необов'язково): _____

Як оцінює свій стан здоров'я: добрий ; задовільний ;
незадовільний ; вкрай незадовільний .

Чи є серед перенесених Вами захворювань:

- туберкульоз,
- гепатит,
- венеричні захворювання,
- гострі кишкові захворювання,
- черепно-мозкові травми (з яких причин),
- інші перенесені захворювання (які, з яких причин) _____

Що з'явилося у клієнта нового, чого не було до мобілізації:

у поведінці ; в емоціях ; у відчуттях ; у думках ;
зміна життєвих цінностей ; інше _____

Психологічне заключення:

4. ОПИС ТРАВМАТИЧНОЇ ПОДІЇ ТА ПОТОЧНИХ ОБСТАВИН (вказати інформацію про те, що допомогло клієнту у попередні рази переживання травматичної події, раптових подій, що призвели до проблем; про стресові фактори, сильні якості, чинники прийняття рішень, доступність мережі підтримки, недавня поведінка):

5. ОБСТЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО СТАНУ (перевірити всі можливі ознаки та вказати специфічні особливості поведінки у висновках)

Зовнішній вигляд: в межах норми недостатня гігієна
 збуджений загальмований
 неохайний дивний
 напружений

Порушення поведінки / рухових навичок:

в межах норми обачність контроль імпульсів
 схвильованість тремтіння маніакальність
 сповільнення психомоторних навичок

Орієнтування: в межах норми

дезорієнтований: у часі у просторі

Мовлення: стосовно іншої людини стосовно ситуації
 в межах норми сповільнене
 виснажене інше
 напружене тихе / гучне
 нерозбірливе

Настрій: в межах норми сердитий / ворожий
 стурбований відсторонений
 пригнічений у стані ейфорії
 у стані ангедонії

Діапазон настрою: в межах норми стиснутий рівний
 нестійкий недоречний

Зміст думок: в межах норми марення ідеї посилок
 нав'язливі ідеї ідеї звеличення
 параноїчні ідеї фобії

Процес мислення: в межах норми втрата асоціацій
 випадкові ідеї відхилення думок
 політ ідей замикання
 непохитність думок

Перцепція/ Сенсорне сприйняття: в межах норми
галюцинації: слухові візуальні
 нюхові тактильні
 ілюзії

Пам'ять: в межах норми
порушена: короткострокова довгострокова безпосередня
Здатність до надання історичної інформації: Так Ні

Якщо ні, поясніть нижче у висновках

Апетит: в межах норми поганий
Вага: втрата набирання
 підвищений знижений

Сон: в межах норми надмірна сонливість
 початковий етап проблеми проблема тривалості сну

Розуміння: в межах норми у вигляді обвинувачень
 незначне відсутнє

Рівень навичок прийняття рішень: достатній порушені
 низький

Оцінка рівня інтелектуальних здібностей/ функціональної здатності: вище середнього середній нижче середнього
 діагноз розумової незрозумілості

Рівень надійності свідчень клієнта (пояснити нижче)
 високий достатній низький

Поясніть клінічно важливі ознаки, враховуючи особливості, які не вдалося оцінити вище:

Поточні симптоми / проблеми:

| № з\п | Назва | Ознаки | З якого моменту симптом присутній | Як довго триває | Чи заважає клієнту |
|-------|---------------|--|-----------------------------------|-----------------|--------------------|
| 1 | Тривога | Очікування якоїсь небезпеки. | | | |
| 2 | Панічні атаки | <p>Триває 5-10 хвилин. Починається раптово і повністю опановує думками і свідомістю людини. Супроводжується страхом за власне життя і незрозумілою тривогою. Посилюється одночасними вегетативними симптомами:</p> <ul style="list-style-type: none"> • частий пульс, серцебиття, відчуття перебоїв або завмирання серця; • підвищення артеріального тиску під час нападу, іноді до дуже великих значень; • відчуття задухи, нестачі повітря, утрудненого дихання; • розлиті болі або неприємні відчуття в області серця; • підвищена пітливість і озноб; • тремтіння, поколювання, оніміння в руках і ногах; • запаморочення, нудота, стан близький до непритомності; • сухість у роті, відчуття “комка” в горлі. | | | |
| 3 | Фобія | <p>Всі проблеми починаються в момент зіткнення з фобічним стимулом (висота, павуки, замкнений простір (ліфт) тощо), причиною фобії. Людина при цьому ментально втрачає над собою контроль, причому страх не піддається ніяким впливам раціонального мислення і логіки. Основні ознаки фобій:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Озноб; - Пітливість кінцівок; - Тахікардія (прискорене серцебиття); - Задуха; - Потемніння в очах; - Стан жаху. | | | |

| | | | | | |
|---|----------------------------|--|--|--|--|
| 4 | Обсесивно-компульсивні дії | <p>Для них характерні повторювані нав'язливі думки, які нерідко перетікають в ритуальні дії, що здійснюються, щоб зняти внутрішнє напруження, зменшити відчуття тривоги і запобігти лякаючим подіям. При цьому між нав'язливими діями і наслідками, від яких вони нібито повинні захистити, зазвичай не простежується ніякого логічного зв'язку.</p> | | | |
| 5 | Соматизація | <p>Перехід негативних емоцій на рівень тіла, при їх тривалому впливі, призводить до різних порушень у внутрішніх органах, розвиваються реальні соматичні порушення (підвищений тиск, хвороби серця, біль у м'язах, суглобах, шлунково-кишкові розлади).</p> | | | |
| 6 | Депресія | <ul style="list-style-type: none"> • розлади сну (трудність при засипанні, раннє пробудження, поверхневий сон, не приносить відчуття відпочинку, або кошмарні сновидіння); • пригнічений стан, почуття втоми; • почуття провини, відчуття власної безпорадності і непотрібності; • відсутність або зниження апетиту; • психосоматичні розлади; • втрата інтересу до улюблених занять, до навколишнього світу; • зниження енергетичного потенціалу, статевого потягу, нездатність радіти; • постійне відчуттям втоми. | | | |
| 7 | Порушення пам'яті | <p>Амнезії - розлад пам'яті у вигляді порушення здатності запам'ятовувати, зберігати і відтворювати інформацію.</p> <p>Види амнезій:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ретроградна амнезія - порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити | | | |

| | | | | | |
|----|----------------------------|---|--|--|--|
| | | <p>інформацію, набуту до епізоду порушення свідомості, що виник з людиною;</p> <ul style="list-style-type: none"> - антероградна амнезія - труднощі відтворення стосуються часу після епізоду порушеної свідомості; - антероретроградна амнезія - порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до та після епізоду порушення свідомості. <p>2. Часткові порушення пам'яті:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гіпомнезія - зниження пам'яті, - гіпермнезія - підвищення пам'яті, <p>виникають на базі емоційних порушень, формуючи відповідно депресивний та маніакальний спектр симптомів.</p> <p>3. Парамнезії:</p> <ul style="list-style-type: none"> - конфабуляції - обмани пам'яті, при яких нездатність закарбовувати події і відтворювати їх призводить до відтворення видуманих подій; - псевдоремінісценції - порушення хронології в пам'яті, при якому окремі події минулого переносяться в теперішнє; - криптомнезії - розлади пам'яті, при яких людина присвоює чужі думки, дії собі. | | | |
| 8 | Дивні думки | | | | |
| 9 | Дивна поведінка | Поведінка, яка не властива клієнту | | | |
| 10 | Параноїчні думки | Нездорова підозрілість, схильність бачити у випадкових подіях підступні дії ворогів, вибудовувати складні теорії змов проти себе, зі збереженням в іншому логічності мислення. | | | |
| 11 | Розлади харчової поведінки | Анорексія - критичне зниження маси тіла, часто небезпечне для життя, | | | |

| | | | | | |
|----|--|---|--|--|--|
| | | <p>втрата апетиту.</p> <p>Булімія - патологічно підвищене відчуття голоду, яке супроводжується деколи слабкістю і больовими відчуттями в надчеревній ділянці. Цей стан інколи поєднується із зниженням відчуття насичення, внаслідок чого виникає потреба в надмірно великих кількостях їжі(поліфагія).</p> <p>Спотворення смаку - непереборне бажання вживати в їжу будь-що незвичайне й малоїстівне - крейду, папір, глину, ґрунт, зубний порошок, вугілля, пісок, лід, каміння, скло, метал, а також сире тісто, фарш, крупу.</p> <p>Булімія - порушення харчової поведінки, що проявляється підвищеним апетитом і ненажерливістю. Людина відчуває постійну потребу в їжі.</p> | | | |
| 12 | Порушення апетиту | Підвищення, зниження, відсутність апетиту. | | | |
| 13 | Недостатність навичок прийняття рішень | <p>Відсутня психологічна готовність до прийняття рішення.</p> <p>Відсутність навичок у випадку, коли деякі рішення варто приймати миттєво, керуючись лише своєю інтуїцією, а деякі вимагають глибокого аналізу і збору додаткової інформації.</p> <p>Невміння використовувати методику “за” і “проти”, прислухатися до свого внутрішнього голосу, аналізувати наслідки і процес прийняття рішень. Нездатність повертатися до своїх помилок, побоюючись неприємних емоцій, аналізувати важливі прийняті рішення на предмет, що можна було поліпшити як в самому рішенні, так і в процесі і методиці його прийняття.</p> | | | |

| | | | | | |
|----|---|---|--|--|--|
| 14 | Втрата інтересу | У разі, якщо те що раніше приносило задоволення, тепер його не приносить (наприклад, улюблені види діяльності, спорт, хобі тощо). | | | |
| 15 | Втрата енергії | Сонливість, запаморочення, втрата працездатності, відчуття, що “все валиться з рук”. | | | |
| 16 | Сексуальна дисфункція | У чоловіків найчастіше - у вигляді дезактуалізації статевого життя, а сексуальна дисгармонія подружньої пари виникає головним чином унаслідок реакції дружини на захворювання чоловіка. У жінок - переважну роль відіграє витіснений комплекс провини та ідеї самозвинувачування. зниження статевого потягу, аж до алібідемії, послаблення сексуальних відчуттів і гіпооргазмія Спостерігаються анооргазмія болі під час статевого акту, особливо якщо жінка пережила сексуальне насильство. Нечасті статеві акти відбуваються в основному на вимогу чоловіка. | | | |
| 17 | Порушення сну | Труднощі із засипанням ввечері або неможливість заснути, прокинувшись вночі; часте пробудження протягом ночі, переривчастий сон; щоб змусити себе заснути, клієнт приймає якісь заходи (випиває снодійне, вимикає світло, створює ідеальну тишу тощо); сонливість і низька працездатність протягом дня; клієнту сняться кошмари. | | | |
| 18 | Недостатність навичок міжособистісних взаємин | Виникають ускладнення в побудові міжособистісних контактів з оточуючими. Схильність до підвищеної конфліктності. Хвороблива реакція на критику. | | | |

| | | | | | |
|----|---------------------------------|--|--|--|--|
| 19 | Проблеми поведінки | Відзначено наявність деяких ознак девіантних (адиктивної і делинквентної) форм поведінки. Наявність агресивних реакцій відносно оточуючих. Схильний допускати порушення соціально ухвалених норм поведінки: дрібні порушення морально-етичних норм; злочинні дії, аутоагресивна поведінка; прагнення до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин чи постійна фіксація уваги на визначених видах діяльності, що спрямована на розвиток і підтримку інтенсивних емоцій; агресивна поведінка; конфліктна поведінка; акцентуїтована поведінка; віктимна поведінка - активність особистості, за якої вона певним чином сприяє скоєнню злочину проти неї, свідомо чи підсвідомо нехтуючи запобіжними заходами, обираючи спосіб життя, який привертає до неї увагу агресивних осіб, злочинців тощо. | | | |
| 20 | Сімейні проблеми | Соціально-побутові проблеми, проблеми в інтимному житті; проблеми, пов'язані з вихованням дітей тощо. | | | |
| 21 | Недостатність системи підтримки | Відсутність підтримки з боку родини; друзів; колег; керівництва; держави. | | | |
| 22 | Зміна ваги | Збільшення ваги, схуднення. | | | |
| 23 | Незвичні рухи тіла | Рухи тіла, які є не звичними, для клієнта і які з'явилися | | | |
| 24 | Інші: | | | | |

Опишіть симптоми / проблеми подані вище більш детально:

6. РЕЗУЛЬТАТИ ДІАГНОСТИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ (приклад)

| № з/п | Назва методики | Шкала | Показник | Інтерпретація результатів |
|-------|---|--|----------|---------------------------|
| 1 | Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОБД) | | | |
| 2 | Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу | ПТСР | | |
| 3 | Опитувальник Міні-мульти | Шкала брехні Шкала вірогідності Шкала корекції Шкала іпохондрії Шкала депресії Шкала істерії Шкала психопатії Шкала паранойяльності Шкала психастенії Шкала | | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| | | шизоїдний Шкала гіпоманії | | |
| 4 | Стрес-фактори | | | |
| 5 | PHQ-9 - анкета (опитувальник) респондента про стан здоров'я | Рівень депресії | | |
| 6 | Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП) | Вторгнення Уникнення Збудливість | | |

Результати проєктивних тестових методик

| № з/п | Назва методики | Інтерпретація |
|-------|--------------------------------------|---------------|
| 1 | Тематичний апперцептивний тест (ТАТ) | |

| | | |
|---|-------------------------------|--|
| 2 | Методика ДОМ-ДЕРЕВО-ЛЮДИНА | |
|---|-------------------------------|--|

Психологічне заключення:

7. ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ТА ПРОБЛЕМИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА (перевірити):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Група підтримки | <input type="checkbox"/> Соціальне середовище |
| <input type="checkbox"/> Професійна сфера | <input type="checkbox"/> Освітня сфера |
| <input type="checkbox"/> Сфера житлових умов | <input type="checkbox"/> Економічна сфера |
| <input type="checkbox"/> Сфера охорони здоров'я | <input type="checkbox"/> Сфера правової системи |
| <input type="checkbox"/> Інші | |

8. ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКУ / КЛІНІЧНА ДУМКА:

Психічні захворювання: Наявні Відсутні

Зловживання речовинами: Відсутнє Наявне Має залежність
 Нестійка ремісія

Поточні фактори ризику: *(перевірити всі можливі)*

Схильність до суїциду: Не має Наявність думок Наявність плану
 Наявність намірів без засобів
 Присутні наміри з наявністю засобів

Схильність до вбивства Не має Наявність думок Наявність плану
 Наявність намірів без засобів
 Присутні наміри з наявністю засобів

Якщо фактори присутні, клієнт може дати зобов'язання не нашкодити:

Самому собі Іншим
Контроль імпульсів: Достатній Середній Мінімальний
 Перемінний Критичний

Визначення ризику:

- Інша інформація, що має відношення до цього, якщо наявна:
- Спостерігається істотна вірогідність того, що в результаті психічних розладів найближчим часом він / вона постраждає через недостатність змоги:
 - захистити себе від заподіяння шкоди або
 - задовольнити свої основні людські потреби
 - Залучення до поведінки, яка може призвести до заподіяння шкоди
 - Інтервенції, спрямовані на запобігання небезпечної поведінки
 - зі здійсненою спробою заподіяння шкоди
 - яка була невдалою

Опишіть особливості нещодавньої поведінки, перевірені вище: _____

Здатність та готовність приймати добровільне лікування / Госпіталізацію / Найменш обмежувальні альтернативи

- Спроможний Не спроможний виконувати дії стосовно лікування
 Спроможний Не спроможний розуміти відповідну інформацію
 Спроможний Не спроможний розуміти наслідки
 Готовий Не готовий прийняти лікування на добровільній основі
 Існує Не існує менш обмежувальних соціальних альтернатив для надання допомоги цьому клієнтові

Лікування та варіанти підтримки:

- Розглянуто або Здійснено

9. ОЦІНКА ВИЗНАЧЕННЯ ЗЛОВЖИВАННЯ РЕЧОВИНАМИ ТА ІСТОРІЯ ЛІКУВАННЯ:

Перевірити чи вживає клієнт на даний час або задайте клієнту наступні питання:

Чи вживали Ви алкоголь чи наркотичні речовини за останні 30 днів?

- Так Ні

Дата останнього разу вживання:

Алкоголь _____ Наркотичні речовини _____

Які наркотичні речовини Ви вживали у минулому?

Чи вважали коли-небудь Ви чи інша людина, що у Вас є проблема, пов'язана із вживанням алкоголю чи наркотичних речовин? Так Ні

Чи переживали Ви коли-небудь досвід синдрому відміни від алкоголю чи наркотичних речовин? Так Ні

Якщо так, перевірити все можливе: Тремор Блювота
 Діарея Параноя
 Головний біль Нудота
 Потовиділення

Особа відмовилась дати відповіді на запитання стосовно вживання алкоголю чи наркотичних речовин

Перевірити, якщо ці ознаки спостерігалися за ОСТАННІ 24 ГОДИНИ:

- Тремор Судоми Біла гарячка
 Блювота з наявністю крові? Так Ні
 Діарея з наявністю крові? Так Ні

Якщо особа проходила стаціонарний детокс:

А) Вказати кількість разів проведення детоксу _____

Б) Дата виписки з останнього разу детоксу: _____

В) Місце виписки: _____

Підпис особи, яка проводила попереднє обстеження клієнта: _____

Ім'я та прізвище особи: _____

Дата: _____

ПРИМІТКИ:

ПЕРСОНАЛЬНИЙ ДОДАТОК

Клієнту надається можливість коментувати:

- Так (див. коментарі нижче)
 Так, але клієнт відмовляється коментувати
 Ні, пояснити:

ІНДИВІДУАЛЬНІ КОМЕНТАРІ

Ворожість є наслідком невдоволення клієнта: навколишнім рівнем свого життя, іншими людьми, самим собою чимось іншим

1. Як би Ви описали поточну ситуацію?
2. Що, на Вашу думку, було б найбільш корисним для Вас зараз?
3. Чи є якісь окремі особи, які могли би бути залученими до участі у наданні Вам підтримки та лікування (члени родини, друзі, побратими)?
4. Чи є щось таке, що Ви вже використали в якості спроби владнати поточну ситуацію?
5. Які Ваші три найсильніші якості?
6. Чи хотіли б Ви прокоментувати що-небудь ще?

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ВИСНОВОК:

Підпис особи _____

Дата: _____

ДОГОВІР

Я, _____,
(П.І.Б.)

зобов'язуюсь протягом наступних 30 діб, в будь-якому випадку і за будь-яких умов не заподіяти шкоди собі та оточуючим.

Дата _____

Підпис _____

2. Проведення медико-психологічного обстеження. Успіх обстеження і достовірність його результатів в значній мірі залежать від ставлення клієнта до цієї процедури і, багато в чому, визначаються умінням психолога встановити контакт з клієнтом, знайти правильний тон у спілкуванні з ним. Лише після того, як психолог переконається, що необхідний контакт встановлено, що клієнт зрозумів мету обстеження і усвідомив завдання, можна приступати до роботи. Завдання повинно бути змістовним, а інструкція – чіткою і вмотивованою. В ході обстеження необхідно здійснювати спостереження за поведінкою клієнта, результати спостереження необхідно враховувати при інтерпретації результатів. Тривалість безперервного медико-психологічного обстеження не повинно перевищувати двох годин, а за умови підвищеної втомлюваності 30 - 40 хвилин.

Зазвичай, медико-психологічне обстеження займає в середньому 3,5- 4 години. Тому його проводять протягом 2-х днів. Іноді, коли мають місце труднощі включення клієнтів в обстеження і спостерігається підвищене виснаження, загальний час обстеження може бути скорочено за рахунок зменшення числа запропонованих методик.

Так, час дослідження інтелектуальної діяльності за допомогою стандартизованого набору може бути скорочено вдвічі за рахунок пред'явлення тільки парних або непарних завдань тесту, результати застосування яких, як відомо, високо корелюють між собою. З метою зменшення часу обстеження можна використовувати проєктивні методики. Обстеження необхідно проводити в спеціально виділеному приміщенні, переважно в першій половині дня. Психолог повинен намагатися підтримувати у клієнта рівномірний інтерес до обстеження, обговорювати з ним його хід і отримані результати, давати необхідні роз'яснення.

3. Обробка і аналіз даних медико-психологічного обстеження. При використанні методик, як стандартизованих, так і нестандартизованих, спочатку проводиться кількісна обробка даних, оцінка написаних розповідей, виконаних малюнків і т.д. Після аналізу результатів обстеження, психолог може внести певні

корективи в роботу, в разі необхідності, наприклад, включити додаткові методики і процедури. Кількісні оцінки, отримані при використанні методик, є імовірнісними, тобто вказують лише на велику ймовірність, наприклад, наявності у клієнта зниження інтелекту або вираженої тривоги. Під час складання остаточного висновку психолог враховує всі фактори, включаючи освіту клієнта, його стан під час обстеження, ставлення до обстеження, тобто всі показники, які містяться в Стандартизованому інтерв'ю.

4. Опис результатів, медико-психологічний висновок за результатами психологічного обстеження.

За характером опрацьованості психологічний висновок може бути: первинний і підсумковий, уточнений. За аналогією з медичними варіантами первинного і уточненого діагнозу спочатку формулюється тільки первинний висновок, після обробки всього комплексу даних – підсумковий. Підсумковий психологічний висновок є або кінцевим етапом діагностичного процесу діяльності психолога, або тільки складовою частиною загального висновку “діагнозу” в тому, наприклад, випадку, коли психологічне обстеження проведено для уточнення клініко-психологічної структури порушення. Виділення варіантів психологічного висновку є, до певної міри, умовним, оскільки підсумковий психологічний висновок при будь-якому повторному обстеженні або зверненні клієнта переходить в розряд первинного уточненого. Психологічна реальність не є в повному обсязі стабільною і незмінною. Навіть при складних діагнозах, завдяки правильній корекційній роботі, можуть спостерігатися позитивні зрушення. Психологічний висновок повинен бути коротким, але, по можливості, найбільш повно відображати характер виявлених порушень відповідно до цілей обстеження. Психологічний висновок може бути написаний і у вільній формі, однак використання різних схем його складання, як показує практика, об'єктивує та уніфікує роботу психолога, допомагаючи виділяти ключові факти серед отриманих, диференціювати значуще і другорядне. Варіанти схеми складання психологічного висновку

розроблені різними авторами. Схематично її можна представити наступним чином.

А. Загальна частина висновку

1. Основні паспортні дані клієнта.
2. Основні скарги клієнта, або осіб, що супроводжували клієнта на консультацію.
3. Найбільш важливі анамнестичні дані.
4. Специфіка зовнішності і поведінки клієнта в процесі обстеження, в тому числі його емоційне реагування, загальна мотивація, ставлення до обстеження (критичність і адекватність).
5. Сформованість регуляторних функцій.
6. Загальна оцінка операціональних характеристик діяльності в різні моменти обстеження (в тому числі і її динамічний аспект).
7. Особливості розвитку різних компонентів когнітивної сфери.
8. Характеристики емоційно-особистісної сфери, включаючи міжособистісні відносини.

Б. Спеціальна частина висновку

9. Психологічний діагноз.
10. Імовірнісний прогноз розвитку.
11. Рекомендації щодо подальшого супроводу клієнта.

Висновок, складений за певним планом, дозволяє послідовно викласти результати обстеження в спеціальному бланку.

Виклад основних результатів обстеження починається з опису поведінки клієнта під час обстеження і його відношення до нього. Далі в стислій формі наводяться результати, отримані в результаті тестування, причому висновки в кожному випадку ілюструються конкретними прикладами.

Поряд з якісним аналізом виконання клієнтом різних завдань наводяться і кількісні характеристики: число правильних і помилкових рішень, підсумкові статистичні оцінки, типи профілів, отримані при використанні стандартизованих методик. Опис отриманих даних повинен дати відповідь на основне питання, поставлене перед психологом. Додаткові дані наводяться в тому

випадку, якщо вони містять додаткову діагностично значущу інформацію.

Висновок формується за результатами обстеження, проведеної психологічної роботи та має містити конкретну відповідь на поставлені питання: особливості особистості, наявність характерних змін мотиваційної сфери, порушення різних сторін мислення, розлади психічної продуктивності, ознаки виснаження і т.і.; в інших випадках психолог констатує, наприклад, рівномірне зниження уваги і пам'яті, переважно короточасної, лабільність вольового зусилля, стомлюваність. Однак, приходячи до висновку про наявність тих чи інших розладів пізнавальних процесів або особистісно-мотиваційної сфери, характерних для окремих захворювань, психолог не має права ставити діагноз, що відноситься до компетенції лікаря, який спирається на облік всього комплексу даних вивчення анамнезу, об'єктивного статусу хворого, динаміки хвороби і результатів клінічних досліджень, включаючи дані психологічного експерименту, але розуміти клінічний діагноз психолог зобов'язаний.

Тільки за умови, що фахівці повністю інформовані про психологічні особливості клієнта і використовують ці знання в своїй роботі, можна побудувати дійсно ефективну корекційну роботу, засновану на цілісному інтегративному підході. Проте “відкритість” інформації повинна відповідати деонтологічному принципу її нерозголошення, враховуючи інтереси клієнта і його близьких.

Психологічний висновок і комплексний клініко-психологічний діагноз стану є “дефініціями внутрішнього користування”. Варіанти комплексного (колегіального) висновку, призначені для неспеціалістів, формулюються і оформляються відповідно до прийнятих в організації рекомендацій.

Клінічний приклад

Хворий Гаврюченко Т.М. Вік 34 роки.

Проходив лікування в клініці з 08.12.2014 року.

Діагноз: гострий стресовий розлад.

З анамнезу життя: спадковість маніфестними формами психозів не обтяжена. Матері 56 років, запальна, авторитарна, вихованню дитини приділяла мало часу. Батько з сім'єю ніколи не жив, страждав хронічним алкоголізмом, покінчив життя самогубством у віці 42 років. Пацієнт з батьком ніколи не спілкувався, бачив його один раз в житті в початкових класах школи. Ріс і розвивався відповідно до віку. Був непосидючою, товариською дитиною. Вступив до технікуму, адаптувався в новому колективі швидко, навчанню приділяв мало часу, часто прогулював заняття з компанією однолітків. По закінченні отримав спеціальність – слюсар-ремонтник, електрозварник. Після закінчення навчання ніде не працював, перебивався випадковими заробітками. У 28 років одружився, від шлюбу має двох дітей. Стосунки в родині оцінює як “хороші до певного часу, потім стали виникати сварки”, пов'язує це з участю в акціях протесту на Майдані. У 2014 році був мобілізований в зону АТО, під час якої пережив сильний стрес. Їх підрозділ потрапив під мінний обстріл. Пацієнт, сильно вдарившись об землю, знепритомнів. Прийшовши до тями, зазначав сильний головний біль, нудоту. Бачив смерть свого побратима. Вважає, що “на його місці міг бути і він”. Під час перебування в зоні бойових дій, часто “знімав напругу” за допомогою алкоголю.

Психічний стан на момент госпіталізації: виглядає старше свого віку. Тримається напружено, голос монотонний. Темп мовлення повільний, на запитання відповідає по суті, відповіді з елементами докладності. Емоційно лабільний, під час бесіди на очах з'являються сльози. У скаргах робить акцент на почуття тривоги, труднощі засинання, розлад сну, знижений настрій, дратівливість, раптово виникаючі спалахи гніву, головний біль давлучого характеру. У мисленні – докладність, ригідність. Суїцидальні думки заперечує.

Психологічне обстеження.

Пізнавальні психічні процеси

Середня швидкість і рухливість нервової системи, темп психомоторних реакцій різко уповільнений. Збереження функцій

уваги (обсяг, концентрація, переключення) і розумової працездатності з тенденцією до інертності і виснаженості. Мнестичні функції без виражених особливостей і ознак зниження.

Розумова діяльність

Розуміння і побудова логічних зав'язків – доступно. Переважає конкретно-ситуативний стиль мислення. За змістом відповіді в завданнях відображають низький рівень ерудованості та соціальної компетенції. Порушення операційної сторони мислення проявляються у вигляді спотворення рівня спілкування.

Емоційна і особистісна сфери

Висота і конфігурація профілю відображають виражений характер порушень в емоційній і особистісній сферах. Крім того, високі показники за шкалою “Іпохондрія”, “Депресія”, “Істерія” (невротична тріада). У пацієнта високі оцінки за шкалою невротизації, що вказує на емоційну збудливість, тривожність, напруженість, дратівливість, іпохондричну схильність до фіксації на неприємних соматичних відчуттях, можливі порушення сну, підвищена стомлюваність та інші астеничні прояви.

Стан: низька працездатність, присутність соматичних скарг, знижений настрій, тривожність, пригніченість, дратівливість.

Діагноз (діагноз поставлено спільно з профільним фахівцем): Гострий стресовий розлад, патохарактерологічний варіант, астено-невротичний, тривожно-депресивний синдром з дисфоричним компонентом у особистості збудливого типу (F43.01).

Резюме: спадковість обтяжена психічним захворюванням (алкоголізм і завершений суїцид у батька) і збудливими рисами у матері (запальна, авторитарна). На етапі передхвороби переважав збудливий тип реагування (завжди пам'ятав образу, переоцінюючи свої можливості, нерідко вплутувався в бійку, відстоюючи свою правоту). Вплив бойового стресу призвів до загострення психопатологічних рис, з вираженими симптомами підвищеної “активації” в клінічній картині (дратівливість зі спалахами гніву аж до агресивних, імпульсивних вчинків, утруднене засинання, кошмарні сновидіння), поряд з проявами афективно-емоційної слабкості. У психічному статусі відзначаються звуження кола

інтересів, тривога, застрягання на егоцентричних подіях, Таким чином, під впливом низки несприятливих факторів (перерахованих вище), може відбуватися наростання церебрально-соматичної астенізації і формування патохарактерологічного варіанту ПТСР і його затяжного перебігу.

Межі компетенції психолога помітно розширюються при постановці функціонального діагнозу. Якщо для диференціальної діагностики він представляє лише додаткову діагностичну інформацію, то особистісний і соціальний аспекти функціонального діагнозу формулюються їм самим. Він грає також вагомую роль і при визначенні клініко-психопатологічного аспекту функціонального діагнозу, оскільки цей аспект ґрунтується багато в чому на вивченні структури нервово-психічних розладів, в оцінці якої вагоме місце займає медико-психологічне обстеження.

У практичній роботі психолог, за умови необхідності, як зазначалося вище, може використовувати Міжнародну класифікацію хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), основний діагностичний стандарт в європейських країнах, включаючи Україну.

У цій класифікації для опису психічної патології використовується термін “розлад”. Кожний психічний розлад має чітко визначені діагностичні критерії, клінічні ознаки. Клінічний (нозологічний) діагноз вимагає констатації, опису і відомостей щодо тієї чи іншої діагностичної формули, що виявляє у клієнта симптоми, які структуруються в певному синдромі і розміщені в рубриках “діагностичних вказівок” необхідних для достовірної діагностики.

Ретельне обстеження повинно проводитись фахівцем, обізнаним у питаннях психопатології, клінічної психології та в інших суміжних галузях знань. *Відсутність у психолога знань з психопатології, диференціальної діагностики і клінічної психології не дозволяє йому правильно зрозуміти психіатричний або соматичний діагноз (за його наявності), оцінити психічний стан пацієнта в медичній документації (щоденниках або етапних*

епікризах історій хвороби або амбулаторної картки) і професійно надати психологічну допомогу.

Наведемо деякі приклади оформлення діагнозів в медичній практиці: “Пролонгована депресивна реакція, функціональна диспепсія, синдром епігастрального болю”; “Реакція втрати, кардіалгія”; “ІХС: Нестабільна стенокардія. Короткочасна депресивна реакція”; “Гіпертонічна хвороба, 2 стадія, Гіпертонічний неускладнений криз, обумовлений важким стресом” і т.і. У разі складності діагностики психічних розладів можливе застосування більш загальних діагнозів, наприклад, “Депресивний розлад”, або “Тривожний розлад”.

Підготовлений кваліфікований психолог, психотерапевт може, як це прийнято в багатьох країнах, брати участь у лікуванні деякої частини наступних неважких психічних розладів:

- панічний розлад;
- генералізований тривожний розлад;
- розлад адаптації;
- соматоформні розлади;
- дистимія;
- розлади, викликані соматичним захворюванням або ліками.

Психологу доцільно направити пацієнта до психіатра в наступних випадках: суїцидальні ідеї, наміри і плани; ідеї або плани вбивства; гостре порушення; хронічне або персистуюче психічне захворювання з супутньою соматичною патологією; зловживання психоактивними речовинами; постійне відчуття небезпеки, що насувається; виражений спротив до надання допомоги або відмова від лікування; когнітивні порушення; оцінка значимості депресії, тривоги, гострого або хронічного болю, персистуючих соматичних скарг з підозрою на психогенну етіологію; складні коморбідні психічні стани.

У разі необхідності консультації психіатра важливо підготувати клієнта. З цією метою психолог або психотерапевт може підкреслити наявність дистресу у клієнта, викликаного хронічним захворюванням, і доцільність консультації експерта в

цій області. Необхідно підкреслити обіцянку продовжити психологічну підтримку.

2.3 Психологічна допомога особистості у різних парадигмах психологічної практики

Відомо, що люди змінюються з двох причин: якщо їм до такої міри боляче, що вони готові на все, щоб це пройшло, або їм пропонують якийсь новий кращий шлях.

Психотерапія це система сприятливого лікувального впливу на психіку, а через психіку – на весь організм і поведінку людини. Психотерапевтичне лікування засноване на психічних методах впливу на клінічні феномени і частково на страждання і тому стає точкою перетину ряду областей знань: медицини, психології, соціології, педагогіки і т.і. Психотерапевт працює з особистісними проблемами, на рівні переживання.

Різні види психотерапії спрямовані на зміну, підтримку, допомогу у вирішенні поточних проблем, на зменшення проявів хвороби.

Психотерапевти у своїй практиці виходять із припущення, що в основі будь-якого психічного порушення лежить життєвий досвід клієнта, тобто те, чому він навчився і чому він не навчився за своє життя. Основна форма психологічної терапії – це бесіда, обмін думками, перспективами, поглядами на життя між пацієнтом і психотерапевтом. Головне завдання психотерапії полягає у виявленні і корекції психологічного механізму страждань.

Внутрішня проблема вирішується за допомогою зміни способу мислення, ставлення до різних сторін життя і навчання новим поглядам і навичкам.

З клієнтом укладається контракт, що включає конкретні описи того, що людина хоче змінити в собі для досягнення мети. Важливо включити в контракт домовленість з боку клієнта не робити суїцидальних спроб і не завдавати собі фізичної шкоди, наприклад протягом 30 днів, пообіцявши, що протягом цього періоду обов'язково відбудуться зміни. Наприклад: “Найкраще ще

попереду. Все буде відбуватися можливо не так швидко, але швидше ніж Ви думаєте”. Зазвичай заздалегідь встановлюється дата закінчення психотерапії, що підвищує її ефективність. Психолог ніколи не приймає рішення за клієнта, а тільки разом з ним. Він ніколи не забуває, що має право розпоряджатися тільки власним життям. Його завдання пропонувати, а клієнтові вибирати. Треба бути готовим до того, що людина може прийняти рішення саме в той момент, коли вона буде до цього готова.

Психотерапія повинна допомогти клієнту вирішити внутрішню проблему. Найважливіше значення має не здатність клієнта зробити щось, а бажання змінитися, провести велику, важку роботу над собою. Часто найголовніше і найважче полягає в тому, щоб допомогти клієнту зрозуміти, що розлад викликано не стільки обставинами життя і зовнішніми конфліктами, скільки його внутрішніми проблемами. Клієнт повинен прийняти відповідальність за свої життєві труднощі, а не пояснювати їх несприятливими обставинами або “будувати оборонні редути”.

В даний час великого поширення набули недирективні методи терапії, оскільки покращання стає міцніше, якщо люди пов’язують його з факторами, що знаходяться під їх контролем. Крім того, люди зазвичай отримують користь тільки з тих істин, які відкривають самі. Психологи, дотримуючись такого підходу, вважають за краще не давати поради, а створити умови для пошуку шляхів виходу самим клієнтом.

Найважливішим компонентом психотерапії є безумовна позитивна оцінка, прийняття, щира зацікавленість, розуміння емоційного стану клієнта (емпатія).

Професійна робота психолога є надзвичайно делікатною, оскільки існує реальна небезпека посилення проявів розладу і деформації особистості клієнта (вторинна травма). Розвіюючи ілюзії і руйнуючи психологічні захисні механізми, терапевт повинен дати клієнту щось замість цього.

Велика кількість методів психотерапії, що застосовуються у практиці, а зараз у світі налічується понад 450 видів психотерапевтичного впливу, мають обмежену ефективність.

Кожен з методів психотерапії спрямований на певний спектр розладів, при яких його доцільніше використовувати. З іншого боку, більшій частині клієнтів може допомогти практично будь-який метод у разі, якщо психотерапевт має достатню кваліфікацію, використовуючи комбіновані прийоми з різних практик. Проблема в результаті психологічного лікування часто не вирішується раз і назавжди, спеціаліст і клієнт можуть повертатися до проблеми, закріплюючи ефект лікування.

Психотерапія – це така ж лікарська спеціальність, що вимагає відповідної тривалої професійної підготовки під керівництвом досвідчених фахівців. Душа людини потребує надзвичайно делікатного і обережного поводження.

Психотерапевтичне лікування поки що є недостатньо доступним для багатьох клієнтів. Це пов'язано з матеріальними витратами і відсутністю інформації про можливості такої психологічної допомоги.

Далі ми коротко розглянемо найбільш апробовані і популярні психотерапевтичні методи психологічної допомоги в різних парадигмах психологічної практики.

Зупинимося на короткій характеристиці можливих підходів до практики психологічної допомоги (консультування і психотерапії), що склалися у даний час в психології, узявши за основу її основні напрями:

- глибинна (психодинамічна) психологія – психоаналіз (З. Фрейд), індивідуальна психологія (А. Адлер), аналітична психологія (К. Юнг), трансакційний аналіз (Е. Берн), психодрама (Дж. Морено) та ін.;
- бихевіорально-когнітивний напрям – соціальне навчання (А. Бандура), тренінг соціальної компетентності; самонавчання (Д. Уотсон і Б. Скіннер); когнітивна терапія (А. Бек); раціонально-емоційна терапія (А. Елліс) та ін.;
- гуманістичний напрям – гештальттерапія (Ф. Перлз), клієнто-центрована терапія (К. Роджерс), екзистенційна терапія, логотерапія (В. Франкл).

Виділимо основні поняття, що використовуються в кожному напрямі, і основні методи дії на клієнта (за Г.С. Абрамовою, О.Ф. Бондаренком)

1. Глибинна психологія, або психодинамічна теорія З. Фрейда існує в безлічі модифікацій і представлена в роботах А. Адлера, Е. Еріксона, Е. Фрома, К. Хорні, К. Юнга, В. Райха, Е. Берна.

Головним завданням психоаналізу є виявлення і вивчення підсвідомої сфери, яка управляє людиною, а метою – усвідомлення клієнтом своїх підсвідомих процесів і навчання впливати на них, подолати стереотипність поведінки і мислення, яка визначається минулим. Також завданням допомоги є збереження балансу між зовнішніми (соціальними) і внутрішніми силами, що діють на особистість. Розпізнавання емоційних і поведінкових стереотипів можна провести через вивчення захисних механізмів особистості. В процесі інтерв'ю психолог, який працює на основі ортодоксальної психодинамічної теорії, використовує основну техніку – вільне асоціювання, аналіз символів повсякденності; аналіз помилок, описок, обмовок клієнта, які розкривають його підсвідомі почуття (“Фрейдівська помилка”); аналіз сновидінь; аналіз опору як прояву більш широкого механізму витіснення; аналіз змісту перенесення клієнта.

Основу концепції психодинамічної терапії складає припущення про те, що психопатологічні симптоми і поведінка обумовлені неусвідомлюваними конфліктами, що зазвичай виникають у дитячому віці. Мета терапії полягає в усвідомленні виникнення витіснених подій минулого життя, їх повторне переживання, яке і повинно привести до полегшення стану і зміни поведінки.

Психіка розглядається як структура, що складається з компонентів “Воно” (“Ід”), “Я” (“Его”) і “Над-Я” (“Супер-Его”). “Воно” представляє собою сукупність біологічних потягів та інстинктів і має підсвідому природу. “Над-Я” формується під впливом навколишнього середовища і включає систему цінностей і норм поведінки в суспільстві. “Я” регулює реалізацію підсвідомих

потреб відповідно до обмежень, що накладаються зовнішнім світом, норм поведінки в суспільстві.

При порушенні реалістичного розв'язання конфлікту між “Воно” і “Над-Я” з'являються різні невротичні розлади, в основі яких лежать неусвідомлювані механізми психологічного захисту.

Зазвичай конфлікти раннього дитинства, наприклад сексуальні, придушуються, і ці проблематичні ситуації повторно програються в подальшому житті. Тривога та її прояви допомагають уникнути усвідомленого виявлення в себе неприйнятних інстинктивних імпульсів.

З. Фрейд і К. Абрахам також займалися вивченням проблем, пов'язаних із залежністю і втратою. Вчені знайшли подібність між депресивним розладом і горем, що переживають люди, які втратили близьку людину: порушення апетиту, сну, втрата інтересу, зниження соціальної активності та інше. Коли вмирає найдорожча людина, то той, хто переживає скорботу, повертається до оральної стадії розвитку і починає ідентифікувати себе з померлим. Таким чином, людина спрямовує свій смуток і гнів “всередину”. Для більшості людей цей процес протікає тимчасово. Але є і ті, кому не вдається самотійно справитися зі своїм станом. Вони відчувають спустошеність, зменшують кількість комунікації до мінімуму і їх стан втрати посилюється. Настає період депресії. З. Фрейд вважав, що до депресивних розладів схильні два типи людей:

1) люди, чиї потреби в оральній стадії дитинства не були задоволені повністю;

2) люди, чиї потреби в оральній стадії дитинства задовольнялися понадміру.

Головна мета даної групи людей - отримання любові і схвалення. Випадок, коли депресія настає навіть у тому випадку, якщо ніхто не вмирає, З. Фрейд називав символічної втратою. Символічна втрата - це втрата об'єкта високої цінності, яка підсвідомо сприймається як втрата близької людини. Незважаючи на те, що багато положень психодинамічного підходу піддавалися обґрунтованій критиці, вона продовжує використовуватися в сучасній практиці.

В основі психоаналізу лежить перенесення дитячих почуттів пацієнтів по відношення до батьків або осіб, які їх заміняють, на аналітика. Класичний аналіз проводиться наступним чином. Пацієнт лежить на кушетці, а психотерапевт знаходиться ззаду хворого частково або повністю поза увагою пацієнта. Пацієнт розповідає все, що приходить на розум (вільні асоціації) без будь-якого контролю, незалежно від важливості і прийнятності. Важливу інформацію дає і аналіз сновидінь. При цьому пацієнту потрібно бути чесним, що є обов'язковою умовою лікування. Наявність коливань, замовчувань в розповіді пацієнта (опір) дає підставу говорити про наявність витіснених і неприйнятних для свідомості ідей, основного конфлікту. Саме ці ситуації повинні аналізуватися особливо ретельно.

Аналітик виступає, так би мовити, в якості “екрана”, на який пацієнт спрямовує свої думки, і дає хворому інтерпретацію психічних явищ, які той не розуміє. Наприклад, якщо пацієнтка відчуває злість до психотерапевта чоловіка, то це може свідчити про нестачу уваги, яку приділяв їй батько в ранньому дитинстві. Часто у пацієнтів настає інсайт – раптове усвідомлення неоптимальних способів переживання, що виникли в дитячому віці.

Лікар дотримується правила утримання і не повинен показувати співчуття, втішати, висловлювати свою думку, давати поради. Правда, на даний час деякі терапевти допускають використання емпатії.

Важливо знати, що настання першого полегшення нетривале (“медовий місяць психоаналізу”), а потім часто розвивається загострення розладу.

Зазвичай психодинамічна терапія застосовується при тривалих невротичних розладах, таких як фобія, obsесивно-компульсивний розлад, дистимія, істерія, розлади особистості, сексуальні дисфункції.

Лікування зазвичай не проводять дітям і дорослим старше 40 років, людям з недостатнім інтелектом, близьким (друзі, родичі, знайомі).

Неофрейдистські концепції, зокрема трансакційний аналіз Е. Берна, в теоретичних конструктах близький до ортодоксального психоаналізу, але у практиці роботи з клієнтами застосовуються техніки когнітивно-поведінкового напрямку, гештальттерапії тощо.

2. Біхевіорально-когнітивний напрям у психологічній допомозі спрямований на те, щоб дати пацієнту можливість контролю над своїми діями, викликати конкретні зміни його поведінки (Е. Толмен, К. Халл, Д. Уотсон, Б. Скіннер). Робиться акцент на тому, що навколишнє середовище впливає на особистість людини. Психолог разом з пацієнтом намагається втрутитися в життєві умови пацієнта з метою їх зміни. Це будується на наступних основних складових біхевіоральної психології.

1. Заохочується активність пацієнта.

2. Визначається проблема пацієнта через операціоналізацію поведінки (переклад неясних слів в конкретні, спостережувані дії).

3. Розуміння контексту проблеми через функціональний аналіз (причинно-наслідкові зв'язки).

4. Встановлення соціально важливої мети для пацієнта (конкретний план дій).

Також використовуються процедури зміни:

а) тренування наполегливості (допомагає подолати безпорадність і неадекватність) через питання, рольові ігри, перелік альтернатив для ухвалення рішення;

б) тренування релаксації (цілеспрямоване зменшення тривожності, засноване на навчанні глибокої релаксації, побудові ієрархії страхів і пов'язання об'єкту тривоги з цією ієрархією на фоні вправ на релаксацію);

в) моделювання поведінки і заохочення за бажану поведінку в поєднанні з веденням записів;

г) підтримка у пацієнта потрібної поведінки – запобігання рецидивів, що дає контроль над власною поведінкою.

Стратегії запобігання рецидивів розділяються за наступними категоріями: передбачення важких ситуацій, регулювання думок і відчуттів, виявлення потрібних додаткових навиків, вибудовування сприятливих послідовностей. Техніка запобігання рецидиву

важлива не тільки для психології біхевіоризму. Проблема рецидивів існує в роботі психологів всіх напрямів, рішення її психологами-біхевіористами заслуговує величезної уваги всіх практичних психологів. Прихильники когнітивного підходу пов'язують розлад почуттів і поведінки людини не з самими подіями, а з неадекватною інтерпретацією та осмисленням події (Ellis A., 1962; Beck A.T., 1964).

На відміну від більшості інших методів, тут не шукають причинного психологічного конфлікту. Мета когнітивної терапії полягає в зміні сприйняття, способу оцінки себе, оточуючих і майбутнього.

Найбільш ефективна когнітивна терапія при депресивних розладах. Депресія трактується як розлад мислення, що приводить до афективних і фізичних симптомів. В результаті змінюється сприйняття:

- себе – як дефективної, нікчемної людини;
- оточуючих – як негативно налаштованих, непомірні вимоги світу, нездоланні перешкоди;
- майбутнього – несе неприємності, невдачі, страждання.

Дана когнітивна тріада депресії пояснюється клієнту з прикладами помилковості його логіки. Серед різновидів некоректного мислення виділяють:

Максималізм. Люди бачать багатозначний, невизначений світ в чорно-білому кольорі і погано переносять ситуації невизначеності, неясності. Їм властиві максималістичні цілі і характерні наступні установки: “всі оточуючі повинні полюбити тебе”, “необхідно завжди бути компетентним”, “будь-яке починання повинно бути доведене до завершення”.

Надмірне узагальнення. По одному факту робиться висновок про цілий клас подій. Якщо в житті трапляється неприємна подія, то пацієнти можуть зробити висновок, що “життя огидне”, “я ні на що не здатний”, “всі баби – дури” або “всі мужики – сволочі”.

Безпідставні висновки. На підставі невеликого числа фактів робляться помилкові негативні висновки. Наприклад, якщо людина мовчить, значить, вона злиться на вас. Однак, навіть дуже

спостережливі психологи і психотерапевти можуть помилятися в інтерпретації поведінки людини.

Вибіркове сприйняття. Схильність до концентрації уваги на певних негативних фактах при ігноруванні позитивних сторін. Наприклад, студент, який відповів невірно на 10 запитань зі 100, постійно думає про неправильні відповіді і вважає, що погано впорався із завданням.

Висновки, засновані на емоціях. Пояснювати, що відбувається за допомогою суб'єктивних почуттів часто є помилкою. Наприклад, неправильним є вислів “мені здається, що ця людина не любить мене, тому я погано до неї ставлюся”. Якщо можна було б краще дізнатися про цю людину, то на основі достатньої інформації можна було зробити інші висновки.

Твердження “я повинен”. Перебільшене почуття відповідальності перед іншими людьми, прийняття критеріїв успіху і цінностей, встановлених іншими людьми, часто призводить до відчуття провини. Людині самій потрібно знати і поважати свої інтереси, вирішувати, наскільки реальними і доречними є вимоги оточуючих.

Персоналізація. Проявляється в прийнятті відповідальності за незалежні від тебе події. Наприклад, мати, спостерігаючи погані оцінки у дитини, може зробити висновок, що вона погана мати.

Психотерапевт демонструє неправильність подібної інтерпретації і, спільно з клієнтом, шукає новий погляд на життя. Внаслідок змін мислення формується більш адаптивна поведінка.

Показаннями для когнітивної терапії є: депресія, панічний розлад, obsесивно-компульсивний розлад, соматоформні розлади, соціальна фобія.

У поведінковій терапії неадекватна поведінка розглядається як засвоєна людиною внаслідок позитивного або негативного підкріплення навколишніми факторами. Психотерапевти намагаються сформувати спочатку оптимальну поведінку, що повинна привести до позитивних внутрішніх змін.

Методи поведінкової терапії: аверсивна терапія, заснована на покаранні за небажану поведінку, методика позитивного

підкріплення, що включає заохочення бажаної поведінки, систематична десенсибілізація, що полягає в поступовому наближенні до лякаючої ситуації в поєднанні з антитривожними заходами, та імпульсивна терапія із зануренням клієнта в ситуацію страху.

Більш детально розглянемо *самокоригуючу терапію*, запропоновану D.L. Watson і R.G. Tharp (1989). Мета даної методики полягає в самокорекції небажаної поведінки, особливо за наявності залежності від шкідливих речовин за допомогою поведінкових методів.

Дана методика включає наступні етапи (кроки):

1 крок: визначення форми поведінки, що потрібно змінити;

2 крок: збір основних даних про фактори, що впливають на неоптимальну поведінку, наприклад, фіксується число цигарок, що клієнт випалює щодня протягом певного періоду часу, фактори, що провокують паління, наслідки паління;

3 крок: розробка програми самоконтролю, що включає способи зміни поведінки:

а) самопідкріплення – заохочення себе за бажану поведінку;

б) самопокарання – позбавлення будь-яких благ за небажану поведінку;

в) планування навколишнього оточення – зміна цього оточення з метою зміни стимулів, що передують неоптимальній поведінці. Наприклад, використовуються альтернативні способи зниження емоційної напруги (релаксація, медитація).

4 крок: виконання і оцінка програми самоконтролю. Дієвим засобом є договір із самим собою – письмова угода з обіцянкою дотримуватися бажаної поведінки і використовувати відповідне заохочення і покарання. Краще, щоб в програмі брала участь ще одна людина, наприклад, дружина або друг. Найбільш частими помилками є: спроба виконати занадто багато і швидко, постановка нереальних цілей, тривале відтермінування заохочення або слабкі заохочення;

5 крок: завершення програми самоконтролю. Потрібно точно визначити цілі і умови завершення.

Показаннями для поведінкової терапії є: нікотинова залежність, алкогольна залежність, переїдання, порушення поведінки, фобічні розлади. Часто застосовується поєднання когнітивних і поведінкових методів терапії.

3. Гуманістичний напрям у психології (К. Роджерс, Ф. Перлз, В. Франкл, Р. Мей та ін.). Основна методологічна позиція полягає в тому, що призначення людини – жити і діяти, визначаючи свою долю, зосередження контролю і рішень знаходиться всередині самої людини, а не в її оточенні; початкова наявність в людині прагнення до максимальної соціальної самоактуалізації, зростанню особистості. Задача клієнта і психолога полягає в тому, щоб якомога повніше зрозуміти світ клієнта і підтримати його під час прийняття відповідального рішення за допомогою “творчого, активного, точного, емпатійного неосуджуючого слухання” (К. Роджерс). Основне поняття, з яким працюють психологи даного напрямку, – світовідчування конкретного клієнта. Психолог повинен уміти працювати з протиріччям реального та ідеального образу “Я”, бути конгруентним та безумовно приймати клієнта.

Особливе місце займає гештальттерапія, яка відрізняється різноманітністю технік: сприйняття “тут і тепер”, директивність; мовні зміни; метод порожнього крісла: бесіди з частиною свого “Я”; діалог “собаки зверху” – авторитарний, директивний і “собаки знизу” – пасивний з відчуттям провини, шукаючий прощення; фіксоване відчуття; робота зі снами.

Крім того, завдяки роботам В. Франкла в гуманістичній психології використовуються техніки зміни відношення; парадоксальні інтенції; перемикання; метод переконань (заклику). Реалізація цих технік вимагає від психолога красномовства, точності словесних формулювань, орієнтації на світовідчування клієнта.

Гуманістична парадигма є досить популярною серед вітчизняних фахівців, які використовують її в своїй практичній діяльності. Особливо це стосується роджеріанського консультування і психотерапії, які приваблюють початківців своєю оманливою простотою: зрозумілі принципи, майже повна

відсутність складних психотехнічних прийомів тощо. Однак, треба враховувати, що клієнт-центроване консультування і психотерапія вимагають від фахівця, найперше, особистісної зрілості, усвідомлення власних проблем і обмежень, готовності бути щирим і відкритим у взаємодії з клієнтом.

У консультуванні і психотерапії центрованих на клієнті стверджується, що в людині від початку закладено прагнення до особистісного зростання і самоактуалізації. Головним завданням консультанта є створення умов, які сприяють зростанню клієнта. Для цього необхідно, щоб консультант акцептував (безумовно приймав) клієнта, був емпатійним і автентичним (справжнім).

Передбачається, що клієнт здатний ставити перед собою мету, він мотивований до змін і у нього достатньо бажання, щоб працювати над собою. Тому консультант, перш за все, почав би з віри в здатність клієнта знайти свій власний шлях у житті і достатньо сил слідувати цією дорогою. Інакше кажучи, ця парадигма акцентує не діагноз, і не інформацію про минуле клієнта, а, перш за все, припускає вільний вислів ним актуальних почуттів – неадекватності, фрустрації, безнадійності тощо. Консультант надає свободу і безпеку для дослідження клієнтом загрожуючих аспектів свого особистого буття, утримуючись від оцінок і критики.

Тут мало простого віддзеркалення відчуттів клієнта шляхом вербалізації. Консультант прагне повністю пережити у нинішній момент, що це значить – жити в світі клієнта. Справжні відносини з ним включають: доброту, глибоке розуміння, безумовне схвалення і теплоту, а також бажання дозволити клієнту проявляти будь-які його почуття в ході консультації. Психолог повинен передати клієнту основні установки розуміння і схвалення, і через це позитивне відношення він отримав би шанс відкинути свої побоювання і більш повно і вільно дослідити свої особисті занепокоєності. Клієнт росте особистісно у взаємостосунках з терапевтом, який повинен залишатися щирим. Клієнт використовує ці відносини, щоб навчитися більше приймати себе зі своїми достоїнствами і обмеженнями. Йому надається можливість відкритого виразу почуття страху, відчуття себе невдахою і

“слабаком” тощо і, головне, – можливість досліджувати, як він себе відчуває, коли його оцінюють інші. Він отримує можливість виразити почуття провини, самотності, безнадії тощо.

Ділячись своїми почуттями, клієнт перестав би відчувати свою самотність, бо він ризикнув би впустити в свій приватний світ іншого, тобто психолога. За допомогою таких відносин з консультантом клієнт поступово зміг би зосередитися на своїх переживаннях і прояснити свої відчуття і установки. А консультант побачив би його як людину, здатну розвинути свої власні сили і ухвалювати самостійні рішення. Віра і турбота консультанта збільшили б його власну віру і упевненість в своїй здатності долати труднощі і відкривати нові шляхи буття.

Психоемоційна саморегуляція

Душевний дискомфорт (страждання, горе, тривога, страх) є природнім, неминучим і навіть необхідним супутником в житті кожної людини. У випадках, коли психоемоційна реакція виходить за прийнятний діапазон, викликаючи надмірні страждання, проблеми для оточуючих або серйозні труднощі в житті і роботі, людині потрібна допомога.

Існує три способи зменшення стресового впливу на людину. Перший пов’язаний з виявленням причини дистресу і її усуненням. Другий передбачає уникнення стресової ситуації. Однак у більшості випадків неможливо усунути вплив негативної ситуації, і тоді може допомогти система психоемоційної саморегуляції.

Людина можливо і повинна самостійно вирішувати виникаючі в її житті проблеми, знаходити і виробляти оптимальні форми регуляції емоційного дистресу. Звичайно, свідоме регулювання емоційного стану може знизити гостроту, безпосередність і природність емоційної відповіді, створює небезпеку усунення негативних емоцій. І, тим не менше, ризик важких наслідків може виправдати управління емоціями.

Вважається, що система психоемоційного регулювання повинна не тільки швидко знижувати емоційну реакцію на несприятливу подію за допомогою прийомів психологічного

захисту, але й включати методи підвищення загальної стійкості людини до стресу.

Психологічний захист

Психологічний захист – це сукупність прийомів, спрямованих на зміну сприйняття несприятливих ситуацій та таких, що дозволяють людині, на деякий час, зменшити напругу і дискомфорт.

Існують неусвідомлювані форми психологічного захисту, вперше описані З. Фрейдом. Наприклад, конфлікт витісняється в підсвідомість і людина наче забуває про його існування. В подальшому витіснений конфлікт може проявитися тривогою, депресією або соматизованими симптомами.

Для швидкого і короткочасного зменшення впливу стресової ситуації запропоновано багато різних психологічних прийомів. Розглянемо деякі з них.

Зниження значимості проблеми. Негативний вплив поточних проблем часто перебільшується і для більш реальної оцінки значущості проблеми корисно задати собі наступні питання: “Чи буде ця проблема хвилювати мене через 5 років?” Або “Що може статися найгірше, якщо я з цим не справлюся?”.

Включення. Переоцінка значущості психотравмуючої ситуації на фоні інших, більш важких подій. “Наскільки нестерпна ця ситуація порівняно з дійсно важкими трагедіями (смерть близької людини, пожежа в домі)?”

Зниження власних вимог. Доцільно змінити нерозумні вимоги до оточуючих, наприклад, що “люди, які знаходяться навколо, повинні любити тебе” або “бути чесними”, а також до себе, наприклад, “не помилятися” або “бути завжди першим”.

Позитивне трактування події. Втрату роботи можна трактувати, з одного боку, як поразку чи відсутність справедливості в житті, а, з іншого боку, як можливість все почати спочатку або необхідність самовдосконалення.

Підвищення самооцінки і впевненості в собі. Корисним може виявитися самонавіювання з формулами типу “я обов’язково

впораюся з цією проблемою”, “я бував у важких ситуаціях і раніше, і все добре закінчувалось”.

Відволікання. При невдачі в певній діяльності можна тимчасово переключитися на іншу діяльність.

Сповідь. Розповідь людині, яка вам симпатизує і співчуває дозволяє “пережити і переробити подію емоційно”. З одного боку, відбувається засвоєння і прийняття інформації, яка пов’язана з кризовою ситуацією. З іншого боку, емоційний резонанс співрозмовника робить почуття більш керованими, оскільки інша людина змогла відчувати, пережити і впоратися з емоційною реакцією.

Катарсис – перетворення агресивної енергії в іншу форму. “Випускання пари” в соціально прийнятній формі послаблює переживання негативної емоції. Невдача може дати новий імпульс у самовдосконаленні і досягненні інших цілей.

Прогноз несприятливої події зменшує силу її впливу, тому корисно планувати різні результати розвитку події, включаючи найгірші.

Крім того, впоратися зі стресом можуть допомогти різні психофізіологічні методи, серед яких медитація, фізичне навантаження, музикотерапія тощо.

Медитація. Метод медитації заснований на досягненні максимальної зосередженості, заглибленості в себе, відстороненості від навколишнього. М’язова релаксація за допомогою масажу (міжбрівної області, задньої частини шиї, щелеп, плечей, ступней ніг і особливо спини), гарячої ванни, дихальних вправ (повільний глибокий вдих протягом 7 секунд і повільних видих за 11 секунд), аутогенного тренування.

Фізичне навантаження. Потрібно “увігнати пристрасть у м’язи”, як говорив І.П. Павлов. Фізичне навантаження, особливо в ігровій формі, допомагає зменшити психоемоційне напруження.

Музикотерапія є корисною, але тільки не серед музикантів, оскільки вони починають зараз же аналізувати музичний твір.

Крім того, існує безліч інших способів, наприклад, відвідування сауни або лазні, прогулянка по мальовничій

місцевості, секс і т.д. Багато з перерахованих вище прийомів, наприклад, сповідь і медитація, використовуються в різних релігіях.

Підвищення загальної стійкості до стресів

Усвідомлення сенсу життя, наявність важливої стратегічної мети дозволяє впоратися з багатьма життєвими труднощами. При формуванні довготривалих життєвих цілей важливо враховувати наступне.

1) Відповідність реальним бажанням і включення діяльності, яка не тільки приносить задоволення і фінансове благополуччя, а й наповнена духовним змістом (розвиток особистості, пізнання світу, допомога оточуючим).

2) Цілі повинні бути досить високі, щоб забезпечувалося духовне зростання і задоволення при їх реалізації. “Якщо ви навмисно збираєтесь бути меншим, ніж ви можете бути, я попереджаю вас, що ви будете нещасним все ваше життя” (А. Маслоу).

3) Конкретність і реалістичність цілей.

4) Досягнення цілей повинно залежати більшою мірою від самої людини, а не від сукупності сприятливих обставин.

5) Оптимальне число цілей. З одного боку, необхідно максимально зменшити кількість цілей, щоб не розпорошувати свої сили, а, з іншого боку, єдина мета може привести особистість до катастрофи в разі невдачі.

Імовірність стресових розладів багато в чому зумовлена поставленою метою життя. У разі вертикальної цілі – досягнення більш високої соціальної сходинки (кар’єра), – часто мають місце конкурентні відносини, оскільки більш висока посада, зазвичай, дає великі матеріальні блага. Краще, коли цілі горизонтальні, спрямовані на розвиток особистості і професійне вдосконалення, тоді просування по кар’єрних сходах буде природним і потребуватиме менших зусиль.

Поведінка, спрямована на допомогу іншим людям, пов’язана з кращим станом душевного здоров’я. Має значення темп досягнення мети, оскільки дуже повільне розв’язання завдання часто призводить до застою і втрати інтересу. З іншого боку,

максимальна концентрація зусиль для якнайшвидшого досягнення мети може вимагати величезних затрат, що перевищують ресурси особистості.

У процесі розвитку людського суспільства були сформульовані абстрактні мета-цілі життя людини, реалізовані в релігійних і філософських системах.

Усвідомлення і формування сенсу життя становить основу деяких психотерапевтичних методик, наприклад, екзистенціальної терапії або логотерапії, розробленої В. Франклом.

Релігія

Релігія має беззаперечний психотерапевтичний ефект. Ідеї життя після смерті і прощення гріхів, без сумніву, дозволяють краще переносити труднощі мирського життя. Ідея загробного життя зі звільненням від страждань становить основу християнської ідеології. У буддизмі для звільнення від життєвих страждань людині пропонується шлях, що складається з восьми послідовних ступенів. Разом з тим, не можна виключити і вплив релігії на соматичну патологію.

Позитивний вплив релігії на здоров'я людини пояснюють меншою частотою куріння, надією, активним самовладаючим типом поведінки, більш оптимальним відношенням до здоров'я, частими соціальними контактами, стабільним шлюбом і душевним благополуччям. Помірна релігійна активність і відвідування релігійних служб пов'язані з меншою частотою і вираженістю депресивних симптомів.

Прихильність до релігії може знизити ризик суїцидів у пацієнтів з депресією внаслідок засудження такої поведінки, а також низькою агресивності.

Молитва, як показали дослідження, пов'язана з меншою важкістю стану, але не тривалістю захворювання.

Релігійні служби можуть чинити і негативний вплив на перебіг захворювання.

Глибока й інтенсивна релігійність, думки типу "Бог відмовився від мене", "Бог не любить мене" і "Це справа рук диявола" підвищують ризик депресії, суїцидів і навіть смерті у літніх хворих.

РОЗДІЛ 3

ОСНОВНІ ТИПИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Що таке психічний розлад? Чим він відрізняється від частих переживань, від природного занепокоєння?

Спеціалісти Всесвітньої організації охорони здоров'я визначили основні ознаки психічного розладу:

- виражений психологічний дискомфорт або страждання;
- порушення здатності виконувати певну роботу або навчатися;
- підвищення ризику смертності, страждання або порушення діяльності.

Основними типами психічних розладів є:

- 1) невротичні розлади (тривожні, соматоформні);
- 2) психотичні розлади (депресивний епізод, шизофренія);
- 3) розлади особистості;
- 4) розлади, пов'язані з соматичними захворюваннями;
- 5) неврологічні захворювання;
- 6) розлади, пов'язані зі стресом;
- 7) розлади, пов'язані зі зловживанням лікарських препаратів;
- 8) розлади, пов'язані зі зловживанням психоактивних речовин (алкоголь, наркотики).

В даний час причини виникнення та механізми розвитку більшості психічних розладів не встановлені – існують лише більш-менш переконливі гіпотези.

Серед психічних розладів найбільш небезпечними вважаються, так звані, психотичні (ендогенні) розлади, що нерідко призводять до інвалідності та самогубства: *депресивний епізод, рекурентний депресивний розлад, біполярний розлад, шизофренія.*

Неврози в МКХ-10 класифікуються як *тривожні* або *соматоформні розлади*. Нерідко в практиці зустрічаються клієнти зі стійкими соматизованими симптомами, за наявності яких лабораторні дослідження не виявляють захворювань внутрішніх органів. Такі клієнти наполегливо потребують численних

обстежень і консультацій у фахівців. Ці випадки зазвичай розглядаються в рамках соматоформних розладів.

У практиці психолога, психотерапевта досить часто зустрічаються депресивні, тривожні і соматоформні розлади.

3.1 Розлади настрою: депресії – діагностичні критерії

На сьогодні розлади настрою у формі депресій є найпоширенішим психічним захворюванням у загальній популяції і в популяції хворих, які звертаються по допомогу до лікарів загальної медичної практики, психологів і до психіатрів.

Структура депресивного синдрому і класифікації депресій

Прояви депресії дуже різноманітні і варіюють в залежності від форми захворювання. Найбільш типові ознаки представлені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Структура депресивного синдрому

| <i>Емоційні прояви</i> | <i>Фізіологічні прояви</i> |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - туга, страждання, пригнічений настрій, відчай; - тривога, відчуття внутрішнього напруження, очікування біди; - дратівливість; - почуття провини, часті самозвинувачення; - невдоволення собою, зниження самооцінки; - зниження або втрата здатності переживати задоволення від занять, які раніше були приємними; - зниження інтересу до навколишнього світу; - втрата здатності переживати будь-які почуття (в разі глибоких депресій). | <ul style="list-style-type: none"> - порушення сну (безсоння, сонливість); - зміни апетиту (його втрата або переїдання); - порушення функції кишечника (запори); - зниження сексуальних потреб; - зниження енергії, підвищена стомлюваність при звичайних фізичних та інтелектуальних навантаженнях, слабкість; - болі й різноманітні неприємні відчуття в тілі (наприклад, в області серця, шлунка, в м'язах). |
| <i>Поведінкові прояви</i> | <i>Розумові прояви</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> - пасивність, труднощі залучення в цілеспрямовану активність; - уникнення контактів (схильність | <ul style="list-style-type: none"> - труднощі зосередження, концентрації уваги; - труднощі при прийнятті рішень; |

| | |
|--|--|
| <p>до усамітнення, втрата інтересу до інших людей);</p> <ul style="list-style-type: none"> - відмова від розваг; - алкоголізація і зловживання психоактивними речовинами, що дають тимчасове полегшення. | <ul style="list-style-type: none"> - переважання поганих, негативних думок про себе, про своє життя, про світ в цілому; - песимістичне бачення майбутнього з відсутністю перспективи, думки про безглуздість життя; - думки про самогубство (у важких випадках депресії); - сповільненість у мисленні. |
|--|--|

Класифікація депресивних розладів за МКХ-10

Систематика депресивних розладів у МКХ-10 значно відрізняється від попередніх класифікацій. Основні відмінності можуть бути сформульовані наступним чином:

1) не використовується дихотомічний розподіл депресій на “ендогенні” і “невротичні” (“реактивні”);

2) категорія “полярності” (монополярний або біполярний тип перебігу) представлена в новій класифікації;

3) центральною діагностичною категорією є поняття “депресивний епізод”, що має на увазі сполучення певних психічних і соматичних ознак;

4) основу класифікації депресій складають наступні критерії:

- кількість симптомів;
- тяжкість наявних розладів;
- схильність до затяжного перебігу;
- варіанти перебігу розладів.

Визначення типів депресій в МКХ-10 ґрунтується на операційно визначених описових ознаках. Основні типи депресивних розладів зібрані в кластер “афективні розлади”; але в інших кластерах розладів також присутні категорії, що відповідають депресіям.

У таблиці 3.2 в скороченому вигляді наводяться категорії МКХ-10, що включають депресивний стан.

Таблиця 3.2

Основні категорії МКХ-10, що відповідають
депресивним станам

| Афективні розлади | Шизофренія, шизотипічні і маревні розлади | Невротичні, стресові і соматоформні розлади |
|---|---|--|
| F31. Біполярний афективний розлад; F32. Депресивні епізоди; F33. Рекурентний депресивний розлад; F34. Стійкі афективні розлади; F34.0. Циклотимія; F34.1. Дистимія; F38. Інші афективні розлади; F38.10. Рекурентний короткочасний розлад; F39. Афективні розлади неуточнені. | F20.4. Постшизофренічна депресія; F25. Шизоафективні розлади; F25.1. Шизоафективний розлад, депресивний тип; F25.2. Шизоафективний розлад, змішаний тип. | F41.2. Змішаний тривожний і депресивний розлад; F43.2. Розлади адаптації; F43.20. Короткочасна депресивна реакція; F43.21. Довготривала депресивна реакція; F43.22. Змішана тривожна і депресивна реакція. |

Розглянемо основні категорії, що відповідають депресіям у МКХ-10, – депресивний епізод, біполярний афективний розлад, рекурентний депресивний розлад, циклотимію, дистимію. У таблиці 3.3 наводяться основні діагностичні критерії для депресивного епізоду різного ступеня тяжкості.

Таблиця 3.3

Діагностичні критерії депресивного епізоду
різного ступеня тяжкості (МКХ-10, 1999)

| Легкий депресивний епізод (F32.1) | Помірний депресивний епізод (F32.1) |
|---|--|
| Необхідні два з наступних трьох симптомів: - знижений настрій; - втрата інтересів і здатності отримувати задоволення; - підвищена стомлюваність. | Повинні спостерігатися, принаймні, два з трьох найбільш типових симптомів легкого ступеня депресії, плюс, щонайменше, чотири (краще – чотири) додаткових симптоми. Кілька симптомів можуть бути вираженого |

| | |
|---|--|
| <p>Плюс хоча б ще два з додаткових симптомів:</p> <ul style="list-style-type: none"> - знижена здатність до зосередження і уваги; - знижені самооцінка і почуття впевненості в собі; - ідеї винності й приниження; - песимістичне бачення майбутнього; - ідеї або дії, спрямовані на самоушкодження або суїцид. <p>Мінімальна тривалість – приблизно 2 тижні.</p> <p style="text-align: center;">Важкий депресивний епізод (F32.2 і F32.3)</p> <p>Хворий виявляє значне занепокоєння та ажитованість, але може відмічатися і загальмованість. Високий ризик суїцидів. Соматичний синдром наявний майже завжди. Спостерігаються всі три найбільш типові симптоми, плюс чотири або більше - додаткових, частина з них повинна бути тяжкого ступеня. Триває щонайменше 2 тижні (F32.2). Може доповнюватися маренням, галюцинаціями або депресивним ступором(F32.3).</p> | <p>ступеня, але це необов'язково, якщо є багато симптомів.</p> <p>Мінімальна тривалість всього епізоду – близько 2-х тижнів.</p> |
|---|--|

3.1.1 Депресивний епізод

Факторами ризику розвитку депресії є: вік 20-40 років, зниження соціального статусу, розлучення, сімейна історія суїцидів, втрата родичів після 11 років, особистісні якості з рисами тривожності, старанності, цинізму і совісності, стресові події, гомосексуальність, проблеми сексуального задоволення, післяпологовий період, особливо у самотніх жінок. У патогенезі депресій, поряд з генетичними факторами, що визначають рівень нейротрансмітерних систем, має значення культивування в сім'ї

безпорадності в період стресу, що становить основу депресивного мислення, втрату соціальних контактів.

Діагностичні критерії

А. Відповідність загальним критеріям депресивного епізоду:

- 1) депресивний епізод повинен тривати, принаймні, два тижні;
- 2) в анамнезі ніколи не було симптомів, що відповідають критеріям маніакального і гіпоманіакального епізоду;
- 3) епізод не можна пояснити вживанням психоактивних речовин або будь-яким органічним психічним розладом.

Б. Спостерігаються, як мінімум, два з наступних трьох симптомів:

- 1) депресивний настрій знижений до рівня, що визначається як явно ненормальний для пацієнта, виявляється більшу частину дня майже щоденно не менше двох тижнів і, в основному, не залежить від ситуації;
- 2) виразне зниження інтересу або задоволення від діяльності, що зазвичай була приємною для хворого;
- 3) зниження енергійності та підвищена стомлюваність.

В. Додаткові симптоми:

- 1) зниження почуття впевненості в собі і самооцінки;
- 2) безпричинне відчуття самоосуду або надмірне і неадекватне почуття провини;
- 3) нав'язливі думки про смерть або суїцид або суїцидальна поведінка;
- 4) зниження здатності до роздумів (нерішучість) або концентрації уваги;
- 5) порушення психомоторної активності з тривожним збудженням або загальмованістю (суб'єктивно або об'єктивно);
- 6) порушення сну будь-якого типу (труднощі засинання, пробудження вранці за дві години до звичайного часу, часті пробудження вночі і постійне почуття незадоволення від сну);
- 7) зміна апетиту (підвищення або зниження) з відповідною зміною ваги тіла.

Для визначення епізоду легкого ступеня необхідно мінімум два симптоми з критерію Б і не менше чотирьох симптомів суми критеріїв Б і В; для епізоду середньої тяжкості необхідно мінімум

два симптоми з критерію Б і не менше шести симптомів суми критеріїв Б і В; а для важкого епізоду необхідно три симптоми з критерію Б і не менше восьми симптомів суми критеріїв Б і В.

При *депресивному епізоді (важкому) з психотичними симптомами* можуть спостерігатися марення (провини) і галюцинації (слухові, глузуючі або засуджуючі). Наприклад, депресії психотичного рівня (реактивні психози).

Галюцинації – це незвичайні сенсорні відчуття або сприйняття речей, які не існують в реальності, такі як бачення речей, яких тут немає, слухання голосів, відчуття запахів, “смішний” присмак у роті і відчуття чогось на шкірі, навіть якщо нічого не торкається тіла.

Маревні ідеї – це помилкові переконання, які постійні і організовані, і вони не зникають при отриманні логічної або точної інформації. Наприклад, особа, яка упевнена в тому, що її їжа отруєна, навіть якщо їй було доведено, що її їжа придатна до вживання, страждає від маревної ідеї.

3.1.2 Біполярний афективний розлад

Біполярний розлад зустрічаються у 1,4% населення. Жінки і чоловіки хворіють однаково часто. Перші епізоди зазвичай з’являються у віці 15-25 років, а в цілому можуть виникати у віці від 12 до 65 років.

Біполярний розлад характеризується спадковістю, є одним з найбільш виражених серед усіх психічних розладів. Серед прямих родичів захворюваність становить 20-25%. Біполярний афективний розлад характеризується повторними (принаймні двома) епізодами, при яких настрій і рівень активності значно порушені. Ця діагностична одиниця збігається з категорією “афективний психоз”, що використовується вітчизняними психіатрами. В одних випадках відзначається підйом настрою, підвищена активність і енергійність (манія), в інших – зниження настрою, знижена енергійність і активність (депресія). Як зазначалося вище, співвідношення депресивних і маніакальних фаз може бути різним.

Діагностичні критерії

Гіпоманіакальний епізод

А. Підвищений або дратівливий настрій, який є явно аномальним для даної людини і зберігається, щонайменше, 4 дні поспіль.

Б. Повинні бути присутніми мінімум 3 з наступних ознак, що впливають на повсякденну діяльність:

- 1) підвищення активності або руховий неспокій;
- 2) підвищена балакучість;
- 3) труднощі концентрації уваги або відволікання;
- 4) зниження потреби у сні;
- 5) підвищення сексуальної енергії;
- 6) невеликі гульбища або інші форми безрозсудної і безвідповідальної поведінки;
- 7) підвищена товариськість або фамільярність.

В. Розлад не відповідає критеріям манії, біполярного розладу, депресивного епізоду, циклотимії або нервовій анорексії.

Г. Епізод не можна пояснити вживанням психоактивних речовин або будь-яким органічним психічним розладом.

Маніакальний епізод

А. Піднесений або дратівливий настрій, який є явно аномальним для даної людини і зберігається протягом, щонайменше, тижня (якщо тільки його тяжкість недостатня для госпіталізації).

Б. Повинні бути присутніми мінімум 3 з наступних ознак (якщо настрої тільки дратівливий, то 4 ознаки), що зумовлюють важкі порушення повсякденної діяльності:

- 1) підвищення активності або фізичне занепокоєння;
- 2) підвищена балакучість (логорея, “мовний тиск”);
- 3) прискорення потоку думок (“думки женуться одна за одною”) або суб’єктивне відчуття “скачки ідей”;
- 4) порушення нормальної соціальної поведінки з неадекватними вчинками;
- 5) зниження потреби у сні;
- 6) підвищена самооцінка або ідеї величчя;

- 7) відволікання або постійна зміна діяльності і планів;
- 8) необачна або безрозсудна поведінка, наслідки якої хворим не усвідомлюються (наприклад, гульбища, участь в необдуманих проектах по вкладенню капіталу, бравада під час керування автомобілем);
- 9) помітне підвищення сексуальної енергії або сексуальна нерозбірливість.

В. Відсутність галюцинації або марення, хоча можуть бути розлади сприйняття (наприклад, сприйняття фарб як особливо яскравих).

Г. Епізод не можна пояснити вживанням психоактивних речовин або органічним ураженням мозку.

Діагноз біполярного розладу встановлюється за наявності в даний час або в минулому, щонайменше, двох епізодів, хоча б один з яких був гіпоманіакальний або маніакальний. Критерії діагнозу депресивного епізоду розглянуті вище.

Клініка

Зазвичай зустрічаються депресивні і маніакальні (гіпоманіакальні) епізоди і лише в 3% пацієнтів відзначаються тільки маніакальні епізоди (“уніполярна манія”). Перший епізод у чоловіків частіше маніакальний, а у жінок – депресивний. Часто виникає кілька депресивних епізодів перед появою першого маніакального епізоду.

3.1.3 Рекурентний депресивний розлад

Рекурентний депресивний розлад (відповідає категорії “монополярна депресія”) характеризується повторними епізодами депресій. Вік початку, тяжкість, тривалість і частота епізодів при цьому розладі дуже різноманітні. Тривалість епізодів в середньому становить 3-12 місяців, у порівнянні з біполярним розладом. Вони мають тенденцію до більш рідкісного повторення. Одуjuanня зазвичай повне в періоді між нападами.

Цю категорію можна використовувати, якщо є дані про короткі епізоди легкого піднесеного настрою і гіперактивності, які відповідають критеріям гіпоманії, і спостерігаються безпосередньо після депресивного епізоду (іноді вони можуть бути спровоковані лікуванням депресій). При діагностиці цього розладу за допомогою додаткового коду уточнюється тип поточного епізоду. Поширеність у популяції досить висока і, за різними даними, становить від 0,5% до 2%.

Діагностичні критерії

1. Є, принаймні, один депресивний епізод в минулому, який тривав не менше двох тижнів і який відокремлений від нинішнього епізоду періодом мінімум в 2 місяці, протягом яких не спостерігалось будь-яких значущих афективних симптомів.

2. В анамнезі ніколи не було гіпоманіакальних або маніакальних епізодів.

3. Епізод не можна пояснити вживанням психоактивних речовин або будь-яким органічним психічним розладом.

Зауважимо, що використовувати вищеописані критерії депресивних розладів у пацієнтів з соматичною патологією недостатньо коректно, оскільки частина симптомів (наприклад, зміни сну і апетиту, підвищена стомлюваність) може пояснюватися самим соматичним захворюванням або його лікуванням. Тому деякі дослідники пропонують модифікувати критерії, наприклад, розглядаючи як депресивні симптоми тільки зниження настрою, ангедонію і почуття безнадії.

Клініка

Для рекурентного депресивного розладу характерним є протікання депресії з раптовим або поступовим початком і подальшим зникненням симптомів депресії. Важливою характеристикою ендogenous характеру депресії вважається відсутність зв'язку депресії зі стресами, соматичними захворюваннями і вживанням психоактивних речовин. У той же час, до 58% випадків депресивному епізоду передують стресова ситуація, особливо часто втрата близьких або пологи.

За тиждень до розладу настрою у хворих може з'явитися дисфорія, дратівливість або експансивність.

Більшість епізодів депресії носить характер *crescendo-decrescendo*: спочатку з'являється паніка, потім “сковуюча тяжкість” і “заціпеніння всіх життєвих сил”. Після стадії максимальної блокади депресія слабшає, і хворий здатний відчувати печаль.

При повторенні епізодів депресії нерідко посилюється тяжкість симптомів і частота психотичних проявів.

Часто в клінічній картині депресивного епізоду присутні соматизовані симптоми. Епізод може з самого початку проявлятися переважно соматизованими скаргами, або вони приєднуються пізніше, після 2го - 5го депресивного епізоду. Соматизовані симптоми можуть змінюватися, або бути постійними і заповнювати всю депресивну фазу, або короткочасними. Самі соматизовані симптоми можуть змінюватися від одного епізоду до іншого або навіть протягом одного депресивного епізоду.

Тривалість депресивного епізоду, який не лікувався, зазвичай становить від 6 до 24 місяців. На фоні лікування депресивний епізод триває менше.

Протягом життя зазвичай буває 2-7 епізодів депресії. Крім того, зустрічаються варіанти розладу з частими епізодами (> 3 на рік). У 50% після першого депресивного епізоду настає одужання, у 30% захворювання набуває рецидивуючий перебіг, а в 15-20% випадків формується хронічний перебіг.

Після першого епізоду наступний виникає приблизно в 50% випадків, після другого – в 70%, а після третього – в 90% випадків.

Близько 15% пацієнтів з рекурентною депресією, лікування якої не проводилось, здійснюють самогубства (суїциди). Клінічна депресія в 70% випадків передують самогубствам, причому суїцидальні спроби можуть зустрічатися і за наявності симптомів легкої депресії.

Виявлення суїцидальних думок є найважливішим завданням психолога, психотерапевта, лікаря. Іноді пацієнти на пряме запитання про бажання покінчити з життям можуть відповісти

негативно. В цьому випадку В. Франкл рекомендує запитати пацієнта, чому він не думає про самогубство? Якщо у нього в досліджуваній період немає суїцидальних намірів, він відповість, що повинен думати про сім'ю, роботу або наведе інші аналогічні аргументи. Той, хто намагається обдурити фахівця, не може зазвичай знайти підстави на підтримку життя.

У групі стійких (хронічних) розладів настрою виділяються відносно неглибокі порушення у вигляді циклотимії і дистимії.

3.1.4 Циклотимія

Циклотимія триває роками, в силу цього вона спричиняє дискомфорт і може призводити до порушення продуктивності. Основна риса – постійна, хронічна нестабільність настрою з численними періодами легкої депресії і легкої піднесеності, жоден з яких не був достатньо вираженим або тривалим, щоб відповідати критеріям біполярного афективного розладу або рекурентного депресивного розладу. Окремі епізоди зміни настрою не відповідають критеріям маніакального або депресивного епізоду.

Це стан хронічної нестабільності настрою з численними епізодами легкої депресії і легкої піднесеності. Поширеність циклотимії в популяції складає 3-6%.

Жінки страждають на циклотимію в 1,5 рази частіше, ніж чоловіки. У 50-75% осіб розлад починається в 15-25 років.

Діагностичні критерії

А. Період не менше 2 років нестабільного настрою, який включає періоди депресії і гіпоманії, що змінюють один одного, з наявністю або без проміжних періодів нормального настрою.

Б. Відсутність протягом дворічного періоду проявів депресії або гіпоманії, достатньої тяжкості або тривалості, щоб відповідати критеріям маніакального або депресивного епізоду.

В. Протягом хоча б деяких періодів депресії, не менше 3-х з наступних симптомів повинні бути представлені:

- 1) зниження енергії або активності;

- 2) безсоння;
- 3) зниження впевненості в собі або почуття неповноцінності;
- 4) труднощі в концентрації уваги;
- 5) зниження інтересу або задоволення від сексу або інших приємних видів діяльності;
- 6) соціальна відстороненість;
- 7) зниження балакучості;
- 8) песимістичне ставлення до майбутнього і негативна оцінка минулого.

Г. Протягом хоча б деяких періодів підвищеного настрою, не менше 3-х з наступних симптомів повинні бути представлені:

- 1) підвищення енергії або активності;
- 2) зниження потреби у сні;
- 3) підвищена самооцінка;
- 4) загострене або незвичне творче мислення;
- 5) підвищена товариськість;
- 6) підвищена балакучість або багато розумнічає;
- 7) підвищення інтересу до сексу і збільшення числа сексуальних зв'язків та інших видів діяльності, що приносять задоволення;
- 8) зверхоптимізм і переоцінка минулих досягнень.

Клініка

Клінічні прояви циклотимії схожі з біполярним розладом але періоди зміни настрою зазвичай коротші (2-6 тижнів), симптоми менш виражені і не відповідають критеріям гіпоманії. При легкій вираженості епізодів гіпертимії (підвищення настрою) характерні підвищена товариськість і діловитість. Часто зверхкипучий темперамент, відсутність почуття дистанції і постійна ажитація стають важкими для оточуючих. У зв'язку з цим нерідко виникають конфліктні ситуації. У важких випадках періоди нормального настрою практично відсутні.

З віком зустрічається як посилення змін особистості з огрубінням рис, так і покращання з наростанням заспокоєності. Психотерапевтичне лікування не пропонується.

3.1.5 Дистимія

Дистимія – категорія, що має багато спільного з концепцією невротичної депресії. Основною рисою є тривалий час знижений настрій і втома, які ніколи (або дуже рідко) не бувають достатніми для критеріїв рекурентного депресивного розладу легкого або середнього ступеня. Зазвичай цей розлад починається в молодому віці; може тривати багато років.

Дистимія є однією з форм граничних розладів, що відносяться до хронічних афективних розладів настрою.

Досить велика поширеність дистимії в загальній популяції – 3,1%, тенденція до затяжного, хронічного перебігу, а також суттєві труднощі в терапії цього депресивного розладу визначають його актуальність.

Дистимія зустрічається у 4,1% жінок і в 2,2% чоловіків.

Діагностичні критерії

А. Період не менше двох років постійного або часто повторюваного депресивного настрою. Проміжні періоди нормального настрою рідко тривають більше декількох тижнів і відсутні епізоди гіпоманії.

Б. Окремі епізоди депресії, що відповідають за тривалістю і тяжкістю рекурентному депресивному розладу, протягом двох років відсутні або зустрічаються дуже рідко.

Протягом хоча б декількох періодів депресії спостерігаються не менше трьох з наступних симптомів:

- 1) зниження енергії або активності;
- 2) безсоння;
- 3) зниження впевненості в собі або почуття неповноцінності;
- 4) труднощі концентрації уваги;
- 5) часта сльозливість;
- 6) зниження інтересу або задоволення від сексу або інших приємних видів діяльності;
- 7) почуття безнадії або відчаю;
- 8) нездатність справлятися з рутинними обов'язками;

9) песимістичне ставлення до майбутнього і негативна оцінка минулого;

10) соціальна відстороненість;

11) зниження балакучості.

Клініка

Дистимію раніше трактували переважно як невротичну депресію і пов'язували її з психологічними причинами: неоптимальними взаємовідносинами з оточуючими, недостатніми похвалою, визнанням і любов'ю, хронічними негативними стресами. В даний час дистимію розглядають як гетерогенний стан або як стерту форму рекурентного розладу з меншою тяжкістю і стійкими симптомами.

Зазвичай при дистимії настрій злегка змінюється, але недостатньо глибоко, щоб визначити його як легкий депресивний розлад. Настрій частіше погіршується у вечірній час.

При цілеспрямованому опитуванні в однієї третини хворих відсутні скарги на зниження настрою. Хворі частіше скаржаться на нездужання, млявість, сонливість, втому, ніж власне на зниження настрою.

Крім того, турбує зниження апетиту, сексуальні дисфункції, нездатність до емоційної близькості в сім'ї, фіксація на проблемах здоров'я.

Симптоми депресії викликають страждання, заважають жити і працювати пацієнту, однак, на відміну від депресивного епізоду, є відносно стабільна соціально-трудова адаптація. При легкій депресії люди менш схильні до ілюзій і зазвичай оцінюють себе так, як їх сприймають інші люди ("депресивний реалізм").

Хронічний перебіг розладу може призводити до зловживання алкоголем (у 10%) або психотропними препаратами з метою позбутися поганого настрою.

Нерідко при дистимії спостерігаються розлади особистості, найчастіше гранично-істеричний, нарцисичний, тривожний і залежний.

Диференціальна діагностика

Необхідно досить обережно підходити до постановки діагнозу дистимії. Повторне обстеження пацієнтів через рік після встановлення діагнозу дистимії виявляє даний розлад лише в 7-26% випадків, рекурентний депресивний розлад в 4-10%, сполучення обох розладів в 5-20%, інші розлади настрою в 11-23% і хороше самопочуття в 41-52% випадків.

Розрізнення рекурентного депресивного розладу і дистимії часто представляє великі труднощі. Під час діагностики можуть бути корисними наступні особливості дистимії:

- рідко має місце стійке відчуття провини з приводу минулих подій і малоцінності, а переважає почуття жалості до себе;

- відсутня повна безнадія, тобто пригніченість не проєцюється на майбутнє.

- вираженість зниження настрою не доходить до ступеня туги (для депресії з соматичними симптомами);

- рідко зустрічається інтелектуальна і психічна загальмованість;

- зберігається критична оцінка свого стану;

- рідко виникають суїцидальні думки і вчинки;

- рідко має місце зниження кола інтересів, ангедонія;

- перерви в депресії при дистимії не перевищують 2-х тижнів, тобто відсутні чіткі ремісії й інтермісії;

- значна варіативність настрою від дня до дня з короткочасними епізодами (дні) нормального настрою (якщо є окреслені фази, то визначають поточний епізод легкої депресії);

- зазвичай дистимія починається в молодому віці (до 21 року) і триває кілька років або невизначено довго, якщо ж ознаки депресії з'явилися після 30 років, то зазвичай має місце депресивний епізод;

- знижена толерантність до побутових стресових ситуацій, погана адаптивна стійкість особистості;

- період пригніченого настрою становить не менше 2 років, що нечасто буває при депресивному епізоді;

- повільний, непомітний початок, на відміну від гострого, при депресивному епізоді;

- характерним є пізні пробудження, пов'язане з труднощами засипання і підтримки сну, а не ранні пробудження при нормальному засинанні при депресивному епізоді;

- не характерно ранкове погіршення, а зустрічається лише "неістинний" добовий ритм, коли хворі скаржаться на ранкову млявість і розбитість, а не тужливість, з покращанням самопочуття ближче до вечора (для депресії з соматичними симптомами);

- часта плаксивість (для депресії з соматичними симптомами);

- негативний тест з дексаметазоном.

Якщо депресивному епізоду передуює дистимія, а це трапляється в 10-25% випадків, тоді повноцінна ремісія (одужання) зустрічається рідко. При дистимії підвищується ризик розвитку депресивного епізоду, який розвивається в 77% випадків.

Якщо депресія виникла після стресу і триває до 2-х років, то її розглядають як пролонговану депресивну реакцію. У разі збереження депресії більше 2-х років рекомендують використовувати термін дистимія.

Виділяють вторинну дистимію, пов'язану з іншими психічними (неафективними) розладами, соматичними захворюваннями, вживанням лікарських препаратів або психоактивних речовин. Часом важко відрізнити дистимію від зловживання психоактивними речовинами, оскільки дистимія сама може сприяти вживанню наркотиків, а вживання наркотичних речовин проявляється симптомами дистимії.

У генезисі дистимії також може мати значення тривале вживання продуктів, що містять кофеїн.

Тривалість лікування при дистимії становить не менше 6-12 місяців і може тривати багато років.

3.1.6 Диференціально-діагностичні ознаки депресивних розладів

В таблиці 3.4 наведені основні диференціально-діагностичні ознаки різних депресивних розладів.

Таблиця 3.4

Диференціально-діагностичні ознаки депресивних розладів

| Невротичний реєстр | | | | | | Психотичний реєстр |
|---|---|--|---|--|------------|---|
| Ознаки | депресивна реакція | симптоматична (соматогенна) депресія | легкий, помірний депресивний епізод (маскувальна або психогенна депресія) | дистимія (депресивний невроз) | циклотимія | психотичний реєстр важкий депресивний епізод, депресивна фаза афективного психотичного розладу |
| Інтенсивність депресивних порушень | висока | коливається | невисока, наявність “депресивних еквівалентів | коливається | висока | висока |
| Стійкість депресивного афекту | залежить від розв’язання психотравмуючої ситуації | залежить від динаміки соматичного стану, припинення екзогенного впливу | низька | коливається, залежить від зміни психотравмуючої ситуації | висока | висока |
| Зв’язок з екзогенним (психотравмуючим) фактором | безпосередній | безпосередній | опосередкований (пусковий механізм) | безпосередній | немає | немає |

| | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------|---|---|--|-----------------------------|-------------------------------------|
| Наявність психотичної симптоматики | немає | немає | немає | немає | можлива | наявна |
| Сезонні коливання самопочуття | відсутні | відсутні | відсутні | відсутні | частіше навесні | частіше навесні та восени |
| Добові коливання самопочуття | відсутні | залежать від динаміки соматичного стану (коливаються) | залежать від динаміки соматичного стану (коливаються) | можливі, з покращанням ближче до вечора | покращання ближче до вечора | покращання ближче до вечора |
| Атипія депресивної тріади | рідко | часто | постійно | часто | часто | рідко |
| Інтенсивність соматичних скарг | низька | висока | можлива висока | коливається | низька | низька |
| Тривожний компонент | часто | часто | часто | рідко | рідко | рідко |
| Астенічна симптоматика | рідко | завжди | рідко | часто | часто | рідко |
| Загроза суїцидальних проявів | висока | залежить від тяжкості соматичного стану | висока | низька, підвищується за умови посилення ажитації | висока | висока в період становлення ремісії |
| Відношення до хвороби | критичне | критичне | “зростання” | “зростання” | критичне | критичне |
| Ефективні терапевтичні засоби | транквілізатори, анти- | лікування основного захворювання, | транквілізатори, антидепресанти | транквілізатори, антидепресанти | антидепресанти | антидепресанти |

| | | | | | | |
|---------------------------|------------|--|----------|--------|----------|----------|
| | депресанти | транквілізатори, антидепресанти | | | | |
| Ефективність психотерапії | висока | залежить від динаміки соматичного стану, припинення екзогенного впливу | незначна | висока | незначна | незначна |

У роботі практичного психолога можуть зустрічатися атипові форми депресивного епізоду, критерії яких розроблені в американській класифікації DSM-5:

А. Реактивність настрою (наприклад, настрій поліпшується у відповідь на позитивні події).

Б. Два або більше симптомів з наступних:

- 1) значне збільшення ваги тіла або підвищення апетиту;
- 2) гіперсомнія;
- 3) “свинцевий параліч” – відчуття тяжкості в руках і ногах;
- 4) підвищена чутливість до міжособистісного негативного ставлення і поза епізодом депресії.

Диференціальна діагностика депресивних розладів

Близько 40% випадків депресії приходить на вторинні форми, що обумовлені соматичним захворюванням і лікуванням, стресом, вживанням психоактивних речовин або іншими психічними розладами.

Слід зазначити, що прояви депресії різного типу можуть нічим не відрізнятися.

Клієнти та їхні родичі схильні пояснювати появу депресії зовнішніми причинами (стресом). Однак при аналізі ситуації, в більшості випадків, мають місце звичайні неважкі життєві проблеми. Більш того, життєві проблеми зазвичай є наслідком

депресії, а не навпаки. Проте, в 10-35% депресивному епізоду передують значущий стрес.

При реакції горя у відповідь на втрату близьких ознаки важкої депресії зазвичай тривають не більше 6-12 тижнів і не супроводжуються психомоторною загальмованістю, ідеями власної непотрібності, глибоким почуттям безпорадності. Зазвичай депресія проявляється ангедонією, відчуженням і вегетативними симптомами, які поступово проходять протягом року. Суїцидальні думки рідкісні і короткочасні, а спроб самогубства не буває. Має місце реалістичне ставлення до померлого.

Порушення соціальної адаптації зазвичай незначне і тимчасове. У той же час, можливий розвиток депресивного епізоду після втрати. Можна легко обманутися, спостерігаючи депресивний розлад, але приймаючи його за життєву реакцію.

Для розладу адаптації у формі депресивної реакції характерні наступні відмінності від депресивного епізоду:

- депресія обмежена зоною психотравмуючої ситуації, а при депресивному епізоді поширюється практично на всі сфери діяльності;
- рідко виникають суїцидальні думки;
- рідко спостерігається звуження кола інтересів і ангедонія;
- рідко має місце почуття провини і скорботи з приводу минулих подій;
- переважає почуття жалості до себе, а не ідеї провини або малоцінності;
- рідко зустрічається інтелектуальна і психічна загальмованість;
- зберігається критична оцінка свого стану;
- вираженість депресії не доходить до ступеня туги (правомірно тільки для депресії з соматичними симптомами);
- відсутні соматичні симптоми (правомірно тільки для депресії з соматичними симптомами);
- негативний тест з дексаметазоном.

Після надходження до стаціонару у однієї третини пацієнтів з гострими соматичними захворюваннями спостерігається депресія,

що відповідає критеріям депресивного епізоду, яка проходить, в більшості випадків, протягом 3-х днів. У той же час у 5-25% випадках соматичне захворювання провокує розвиток депресивного епізоду. Органічні захворювання мозку можуть викликати депресію, яку неможливо відрізнити від проявів депресивного епізоду. Наприклад, на початку судинної деменції з'являються ознаки меланхолійної депресії. Відомі випадки важкої депресії, обумовленої пухлиною головного мозку. З іншого боку, під час депресивних епізодів спостерігаються когнітивні порушення навіть до рівня деменції (депресивна псевдодеменція).

Деменція – це синдром, зазвичай хронічний або прогресуючий, при якому відбувається деградація когнітивної функції (тобто здатності мислити) більшою мірою, ніж це очікується при нормальному старінні. Відбувається деградація пам'яті, мислення, розуміння, мови і здатності орієнтуватися, рахувати, пізнавати і міркувати. Деменція не впливає на свідомість. Порушення когнітивної функції часто супроводжується погіршенням контролю над емоційним станом, а також деградацією соціальної поведінки або мотивації, які іноді їй передують.

У 10-15% пацієнтів з депресивним епізодом в подальшому може розвинутися маніакальний стан, у зв'язку з чим діагноз переглядається на користь біполярного розладу.

При алкогольній залежності вживання алкоголю може провокувати (викликати) депресію, що відповідає критеріям депресивного епізоду або депресія реєструється перед розвитком алкогольної залежності. У цих випадках знижується ймовірність ремісії алкогольної залежності в 9 і 2 рази відповідно. Якщо депресія розвивається в період алкогольної абстиненції, то ризик рецидиву залежності і вживання алкоголю після госпіталізації зростає в 3 рази.

Зловживання алкоголем внаслідок депресії спостерігається в 5-10% випадків і погіршує перебіг депресії. В період 1-2 місяців абстиненції від алкоголю можуть спостерігатися симптоми, які відповідають критеріям депресивного епізоду.

Багато симптомів депресії і тривоги схожі між собою: порушення сну і апетиту, труднощі концентрації уваги, дратівливість, стомлюваність, соматизовані скарги. Для депресії більш характерними є почуття смутку, провини, безнадійності або малоцінності, втрата інтересу до повсякденної діяльності, ангедонія, думки про смерть, ранні ранкові пробудження і гіперсомнія, погіршення стану вранці, сумний вираз обличчя, загальмованість ходу думок і мови, хронічний і рекурентний біль.

При тривозі частіше зустрічаються труднощі засипання і поверхневий сон, відчуття загрози, напружене очікування, деперсоналізація, дереалізація, фобічне уникнення в поведінці, вегетативні симптоми.

При панічному розладі нерідко розвивається вторинна депресія, обумовлена порушенням працездатності, проблемами сімейного і соціального життя.

При депресії можливі марення і галюцинації, але вони збігаються зі зміною настрою і зникають після закінчення афективного епізоду. Шизофренія на пізніх стадіях характеризується відсутністю сильних емоцій, в іншому випадку необхідно переглянути діагноз.

3.2 Тривожні розлади

Феноменологія, діагностичні критерії тривожних розладів

У цьому параграфі наводиться класифікація тривожних розладів, прийнята Всесвітньою організацією охорони здоров'я, а в підпараграфі буде розглянуто тільки деякі розлади з цієї класифікації, що найбільш часто зустрічаються в практиці психолога.

Тривожні розлади входять до розділу F4 “Невротичні, пов’язані зі стресом і соматоформні розлади” і охоплюють діагнози F40-F41. До них відносяться панічний розлад, агорофобія, генералізований тривожний розлад, соціальна фобія, специфічні фобії, змішані тривожно-депресивні розлади.

Наявність тривожного розладу різко підвищує ризик виникнення інших психічних розладів, перш за все депресивних (в 15 разів) і хімічної залежності (більше ніж у 20 разів). За даними Мюнхенського дослідження, 50% пацієнтів, які страждають на тривожні розлади, мають проблеми, пов'язані з алкоголем, а 26% страждають на лікарську залежність від анксиолітиків (протитривожних препаратів). І навпаки, серед пацієнтів, госпіталізованих у зв'язку з хронічним алкоголізмом, поширеність важких інвалідизуючих фобій становить приблизно 33%. Тривожні розлади, поряд із депресивними, є одним з найсерйозніших факторів суїциду. Тривожні розлади призводять до значних психосоціальних порушень у вигляді трудової дезадаптації, міжособистісних проблем і т.і.

Слід розрізняти тривогу, тривожність і тривожні розлади. Тривога – це одна з основних емоцій людини, яка має попереджувачий характер. Існує багато спроб розвести тривогу і страх за різними основами: страх – предметна емоція, тривога – дифузна, безпредметна, страх – адаптивна емоція, тривога – патологічна, страх – первинна, базова емоція, тривога – вторинний і більш складний, комплексний стан, що поєднує різні емоції.

Однак, частіше страх і тривога використовуються як синоніми, при цьому більшість авторів розрізняють здорову, адаптивну і патологічну тривогу. Адаптивна функція тривоги полягає в підготовці і загальній мобілізації організму в ситуації небезпеки. У сучасній літературі виділяються два типи тривожності – тривожність як емоційний стан (ситуативна тривожність) і тривожність як стійка риса особистості (особистісна тривожність).

Тривога – це емоційний стан, що виникає в ситуації невизначеної небезпеки і виявляється в очікуванні несприятливого розвитку подій. Її нерідко називають безпричинним страхом, оскільки вона пов'язана з неусвідомлюваним джерелом небезпеки.

Тривога не лише сигналізує про можливу небезпеку, а й спонукає до пошуку і конкретизації її джерел, до активного дослідження обстановки. Вона може виявлятися як відчуття

безпорадності, невпевненості в собі, безсилля перед небезпекою, що насувається, перебільшення загрози.

Зі всього спектру емоцій, які переживає людина, тривога є не найприємнішою, але вона безперечно необхідна, оскільки дозволяє заздалегідь відчутти небезпечну ситуацію, приготуватися до неї, можливо, в цей же час прийняти рішення і намітити план своїх подальших дій. У здорової людини тривога являється тимчасовим відчуттям.

Тривога проявляється різними побоюваннями, почуттям наближення біди, загрозою, настороженістю, незрозумілим занепокоєнням (про майбутні невдачі). Особливістю тривоги є її спрямованість в майбутнє і дифузія безпредметного характеру. На відміну від страху, тривога є нормальною реакцією на стресовий фактор і переживається багаторазово кожним. У той же час, слід виділяти патологічні тривожні розлади, коли вираженість психоемоційної відповіді створює дискомфорт як для клієнта, так і оточуючих, заважає повноцінно жити і працювати.

Реакція тривоги та її види

Тривога – це система готовності реагувати на все нове як на потенційну загрозу організму, яка має адаптивний характер. Розрізняють два види тривожної реакції: фізіологічну і патологічну.

Фізіологічна (“нормальна”) тривога пов’язана із загрозовою ситуацією, яка посилюється адекватно їй – в умовах суб’єктивної значимості вибору, при нестачі інформації, в умовах дефіциту часу, іншими словами – фізіологічне значення тривоги полягає в мобілізації організму для швидкого досягнення адаптації.

Якщо інтенсивність тривоги надмірна по відношенню до ситуації, що її викликала, або вона не обумовлена зовнішніми чинниками (обумовлена внутрішніми причинами), її розглядають як патологічну.

Патологічна тривога, як правило, тривала за часом (більше 4 тижнів). Таким чином, на відміну від нормальної, патологічна тривога завжди більш тривала і виражена, і призводить до пригнічення (виснаження), а не посилення адаптаційних можливостей організму.

Форми відповіді організму в умовах реакції тривоги

Реакція тривоги малого ступеня (слабий екстремальний чинник):

1. Прагнення проаналізувати зовнішній подразник і оцінити його значущість.
2. Зміна уваги, її концентрації.
3. Порушується виконання професійних навиків (уповільнення темпів роботи).
4. Мотив діяльності не змінюється.
5. Значних емоційних змін не відбувається.

Реакція тривоги середнього ступеня (зростання екстремальності):

1. Звуження обсягів всіх видів пам'яті.
2. Погіршується виконання задач, що вимагають стійкості та концентрації уваги.
3. Труднощі із запам'ятовуванням інформації.
4. Поява "купи" помилок при стереотипній діяльності.
5. Поява яскраво вираженої емоційної напруги.
6. Підвищена чутливість до шуму, світла і запаху.
7. Поява мотиву переживання страху, відходу з екстремальної ситуації.

Реакція тривоги крайнього ступеня має дві форми перебігу: пасивну і активну.

В обох випадках суттєвою є втрата свідомого контролю над поведінкою, порушення критичного сприйняття обстановки і своїх дій.

Пасивна форма:

- заціпеніння;
- припинення активної діяльності;
- людина не розуміє зверненої до неї мови;
- відсутні навіть спроби протидії екстремальній ситуації;
- повна або часткова втрата пам'яті;
- втрата вольового контролю, воля паралізована;
- стан ступору;
- апатія, загальмованість рухів;
- непритомні стани.

Активна форма:

- втеча, відхід із зони екстремальної ситуації;
- відсутність логіки в поведінці;
- зорові і слухові галюцинації;
- нервозна діяльність;
- підвищена навіюваність;
- метання в пошуках укриття, буйство;
- істеричний сміх або плач;
- крики в поєднанні з підвищеною активністю;
- дратівливість і злість;
- агресивність;
- поява реакцій наслідування.

Людина бездумно копіює поведінку більшості або якоїсь однієї людини. Оскільки для цієї форми реакції характерна рухова домінанта, поведінка нерідко задається найактивнішим індивідом. Саме цим пояснюється заразливість панічної втечі людей, які знаходяться в стані активної тривоги, наприклад з поля бою.

Додаткові симптоми реакції перебігу тривоги:

- лякливість;
- регрес віку (дитячі реакції);
- незв'язне бурмотіння;
- сильне тремтіння.

Крайні форми тривоги супроводжує психічна або емоційна напруженість.

Психічні і поведінкові симптоми: хвилювання з незначного приводу, відчуття напруженості і скутості, нездатність розслабитися, дратівливість і нетерплячість, утомленість, “перебування на межі зриву”, неможливість концентруватися, погіршення пам'яті, труднощі засипання і порушення нічного сну, швидка стомлюваність, страхи, часто пригнічений настрій, занепокоєність або надмірна активність, крайня непосидючість і потреба постійно щось робити.

Для експрес-оцінки стану клієнта йому пропонується відповісти на два питання:

1. “Чи відчував ти більшу частину часу за останні чотири тижні занепокоєння, напругу або тривогу?”

2. “Чи часто у тебе буває відчуття напруженості, роздратованість і порушення сну?”

Якщо хоча б на одне з цих запитань клієнт має позитивну відповідь, то необхідно звернутися до психолога.

Перерахуємо часті соматизовані симптоми, викликані тривогою:

- головні болі, запаморочення;
- безпричинний субфебрилітет (підвищення температури тіла) та озноб;
- утруднене ковтання;
- біль в грудній клітині;
- відчуття нестачі повітря, відчуття “кому” в горлі;
- прискорене або переривчасте дихання;
- незадоволеність вдихом;
- стан напівнепритомності;
- абдомінальний дискомфорт (від лат. *abdomen*, живіт, черево);
- поліурія (збільшення кількості виділеної за добу сечі);
- тремор (від лат. *tremor*, “тремтіння”);
- парестезія (один з видів розладу чутливості, що характеризується відчуттями оніміння, поколювання, повзання мурашок).

Соматизовані симптоми вегетативної дисфункції:

- прискорене серцебиття;
- прискорений пульс (тахікардія);
- коливання артеріального тиску;
- неприємні відчуття або болі в грудях;
- тремор;
- задишка, відчуття браку повітря;
- приливи жару або холоду;
- пітливість, холодні і вологі долоні;
- нудота;
- дискомфорт у животі;

- діарея (від грец. *διάρροια*, народна назва – пронос) патологічний стан, при якому спостерігається часта дефекація, з водянистою консистенцією калу;

- часте сечовипускання.

Часто зустрічаються ознаки моторної напруги:

- головні болі;
- тремтіння;
- напруга і біль у м'язах;
- почуття скутості і неможливості розслабитися;
- метушливість;
- непосидючість;
- порушення циркуляції крові, що призводить до оніміння ступнів ніг і кистей рук;
- болі в попереку;
- болі хірургічних шрамів, старих ран;
- дискомфорт або болі в м'язах.

Крім того, можуть спостерігатися ослаблення зору и слуху.

Клієнтів турбує відчуття напруженості або перебування на межі зриву, підвищена лякливість, труднощі концентрації уваги, порушення засинання або часті пробудження, дратівливість або нетерплячість. Може розвинутися відчуття, що предмети навколо є нереальними (дереалізація) або що власне “Я” віддалилося або “знаходиться не тут” (деперсоналізація), вторинний страх смерті (танатофобія), страх втрати самоконтролю чи божевілля (лісофобія, маніофобія) та інші ознаки.

Головна відмінність страху від тривоги полягає в тому, що страх є реакцією на конкретну небезпеку, тоді як об'єктом тривоги є небезпека неконкретна, “невизначена”, “позбавлена об'єкту”; особливістю тривоги є відчуття невпевненості і безпорадності перед небезпекою.

У класифікаціях хвороб розроблені досить визначені критерії, що дозволяють констатувати наявність тривожного розладу, а не просто високий рівень тривожності.

Класифікація

F40 Тривожно-фобічні розлади.

- F40.0 Агорафобія.
- F40.1 Соціальні фобії.
- F40.2 Специфічні фобії.
- F40.8 Інші тривожно-фобічні розлади.
- F40.9 Фобічний тривожний розлад неуточнений.
- F41 Інші тривожні розлади.
- F41.0 Панічний розлад.
- F41.1 Генералізований тривожний розлад.
- F41.2 Змішаний тривожний і депресивний розлад.
- F41.3 Інші змішані тривожні розлади.
- F41.8 Інші уточнені тривожні розлади.
- F41.9 Тривожний розлад неуточнений.

Тривожні розлади в інших рубриках:

F06.4 Органічний тривожний розлад.

F10.8 Інші психічні та поведінкові розлади, викликані алкоголем.

F43.22 Змішана тривожна і депресивна реакція.

Більш просто, тривожні розлади підрозділяються на:

- **агорафобію** (страх натовпу, публічних місць, відкритих просторів, супроводжується вираженою поведінкою уникнення, при потраплянні в ситуацію, якої хочеться уникнути, відзначається зростання тривоги з вираженими фізіологічними корелятами у вигляді запаморочення, ускладненого дихання, прискореного серцебиття, тремтіння в руках і ногах і т.і.); може бути з панічними атаками, або без них;

- **соціальну фобію** (страх соціальних ситуацій, що супроводжується поведінкою уникнення останніх і вираженими психологічними і соматичними симптомами тривоги при попаданні в таку ситуацію);

- **специфічні (ізольовані) фобії** (страхи тварин, птахів, комах, висоти, грому, польоту, маленьких замкнутих просторів, виду крові, стоматологів, лікарень);

- **панічний розлад** (спонтанні атаки страху, не пов'язані явно зі специфічними ситуаціями або предметами, супроводжуються

різким підйомом тривоги і численними соматичними симптомами); може бути помірним або важким;

- **генералізований тривожний розлад** (генералізована тривога у вигляді постійного неспокою з приводу самих різних ситуацій і об'єктів, що супроводжується постійним очікуванням наближення нещастя, вираженою напругою і вегетативними симптомами, при відсутності лікування розвивається виражена поведінка уникнення);

- **змішаний тривожний і депресивний розлад** (поєднана присутність симптомів тривожного розладу і депресії).

3.2.1 Агорафобія

Під фобією розуміють надмірний і необґрунтований страх певної ситуації, діяльності або об'єкта, який призводить до уникнення людиною даного стимулу. Страх не зменшується від свідомості того, що оточуючі не вважають дану ситуацію такою небезпечною або загрозливою і розуміння того, що цей страх надмірний і нерозумний. Іншими словами, коли страх ірраціональний і інтенсивний, він називається фобією.

Очевидно, люди мають біологічну схильність до швидкого научання страху певних стимулів. Наприклад, цей захисний механізм оберігає дітей під час освоєння навколишнього середовища. Фобії мають різну інтенсивність від легкого дискомфорту до жаху і можуть призводити до втрати працездатності.

Агорафобія виявляється у 2,5-5,8% населення і в 2/3 випадків поєднується з панічними розладами. У жінок розлад зустрічається в 2 рази частіше, ніж у чоловіків. Починається розлад частіше в підлітковому віці, але нерідко в 25-30 років.

Діагностичні критерії

А. Виразний страх, що постійно з'являється, щонайменше, в 2-х наступних ситуаціях або їх уникнення:

- 1) натовпу;
- 2) публічних місць;

- 3) подорожувати самому;
- 4) пересування за межами дому.

Б. З початку захворювання хоча б в одному випадку повинні бути представлені одночасно не менше ніж два симптоми тривоги в лякаючих ситуаціях, причому один з них повинен бути з переліку 1) - 4):

- *вегетативні симптоми:*

- 1) посилене або прискорене серцебиття;
- 2) пітливість;
- 3) тремор;
- 4) сухість у роті;

- *торакоабдомінальні симптоми (грудинно-черевні):*

- 5) утруднення дихання, задишка;
- 6) відчуття задухи;
- 7) болі або дискомфорт у грудях;
- 8) нудота або абдомінальний дискомфорт (наприклад, пече в області шлунка);

- *психічні симптоми:*

- 9) почуття запаморочення, нестійкість при ходьбі, слабкість;
- 10) відчуття, що предмети навколо – нереальні (дереалізація) або що власне “Я” віддалилося або “знаходиться не тут” (деперсоналізація);
- 11) страх втрати контролю, божевілля;
- 12) страх померти;

- *загальні симптоми:*

- 13) припливи або почуття ознобу;
- 14) оніміння або відчуття поколювання.

В. Значний емоційний дискомфорт через тривогу або унікаючу поведінку, яка усвідомлюється як нерациональна або неадекватна.

Г. Поява симптомів тривоги тільки, або переважно, в ситуаціях, що викликають страх чи при думках про них.

Д. Страх або уникнення ситуації не відповідають критеріям марення, галюцинації, органічного психічного розладу, шизофренії,

розладу настрою, обсессивно-компульсивного розладу і не обумовлені культурними поглядами.

3.2.2 Специфічні фобії

Специфічні або прості фобії протягом життя зустрічаються у 4% чоловіків і 9% жінок. Фобія, наприклад, страх тварин може з'явитися в дитинстві і часто проходить у міру дорослішання. У дорослих середній вік появи фобій становить 20-25 років.

Діагностичні критерії

А. Будь-який з наступних симптомів:

1) виражений страх специфічних предметів або ситуацій, що не відносяться до агорафобії або соціальної фобії;

2) виражене уникнення специфічних предметів або ситуацій, що не відносяться до агорафобії або соціальної фобії;

Б. Симптоми тривоги в лякаючих ситуаціях, як вони визначені критерієм Б при агорафобії, повинні виявлятися в той чи інший час з початку захворювання.

В. Виражене занепокоєння через наявність симптомів або прагнення уникнути ситуації і усвідомлення, що занепокоєння є надмірним або необґрунтованим.

Г. Поява симптомів тривоги тільки або переважно в ситуаціях, що викликають страх, або при думці про них.

Клініка

У цю групу розладів включають страхи певних об'єктів (тварин, птахів, комах, виду крові) і ситуацій (ін'єкції, стоматологів, лікарень, висоти, грози, темряви, польотів у літаках, малих закритих просторів (ліфти, тунелі)).

Члени однієї родини можуть страждати певним видом фобій, особливо страхом вигляду крові або ін'єкцій.

3.2.3 Соціальні фобії

Соціальні фобії (соціальний тривожний розлад) зустрічаються у 1,5-2,6% жінок і у 0,9-1,7% чоловіків. Протягом життя соціальні фобії відзначаються у 12% населення. Починається розлад зазвичай

(у 80%) у віці 11-20 років, а після 25 років з'являється рідко.

Діагностичні критерії

А. Повинен мати місце один з наступних симптомів:

1) виражений страх опинитися в центрі уваги або викликати засудження оточуючих;

2) виражене уникнення ситуацій, де пацієнт знаходиться в центрі уваги або ситуацій, пов'язаних зі страхом поводитися так, що це призведе до засудження оточуючими.

Б. В будь-який час після початку розладу повинні виявлятися не менше двох симптомів тривоги в лякаючих ситуаціях, як це визначається критерієм Б при агорафобії, а також один з наступних симптомів:

1) почервоніння обличчя або тремтіння;

2) страх блювоти;

3) позиви або страх сечовипускання або дефекації.

В. Виражене занепокоєння через наявність симптомів або прагнення уникнути певних ситуацій і усвідомлення, що занепокоєння є надмірним або необґрунтованим.

Г. Поява симптомів тривоги тільки або переважно в ситуаціях, що викликають страх, або при думці про них.

Д. Симптоми, перераховані в критеріях А і Б, не обумовлені маренням, галюцинаціями, органічними психічними розладами, шизофренією, розладами настрою, обсессивно-компульсивним розладом і не пов'язані з культурними традиціями.

Клініка

При соціальних фобіях пацієнти відчують страх публічних виступів ("страх сцени"), зустрічей з протилежною статтю, користування громадським туалетом, прийому їжі під стороннім поглядом і т.д. Людина побоюється, що її дії або зовнішні прояви тривоги можуть бути соромними, спровокувати незручну ситуацію, негативну реакцію оточуючих. Зазвичай існує чітка, як правило, єдина ситуація, яка викликає тривогу.

Появі соціальних фобій може передувати психотравмуюча соціальна ситуація, але розлад часто розвивається і без провокуючих подій.

Розлад призводить до труднощів у навчанні або професійній діяльності, наприклад, близько половини пацієнтів не можуть закінчити вищу школу. До 16% пацієнтів з соціальною фобією зловживають алкоголем.

Перебіг соціальної фобії хронічний, часто пом'якшується в середньому віці. Нерідко соціальна фобія залишається латентною протягом декількох років до появи нових соціальних або професійних ситуацій (зустрічі з новими людьми, публічні виступи), що провокують загострення розладу.

3.2.4 Панічний розлад

Найчастіше серед пацієнтів зустрічаються жінки (75%) у віці 20-30 років. Синдром може виникнути в будь-якому віці, однак його поява до 12 років і після 40-45 років є рідкісним.

Відзначається спадковість – у 18% найближчих родичів пацієнта можна виявити таке ж порушення.

Епізод тривоги досягає піку протягом 10 хвилин і поступово проходить зазвичай протягом 20-30 хвилин. Мінімальна тривалість нападу становить кілька хвилин і напад рідко триває більше однієї години. Якщо хворий говорить про тривалий напад, то це, як правило, або стан збудження або розбитості, що триває кілька годин після нападу, або напад хвилеподібно повторюється, або це взагалі не панічна атака, а інший розлад, наприклад, ажитована депресія.

Спостерігаються індивідуальні відмінності вираженості тривоги, фобічних уникнень, соматизованих симптомів і в характері нападів. Наприклад, пацієнти можуть скаржитися переважно на серцево-судинні (серцебиття, кардіалгії) або психічні (деперсоналізація, страх збожеволіти) симптоми. Більше того, 36-41% пацієнтів з панічними розладами, які звернулися до лікаря зі скаргами на болі в серці, не спостерігали у себе ознак тривоги. Спостереження протягом 9 років за такими пацієнтами виявило розвиток у 18% типових панічних нападів.

Діагностичні критерії

А. Рекурентні панічні атаки, що розвиваються спонтанно і не пов'язані зі специфічними ситуаціями, предметами, фізичною напругою, небезпекою або загрозою життю.

Б. Панічна атака характеризується усіма наступними ознаками:

1) це чітко окреслений епізод інтенсивної тривоги чи дискомфорту;

2) починається раптово;

3) досягає максимуму протягом декількох хвилин і триває, щонайменше, кілька хвилин;

4) повинні спостерігатися мінімум 4 симптоми з числа нижчеперелічених, причому один з них повинен бути з переліку а) - г):

- *вегетативні симптоми:*

а) посилене або прискорене серцебиття;

б) пітливість;

в) тремтіння або тремор;

г) сухість у роті;

- *торакоабдомінальні симптоми:*

д) утруднення дихання;

е) відчуття задухи;

ж) болі або дискомфорт у грудній клітині;

з) нудота або абдомінальний дискомфорт (наприклад, пече в області шлунка);

- *психічні симптоми:*

і) почуття запаморочення, нестійкості, непритомність;

к) відчуття, що предмети навколо є нереальними (дереалізація) або що власне “Я” віддалилося або “знаходиться не тут” (деперсоналізація);

л) страх втрати контролю, божевілля;

м) страх померти;

- *загальні симптоми:*

н) припливи або почуття ознобу;

о) оніміння або відчуття поколювання.

В. Напади паніки не обумовлені соматичним захворюванням, органічним психічним розладом, шизофренією, розладом настрою або соматоформним розладом.

На рисунку 3.1 представлено тілесні симптоми, що виникають під час панічної атаки.

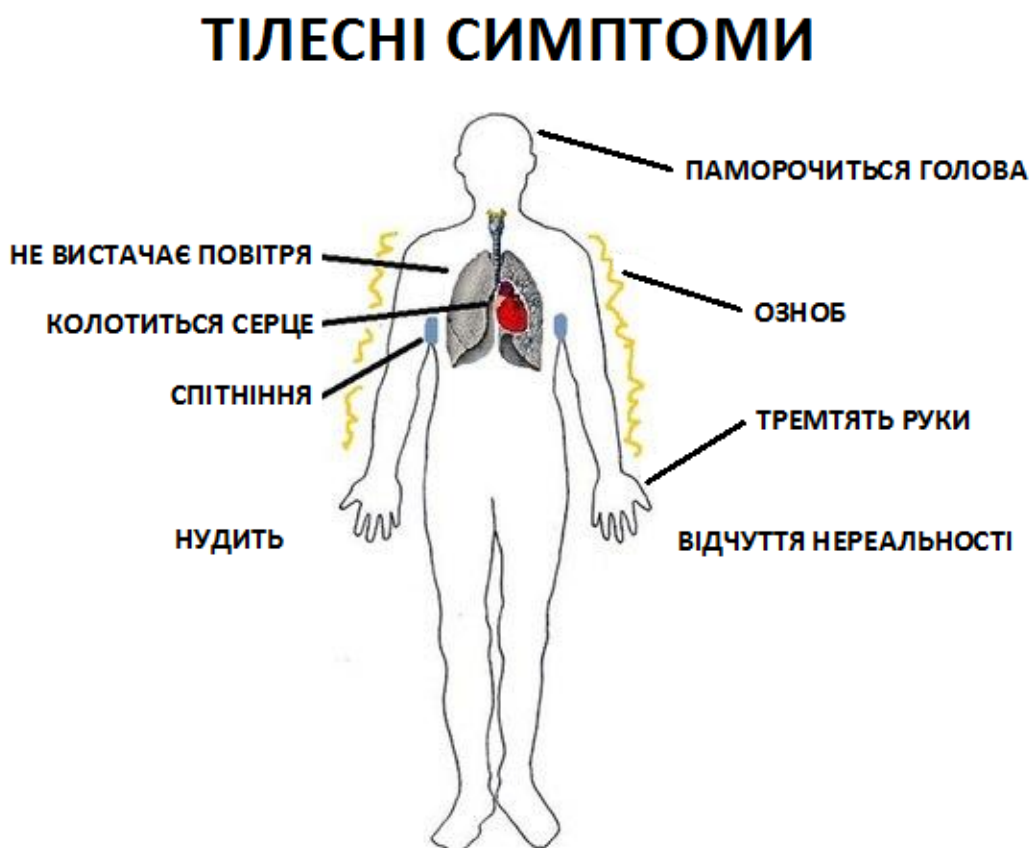


Рис. 3.1 Тілесні симптоми під час панічної атаки

3.2.5 Генералізований тривожний розлад

На генералізований тривожний розлад страждає 2,5-6,4% населення. Починається розлад зазвичай в 20-30 років, дві третини пацієнтів складають жінки. У 25% випадків розлад спостерігається і у найближчих родичів.

Діагностичні критерії

А. Період, що триває, як мінімум, 6 місяців з вираженою внутрішньою напругою, занепокоєнням і почуттям побоювання щодо повсякденних подій і проблем.

Б. Повинні спостерігатися мінімум 4 симптоми з числа нижчеперелічених причому один з них повинен бути з переліку 1) - 4):

- *вегетативні симптоми:*
 - 1) посилене або прискорене серцебиття;
 - 2) пітливість;
 - 3) тремтіння або тремор;
 - 4) сухість у роті;
- *торакоабдомінальні симптоми (грудинно-черевні):*
 - 5) утруднення дихання;
 - 6) відчуття задухи;
 - 7) біль або дискомфорт у грудях;
 - 8) нудота або абдомінальний дискомфорт (наприклад, пече в області шлунка);
- *психічні симптоми:*
 - 9) почуття запаморочення або нестійкості, непритомність;
 - 10) відчуття, що предмети навколо є нереальними (дереалізація) або що власне “Я” віддалилося або “знаходиться не тут” (деперсоналізація);
 - 11) страх втрати контролю, божевілля;
 - 12) страх померти;
- *загальні симптоми:*
 - 13) припливи або озноб;
 - 14) оніміння або відчуття поколювання;
- *симптоми напруги:*
 - 15) м’язова напруга або біль;
 - 16) занепокоєння або нездатність розслабитись;
 - 17) почуття нервозності, “на взводі” або психічної напруги;
 - 18) відчуття “комка в горлі” або утруднення при ковтанні;
- *інші неспецифічні симптоми:*
 - 19) посилене реагування на невеличкі сюрпризи або на переляк;
 - 20) труднощі зосередження уваги або “пустота в голові” через тривогу або занепокоєння;
 - 21) постійна дратівливість;

22) утруднення при засипанні через занепокоєння.

В. Розлад не відповідає критеріям панічного, фобічного, obsесивно-компульсивного або іпохондричного розладів.

Г. Тривожний розлад не обумовлений соматичним захворюванням (наприклад, гіпертиреозом), органічним психічним розладом, вживанням психоактивних речовин (амфетамін) або скасуванням бензодіазепінів.

Клініка

Інтенсивність тривоги може сильно варіювати в залежності від різних обставин. Тривога здатна “ховатися під маскою” підкресленої самовпевненості. Побоювання втратити підтримку оточуючих призводять до перебільшення дружелюбності, люб’язності і готовності допомогти.

Захворювання має хронічний перебіг і зазвичай зберігається протягом усього життя. У другій половині життя спостерігається покращання, нерідко зі слабо вираженими симптомами. При відсутності лікування генералізованого тривожного розладу часто розвиваються ускладнення у вигляді депресії, зловживання транквілізаторами, алкоголем або наркотиками.

Коморбідність (від *лат. morbus* – хвороба) – сполучення двох або кількох самостійних захворювань або синдромів, жоден з яких не є ускладненням іншого, якщо частота цього сполучення перевищує ймовірність випадкового збігу. Може бути пов’язана з єдиною причиною або єдиними механізмами патогенезу цих станів, але іноді пояснюється схожістю їх клінічних проявів, яка не дозволяє чітко диференціювати їх один від одного. Приклад: коморбідність генералізованого тривожного розладу з рекурентним депресивним розладом складає 30%, з панічним розладом – 56%, з obsесивно-компульсивним розладом – 35%, соціальною фобією – 32-42%.

3.2.6 Поєднання тривоги і депресії

Тривожні і депресивні стани часто зустрічаються одночасно, що доводять численні дослідження. Більш того, в класифікації МКХ -10 виділено окремо змішаний тривожно-депресивний розлад.

Зустрічаються різні варіанти взаємозв'язків депресивних і тривожних станів.

- Тривожний і депресивний розлад – незалежні стани.

- Тривога – передвісник депресії. Наприклад, перед епізодом депресії з'являються тривожні симптоми.

- Тривога – прояв депресії. Наприклад, тривожні симптоми з'являються під час і зникають після розв'язки депресивного епізоду.

- Депресія – наслідок тривоги. Наприклад, після панічних атак (в психології і психіатрії – гострий пароксизмальний напад паніки, заснований на інстинкті самозбереження (як тілесного, так і емоційного), це природний фізіологічний процес, коли людина впевнена в тому, що вона зараз помре, або їй щось загрожує) розвиваються короточасні депресивні стани, як відповідь на перенесене психічне напруження.

Нерідко тривожний розлад, частіше панічний, передує депресивному епізоду і значно рідше – навпаки. Важлива тимчасова послідовність розвитку тривожних і депресивних станів для визначення первинного, основного психопатологічного розладу.

Поєднання депресії і тривоги посилює тяжкість стану, підвищує ризик хронічного перебігу, знижує ефект лікування і погіршує прогноз. Поки недостатньо зрозумілою залишається природа частого поєднання цих синдромів. Можливо, тривога і депресія мають психічну спільність. Не випадково, що антидепресанти в рівній мірі є ефективними при депресивних і тривожних розладах.

3.3 Обсесивно-компульсивний розлад

Обсесивно-компульсивний розлад – нав'язливі думки і (або) дії (у французькій і вітчизняній літературі – психастенія, в німецькій – ананказми, в англосаксонській – обсесивно-компульсивний розлад).

Обсесивно-компульсивний розлад протягом життя зустрічається у 2% населення, частіше у жінок. Розлад зазвичай починається в дитячому або юнацькому віці (в 65% до 25 років) і рідко розвивається після 40 років. У 35% випадків розлад фіксується у найближчих родичів. Більшого значення набувають психогенні чинники.

Класифікація

F42 Obsесивно-компульсивні розлади.

F42.0 Переважно нав'язливі думки або міркування.

F42.1 Переважно компульсивні дії.

F42.2 Змішані нав'язливі думки і дії.

F42.8 Інші уточнені обсесивно-компульсивні розлади.

F42.9 Obsесивно-компульсивний розлад не уточнений.

Діагностичні критерії

А. Obsесії і / або компульсії спостерігаються в більшості днів протягом мінімум двох тижнів.

Б. Obsесії (думки, ідеї або образи) і компульсії (дії) включають такі ознаки, всі з яких повинні бути присутніми:

1) вони сприймаються хворим, як такі, що виникають в його власному розумі і не були нав'язані навколишніми чинниками впливу або оточуючими особами;

2) вони повторюються і, як мінімум, одна обсесія або компульсія повинна розумітися хворим як надмірна або безглузда;

3) суб'єкт намагається протистояти їм, але якщо вони спостерігаються довго, то опір деяким обсесіям або компульсіям може бути незначним (повинна бути, як мінімум, одна обсесія або компульсія, опір якої виявився безуспішним);

4) компульсивні акти і обсесивні думки самі по собі не викликають неприємних відчуттів.

В. Obsесія або компульсія викликає страждання або заважає соціальній або індивідуальній діяльності хворого, зазвичай за рахунок марної трати часу.

Г. Obsесія або компульсія не є результатом інших психічних розладів, таких як шизофренія або афективні розлади.

Клініка

Нав'язливості переживаються людиною як неможливі, необґрунтовані і безглузді. Патологічним є не зміст нав'язливості, а домінуючий характер і неможливість позбавитися їх. Такі стійкі нав'язливості завжди супроводжуються нездоланною тривогою, що станеться щось погане, нещастя. Пацієнти безуспішно намагаються протидіяти нав'язливостям, які не приносять задоволення, є важкими для хворого і мають неприємний характер.

Для виявлення нав'язливостей в групах підвищеного ризику (тривожні або депресивні розлади, зловживання алкоголем, розлад харчової поведінки) рекомендуються такі скринінгові питання:

1. Ви часто надмірно миєте або чистите?
2. Для вас характерна надмірна перевірка?
3. Чи існують думки, які докучають і яких би Ви хотіли позбутися, але не можете?
4. Ви довго робите що-небудь?
5. Ви стурбовані розміщенням речей в певному порядку і вас турбує непорядок?
6. Ці проблеми доставляють Вам занепокоєння?

Зазвичай не вдається знайти провокуючий або причинний чинник, який призвів до появи розладу, і лише в 30% випадків розладу передують якась стресова ситуація.

Серед нав'язливостей виділяють obsesії і компульсії. До obsesій відносять нав'язливі думки, ідеї або образи. Серед тем obsesій найчастіше зустрічаються нав'язливості забруднення (55%), агресивних дій (50%), симетричності і точності розташування предметів (37%), соматизовані (35%), сказати непристойність на людях, перевірки, чи зачинені двері. Серед рухових нав'язливостей (компульсій) частіше зустрічаються дії з перевірки зробленого (79%), миття та чищення (50%), рахунку (21%), одягання в певній послідовності або нескінченне розправлення одягу.

У 80-90% випадках obsesії і компульсії зустрічаються одночасно. В цьому випадку obsesії викликають тривогу, яка веде до появи компульсій. В інших випадках obsesії проявляються без явних чи прихованих ритуалів.

Симптоми нав'язливості мають тенденцію розширюватися, наприклад, зачинені двері перевіряються спочатку 1-2 рази, а потім це робиться незліченну кількість разів.

Розлад характеризується хронічним перебігом, включаючи постійні або прогресуючі симптоми.

Обсесивно-компульсивні розлади діляться на:

- *Переважаю нав'язливі думки або міркування* (“розумова жуйка”). Вони можуть мати форму ідей, психічних образів або імпульсів до дій. Вони дуже різні за змістом, але майже завжди неприємні для суб'єкта. Іноді ідеї просто дріб'язкові, включаючи нескінченні квазі-філософські міркування з приводу малозначущих альтернатив. Ці думки, що не приводять до жодного рішення, є важливою частиною багатьох інших обсесивних роздумів і часто поєднуються з неможливістю прийняти тривіальні, але необхідні в повсякденному житті рішення. Взаємозв'язок між обсесивними роздумами і депресією особливо тісний.

- *Переважаю компульсивні дії (обсесивні ритуали)*. Нав'язливі дії, що стосуються безперервного контролю щодо запобігання потенційно небезпечної ситуації або щодо порядку і акуратності. В основі зовнішньої поведінки лежить страх, частіше небезпеки для хворого або небезпеки, спричиненої хворим, а ритуальна дія є безрезультатною або символічною спробою запобігти небезпеці. Компульсивні ритуальні дії можуть щодня займати багато годин в день і поєднуються з нерішучістю і повільністю. Вони, в рівній мірі, зустрічаються в обох статей, але ритуали миття рук більш характерні для жінок, а повільність без повторення – для чоловіків. Компульсивні ритуальні дії менше пов'язані з депресією, ніж обсесивні думки, і легше піддаються поведінковій терапії.

В таблиці 3.5 представлено обсесії і відповідні їм компульсії.

Таблиця 3.5

Обсесії і відповідні їм компульсії

| Обсесії | Компульсії |
|---------------------------------|---|
| Здоров'я (захворювання, смерті) | Контроль фізіологічних параметрів, пошук інформації про здоров'я і смерть, жорстка дієта, звернення по допомогу або на предмет обстеження |

| | |
|---|---|
| Чистоти (грязь, мікроби, порча) | Миття, чистка, профілактика порчі |
| Дотику до секретів організму (слина, сеча, кал) | Усунення контактів з виділеннями тіла |
| Нанесення шкоди (собі або іншим) | Повторні перевірки дверей, гальм, вимкнення газу |
| Загублення речей | Перевірки, описи |
| Накопичення | Ритуали колекціонування предметів |
| Точності (симетрія, порядок) | Розкладання і перекладання предметів |
| Сексуальні (недозволені бажання, агресивні дії) | Ритуалізовані і ригідні сексуальні відносини |
| Релігійні | Надлишкові релігійні ритуали (молитви, перебирання чоток, читання Біблії) |
| Числа, звуки, слова, музика | Рахунок, записи, мова, гра на музичних інструментах |

Змішані нав'язливі думки і дії. Елементи obsесивного мислення і компульсивної поведінки поєднуються в рівній мірі. Ця субкатегорія не повинна застосовуватися, якщо один з розладів явно домінує, оскільки думки і дії можуть реагувати на різні види терапії.

Розлад нерідко ускладнюється депресією, тривогою, замкнутістю, зловживанням алкоголю, транквілізаторів або снодійних засобів.

Диференціальна діагностика

У здорових людей можуть зустрічатися нав'язливе звучання мелодії, підрахунок сходинок, прагнення навести порядок на робочому столі або в кімнаті, ритуали під час їжі, палінні або засипання. Однак, ці звички не сприймаються як болісні і можуть припинятися без появи тривоги.

Нерідко, якщо дивитися з висоти, у багатьох людей з'являються імпульси кинутися вниз, які швидко долаються.

У пацієнтів з obsесивно-компульсивним (ананкастним) розладом особистості немає відчуття абсурдності і чужості думок, а також протидії нав'язливості.

При депресії зустрічається нав'язливе мислення, проте пацієнти не вважають думки абсурдними і чужими, не намагаються

блокувати і уникати їх. У той же час, депресія і нав'язливі стани зустрічаються одночасно – у хворих з obsесивно-компульсивним синдромом в 31,7% випадків мається рекурентний депресивний розлад, а в 2% епізодів депресії яскраво виражені нав'язливості (ананкастна депресія). Для розрізнення первинного або вторинного характеру розладу важливо визначити, який синдром виник першим. Якщо важко оцінити послідовність появи синдромів, перевага надається тому синдрому, який зустрічається частіше за відсутності іншого розладу. За інших рівних умов, краще розглядати obsесивно-компульсивні розлади в рамках депресії. У гострому епізоді перевага повинна надаватися розладу, симптоми якого виникли першими; коли представлені обидва, але жоден з них не домінує, звичайно краще вважати депресію первинною. При хронічних розладах повинна надаватися перевага тому з них, симптоми якого зберігаються найчастіше за умови відсутності симптомів іншого.

Трихотіломанія (компульсивне вищипування волосся) і дисморфічний розлад (заклопотаність мінімальними або уявними дефектами тіла) мають подібні риси з obsесивно-компульсивним розладом, але виділяються в окремі діагностичні рубрики.

У пацієнтів з іпохондрією спостерігається нереалістична заклопотаність наявністю соматичного захворювання, близька до obsесії. Постійний контроль за фізіологічними параметрами і часті візити до лікаря, близькі до компульсивних ритуалів. Проте, типових ритуалів при іпохондрії не буває, в іншому випадку діагностують obsесивно-компульсивний розлад.

Маревні ідеї відрізняються від нав'язливих думок повною і усвідомленою упевненістю в істинності суджень. У пацієнта з маренням відсутнє усвідомлення хворобливого характеру нав'язливості.

Стереотипна поведінка може бути обумовлена боротьбою з галюцинаціями та ілюзіями при шизофренії.

Переїдання, алкогольна та лікарська залежність, порушення контролю імпульсів (клептоманія, піроманія) приносять

задоволення, на відміну від компульсій, що викликають дискомфорт або страждання.

У 90% пацієнтів з синдромом Туретта (множинними руховими і голосовими тиками) відзначаються виражені компульсивні симптоми, які в двох третинах випадків відповідають критеріям obsесивно-компульсивного розладу.

Випадкові панічні атаки або легкі фобічні симптоми не є перешкодою для постановки діагнозу. Однак, obsесивні симптоми, що розвиваються за наявності шизофренії, синдрому Жилль де ла Туретта, або органічного психічного розладу, повинні розцінюватися як частина цих станів.

3.4 Реакція на важкий стрес і порушення адаптації

Розлади настрою представлені і в інших рубриках класифікації психічних розладів.

Класифікація

F43 Реакція на важкий стрес і порушення адаптації.

F43.0 Гостра реакція на стрес.

F43.1 Посттравматичний стресовий розлад.

F43.2 Розлади адаптації.

F43.20 Короткочасна депресивна реакція.

F43.21 Пролонгована депресивна реакція.

F43.22 Змішана тривожна і депресивна реакція.

F43.23 З переважанням порушення інших емоцій.

F43.24 З переважанням порушення поведінки.

F43.25 Змішаний розлад емоцій і поведінки.

F43.8 Інші реакції на важкий стрес.

F43.9 Реакція на важкий стрес неуточнена.

Вплив стресу на людину залежить, з одного боку, від інтенсивності і тривалості стресового впливу, а з іншого боку, від поточного стану психіки і адаптаційних можливостей особистості. Певну роль відіграє і генетична спадковість, наприклад, у пацієнтів з низькою стійкістю до стресу виявлена аномалія гамма-аміномасляної кислоти бензодіазепінового рецепторного

комплексу. Один і той самий стресор може викликати в однієї людини виражену дезорганізацію психіки, а інша – сприйме його як невелику перешкоду.

Зупинимося на тих розладах, з більшістю яких можуть зіткнутися військові психологи на сучасному етапі.

Згідно з міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я 10-го перегляду (МКХ-10), БПТ (бойова психічна травма) входить до розділу (F43) Реакція на важкий стрес і порушення адаптації.

Ця група розладів відрізняється від інших груп тим, що до неї включені розлади, ідентифіковані не тільки на основі симптоматики і характеру перебігу, але також на основі очевидності впливу однієї або навіть обох причин: виключно несприятливої події в житті, що викликала гостру стресову реакцію, або значної переміни в житті, що веде до тривалих неприємних обставин і такої, що обумовлює порушення адаптації. Хоча менш важкий психосоціальний стрес (життєві обставини) може прискорити початок або сприяти прояву широкого спектру розладів, представлених в цьому класі захворювань, його етіологічна значимість не завжди зрозуміла, і в кожному випадку буде визнаватися залежність від індивіда, часто від його надчутливості та вразливості (тобто життєві події не є обов'язковими або достатніми, щоб пояснити виникнення і форму розладу). Розлади, зібрані в цьому розділі, навпаки, завжди розглядаються як безпосередній наслідок гострого важкого стресу або тривалого травмування. Стресові події, або тривалі неприємні обставини, є первинним, або переважаючим причинним фактором і розлад не міг би виникнути без їх впливу. Таким чином, розлади, класифіковані в цьому розділі, можуть розглядатися як збочені пристосувальні реакції на важкий або тривалий стрес, при цьому вони заважають успішно долати стрес і, таким чином, призводять до проблем соціального функціонування.

Розглянемо більш детально бойову психічну травму, оскільки психологи часто зустрічаються з цією патологією та її наслідками під час ведення бойових дій.

У розвитку БПТ виділяють:

- гостру реакцію на стрес (F43.0);
- посттравматичний стресовий розлад – ПТСР (F43.1);
- хронічну зміну особистості після переживання катастрофи (F62.0).

Гостра реакція на стрес (F43.0) – транзиторний розлад значної тяжкості, який розвивається в особистості без видимого психічного розладу у відповідь на надзвичайний фізичний і психічний стрес, який проходить через кілька годин або днів.

Гостра реакція на стрес може бути легкою (F43.00), помірною (F43.01), важкою (F43.02).

1. Термін використовується на позначення ряду станів, які виникають час від часу, розвиваючись у відповідь на травматичну подію. Принаймні деякі ознаки та симптоми можуть виникати одночасно з травматичною подією або кілька хвилин потому, а можуть з'являтися через години чи кілька днів після події.

2. Будь-хто з нас міг відчувати гострі стрес-реакції в житті. Головною особливістю їх є: гострий характер та досить мала тривалість.

Симптоматика проявів гострої реакції на стрес досить докладно прописана в багатьох публікаціях.

Реакція бойового стресу

1. Група гострих реакцій на сильний стрес від подій, пов'язаних з бойовими діями.

2. Може включати широкий спектр фізичних, ментальних та емоційних симптомів та ознак (депресія, втома, тривожність, зниження концентрації/пам'яті, надмірна збудженість НС та ін.)

3. Не проходить протягом 4 днів після події, коли зникли інші симптоми.

4. Зауважте, що коли йдеться про психотравму у війні, ми робимо все можливе, щоб не ставити діагноз одразу після події. Часто асоційоване з травмою переживання значно згасає протягом кількох годин – кількох днів.

Гострий стресовий розлад

1. Розвивається після пережитої психічної травми.

2. Симптоми тривають більше двох днів, але менше одного місяця після травми.

3. Термін включає повторне переживання, уникання, підвищення збудливості НС та принаймні три з п'яти дисоціативних симптомів.

4. Може прогресувати до ПТСР, якщо симптоми тривають понад місяць.

В поширеності та тяжкості стресових реакцій мають значення індивідуальна вразливість і здатність до самовладання. Симптоми показують типову змішану і мінливу картину і включають первинний стан “приголомшення” з деяким звуженням області свідомості й уваги, неможливістю повністю усвідомити подразники і дезорієнтацією. Цей стан може супроводжуватися подальшим “відходом” з навколишньої ситуації (до стану дисоціативного ступору – F44.2) або ажитацією і надактивністю (реакція польоту або фуґи). Зазвичай наявні окремі риси панічного розладу (тахікардія, надмірне потовиділення, почервоніння). Симптоматика, як правило, проявляється через кілька хвилин після впливу стресових стимулів або події і зникає через 2-3 дні (часто через кілька годин). Може мати місце часткова або повна амнезія (F44.0) на стресову подію. Якщо вищевказана симптоматика стійка, то ставиться діагноз: гостра кризова реакція; гостра реакція на стрес; нервова демобілізація; кризовий стан; психічний шок.

Перебіг гострої реакції на стрес, як правило, включає два етапи. На початковому етапі спостерігається стан розгубленості, що характеризується дезорієнтацією, звуженням сприйняття і уваги. В подальшому розвивається тривога, паніка, вегетативно-соматичні симптоми, злість, відчай або ступор. У більшості випадків симптоми “розмиваються” протягом декількох хвилин, і їх вираженість зменшується через 24-48 годин. Після реакції може зберігатися часткова або повна амнезія.

Відомо, що така реакція є адаптаційною і при дії екстремальних факторів завжди стає *надмірною (надлишковою)*, тому проявляється не тільки адаптивними, а й патологічними змінами. На початковому етапі патофізіологічні зміни носять

динамічний характер, а психопатологічні симптоми мають змішану, транзиторну, синдромально неокреслену картину. Вони можуть включати звуження поля свідомості, неповне орієнтування, тривогу, пригніченість, агресивність, гіперактивність, порушення здатності адекватно реагувати на зовнішні стимули і взаємодіяти з оточуючими та ін.

Виділяють, в основному, гіперкінетичну (активно-оборонну), гіпокінетичну (пасивно-оборонну) і деструктивну форми гострої реакції на стрес. Симптомокомплекс вегетативних нервово-психічних і поведінкових проявів відповідає формам наведених реакцій.

Гостра реакція на стрес, як прояв БПТ, по-перше, зустрічається досить часто у значній кількості учасників бойових дій та суттєво знижує боєздатність військових підрозділів, по-друге, має для постраждалих патологічні наслідки і, по-третє, вимагає проведення профілактичних, лікувальних та реабілітаційних медико-психологічних заходів.

Прикладами негативного впливу стресогенних реакцій на здоров'я і боєздатність військ є статистичні показники психогенних втрат. Так, під час Другої світової війни з 11 мільйонів військовослужбовців армії США, які брали участь у бойових операціях, 407 тис. загинуло, а 504 тис. виведено зі строю та евакуйовані з діючого складу армії як психогенні втрати. Психогенні втрати армії США під час Другої світової війни склали 17%; під час війни в Кореї – 24,2%; у В'єтнамі – 30% психогенних втрат*.

На основі узагальненого досвіду військових операцій в Іраку та Афганістані є дані, згідно з якими, вже після введення в район бойових дій, але без участі в них було виявлено до 6% військовослужбовців з ознаками БПТ. А після бойових дій у 40% учасників боїв і 25% загального контингенту діагностуються прояви БПТ. Під час війни 1973 року в армії Ізраїлю психогенні втрати склали 25%.

* Психогенні втрати – військовослужбовці, які втратили на короткий або тривалий термін боєздатність внаслідок впливу бойових стрес-факторів.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (F43.1) – виникає як відстрочена або тривала відповідь (після латентного періоду, але не більше 6-ти місяців) на стресову подію (коротку або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, яка може спричинити глибокий стрес майже у кожного.

ПТСР має дві особливості: психогенну природу розладу та нестерпну для пересічної людини тяжкість психогенії.

Такі сприятливі фактори, як особистісні особливості (компульсивність, астеничність) або нервові захворювання в анамнезі, можуть знизити поріг для розвитку синдрому або посилити його перебіг, але вони ніколи не стають необхідними або достатніми для пояснення його виникнення. Типові ознаки включають епізоди повторюваних переживань травмуючої події в нав'язливих спогадах (“кадрах”), думках або кошмарах, що з'являються на стійкому фоні почуття заціпеніння, емоційної загальмованості, відчуженості від інших людей, безмовної реакції на навколишнє і уникнення дій і ситуацій, що нагадують про травму. Зазвичай мають місце перезбудження і виражена надмірна пильність, підвищена реакція на переляк і безсоння. З вищезазначеними симптомами часто пов'язані тривожність і депресія, і не рідко – ідеї самогубства. Появі симптомів розладу передуює латентний період після травми, що коливається від декількох тижнів до декількох місяців. Перебіг розладу відбувається по-різному, але в більшості випадків, можна очікувати на одужання. У деяких випадках стан може прийняти хронічний перебіг на багато років з можливим переходом в стійку зміну особистості (F62.0).

У періоді після повернення із зони бойових дій в мирне життя можна виділити три етапи:

1) перший етап – *ейфорія* (два-три місяці) – почуття гордості і впевненості в собі, очікування соціальних реакцій;

2) другий етап – *період неадекватного реагування* (до трьох-чотирьох років) – виникає внаслідок нереалізованості очікуваних реакцій від суспільства, негативного і байдужого ставлення;

3) третій етап – період адаптації до життя в суспільстві.

Найнебезпечнішим для учасників бойових дій вважається період, який настає відразу після повернення додому. На цьому етапі є висока ймовірність суїцидальних спроб і тому особливої важливості набуває постійна підтримка близьких людей.

Більшість учасників бойових дій зуміє адаптуватися до життя в нових умовах, проте наслідки війни вплинуть на всіх. Той, хто потрапив на війну виходить з неї іншою людиною. На думку фахівців військово-медичної академії, повне позбавлення від бойового посттравматичного синдрому неможливо. Синдром має тенденцію не тільки не зникати з часом, але і ставати все більш чітко вираженим, а також виявлятися раптово на фоні загального зовнішнього благополуччя. Стан військовослужбовця можна поліпшити тільки за допомогою системи реабілітаційних заходів. Реабілітація може мати тимчасовий, але значний успіх, що призводить до різкого покращення якості життя.

Діагностичні критерії

ПТСР діагностується у випадку, коли стан людини відповідає наступним критеріям:

1) короткочасне або тривале перебування в надзвичайно загрозливій або катастрофічній ситуації, яке майже у кожного викликало б почуття глибокого відчаю;

2) стійкі мимовільні і надзвичайно живі спогади (flash-backs) пережитого, що знаходять своє відображення й у снах, а також посилюються при попаданні в ситуації, що нагадують стресову або пов'язану з нею;

3) уникнення ситуацій, що нагадують стресову або пов'язані з нею, за відсутності такої поведінки до стресу;

4) один з нижченаведених двох ознак:

А) часткова або повна амнезія важливих аспектів пережитого стресу;

Б) наявність не менше двох з нижченаведених ознак підвищеної психічної чутливості і збудливості, що були відсутні до експозиції стресу:

а) порушення засинання, поверхневий сон,

б) дратівливість або спалахи гніву,

- в) зниження зосередження,
- г) підвищений рівень бадьорості,
- д) підвищена боязкість;

5) за рідкісним винятком, відповідність критеріям 2 та 4 настає на протязі 6 місяців після експозиції стресу або після закінчення його дії.

Особливу увагу, на нашу думку, необхідно звернути на підхід І.О. Котеньова щодо психогенних розладів внаслідок травматичної події (рис. 3.2).

Цей підхід є досить популярним серед військових психологів. Автор пропонує наступні стадії формування постстресових порушень, які відповідають класифікаційному психіатричному стандарту Американської психіатричної асоціації DSM-IV.



Рис. 3.2 Психогенні розлади внаслідок травматичної події за І.О. Котеньовим

Визначення критичного інциденту, прийняте багатьма авторами, надане американським дослідником Дж. Мітчелом. “Критичний інцидент – це будь-яка ситуація, яка зустрічається на практиці, що викликає надзвичайно сильні емоційні реакції, які можуть негативно вплинути на виконання обов’язків або безпосередньо на місці подій, або пізніше”.

До критичних інцидентів відносять такі, і лише такі події, які наражають людину на фізичну (і/або психологічну) небезпеку і здатні викликати негативні психологічні наслідки, що вимагають застосування спеціальних заходів з надання допомоги їхнім учасникам або очевидцям.

Нерідко це поняття ототожнюють з поняттями “психічна травма”, “травма”, які мають набагато ширший зміст. Проте, говорячи про пережитий критичний інцидент, мають на увазі той факт, що індивід піддався психічній травматизації.

Таким чином, гострий стресовий розлад, що з’явився внаслідок критичного інциденту, включає гостру стресову реакцію (тривалістю до 2-х днів) і власне гострий стресовий розлад (тривалістю до 4-х тижнів). Останній супроводжується дисоціативними симптомами, які домінують в клінічній картині розладу. Крім того, в структурі гострого стресового розладу спостерігаються ознаки характерні для хронічного стресового розладу або ПТСР: повторювані переживання травмуючих подій, уникнення нагадувань про обставини цих подій і вегетативно-соматичні прояви. Гострий стресовий розлад розглядається як передвісник ПТСР, і якщо він триває більше 4-х тижнів, ставиться діагноз посттравматичний стресовий розлад.

І.О. Котеньов пропонує такі діагностичні критерії постстресових розладів (таблиця 3.6):

Таблиця 3.6

Діагностичні критерії постстресових розладів

| | ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД | ГОСТРИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД |
|---|--|-----------------------------|
| A | Індивід пережив травматичну подію, в якій були присутні обидва наступних аспекти: | |
| 1 | індивід зіткнувся, або став очевидцем події (подій), пов’язаних зі смертю або загрозою смерті, або серйозного поранення – загрозою фізичної цілісності, своєї або інших людей; | |
| 2 | подія супроводжувалася інтенсивними емоційними переживаннями (страху, безпорадності, жаху). | |

| | | |
|---|---|--|
| В | Травматична подія настирливо переживається повторно одним із таких способів: неприємними спогадами, які уперто з'являються (вторгаються), повторюваними сновидіннями або “флешбеками”, що викликають виражений психологічний дистрес, фізіологічними реакціями на “ключові” стимули, асоційовані з травмою. | b Або в період травми, після неї в індивіда спостерігалася дисоціативна симптоматика: відчуття емоційної залежності, “притуплення” або відсутність емоційного реагування, звуження (“сплутаність”) свідомості, дереалізація, деперсоналізація, дисоціативна амнезія. |
| С | Вперте уникнення стимулів, асоційованих з травмою, і зменшення загальної реактивності організму (чого не було до травми), яке виявляється в спробах уникати думок, почуттів або розмов про травму, спробах уникати діяльності, місць або людей, що провокують спогади про травму, зниженні інтересу та участі в значимих видах діяльності, звуженні афекту (наприклад нездатність відчувати любов) та ін. | c Травматична подія наполегливо переживається знову одним із таких способів: неприємними спогадами, які уперто з'являються (вторгаються), повторюваними сновидіннями або “флешбеками”, що викликають виражений психологічний дистрес, фізіологічними реакціями на “ключові” стимули, асоційовані з травмою. |
| D | Стійкі симптоми фізіологічної (гіпер) активації (яких не було до травми), що виражаються в труднощах засипання (безсонні), підвищеній дратівливості, спалахах гніву, невмотивованій пильності і підвищеній готовності до “реакції втечі”. | d Вперте уникнення стимулів, асоційованих з травмою, і зменшення загальної реактивності організму (чого не було до травми), яке виявляється в спробах уникати думок, почуттів або розмов про травму, а також діяльності, місць або людей, що провокують спогади про травму. |
| E | Тривалість розладу (наявність критеріїв В, С, D) не менше 1 місяця. | e Стійкі симптоми фізіологічної (гіпер) активації (яких не було до травми), що виражаються в труднощах засипання (безсонні), підвищеній дратівливості, спалахах гніву, невмотивованій пильності і підвищеній готовності до “реакції втечі”, відсутності фізичної втоми, потреби у відпочинку. |
| F | Розлад обумовлює клінічно значимий дистрес або порушує соціальну, професійну чи іншу значиму діяльність. | f Розлад обумовлює клінічно значимий дистрес, або порушує здатність індивіда до отримання необхідної допомоги, повідомлення членам сім'ї про пережиту травму. |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | g | Розлад триває від 2 днів до 4 тижнів і виникає протягом 1 місяця. |
| ВИДИ РОЗЛАДІВ (ПТСР): ГОСТРИЙ – менше 3 місяців; ХРОНІЧНИЙ – більше 3 місяців; ВІДСТРОЧЕНИЙ – симптоматика проявилася через 6 місяців після травми. | | h | Розлад не пов'язаний з прямою дією фізіологічно активних речовин (наркотичних, лікарських) або загальносоматичним станом організму, не підходить під визначення короткого психотичного розладу і не є екзацербациєю наявного психічного захворювання. |

Зупинимося більш детально на гострій реакції на стрес.

3.4.1 Гостра реакція на стрес

Діагностичні критерії

А. Переживання важкого стресу.

Б. Симптоми виникають одразу ж після впливу стресора (протягом хвилин, до 1 години).

В. Виконуються критерії Б, В і Г генералізованого тривожного розладу, що відповідає легкому ступеню тяжкості. Також можлива наявність двох з нижчеперелічених ознак при помірній або чотирьох ознак при важкій реакції:

а) відчуження, втрата інтересу до контактів з людьми;

б) звуження уваги;

в) дезорієнтація;

г) гнів або словесна агресія;

д) відчай чи безнадія;

е) неадекватна чи безцільна гіперактивність (наприклад, люди метушаться, біжать, не розбираючи напрямку, вистрибують з вікон, розтрощують все, що попадається на їх шляху);

ж) неконтрольоване і надмірне переживання горя, що розглядається у відповідності з місцевими культурними стандартами.

Г. Якщо стресор тимчасовий або може бути полегшений, симптоми повинні почати зменшуватися раніше, ніж через 8 год. У разі продовження дії стресора, симптоми повинні почати

зменшуватися до 24-48 год і зводяться до мінімуму протягом 3 днів.

Д. Реакція повинна розвиватися за умови відсутності інших психічних і поведінкових розладів, за винятком генералізованого тривожного розладу і розладу особистості, і не менше ніж через 3 місяці після завершення епізоду будь-якого іншого психічного або поведінкового розладу.

Клініка

У початковій фазі гострої реакції на стрес домінують оглушення, звуження поля свідомості, зниження уваги, дезорієнтація, нездатність адекватно реагувати на зовнішні стимули. В подальшому може розвинути реакція “відходу” від навколишньої ситуації або ажитація, гіперактивність.

Після гострого стресового розладу в 20% випадків розвивається посттравматичний стресовий розлад.

Диференціальна діагностика

Необхідно враховувати, що депресивний епізод іноді починається після важкого стресу, наприклад, після втрати близької людини.

На відміну від розладу адаптації, гострий стресовий розлад розвивається відразу ж (протягом 1 год) після дуже важких або катастрофічних стресів.

У разі наявності психотичних симптомів (марення, галюцинації) визначають короткочасний психотичний розлад.

Психологу необхідно звернути увагу на ряд чинників, які потенційно можуть впливати на ступінь розвитку ПТСР – *пре-травматичні фактори*:

- 1) поточний життєвий стрес;
- 2) дефіцит соціальної підтримки;
- 3) молодий вік на момент травми;
- 4) попередня історія психіатричних проблем чи зловживання психоактивними речовинами;
- 5) попередня історія травматичних подій (ДТП);
- 6) попередня історія після-травматичних розладів (ПТСР).

Інші пре-травматичні фактори:

- 1) жіноча стать;
- 2) низький соціально-економічний рівень;
- 3) низький рівень освіти;
- 4) низький інтелектуальний рівень;
- 5) зневага в школі (зі слів);
- 6) історія інших випадків травматизації (зі слів);
- 7) інші фактори неблагополучного дитинства (зі слів);
- 8) історія психічних розладів у родині;
- 9) невідповідність до можливих травматичних випадків.

Пери-травматичні фактори (під час події):

- 1) тяжка травма;
- 2) фізичне поранення – себе чи інших;
- 3) тип травми. Наприклад, бойова травма, вбивство іншої особи, тортури, зґвалтування, збройний напад тощо – дають високий ризик ПТСР;
- 4) реальна загроза життю – своєму чи інших;
- 5) масова травма у населення;
- 6) інші перитравматичні фактори, в т.ч. історія перитравматичної дисоціації.

Пост-травматичні фактори:

- 1) поточний життєвий стрес;
- 2) дефіцит позитивної соціальної підтримки;
- 3) біль втрати близької людини чи скорбота від травми взагалі;
- 4) значна втрата ресурсів;
- 5) негативна соціальна підтримка (засоромлення чи звинувачення з боку оточуючих);
- 6) слабка здатність до вирішення проблем;
- 7) інші пост-травматичні фактори, в т.ч. діти вдома та засмучена дружина/чоловік.

3.4.2 Посттравматичний стресовий розлад

Посттравматичний стресовий розлад виникає в осіб, які пережили дуже важкий або катастрофічний стрес. Розлад вперше

було описано у американських ветеранів війни у В'єтнамі і зареєстровано в 30% випадків. Опитування учасників військових дій в Іраку і Афганістані виявило посттравматичний стресовий розлад у 7,6-8,7% випадків.

У мирний час 0,5-1,2% жінок і 1,2-2,7% чоловіків переживають дуже важкі стреси, що потребують лікування. Через рік після автомобільної катастрофи критерії посттравматичного стресового розладу виявляли у 2% пацієнтів.

Серед медичних сестер палат інтенсивної терапії симптоми розладу визначали в 24% випадків.

Особливо висока частота розладу серед населення в країнах з частими соціальними конфліктами.

Після руйнування будівель всесвітнього торгового центру в Нью-Йорку 11 вересня 2001 року серед населення нижнього Манхеттену і тих, хто працював на розчищенні території, симптоми посттравматичного стресового розладу вперше виявили в 23,8% осіб, в тому числі в 14,3% випадків при опитуванні через 2-3 роки та в 19,1% випадків через 5-6 років.

Факторами ризику розвитку посттравматичного стресового розладу є жіноча стать, дуже молодий або похилий вік, низька самооцінка, слабка соціальна підтримка, відсутність сім'ї, антисоціальний розлад особистості, алкогольна або наркотична залежність, психологічні травми в анамнезі (згвалтування, нещасний випадок), психічні захворювання в анамнезі. Близько 30% клінічних проявів посттравматичного стресового розладу можуть визначатися генетичними факторами. У осіб, які мають генетичну спадковість і які пережили психотравмуючі стреси, ризик розвитку посттравматичного стресового розладу підвищується в 2,9 рази.

Діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу за DSM-IV

Основні прояви ПТСР розбиті на критерії А, В, С, D, Е, які в подальшому диференціюються посимптомно, що дозволяє діагностувати ПТСР як синдром і визначати питому вагу кожного із симптомів. Типові симптоми в даному випадку це уникаюча

поведінка в цілому, нав'язливі уявлення і спогади, пов'язані з психічною травмою, нав'язливі думки про неї а також такі клінічні характеристики як ідеї самозвинувачення тих, хто вижив, соціально направлені переживання, наприклад, розчарування в представниках влади, які не змогли попередити психотравмуючу подію.

Клінічні діагностичні критерії

Критерій А (відноситься до травматичної події). Людина була під впливом екстремальної травматичної події, що характеризується двома обов'язковими ознаками:

1. Травматична подія пов'язана з загибеллю або серйозними пораненнями людей, або з можливою загрозою такої загибелі або поранень, при цьому людина може бути як очевидцем страждань інших, так і безпосередньо жертвою.

2. В момент перебування в травматичній ситуації людина повинна відчувати інтенсивний страх, жах і почуття безпорадності.

Критерій В (критерій “вторгнення”). Травматична подія нав'язливо повторюється в переживаннях одним (або більше) з наступних способів:

1. Нав'язливі і повторювані спогади екстремальної події, відповідних образів, думок і почуттів, що викликають важкі емоційні переживання.

2. Повторювані кошмарні сновидіння про пережиту подію.

3. “Флешбек”-ефекти – миттєве, без видимих причин, відродження з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації (почуття, начебто травматична подія відбувається заново) у поєднанні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними переживаннями травми.

4. Інтенсивні негативні переживання, викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або символізує їх.

5. Фізіологічна (вегетативна) гіперреактивність у ситуаціях, що зовні або внутрішньо символізують про травматичну подію.

Критерій С (“уникнення”). Постійне уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, а також ознаки нумбінгу (numbing)

блокування емоційних реакцій, “заціпеніння” (не спостерігалось до травми). Визначається за наявності трьох (або більше) з перерахованих нижче ознак:

1. Зусилля по униканню думок, почуттів або розмов, пов’язаних із травмою.

2. Зусилля по униканню дій, місць або людей, що пробуджують спогади про травму.

3. Нездатність згадати про важливі аспекти травми (часткова психогенна амнезія).

4. Помітно знижений інтерес або участь у раніше значущих видах діяльності.

5. Почуття відчуженості або віддаленості від інших людей.

6. Знижена інтенсивність вищих емоцій (нездатність, наприклад, до почуття любові).

7. Почуття відсутності перспективи в майбутньому (наприклад, відсутність очікувань із приводу кар’єри, одруження, дітей).

Критерій D (гіперактивація). Постійні симптоми гіперактивації (порушення), що не спостерігалися до травми. Визначаються за наявністю, як мінімум, двох з нижчеперелічених симптомів:

1. Труднощі із засипанням або поганий сон (ранні пробудження).

2. Дратівливість або спалахи гніву.

3. Складнощі з зосередженням уваги.

4. Підвищений рівень настороженості, стан постійного очікування загрози.

5. Гіпертрофована реакція переляку.

Критерій E. Тривалість перебігу розладу. Симптоми, що відносяться до критеріїв B, C і D спостерігаються протягом шести місяців стресогенної дії або після стресорного періоду (в таких окремих випадках початок розладу може бути **відстрочений більше, ніж на шість місяців після травми**).

Критерій F. Розлад викликає клінічно значущий дистрес або порушення адаптації в соціальній, професійній або інших важливих сферах життєдіяльності. Як видно з опису критерію A,

визначення травматичної події відноситься до числа першочергових при діагностиці ПТСР.

Критерії ПТСР за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я (МКХ-10)

А. Пацієнт повинен мати вплив стресора (короткочасного або тривалого) надзвичайно загрозливого або катастрофічного характеру, що здатний викликати загальний дистрес майже у будь-якої людини.

Б. Стійкі, мимовільні і надзвичайно живі спогади пережитого, які відображаються у снах, посилюються при потраплянні в ситуації, що нагадують стресову або пов'язані з нею.

В. Хворий повинен виявляти фактичне уникнення чи прагнення уникнути обставин, що нагадують чи пов'язаних зі стресом, що не спостерігалось до впливу стресора.

Г. Будь-яке з двох:

1) психогенна амнезія часткова або повна щодо важливих аспектів періоду впливу стресора;

2) стійкі симптоми підвищення психологічної чутливості або збудливості, що не спостерігалися до впливу стресора, представлені будь-якими двома з наступних ознак:

- а) розлад сну (труднощі засипання або поверхневий сон);
- б) дратівливість або спалахи гніву;
- в) труднощі концентрації уваги;
- г) підвищення рівня бадьорості;
- д) підвищена боязкість.

Д. Критерії Б, В і Г виникають відразу після впливу стресора або по закінченні латентного періоду (до 6 місяців).

Клініка

Клінічно ПТСР може характеризуватися повторними кошмарними сновидіннями або нав'язливими спогадами про пережиті психотравмуючі події у поєднанні з прагненням уникати всього, що може викликати в пам'яті те, що трапилось.

Типова наявність у таких осіб симптомів підвищеної збудливості, генералізованої тривоги, неконтрольованої злості,

депресії, емоційних розладів із прагненням до ізоляції й обмеження контактів із зовнішнім світом, дратівливості, безсоння, труднощів концентрації уваги.

До даних симптомів й ознак нерідко приєднуються сексуальні розлади, суїцидальні думки, може відзначатися зловживання алкоголем або наркотиками. До поширених симптомів також відносяться порушення сну у вигляді поверхневого характеру нічного сну, кошмарні сновидіння, зміст яких “дублює” психотравмуючу ситуацію. Особливим симптомом повторного переживання стресора є флешбеки – миттєве, без видимих причин, відродження з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації у сполученні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними переживаннями травми.

Вираженими є симптоми уникнення – прагнення позбутися будь-яких думок, переживань і спогадів про травму. Внаслідок цього виникає почуття віддаленості, відчуженості від оточуючих, що виявляється в прагненні до відособленого, ізольованого способу життя. Розповсюдженою є втрата інтересу до колишніх життєвих цінностей. Спостерігається втрата яскравості емоційних реакцій, почуття любові навіть стосовно найближчих і значущих людей. Ангедонічна симптоматика стає джерелом додаткової травматизації хворого. Досить розповсюдженим є симптом психогенної амнезії. Неконтрольовані спалахи гніву з незначних приводів, що часом виливаються в приступи ауто- і гетероагресії, хворі вважають однією з основних проблем.

У багатьох пацієнтів відзначаються симптоми гіпертрофованої, неадекватної пильності. Розповсюдженими є симптоми депресії. Особливим симптомом є тяжке почуття провини перед загиблими, яке відчувають пацієнти, що вижили. На додаток до перерахованих вище симптомів, часто спостерігаються вегетативні розлади у тих обставинах, що викликають асоціації з травматичною ситуацією або ще яким-небудь чином з нею пов'язані.

Аналіз особливостей клінічної картини ПТСР, проведений Л.Ф. Шестопаловою, Д.М. Болотовим привів до виокремлення декількох його варіантів, а саме: тривожного, астеничного, дисфоричного, іпохондричного, соматоформного та змішаного. Причому перші три варіанти майже рівномірно розподілені серед 60% пацієнтів з ПТСР, ще понад 30% разом складають іпохондричний і соматоформний варіанти, а змішана форма ПТСР зустрічається досить нечасто (до 10%).

Тривожний варіант ПТСР (так би мовити – найбільш класичний) характеризується високим рівнем немотивованої тривоги, часто поєднаним з вегето-судинними пароксизмами, а також нав'язливими переживаннями і уявленнями, що відображають події пережитої пацієнтом психотравмуючої ситуації.

Астеничний варіант ПТСР відзначається домінуючими ознаками почуття слабкості та млявості, зниженим фоном настрою на фоні байдужості до колишніх життєвих інтересів, а також проявами пасивності та ангедонії в поведінці.

Дисфоричний варіант ПТСР постає як постійне переживання внутрішньої невдоволеності, дратівливості на фоні пригніченого настрою, в поєднанні з високим рівнем агресивності та люті, спрямованих на оточуючих.

Соматоформний варіант ПТСР демонструє наявне витіснення психотравмуючих переживань у “тілесну сферу”, що виявляється у значній кількості скарг переважно соматичного характеру (кардіологічних, церебральних, гастроентерологічних тощо).

Іпохондричний варіант ПТСР характеризується більш вираженими соматичними скаргами в поєднанні з вегето-судинними пароксизмами на фоні депресивного афекту (недиференційована гіпотимія з чіткими тривожно-фобічними включеннями) з подальшим формуванням унікаючої поведінки.

Водночас, пацієнтам зі *змішаним варіантом ПТСР* притаманні психопатологічні порушення, характерні для різних клінічних варіантів розладу, з урахуванням домінування в клінічній картині ПТСР симптомів “занурення” в травматичне переживання,

“уникнення” явищ, що асоціюють зі стресогенною ситуацією або “аморфних” проявів реагування, виділили наступні варіанти клінічного перебігу ПТСР: астенодепресивний – у 36% таких хворих, паранойяльний – у 24%, ананкастичний – у 13%, істероіпохондричний – у 12% і змішаний – в 15% випадків даного розладу. Вони виділили й типи дебюту ПТСР: астенічний – у 39%, тривожний – у 20%, ананкастичний – у 10%, істеричний – у 10% та змішаний – у 20% цих пацієнтів. При динамічному спостереженні таких хворих помічена тенденція до залежності клінічних варіантів перебігу ПТСР від типів їх дебютів. Так, при астенодепресивному варіанті перебігу даного розладу, в більшості випадків, відзначався астенічний тип дебюту (у 91% цих хворих), у 6% – спостерігався змішаний тип і у 3% – істеричний дебют. Паранойяльному клінічному варіанту ПТСР частіше передував тривожний тип дебюту (82% випадків), у 18% пацієнтів був змішаний дебют. При ананкастичному варіанті у 83% хворих розлад дебютував у вигляді нав’язливих станів, у 17% – змішаним типом. Для істероіпохондричного варіанту ПТСР у 73% випадків був характерний істеричний тип дебюту, у 18% – змішаний та в 9% – астенічний дебют. Змішаному клінічному варіанту були притаманні змішаний (60%), астенічний (33%) і тривожний (7%) типи дебюту. У випадках тяжкого перебігу ПТСР, майже в третини таких хворих вказані автори констатували розвиток (за МКХ-10) стійких змін особистості після перенесеного катастрофічного переживання, які мають такі клінічно окреслені типи перебігу: емоційно-нестійкий, паранойяльний, істеричний і обсессивно-фобічний.

Існує також варіант клінічної картини ПТСР, обтяжений хронічним больовим синдромом (ХБС). Серед клінічних симптомів ПТСР є група таких, що описують больові відчуття. Певна кількість симптомів болю здатні сформувавши картину хронічного больового синдрому. Таким чином ХБС, з одного боку, може існувати як окремий розлад, а з іншого – включається в картину ПТСР. Обидва розлади є продуктами зриву адаптаційних механізмів психіки з вторинною дисфункцією нейровегетативної системи.

Відсутність компенсації ПТСР посилює ХБС. В свою чергу, хронічний біль є впливовим стресором, що здатний викликати вторинне травмування та сформувати патологічне коло ПТСР-ХБС-ПТСР. В результаті людина потрапляє під дію дистресу, що викликаний патологічним колом ПСТР-ХБС.

Психологічні фактори розвитку хронічного болю:

- почуття провини;
- оцінка подій, як поразки та втрата упевненості в собі та самоцінності;
- прихована та витіснена агресія;
- втрата образу майбутнього, довготривалих перспективних ліній життя;
- зниження здатності до творчості;
- погіршення стосунків з оточуючими, втрата професійних прагнень;
- розлади поведінки та потягів.

Серед пацієнтів шпиталю Майдану вище перелічені психологічні фактори проявлялися в основному у почутті провини, внаслідок загибелі близьких людей (побратимів), що є природним етапом переживання гострого горя – смерті.

Досвід роботи з пацієнтами в шпиталі Майдану (тими громадянами, що отримали травми під час силових зіткнень) дозволяє виокремити ще один психосоматичний феномен, який проявляється у формі патологічного кола. Біль, як наслідок стресу, викликає страх фізичного болю. Серед пацієнтів, у яких діагностовано ПТСР також була група пацієнтів з коморбідною фіброміалгією. Численні дослідження виявили більшу схильність у людей, які страждають на фіброміалгію, до розвитку ПТСР.

ПТСР у поєднанні з хронічним больовим синдромом потребує більш ретельного обстеження та особливого підходу до ранньої діагностики, диференційованої оцінки та тактики терапії.

Диференціальна діагностика ПТСР

При проведенні диференційної діагностики необхідно пам'ятати, що у хворих поряд із клінічною картиною ПТСР найчастіше мають місце порушення, що відносяться до інших

психічних розладів. У таких випадках може йти мова про сполучену (коморбідну) патологію. Особливо часто спостерігається сполучення ПТСР із депресіями і різними формами хімічної залежності. Також можуть відзначатися сполучення ПТСР із панічними, obsесивно-компульсивними, тривожно-фобічними розладами, суїцидальною поведінкою та ін.

У першу чергу, диференційна діагностика здійснюється між ПТСР та гострою реакцією на стрес і розладами адаптації. Особливу увагу варто приділити також психічним реакціям у осіб зі струсом мозку.

Легкі струси мозку можуть безпосередньо не супроводжуватися очевидними неврологічними ознаками, але призводити до затяжної афективної симптоматики і порушень уваги та легких порушень оперативної пам'яті, зниження мислення за темпом. Недостатнє харчування, недосипання в ході затяжних стресових впливів також може самотійно призводити до органічних мозкових синдромів, які включають порушення пам'яті і уваги, емоційну лабільність, головний біль і запаморочення.

Тривале перебування в середовищі з високим вмістом у повітрі продуктів горіння призводить до накопичення метгемоглобіну в крові, а ці стани можуть проявлятися в'ялістю, запамороченнями, відчуттям дереалізації, звуженням свідомості, зниженням чутливості, нестерпним головним болем, неадекватністю поведінки, астеною, іноді проявами агресії, втратою контролю над своєю поведінкою.

Відрізнити органічні мозкові синдроми, близькі до ПТСР, допомагають наявність змін особистості за органічним типом, зміни сенсорики або рівня свідомості, фокальні неврологічні, деліріозні і мнестичні симптоми, органічний галюциноз, стани інтоксикації і абстиненції. Діагностичну картину може ускладнювати зловживання алкоголем, наркотиками, кофеїном і тютюном. Особливо слід звертати увагу на надмірне вживання кофеїну (чай, кава) разом з тютюнопалінням на фоні хронічного недосипання та перевтоми.

Рухова напруженість, тривожні очікування, підвищені пошукові установки можуть зближувати картину ПТСР з картиною при генералізованому тривожному розладі. Тут треба звертати увагу на гострий початок і велику характерність фобічної симптоматики для ПТСР, на відміну від генералізованого тривожного розладу.

Від симулятивного розладу (F68.1) ПТСР відрізняє відсутність узгодженості між собою анамнестичних даних, несподіваної структури симптомокомплексу, антисоціальної поведінки і хаотичного стилю життя в преморбіді, більшою мірою характерних для симулятивних хворих. Від порушень адаптації ПТСР відрізняється великим розмахом патогенності стресора і наявністю подальшого характерного відтворення травми.

У тих випадках, коли екстремальна подія є джерелом не тільки психотравми, але й фізичної травми (особливо черепно-мозкової травми), необхідно враховувати аспект коморбідності.

Виявлення в клінічній картині наступних порушень вираженої неврологічної симптоматики, головних болів і запаморочень, деліріозних і амнестичних симптомів, органічного галюцинозу, зміни сенсорики, симптомів емоційної лабільності, змін особистості за органічним типом, а також порушень пам'яті і уваги, дозволяє діагностувати органічну патологію. У випадку, якщо перераховані вище порушення сполучаються із симптоматикою ПТСР, необхідно ставити два діагнози.

Як уже згадувалося, розлад не пов'язують з сильними стресами, які часто зустрічаються, але не є катастрофічними (наприклад, втрата роботи, розлучення, провал на іспитах в школі, очікувана смерть коханої людини).

Якщо симптоми тривають до 1 міс., то даний стан не є посттравматичним стресовим розладом і класифікується як гострий стресовий розлад. За умови тривалості симптомів 1-3 міс. визначають гострий посттравматичний стресовий розлад, а після 3-х міс. – хронічний посттравматичний стресовий розлад.

Перебіг розладу зазвичай є хвилеподібним і в 30% випадків закінчується повним одужанням, у 40% випадків залишаються

незначні порушення, а в 20% – помірні порушення. Зрідка (10%) зустрічається хронізація процесу і формування стійких змін особистості. Зазвичай, якщо через рік симптоми розладу не проходять, то повне одужання є малоімовірним. Наприклад, у 29% дітей, що вижили після трагедії в Еберфане (Південний Уельс), коли вугільні відвали обрушилися на селище і загинуло 116 дітей, симптоми зберігалися протягом 33 років.

При тривалому спостереженні виявлено, що погіршення стану пацієнтів значно частіше відбувається в періоди, близькі до часу травматичної події.

Посттравматичний стресовий розлад нерідко супроводжується депресією, генералізованою тривогою, панічним розладом/агорафобією, obsесивно-компульсивним розладом, соціальною фобією, залежністю від психоактивних речовин.

3.5 Розлади адаптації

Розлади адаптації також відносять до розладів настрою з інших рубрик МКХ-10 (F43.2).

Розлади адаптації діагностуються за умови відповідності стану наступним критеріям:

1) ідентифікований психосоціальний стрес, що не досягає надзвичайного або катастрофічного розмаху, симптоми з'являються протягом місяця;

2) окремі симптоми (за виключенням маячних та галюцинаторних), що відповідають критеріям афективних (F3), невротичних, стресових і соматоформних (F4) розладів і порушень соціальної поведінки (F91), що не відповідають повністю жодному з них. Симптоми можуть варіювати за структурою і тяжкістю.

Розлади адаптації, в залежності від домінуючих в клінічній картині проявів, диференціюються таким чином:

- F43.20 короткочасна депресивна реакція, стан легкої депресії, що триває не більше місяця;

- F43.21 пролонгована депресивна реакція, легкий депресивний стан як реакція на затяжну стресову ситуацію, що триває не більше двох років;

- F43.22 змішана тривожна і депресивна реакція, представлена як тривожна, так і депресивна симптоматика, за інтенсивністю не перевищує змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2) або інші змішані тривожні розлади (F41.3);

- F43.23 з переважанням порушення інших емоцій симптоматика має різноманітну структуру афекту; представлені тривога, депресія, занепокоєння, напруженість і гнів. Симптоми тривоги і депресії можуть відповідати критеріям змішаного тривожного і депресивного розладу (F41.2) або інших змішаних тривожних розладів (F41.3), але їх вираженість недостатня для діагностики більш специфічних тривожних або депресивних розладів;

- F43.24 з переважанням порушення поведінки розлад зачіпає переважно соціальну поведінку, наприклад, агресивні або дисоціальні її форми;

- F43.25 змішаний розлад емоцій і поведінки; визначальними є як емоційні прояви, так і порушення соціальної поведінки.

Більш важливу, ніж при інших розладах, в F43 роль у ризику виникнення і формування проявів адаптаційних розладів відіграє індивідуальна схильність або вразливість, але, тим не менш, вважається, що стан не зміг би виникнути без стресового чинника. Прояви різні і включають депресивний настрій, тривогу, занепокоєння (або їх поєднання); почуття нездатності справлятися, планувати або продовжувати залишатися в цій ситуації; а також деяку ступінь зниження продуктивності в щоденних справах. Індивідуум може відчувати схильність до драматичної поведінки і спалахів агресивності, але вони зустрічаються рідко.

У разі нормальних реакцій горя, які відповідають культуральному рівню індивіда і не перевищують 6 місяців не відносяться до розладів адаптації. Реакції горя будь-якої тривалості, які оцінюються як аномальні внаслідок їх форми або змісту, повинні кодуватися як: F43.22; F43.23; F43.24; F43.25, а ті, що

залишаються інтенсивними та тривають понад 6 місяців – F43.21 (продовжена депресивна реакція).

Діагностичні критерії при розладі адаптації

А. Розвиток симптомів повинен відбуватися протягом одного місяця після впливу психосоціального стресу, що не сягає дуже важкого ступеня.

Б. Можуть бути симптоми інших афективних, невротичних і поведінкових розладів за відсутності критеріїв для цих конкретних розладів.

В. Симптоми тривають 6 місяців після припинення дії стресу або його наслідків, за винятком продовженої депресивної реакції. Але цей критерій не повинен перешкоджати попередньому діагнозу.

Клініка

Даний розлад з'являється в процесі адаптації до значимих для клієнта життєвих подій (втрата близьких, міжособистісні кризи, подружня сварка, розлука, міграція, початок навчання в школі, труднощі на роботі, фінансові проблеми, одруження, розлучення, народження дитини, вихід на пенсію), проте стресор не є катастрофічним.

Також можуть зустрічатися розлади, пов'язані з госпіталізацією, загостренням захворювання, можливістю або наявністю серйозної хвороби, діагностичними процедурами, хірургічним втручанням та ін.. Наприклад, після хірургічного втручання розлад адаптації виявляють у 50,7% пацієнтів, а через 6 місяців – у 30,6 %.

Найбільш частими проявами розладу адаптації є депресивна і тривожна реакції.

Депресивна реакція може бути короткочасною, за умови тривалості до 1 місяця, і продовженою, за умови тривалості від 1 місяця до 2 років. Якщо симптоми зберігаються більше 2-х років, то рекомендують користуватися терміном дистимія.

Зауважимо, що депресивні прояви – зниження потреб та інтересів – мають також і пристосувальне значення. У період

неважкої депресії люди неупереджено, без звичайного позитивного перебільшення, оцінюють себе, свої успіхи і невдачі, здійснюють контроль над тим, що відбувається і майбутнім (“депресивний реалізм”).

Тривожна реакція полягає в посиленні психічної напруги, побоюванні деяких предметів і ситуацій, що, певною мірою, підвищує безпеку організму.

Зазвичай адаптаційні розлади мають позитивний прогноз. При тривалому перебігу розлади адаптації можуть переходити в більш зтяжні стани, такі як генералізований тривожний розлад або дистимія. У ряді випадків, психотравмуюча подія витісняється в підсвідомість і продовжує здійснювати свій вплив у іншій формі.

Диференціальна діагностика

Зміна навколишньої реальності, наприклад, переїзд на нове місце, у багатьох людей викликає психологічний дискомфорт протягом, приблизно, півтора місяця до появи відчуття “вдома”. Зазвичай через 6 місяців людина вже не відчуває неспокою від зміни місця. На відміну від розладу адаптації, в цих випадках немає сильного страждання і порушення діяльності.

При посттравматичному стресовому розладі вплив має стресор катастрофічної сили (війна, згвалтування, взяття в заручники, стихійні лиха). Постраждалі намагаються уникати обставин, пов'язаних зі стресом. Втрата близької людини проявляється тимчасовим порушенням соціальної і професійної діяльності, однак, якщо ці розлади залишаються в рамках звичайної для даної культури і суспільства реакції на втрату близької людини, вони не розглядаються в рамках психічних розладів.

Якщо в анамнезі є епізоди тривоги і агорафобії, то можна говорити про наявність тривожного розладу, що загострився під впливом стресової ситуації. Варто відзначити, що депресивний епізод нерідко виникає після стресового впливу. У третині випадків цей зв'язок не носить причинний характер, оскільки поведінка пацієнтів, схильних до розвитку депресії, збільшує ризик стресових подій.

На відміну від депресивного епізоду, розлад адаптації обмежений зоною психотравмуючої ситуації, має місце критична оцінка свого стану, немає песимістичного бачення майбутнього, інтелектуальної і психічної загальмованості, зниження кола інтересів, ідей провини і малоцінності, суїцидальних думок і спроб.

3.6 Реакція горя в сучасних класифікаціях

У сучасних класифікаціях психічних розладів реакція горя, якщо вона протікає без виражених порушень психічних функцій, що вимагають специфічної медичної або психологічної допомоги, класифікується в непсихіатричних розділах. Наприклад, в американській класифікації (DSM-IV) реакція горя (втрати) віднесена “до інших станів, які можуть потребувати медичної допомоги”. В класифікації МКХ-10 (1994) нормальна реакція горя може бути кваліфікована за допомогою кодів розділу, таких як, наприклад, Z63.4 – зникнення або смерть члена сім’ї, Z71 – звернення до установ охорони здоров’я для отримання інших консультацій і медичних порад, що не класифікується в інших рубриках, або Z73.3 – стресовий стан, що не класифікується в інших рубриках. Патологічні (ускладнені) форми реакції горя повинні бути віднесені до розладів адаптації, або якщо горе провокує виражену депресивну симптоматику, що сягає рівня депресивного епізоду, то такі розлади класифікуються в розділі F32 МКХ-10 – афективні розлади. У разі ускладнення реакції горя залежністю від психоактивних речовин, порушеннями харчової поведінки й іншими розладами вони кваліфікуються у відповідних розділах МКХ-10 (F10-F19, F50).

Слова “горе” і “втрата” часто використовуються як синоніми. Р. Шнейдер зауважує, що *втрата* – це людський досвід, пов’язаний зі смертю близької людини. *Горе* – почуття (страждання) і їх прояви (наприклад, плач). Причиною виникнення реакції втрати може бути не тільки смерть близької людини, а й, наприклад, видалення частини тіла (руки, молочної залози), розрив родинних зв’язків (розлучення), звільнення з роботи, відхід з рідного дому, з колективу.

Відновлення психіки після перенесеної втрати без розвитку в подальшому психологічних порушень можливо в разі певної психологічної зрілості особистості, а також зовнішніх умов, до яких відноситься підтримка оточуючих і достатня кількість часу. Все це необхідно для того, щоб відбулася нормальна реакція горя у людини, яка пережила втрату.

Виділяють нормальну і патологічну реакцію втрати. Нормальна реакція горя в типових випадках триває від декількох днів до декількох тижнів, іноді повертаючись по річницям.

Реакція горя – це природний процес загоєння душевної рани, що була спричинена смертю близької людини. Зазвичай це відбувається на декількох рівнях (когнітивному, емоційному, поведінковому). В результаті горювання відбувається поступове відновлення цілісності психічного життя людини, її уявлень, переконань, стереотипів поведінки, міжособистісних відносин, поступово слабшає емоційна прив'язаність до померлого.

3.6.1 Реакція втрати

Далі поговоримо про нормальну реакцію на втрату близької людини. У широкому сенсі реакцію втрати можуть викликати такі причини:

- смерть коханої людини;
- втрата коханої людини в результаті розлуки, розлучення або ув'язнення;
- втрата об'єкта або місця у суспільстві, які мали емоційну значущість (наприклад, втрата цінної власності, позбавлення високооплачуваної роботи або положення в суспільстві);
- втрата очікуваного об'єкта любові (наприклад, народження мертвої або неповноцінної дитини);
- втрата, пов'язана із захворюванням, травмою або пораненням (наприклад, мастектомія, ампутація).

В даний час вивчається пропозиція про введення нової категорії психічного розладу – *ускладненої реакції горя і втрати*, яка включає збереження більше 1-го року нав'язливих думок,

вираженої емоційної реакції, почуття самотності і порожнечі, болісної туги, уникнення усіляких спогадів про померлого, порушення сну, зниження інтересів.

Клініка

Психологічна реакція може розвиватися відразу ж або через кілька місяців після втрати. У разі невиліковного захворювання розлад може виникнути ще до втрати або проявитися тільки в річницю смерті.

Проявляється реакція втрати почуттям смутку, провини, одержимості думками про загиблого, дратівливістю, безсонням, труднощами зосередження уваги, ажитацією, соматизованими скаргами.

Стадії розвитку психологічних реакцій людини при горі і важкій втраті представлені в таблиці 3.7. Доцільність такого розвитку психічної реакції обумовлена поступовим усвідомленням травмуючої події, яка запобігає загрозливому для життя потрясінню.

Тривалість реакції втрати залежить від соціально-культурних норм, звичаїв і традицій, прийнятих в даному суспільстві. Зазвичай гострі симптоми втрати проходять спонтанно протягом 6-12 місяців.

Гостра реакція втрати

Симптоми:

- заціпеніння;
- порушення самооцінки;
- тривога;
- гнів;
- порушення концентрації уваги;
- порушення короткочасної пам'яті;
- мінливий настрій;
- концентрація на померлому;
- яскраві образи померлого;
- легкі дисоціативні переживання;
- прагнення шукати померлого;
- неспокійний сон.

Ускладнена реакція втрати

Симптоми психологічної травми:

- нав'язливі образи і думки, особливо про померлого;
- важкі емоційні реакції (заціпеніння, плач, реакція переляку);
- симптоми депресії;
- зневага пристосувальною поведінкою на роботі і вдома;
- зневага особистою гігієною;
- зниження енергійності;
- почуття сильної самотності, порожнечі;
- зниження здатності до самооцінки;
- почуття провини;
- виражене уникнення нагадування про померлого;
- порушення сну.

Таблиця 3.7

Динаміка розвитку стадій психологічних реакцій горя і тяжкої втрати (Elisabeth Kübler-Ross, 1969)

| Стадії | Характеристика |
|---------------------------|--|
| 1 стадія (заперечення) | “Це не може статися зі мною, це помилка, Ви, напевно говорите про когось іншого”. |
| 2 стадія (гнів) | “Чому це сталося? Хто винуватий?” |
| 3 стадія (угода) | Спроба заключити угоду з долею. “Господи, якщо ти врятуєш мене, я обіцяю ніколи не зраджувати дружині”. |
| 4 стадія (депресія) | Відчуття безнадії при появі думок про майбутнє, неможливість продовжувати життя далі і віддаленість від родини і друзів. Усвідомлення реальності втрати. В цей період може прийти думка про самогубство. |
| 5 стадія (прийняття) | Розуміння того, що життя продовжується, з новими прив'язаностями і новим смислом. |

В 15-20% випадків після втрати розвивається стійка виражена депресія нерідко з думками і спробами самогубства. Серед ускладнень тяжкої втрати відзначаються також соматичні захворювання, тривожні розлади, зловживання психоактивними речовинами (алкоголь, наркотики).

Диференціальна діагностика

Стани, що відповідають критеріям депресивного епізоду, нерідко зустрічаються при реакції втрати. У вдів і вдівців через місяць після втрати близької людини критерії депресивного епізоду діагностуються в 35% випадків, через 7 місяців у 25%, через 13 місяців – у 17%. При збереженні критеріїв депресивного епізоду більше 2 місяців потрібно розглядати можливість депресивного розладу. Фахівці зазначають, що для депресивного епізоду більш характерними є почуття безнадії, суїцидальні думки, самозвинувачення і відчуття власної нікчемності глобального характеру (при реакції горя тільки по відношенню до покійного), відсутність реакції на перепереконання, відмова від соціальних контактів, ефект від лікування антидепресантами. При звичайній реакції втрати антидепресанти неефективні.

Розмежування реакції втрати і депресії.

Розмежувати реакцію втрати і депресії допоможуть наступні особливості.

Так, при реакції втрати констатується наступне:

- розвивається після тяжкої втрати;
- самооцінка не порушена;
- соціальна дезадаптація незначна і тимчасова (“час вилікує”);
- реалістичне ставлення до померлого;
- порушення сну, апетиту і вегетативні симптоми короткочасні;
- гострота переживань зазвичай зменшується через 6-12 тижнів;
- суїцидальні думки рідкісні і короткочасні і, скоріше, у вигляді роздумів про тяжкість життя.

При депресії:

- не обов’язковим є зв’язок зі стресом;

- ідеї провини і власної нікчемності;
- виражена соціальна дезадаптація, яка сама по собі не проходить;
- ідеалізація або викривлене сприйняття померлого;
- порушення сну, апетиту і вегетативні симптоми тривалі і з часом можуть посилюватися;
- гострота переживань не зменшується навіть через 3-18 місяців;
- суїцидальні думки та наміри можуть виникати постійно, після роздумів на цю тему виникають думки про техніку виконання задуманого.

3.7 Розлади особистості

Особистість характеризується як індивідуальний спосіб сприйняття, відчування, мислення, поведінки і реагування на навколишнє. За даними міжнародного дослідження ВООЗ розлади особистості зустрічаються в 6,1% населення, частіше у чоловіків і часто коморбідні з іншими психічними розладами.

Класифікація

F60 Специфічні розлади особистості.

F60.0 Параноїдний розлад особистості.

F60.1 Шизоїдний розлад особистості.

F60.2 Дисоціальний розлад особистості.

F60.3 Емоційно-нестійкий розлад особистості.

F60.30 Імпульсивний тип.

F60.31 Граничний тип.

F60.4 Істеричний розлад особистості.

F60.5 Ананкастний розлад особистості.

F60.6 Тривожний розлад особистості.

F60.7 Залежний розлад особистості.

F60.8 Інші специфічні розлади особистості.

F60.9 Розлад особистості неуточнений.

F61 Змішані та інші розлади особистості.

F61.0 Змішані розлади особистості.

F61.1 Зміни особистості, що спричиняють неспокій.

F62 Хронічні зміни особистості, не пов'язані з ушкодженням або захворюванням мозку.

F62.0 Хронічні зміни особистості після переживання катастрофи.

F62.1 Хронічні зміни особистості після психічної хвороби.

F62.8 Інші хронічні зміни особистості.

F62.9 Хронічна зміна особистості, не уточнена.

Загальні діагностичні критерії розладу особистості

А. Існують характерні і постійні типи внутрішніх переживань і поведінки людини, що суттєво відхиляються від прийнятого в даному культурному середовищі діапазону ("норми"). Таке відхилення має проявлятися не менше, ніж у двох з наступних сфер:

1) пізнавальна сфера: характер сприйняття та інтерпретації предметів людей і подій;

2) емоційна сфера: діапазон, інтенсивність і адекватність емоційних реакцій;

3) контролювання потягів і задоволення потреб;

4) міжособистісні відносини: відносини з іншими людьми і манера вирішення міжособистісних ситуацій.

Б. Відхилення повне, тобто відсутність гнучкості, недостатня пристосованість та інші ознаки дисфункції виявляються в широкому діапазоні особистісних і суспільних ситуацій.

В. Має місце особистісний дистрес або несприятливий вплив на соціальне оточення.

Г. Відхилення стабільні і тривалі, починаються (чітко проявляються) в старшому дитячому або підлітковому віці.

Д. Відхилення не можуть бути пояснені як прояви і наслідки інших психічних розладів зрілого віку.

Е. В якості можливої причини відхилення повинні бути виключені органічні захворювання, травма або дисфункція мозку.

Клініка

Розлад особистості пов'язаний з різкою виразністю певних властивостей, що призводить до страждань, конфліктів і порушення працездатності. Відхилення від здорової психіки пов'язані не

стільки з наявністю будь-яких специфічних властивостей особистості, скільки з їх виразністю і домінуванням.

Розлад стає виразним ближче до старшого дитячого або підліткового віку і триває все життя. У більш ранньому віці виділення певних видів особистісного розладу представляє великі труднощі, оскільки існує виражене різноманіття проявів, нечіткість клініки і ситуаційна залежність. Фахівці вважають, що діагноз навряд чи може бути правомочним до 16-17-річного віку.

Потрібно відзначити, що в 60% випадків має місце змішаний розлад особистості.

На відміну від невротичних розладів, наприклад, панічного розладу, при розладі особистості критика і здатність керувати своєю поведінкою відсутня.

Ригідність особистості перешкоджає гнучкій адаптації до мінливої життєвої ситуації, реалістичній самооцінці, встановленню взаємовідносин з оточуючими. Розлад зазвичай, але не завжди, супроводжується значним погіршенням професійної і соціальної продуктивності. У 2/3 людей с розладами особистості в процесі розвитку устанавлюється повна соціальна адаптація за рахунок звуження відносин з оточуючими до допустимих меж. Наприклад, такі люди вважають за краще працювати за спиною авторитетного начальства, не прагнуть до просування по службі, і неохоче беруть відповідальні завдання. Можлива гіперкомпенсація, коли створюється імідж здорової людини за рахунок посиленого використання збережених ресурсів особистості. У багатьох пацієнтів спостерігається хороша компенсація розладу в зрілі роки, але в похилому віці психопатичні симптоми посилюються і перебільшуються. Таку динаміку пояснюють впливом органічних змін мозку, соматичних захворювань, виходом на пенсію.

За несприятливих умов можливе короткочасне (до 2-3 місяців) посилення особистісного розладу (криз). Більш тривале (до 6-12 місяців) і виражене ускладнення симптоматики (декомпенсація) може відбуватися спонтанно, внаслідок психогенних (стрес) або соматогенних (захворювання внутрішніх органів) факторів. У певні періоди життя (підлітковий вік [11-15 років], юнацький вік [16-20

років], клімакс [45-55 років]) декомпенсація відбувається значно частіше.

При всіх розладах особистості зустрічається депресія, соматизовані симптоми, функціональні соматичні розлади.

Почастішання декомпенсації після 60 років є характерним для шизоїдного розладу, а при істероїдному і емоційно-нестійкому розладах, навпаки, частіше зустрічається пом'якшення симптомів, обумовлене звуженням зовнішніх зв'язків.

У 30% випадків при розладі особистості присутня виражена депресія, тривога або страх. У 50% випадків у чоловіків зустрічається зловживання алкоголем. Серед пацієнтів, які вживали психоактивні речовини, розлад особистості виявляють в 60% випадків. Поєднання особистісного розладу з іншою психічною дисфункцією погіршує перебіг останньої і значно ускладнює лікування.

Диференціальна діагностика

У психічно здорових осіб часто (близько 50%) зустрічається надмірне посилення окремих рис особистості, що підвищує уразливість до певних впливів. Такі зміни К. Леонгард (1964, 1981) назвав акцентуаціями особистості (Z73.1). На відміну від розладу особистості, при акцентуації немає тотальної зміни особистісних властивостей, ці зміни несильно виражені і не призводять до суттєвого особистісного дистресу або негативного впливу на оточуючих. Акцентуації можуть виявлятися тільки за певних умов, наприклад, при необхідності швидко встановлювати контакти для особистості з шизоїдною акцентуацією. Можливий прогресуючий розвиток акцентуації з формуванням розладу особистості.

Особистісні розлади необхідно відрізнити від органічних змін особистості, що з'являються внаслідок травм і захворювань мозку. В останньому випадку мають місце судомні напади, головний біль, запаморочення, осередкові неврологічні симптоми.

Вираженість психопатологічних ознак корелює з проявами захворювання головного мозку. Ретельне обстеження при ознаках особистісного розладу (особливо емоційно-нестійкого, істероїдного, змішаного типів) нерідко (до 5-10%) виявляє

приховано триваючий інфекційний енцефаліт. При психопатоподібній формі шизофренії присутні істинно психотичні симптоми (слухові галюцинації коментуючого або взаємовиключаючого характеру; зовнішній вплив на думки, почуття і спонукання), порушення мислення (незв'язність мислення, злиття думок, неологізми), замкнутість, емоційна холодність.

3.7.1 Параноїдний розлад особистості

Параноїдний розлад особистості зустрічається у 0,5-2,5% населення, частіше у чоловіків. Даний розлад характеризується спадковістю. Зауважимо, що параноїдний розлад особистості і параноїдний синдром (марення переслідування) є абсолютно різними розладами.

Діагностичні критерії

А. Повинні виконуватися загальні критерії особистісного розладу.

Б. Повинні спостерігатися 4 ознаки з наступних:

- 1) надмірна чутливість;
- 2) тенденція бути незадоволеним ким-небудь, відмова прощати образи, заподіяння шкоди, зверхність;
- 3) підозрілість і загальна тенденція до ворожого тлумачення нейтральних або дружніх дій інших людей;
- 4) войовничо-педантичне ставлення до питань, пов'язаних з правами особистості, що не відповідає практичній ситуації;
- 5) поновлення невиправданих підозрінь щодо сексуальної вірності чоловіка або статевого партнера;
- 6) тенденція до переживання своєї підвищеної значущості, що проявляється постійним віднесенням того, що відбувається на свій рахунок;
- 7) схильність пояснювати події навколо себе або в світі виходячи зі “змовницьких намірів”.

3.7.2 Шизоїдний розлад особистості

Розлад зустрічається в 7-7,5% населення, причому в 2 рази частіше у чоловіків. Зауважимо, що шизоїдний розлад особистості і шизофренія є абсолютно різними розладами.

Діагностичні критерії

А. Повинні виконуватися загальні критерії особистісного розладу.

Б. Повинні спостерігатися мінімум 4 ознаки з наступних:

- 1) рідко або ніколи не отримують задоволення;
- 2) емоційна холодність, відчуженість;
- 3) обмежена здатність відчувати теплі, ніжні почуття або гнів по відношенню до оточуючих;
- 4) байдужість до похвали або критики з боку оточуючих;
- 5) невелике бажання сексуальних відносин або взагалі їх відсутність;
- 6) постійна перевага усамітненої діяльності;
- 7) схильність до фантазій і самоспостереження;
- 8) відсутність близьких друзів, довірчих зв'язків або бажання мати такі зв'язки;
- 9) помітне ненавмисне ігнорування домінуючих соціальних норм і умовностей.

Клініка

Основна риса цих пацієнтів – замкнутість. Є мала здатність до співпереживання (емпатії) та інтуїції. Нерідко вони мають оригінальне мислення в сферах, не пов'язаних з людськими відносинами, і досягають великих успіхів в математиці, логіці або астрономії.

Шизоїдний розлад часто зустрічається серед старих дів або холостяків.

3.7.3 Дисоціальний розлад особистості

Дисоціальний розлад зустрічається у 3% чоловіків і 1% жінок. Серед мешканців в'язниць особи з даним типом особистісного розладу складають 47% серед чоловіків і 21% жінок.

У розвитку даного розладу має місце спадковість, що доводиться підвищеним ризиком розвитку розладу у дітей, що мали батьків з дисоціальним розладом, навіть у випадку, коли вихованням займаються прийомні батьки. Часто в анамнезі у пацієнтів виявляється рання втрата батьків, недостатня турбота матері і дисоціальні батьки. Дисоціальний розлад особистості, теж саме – *антисоціальний розлад особистості, соціопатія*; застарілі назви – *розлад особистості емоційно малоздібних, антисоціальна психопатія, гебоїдна психопатія, психопатія*) – розлад особистості, що характеризується ігноруванням соціальних норм, імпульсивністю, агресивністю і вкрай обмеженою здатністю формувати прив'язаності.

Особистісний розлад, що зазвичай привертає до себе увагу грубою невідповідністю між поведінкою і прийнятими соціальними нормами і характеризується наступним (діагностується за наявності загальних діагностичних критеріїв розладу особистості за трьома і більше критеріями):

- а) безсердечна байдужість до почуттів інших;
- б) груба і стійка позиція безвідповідальності і зневаги соціальними правилами і обов'язками;
- в) нездатність підтримувати взаємовідносини за відсутності ускладнень в їх становленні;
- г) вкрай низька здатність витримувати фрустрацію, а також низький поріг розряду агресії, включаючи насильство;
- д) нездатність відчувати почуття провини і отримувати користь з життєвого досвіду, особливо покарання;
- е) виражена схильність звинувачувати оточуючих або висувати добропристойні пояснення своєї поведінки, що приводить суб'єкта до конфлікту з суспільством.

В якості додаткової ознаки може мати місце постійна дратівливість. У дитячому та підлітковому віці підтвердженням діагнозу може бути розлад поведінки, хоча він і не є обов'язковим.

Для цього розладу рекомендується враховувати співвідношення культурних норм і регіональних соціальних умов для визначення правил і обов'язків, що ігноруються пацієнтом.

Включаються:

- соціопатичний розлад;
- соціопатична особистість;
- аморальна особистість;
- асоціальна особистість;
- антисоціальний розлад;
- антисоціальна особистість;
- психопатичний розлад особистості.

Виключаються:

- розлади поведінки (F91);
- емоційно нестійкий розлад особистості (F60.3).

За DSM-IV для діагностування необхідно, крім загальних критеріїв розладу особистості, наявність трьох і більше з наведених нижче пунктів.

1. Нездатність відповідати соціальним нормам, поважати закони, що виявляється в систематичному їх порушенні, що приводить до арештів.

2. Лицемірство, що виявляється в частій брехні, використанні псевдонімів, або обмані оточуючих з метою отримання вигоди.

3. Імпульсивність.

4. Дратівливість і агресивність, що проявляються в частих бійках або інших фізичних сутичках.

5. Ризикованість без урахування безпеки для себе і оточуючих.

6. Послідовна безвідповідальність, що виявляється в періодичній нездатності витримувати певний режим роботи або виконувати фінансові зобов'язання.

7. Відсутність співчуття, що виявляється в раціоналізації або байдужому ставленні до заподіяння шкоди іншим, поганого поводження з іншими або крадіжки у інших людей.

Антисоціальна поведінка не повинна бути виявлена тільки протягом епізоду шизофренії або манії.

У роботах П.Б. Ганнушкіна про конституціональні психопатії аналогом дисоціального розладу особистості виступає “антисоціальна психопатія”. Доктор філософії з експериментальної психології, відомий дослідник в області кримінальної психології,

Роберт Д. Хаер використовує в своїх роботах слово “психопат” для позначення людей з даним типом розладу особистості.

У роботах Н. Мак-Вільямс дисоціальний розлад особистості описується в рамках поняття “психопатична особистість” і його синоніму “антисоціальна особистість”. Н. Мак-Вільямс описує цей розлад особистості як такий, що базується на глибинній нездатності (або вкрай ослабленій здатності) формувати прив’язаності до інших людей, в тому числі до власних батьків і дітей. З її точки зору соціопат не бачить прив’язаностей і між іншими людьми і інтерпретує їх стосунки винятково як взаємну маніпуляцію. У відповідності зі своїм сприйняттям суспільства соціопат будує і свої відносини з оточуючими людьми: на маніпуляціях, заради задоволення власних бажань. Оскільки прив’язаностей у соціопата немає, чужі потреби і бажання для нього не мають ніякої цінності і він діє, орієнтуючись тільки на свої власні. Оскільки він не очікує, що хтось буде враховувати його власні потреби, єдиний довгостроковий план по забезпеченню безпечного співіснування з суспільством, який він може вибудувати – це “змусити всіх його слухатися”. Від оточуючих соціопат очікує того ж і, як наслідок, не бачить довгострокової користі від дотримання соціальних норм, в тому числі і юридично закріплених: суспільні норми і норми моралі сприймаються антисоціальним психопатом як засоби примусу і маніпуляції. Соціопати не бентежачись брешуть і вчиняють протиправні дії. У більшості випадків їх спонукає до дії своя власна вигода / невигода, але тільки в короткостроковому плані. Діють імпульсивно і не схильні до планування. Обмеження свободи і реалізації їх бажань сприймають важко, намагаються перешкоджати цьому доступними їм методами в основному за допомогою погроз або застосування фізичної сили. Відмову від застосування силових методів сприймають як слабкість. Можуть деякий час справляти вкрай позитивне враження, щоб згодом використовувати його для своєї вигоди. Не відчують докорів совісті, а точніше – не мають совісті або наділені нею у вкрай недорозвиненій формі (розвиток совісті безпосередньо пов’язаний з формуванням почуття прив’язаності).

Важливо розуміти, що такі люди цілком “розуміють” соціальні норми, але ігнорують їх. Вони здатні взаємодіяти з суспільством за його правилами, але не відчують потреби в цьому і погано контролюють власну імпульсивність.

Згідно визначенню Е. Берна, соціопати бувають двох типів.

• Перший тип, *латентний* або *пасивний соціопат*, більшу частину часу поводить цілком пристойно, приймаючи керування якого-небудь зовнішнього авторитету, наприклад релігії або закону, або прив’язуючись часом до якої-небудь більш сильною особистості, яка розглядається як ідеал (мова йде тут не про тих, хто користується релігією або законом для спрямованості совісті, а про тих, хто користується такими доктринами замість совісті). Ці люди керуються не звичайним розумінням пристойності і людяності, а всього лише живуть у відповідності до прийнятого ними тлумачення того, що написано в “книзі”.

• Другий тип – *активний соціопат*. Він позбавлений як внутрішньої, так і зовнішньої стриманості. Якщо і може на деякий час вгамувати себе і надіти “маску” порядності (особливо в присутності осіб, які очікують від нього пристойної і відповідальної поведінки), але як тільки такі соціопати опиняються поза межею досяжності авторитетних для нього осіб, які вимагають хорошої поведінки, вони негайно перестають себе стримувати. До характерних видів девіантної поведінки при соціопатії можуть належати:

- прямо кримінальні – сексуальні напади на людей, вбивства з хуліганських спонукань або шахрайства;

- такі, що формально не караються, але засуджуються суспільством – неадекватна поведінка водіїв на дорозі, цілеспрямоване ухилення від виконання обов’язків на роботі, дрібні пакості оточуючим. “Некримінальні” соціопати, тим не менш, не піклуються про безпеку або додаткову працю, яку через них вимушені будуть виконувати інші люди, і байдужі до їх можливих втрат.

Існують також і додаткові проблеми. Антисоціальні психопати нетерплячі і дратівливі. Їм важко довільно утримувати увагу на

чомусь одному. Як наслідок, мають значні труднощі з навчанням, не схильні до систематичної праці. Можуть часто критикувати інших, але ніколи – себе; воліють списувати свої помилки на обставини і оточуючих. Соціопати також часто не усвідомлюють своїх емоцій, особливо негативних, і по суті не відчують їх. Це пов'язано з тим, що у них сильно розвинене “відреагування”.

Риси особистості антисоціальних психопатів часто приводять їх до скоєння злочинів і, як наслідок, до перебування у в'язниці, проте вони ніколи не шкодують про вчинення злочину, а тільки про те, що попалися на цьому. Також можуть самореалізовуватися в якості лідерів сект, злочинних і шахрайських груп. Нерідко стають наркоманами або зловживають алкоголем, але не стільки тому, що уникають реальності, скільки тому, що потурають своїм бажанням.

Діагностичні критерії

А. Повинні виконуватися загальні критерії особистісного розладу.

Б. Наявність мінімум 3 ознак з наступних:

- 1) безсердечність або байдужість до почуттів інших;
- 2) чітка і стійка безвідповідальність і нехтування соціальними нормами, правилами і обов'язками;
- 3) нездатність підтримувати взаємовідносини з іншими людьми, при відсутності труднощів у їх встановленні;
- 4) вкрай низький поріг розряду агресії і насильства;
- 5) нездатність переживати почуття провини, жалю і отримувати користь з життєвого досвіду, особливо покарання;
- 6) виражена схильність звинувачувати оточуючих або висувати благовидні пояснення своїй антисоціальній поведінці.

Клініка

Основна риса – антисуспільна поведінка з ігноруванням прав оточуючих. Дисоціальний розлад особистості проявляється агресивністю і тривалою історією грубих порушень соціальних норм. В дитинстві мали місце часті втечі, крадіжки, прогулювання уроків. У віці близько 15 років характерним є вживання алкоголю і наркотиків, переривання навчання. Пік антисоціальної поведінки припадає на пізній підлітковий вік.

Характерні брехливість, прогули на роботі, крадіжки, алкоголізм, наркоманія, маніпуляція оточуючими, включаючи і соматизовані скарги.

Часто ці люди першими починають бійки. Практично ніколи не підтримують моногамних зв'язків більше 1 року. Однак нерідко люди з дисоціальним розладом особистості мають привабливу зовнішність, під час бесіди складають враження спокійної людини, якій Ви довіряєте, і здатні обдурити навіть досвідченого лікаря. Варто зауважити, що часто наявний хороший інтелект і лідерські якості.

Людей з даними розладом ділять на два типи. Пацієнти з латентним або пасивним типом, більшу частину часу ведуть себе пристойно, керуючись зовнішнім авторитетом (релігія, закон, сильна особистість). Ці люди діють на підставі зовнішніх правил, а не внутрішніх регуляторів поведінки (людяність, порядність, совість).

Пацієнти з активним типом позбавлені як внутрішніх, так і зовнішніх регуляторів і лише на нетривалий час можуть надіти маску доброчесності. Нерідко поведінка людей не виходить за межі кримінальної відповідальності, проявляючись лише в недбалому водінні автомашини, байдикуванні на роботі, плітках і т.д. З цих людей формується не тільки контингент злочинців, а й жорстоких, безсердечних тюремників.

У період пізньої юності або зрілого віку відбувається поступове зменшення вираженості дисоціальних рис. В середньому віці тільки 1/3 пацієнтів зберігає дисоціальну поведінку, а після 65 років їх вже не зустрінеш.

Диференціальна діагностика

Багато рис, дісоціального розладу особистості схожі з проявами педагогічної запущеності. У сім'ях алкоголіків і колишніх ув'язнених, у вуличних компаніях негативний вплив оточення призводить до недисциплінованості, пропусків занять і роботи, брехливості, правопорушень і т.д. Але, на відміну від розладу особистості, немає тотальності і стійкості відхилень, порушень критики, некерованості поведінкою, труднощів адаптації.

При психопатоподібній формі шизофренії присутні істинно психотичні симптоми (слухові галюцинації, що носять коментуючий або взаємовиключений характер; зовнішній вплив на думки, почуття і спонукання), порушення мислення (незв'язність мислення, злиття думок, неологізми), замкнутість, емоційна холодність.

3.7.4 Емоційно-лабільний розлад особистості

Імпульсивний тип

Розлад зустрічається рідко і переважно серед чоловіків.

Діагностичні критерії

А. Повинні виконуватися загальні критерії особистісного розладу.

Б. Наявність мінімум 3 ознак з наступних, причому одна з них повинна бути *друга (2)*:

1) виражена тенденція до несподіваних дій, не беручи до уваги наслідків;

2) виражена тенденція до конфліктної поведінки, особливо коли хтось намагається перешкодити імпульсивним вчинкам або впливати на них;

3) схильність до спалахів гніву або насильства з нездатністю контролювати “поведінкові вибухи”, які є результатом цих емоцій;

4) труднощі в продовженні дій, які не обіцяють негайної винагороди;

5) нестабільний і примхливий настрій.

Клініка

Основною рисою розладу є епізоди втрати контролю над агресивними імпульсами. Спалах агресії виникає при явно неадекватній причини для такої поведінки. Період наростання внутрішньої напруги до агресивної поведінки становить кілька хвилин-годин. Приступ швидко закінчується і пацієнти, на відміну від дисоціального розладу особистості, висловлюють жаль з приводу того, що трапилось.

3.7.5 Граничний розлад особистості

Граничний розлад особистості зустрічається у 1-2% населення, причому у жінок в 2 рази частіше, ніж у чоловіків. Назва розладу обумовлена уявою про проміжне знаходження між невротичними, афективними, особистісними розладами та шизофренією. Має місце спадковість до даного розладу. До 70% людей, які мають цей розлад, переживали в дитинстві сексуальне насильство.

Діагностичні критерії

А. Повинні виконуватися загальні критерії особистісного розладу.

Б. Повинні бути в наявності мінімум три критерії Б для імпульсивного типу і додатково два з наступних:

- 1) розлад сприйняття себе, своїх цілей і внутрішніх переваг (кар'єри, друзів, цінностей), включаючи сексуальні;
- 2) схильність встановлювати інтенсивні і нестабільні взаємовідносини, які часто призводять до емоційних криз;
- 3) надмірні зусилля з уникання усамітнення;
- 4) періодичні погрози і акти самоушкодження;
- 5) хронічне відчуття внутрішньої порожнечі.

3.7.6 Істеричний розлад особистості

Історично цей розлад пов'язували з уявою про “сказ”, що призвело до появи терміну “істерія”. Розлад зустрічається у 2-3% населення, в основному серед жінок. Має місце спадковість, що виявляється в підвищенні частоти розладу серед найближчих родичів (діти, батьки).

Діагностичні критерії

А. Повинні виконуватися загальні критерії особистісного розладу.

Б. Повинні мати місце мінімум 4 ознаки з наступних:

- 1) показовий характер, театральність і перебільшене вираження емоцій;
- 2) сугестивність, легке потрапляння під вплив оточуючих або ситуативних впливів;
- 3) поверхнева і лабільна емоційність;
- 4) постійний пошук збуджуючих переживань і діяльності, при якій індивідуум знаходиться в центрі уваги;
- 5) неадекватне підкреслення своєї сексуальності в зовнішньому вигляді і поведінці;
- 6) підвищена стурбованість зовнішньою привабливістю.

Клініка

Основна риса – бажання визнання, пошук уваги оточуючих. З цих осіб нерідко формуються патологічні брехуни (псевдологи), аферисти, віщунки, шарлатани. Для задоволення потреби визнання використовується все, що можливо, включаючи представлення себе більш важним, ніж є насправді, хвастощі, авантюризм, ексцентричність в одязі, брехня. На відміну від людей, які з дитинства легко і успішно брешуть, характеризуються недалекоглядністю і нездатністю вчитися на власному досвіді, а також інші ознаки розладу особистості.

Неувага до себе, особливо байдужість, є найбільш вразливим місцем цих пацієнтів. Пацієнт не може виносити перешкод на шляху до досягнення мети (фрустрації) і затримки в отриманні винагороди. Також відзначають схильність до маніпуляції оточуючими для задоволення своїх потреб, образливість. Існує підвищена сугестивність щодо бажаних думок.

Пацієнти надто прагнуть до контактів, легко і швидко зав'язують поверхневі знайомства, але створювати і підтримувати глибокі і міцні зв'язки вони не здатні. У прагненні до спілкування і знайомств особи з істеричним розладом не соромляться, ігноруючи почуття дистанції, не відступають і навіть нав'язуються.

Під час кризів можуть розвинутиися конверсійні симптоми у формі порушень ходьби, “випадання” чутливості, припадків. Можливі суїцидальні спроби демонстративного характеру.

Часто розлад поєднується з соматизованими симптомами і функціональними розладами внутрішніх органів. Симптоми дуже варіабельні, але патологічна поведінка має постійний характер. Пацієнти налаштовані на те, щоб їх вважали органічно хворими і лікували. У пошуках співчуття вони зазвичай переходять від одного лікаря до іншого.

З віком істеричні симптоми слабшають, кризи бувають все рідше і рідше, проте визначальні риси особистості зберігаються.

При істеричному розладі особистості часто зустрічається алкогольна залежність, конверсійні і соматизовані розлади. Зустрічається і рекурентний депресивний розлад, що супроводжується нерідко суїцидальними жестами і погрозами.

3.7.7 Залежний розлад особистості

Розлад зустрічається рідко – до 2,5% всіх розладів особистості, частіше у жінок.

Діагностичні критерії

А. Повинні виконуватися загальні критерії особистісного розладу.

Б. Повинні бути присутніми мінімум 4 ознаки з наступних:

- 1) активне або пасивне перекладання на інших здебільшого важливих рішень у своєму житті;
- 2) підпорядкування своїх власних потреб потребам інших людей, від яких залежить пацієнт, і неадекватна податливість їхнім бажанням;
- 3) небажання пред'являти навіть розумні вимоги людям, від яких пацієнт знаходиться в залежності;
- 4) почуття безпорадності і дискомфорту на самоті через надмірний страх нездатності до самостійного життя;
- 5) страх бути покинутим особою, з якою існує тісний зв'язок, і залишитися самотнім;
- 6) обмежена здатність приймати повсякденні рішення без інтенсивних порад і підбадьорення з боку інших осіб.

Клініка

Основна риса – невпевненість в собі і низька самооцінка. Жінки залежного типу живуть з чоловіком, який зловживає алкоголем, зраджує, терплячи побої і приниження. Залежні особистості бояться самотності і не обмежують соціальні контакти.

При кризах пацієнти мають численні соматизовані скарги. У цих хворих часто розвивається генералізований тривожний розлад, депресія, алкогольна залежність. З віком кризи стають все рідше і рідше.

3.7.8 Тривожний розлад особистості

На тривожний розлад страждають близько 0,05-1% населення. У дитинстві ці люди переживали часті образи з боку батьків і після цього довго відчували себе винуватими і неадекватними. Нестача комфорту і захисту в дитинстві також сприяє розвитку даного розладу. Ряд дослідників розглядає ці розлади в рамках соціальних фобій.

Діагностичні критерії

А. Повинні виконуватися загальні критерії особистісного розладу.

Б. Повинні бути присутніми мінімум 4 ознаки з наступних:

- 1) постійне відчуття напруженості і важкі передчуття;
- 2) переконаність у своїй соціальній нездатності, непривабливості й малоцінності в порівнянні з іншими;
- 3) підвищена стурбованість критикою на свою адресу або неприйняттям з боку інших осіб;
- 4) небажання вступати у відносини без гарантії сподобатися;
- 5) обмеження життєвого укладу через потребу у фізичній безпеці;
- 6) ухилення від професійної і соціальної діяльності, пов'язаної з частими міжособистісними контактами, внаслідок страху критики, осудження або відкидання.

Клініка

Основна риса – боязкість і сором'язливість. Пацієнти дуже чутливі і вразливі, їх дуже легко образити. Особи з таким розладом намагаються уникати міжлюдських відносин, крім найнеобхідніших. На відміну від шизоїдів, у колі близьких друзів пацієнти дуже товариські. Під час військової служби пацієнти відчують себе значно краще, оскільки в таких ситуаціях накази виключають необхідність приймати власні рішення.

Кризи протікають зазвичай з депресивними та іпохондричними симптомами. Даний розлад часто супроводжують депресія, панічний розлад, соціальна фобія, алкоголізм, зловживання наркотиками.

3.7.9 Ананкастний розлад особистості

Ананкастний розлад зустрічається у 1-2% населення, значно частіше у чоловіків. Серед факторів, що впливають на розвиток розладу відмічають: спадковість, виховання жорсткими і раціональними батьками, які прищеплюють дітям постійний контроль над собою, дисциплінованість і дорослу поведінку.

Діагностичні критерії

А. Повинні виконуватися загальні критерії особистісного розладу.

Б. Повинні спостерігатися мінімум 4 ознаки з наступних:

- 1) надмірна схильність до сумнівів і обережності;
- 2) стурбованість деталями, правилами, порядком, організацією в такій мірі, що втрачається основна ідея роботи (педантизм);
- 3) прагнення до досконалості (перфекціонізм), яке заважає виконати завдання;
- 4) надмірна сумлінність, скрупульозність;
- 5) неадекватна заклопотаність роботою, що шкодить дозвіллю, сім'ї, дружбі;
- 6) надмірна педантичність і прихильність соціальним умовам;
- 7) ригідність і упертість;

8) необґрунтована наполеглива вимога, що полягає в тому, щоб інші поступали так само як і вони, або необґрунтоване небажання дозволити іншим робити що-небудь, оскільки вони зроблять не так як треба.

Клініка

Основні риси – прагнення до досконалості і відсутність гнучкості. Зазвичай у пацієнтів емоції бідні з вузьким спектром, відсутнє почуття гумору. Пацієнти не надають значення своїм почуттям, вважаючи за краще логіку, часто використовують такі методи психологічного захисту як раціоналізація і інтелектуалізація. Такі люди мають вузьке коло друзів і, як правило, стабільні сім'ї.

Пацієнти часто вільний час присвячують роботі (“трудоголіки”). Разом з тим, відзначається мала здатність до адміністративної та практичної (пов'язаної з тонкими ручними операціями) роботи.

Хороша компенсація досягається часто за рахунок творчої духовної діяльності, наприклад, в художній фотографії або літературній діяльності. Пацієнти з даним типом розладу мають підвищений ризик розвитку обсесивно-компульсивного розладу, депресії, соматоформних розладів, іпохондрії, панічного розладу, параної.

3.7.10 Нарцисичний розлад особистості

Нарцисичний розлад особистості не виділяють в окрему рубрику в класифікації МКХ-10, хоча ознаки цього розладу зустрічаються в 0,8% популяції. Наведемо діагностичні критерії американської класифікації психічних хвороб.

Діагностичні критерії DSM-IV

Уявлення про власну велич (що виражається в фантазіях і поведінці), потреба в захопленні з боку оточуючих і неможливість співпереживання вперше виникають в підлітковому віці. Про наявність свідчить не менше 5 симптомів з наступних:

- 1) наявність завищеної самооцінки (наприклад, перебільшують свої досягнення і здібності, очікують загальної захопленості і звеличення своїх досягнень без відповідних заслуг);
- 2) схильність до фантазій про грандіозний успіх, необмежену владу, красу чи ідеальну любов;
- 3) переконаність у своїй унікальності, можливості бути зрозумілими і прийнятими тільки собі подібними людьми, особливими або тими, хто займає високе положення;
- 4) потреба надмірного поклоніння і захоплення;
- 5) необґрунтоване уявлення про своє право на привілейоване “пільгове” положення, автоматичне задоволення бажань;
- 6) схильність експлуатувати і використовувати інших людей для досягнення своїх цілей;
- 7) неможливість проявляти співчуття, небажання розуміти почуття і потреби оточуючих або ставити себе на їх місце;
- 8) заздрісність до оточуючих і переконання, що інші заздрять йому;
- 9) поведінка або погляди відрізняються зарозумілістю, самовпевненістю, пихатістю.

Клініка

Нарциси вважають себе особливими людьми і чекають до себе відповідного своєму значенню відношення. Вони прагнуть до слави, похвали, обожнювання і погано переносять критику. Нарцисичні особистості не бажають дотримуватись звичайних правил і не здатні до емпатії. Погано переживають старіння.

3.8 Хронічна зміна особистості після катастрофи

F62 Хронічні зміни особистості, не пов'язані з важким пошкодженням або захворюванням мозку.

F62.0 Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи

Діагностичні критерії

Для постановки діагнозу необхідна наявність наступних ознак:

А. Дані (з анамнезу або від ключових інформантів) про виразні і постійній зміні типу особистісного сприйняття, способу взаємин і оцінки себе і оточення слідом за переживанням катастрофи (наприклад, після перебування в полоні, в заручниках, тортур, стихійного лиха, тривалого перебування в небезпечній для життя ситуації).

Б. Зміна особистості має бути суттєвою і виявляти неперекорні і неадаптивні риси, на що вказує наявність мінімум двох ознак з числа наступних:

1) постійна ворожість або недовірливість до світу в особистості, яка і раніше не виявляла подібних рис;

2) соціальна аутизація (ухилення від контактів з людьми, за винятком декількох близьких родичів, з якими проживає хворий), що не обумовлено наявним на даний момент психічним розладом, таким як розлад настрою (афективний);

3) постійне відчуття порожнечі або безнадійності, що не обмежується дискретним епізодом (переривчастістю) розладів настрою і не відзначалося до переживання катастрофи; це може поєднуватися з підвищеною залежністю від інших, нездатністю висловлювати негативні або агресивні почуття і тривалим депресивним настроєм без вказівок на депресивний розлад до катастрофи;

4) хронічне відчуття існування “на межі” або під загрозою при відсутності зовнішніх причин для цього, про що свідчить підвищений рівень неспання і дратівливості у індивідуума, який раніше не відзначав подібних рис; цей хронічний стан внутрішньої напруженості і почуття загрози може поєднуватися з тенденцією до надмірної алкоголізації або вживання наркотиків;

5) постійне відчуття зміненості або відмінності від інших (відчуженості); це почуття може поєднуватися з переживанням емоційного оніміння.

В. Зміна має обумовлювати або суттєве порушення особистісного функціонування в повсякденному житті, або особистісний дистрес, або несприятливий вплив на соціальне середовище.

Г. Особистісна зміна повинна розвиватися після переживання катастрофи без вказівок в анамнезі на попередній розлад зрілої особистості або акцентуацію характеру, або розлади

особистості або розвитку в дитячому або підлітковому віці, які могли б пояснити наявні в даний час особливості особистості.

Д. Особистісна зміна має спостерігатися мінімум 2 роки. Вона не пов'язана з епізодами іншого психічного розладу (крім посттравматичного стресового розладу) і не може бути пояснена важким пошкодженням або захворюванням головного мозку.

Е. Особистісній зміні, що відповідає перерахованим вище критеріям, часто передують посттравматичний стресовий розлад (F43.1). Симптоми цих двох станів можуть частково збігатися і особистісна зміна може бути хронічним результатом посттравматичного стресового розладу. Проте, діагноз хронічної зміни особистості, в цих випадках, повинен встановлюватися тільки якщо через два роки посттравматичного стресового розладу протягом ще мінімум двох років відзначаються перераховані вище критерії.

Клініка

Після екстремального стресу, наприклад, перебування в полоні, можуть сформуватися стійкі зміни особистості з проявами страху, депресії, зниження активності.

Самим важким з переживань в'язнів концтаборів було приниження особистості. Багато з цих людей не можуть працювати під чийось керівництвом, оскільки вони відчувають почуття страху, якщо хтось ними розпоряджається.

Пацієнти відчувають хронічне відчуття переслідування. Часто пацієнти стають нездатними до довірчих міжособистісних відносин і до створення родини.

Даній особистісній зміні часто передують посттравматичний стресовий розлади.

3.9 Алкогольні розлади

Алкогольні розлади досить поширені в нашій країні і за кордоном. За даними Фремінгемського дослідження алкогольні розлади виявляються серед людей у віці 40-79 років у 12,8% чоловіків і 3,8% жінок.

Алкоголь не тільки призводить до психічних дисфункцій, ураження внутрішніх органів, а й нерідко сприяє загостренню наявних хронічних захворювань.

Всмоктування і метаболізм етанолу

В організмі людини виробляється ендогенний алкоголь, але в дуже малих кількостях – всього близько 0,5-1,5 г на добу. Після прийому алкоголю всередину всмоктування в невеликих кількостях починається вже зі слизової рота, в шлунку всмоктується близько 20%, а основна доза (близько 80%) в тонкому кишечнику. Повністю алкоголь всмоктується в середньому за 2 години. Швидкість всмоктування підвищується при високій температурі або присутності вуглекислого газу, зменшується при низькій температурі або наявності в шлунку їжі.

Після прийому алкоголю на порожній шлунок максимальна концентрація етанолу в крові спостерігається в середньому через 45 хвилин, після легкої закуски – через 60 хвилин, після звичайної їжі – через 90 хвилин, а при переїданні – через 120 хвилин. Пік концентрації етанолу в крові також залежить від виду алкогольного напою: після нерозведеного віскі – в середньому через 35 хвилин, після розведеного віскі – через 37 хвилин, після прийому пива – через 40 хвилин, а після шампанського – через 52 хвилини.

Розподіл етанолу в організмі визначається співвідношенням води і жирової тканини в організмі. Оскільки вміст жиру щодо ваги тіла в організмі жінок вище, отже, обсяг розподілу етанолу менше. Прийом однакової кількості етанолу призводить до більш високої концентрації в крові жінки, ніж у чоловіка з рівною вагою.

Основна кількість етанолу (90-98%) піддається окисленню ферментом алкогольдегідрогеназою до оцтового альдегіду в печінці і, в меншій мірі, в шлунку. Далі токсичний оцтовий альдегід під дією альдегіддегідрогенази, що рівномірно розподіляється в організмі, перетворюється в нетоксичний ацетат і далі метаболізується до води і вуглекислого газу.

В незміненому вигляді з сечею, калом, потом і повітрям, що видихається, виділяється близько 2-10% етанолу.

При нормальній функції печінки швидкість окислення етанолу становить в середньому близько 120 мг / кг*год етанолу (близько 10 г етанолу або 25 г 40% алкоголю в годину). Тому розумно почекати, принаймні, 1 год після прийому кожних 1-2 доз спиртного. Повністю метаболізується і виводиться алкоголь при концентрації в крові 0,1% через 6-7 год, а при більш високих концентраціях – через 12-24 год (швидкість в середньому 0,015% на годину).

При повторному вживанні алкоголю протягом 1-2 тижнів толерантність зростає на 30%. Здатність алкогольдегідрогенази окисляти алкоголь генетично детермінована і мало змінюється за умови впливу неспецифічних факторів. Високу толерантність хворих з алкогольною залежністю до великої кількості алкоголю пояснюють підвищенням активності мікросомальної етанол-окислюючої системи печінки, яка функціонує без участі алкогольдегідрогенази, а також “тренованістю” оксидазної системи.

Токсичність етанолу залежить від максимальної концентрації в крові, швидкості її наростання, звички до вживання алкоголю, застосування інших фармакологічних речовин. Домішки, що знаходяться в спиртних напоях (низькомолекулярні спирти – метанол, бутанол, альдегіди, ефіри, гістамін, фенол, свинець, кобальт), також можуть мати негативний вплив на організм.

Гостра інтоксикація

Діагностичні критерії

А. Повинні виконуватися загальні критерії гострої інтоксикації.

Б. Повинна мати місце дисфункціональна поведінка, про що свідчить наявність хоча б однієї ознаки з наступних:

- 1) розгальмування;
- 2) схильність до аргументування;
- 3) конфліктність;
- 4) лабільність настрою;
- 5) порушення уваги;
- 6) порушення мислення;
- 7) зниження розумової і виробничої продуктивності.

В. Повинна спостерігатися хоча б одна з наступних неврологічних ознак:

- 1) хитка (нестійка) хода;
- 2) труднощі в стоячому положенні (проба Ромберга);
- 3) нерозбірливість мови (дизартрія);
- 4) ністагм (*ністагм* – мимовільні коливальні рухи очей високої частоти (до декількох сотень за хвилину). Назва походить від *грец. Νυσταγμός* – дрімота).

Ністагм являє собою ритмічні рухи очних яблук. Розрізняють фізіологічний і патологічний ністагм. Виділяють горизонтальний, вертикальний і обертальний ністагм наступних видів: маятникоподібний, поштовхоподібний, змішаний. Лікуванню

патологічний ністагм практично не піддається. Ністагм, викликаний вживанням алкоголю і деяких наркотичних речовин, зникає при протверезенні і не потребує будь-якого лікування;

5) порушення свідомості (ступор, кома).

Патологічна алкогольна інтоксикація

Діагностичні критерії

А. Повинні виконуватися загальні критерії гострої інтоксикації, за виключенням того, що патологічна інтоксикація розвивається після прийому такої кількості алкоголю, яка є недостатньою для виклику інтоксикації у більшості людей.

Б. Вербальна агресія або фізично агресивна поведінка, які є нетиповими для даної особи в тверезому стані.

В. Інтоксикація розвивається дуже швидко (зазвичай через кілька хвилин) після прийому алкоголю.

Г. Відсутні дані, які вказують на органічне церебральне захворювання або інші психічні розлади.

Клініка

Доза алкоголю, достатня для того, щоб викликати інтоксикацію, вельми відрізняється в залежності від толерантності, темпу абсорбції і метаболізму алкоголю. Наприклад, при підвищеній толерантності до алкоголю у залежних хворих концентрація 0,4-0,5% може не проявлятися зовнішніми ознаками сп'яніння. Тому визначення рівня алкоголю в крові рідко має клінічне значення. Симптоми інтоксикації зазвичай зникають через 12 годин. У вітчизняній наркології виділяють 3 ступеня алкогольного сп'яніння:

1 ступінь (легкий). При легкому ступені алкогольного сп'яніння зміни психічної діяльності незначні. Відзначаються вегетативні реакції: гіперемія шкіри, ін'єкція склер (ін'єкція судин кон'юнктиви склер обумовлює червоне забарвлення очей), підвищена пітливість, тахікардія, підвищення артеріального тиску, прискорене дихання, а також ністагм, розширення зіниць. Порушення рухової сфери проявляється в зміні ходи, похитуванні при ходьбі з швидкими поворотами, нестійкості в позі Ромберга, неточність виконання точних рухів і координаторних проб. Поліпшується настрій, переважають приємні думки і асоціації, виникає відчуття бадьорості і достатку. Виникаючі в цьому стані неприємності нерідко сприймаються спокійніше і простіше. Показано, що протитривожний ефект алкоголю близький до дії

бензодіазепінів. Знижується цензура до власних слів і вчинків, розгальмовуються потяги, в тому числі і сексуальні. Спостерігається балакучість, легке відволікання, знижується обсяг і якість виконуваної роботи. Зазвичай через кілька годин настрої поступово нормалізуються, а іноді з'являється млявість і сонливість. Концентрація алкоголю в крові при нормальній толерантності 1-2 г/л (1-2 ‰, 0,1-0,2%, 20-50 мл етанолу). У країнах Європейського Союзу для огляду водіїв транспортних засобів введені єдині норми допустимого вмісту алкоголю в крові на рівні 0,5 г/л (0,05%, 0,5 ‰).

У нас в країні стан сп'яніння встановлюється на підставі тестування вмісту алкоголю на рівні 0,3 г/л і більше (0,03%, 0,3 ‰) в крові або 0,15 мг/л і більше у повітрі, що видихається.

2 ступінь (середній). Відзначаються більш виражені зміни психічної діяльності: неправильна оцінка ситуації, загальмованість або збудження, агресія, дизартрія, слинотеча. Вегетативні розлади проявляються у вигляді гіперемії або збліднення шкірних покривів і слизових оболонок, почастищення пульсу, дихання, коливання артеріального тиску, пітливість. Спостерігається розширення зіниць, млява фотореакція, ністагм, хиткість ходи, нестійкість в позі Ромберга, виразні порушення координаторних проб, зниження сухожильних рефлексів, больової чутливості. З'являються мінущі епізоди роздратування, невдоволення і образи. Виявляються приховані особистісні тенденції: еротичність, амбітність, іноді істерична поведінка з фантазуванням, вигадками, пустощами. Навколишня ситуація оцінюється фрагментарно. Підвищується самооцінка. Значно знижена критика і посилене рухове розгальмування сприяють імпульсивним вчинкам, включаючи і протиправні. Зазвичай сп'яніння змінюється глибоким сном, після якого відчуваються наслідки інтоксикації: слабкість, розбитість, дратівливість, пригнічений настрій, спрага, важкість в голові, неприємні відчуття в області серця. Деякі події згадуються нечітко.

Концентрація алкоголю в крові становить 2-3 г/л (0,2-0,3%, 40-100 мл етанолу).

3 ступінь (важкий). Відзначається порушення орієнтування, загальмованість, сонливість, мала доступність контакту, нерозуміння змісту запитань, тахікардія, артеріальна гіпотонія, блідість шкіри і слизових оболонок, слабка реакція зіниць на світло, ністагм, різке порушення ходи, нездатність самотійно стояти і

виконувати цілеспрямовані дії, зниження сухожильних рефлексів, зниження корнеальних рефлексів. Корнеальний, або рогівковий рефлекс – один з безумовних рефлексів. Спрацьовує при торканні рогівки ока, проявляючись змиканням очної щілини. Рогівка забезпечена спеціальним шаром чутливих клітин, пов'язаних з нервовими волокнами трійчастого і лицьового нервів. Рефлекс спрямований забезпечити збереження рогівки в разі ризику механічного або іншого ушкодження. Перевірку на збереження рогівкового рефлексу проводять анестезіологи: при зануренні в глибокий наркоз рефлекс повинен пропасти повністю. Зіниці розширені, але при переході в алкогольну кому зіниці можуть бути звужені.

Концентрація алкоголю в крові становить 3-4 г/л (0,3-0,4%, 80-200 мл етанолу).

При концентрації алкоголю більше 0,4% може розвинутиися коматозний стан. При алкогольній комі відзначаються порушення свідомості, відсутність реакцій на оточуючих, важкі вегетативні реакції, порушення серцево-судинної діяльності, різке зниження м'язового тону, відсутність больових, рогівкових, сухожильних рефлексів, патологічні рефлекси, гіперкінези. Можливі мимовільне сечовипускання, дефекація, розлади дихання, зіниці розширені, а реакція їх на світло відсутня.

Смерть зазвичай настає в осіб, які епізодично випивають, при концентрації алкоголю 6-8 г/л (200-300 мл етанолу). У той же час, летальний результат можливий і при більш низькій концентрації, наприклад, 3-5 г/л (100-150 мл). З іншого боку, іноді прийом 600-800 мл алкоголю не призводить до смерті.

Впливає швидкість прийому алкоголю (смерть зазвичай настає при прийомі 300-400 мл 96% етанолу за годину або 250 мл за 30 хвилин при нормальній толерантності до алкоголю). Причинами смерті можуть бути пряме пригнічення дихання, гостра серцево-судинна недостатність, гіпоглікемічна кома, аспірація або травми. Смерть від інтоксикації розвивається в перші години або через 1-2 дня після зловживання.

Клініка

Для постановки діагнозу повинні бути чіткі дані, що вживання алкоголю зумовило або в значній мірі сприяло розвитку соматичних (наприклад, гепатит або панкреатит) або психологічних (наприклад, депресія, порушення суджень або поведінки)

шкідливих змін, які можуть привести до інвалідизації або несприятливо відобразитися на міжособистісних і професійних відносинах.

Для діагностики ризикованого вживання або вживання алкоголю зі шкідливими наслідками можна використовувати опитувальник AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Чутливість опитувальника для виявлення зловживання алкоголю становить 57-97%, а специфічність 78-96%.

Характер вживання повинен зберігатися протягом, щонайменше, одного місяця або, якщо він зберігався більш короткі періоди, то періодично повторювався в попередні 12 місяців.

Несхвалення вживання алкоголю з боку суспільства (арешт) або іншої особи (розірвання шлюбу) не є доказами вживання алкоголю зі шкідливими наслідками.

Гостра інтоксикація або “похмілля” самі по собі також не є достатніми доказами шкоди для здоров’я.

Вживання алкоголю зі шкідливими наслідками не повинно діагностуватися при наявності синдрому залежності, психотичного розладу або іншої специфічної форми розладу.

Середня тривалість життя при зловживанні алкоголем зменшується на 15 років. Основними причинами смерті, в порядку убутання частоти, є: захворювання серця, пухлина, нещасні випадки, суїцид.

Стан відміни

В основі стану відміни або абстинентного синдрому лежить накопичення продукту метаболізму етанолу – оцтового альдегіду (ацетальдегіду), який гірше знешкоджується печінковими ферментами, ніж етанол.

Діагностичні критерії

А. Повинні виконуватися загальні критерії стану відміни.

Б. Повинні бути присутніми будь-які 3 ознаки з наступних:

- 1) тремор язика, повік або витягнутих рук;
- 2) нудота або блювота;
- 3) тахікардія або артеріальна гіпертензія;
- 4) пітливість;
- 5) психомоторне збудження;
- 6) головний біль;
- 7) безсоння;
- 8) почуття нездужання або слабкості;

- 9) минущі зорові, тактильні або слухові галюцинації або ілюзії;
- 10) великі судомні напади.

Клініка

Зазвичай стан відміни розвивається поступово. Спочатку, після важких одноразових ексцесів або декількох днів вживання алкоголю, з'являються легкі симптоми:

- диспепсичні симптоми: відсутність апетиту, нудота, блювота, неприємні відчуття в животі, діарея;
- м'язові симптоми: слабкість, спазми;
- порушення сну: безсоння, кошмари;
- вегетативні симптоми: артеріальна гіпертензія, тахікардія, тремор, пітливість;
- порушення поведінки: дратівливість, агресивність, неспокій, збудження;
- розлад когнітивних функцій: уваги, пам'яті, судження.

Розвиваються вищеописані симптоми частіше через 4-12 годин і в перший час зберігаються не більше 1-2 діб.

При тривалому вживанні алкоголю, зазвичай через 48-96 годин після відміни, з'являються важкі симптоми стану відміни: судоми; потьмарення свідомості; галюцинації; маячня; делірій.

Важкі симптоми поступово зникають на 5-7 день. Іноді деякі ознаки (безсоння, вегетативні симптоми) зберігаються до 2 тижнів і навіть до 6 місяців.

Диференціальна діагностика

Після вживання великих доз алкоголю можлива поява (зазвичай на наступний ранок після сну) симптомів, схожих на прояв стану відміни: головний біль, тремор, анорексія, нудота, діарея, втома ("похмілля"). Для таких станів А.А. Портнова і І.Н. П'ятницька запропонували термін "Постінтоксикаційний стан". Постінтоксикаційний стан переважає серед людей, які вживають легко або помірно (до 45 мл алкоголю в день у чоловіків або до 15 мл у жінок) і приносить значно більший економічний збиток, у порівнянні з проявами алкогольної залежності і соматичними захворюваннями, зумовленими алкоголем.

Однією з важливих причин постінтоксикаційного стану вважають наявність домішок в алкогольному напої.

На відміну від стану відміни, при постінтоксикаційному стані не допомагає прийом алкоголю. Подібні прояви не можна

трактувати і як прояви залежності від алкоголю без наявності інших ознак: порушення контролю, сильного потягу до алкоголю і т.і.

Показання для госпіталізації при стані відміни

Соматичні симптоми: дегідратація, недостатнє харчування, артеріальна гіпотензія, аритмії серця, печінкова декомпенсація, травма, тахікардія > 100 за хв, лихоманка > 38,5°, інфекція.

Психоневрологічні симптоми: сильне збудження, важкі симптоми відміни, у тому числі і в анамнезі, галюцинації, марення, важкий тремор, енцефалопатія Верніке, порушення свідомості, травма голови з втратою свідомості в анамнезі, зловживання наркотиками.

Синдром залежності

За визначенням експертів ВООЗ алкоголіки – це “інтенсивні п’яниці, залежність яких від алкоголю досягає такого ступеня, що виникають явні порушення у фізичному та психічному здоров’ї, в міжлюдських стосунках і професійній діяльності, або ці порушення є продромом такого розвитку і тому потребують лікування”. Таким чином, залежність є основним синдромом алкоголізму.

Фактори ризику алкогольної залежності

Психологічні: самолікування алкоголем, психічні розлади.

Соматичні симптоми: неповна зайнятість, бідність, подружня дисгармонія, стреси на роботі, наслідування дітей дорослим, тиск однолітків над дітьми.

Біологічні: чоловіча стать (80%), батько або брат алкоголік, алкоголізм у біологічних батьків.

Клініка

Перший епізод алкогольної інтоксикації зазвичай реєструється в 15-16 років, а пік виникнення алкогольної залежності припадає на 20-30 років. Тільки після появи багатьох симптомів залежності розвивається синдром відміни.

В американській класифікації DSM-IV виділяють стан зловживання алкоголем близьке до “побутового пияцтва”, що передуює розвитку залежності.

Діагностичні критерії зловживання алкоголем (DSM-IV)

А. Дезадаптивна форма вживання алкоголю визначається, щонайменше, одним з таких симптомів:

1. Постійне вживання алкоголю, незважаючи на усвідомлення власних стійких або періодичних соціальних, психологічних або

пов'язаних зі здоров'ям проблем, обумовлених або загострених під впливом алкоголю.

2. Періодичне використання алкоголю в ситуаціях, при яких його вживання може бути фізично небезпечним (наприклад, керування автомобілем у стані сп'яніння).

3. Повторні проблеми із законом, викликані вживанням алкоголю (наприклад, арешти за порушення громадського порядку).

4) Продовження вживання алкоголю, незважаючи на постійні або періодичні соціальні або міжособистісні проблеми, викликані дією алкоголю (наприклад, сварки з дружиною), або такі, що погіршилися внаслідок його вживання.

Б. Кілька симптомів розладу стійко зберігаються не менше 1 місяця або періодично з'являються протягом більш тривалого часу.

В. Стан пацієнта ніколи не відповідав критеріям залежності від алкоголю.

Залежність може проявлятися в різних формах:

- алкоголізм: використання алкоголю як засобу пом'якшення негативних психологічних явищ або соматичних відчуттів.

- алкоголізм: вживання великих доз алкоголю у відповідних соціальних умовах з нагоди та спокуси, без втрати контролю.

- алкоголізм: втрата контролю, підвищення толерантності, симптоми абстиненції. Постійне вживання великих доз алкоголю з подальшим похміллям.

Типова алкогольна залежність:

- алкоголізм: неповна втрата контролю, нездатність відмовитися від вживання. Постійний щоденний прийом алкоголю в дозах, що не викликають вираженого сп'яніння, але іноді пацієнти бувають тверезими. Після важкого і тривалого алкогольного ексцесу може бути більш-менш тривале утримання;

- алкоголізм: запої (дипсоманія). Пацієнт приймає до 1-2 літрів алкоголю щодня протягом 2-3 днів. Інтервали між запоями тривалі і складають від декількох тижнів до декількох місяців.

Диференціальний діагноз

Алкоголізм може розвиватися повторно (20-30% всіх випадків) при тривожних розладах, соціальних фобіях ("чарка для хоробрості"), посттравматичному стресовому розладі, депресивних розладах, манії, дисоціальному розладі особистості. Іноді дуже важко відрізнити первинну і вторинну форми.

Депресія зазвичай з'являється на початку утримання і проходить протягом 2-3 тижнів. За даними дослідження ЕСА, 10% пацієнтів з рекурентною депресією зловживають алкоголем, а серед пацієнтів з дистимією – 30%. Від 6 до 21% хворих на алкогольну залежність закінчують життя самогубством. Люди можуть систематично вживати невеликі дози або епізодично і регулярно відносно великі дози. У цьому випадку з'являється негативний вплив алкоголю на особистість, професійну діяльність і відносини з оточуючими, але поки що немає ознак залежності – нездоланного потягу до спиртного.

РОЗДІЛ 4

ОСНОВИ ДІАГНОСТИКИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

4.1 Діагностика депресивних розладів

У параграфі 3.1. наводилися приклади прояву депресії. Зупинимося більш детально на психологічній діагностиці депресивних станів.

Етапу діагностики депресивних станів передуює період розпізнавання захворювання, що пов'язано з великою кількістю труднощів. Найбільш значущою проблемою в процесі розпізнавання захворювання є небажання пацієнтів звертатися за професійною допомогою. Стигма, пов'язана з виявленням та лікуванням депресії впливає на поведінку хворих. Найчастіше клієнт відчуває страх з приводу своєї професійної кар'єри, можливі обмеження в просуванні по службі, осуд з боку колег і т.і.

Другою проблемою є те, що багато клієнтів, які мають депресивні розлади звертаються зі скаргами на соматичні симптоми, що представляє собою масковану депресію. Прагнення ігнорувати психологічні симптоми, а особливу увагу приділяти фізичним проявам часто зустрічається у клієнтів з низьким рівнем освіти. Дані випадки часто зустрічаються при зверненні пацієнтів до лікарів загальної практики, які часто не обізнані про тілесні симптоми депресивних розладів.

Ще однією проблемою при виявленні депресивних розладів є недостатньо зрозуміла клінічна картина у хворих з важкими коморбідними захворюваннями (наприклад, рак або інсульт). Вони можуть приховувати симптоми депресії, оскільки ті багато зустрічаються в картині обох захворювань. Крім того, навіть у разі якщо фахівець успішно розпізнає симптоми депресивного розладу, він може кваліфікувати їх як адекватну реакцію на фізіологічне захворювання.

Великою трудностю в процесі виявлення депресії може стати ставлення лікаря (в разі того, якщо хворий звернувся до лікаря-терапевта). Небажання хворого обговорювати психологічні симптоми може посилюватися, якщо він розуміє, що лікар дотримується упереджень соціуму проти психічних захворювань. Бувають випадки,

коли депресивні симптоми не виявлені, так як і фахівцю, і пацієнту комфортніше розмовляти про соматичні прояви. Даний феномен називають “мовчазним зговором”. Крім того, часто лікарі дотримуються думки, що розмови про депресію займають занадто багато часу, не розуміючи, що правильне виявлення форми депресивного розладу на ранній стадії скоротить період терапії.

Для вивчення депресії використовують різні діагностичні шкали, в основі яких лежить оцінка або самооцінка. Дані шкали не є методиками як такими. Вони являють собою набір симптомів, що характеризують депресивний стан.

На основі самооцінки побудовані шкали депресії, які застосовуються як самостійно, так і в складі багатофакторних опитувальників. Однією з таких шкал є шкала депресії Т. Ташева, яка включає 50 тверджень і по якій можна отримати профіль особистості – депресіограму. Часто використовується і психологічна діагностика депресивного стану за допомогою ММРІ. Типовий профіль особистості обстежуваних депресивних хворих характеризується підвищенням по шкалі 2 і помірним підвищенням по шкалі 1 при другому підйомі на шкалах 7 і 8. Профіль знижується за шкалою 9 і трохи підвищується за шкалою 0.

Так само до шкал самооцінки відносять шкалу самооцінки Цунга. Вона призначена для оцінки сили депресивних симптомів і вимірює депресію в цілому. Дана шкала використовується в якості методу попередньої діагностики, порівняльних досліджень, випробувань лікарських засобів. Вона складається з 20 тверджень, що відображають симптом депресії. При нормальному стані показник дорівнює 34 або менше, при депресивному – 50 і більше.

Для об'єктивної оцінки стану хворого використовують шкалу Гамільтона, Раскіна, Монтгометрі-Асберга та ін.

Шкала Гамільтона призначена для виявлення ступеня тяжкості депресивного стану для вирішення клінічних та дослідницьких завдань. Дана шкала ґрунтується на бесіді з хворим. Період оцінки – на тепер і протягом тижня. Класичний варіант складається з 23 пунктів. Кількість балів досліджуваних без депресії дорівнює 0, крайній ступінь – 52 бали.

Шкала депресії А.Т. Бека дозволяє виявити наявність депресії та ступінь тяжкості депресивного розладу: 0-4 бали – депресія відсутня; 5-7 балів – легкий ступінь депресії; 8-15 балів – середній ступінь депресії; 16 і більше балів – високий рівень депресії.

При дослідженні депресивних розладів велике значення приділяється бесіді і спостереженню за поведінковими і емоційними реакціями пацієнта.

До об'єктивних ознак ендогенної депресії відноситься наявність тахікардії, мідріазу, спастичних запорів, сухість у роті та інші вегетативні зміни.

Звертають увагу на ряд зовнішніх ознак депресії: “фігура омеги” (складка між бровами, що нагадує грецьку букву), ознака Верагута (нависання зовнішніх половин верхніх повік) (рис. 3.3) і т.д. Іноді спостерігають рубці – сліди спроб до суїциду.



Рис. 3.3 Симптом Верагута: зліва (справа для порівняння – око здорової людини)

Відносно настрою клієнта запитують про те, який він – добрий чи поганий, чи немає страху, тривоги, тужливого стану. Якщо клієнт не дає певної відповіді, то задають уточнюючі запитання: яким він був раніше і чи не змінився. Особливу увагу приділяють сезонним коливанням. В.Н. Краснов ділить інструменти діагностики депресивних розладів на два види – скринінгові та оціночні. Скринінгові методи призначені для виявлення депресії, а оціночні – для діагностики, оцінки її ступеня тяжкості і визначення форми. Для фахівця максимально важливо поставити правильний диференційний діагноз. Для цього використовують фізичне обстеження, скринінг і бесіду. Порівняльна оцінка витрат часу на проведення деяких тестів представлена в таблиці 4.1.

Таблиця 4.1

Опитувальники для оцінки психосоціальних факторів ризику

| Фактор ризику | Опитувальник | Кількість запитань | Час,хв / тест | Оцінка |
|---------------|-----------------------------------|--------------------|---------------|--------|
| Депресія | 1.Hospital Anxiety and Depression | 7 | 5 | 1 |

| | | | | |
|---------------------------|---|--------------------------------|---------------------------|---------------------|
| | Scale (HADS) 2. Beck Depression Inventory (BDI) 3. Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (CESD) 4. Zung Self-Rating Depression Scale (SAS) | 21(13) 20(15) 20 | 10 5 5-10 | 1 1 1 |
| Тривога | 1. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) 2. Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS) 3. State Trait Anxiety Inventory (STAI) | 7 20 40(16) | 5 5-10 6-12 | 1 1 5 |
| Гнів, ворожість | State Trait Anger Inventory | 44 | 10-15 | 5 |
| Тип особистості D | DS 14 | 14 | 15 | 1 |
| Соціальна ізоляція | ENRICH Social Support Instrument (ESSI) | 7 | 5 | 11 |
| Хронічний стрес на роботі | 1. Job Content Questionnaire (JCQ) | 42 | 15 | 10 |
| | 2. Effort-Reward Imbalance (ERI) | 23 | 10 | 10 |

Особи, які мають високі показники за результатами скринінгу, потребують більш ретельного клінічного обстеження із залученням профільних фахівців.

Необхідно підкреслити, що результати тестування не є клінічним діагнозом. Вони, з високим ступенем ймовірності, вказують на наявність у обстежуваного того чи іншого психічного розладу, що вимагає уточнення в ході клінічного обстеження.

Для швидкої оцінки психосоціальних факторів ризику розроблені спеціальні короткі запитання:

1. Ви відчуваєте пригніченість, депресію або безнадійність?
2. Чи втрачено інтерес і задоволення в повсякденному житті?

Стрес на роботі і вдома

1. Ви достатньо контролюєте Вашу відповідність вимогам на роботі?

2. Чи адекватною є винагорода за Вашу роботу?

3. Чи є у Вас серйозні проблеми з чоловіком (дружиною)?

Ворожість

1. Ви часто відчуваєте гнів з приводу незначних подій?

2. Ви відчуваєте невдоволення з приводу звичок інших людей?

Соціальна ізоляція

1. Ви живете один (одна)?

2. Вам не вистачає друзів?

3. Чи маєте дефіцит людей, які б могли допомогти в разі хвороби?

Для того щоб розпізнати *приховану депресію*, можна задати людині кілька специфічних питань:

• Як Ваші справи, як у Вас настрій?

• Як Ваше самопочуття?

• З чим Ви пов'язуєте погіршення свого стану?

• Чи не змінилися Ви за характером?

• Чи немає у Вас загальної стомлюваності і слабкості?

• Як Ви спите?

• Який у Вас апетит? Ви схудли?

• Чи не змінилася Ваша активність і працездатність?

• Чи важко Вам приймати рішення?

• Чи не турбуєтеся Ви через дрібниці?

• Чи не стали Ви більш зосередженим на собі і своєму стані?

• Чи хочеться Вам спілкуватися з оточуючими?

• Як часто Ви аналізуєте своє минуле, замислюєтеся над помилками?

• Чи бувають у Вас хвилини відчаю, думки про смерть?

Відповіді пацієнта, які наводяться по тексту, можуть говорити про можливі емоційні порушення, наприклад:

- “Мені сумно, я пригнічений”;
- “Останнім часом я часто плачу”;
- “Немає відчуття радості від життя, нічого не хочеться”;
- “Мені все стало байдуже”;
- “Я відчуваю себе втомленим навіть вранці”;
- “Просто немає сил ні на що”;
- “Мені важко заснути. Я часто прокидаюся серед ночі”;
- “Я прокидаюся рано вранці і більше не можу заснути”;
- “Немає апетиту”;
- “Мені важко сконцентруватися”;
- “Мені важко приймати рішення”;
- “У мене постійні сексуальні проблеми”;
- “Я заважаю жити іншим людям”;
- “Цей стан – розплата за мої помилки”;
- “Більше в моєму житті не буде нічого хорошого”.

Отже, при такій великій поширеності депресії не тільки прихованої, але й такої, що є найчастіше зрозумілою вже з перших скарг клієнта і його зовнішнього вигляду, здавалося б, легкої її діагностики та виявлення, все ж клієнти далеко не завжди потрапляють до фахівця, який може професійно допомогти при депресії. Звернення до фахівця з “психологічних проблем і досі, на думку більшості, є компрометуючим постулатом” або “розвагою для багатих.”

Існує велика кількість причин, з якими клієнт не звертається до психолога і невірно розуміє причини виникнення розладу:

- не бачить необхідності в медико-психологічній допомозі (близько 5%);
- боїться обмеження своїх прав (близько 10%);
- боїться моральної травми (близько 15%);
- боїться маркування, клейма (стигматизації) (близько 15%);
- вважає, що це покарання за гріхи (близько 1%);
- вважає, що хвороба пов'язана тільки з його соматичними проблемами (серцево-судинними, нервовими, гастроентерологічними, та ін.) (75%);
- знаходить причини в будь-яких останніх стресах в його житті (20%);

- знаходить причини в перевантаженнях на роботі, недосипанні, поганому харчуванні (15%);
- інші причини (близько 4%).

Схематично розвиток депресії можна уявити наступні чином:

1. Продром з неспецифічними симптомами емоційної і вегетативної нестійкості.

2. Стадія тривоги, що включає три етапи (субстадії):

- ситуаційна тривога з конкретним приводом;
- “вільно плаваюча” тривога з об’єктами тривоги, що змінюються, переважно випадковими;
- тривога безпредметна (без конкретного приводу або об’єкта).

3. Власне депресивна стадія, що включає три етапи (субстадії):

- депресія з елементами тривоги в поєднанні з афектом туги;
- депресія з домінуванням туги, при наявності прихованої тривоги;
- депресія з ареаактивністю / гіпораективністю і психомоторною загальмованістю.

Зазначені тут стадії і етапи є, зрозуміло, схематичними. Відповідно до класичних традицій, важливо враховувати, що змін зазнають не тільки емоційні прояви синдрому, але і його соматичні, мотиваційно-вольові, рухові, когнітивні (виконавчі та ідеаторні) компоненти.

Узагальнений портрет пацієнта з депресією

- Частіше це жінка.
- Їй (йому) близько сорока років.
- Вона (він) втратила матір у віці до 11 років.
- У неї недавно були пологи.
- У сім’ї були психічні хвороби, можливо, пов’язані зі зміною настрою.
- Вона (він) розлучена (ний).
- Протягом життя вже були якісь невмотивовані депресивні розлади.
- Протягом життя були суїцидальні думки, загрози, дії.
- Пережила/пережив смерть чоловіка/дружини.
- Були або є значні несприятливі події в житті.
- Вона (він) зловживає психоактивними (алкоголь, наркотики, знеболюючі) речовинами.

- У неї (нього) є, як мінімум, одне серйозне хронічне соматичне захворювання.
- Вона (він) веде відокремлений спосіб життя.
- Її (його) ніхто не провідує, не дзвонить.
- Про неї (нього) ніхто не турбується.
- Вона (він) тривало безконтрольно приймає гормональні препарати, снодійні (барбітурати), резерпін.
- У неї (нього) низький рівень освіти.
- У неї (нього) недавно виникли міжособистісні проблеми (в основному, це серйозні сварки з близькими, батьками, друзями).
- У неї (нього) немає захоплень, хобі.
- Вона (він) невіруюча людина.

4.2 Діагностика ПТСР

Психолог має можливість підбирати із пакета наявних методик необхідну батарею тестів (за станом досліджуваного), а також доповнити її існуючими валідними та надійними психологічними тестами.

Психолог повинен знати, які методики використовувати на первинному етапі, наприклад, обстеження військовослужбовців в зоні проведення антитерористичної операції, на лінії розмежування (швидка діагностика актуального психоемоційного стану), для обстеження військовослужбовців виведених із зони бойовий дій (етап відновлення), для обстеження демобілізованих військовослужбовців.

Пропонуємо деякі психодіагностичні методики, які добре зарекомендували себе на практиці.

1. Опитувальник для первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (7 запитань, у випадку позитивної відповіді на друге запитання необхідно додатково провести методику № 2).

2. Опитувальник респондента про стан здоров'я (PHQ-9) – шкала самооцінки депресії (Patient Health Questionnaire) (9 запитань для діагностики депресивного розладу).

3. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) (симптоми вторгнення, уникнення,

фізіологічна збудливість, виявлення почуття провини і суїцидальності).

4. Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП) – (22 запитання; вторгнення, уникнення, збудливість, гіперзбудливість (злість, роздратованість, гіпертрофована реакція переляку, труднощі з концентрацією, психофізіологічне збудження, обумовлене спогадами, безсоння).

5. Анкета “Стрес-фактори” (30 факторів).

6. Опитувальник травматичного стресу І.О. Котеньова (110 запитань; ОСР, ПТСР, депресія).

7. Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОБД) (10 запитань).

8. Опитувальник Міні-мульти (71 запитання, бажано).

9. Опитувальник якості життя (QLS-Q, SF-36, оцінка якості життя) (повна версія або скорочена. Доцільно використовувати “ядерний” модуль; додаткові модулі більш доречно використовувати в умовах стаціонару).

10. Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (*Symptom Check List-90-r-Revised, Scl-90-R*).

11. Методика “Оцінка схильності до суїцидальних реакцій”.

12. Диференціальна діагностика депресивних станів В.А. Жмурова.

13. Методика шкалової самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна.

14. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна.

На етапі реабілітації (в медичних закладах)

Бажані:

За наявності відповідних симптомів

1. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).

2. Шкала депресії Гамільтона (HAM-D).

3. Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A).

4. Пітсбургський опитувальник якості сну.

Для визначення мішеней психотерапії/психокорекції

1. Опитувальник якості життя - FS-36.

2. Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R)

3. Методика психологічної діагностики копінг-механізмів Е. Неім (в адаптації Л.І. Васермана).

Обов'язкові

1. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант).

2. Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-r-Revised, Scl-90-R).

3. Методика “Діагностика копінг-поведінки в стресових ситуаціях” С. Норман, Д.Ф. Ендлер, Д.А. Джеймс, М.І. Паркер в адаптації Т.А. Крюкової.

Бажані

1. Опитувальник симптомів травми (Trauma Symptom Inventory-TSI).

2. Тест життєстійкості S. Maddi в адаптації Д.О. Леонтєва, Є.І. Рассказової.

3. Методика психологічної діагностики копінг-механізмів Е. Нейм (в адаптації Л.І. Васермана).

4. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).

5. Тест вибору кольору Люшера.

6. Тест AuDIT.

7. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна.

8. Міннесотський багатофакторний особистісний опитувальник MMPI-2 (Дж. Бучер, В. Далстром, Дж. Грехем, А. Телліджен та Б. Кеммер).

9. Опитувальник для діагностики п'яти факторів особистості Дж. Ховард, П. Медін, Ж. Ховард (в адаптації Л.Ф. Бурлачука, Д.К. Корольова).

10. Набір нейропсихологічних тестів (за А.Р. Лурія).

11. Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MoCA).

12. Пітсбургський опитувальник якості сну.

13. Опитувальник якості життя - FS-36.

Алгоритм використання тестового інструментарію

Опитувальник вегетативних стигм А.М. Вейна – інформативний при створенні програми фізичної реабілітації.

Коротка шкала тривоги, депресії і ПТСР (вказує на потребу пацієнта в допомозі психолога).

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) – визначає рівень тривожності і депресії.

Коротка шкала оцінки ментального статусу (MMSE) – експрес-метод дослідження психічного статусу.

Тест Малювання годинника – визначає наявність значущих когнітивних порушень.

Після проведення первинної діагностики, отриманні результати інтерпретуються і, у разі виявлення високої вираженості депресії і / або тривожності при використанні коротких шкал, пропонується **додаково** використовувати наступні методики для більш поглибленої діагностики цих станів:

1. Шкала депресії Бека.
2. Шкала тривоги Гамільтона (НАМ-А).

У разі наявності у пацієнта бойового досвіду додаково проводиться діагностика за наступними шкалами:

1. Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОБД).
2. Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП).

По завершенню діагностики, на основі отриманих даних, складається висновок щодо актуального психоемоційного стану пацієнта. Наявність у пацієнта високого рівня тривожності, вираженої депресії, наявність стресогенних факторів, а також наявність когнітивних порушень, можуть, у свою чергу, вказувати на наявність ПТСР. Ця інформація є допоміжною при створенні персональної програми реабілітації у рамках медико-психологічної реабілітації пацієнтів. Для визначення ефективності реабілітації проведення повторної діагностики актуального психоемоційного стану по закінченню строку надання психологічної допомоги є обов'язковим.

4.3 Діагностика алкогольної етіології

Для діагностики алкогольного характеру інтоксикації визначають вміст етанолу в крові. Інформативним методом є виявлення алкоголю в слині, що добре відображає його вміст у крові. Для цього використовують індикатори у вигляді паперових або пластикових смужок з прикріпленим індикаторним елементом (“Алкодіагностик”, “Alco-Scan”, “Alco-Screen”, “Alco-Range”).

Якщо ж не вдається виявити алкоголь у крові, наприклад, через 12-24 години після вживання, то може допомогти оцінка активності ферменту гамма-глутамілтранспептидази в крові. У 80% людей, які вжили понад 60 мл алкоголю, активність гамма-глутамілтранспептидази зростає і повертається до норми через 48 годин.

Добова доза алкоголю до 30 мл (2 drinks) для чоловіків і до 15 мл для жінок (1 drink) вважається безпечною для здоров'я. Необхідно зазначити, що один дрінок відповідає 30 мл віскі, 38 мл горілки, 120 мл вина і 360 мл пива.

Психологи використовують **діагностичний опитувальник AUDIT.**

Інструкція обстежуваному:

Наступні запитання характеризують Ваше вживання алкогольних напоїв за останній рік. “Дрінок” відповідає банці або пляшці пива, склянці вина, одному коктейлю або глотку міцного напою.

Запитання:

1. Як часто Ви вживаєте алкогольні напої? (Ніколи – 0 балів; до 2 разів на місяць – 1 бал; 2-4 рази на місяць – 2 бали; 2-3 рази на тиждень – 3 бали; > 4 разів на тиждень – 4 бали).

2. Скільки дрінків алкоголю Ви зазвичай випиваєте за день, коли вживаєте алкоголь? (1-2 дрінка – 0 балів; 3-4 дрінка – 1 бал; 5-6 дрінків – 2 бали; 7-9 дрінків – 3 бали; > 10 дрінків – 4 бали).

3. Як часто Ви вживаєте 6 і більше дрінків за один раз? (Ніколи – 0 балів; рідше, ніж щомісячно – 1 бал; щомісячно – 2 бали; щотижнево – 3 бали; щодня або майже кожен день – 4 бали).

4. Як часто за останній рік Ви були нездатні припинити випивку? (Оцінка як в запитанні 3).

5. Як часто за останній рік Ви не могли що-небудь зробити нормально внаслідок вживання алкоголю? (Оцінка як в запитанні 3).

6. Як часто за останній рік Вам було необхідно випити вранці, щоб полегшити свій стан після “великої” випивки напередодні? (Оцінка як в запитанні 3).

7. Як часто за останній рік у Вас було почуття провини або жалю після випивки? (Оцінка як в запитанні 3).

8. Як часто за останній рік Ви не могли згадати, що сталося напередодні вночі, тому що Ви випили? (Оцінка як в запитанні 3).

9. Чи постраждали Ви або хтось інший внаслідок випивки? (Ні – 0 балів; так, але не за останній рік – 2 бали; так, за останній рік – 4 бали).

10. Чи обговорювали Ваші родичі або друзі, або лікар, або інший медичний працівник вживання Вами алкоголю і чи не пропонували припинити випивку? (Оцінка як в запитанні 9).

Загальна сума балів: від 0 до 40.

Зазвичай алкоголіки значно применшують або повністю приховують зловживання алкоголем. Для виявлення зловживання алкоголем та алкогольної залежності застосовують також опитувальник CAGE.

У розмові корисно почати обговорення теми вживання алкоголю, сказавши: “Майже всі люди іноді випивають. А Ви?”, і потім задавати запитання з опитувальника.

Психодіагностичний опитувальник CAGE (експрес опитування):

1. Чи відчували Ви потребу напитися “до відключення”?
2. Чи виникає у Вас роздратування у відповідь на натяки про вживання алкоголю?
3. Чи з’являється у Вас почуття провини за надмірне вживання алкоголю?
4. Чи вживали Ви алкоголь вранці для усунення похмілля?

Одна позитивна відповідь опитувальника CAGE вказує на можливість наявності алкоголізму. Дві або три позитивні відповіді повинні сильно насторожити. По чотирьох позитивним відповідям можна діагностувати алкогольну залежність. Наприклад, в одному з досліджень ймовірність алкогольної залежності або зловживання алкоголем при 2, 3 і 4-х позитивних відповідях у латиноамериканців, які проживають в США, склала 73%, 91% і 95% відповідно. Негативна відповідь на всі запитання говорить про тверезий спосіб життя або про небажання дати щирі відповіді.

Оскільки часто пацієнти неточно інформують фахівця про зловживання алкоголем, рекомендується використовувати непрямі ознаки:

1. Зовнішній вигляд: “пом’ятий”, одутле і гіперемоване обличчя, розширені шкірні капіляри в області крил носа, щік, вушних раковин, набряклість вік, тремор повік і рук, сліди травм, опіків або обморожень, татуювання, гінекомастія. (Гінекомастія – це збільшення молочних або грудних залоз у чоловіків через гіпертрофію жирової або залізистої тканини. Грудна залоза набухає, стає твердою, важкою, при натисканні на неї відчувається біль.

2. Контрактура Дюпюїтрена (симптоми – на долоні з’являються вузли і затвердіння. З’являються лійкоподібні

втягування на шкірі та тяжі від основи долоні до пальців; обмеження розгинання пальців; прогресуюче згинання пальців.

3. Системність ураження: небіліарний панкреатит, невірусний гепатит, полінейропатія.

4. Лабораторні ознаки.

5. Поведінка: фамільярність, ейфорія або депресія, необов'язковість, тривожність, безсоння, багатослівність, метушливість.

РОЗДІЛ 5

ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ

5.1 Самодопомога при страху

Страх – це відчуття, яке, з одного боку, оберігає від ризикованих, небезпечних вчинків, з другого боку, кожному знайомий болісний стан, коли страх позбавляє нас здатності думати, діяти. Справитися з таким нападом страху можна спробувати самотійно за допомогою наступних прийомів:

1. Спробуй сформулювати подумки, а потім промовити вголос, що викликає у тебе страх. Якщо є можливість, поділися своїми переживаннями з оточуючими тебе людьми. “Проговорений” страх стає меншим.

2. При наближенні нападу страху дихай неглибоко і повільно – вдихай через рот, а видихай через ніс. Можна спробувати таку вправу: зроби глибокий вдих, затримай дихання на 1-2 секунди, видихни. Повтори вправу 2 рази. Потім зроби 2 нормальних (неглибоких) повільних вдихи-видихи. Чергуй глибоке і нормальне дихання до тих пір, поки не відчуєш себе краще.

3. Закрий на мить очі, зроби 8-10 коротких та енергійних вдихів і повільних та тривалих видихів. Після цього треба кілька разів напружити і розслабити м’язи тіла.

Повтори подумки 2-3 рази “формулу безстрашності” за типом:

- “Я спокійний і впевнений у собі”;
- “Я впевнений у своїх товаришах, вони ніколи не підведуть”;
- “Я рішучий і сміливий”;
- “Я до всього готовий і все зможу”;
- “Я, як сталева пружина – потужна, пружна, незламна”;
- “Моє тіло повністю підвладне мені”;
- “Я спокійний і впевнений у собі, я вирішував більш складні завдання, вирішу і це”;
- “Я до всього готовий і все зможу”.

5.2 Допомога при страху тому, хто знаходиться поруч

До основних ознак страху відносяться:

- напруга м'язів (особливо м'язів обличчя);
- сильне серцебиття;
- прискорене поверхнєве дихання;
- знижений контроль над власною поведінкою.

Панічний страх, який може спонукати до втечі, викликати заціпеніння або, навпаки, збудження, агресивну поведінку. При цьому людина погано контролює себе, не усвідомлює, що вона робить і що відбувається навколо.

1. Поклади руку постраждалого собі на зап'ястку, щоб він відчув твій спокійний пульс. Це буде для нього сигналом: "Я зараз поряд, ти не один!".

2. Дихай глибоко і рівно. Спонукай постраждалого дихати в одному з тобою ритмі.

3. Якщо постраждалий говорить, слухай його, виявляй зацікавленість, розуміння, співчуття.

4. Зроби постраждалому легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла.

5.3 Самодопомога при тривозі

Коли людина відчуває страх, вона боїться чогось конкретного (поранення, каліцтва, втратити товаришів під час бою та ін.), а, переживаючи відчуття тривоги, людина не знає, що саме є джерелом цього відчуття. Тому стан тривоги важче, ніж стан страху.

1. Перетвори тривогу на страх. Постарайся зрозуміти, що саме тебе турбує. Іноді цього буває достатньо, щоб напруга знизилася, а переживання стали не такими болісними.

2. Найболісніше переживання при тривозі – це неможливість розслабитися. Напружені м'язи, в голові крутяться одні і ті ж самі думки, тому корисно буває зробити декілька активних рухів, фізичних вправ, щоб зняти напругу.

3. Складні розумові операції теж допомагають знизити рівень тривоги. Спробуй рахувати: наприклад, по черзі в думці віднімати від 100 до 6, то 7, перемножувати двозначні числа, порахувати, на

яке число припадав другий понеділок минулого місяця. Можна згадувати або складати вірші, придумувати ритми тощо.

5.4 Самодопомога при подоланні фобій і страхів

Крім професійної допомоги психолога, є багато стратегій самодопомоги, які можна використовувати, щоб подолати фобії і страх. Дізнатися про свою фобію, її розуміння є першим кроком до її подолання. Важливо знати, що фобії є загальнопоширеними. Наявність фобії не означає, що Ви божевільний! Ви так само дізнаєтеся, що фобії досить легко піддаються лікуванню. Ви можете подолати свої тривоги і страх. Атакуйте Ваші негативні думки. Тривожні думки, які є “паливом” для фобії, як правило, нереалістичні. Спробуйте поставити негативні думки під сумнів.

Наприклад:

Негативна думка: “Ліфт зламається, і я опинюся в пастці і задихнусь”.

- Чи є докази того, що ця думка хибна (ірраціональна)?
- Ви знаєте багато людей, що користуються ліфтом і він ніколи не ламається.
- Ви не можете згадати, що хто-небудь помер від задухи в ліфті.
- Ви ніколи не були в ліфті, який зламався.
- У ліфті є вентиляційні отвори, які доставляють повітря.
- Ви можете натиснути тривожну кнопку або використовувати телефон для виклику.

Що б Ви сказали своєму другові, у якого є цей страх? Ви б, напевно, сказали, що шанси, що ліфт зламається дуже малі, оскільки Ви не бачили і не чули про те, що таке трапляється часто.

Методи релаксації, глибоке дихання, медитація допомагають у випадках, коли людина відчуває занепокоєння, паніку і страх. При регулярній практиці Ви розвинеєте здатність заспокоюватися швидко.

5.5 Психотерапія при obsесивно-компульсивному розладі

Широко застосовуються поведінкові методи, які є успішними в 60-70% випадків, особливо при симптомах миття і перевірки. Основний прийом полягає у зустрічі пацієнта з лякаючою

ситуацією і перебування в цій ситуації аж до зменшення тривоги. Повторні експозиції лякаючого об'єкта призводять до ослаблення і зникнення тривоги. Щоб досягти адекватної експозиції потрібно блокувати ритуали і унікаючу поведінку. Наприклад, пацієнти зі страхом зараження не тільки повинні торкатися “брудних” предметів, але і стримувати ритуалізоване умивання до зменшення тривоги. Тривалість лікування зазвичай становить 10 тижнів.

Когнітивна терапія допомагає пацієнтові усвідомити помилковість своєї оцінки ступеня небезпеки або перебільшення почуття персональної відповідальності.

Когнітивно-поведінкова терапія рекомендується в якості початкової терапії для пацієнтів здатних до співпраці з психотерапевтом, без депресії, тривоги і тим, хто не бажає приймати медикаменти.

Психоаналіз розглядає ритуали і пов'язані з ними компульсії і обсесії як спосіб транквілізації при високому рівні тривоги або приховуванням агресії, спрямованої на кого-небудь з найближчого оточення.

Комбіноване лікування, включаючи медикаменти і психотерапію, проводиться при неефективності монотерапії або при важкому перебігу захворювання.

5.6 Психотерапія при панічному розладі

Когнітивно-поведінкова терапія не менш ефективна, ніж медикаментозне лікування. Вибір методу лікування залежить від індивідуальних особливостей, ситуації, включаючи переносимість препаратів. У будь-якому випадку, пацієнт повинен бути повністю проінформований про переваги і недоліки кожного підходу, щоб зробити усвідомлений вибір.

Когнітивно-поведінкова терапія є симптом-орієнтованим методом лікування і включає наступні компоненти: психологічне навчання (пояснення природи симптомів), тривалий моніторинг симптомів (щоденник), методи контролю тривоги (кероване черевне дихання, прогресивна м'язова релаксація), когнітивне реструктурування (переоцінка негативних наслідків нападів), експозиція лякаючих ситуацій.

Зазвичай застосовується індивідуальний підхід, проте не менш ефективними є і групові заняття. Наприклад, групова психотерапія,

заснована на когнітивно-поведінковому підході, у пацієнтів з легкими формами панічного розладу ефективно попереджала появу розгорнутих форм розладу.

Інші психотерапевтичні методи можуть служити доповненням до когнітивно-поведінкової терапії або медикаментозного лікування.

За даними мета-аналізу досліджень, в гострій фазі розладу, і пізніше, комбіноване лікування психотерапією і психотропними препаратами є більш ефективним, ніж тільки медикаментозне лікування.

5.7 Психотерапія при генералізованому тривожному розладі

Лікування генералізованого тривожного розладу починають зазвичай з психотерапевтичних методів, яких буває часто достатньо при легкому розладі.

Можна виділити кілька ситуацій, що викликають найбільшу тривогу, і використовувати методи описані в параграфі фобій, наприклад, систематичну десенсибілізацію.

У групах розвитку впевненості в собі виробляють впевнену поведінку, використовуючи рольові ігри, що моделюють ситуації.

Крім того, для зниження тривоги застосовують м'язову релаксацію, медитацію, самогіпноз, біологічний зворотний зв'язок і фізичні вправи. Однак, ці методи надають лише тимчасовий ефект. В методиці курації (лат. *Curatio* піклування, догляд, лікування; синонім – супровід хворого) тривоги також використовуються пояснення симптомів тривоги, тренінг переключення і вправи з врівноважування тривожних думок розумними і заспокійливими.

Когнітивно-поведінкова терапія зменшує тривожну симптоматику, однак довгострокова ефективність лікування поки є недостатньо зрозумілою.

5.8 Психотерапія при агарофобії

У ряді випадків для контролю симптомів достатньо психотерапії. Широко застосовується релаксаційний тренінг, заснований на прогресивній м'язовій релаксації. Послідовно напружуючи і розслабляючи м'язи, пацієнт навчається розрізняти

стани напруги і релаксації, а в подальшому і довільно розслаблювати свої м'язи для зниження тривоги.

Релаксаційний тренінг може використовуватися в поєднанні з систематичною десенсибілізацією по J. Wolpe (1958). У цьому випадку пацієнту пропонуються послідовно зростаючі впливи лякаючого стимулу або його уява в думках у поєднанні із засобами, що подавляють фобії (гіпноз, транквілізатори, м'язова релаксація).

Ефективні поведінкові методи в поєднанні з когнітивною терапією, спрямованою на роз'яснення помилкового мислення. Наприклад, припущення, що вегетативні відчуття є провісниками смерті від задухи або зупинки серця.

Під час гіпнозу здійснюють мотиваційне навіювання, відтворюючи ситуацію страху, і подавлення патологічної реакції. Екзистенціальні психотерапевти шукають причини тривоги у відчутті безглуздості життя. Психодинамічна терапія має на меті зрозуміти несвідоме значення тривоги, коріння якої шукають у травмуючих подіях дитинства. Сімейна терапія спрямована на роз'яснення та навчання членів сім'ї.

5.9 Психотерапія при соціальних фобіях

Когнітивно-поведінкова терапія, заснована на експозиції ситуації, що лякає, і зміні фобічного мислення, ефективна в 75% випадків. Однак, відносно висока вартість лікування – 750-2000 \$ за 16-24 тижневий курс – обмежує застосування методу. А. Бандура великого значення надавав усвідомленій здатності впоратися з лякаючою ситуацією (самоефективності). На самоефективність впливає успішний особистий досвід вирішення інших проблем, спостереження за ефективними діями інших людей, вербальне переконання, зниження емоційної напруги.

У процесі систематичної десенсибілізації (вид когнітивно-поведінкової психотерапії), контрольованим чином клієнт піддається впливу об'єкта або ситуації, яких він боїться. Найбільш часто використовується керована уява і практика в зовнішньому середовищі. Такий вплив у поєднанні з техніками релаксації є дуже ефективним у випадку фобій і страхів. Через повторювані зустрічі зі своїм страхом, клієнт починає розуміти, що провокують страх ситуації, що є неприємними, але не є руйнівними. З кожною сесією клієнт відчуває зростаюче почуття контролю над своєю фобією, і

фобія втрачає свою силу. Кількість сесій, необхідних клієнту, залежить від тяжкості його фобії, але систематична десенсибілізація, як правило, короткостроковий метод. Лікування деяких фобій, часто може займати лише від двох до чотирьох сесій.

5.10 Психотерапія при специфічних фобіях

Найбільш ефективним лікуванням при більшості фобій є дозована експозиція лякаючої ситуації (методика поступового впливу стимулу) часто із застосуванням протитривожних заходів, наприклад десенсибілізації.

Організація лікування при страху польотів має певні труднощі. Краще направляти клієнтів у спеціалізовані клініки. За кордоном існують клініки страху польотів, які зазвичай фінансуються авіакомпаніями. У таких програмах проводиться групова терапія в поєднанні з навчанням та експозицією, що завершується одним-двома пробними польотами.

М. Еріксон, використовуючи гіпноз, виявляв психотравмуючі ситуації дитинства. Наприклад, у молодій жінки зі страхом води з підсвідомої пам'яті спливав епізод дитинства з ненавмисним падінням сестри в ванну, що асоціювався зі смертю.

Маленьким дітям, які боялися собак, А. Бандура пропонував просто спостерігати за хлопчиком, який весело грав з собакою по 20 хвилин у день. Після чотирьох сеансів 67% хлопчиків захотіли погратися з собакою. Показ відеоролика, в якому хлопчик грає з собакою, виявився не менш ефективним. Ще більший лікувальний ефект було виявлено у відеоролика, де кілька дітей грали зі своїми собаками.

5.11 Психотерапія розладів особистості

Психотерапія дисоціальних особистостей

Дисоціальні особистості не прагнуть до соціально-позитивних змін, що значно ускладнює терапію. У той же час, якщо дисоціальних особистостей позбавити можливості діяти в звичному середовищі або поставити їх в ситуацію, коли їх розуміють однолітки, тоді вони починають проявляти людські якості. Тому групи самопомогі корисніші за в'язниці або психіатричні лікарні.

Найбільш ефективною при роботі з цими людьми є сувора терапевтична атмосфера з турботою і повагою, що не дозволяє “ламати” правила або керувати іншими людьми.

Когнітивна терапія допомагає навчитися дивитися в майбутнє і коригує неоптимальні твердження типу “я знаю, що я маю рацію, і я знаю, що я роблю”.

Не можна забороняти пацієнтам щось робити, необхідно рекомендувати альтернативний вчинок. Медикаментозне лікування при вираженій тривозі, депресії, люті потрібно застосовувати дуже обережно, оскільки ці люди часто є наркоманами і токсикоманами. Літій є хорошим коректором епізодів агресивної поведінки.

Такі особи практично ніколи самотійно не приходять до психотерапевтів і практично не здатні формувати критично важливий для багатьох терапій (перш за все психоаналітичної) робочий альянс з терапевтом. Однак, часом відчують, що відносини інших людей, по-видимому, побудовані на інших принципах, ніж у них, і як наслідок, брак в собі чогось важливого, що врешті-решт може привести їх на сеанс до психолога.

Психотерапія шизоїдного розладу особистості

Структура особистості мало змінюється протягом життя і є малодоступною для психотерапевтичних впливів. Люди, які страждають на шизоїдний розлад, рідко шукають допомоги. Фахівцю рекомендується проявляти почуття теплоти, турботи і участі до пацієнта. Психотерапевт може допомогти поліпшити навички спілкування з оточуючими людьми. З цією метою застосовується групова психотерапія, де пацієнти на прикладі дезадаптивної поведінки інших осіб можуть виробити компенсаторні способи спілкування. Можливе проведення поведінкової терапії з поступовим залученням пацієнтів до групової діяльності. Медикаментозне лікування – малоефективне.

Психотерапія граничного розладу

В успіху психотерапевтичного лікування важливою є здатність психолога витримувати агресивну поведінку і зберігати терапевтичні взаємовідносини.

Когнітивна терапія дозволяє замінити уявні штампи, що ділять людей на дуже поганих або дуже хороших. Використовується і поведінкова терапія для контролю імпульсивності і спалахів гніву, навчання соціальним навичкам. Хороші результати показує

когнітивно-поведінкова терапія, що включає індивідуальні та групові методи лікування.

Обнадійливі результати було отримано при використанні когнітивно-аналітичної терапії.

Психотерапія істеричного розладу особистості

Психолог повинен зберігати дистанцію відносно поведінки пацієнта і фіксувати увагу на конверсійних скаргах. Останні слід сприймати не буквально, а скоріше як прояв потреб пацієнта привернути до себе увагу.

Зміни особистості погано піддаються психотерапевтичному лікуванню. Зазвичай використовується психодрама, психодинамічна терапія, групова психотерапія. Когнітивна терапія може показати помилковість суджень, заснованих на емоціях.

Якщо вдається спрямувати зусилля пацієнта на досягнення в будь-якій галузі, наприклад, в театральному мистецтві, і він доб'ється визнання, то розвивається хороша компенсація.

При вираженій соціальній дезадаптації і дисфоричній поведінці показані ІМАО (інгібітори моноаміноксидази).

Психотерапія залежного розладу особистості

Психотерапевт повинен допомогти пацієнтові зрозуміти свої потреби і, спираючись на них, досягти незалежності. Когнітивна терапія дозволяє замінити міркування типу “якщо я буду незалежний, то буду ізольований і самотній”. Поведінкові методи в формі груп тренінгу умінь допомагають пацієнтам виробити впевнену поведінку. На заняттях групи використовуються рольові ігри, що моделюють ситуації, в яких у пацієнтів виникають психологічні проблеми. Підвищена залежність, на думку К. Хорні, характерна для невротиків і є способом захисту від “базальної тривоги”, обумовленої недоліком батьківської любові та уваги. Психоаналітична терапія може зменшити прояви залежності, проте виникає хвилювання стосовно появи у пацієнта залежності від лікаря. При вираженій паніці і фобіях призначають транквілізатори і антидепресанти.

Психотерапія тривожного розладу особистості

Завданням фахівця є руйнування страху бути відторгнутим, підвищення самооцінки, підготовка до інтеграції в суспільство.

Звертають увагу на позитивні сторони особистості: тонку чутливість, уважність, справедливість, здатність співчувати. Застосовується когнітивна та поведінкова терапія. У групах формуються навички спілкування, більш ефективної поведінки в соціумі. Психодинамічні терапевти шукають в дитинстві причини заниженої самооцінки.

У разі вираженої тривоги або депресії застосовують транквілізатори або антидепресанти.

Психотерапія нарцисичного розладу особистості

Лікування нарцисичних особистостей відбувається складно, оскільки для досягнення хорошої адаптації в суспільстві пацієнти повинні відмовитися від свого нарцисизму.

Психотерапія емоційно-лабільного розладу

Методи групової та сімейної психотерапії спрямовані на згладжування наслідків агресивної поведінки.

Психотерапія хронічної зміни особистості після катастрофи

Страх і депресія зазвичай мало піддаються терапії. Проте, психотерапевтичне і медикаментозне лікування може сприяти полегшенню. Найважливішим в лікуванні є залучення пацієнтів до життя в суспільстві і досягнення професійної реабілітації.

5.12 Психотерапія алкогольної залежності

Лікарю не слід засуджувати пацієнта. Докорів, доган, звинувачень він уже чув дуже багато. Потрібно підвищити самооцінку пацієнта і посилити його впевненість у собі. Основним бар'єром у лікуванні є заперечення пацієнтом свого захворювання. У цьому випадку корисно підкреслити, що зловживання алкоголем пояснюється захворюванням (біологічним порушенням), а не слабкістю волі або моралі.

Кращі шанси в досягненні ремісії мають пацієнти, які самі прийшли за допомогою або на яких здійснюють тиск близькі родичі.

Для контролю алкогольної залежності найчастіше використовують методи зміцнення мотивації, когнітивно-

поведінкову і 12-ступінчасту терапію. Ці методи знижують залежність, приблизно, з однаковою ефективністю.

Терапія зміцнення мотивації спрямована не на ведення пацієнта крок за кроком, а на пошук внутрішніх мотиваційних ресурсів для підтримки утримання.

Когнітивно-поведінкова терапія має на меті поліпшення самоконтролю та самомоніторингу. Проводиться аналіз факторів, що можуть спровокувати рецидив розладу: внутрішніх факторів (бажання алкоголю, депресія, тривога), факторів навколишнього середовища (відвідування барів і ресторанів, запаху алкоголю), відносин з іншими людьми і негативних життєвих подій (сімейні сварки, хвороба близьких, втрата роботи).

У США широко поширене лікування в товаристві “Анонімних алкоголіків”. “Анонімні алкоголіки” є співдружністю чоловіків і жінок, які діляться своїм досвідом, силою і надією один з одним таким чином, що вони можуть вирішити їх загальну проблему і допомогти іншимвилікуватися від алкоголізму. Для членства необхідно тільки бажання припинити випивати.

Оснoву лікування становить програма “Дванадцять сходинок”, форми реалізації якої в різних культурах може сильно відрізнятися. На базі цієї програми розроблено кілька методик 12-ступінчастої психотерапії.

Оснoвним в програмі є принцип маленького кроку. Від нового члена суспільства потрібно, щоб він витримав 24 години, один тиждень і т.д.

Вирішальним є те, що алкоголіка не тільки контролюють однодумці, а й він сам контролює інших. При рецидиві інші відчувають себе відповідальними за нього і супроводжують його, поки він знову не зупиниться.

Програма “Дванадцять сходинок” суспільства “Анонімних алкоголіків”

1. Визнаємо, що опинилися безсилі перед алкоголем і повністю потрапили під його владу.

2. Віримо, що тільки вища сила може нам допомогти.

3. Довіряємо своє життя і волю Богу, як кожен з нас розуміє Його.

4. Без страху і самообману намагаємося розібратися в собі.

5. Повністю усвідомлюємо свої недоліки і визнаємо їх перед Богом, собою й іншими людьми.

6. Готові до того, щоб Бог позбавив нас від недоліків.
7. Смирено просимо Бога допомогти нам виправитися.
8. Згадуємо всіх, кому заподіяли зло, і готові покаятися перед ними.
9. Просимо вибачення у всіх, кому заподіяли зло, і намагаємося виправити заподіяне, якщо тільки ці наші спроби не будуть новим злом.
10. Продовжуємо роздуми про себе і свої вчинки, визнаючи всі помилки.
11. Через молитву і роздуми намагаємося наблизитися до Бога, благаючи Його навчити нас Своєї волі і дати сили виконати її.
12. Прийшовши через ці сходи до духовного преображення, у всіх справах своїх будемо дотримуватися їх і поділимося своїм знанням з побратимами по нещастю.

5.13 Проблема суїциду

Близько 15% пацієнтів з депресією здійснюють самогубство, а серед всіх тих, хто вчинили самогубство, депресія мала місце у 32-47%.

Ризик самогубства потрібно оцінювати у всіх клієнтів, а не тільки при наявності вираженої депресії. Суїцидальна поведінка проявляється у вигляді думок, планів, фантазій, рішень (внутрішньої форми) і дій (зовнішньої форми), спрямованих на самоушкодження або самознищення. Суїцидальні спроби – цілеспрямоване оперування засобами позбавлення себе життя, що не закінчилися смертю. В процесі розпитування рекомендують поступово переходити від загальних запитань до більш конкретних:

- “Ви задоволені життям?”;
- “Чи часто у Вас буває пригнічений настрій?”;
- “Ви коли-небудь хотіли померти?”;
- “З чим це було пов’язано?”;
- “Ви думали про те, як здійснити Ваші наміри?”;
- “Чи намагалися Ви вбити себе?”

Перелік запитань Джекобсона:

- “Ви коли-небудь хотіли померти?”;
- “У Вас були коли-небудь думки нанести собі ушкодження або вбити себе?”;

▪ “Ви як-небудь реагували на ці думки? (Коли, як, що викликало кожен зі спроб? Чи було це дійсне бажання померти? Хто врятував, знайшов Вас? Яке лікування Ви отримували?);

- “Коли останній раз Ви думали про суїцид?”;
- “Чи думали Ви про суїцид нещодавно?”;
- “Чи є у Вас зараз думки, щоб убити себе?”;
- “Чи є у Вас конкретний план щоб убити себе?”;
- “Чи є у Вас легкий доступ до зброї?”;
- “Наскільки Ви зараз близькі до виконання цього плану?”;
- “Ви зараз хочете померти?”;
- “У Вас зараз присутні думки вбити кого-небудь ще?”

Пропонуємо деякі рекомендації для встановлення довірчих відносин між психологом і клієнтом.

Встановлення рапорту.

Стабілізація ситуації:

- задоволення базових потреб, створити атмосферу безпеки, встановити рапорт.

- Визнати подію та реакції того, хто говорить.
- Нормалізувати реакції, що виникли у клієнта.
- Встановити рапорт:

- особистісна орієнтація (логік або пізнає за допомогою відчуттів та почуттів);

- психологічна підтримка (не будьте упередженими та знайдіть щось спільне).

Активне слухання та мовні прийоми (перевірка та координація, захист, заспокоєння, встановлення відносин).

Ключові техніки:

- **прояснення** = запитання про те, що значить слово чи фраза: “Будь-ласка, скажіть мені, що Ви маєте на увазі кажучи...”;

- **віддзеркалення** = повторення з використанням їх слів: “Я почув(ла), що Ви сказали...”;

- **перекладання** = узагальнення своїми словами: “Якщо я Вас правильно зрозумів(ла)”;

- **запитання** = направлення дискусії з ціллю виявлення інформації: “Розкажіть мені більше про...”;

- **масштабування** (збільшення або зменшення) = виділення ключових спостережень про факти, почуття та динаміку: “Я думаю Ви маєте на увазі...”.

Спілкуйтесь відверто.

- Говоріть правду, проявляйте доброту.
- Якщо сумніваєтесь – не говоріть, слухайте більше ніж говорите, подумайте чи буде це сприйнято як допомога, яка допоможе психологічному одужанню.
- Будьте ввічливими та уважними.
- Знайте свої обмеження – не майте на увазі того, в чому Ви не впевнені.
- Визнайте свої помилки і не соромтесь просити пробачення.
- Повідомляйте про Ваше бажання та прагнення допомогти.
- Зберігайте конфіденційність.

Знайте *що, кому та в яких ситуаціях* Ви повинні повідомити.

Подумайте як сформулювати запитання, перш ніж сказати що-небудь.

Запитуйте лише тоді, коли необхідно щось прояснити, не проявляйте порожньої цікавості.

Будьте уважними до мовних відмінностей.

Використовуйте просту мову, уникайте складних слів.

Будьте лаконічні, використовуйте короткі речення.

Говоріть повільно та чітко, часто робіть паузи.

Відстежуйте мову Вашого тіла, міміку та жести.

Уважно аналізуйте особливості суїцидальних історій.

1. Нестерпний психічний біль.
2. Незадоволені психологічні потреби.
3. Пошук рішення – відчуття тупика.
4. Спроба приглушити свідомість – усунути емоційний біль.
5. Безпорадність та безнадійність.
6. “Тунельне” сприйняття.
7. Амбівалентність.
8. Повідомлення про наміри (три форми): вербальна, поведінкова та ситуаційна.
9. Відхід – остання спроба втечі.

Наприклад: при втраті надії (прояві відчаю), психолог повинен уточнити, “хто” або “що” є підтримкою для клієнта.

Оцінити його вразливість до життєвих проблем, наявність загрозливих для життя емоційних станів – самотність, (“екстримальна самотність”), в якій відсутня надія, презирство до себе (саме презирство, а не гнів, не злість, а смертельна ненависть, коли виникає небезпека спрямованості її на себе), лють, нездатність керувати своїми почуттями. Необхідно визначити, “що” або “хто”

необхідний клієнту для продовження життя, чи є цей ресурс доступним, тимчасово доступним або втраченим. Оцініть його фантазії про смерть, чи є смерть “глибоким сном”, який звільнить клієнта від проблем, що турбують або передбачувана смерть як частина, нехай патологічної, але адаптації.

Оцініть здатність клієнта до перевірки своїх суджень реальністю. У стані дистресу клієнти нездатні, в багатьох випадках, оцінити ступінь любові і турботи оточуючих. У цих випадках слід з'ясувати не тільки доступність для клієнта зовнішніх ресурсів, а й його здатність зрозуміти, що вони існують і ними можна скористатися.

Спеціалісту, або оточуючим необхідно звернути увагу на наступні сигнали і фактори, які попереджують про ризик самогубства.

Сигнали, які попереджують про ризик самогубства:

- думки про нанесення собі шкоди або самогубство (вербальні повідомлення, поведінка, ситуативні прояви);
- зловживання психоактивними речовинами (алкоголь або наркотики);
- безцільність, втрата сенсу життя, навіщо жити;
- тривога, надмірний стрес, надлишковий сон;
- відчуття безвиході – відсутність варіантів або способів вирішення проблем;
- відчуття безнадійності та безпорадності;
- подразливість, гнів, лють, жага помсти за нанесену шкоду;
- безрозсудна або ризикова поведінка;
- різкі зміни настрою;
- зниження трудової активності;
- уникнення контактів з оточуючими;
- замкненість або надмірна нестриманість;
- захоплення темою смерті (в поезії, мистецтві);
- уникання масових заходів;
- завершення особистих справ (роздавання боргів, вибачення).

Фактори ризику:

Існує ряд факторів, що підвищують ризик самогубств, серед яких найчастіше виділяють наступні:

- спроби самогубства в анамнезі;

- психічні розлади (депресивний епізод, особливо з тривогою, ангедонією, маренням самозвинувачення; шизофренія, особливо з маренням переслідування);

- алкоголізм, наркоманія;

- самотність;

- недавній стрес (розчарування в любові, втрата чоловіка або дружини);

- чоловіча стать;

- період статевого дозрівання (15-19 років), а також вік 50-70 років;

- серйозні проблеми зі здоров'ям, в тому числі, хронічні невиліковні захворювання (СНІД, рак, термінальна ниркова недостатність і т.д.);

- фінансові проблеми;

- проблеми на службі (правопорушення та ін.);

- втрата близької людини (смерть, розлучення);

- насильство в сім'ї або колективі;

- вільний доступ до зброї;

- тривалий, некерований стрес;

- думки про те, що рідним і друзям було б легше без нього / неї.

Американський суїцидолог Е. Шнейдман (2001) феноменологію суїциду описує такими характеристиками:

• Загальною метою суїциду є пошук рішення. Самогубство завжди представляється виходом з нестерпної ситуації, що склалася, способом вирішення проблеми, кризи, конфлікту.

• Загальним завданням суїциду є припинення свідомості. Самогубство найлегше зрозуміти як прагнення до повного виключення свідомості і припинення нестерпного психічного болю.

• Загальним стимулом до вчинення суїциду є нестерпний душевний біль. Суїцид – це не тільки рух у напрямку до припинення свідомості, а й втеча від нестерпних почуттів, нестерпного болю, неприйнятних страждань.

• Загальним стресором при суїциді є фрустровані психологічні потреби (нереалізовані психологічні потреби в турботі, розумінні, любові, прощенні).

• Загальною суїцидальною емоцією є безпорадність – безнадійність.

• Загальним внутрішнім відношенням до суїциду є амбівалентність.

Люди, які вчиняють самогубство, відчують подвійне ставлення до життя і смерті, навіть в той момент, коли вони накладають на себе руки. Вони бажають померти, але одночасно хочуть, щоб їх врятували.

- Загальним станом психіки при суїциді є звуження свідомості – різке обмеження вибору варіантів поведінки, зазвичай доступних свідомості даної людини в конкретній ситуації, – “все або нічого”.

- Загальною комунікативною дією при суїциді є повідомлення про свій намір. Багато людей, які мають намір вчинити самогубство, не дивлячись на амбівалентне ставлення до запланованого вчинку, поволі, свідомо чи несвідомо, подають сигнали біди у вигляді прямих або непрямих словесних повідомлень або поведінкових проявів.

Виділяють кілька видів суїциду, основні з них:

- Демонстративний, який своєю метою передбачає не позбавлення себе життя, а лише демонстрацію цього наміру, хоча не завжди усвідомлену.

- Справжній, який має на меті позбавлення себе життя. В якості кінцевого результату виступає смерть, проте ступінь бажання смерті може бути різний, що відбивається на умовах і ступені реалізації суїцидальних тенденцій.

Друга форма зустрічається досить часто у людей з ПТСР. Такі люди шукають полегшення від інтенсивного страждання. Виникає відчуття, що не існує нікого, хто б міг допомогти з цим стражданням.

10% самогубств у збройних силах РФ серед офіцерського складу з часів першої чеченської компанії відбулося на ґрунті посттравматичного стресового розладу.

В окремих випадках, коли людина приймає рішення про суїцид, вона зовні заспокоюється і намагається вести себе “яскраво” по відношенню до сім’ї і друзів. Наприклад, офіцер, ветеран кількох локальних воєн, застрелився, повівши перед цим свою сім’ю в “пафосний” ресторан.

Часто суїцид відбувається імпульсивно, коли яка-небудь подія є “останньою краплею” в “чаші негативних емоційних переживань” людини. У сучасній літературі широко поширені поняття “аутодеструктивної”, або “саморуйнівної”, поведінки. Вважається, що існує ряд взаємоперехідних форм саморуйнівної поведінки, крайньою точкою якої є суїцид. До саморуйнівної поведінки, поряд

з суїцидальною, відносять зловживання алкоголем, наркотиками, сильнодіючими медикаментозними засобами, а також куріння, навмисне робоче перенавантаження, вперте небажання лікуватися, ризиковану їзду на автотранспортних засобах (особливо керування автомобілем і мотоциклом в нетверезому стані), захоплення екстремальними видами спорту.

Наведемо фрагмент програми з підвищення обізнаності спеціаліста з психічного здоров'я про самогубства (АСЕ).

АСЕ:

Ask – запитай:

- спокійно запитайте про те, що викликало тривогу;
- при необхідності задайте пряме запитання: “Ви думаєте про самогубство?”.

Care – прояви піклування:

- використовуйте активне слухання, не осуджуйте;
- мирно контролюйте ситуацію, не використовуйте силу;
- попіклуйтеся про безпеку.

Escort – супроводжуй:

- не залишай клієнта на одинці ні на хвилину;
- проведи до спеціалістів у сфері психічного здоров'я, бажано психіатра.

До будь-яких погроз самогубства потрібно ставитися серйозно. При наявності у пацієнтів думок про самогубство необхідно негайно направити пацієнта до психіатра, який повинен зрозуміти разом з пацієнтом, чому той хоче померти, як зробити життя більш цінним і знайти альтернативні рішення для вирішення проблеми. Друзям і родичам потрібно проводити більше часу з пацієнтом і заохочувати відверті розмови.

- 60% всіх суїцидів припадає на літо і весну. Може бути тому, що саме в цей період особливо помітний контраст між природою і незмінністю внутрішнього стану.

- Вважається, що хворобою самогубців є депресія. До 70% депресивних хворих виявляють суїцидальні тенденції, а 15% з них здійснюють самогубства. Тому проблема самогубств – це проблема депресій.

- Психіатрія минулого вважала, що практично всі самогубці – люди психічно ненормальні. Зараз дані про психічну “ненормальність” осіб, які скоїли суїцид, розходяться.

ВООЗ налічує 800 причин самогубств. З них в 41% випадків причини невідомі. Інша статистика:

у 19% – страх перед покаранням;

у 18% – душевна хвороба;

у 18% – домашні засмучення;

у 6% – пристрасті;

у 3% – грошові втрати;

в 1,4% – пересиченість життям;

в 1,2% – фізичні хвороби.

Самогубство – останній крок, до якого привели безліч причин, і кожна причина, в свою чергу, є наслідком безлічі інших причин. Причини самогубства сильно відрізняються в різних вікових групах. ВООЗ налічує 80 способів відходу з життя. Способи самогубств, що переважають, можуть сильно відрізнятися, в залежності від регіону і від ситуації.

5.14 Психотерапія при депресивних розладах

Психотерапія показана як єдиний метод лікування депресивного епізоду за згодою пацієнта в разі м'якої або помірної депресії без хронічного перебігу, частих рецидивів, психотичних симптомів, суїцидальних ідей і спроб. Ефект психотерапії, мабуть, можна порівняти з антидепресантами, але розвивається дещо пізніше – зазвичай на 6-8 тижні.

На сьогодні в психотерапії депресивних розладів фахівці працюють в різних напрямках психотерапевтичних практик.

1. Психодинамічний підхід, хоча і залишається традиційним, і користується успіхом у багатьох фахівців, але, тим не менш, не має доказової бази тих методів лікування депресивних розладів, які вона пропонує.

2. Поведінкова терапія ефективна при легких формах розладів.

3. Когнітивний підхід має накопичену базу досліджень і зараз є однією з найпопулярніших практик.

4. При виборі підходу до лікування депресивних розладів важливо враховувати типологію клієнта, а також особливості протікання захворювання.

У 50-60 роках ХХ сторіччя виникли, розвинулись і поширились школи когнітивної психотерапії А. Бека (когнітивна терапія) та А. Елліса (раціонально-емотивна терапія). Хоча дані

підходи сформувались незалежно один від одного, вони дуже близькі за своїми цілями, прийомами роботи та вихідними положеннями. Головна мета допомоги у когнітивній і раціонально-емотивній терапії – подолання саморуйнівних когнітивних структур.

Когнітивний підхід у практиці психологічної допомоги ґрунтується на певних основоположних принципах. Базисним можна вважати положення, згідно якого будь-які емоції, настрої, стани є продуктом пізнання і мислення людини. Коротко це можна представити формулою: “Думки викликають емоції”.

На даному положенні ґрунтується когнітивне розуміння природи емоційних розладів та шляхів їх подолання. Оскільки негативні переживання, депресивні стани зумовлюються неадекватною інтерпретацією реальності, людині, щоб краще себе почувати, треба навчитись сприймати реальність якомога більш об’єктивно.

Депресія, на думку А. Бека, як ми вже говорили, характеризується “когнітивною тріадою”, яка містить три основних патерни негативних оцінок – себе, навколишнього світу і свого майбутнього.

Відповідно до першого компоненту тріади, людина вважає себе неповноцінною і неадекватно діючою, беззахисною, з численними моральними і фізичними недоліками, джерело і причина яких криються у ній самій. Негативна оцінка навколишнього світу фіксується у переконанні, що життя пред’являє надмірні вимоги, що існують непереборні перешкоди для досягнення життєво важливої мети, що світ абсолютно позбавлений будь-яких задоволень і радощів, а спілкування з оточуючими нічого хорошого не несе. Негативна оцінка майбутнього добре помітна у переконанні, що поточні неприємності ніколи не закінчуються і майбутнє не обіцяє ніяких радощів. Знаходячись у подібному стані, людина починає розглядати суїцид як єдино можливий вихід з безнадії.

Мотиваційні, поведінкові і фізичні симптоми депресії утворюються як наслідок цих когнітивних патернів, вважають представники когнітивної терапії. Підвищена залежність з’являється у зв’язку з переконанням у власній немічності і нездатності справлятися з подіями або контролювати їх. Наявна відраза до роздумів про майбутнє, песимізм, параліч волі і часто

відмова від будь-якої активності. Суїцидальні бажання також ґрунтуються на песимізмі і безнадійності і, крім того, відображають низьку толерантність до складнощів і непередбачуваності життя. Соматичні прояви депресії – втрата енергії, апатія, стомлюваність, інертність – також пов’язуються з негативними очікуваннями.

Негативно орієнтоване мислення – центральний процес при депресії. Когнітивну модель депресії зручно представити як спотворення трьох основних параметрів:

- когнітивних елементів;
- когнітивних процесів;
- когнітивного змісту.

В процесі когнітивної терапії робота йде з когнітивними елементами двох рівнів:

а) автоматичними думками, що відображають процес переробки поточної інформації;

б) когнітивними конструктами, або базисними схемами, що застосовуються для класифікації, інтерпретації, оцінки, позначення подій, які склалися в минулому досвіді людини.

Автоматичні думки відрізняє свого роду рефлекторність, стислість, невідкладність свідомому контролю, швидкоплинність. Суб’єктивно вони переживаються як беззаперечна істина, що не підлягає перевірці. Як зауважує А. Бек, ці думки подібні до слів батьків, що чують маленькі довірливі діти. Цим коментарем А. Бек підкреслює умовність жорсткого розведення автоматичних думок і базисних схем – і ті і інші є наслідком негативного афективного досвіду минулого. Наприклад, абітурієнт, що відчуває панічний страх перед іспитом, “автоматично” вважає отримання низької оцінки “повним провалом”, оскільки саме так оцінювали його вчителі і батьки; людина, яка перебуває у жалобі з приводу смерті близької людини, переконана, що “життя закінчилося”.

Подібні автоматичні думки “автоматично” призводять до емоційних і поведінкових реакцій, ступінь дезадаптивності яких варіює залежно від індивідуальних особливостей особистості та глибини афективної патології. Спектр реакцій може простягатись від дисфоричних коливань настрою до суїцидальних дій.

Неадаптивність автоматичних думок, що виявляється в спотворенні оцінки зовнішньої ситуації, пояснюється дисфункціональністю базисних схем сприйняття та інтерпретації дійсності. Останні є глибинними світоглядними установками

людини по відношенню до самої себе і навколишнього світу, впливаючі на актуальне сприйняття і категоризацію. При депресії схеми неадаптивні, негативні, надзвичайно ригідні і мають тенденцію до постійного повторення (персеверації), перетворюються на стійкі стереотипи і чинять опір змінам.

Складаючись у ранньому дитинстві на основі досвіду відносин з батьками, вочевидь, по механізму емоційного відображення, імпринтінгу, вони згодом утворюють щось подібне до буденної філософії життя, стають основою “життєвих сценаріїв”, створюючи призму, що спотворює сприйняття реальності.

Схеми, що лежать в основі систематичних помилок мислення, називаються “когнітивним спотворенням”. Когнітивні процеси, які безпосередньо зумовлюють когнітивні спотворення, характеризуються низкою специфічних особливостей, сукупність яких можна назвати “депресивним стилем”. Дані сучасних досліджень свідчать, що вони не є властивими виключно для депресій, але зустрічаються також при тривожно-фобічних розладах, іпохондрії, соматизованій депресії тощо.

Основними видами порушень у процесі пізнання є наступні:

а) **довільні висновки** – єдина негативна подія сприймається безперервною “чорною смугою”; висновки, що ґрунтуються на емоціях: віра у те, що негативні емоції відображають реальну ситуацію (“Я це відчуваю, значить це істинно”);

б) **надмірні узагальнення** – виведення загальних принципів поведінки на основі одного або декількох інцидентів; використання “ярликів” до себе і оточуючих, замість вказівки на конкретні свої чи чужі помилки (“Я – невдаха”, “Він – ворожий мені, хоче мене принизити” тощо). При цьому подібні узагальнення можуть бути абсолютно безпідставними і не ґрунтуватись навіть на одиничних випадках;

в) **вибіркові довільні узагальнення**, або селективне абстрагування, розуміння відбувається на основі виривання деталей з контексту при ігноруванні іншої, більш значущої інформації; селективна вибірковість до негативних аспектів досвіду при ігноруванні позитивних. Наприклад, пацієнти з тривожно-фобічними розладами у потоці повідомлень засобів масової інформації “чують” головним чином повідомлення про катастрофи, глобальні природні катаклізми, вбивства тощо;

г) **перебільшення або зменшення** – спотворена оцінка події, розуміння її як більш чи менш важливої, ніж вона є насправді. Так, депресивним пацієнтам властиво зменшувати власні успіхи і досягнення, занижувати самооцінку, перебільшуючи “невдачі” і “втрати”. Іноді цю особливість називають “асиметричною атрибуцією успіху (неуспіху)”, що розуміється як схильність приписувати відповідальність за всі невдачі собі, а успіхи “списувати” за рахунок випадкового везіння або щасливого випадку;

д) **персоналізація** – бачення подій як результату власних зусиль за відсутності останніх насправді; схильність співвідносити з собою події, насправді не пов’язані з суб’єктом (близько егоцентричному мисленню); бачення у словах, висловах або вчинках інших людей критики, образи на свою адресу; з певними застереженнями сюди можна віднести феномен “магічного мислення” – гіперболізовану упевненість в своїй причетності будь-ким або особливо “грандіозним подіям”, або звершенням, віра у власне ясновидіння тощо;

е) **максималізм, дихотомічне мислення, або “чорно-біле” мислення**, – віднесення події до одного з двох полюсів, наприклад, абсолютно позитивних або абсолютно поганих подій. Феномен тісно пов’язаний з дією механізму психологічного захисту і свідчить про нестабільну самоідентичність, недостатню її інтегрованість (“дифузна самоідентичність”).

Хоча А. Бек розвивав свою концепцію незалежно від А. Елліса, обидві течії співпадають в меті, прийомах роботи і початкових передумовах, серед яких в центрі – допомога клієнту у відмові від саморуйнівних когнітивних структур. Оскільки погляди А. Бека не суперечать позиціям А. Елліса, ми проаналізуємо лише найістотніші сторони його концепції раціонально-емотивної терапії (РЕТ).

Раціонально-емотивна теорія будується на наступних принципах:

- Когнітивна сфера є найважливішим, хоча і не єдиним, чинником, що визначає емоційний стан людини.
- Ірраціональне мислення часто викликає порушення емоційного стану.
- У нас є схильність мислити ірраціонально і хвилювати себе, ця схильність отримує підкріплення з нашого оточення.

- Ми самі затягуємо стан емоційного дистресу, продовжуючи культивувати в собі ірраціональне мислення.

- Кращий спосіб зменшити емоційний дистрес – змінити наші думки і поведінку шляхом постійного тренування.

- Раціональне мислення веде до зниження частоти, вираженості і тривалості емоційних розладів, але не притупляє афект і відчуття.

А. Елліс створив просту концептуальну схему для ілюстрації ролі процесів мислення в емоційних розладах. Він називає цю схему “АНД” (АВС – терапія – рос.). В цій схемі **А** – **Активуюча подія** (або Активуючий досвід), тобто це звичайно неприємні або небажані зовнішні події. **Н** – **це емоційні і поведінкові Наслідки**, це якраз ті неприємні афективні реакції на події, які спонукають пацієнтів шукати допомоги у психотерапевтів. **Д** – **це Думки** пацієнта. Думки розділяються на раціональні та ірраціональні. Психолога цікавитимуть, перш за все, ірраціональні думки.

У концепції раціонально-емотивної терапії (РЕТ) вважається, що проблеми клієнтів пов’язані з їхніми ірраціональними установками (судженнями, переконаннями). Виділяють чотири групи таких установок: установки повинності; катастрофічні установки; установки обов’язкової реалізації своїх потреб й оцінні установки.

Головними негативними рисами ірраціональних установок А. Елліс вважав їхній абсолютизм і категоричність.

Ми можемо **об’єднати їх в три основні ірраціональні думки, де головним є слово “Повинен”**:

1. **Я повинен** мати успіх і визнання (інакше я буду нікчемою).

2. **Ви повинні** до мене добре відноситися (інакше Ви негідник).

3. **Світ повинен** давати мені те, що я хочу, завжди швидко і легко (якщо ні, то це жахливо).

Ці три “Повинен” майже напевно ведуть не тільки до оцінок, наведених вище в дужках, але і до інших саморуйнівних думок.

Найважливіше завдання психолога полягає в тому, щоб привести клієнта до розуміння того, що його психологічні проблеми виникають в результаті його власного спотвореного сприйняття дійсності і помилкових думок.

Часто, під час депресії, коли протягом тривалого часу стан залишається стабільно поганим, може здатися, що

психотерапевтичні сесії проходять даремно. Але це не так – всередині відбуваються зміни, результати яких можна повною мірою усвідомити тільки після виходу з депресії. Дуже важливим при психотерапії може стати відчуття підтримки. Психотерапевт знає, що потрібно робити. Курс психотерапії може тривати кілька тижнів або затягнутися на роки – все залежить від психотерапевта, клієнта і конкретної ситуації. Найголовніше, щоб курс психотерапії проводив грамотний фахівець.

З огляду на тяжкість депресії, психотерапевт може підключити до терапії психіатра (медикаментозно-біологічна терапія). Найчастіше тільки тоді можна досягти хорошого результату. Як оцінити, чи ефективна терапія, що призначена пацієнтові?

Слід пам'ятати і розуміти, що депресія, як правило, зникає під впливом терапії точно так же, як і виникла – симптом за симптомом.

Спочатку може зменшитися один симптом, наприклад, починає відновлюватися сон, з'являється задоволення від сну; потім другий, наприклад, поступово поліпшується настрій, третій – у пацієнта з'являється інтерес до подій, що відбуваються навколо нього, його починає цікавити те, що відбувається вдома, в світі, поліпшується апетит і т.д. Рідко доводиться спостерігати ситуації, коли всі симптоми зникають швидко і всі разом. Все відбувається поступово. Тому слід звертати увагу саме на окремі прояви відновлення і зникнення симптомів хвороби. Саме вони будуть свідчити про можливу ефективність обраного курсу та ефективності препарату і про необхідність продовжувати терапію.

Наводимо деякі найбільш характерні ознаки ефективності призначеного лікування.

- Поліпшення настрою: видиме (те, що ви бачите у вигляді зміненої активності, інтересу і т.д.) і висловлюване (те, на що вказує сам пацієнт). Іноді бувають розбіжності – пацієнт не зазначає поліпшення свого стану, але близькі вбачають, що він почав дивитися телевізор і проявляти інтерес до раніше “забутих” або “відкладених на потім” справ.

- Покращення вітальних функцій, поява енергії, апетиту, інтересів, бажання зайнятися будь-якою діяльністю. Це помітно і вдома, і, особливо, на роботі. Навіть висловлюване бажання вийти

на роботу або зайнятися домашніми справами (без активної діяльності) – вже може вказувати на появу ефекту терапії.

- Зниження рівня тривоги, зменшення занепокоєння, неприємного передчуття, почуття, стискання в ділянці серця, зменшення тахікардії, внутрішнього тремтіння, нервової і неспокійною ходьби, зникнення почуття нестачі повітря, паніки, передчуття чогось поганого.

- Поліпшення соматичного стану відновлення сну, поліпшення функції шлунка і кишечника, зникнення або зменшення запорів, поліпшення сексуальної функції.

- Покращення когнітивних функцій поліпшення пам'яті, швидкості мислення, концентрації уваги, поліпшення працездатності. Пацієнт починає читати журнали, книги, дивитися телепрограми і якимось їх коментувати.

- Поліпшення моторних функцій, зростає швидкість рухів до того рівня, який був до хвороби, зростає рухова активність, “жвавість” рухів. Хода стає більш активною, зникають повільне “човгання”, зупинки, тривале і безцільне сидіння або лежання.

- Ефективна антидепресивна терапія дозволяє сформувати високий комплаєнс (прихильність пацієнта до соматичної і психотропної терапії). Іншими словами, пацієнт починає більш активно виконувати рекомендації лікаря щодо дотримання режиму дня, лікувальних процедур, прийому препарату, фізичної і розумової активності і т.д. Це дуже важливо, особливо в тому випадку, коли пацієнт приймає будь-які інші життєво важливі препарати: такі, що знижують артеріальний тиск, інсулін, антибіотики та ін.

- Критерієм ефективності антидепресивної терапії можна також вважати думку самого пацієнта. Так, довіра пацієнта до препарату, його відчуття поліпшення власного стану, відсутність значущих побічних реакцій і бажання продовжувати терапію може свідчити про достатній ефект антидепресивної терапії. Думка пацієнта є важливим критерієм ефективності ще й тому, що часто пацієнти з депресією вже мають досвід прийому різних антидепресантів і, як ніхто інший, можуть оцінити ефективність того чи іншого препарату.

Психотерапія є ефективною при слабкій виразності депресії і відсутності меланхолійних симптомів. Якщо по закінченню 3-х місяців курс психотерапії не показав результатів, важливо

розглянути можливість застосування антидепресантів. Разом з тим, головною перевагою психотерапії є практично повна відсутність побічних ефектів.

Недоліками застосування психотерапевтичного методу можна вважати:

- успіх лікування залежить від рівня кваліфікації фахівця;
- при лікуванні пацієнтів з помірною або важкою формами депресій, психотерапія виявилася малоефективною;
- до 40% хворих не закінчують призначений курс лікування;
- психотерапія як вид лікування ефективна не для всіх типів пацієнтів;
- ефективність різних методів психотерапії різниться щодо конкретних випадків;
- проведення психотерапії вимагає великих зусиль, як з боку пацієнта, так і з боку лікаря, а також тимчасових і фінансових витрат.

Максимально ефективною є комбінована терапія. Так, когнітивна терапія в поєднанні з лікарськими препаратами призводить до зниження частоти виникнення депресивних епізодів.

І все таки, основним методом лікування вважається психотерапія і лише в разі відсутності ефекту призначають фармакологічні засоби. Ліки не змінюють спосіб мислення, погляди на те, що відбувається, стиль спілкування з іншими людьми. Тому, навіть при використанні медикаментозного підходу необхідно проводити додатково психотерапію.

Незважаючи на те, що перевага віддається когнітивній терапії, що дозволяє зменшити негативне ставлення до себе, до світу і до майбутнього життя, можна використовувати і психодинамічну терапію, виявляючи розлади адаптації особистості до невирішених конфліктів раннього дитинства. Розлука дитини з матір'ю, байдужість батьків, часті заборони, приниження і покарання, непослідовні вимоги можуть бути витіснені в підсвідомість і проявитися у вигляді депресії в критичні періоди життя.

У той же час, багато фахівців вважають, що обговорення нещасного минулого в найдрібніших подробицях, концентрація уваги на почуттях образи, гніву і інших негативних емоціях може посилити депресію і при цьому не вчить людину нічому новому і не виправляє наявні помилки мислення.

Для поліпшення адаптації можна рекомендувати часту зміну стереотипів поведінки: зміна одягу, побутових звичок, магазинів, відвідування видовищних заходів. Допомагає підвищити настрій і регулярне фізичне навантаження.

М. Еріксон радив знайти суспільно корисну справу, якою можна займатися, приносячи людям радість і отримувати її у відповідь (наприклад, вирощувати і дарувати квіти). Цікаво, що дорослі в поганому настрої і не занурені в себе, більш схильні до альтруїзму, що пояснюється нейтралізацією негативних емоцій почуттям задоволеності собою.

Допомогу в корекції психосоціальних проблем, обумовлених депресією, надає інтерперсональна терапія.

Прихильники цього підходу розглядають депресію як результат неефективних і хворобливих відносин. У цьому випадку проводять 12-16 тижневих курсів, які сприяють виробленню навичок спілкування, оптимізації поведінки в суспільстві, підвищенню здатності виражати свої почуття і думки.

Якщо психотерапія не приводить до поліпшення через 6 тижнів або спостерігається тільки частковий ефект через 12 тижнів лікування, то показано медикаментозне лікування.

Найчастіше використовують комбіноване лікування медикаментами і психотерапією. При гострій і неускладненій депресії комбінація не дає переваг.

Доведено хороший ефект при депресії програми фізичних тренувань, який можна порівняти з ефектом медикаментів.

При гострій депресії проводиться підтримуюча терапія, оскільки стан пацієнта не дозволяє проводити активну психотерапію. Важливіше бути поруч з пацієнтом, постійно вислуховувати його скарги і ставитися до них серйозно. У бесіді пацієнту можна пояснити, що епізод депресії закінчиться і після депресії не залишається ніякого дефекту, крім того, є методи профілактики розладу. У той же час, не можна обіцяти і одужання, оскільки чергове загострення може призвести до розпачу і суїцидальних спроб. Не рекомендується вимагати від хворого, “щоб він взяв себе в руки”, “проявив силу волі”, втішати і заспокоювати його. Також не рекомендується обговорювати з хворим наявні труднощі, а навпаки, переконувати, що в момент депресії все бачиться в чорному кольорі.

Що не варто говорити тому, хто страждає на депресію

Список сформований за допомогою учасників телеконференції **alt.support.depression (a.s.d.)**.

1. Ти не припиниш це безперервне “скиглення”? Чому ти думаєш, що все повинні про тебе піклуватися?
2. Ви ще не втомилися від всієї цієї ... м-м-м .. нісенітниці?
3. Потрібно, щоб тобі як слід, врізали, ось і все!
4. Але все це лише плід твоєї уяви!
5. Я думав, що ти міцніший, ніж ти є насправді!
6. Ніхто ніколи не говорив, що життя має бути справедливим.
7. Якби ти став суворий до себе, то не валявся б стільки в ліжку.
8. Тягни себе сам за шнурки своїх черевиків. [Приказка]
9. Ну що, вам тепер стало краще? (Зазвичай ця фраза говориться слідом за п'ятихвилинної бесідою, протягом якої той, хто розмовляє з хворим, запитує: Це хіба не так? І ви не хотіли б розповісти мені про це? – з найкращими намірами, але при цьому не розуміючи під депресією рівно нічого, крім хіба що абсолютно ірраціональної, безглуздої печалі).
10. Тобі треба просто зібратися і встати!
11. Припини жаліти самого себе.
12. Є багато людей, які перебувають в куди більш поганому матеріальному становищі, ніж ти!
13. У вас же все добре, чому ж ви відчуваєте себе нещасним?
14. Тільки подивися, який прекрасний день!
15. У вас є багато такого, за що потрібно дякувати долі, чому ж ви в депресії!
16. Говорити, що пацієнт не зробив на світі нічого такого, від чого міг би відчувати себе пригнічено.
17. Щастя – це просто вибір самої людини.
18. Ти просто переоцінюєш свої проблеми.
19. Благополуччя – це просто коли немає нічого поганого.
20. Можливо, ви повинні, всього лише, попити вітамінні від вашого стресу.
21. Завжди хтось живе матеріально ще гірше за тебе!
22. Та будьте ви веселіші, нарешті!
23. Ти повинен кинути до біса всі свої пігулки.
24. Не варто сумувати!
25. Ти завжди відчуваєш жалість до себе. Скільки можна!
26. Чому ти не можеш просто бути нормальним, як всі?

27. Ситуація не настільки погана, чи не так?
28. А ви б помолилися / почитали Біблію!
29. Ви повинні ходити на прогулянки побільше.
30. Ми повинні збиратися разом час від часу.
31. Більшість людей щасливі настільки, наскільки вони самі собі наказують бути щасливими!
32. Прийміть гарячу ванну. Саме це я завжди роблю, коли засмучений.
33. Слухай, у кожного іноді трапляються депресії!
34. Знайди собі гарну роботу!
35. Посміхніться, і світ посміхнеться вам! А то ви плачете поодиночі, але ж світ не буде плакати разом з вами.
36. Ви абсолютно не виглядаєте як хворий на депресію!
37. Ти просто жахливо егоїстичний, і все!
38. Ти ніколи не думаєш ні про кого, крім самого себе.
39. Ти тільки добиваєшся уваги до себе, і все.
40. Ти що засмучений? Не став прем'єр-міністром?
41. Завдяки цьому (стражданню) ви станете краще!
42. У кожного час від часу бувають погані дні.
43. Ви повинні купити собі модний гарний одяг!
44. Чому ти не посміхаєшся частіше?
45. Людина в вашому віці повинна жити своїм нормальним життям.
46. Єдиний, кому ти шкодиш – це ти сам.
47. Зрозумій, ти можеш зробити що завгодно, якщо тільки приймеш тверде рішення!
48. Це – місце для роботи, для бізнесу, це вам не лікарня (після довірчого повідомлення про депресію в особистій розмові).
49. Депресія – це симптом вашого гріха перед Богом.
50. Ви просто звалили це на себе. Скиньте з плечей геть!
51. Ви можете зробити вибір, піддатися дії депресії чи ні, все це в ВАШИХ руках!
52. Вийди зі своєї барлоги, зроби нарешті хоч щось. (Або: Ось візьми і зроби це!)
53. Чому я повинен (а) бути тобі нянькою?
54. Звільнися від цієї мури!
55. Ти просто хочеш почувати себе таким чином!
56. Ви не маєте ніякої причини почувати себе так.
57. Ти сам винен в тому, що погано себе почуваш.

58. Це не вб'є тебе, а навпаки зробить міцніше!
59. Ти завжди хвилюєшся тільки про свої проблеми!
60. Твої проблеми не настільки страшні.
61. Послухайте, у вас немає приводу навіть для смутку! Ви повинні себе прекрасно почувати!
62. Просто не думай про це.
63. Вам не подобається так себе почувати? Ну так змініть своє життя!
64. Ти ні на що не здатна людина!
65. Просто зачекайте кілька тижнів, і це саме обов'язково пройде!
66. Пройдіться і знайдіть собі щось, що вас потішило б!
67. Слухай, через тебе у мене теж почнеться депресія!
68. Але ж я хочу допомогти тобі (а ти мене не слухаєш).
69. Той світ – не гірше цього...
70. Спробуй зробити зусилля серйозніше, ніж ти пробував!
71. Повірте мені, я прекрасно знаю, що ви тепер відчуваєте. У мене одного разу теж протягом декількох днів була депресія.
72. Тобі просто потрібен чоловік / дівчина!
73. Знайдіть собі хобі.
74. Просто зберіться!
75. Ви відчували б себе краще, якби сходили до церкви!
76. Я думаю, що твоя депресія – це тобі покарання за твою поведінку.
77. Іди під три чорти або припини все це негайно!
78. Ну ладно, тепер у вас депресія. Але може бути, це і завжди так і було?
79. Що тобі дійсно потрібно, так це пережити реальну трагедію, щоб у тебе з'явився смак до життя!
80. Ви письменник, вірно? Ну так і думайте про те, який чудовий матеріал ви можете отримати з усього цього!
81. Знаєш, це просто твоя проблема!
82. А ви не пробували відвар ромашки?
83. Гей, а ну підбадьоритись!
84. Постарайтеся не бути таким депресивним!
85. Перестаньте скиглити! Підіть і почніть допомагати людям, і у вас не буде часу на те, щоб віддаватися смутку!
86. Вийдіть, нарешті, на свіже повітря! Мені від цього завжди стає краще!

87. Вам треба просто відірватися від свого ліжка і продовжувати жити!

88. Чому ви не відмовляєтеся ходити до цих шарлатанів (маються на увазі доктора) і не викинете всі ці нескінченні таблетки! Вам би відразу стало краще!

89. Кожен з нас повинен нести свій хрест!

90. Вам треба піти грати в музичній групі або співати в хорі, або взагалі робити щось таке. Тоді ви перестанете весь час думати про себе.

91. Змініть своє мислення!

92. Ніхто не винен у твоїй депресії!

Що допустимо говорити тому, хто страждає на депресію

Якщо до Вас звернулася особа, яка страждає на депресію, (родич, близький знайомий) то найбільш спокусливо спробувати негайно усунути цю проблему. Однак, до тих пір, поки депресивна людина не надала особисто Вам дозволу бути її лікарем (в якості друга або професіонала), запропоновані фрази з найбільшою ймовірністю можуть бути корисними. Ми наводимо список, сформований за допомогою учасників телеконференції [alt.support.depression \(a.s.d.\)](http://alt.support.depression (a.s.d.)), деякі з яких корисно роздрукувати і дати тим, хто є для вас близькою людиною.

1. Я люблю тебе! (Якщо Ви дійсно любите).

2. Я буду про тебе піклуватися.

3. Ти не тільки в цьому.

4. Не думай, що я кину / відмовлюся від тебе!

5. Хочеш, я обійму тебе?

6. Це пройде, ми зможемо подолати це разом!

7. Коли все це пройде, я все ще буду тут (якщо це дійсно так), і ти – теж.

8. Не говори нічого, просто тримай мою руку, поки ти плачеш!

9. Послухай, ти не збожеволів.

10. Може бути, це сили минулого розмірковують про твоє майбутнє?

11. Я тобі співчуваю.

12. Мені шкода, що ти так сильно страждаєш. Я тебе ні за що не покину. Я потурбуюсь про себе, і ти не повинен переживати, що своїми стражданнями травмуєш мене.

13. Я слухаю, як ти кажеш про це, але не можу собі уявити, як це важко для тебе.

14. Я дійсно не можу повністю зрозуміти, що ти відчуваєш, але я можу запропонувати моє співчуття.

15. Ти мені дуже потрібен.

16. Я буду з тобою, не дивлячись ні на що.

17. Я люблю тебе (Ви мені подобається) таким, який ти є.

Почуття тих, хто страждає на депресію завжди багаторазово повторюються протягом дуже тривалого часу. Повторюйте фразу “Ти потрібен мені” багато разів – щоразу, коли депресивна людина, можливо, відчуває себе непотрібною; і це повторення заспокоює. Депресія робить людину такою, яка у всьому сумнівається: в тому, що вона чує або в тому, у що їй важко повірити в тяжкі проміжки часу.

5.14.1 Немедикаментозні методи допомоги при депресії

Отже, основною метою лікування депресії є досягнення такого стану, при якому відсутній знижений настрій, відбувається відновлення працездатності та підвищення якості життя.

Розрізняють декілька станів впродовж протікання розладу. Це – ремісія, одужання, загострення, рецидив.

Ремісія: відсутність симптомів протягом тривалого періоду часу після епізоду депресії.

Одужання: відсутність депресії тривалістю не менше 4-6 місяців.

Загострення: відновлення симптомів депресії.

Рецидив: новий епізод після одужання.

При тяжкому та середньому ступенях тяжкості хвороби, в першу чергу, призначають медикаменти – антидепресанти та інші методи біологічного впливу. При легкій депресії, в першу чергу, проводиться психотерапія і, як доповнення, – медикаментозна терапія.

Психологи рекомендують пацієнтам *експрес-план* виходу з легкої депресії, з елементами самопомоги, позиції якого представлені далі по тексту.

Якщо ти відчуваєш, що тужливий настрій серйозно затягнувся, склади свій індивідуальний експрес-план по виходу з депресії.

1. Віднови сон. Депресія завжди супроводжується порушенням сну. Допоможе екстремальний, але дієвий спосіб: добу взагалі не спи, а на наступний день треба лягти спати на 5-6 годин раніше звичайного. Побачиш, сон налагодиться дуже швидко.

2. Пий багато води. Після безсонної ночі виникає гостре бажання випити пару літрів кави. Не роби цього, збудження нервової системи лише посилить проблему. Пий побільше чистої води – вона допоможе почувати себе набагато краще.

3. Дотримуйся режиму сну і харчування. Дуже важливо дотримуватись певного режиму. Харчування, фізичні навантаження, сон – все це повинно бути включено до схеми. Психіка швидко звикає до змін, тому якщо ти навчишся планувати свій день, в подальшому проблем не буде. Спочатку непросто дотримуватися режиму, але, з часом, ти знайдеш в цьому масу позитивних моментів.

4. Розслаблюйся. Варто пошукати захоплення, яке допоможе тобі повернути радість життя. Стрес став хронічним? Тобі допоможе фахівець – психолог або психіатр. Чи можна вилікуватися від депресії? Все залежить від конкретного випадку. Але протягом усього життя підтримувати себе в нормальній психічній формі не тільки можна, а й треба.

5. Сонце для боротьби з хандрою.

Сонце і свіже повітря – ідеальні антидепресанти. Може бути, останнім часом, хтось із твоїх близьких хандрить? Зверни увагу на те, як дорога для тебе людина реагує на звичні ситуації, чи не стала замкненою? Якщо тебе щось насторожує, у відвертій розмові дуже тактовно і делікатно поцікався, що її турбує. Ні в якому разі не наполягай на відповіді. Краще проведіть разом вихідні або хоча б погуляйте в парку, час, проведений разом, безцінний. Увага і любов – це кращі ліки від будь-якої депресії. Вихід є! Все дратує? Плануй свій день до дрібниць і скрупульозно виконуй задумане. Чіткий режим допоможе переключитися і зняти напругу. Живи в стилі антистрес! Щоб не допустити розвитку депресії, зрозумій прості правила позбавлення від стресу.

6. Релакс. Вчися знімати напругу, що накопичується протягом дня. У кожної людини має бути в запасі кілька способів релаксації, що підходять саме їй: дихальні вправи, гімнастика, прогулянка по вулиці, музика, коротенька медитація. Від стресу потрібно позбавлятися щоденно. Більш того, доведено, якщо лягти спати, не

знявши стрес, він може перетворитися в комплекс. Тому, перед сном, особливо після важкого дня, обов'язково продумай, проговори і “змиє” під душем гнів, образу або роздратування.

7. Вибірковість у спілкуванні. Робота з людьми відноситься до стресогенних професій. Постійний контакт призводить до пересичення й перенапруги. Важливо визначити норми спілкування з тією або іншою людиною, щоб комунікація не переходила в форму роздратування, а далі по ланцюжку “втома – стрес – невротична реакція – депресія”.

8. Фізичні вправи. Доведено, що всього 20 хвилин щоденного фізичного навантаження здатні зняти нервову напругу за цілий день. Після роботи знайди в собі сили пройтися навколо будинку, озера, по алеї парку. Спортивний клуб, басейн, аеробіка, танці – ще краще. Фізичне навантаження дуже важливе для профілактики, розвантажується нервова система.

9. Зміни обстановку. Коли ти відчуваєш, що стрес накопичився і ти на межі, знайди можливість на 1-2 дні вирватися зі звичного ритму життя. Як показує практика, цих двох днів достатньо для відновлення. Звичайно, проблема сама собою не вирішиться, але ти зможеш подивитися на неї під іншим кутом.

10. Регулярна відпустка. Психологи вважають, що її тривалість повинна бути не менше трьох тижнів і не рідше, ніж один раз на рік. Після повернення не поспішай з головою занурюватися в шалений ритм. Побудь трохи вдома, адаптуйся до звичного способу життя. Адже відпочинок – теж стрес, хоча і позитивний.

Існує дуже багато нелікарських методів лікування депресій.

Голкорексфлексотерапія

Голкорексфлексотерапія застосовується як самостійний метод лікування неглибоких, реактивно-спровокованих депресій і як метод подолання резистентності до проведеної психофармакотерапії при ендогенних хроніфікованих депресіях.

Дозована гіпоксія

Дозована гіпоксія як метод лікування депресій полягає в підйомі на висоту від 1000 до 3000 метрів над рівнем моря (в горах), де бажано знаходитися від 3 до 6 тижнів, або знаходженні в наближених до згаданих умов в барокамері (2-3 тижні), або проведення курсу гіпоксичних процедур по В.А. Березовському.

Розвантажувально-дієтична терапія

Розвантажувально-дієтична терапія по Ю.С. Ніколаєву застосовується в основному при “неглибоких” депресіях і належить до числа дієвих методів управління переважаючим настроєм. Тривалість повної відмови від їжі при виконанні необхідних гігієнічних процедур і активному способі життя – 2-3 тижні. Лікування проводиться під наглядом медичного персоналу. Як правило, після ацидотичного кризу (перший тиждень) спостерігається підйом настрою, що зберігається, зазвичай, протягом декількох місяців. Підтримуюча терапія полягає в щомісячних короткочасних відмовах від їжі і розвантажувальній дієті. Існує дуже тісний зв'язок між дієтою, роботою мозку і емоційним станом індивідуума.

Деяка їжа може покращувати настрій людини. Один з перших рядків у списку таких продуктів займають вуглеводи. Це пов'язано з тим, що вживання вуглеводів сприяє виробленню триптофану, який, потрапляючи в мозок, перетворюється в серотонін. Від вмісту серотоніну в організмі залежить настрій людини. Недолік серотоніну може викликати депресію. Одним з компонентів комплексної атаки на депресію, як і на стрес, може стати дієта, спрямована на те, щоб поповнити організм тими речовинами, які посилено “з’їдаються” гормонами стресу.

Вітамін А – зелені листові овочі, морква, абрикоси, гарбуз.

Вітамін С – всі овочі і фрукти, особливо цитрусові, чорна смородина, ківі, брокколи, білокачанна капуста, шипшина.

Вітаміни групи В – всі крупи, йогурт, печінка, гарбуз, авокадо, хліб з висівками, нежирне м'ясо і риба, горіхи, пивні дріжджі. Вітаміни групи В підвищують вміст жирних кислот класу омега-3. Вітамін В6, який потрібен для синтезу серотоніну, міститься в зернах злаків і молюсках.

Вітамін Е – рослинне масло.

Магній – “зелені” овочі і трави, грейпфрути, банани, фіги, морква, помідори, горіхи, гречка, вівсянка, горох, квасоля, пророслі зерна пшениці. Дефіцит магнію в організмі впливає на стресостійкість, а підвищений вміст цього елемента сприяє поліпшенню сну і знижує збудливість.

Кальцій – молоко і молочні продукти.

Цинк – індичка, морепродукти, яйця, йогурт, сир, горіхи, спаржа, устриці.

Холін – яєчний жовток, печінка яловича, пророслі зерна пшениці

Глюкоза – хліб з висівками, солодкі фрукти, мед.

Фолієва кислота, яка необхідна для синтезу дофаміну, міститься в телячій печінці і брокколі.

Також при стресі організм потребує адаптогенів – речовини, які підвищують здатність адаптивних систем. До них відносяться засоби рослинного походження – трав'яні чаї з рослин, що містять адаптогени – це женьшень, лимонник, солодка, комбуча, ехінацея, зелений чай і багато інших. Їх вживання також ефективно при нервовому виснаженні, що виникає в результаті напруженої діяльності.

Ще одна речовина, що підвищує настрій – капсаїцин. Він міститься в гострому перці. Саме капсаїцин робить перець гострим. У відповідь на печіння, що стимулює нервові закінчення в роті, мозок виділяє ендорфіни, речовини, що підвищують настрій.

Дуже важливо пити достатньо води. Зневоднення сприяє уповільненню роботи організму. Нормальна кількість води для дорослої людини 8-10 склянок на день.

Не рекомендується їжа, що негативно впливає на метаболізм і нейротрансмітери, які беруть участь у формуванні настрою людини (тверді сири, алкоголь (особливо червоні вина)).

Електросудомна терапія

Електросудомна терапія (ЕСТ). Найперші відомості про використання електричного струму для лікування психічних розладів відносяться до початку 16 століття – щоправда, само джерело струму було екзотичним – в його ролі виступав електричний скат.

Традиційну ЕСТ стали використовувати в 30-і роки минулого століття, спочатку для лікування шизофренії, а пізніше – для лікування важких форм депресій. У Радянському Союзі ЕСТ стала застосовуватися з 1938 року, і вже в 40-50-х роках набула широкого поширення. Поширена назва ЕСТ – електрошок. Терапія була названа електросудорожною через свій вплив – електричний розряд певної сили і тривалості індукує судомний припадок, схожий на епілептичний. На сьогоднішній день смертність під час процедури становить 4,5 випадку на 100 000 і пов'язана в першу чергу з анестезією, що не перевищує аналогічні показники при звичайних хірургічних операціях. Сьогодні перед сеансом пацієнту

внутрішньовенно вводять барбітурати, і він занурюється в несвідомий стан, що дозволяє уникнути больових відчуттів і сильних судом, які раніше приводили до переломів. За статистикою один з 10 000 пацієнтів помирає від проблем з серцем після процедури, і питання, чи є це збігом, чи дійсно відбувається в результаті ЕСТ, залишається відкритим.

Щоб виключити можливі ускладнення, перед призначенням ЕСТ пацієнта обов'язково обстежують. Сеанси проводяться вранці натщесерце. Пацієнту змащують скроні гелем і від'єднують електроди. При односторонній ЕСТ електрод під'єднується до однієї, недомінантної півкулі. Одностороння ЕСТ не відрізняється від двосторонньої за ефективністю, але дає менше число побічних ефектів, тому є більш привабливим методом. Під час сеансу струм низької напруги, що виробляється спеціальним приладом (конвульсатором), надсилається через електроди, що викликає судомний припадок. Для виникнення припадку (що є обов'язковою умовою успішного сеансу) напруга може досягати величини 100-170 Вольт при експозиції 0,3-0,7 секунд. Тривалість нападу зазвичай становить 30-60 секунд. Велика частина енергії електричного імпульсу поглинається м'якими тканинами і черепом, і лише невелика частина доходить до мозку.

Після сеансу можуть виникнути неприємні відчуття – головний біль, напруга в м'язах тіла, підвищення кров'яного тиску, прискорене серцебиття. Вони викликані анестезією, і зазвичай проходять протягом години. Курс ЕСТ складається з 10-16 сеансів, які зазвичай проводяться через день. На відміну від терапії препаратами, позитивні зміни настрою зазвичай починаються через кілька днів після початку курсу ЕСТ. Після закінчення курсу зазвичай призначають підтримуючу терапію (антидепресанти та інші препарати), оскільки в іншому випадку ефект від процедури триває не більше декількох місяців.

Даний метод – один з найбільш неоднозначних у психіатрії. Головною причиною цього є тривалі наслідки – втрата пам'яті, зазвичай у вигляді ретроградної амнезії (нездатність згадати події в межах декількох місяців до і після лікування). У більшості пам'ять відновлюється – період відновлення може тривати від кількох днів до півроку, але у невеликого відсотка пацієнтів пам'ять про деякі події не повертається вже ніколи. ЕСТ набула широкого поширення в США, у нас її застосовують досить рідко – в основному при

важких ендогенних депресіях, як останній засіб, в разі, якщо інші методи не дали позитивного результату Дія ЕСТ багато в чому подібна до дії трициклічних антидепресантів, хоча точний механізм впливу на депресію до сих пір залишається загадкою.

В останні роки інтерес до ЕСТ знову зріс – зараз в світі через цю процедуру проходять понад 100 тисяч осіб на рік. На сьогоднішній день, за даними американських психіатрів, ЕСТ ідеально підійшла 80% пацієнтів, тоді як інші методи, включаючи медикаментозне лікування, не дали результатів. У половини з них депресія не повернулася протягом року після процедури, а іншій половині призначають повторний курс.

Метод ЕСТ найбільш ефективний при лікуванні важких депресивних розладів у певних типів пацієнтів, а саме: пацієнти з важкою депресією, з суїцидальною поведінкою; пацієнти, які не одужали внаслідок застосування фармакотерапії; пацієнти, які з певних причин не можуть приймати лікарські препарати; пацієнти, яким не можна призначати фармакотерапію через можливість виникнення і ускладнення соматичних захворювань.

Електросудомна терапія має певні недоліки: немає достатньої кількості дослідного матеріалу щодо застосування даного виду лікування при легких формах депресивних розладів; електросудомна терапія супроводжується деякими побічними ефектами; застосування ЕСТ протипоказана пацієнтам з певними видами соматичних захворювань.

Транскраніальна магнітна стимуляція (ТМС)

Технологія – транскраніальна магнітна стимуляція (ТМС), що дослівно означає “скрізчерепна”. “Транс” – крізь + “краніальна” – черепна. Під час сеансу на пацієнта надягають пристрій, що нагадує шапочку для купання, до якої підносять котушку. По котушці проходить струм, який створює навколо котушки потужне магнітне поле (зазвичай 2 Тл, що в 40 тисяч разів більше магнітного поля землі). Якщо в магнітне поле потрапляє якесь середовище, що є провідником, в ньому з’являється електричний струм. В даному випадку таким середовищем є мозок. Мозок складається з величезного числа нервових клітин (нейронів), які взаємодіють між собою за допомогою електричних імпульсів. Під час депресії електричні процеси взаємодії порушуються, а ТМС допомагає нормалізувати ці процеси. Тобто само по собі магнітне поле вільно

проходить через тканини мозку, ніяк не впливаючи на них, а зміни в мозкових процесах викликані електричним струмом, який наводиться в нейронах.

Інтенсивність магнітного поля значно слабшає при віддаленні від котушок, і тому прилади, що генерують магнітне поле, проникають на невелику глибину (1-2 см) і впливають тільки на верхні ділянки кори головного мозку. Не так давно з'явилися більш потужні прилади, здатні стимулювати ділянки мозку, що знаходяться на глибині 5-6 см.

Зміна електричних процесів у мозку при ТМС має мало спільного з процедурами магнітотерапії, яку використовують фізіотерапевти, але аналогічно тим, які відбуваються при ЕСТ. Але, на відміну від ЕСТ, в якій велика частина енергії електричного імпульсу поглинається м'якими тканинами і черепом, і лише невелика частина доходить до мозку, метод ТМС здатний впливати більш направлено. При ТМС не відбувається збудження больових рецепторів, тому анестезія не потрібна. Звичайний курс ТМС-терапії включає 20-30 сеансів по 40 хвилин протягом шести тижнів. Побічні ефекти незначні – це може бути легкий головний біль. ТМС, на відміну від ЕСТ, виконується амбулаторно.

Стимуляція блукаючого нерва

Стимуляція блукаючого нерва (СБН), метод, що дозволяє впливати на мозок не безпосередньо, а через блукаючий нерв. З мозком пов'язано дванадцять пар нервів, з них блукаючий нерв – найбільший, який пов'язаний з усіма внутрішніми органами.

Сам метод полягає в помірній електричній стимуляції блукаючого нерва. Стимуляція проводиться за допомогою маленького вживленого електричного генератора, що нагадує кардіостимулятор, який посилає імпульси до блукаючого нерва по дроту, на кінці якого знаходиться тонкий електрод, який під'єднується безпосередньо до блукаючого нерва в районі шиї. Генератор і провід імплантуються під шкіру верхньої частини лівої половини грудей.

Операція проводиться нейрохірургом під наркозом і зазвичай триває близько однієї години. Пацієнт може бути виписаний вже через день після операції. Імпульси через провід, електрод і блукаючий нерв надходять в мозок і нормалізують роботу дільниць, відповідальних за депресію; імпульси надходять

періодично, наприклад, після 30-секундного порушення потрібна п'ятихвилинна пауза. Періодичність підбирається індивідуально під час амбулаторного обстеження. Управління генератором здійснюється лікарем за допомогою датчика, який накладається на груди в місці імплантації. Генератор отримує енергію від однієї вбудованої батарейки, якої зазвичай вистачає на 3-5 років. Після закінчення терміну дії батареї проводиться операція під місцевим знеболенням для заміни старого генератора на новий. Під час стимуляції більшість людей скаржиться на поколювання в шиї або хрипкий голос. Іноді виникають болі в горлі, кашель, задуха, дуже рідко бувають нудота, блювота, порушення функцій шлунково-кишкового тракту.

Перша операція по методу стимуляції блукаючого нерва була проведена не так давно – в 1988 році і спочатку застосовувалася для лікування епілепсії. У дев'яностих роках стали проводити операції для тих, хто страждає депресіями. Позитивний ефект спостерігається у 30%, але зміни настають дуже повільно через кілька місяців або навіть через рік. На сьогоднішній день подібні стимулятори імплантовані кільком десяткам тисяч людей у всьому світі.

Депривація сну

Депривація сну, як метод лікування неглибоких депресій, полягає в сеансах повної відмови від сну протягом не менше ніж 36-38 годин, тобто одну ніч на дві доби хворому необхідно не спати. Такі сеанси повторюються 2-3 рази на тиждень, всього їх може бути від 6 до 12.

Позбавлення сну – чи не єдиний метод, який може вивести людину протягом кількох годин зі стану депресії. Депривація сну, так само як і голодування, практикується в деяких психіатричних закладах.

Суть методу депривації сну в наступному. “Пропускається” одна ніч сну. Наприклад: пацієнт, що страждає на депресію, прокидається в понеділок о 8-ій годині ранку і приймає рішення про депривацію сну. В цьому випадку, він не лягає спати, як звичайно, в понеділок увечері, а продовжує не спати всю ніч і весь день. Він лягає спати тільки ввечері у вівторок, о 8-10-ій годині вечора, і спить приблизно 10-12 годин. Виходить, що період неспанья протягом одного циклу депривації становить приблизно

36-38 годин. На початковому етапі депривації рекомендується застосовувати 2 рази на тиждень, надалі, при поліпшенні стану – 1 раз на тиждень. Найскладніше при депривації сну – впоратися з сильним бажанням заснути, яке зазвичай виникає в ранкові години, якщо впоратися зі сном не вдалося, то весь ефект депривації буде втрачено. Допомагає чергування пасивних періодів з більш активними. Зазвичай зміни в стані починають відбуватися в районі 3-4 годин ранку. Сон проходить, з'являється енергія і сили. Так проходить залишок ночі і весь наступний день. Практика депривації протягом більш ніж однієї ночі небажана і може привести до негострих форм психозів. Цей метод все ж вимагає сторонньої допомоги, тому бажано проводити його в стаціонарі.

Лікувальне голодування

Лікувальне голодування – один з найрадикальніших і цікавих методів у лікуванні депресії. Люди, які страждають на депресію, голодують під наглядом лікарів 2-3 тижні і, після закінчення курсу, повністю виходять з депресії. Під час голодування запускаються потужні очисні механізми, як на рівні тіла, так і на енергетичному рівні.

Латеральна світлотерапія

Латеральна світлотерапія амбулаторних депресій здійснюється за допомогою окулярів-ФЛАТ (окуляри для латеральної фізіотерапії), в яких кожен окуляр вертикально розділений на дві протилежно забарвлені половини. Для лікування тужливих, тоскно-астенічних і фобічних станів необхідно, щоб червона половина кожного окуляра розташовувалася справа, а зелена – зліва. Для купірування тривоги і асоційованих з нею станів необхідно, щоб зелений світлофільтр розташовувався в окулярах справа, а червоний – зліва. Джерело світла (лампа 100-150 Вт) може розташовуватися на відстані 1-1,5 м. Тривалість “засвітки” становить від 5 до 20 хв залежно від глибини депресії. Курс лікування складається з 5-7 процедур, повторюваних через день.

Світлотерапія

Світлотерапія “сезонних” та інших амбулаторних депресій, що виникають зазвичай в зимовий час, коли сонячне світло істотно зменшується, полягає в тому, що за допомогою спеціальної

освітлювальної апаратури проводять сеанси “засвітки” протягом 1 год вранці і ввечері протягом 2-3 тижнів. У тому випадку, якщо застосовуються рожеві або червоні світлофільтри, тривалість процедури повинна бути зменшена. Світлотерапія (фототерапія) – ця процедура може стати панацеєю для тих, хто страждає сезонними депресіями, що в офіційній медицині зветься САР – сезонні афективні розлади. Найчастіше симптоми САР проявляються в ті періоди, коли нашому організму не вистачає сонця (зазвичай – в осінньо-зимовий період). Відомо, що в кімнаті середньої освітленості світла в 300 разів менше, ніж в ясний день. За статистикою, вплив погоди на настрій відчуває на собі 30-40% населення, але форму депресивного розладу воно приймає лише у 10%! Найбільш ефективний метод, здатний полегшити САР – це світлотерапія. Під час світлотерапії людина піддається впливу світла від яскравої лампи потужністю, близько 10 люкс, що рівноцінно кількості світла, що проходить через вікно в сонячний весняний день.

Фізичні вправи

Біг і фізичні вправи допомагають при будь-якій депресії (незалежно від тяжкості). Будь-які фізичні навантаження збільшують вироблення ендорфінів, що призводить до підвищення настрою. На думку багатьох психіатрів – регулярні пробіжки не менше ефективні, ніж психотерапія або антидепресанти. Причому поліпшення настає не тільки внаслідок зміни біохімічних процесів – при регулярних заняттях поступово змінюється ставлення до себе, зростає впевненість у власних силах.

Ребефінг

Ребефінг – спеціальна техніка дихання, що дозволяє людині увійти в ЗСС (змінений стан свідомості). Перші кілька занять рекомендується пройти в групі під керівництвом інструктора. Далі можна займатися самотійно, консультуючись з інструктором. Під час ребефінгу невелика частина несвідомого у вигляді образів, звуків, тілесних імпульсів проникає в свідомість – усвідомлюється. Ребефінгові відчуття під час депресії будуть відрізнятися від звичайних.

Техніка написання психологічного листа

Психологічна техніка, є безпечною і універсальною. Техніка допомагає “відпускати” деякі почуття і емоції, які доставляють дискомфорт, відреагувати їх і усвідомити. Ця техніка також ефективна при втратах, розставаннях, образах, почутті провини і інших “соціальних” почуттях. Під час виконання даної дії, так само як і при веденні щоденника, активізується процес мислення і, як наслідок, допомагає заспокоїтися, вникнути в ситуацію, а також зрозуміти себе: мотиви поведінки, плани, позиції, думки, емоції, почуття, зрозуміти як змінюватися, що перебудовувати в своїй поведінці, в якому напрямку рухатися. Найголовніше, щоб настрої листа був позитивним.

Терапія середовищем

Середовище можна розглядати як один з видів своєрідної психотерапії. Останнім часом великого поширення набула, так звана, терапія оточенням (мільотерапія). Це поняття включає проживання в приміщеннях, де є багато природного світла, в певному колірному інтер'єрі, що не тільки виключає “депресивні” кольори (наприклад, фіолетовий, чорний, коричневий, сірий), але і дозовано подає тонізуючі, такі як червоний або помаранчевий. Більше використовуються теплі пастельні тони жовтого і зеленого спектрів. Цей вид терапії передбачає наповненість кімнат живою рослинністю, музикою, але не ритмічно-бравурною, а тихою, мінорно-мелодійною, певний підбір картин, перегляд фільмів, що спонукають до життя і показують подолання труднощів життя, наприклад, використання тематично підібраних глибоких і, водночас, емоційних фільмів.

Чабан О.С. – доктор медичних наук, психіатр, для клієнтів з метою профілактики негативних психічних станів рекомендує перелічені нижче фільми, книги, музику.

Фільми: “Форест Гамп”, “Спорожніле місто”, “Куди приводять мрії”, “Небо над Берліном”, “Розмальована вуаль”, “День бабака”, “Ванільне небо”, “Життя як диво”, “Чорна кішка, білий кіт”, “Поки не зіграв в ящик”, “Запах жінки”, “Пролітаючи над гніздом зозулі”, “Життя прекрасне”, “Валл-І”, “З широко закритими очима”, “Термінал”, “Соляріс” (А. Тарковського), “Блиск”, “Кейт і Лео”, “Велика риба”, “Годинник”, “Весна, літо, осінь, зима і знову весна”, “Легенда про піаніста”, “Одного разу”,

“Країна глухих”, “Бережись”, “Вічне сяйво чистого розуму”, “Острів”, “Той самий Мюнхгаузен”, “Через Всесвіт”.

Книги: Джека Лондона, Бернарда Вербера, Річарда Баха, Павла Санаєва, Тетяни Толстої, Володимира Вишневського, Андре Моруа, О’Генрі, Анни Гавальда, Михайла Зощенка, Євгенія Гришковця, Франсуа Моріака, Ісаака Бабеля, Вікторії Токарєвої, Михайла Веллера, Сергія Довлатова, Адама Хезлетта, Ярослава Гашека, казки Андерсена, деякі психотерапевтичні книги Ірвіна Ялом; для розширення знань про депресії книги: Олександра Лоуен, Фріца Рімана, М. Голанта, Ендрю Соломона, В. Руднева, Майкла Якпо, Аарона Бека, Р. Фрейджера.

Музика: класична музика (В. Моцарта, С. Рахманінова, Т. Альбіноні, А. Вівальді, Г. Генделя, Н. Паганіні). Джаз (Торда Густавс, Тшуйоші Ямамото, Стефано Боллані, Енріко Піеранунзі, Джекі Террассона, Мішел Петручіанні, Стіва Канна, Ісао Сузукі, Даніелсона Палла, Алдо Романо, Чарлі Хайдена, Майлза Девіса. Рок (Дрім СІЕТ, Кінг Крімзон, “Ю-Ту”, Пітер Гебріель, Роберт Плант, “БГ”, Земфіра, “Кіно”, “Нічні снайпери”, “Сплін”, “Бі-2”, дещо від “Агати Крісті”, “Машини часу”, “Аліси”, “ВВ”, Тома Вейтс, “Чайф”, “Чиж і Ко”).

Просто розвеселити пацієнта з важкою депресією за допомогою будь-якої комедії або гумористичної програми практично неможливо, і навіть можна викликати кардинально протилежну реакцію. У реальності, працює принцип – через переживання (іноді співзвучно – негативні) до відреагування і оптимізації. Іншими словами, не варто смішити пацієнта, варто дати можливість йому побачити співзвучний біль, переживання інших людей (нехай це будуть книжкові герої або артисти), але з оптимістичним, світлим виходом із ситуації, перспективою майбутнього. Те, що рекомендується для перегляду, обов’язково підлягає обговоренню або розмові на цю тему.

Психологічне лікування тваринами (зоотерапія)

Домашні тварини – собаки (каністерапія), кішки (фелінотерапія), коні (іпотерапія), кролики (ребітотерапія) можуть бути хорошими “терапевтами” без критиканства. Наявність тварин вдома є хорошим антистресовим засобом. Дельфінотерапія, також застосовується при найрізноманітніших захворюваннях, як у дітей, так і у дорослих.

Безумовно, будь-яке психотерапевтичне втручання, лікування біологічними методами і будь-якою іншою допомогою, що надається, має проводитися фахівцем. Однак, два основних компоненти психотерапії відносяться переважно до людських якостей і доступні будь-якому лікарю: це емпатія і вислуховування. Під емпатією розуміється встановлення емоційно доброзичливого, дружнього, шанобливого, партнерського контакту з пацієнтом, коли хворий відчуває, що він і його проблеми (зокрема, депресія) – в центрі уваги лікаря. Це тим більш важливо, оскільки найбільшу психічну тяжкість для хворого представляє почуття безпорадності, “самотності” в ситуації хвороби, що склалася. Вислухати хворого, дати йому виговоритися, зняти, таким чином, тяжкість депресивної самотності – є основний прояв уваги лікаря до особи і її страждань. Іноді, особливо в разі реактивних депресивних розладів, цього буває достатньо для істотного поліпшення психічного стану пацієнта. Необхідно пам’ятати, що психотерапія є дієвим методом лікування депресій тільки в комплексі з психофармакотерапією і соціально-реабілітаційними заходами.

Психоосвіта

Зазвичай проводиться психоосвіта тих людей, які живуть з психологічними проблемами.

Мета психоосвіти полягає в роз’ясненні різних аспектів хвороби: медичному (пояснення симптомів захворювання, його причини, перебігу, лікування та прогнозу); юридичному (Закон України “Про психіатричну допомогу”, в якому закріплені основні норми і принципи всього правового регулювання процесу надання психіатричної допомоги в країні); психологічному (надання своєчасної корекції психологічного і психічного стану пацієнта, а також у навчанні правильній поведінці родичів і близьких у спілкуванні з пацієнтом) і т.д.

Крім того, приділяється увага пошуку власних ресурсів і вмінню управління ними з метою уникнення рецидивів депресії.

Індивідуальна і групова психоедукація пацієнтів і їх родичів є невід’ємною частиною терапії. В результаті численних досліджень був зроблений висновок, що активне ставлення до захворювання і правильної медикаментозної терапії зменшує частоту рецидивів на 60% -80% протягом року.

Психоедукація орієнтується на:

- загальну картину розладів з їх позитивними, негативними симптомами і емоційними наслідками;
 - різні підгрупи захворювань, їх перебіг, можливість застосування медикаментозного лікування;
 - причини;
 - розпізнавання індивідуальних ранніх попереджувальних симптомів;
 - можливості психо-, соціо- і медикаментозної терапії, при якій пацієнти і родичі є активними учасниками процесу лікування;
 - взаємний груповий обмін, при якому учасники групи знаходять один в одного додаткову підтримку і емоційну розрядку.
- Групи психоедукації займаються один-два рази на тиждень; кількість учасників залежить від того, хто входить в групу; групи пацієнтів складаються з 6-8 осіб, групи родичів від 12 до 15 осіб.

Рекомендації клієнту

Що Ви повинні знати, наважуючись на участь в групі психоедукації:

- регулярно приймайте участь в групових заняттях, щоб не втрачати зв'язуючої “нитки” лікування і завжди мати у своєму розпорядженні необхідну інформацію;
 - якщо Вам щось незрозуміло або у Вас інша точка зору, висловіть. Ваші запитання в дискусійній фазі або на початку найближчого заняття є дуже важливими, відповіді на них дозволять зняти психологічне навантаження;
 - знайдіть собі в групі постійного співрозмовника, до якого Ви могли б звернутися по допомогу, якщо відчуєте, що не справляєтеся з навантаженням або помітите у себе ранні симптоми;
 - для отримання додаткових відомостей зверніться до невропатолога або Вашого психотерапевта;
 - дізнайтеся, чи існують такі групи у Вашій лікарні, госпіталі.
- Психоосвітню корекцію, як правило, проводять психологи, психотерапевти або психіатри.

Просвітництво хворого і сім'ї

1) Розлади настрою необхідно роз'яснювати відповідними термінами: депресія – не слабкість особистості або тимчасове нездужання, а хвороба, часто хронічна.

2) Хворі та їхні родини потребують розуміння того, що рання діагностика і лікування мають критично важливе значення для ефективного лікування і поліпшення результатів.

3) Може бути корисним порівняння з іншими хронічними захворюваннями, такими як діабет і астма, як модель і спонукальний мотив для подолання стигматизації (стигма – це виключення із соціуму певних груп осіб на підставі їх несхожості з більшістю представників суспільства). Як і при будь-якому хронічному захворюванні, при депресії необхідна підтримуюча терапія, в тому числі медикаментозна.

4) Необхідно наголошувати на необхідності дотримання рекомендацій і утриманні від прийняття самостійних рішень щодо свого лікування, зокрема його припинення, зміни доз, і т.і., не погоджених з професіоналами.

5) В ході захворювання, час від часу, можливі погіршення, що обумовлює необхідність внесення поправок або змін до лікування. Необхідно допомогти хворому і його сім'ї у виявленні ранніх ознак погіршення стану і рекомендувати їм негайно звертатися, в таких випадках, за медичною допомогою.

6) Необхідно працювати з хворим і його родиною щодо виявлення та усунення несприятливих явищ при лікуванні. При наявності можливості вибору, якщо хворий може приймати рішення щодо свого лікування, його слід залучати до прийняття такого роду рішень.

7) Необхідно звернути увагу на можливість збільшення маси тіла при прийомі деяких лікарських засобів (літій, протисудомні засоби, нейролептики). Для цього потрібно контролювати зміни ваги, індекс маси тіла, рекомендувати виконання фізичних вправ, планувати програми харчування для запобігання набору зайвої ваги.

Сім'я являє собою мікросоціум, в якому проходить формування особистості індивіда, стереотипів його поведінки і соціальних ролей. Як реабілітаційне середовище сім'я забезпечує внутрішньосімейну турботу, фізичну допомогу, психологічну підтримку. Від атмосфери в сім'ї і позиції членів сім'ї по відношенню до психічно хворого, в значній мірі, залежать його подальша доля, самооцінка і реабілітаційний потенціал.

5.15 Психотерапія при ПТСР

Відомо, що психотерапевтичний вплив, спрямований на попередження посттравматичного стресового розладу, розпочатий відразу після травматичної події, як одноразовий, так і такий, що тривав протягом наступних 3-х місяців, не попереджали посттравматичного стресового розладу. Не було відмінностей в ефективності підтримуючого вислуховування і реструктуризації спогадів.

Психотерапевтичні відносини з пацієнтами, у яких є травматичний досвід

Терапевтичні відносини з пацієнтом, який має травматичний досвід, вирізняються характерними особливостями, які можна сформулювати наступним чином:

1. Поступове завоювання довіри пацієнта з урахуванням того, що у нього спостерігається виражена втрата довіри до світу.

2. Підвищена чутливість по відношенню до “формальностей” проведення терапії (наприклад, відмова від стандартних діагностичних процедур перед розмовою про травматичні події).

3. Створення надійного оточення для пацієнта під час проведення терапії (наприклад, забезпечення підтримки з боку членів сім'ї, добір відповідного складу терапевтичної групи тощо).

4. Адекватне виконання ритуалів (як у груповій, так і в індивідуальній роботі), які сприяють задоволенню потреби в безпеці пацієнта.

5. До початку терапії зменшення дози медикаментозного лікування або його скасування для прояву успіху психотерапевтичного впливу.

6. Обговорення можливих джерел небезпеки в реальному житті пацієнта та можливих способів їх нейтралізації.

Пропонуємо ряд рекомендацій психологам щодо раннього втручання.

Раннє втручання має на меті забезпечити такі потреби:

- безпека / захист / підтримка життєвих функцій;
- їжа, вода, одяг, гігієна, притулок;
- сон;
- медикаменти (замість втрачених необхідно вживаних);
- просвіта щодо поточного стану;
- комунікація з родиною, друзями та найближчим оточенням;

- захист від поточних загроз / інтоксикації / шкоди. Зменшити, якщо виявлене, вживання алкоголю, тютюну, кофеїну та заборонених психоактивних речовин.

Деякі правила

- Продовжувати застосування принципів допомоги при бойовому стресі. Ці люди страждають від нормальної реакції на дуже травматичну подію.
 - У багатьох випадках безпосередній посттравматичний стрес можна зменшити природними способами. Спеціальні психологічні чи психіатричні служби непотрібні.
 - Вірогідно навіть, що надмірна зосередженість на питаннях психічного здоров'я може спровокувати у деяких осіб розвиток симптомів психічного розладу, зациклити пацієнта на симптомах і проблемах і зробити його залежним від уваги та турботи з боку інших.

По можливості, необхідно усунути дію стресора. При масових катастрофах для запобігання індукції психічних розладів у оточуючих потрібно ізоляція “лідерів”, які ведуть за собою натовп і підсилюють паніку. Гостра реакція на стрес короткочасна і тому в окремих випадках потрібна нетривала госпіталізація.

Перша допомога після впливу екстремального стресу

- допомогти пацієнтові зрозуміти, що розгубленість і симптоми дистресу є нормальними і з'являються на короткий час після травми;
- роз'яснити пацієнту, що таке гострі стресові реакції;
- спонукати пацієнта говорити з сім'єю і друзями про травму і почуття, що він переживає;
- пояснити пацієнту і сім'ї необхідність повторної розповіді про подію для полегшення одужання;
- забезпечити емоційну підтримку;
- полегшити нерациональне почуття провини;
- порадити звернутися до групи підтримки або отримати консультації після травми;
- рекомендувати снодійні коротким курсом при інсомнії за умови узгодження з лікарем.

Емоційна підтримка. Перший час необхідно допомогти постраждалому впоратися з вираженою емоційною реакцією. Корисно буде відкрито висловити свої почуття горя, страху, відчаю, сорому, гніву. Важливо в цей час просто бути поряд з постраждалим, проявляючи своє розуміння того, що він відчуває, але не говорити “Я знаю, що ти відчуваєш”. Таке дзеркальне відображення стану заспокоює, стримує переживання. Деякі постраждалі дуже чутливі до вторгнення в особистий простір: випадки дотику, хапання за рукав без попередження, рух в сторону пацієнта, коли він сам не може уникнути тісного контакту, можуть привести до емоційної або агресивної реакції.

Якщо людина повністю віддається стражданню, то зазвичай спроби зменшити їх становляться малоефективними.

Фізична підтримка. У деяких випадках, за умови близьких відносин з потерпілими, погладжування, обіймання створює сприятливі умови. Можна просто взяти людину за руку, потримати її або покласти свою руку на плече.

Надання інформації та порад. Перший час постраждалий не сприймає порад. Навіть звернення по допомогу, як правило, виглядає, як повідомлення про те, що людину охопило почуття відчаю, а не як реальне прохання. Не рекомендується психологу керувати або нав'язувати свої ідеї. Можна дати настанову як вчинити, але недирективно і нейтрально. Більше потрібно “підштовхувати” постраждалого до використання власних ресурсів, більше спілкуватися з родичами, друзями, дружиною, чоловіком. Зазвичай вказівки і поради в надлишку надходять від близьких людей. Спілкування залучає людину в звичайне життя. При наявності спільних захоплень корисні фізичні навантаження, музика, спільне проведення часу.

Наступні рекомендації потребують значної додаткової підготовки психологів та медперсоналу

1. Коротке когнітивно-біхевіоральне втручання (4-5 сесій) може попередити ПТСР у випадках клінічно суттєвих симптомів гострого посттравматичного стресу.

2. Соціальна підтримка.

3. Психосвіта та нормалізація, особливо у перші дні.

4. Психотерапія, сфокусована на травмі, що включає компоненти впливу та/або когнітивну реструктуризацію.

5. Підготовка за стрес-інокулятивним методом.

При нетяжкому гострому або хронічному розладі спочатку проводять психотерапевтичне лікування, а при важкому, часто разом з психотерапією, призначають медикаменти. Вибір медикаментозного лікування може бути пов'язаний з коморбідними розладами (*коморбідність* – поєднання двох або декількох самостійних захворювань або синдромів, жоден з яких не є ускладненням іншого, якщо частота цього поєднання перевищує ймовірність випадкового збігу). Коморбідність може бути пов'язана з єдиною причиною або єдиними механізмами патогенезу цих станів, але іноді пояснюється схожістю їх клінічних проявів, яка не дозволяє чітко диференціювати їх один від одного).

Важливо спочатку усунути гострі симптоми посттравматичного розладу, а потім направити зусилля на профілактику хронізації, соціальну і професійну реабілітацію.

Дуже важливо ізолювати хворого від впливу провокуючих чинників. Обслуговуючий персонал повинен приділяти багато уваги і співчуття. Підозра в корисливих вчинках або спробі уникнути небезпеки за рахунок інших може надати дуже негативний вплив.

Зазвичай на першій стадії психотерапії (до 1-3 місяців) рекомендується відвідування психотерапевта щотижня по 45-60 хвилин.

Серед психотерапевтичних методик в початковий період лікування використовують різні підходи (таблиця 5.1).

Нерідко фактором, що заважає стабілізації терапевтичного ефекту, є “вторинна вигода”, що отримується хворим від свого страждання, тому небажано затягувати курс психосоціальної підтримки.

У разі хорошого ефекту психотерапія триває при гострому розладі до 3 місяців, а при хронічному – до 6 місяців з подальшою підтримуючою терапією кожні 2-4 тижні на початку і далі в залежності від ступеня одужання.

Таблиця 5.1

Психотерапія на початковому періоді посттравматичного
стресового розладу (Foa E.B., et al., 1999).

| Метод | Техніка | Опис |
|----------------------|---|--|
| Контроль тривоги | <ol style="list-style-type: none"> 1. Релаксація 2. Повільне дихання 3. Позитивні думки 4. Тренування впевненості 5. Зупинка думок | <ol style="list-style-type: none"> 1. Розслаблення великих груп м'язів. 2. Повільне діафрагмальне дихання. 3. Заміни негативних думок (“я можу втратити свідомість”) позитивними (“я відчував це раніше і впораюсь з цим зараз”). 4. Висловлювання бажань, думок і емоцій є адекватним, не обмежуючим оточуючих. 5. Внутрішній крик “припини” |
| Когнітивна терапія | | Зміна нереалістичних припущень, думок, автоматичних думок, що приводять до емоційних і поведінкових порушень. |
| Експозиційна терапія | <ol style="list-style-type: none"> 1. Образна експозиція 2. Експозиція in vivo | <ol style="list-style-type: none"> 1. Повторні образні розповіді про події до тих пір, поки вони не стануть викликати сильний дистрес. 2. Конфронтація з безпечною ситуацією, що асоціюється з травмою і викликає сильний страх. |

| | | |
|----------------|--|---|
| Ігрова терапія | | Ігрова форма дозволяє вводити теми, що неможна запропонувати прямо, полегшити експозицію і переробити травматичні спогади. |
| Психоосвіта | | Опис симптомів розладу і методів лікування. Запевнення в нормальності симптомів після екстремального стресу, часовому їх характері. |

Підходи терапії за Е. Фоа (терапія розкриттям) до посттравматичної патології

Терапія розкриттям – це єдина психотерапія, ефективність якої доведена численними експериментальними дослідженнями.

Когнітивна експозиційна терапія активно практикується в Ізраїлі.

Будь-якому втручанню повинно передувати детальне обстеження і постановка попереднього діагнозу (психологічного висновку).

Відносно посттравматичної патології це означає, що необхідно:

1) уточнити, чи виконуються критерії МКХ-10 для посттравматичного стресового розладу і коморбідних розладів (**коморбідність** – від *лат. Morbus* – хвороба – поєднання двох або кількох самостійних захворювань або синдромів, жоден з яких не є ускладненням іншого, якщо частота цього поєднання перевищує ймовірність випадкового збігу). Може бути пов'язана з єдиною причиною або єдиними механізмами патогенезу цих станів, але іноді пояснюється схожістю їх клінічних проявів, яка не дозволяє чітко віддиференціювати їх один від одного;

2) визначити, що хвилює пацієнта найбільше, і постаратися зрозуміти, чи є проблеми розлучення, насильства, депресії та інші проблеми, пов'язані з травматичною патологією;

3) оцінити ресурси, на які спирається пацієнт в соціальному житті, а саме наявність постійного житла, благополуччя в родині, наявність постійної роботи, служби;

4) припустити, наскільки сильна мотивація пройти курс, що пацієнт готовий зробити для того, щоб одужати;

5) оцінити суїцидальний ризик.

У роботах Е. Фoa зі співавторами аналізуються такі методи, як інтервенція в гострих посттравматичних станах і дебрифінг, когнітивно-біхевіоральна психотерапія, психофармакотерапія, десенсибілізація і переробка рухами очей, групова терапія, психосоціальна реабілітація, гіпноз, подружня і сімейна терапія, арт-терапія.

Терапію розкриттям часто сприймають крізь призму міфів про неї. Найпоширенішим є переконання, що розповідь про травму травмує пацієнта знову і знову, що психолог заподіює пацієнту біль. Часто помилково вважається, що пацієнти відмовляються співпрацювати з психологом. Дуже важливо з самого початку пояснити пацієнту принцип дії терапії, зробити його союзником, запевнити, що він не буде один в процесі відтворення травматичного досвіду, що з ним буде досвідчений психолог.

Ще одним міфом є думка про те, що пожвавлення спогадів про травму погіршує стан пацієнта. Це не так, оскільки спогади про травматичному подію є невід'ємною частиною захворювання, і терапія дає пацієнтові ефективний і реальний шлях управляти хворобливими спогадами.

Наступний міф стверджує, що структурована терапія не дозволяє пацієнтові рухатися в його власному темпі. Психологу надається свобода співпраці і плану дій.

Поширена помилка свідчить, що терапія розкриттям показана тільки здоровим індивідам. На практиці травматична патологія поєднується з будь-якими особистісними розладами, органічною патологією та зловживанням наркотичними препаратами. Посттравма, в чистому вигляді, зустрічається в клінічній практиці не так часто.

За межами уваги можуть виявитися пацієнти, які перенесли повторну травматизацію або важкі травми, мають хронічну травматизацію міжособистісного характеру, пацієнти з великим списком коморбидної психопатології.

Найбільш характерні проблеми таких пацієнтів пов'язані з труднощами в міжособистісній взаємодії, що кореняться в недовірі до світу і оточуючих, в дисоціації, соматизації, імпульсивній поведінці, самоушкодженні та афективній ригідності.

Методика продовженого розкриття (PE) звертається до базового переживання сильного страху, розкриває його, пропрацьовує і забезпечує коригуюче емоційне переживання. Ефективність доведена численними науковими дослідженнями проведеними Е. Фоа. Пацієнта просять розповісти в деталях про травматичне переживання. Травма спочатку відтворюється в уяві, а потім безпосередньо на місці події. Пацієнту кажуть, що тривога і страх це біологічні адаптивні механізми, необхідні для виживання. Пацієнта навчають технікам совладання з тривогою, рівень якої збільшується у відповідь на стимул. Його заохочують до того, щоб він відтворив травматичну подію, зберігаючи контроль над ситуацією.

Як і в інших методах когнітивної терапії, стимули, що викликають страх і тривогу, ранжуються за ступенем їх стресового впливу, і пропрацювання починається з найлегших, щоб надати пацієнту впевненості у своїх силах. У процесі терапії пацієнта заохочують знову переживати сильний страх і допомагають йому справитися з надсильними емоціями, які до цього були блоковані. Новий досвід, отриманий пацієнтом, має лікувальну дію. У міру формування впевненості у своїй здатності впоратися зі страхом, тривогою, зменшується симптоматика уникаючої поведінки. В теорії вважається, що у людини, яка пережила вплив травматичної події, когнітивна схема небезпеки (стимул-реакція) включає в себе занадто велику кількість стимулів. Терапія піддає ревізії уявлення людини про небезпеку всього навколишнього світу і про власну недієздатність.

Механізм уникнення стимулів спирається на помилкові уявлення людини про те, що переживання страху і тривоги будуть залишатися надсильними необмежено довгий час, і вона не зможе з ними впоратися. Пацієнт помилково вважає, що впоратися з ними можна тільки шляхом відмови. Він уникає потенційно небезпечних ситуацій. Завданням психолога є зміна цих помилкових уявлень.

Пацієнту допомагають відчувати, що думки, почуття, пов'язані з травмою, не несуть в собі небезпеку і уникати їх не потрібно. Терапія посттравми являє собою коригувальний емоційний досвід:

в ситуації травми страх і тривога розцінювалися як слабкість, некомпетентність. У ситуації терапії зіткнення з небезпечним стимулом представляється як сміливість, вміння, розглядається як прояв сили. Крім того, опрацьовуються і негативні уявлення про себе і про інших.

Техніка продовженого розкриття *складається з дев'яти індивідуальних сесій двічі на тиждень.*

Перші дві сесії присвячені інформуванню пацієнта про принципи терапії, роз'яснення механізмів лікування і складання ієрархій лякаючих ситуацій, розкриття їх в уяві і потім в реальності.

В останні 7 сесій пацієнта просять відтворити в уяві травматичну подію, описуючи її психологу таким чином, як ніби вона відбувається зараз. Пацієнта навчають навичкам релаксації, *допомагають терпіти страх і тривогу протягом 40 хвилин, поки переживання природним чином не підуть на спад.* Терапевт підкреслює, що почуття, які в цей час пережив пацієнт, не завдали йому (пацієнтові) шкоди і не привели до дезорганізації, забезпечуючи, тим самим, коригуючу інформацію. Розкриття травматичного досвіду триває близько 60 хвилин і фіксується на магнітофон. Пацієнт отримує домашнє завдання прослуховувати запис вдома. Недосвідчені фахівці схильні переривати сесію розкриття, як тільки переживання тривоги або страху стають досить сильними. Приймаючи таке рішення, вони керуються найкращими спонуканнями, але їх зусилля не приводять до досягнення терапевтичного ефекту, адже пацієнт позбавляється можливості отримати коригувальний досвід того, що тривога йде на спад сама по собі через 40 хвилин. Сесія “тривалого розкриття”, згідно з протоколом, повинна тривати, як мінімум, 60 хвилин, щоб забезпечити нове переживання, що виправляє попереднє. Терапевт постійно підкреслює і закріплює ефект безпеки переживань страху і тривоги. Пацієнт навчається не боятися спогадів про травму спочатку в присутності психотерапевта, потім вдома.

Розповідь про подробиці травми часто доводиться пацієнтом тільки до найболючішого моменту. Після цього він вимовляє фразу-код, що нагадує крапку в реченні. Наприклад, постраждалий може сказати: “А потім це сталося”. Важливо дозволити пацієнтові просуватися в його власному темпі. Пропрацювання травматичної ситуації займає не одну і не дві сесії. Ключовим в терапії є відтворення в людини віри в можливість витримати вплив розповіді

про травматичний досвід. Психолог, на перших порах, допомагає пацієнтові, використовуючи техніки релаксації і дебрифінгу. В результаті курсу лікування постраждалі вчать переживати сильні почуття, керуючи ними.

У міру виникнення переконаності пацієнта в тому, що він здатний впоратися з сильними переживаннями, психолог заохочує пацієнта заглибитися в деталі і в подробицях описати найгірші моменти з травматичної події. Опис потрібен для того, щоб розкрити афекти, якими супроводжувалася травматична подія.

Проблемою в терапії є ситуація, коли спогади паралізують пацієнта або поглинають його. В цьому випадку терапевт заспокоює свого підопічного, нагадує, що мова йде про спогади, які не є небезпечними самі по собі, і повертає в ситуацію “тут і зараз” психотерапевтичного кабінету. Повільно і спокійно він припиняє розкриття, моделюючи для пацієнта приклад совладаючої поведінки і контролю над емоціями.

Іншою проблемою в терапії розкриттям є труднощі “входження” в розповідь про травму і переживання в цій ситуації. Уникнення розкриття може бути явним і неявним. Коли небажання розповідати про травму є очевидним, подолати труднощі допомагають довірчі відносини між пацієнтом і психологом і переконаність останнього.

Якщо пацієнт погоджується розповідати про травму, але робить це в відстороненій манері або викладає тільки факти, замовчуючи про переживання, уникнення вважається неявним. В цьому випадку психолог повинен мати майстерність, розпитуючи пацієнта про подробиці. Його інтерес щодо думок, відчуттів і почуттів, пережитим під час травми, повинен допомогти пацієнтові поринути в болючі спогади. Готовність пацієнта заглянути в себе повинна постійно підкріплюватися і оцінюватися як прояв особистої мужності.

Така форма уникнення контакту з травматичним досвідом, як невиконання домашніх завдань, часто під виглядом “зайнятості” і завантаженості іншими справами, повинна стати предметом обговорення пацієнта і терапевта. Уникаючи прослуховувати магнітофонний запис попередньої сесії, пацієнт захищає себе від нової зустрічі з хворобливими переживаннями. Така тактика приносить йому короточасне полегшення, але знижує ефективність лікування.

Травматичний досвід несвідомо “здається на зберігання” психологу в клініку, позбавляючи пацієнта необхідності інтегрувати травмуючі спогади в повсякденне життя.

У більшості видах психотерапії разом з методами розкриття і конфронтацією з сильними почуттями страху і тривоги застосовуються методи просвіти (psychoeducation) і когнітивної терапії.

У психотерапії пропрацьовуються неадаптивні когнітивні схеми, спотворені уявлення про себе, про інших і про світ. Наприклад, психолог і пацієнт спільно обговорюють, наскільки є небезпечними лякаючі ситуації, намагаючись зробити список більш реалістичним. Найбільш очевидною неадаптивною схемою є уявлення про себе “Я некомпетентний”. Травматичний досвід особливо руйнівний для індивідів, які керувалися в житті до травми когнітивною схемою “Я все можу”. Переживання безсилля і безпорадності в ситуації травми контрастує з вихідною схемою і є для них джерелом постійного дистресу. Наслідком травми є генералізоване уявлення про світ “Весь світ небезпечний”. Ця когнітивна схема лежить в основі патернів уникаючої поведінки при хронічному посттравматичному розладі.

5.16 Психологічна допомога клієнтам, які знаходяться в стані горювання

Варто зауважити, що в багатьох випадках людина здатна впоратися із втратою, відгорювати горе непатологічним способом самостійно. Оточуючі можуть допомогти в цьому складному процесі, знизивши ймовірність формування патологічних форм переживання горя.

Психотерапевтичний вплив є основним методом лікування. Виявляючи співчуття і увагу, слід спонукати людину до самостійного пошуку альтернативних шляхів вирішення проблеми. Не слід сприяти формуванню феномена “вторинної вигоди” і зниження відповідальності. Ефективною також є групова психотерапія. Можна використовувати методи психоемоційної саморегуляції.

Психологи дають низку рекомендацій щодо особливостей спілкування з людиною, яка пережила втрату.

1. Що говорити?

- Визнайте ситуацію. Наприклад: “Я чув, що помер”. Використовуйте слово “помер”, а не який-небудь евемізм (“пішов”, “покинув”). Це покаже, що Ви відкриті до розмови про те, як людина дійсно почувається.

- Висловіть свою участь. Наприклад: “Я дуже засмучений, що це сталося”.

- Будьте “непідробним”, щирим у Вашому спілкуванні, і не приховуйте своїх почуттів. Наприклад “Я не знаю, що сказати, але я хочу, щоб ти знав, що я переживаю разом з тобою”.

- Запитайте, як він або вона себе почуває, і не припускайте, що Ви знаєте, як людина, яка переживає втрату, відчуває себе в кожен конкретний день.

- Уникайте говорити людині: “Ти такий сильний”. Це підштовхує її до того, щоб стримувати свої почуття.

- Запропонуйте Вашу підтримку. Наприклад: “Скажи мені, що я можу зробити для тебе”.

2. Що робити?

- Будьте з людиною, яка горює (навіть якщо Ви не знаєте, що сказати). Просто присутність когось-небудь поруч може втішати.

- Спонукайте людину, яка переживає втрату, до обговорення її переживань. Однак, не слід примушувати когось-небудь говорити, якщо він не готовий до цього.

- Не зупиняти потерпілого, якщо він плаче.

- Забезпечити присутність людей, які знали покійного (-у) і попросити їх говорити про померлого в присутності людини, яка переживає втрату.

- Віддати перевагу короткочасним частим зустрічам з постраждалими, а не рідкісним і тривалим.

- Не треба заспокоювати банальними фразами, давати поради, применшувати горе і втрату.

- Нагадування про те, що чоловік (жінка) прожив (-ла) “хороше життя” і помер (-ла) без страждань може викликати почуття провини.

- Не можна залишати людину одну, навіть незважаючи на власне роздратування, так як присутність поруч дозволяє уникнути суїцидальних спроб.

- Будьте хорошим слухачем. Приймайте будь-які почуття, що виражає людина, співпереживайте їй замість того, щоб радити, як впоратися з втратою, або применшувати значущість втрати.

Допоможіть зрозуміти, що всі почуття, що переживаються є нормальними.

- Запропонуйте допомогу з дорученнями, купівлею продуктів, домашнім господарством, приготуванням їжі або транспортом. Іноді люди хочуть, щоб їм допомогли, іноді ні. Хоча вони можуть вимовлятися від Ваших пропозицій, пам'ятайте, що вони при цьому не відхиляють Вас.

- Продовжуйте пропонувати підтримку навіть після того, як початковий шок пройшов. Відновлення вимагає тривалого часу.

Важливе психотерапевтичне значення має похоронний ритуал, що включає знаходження певного часу біля труни, відспівування, поминки, панахиду та ін.

Досить повно матеріали з психотерапії горя представлені в монографії Шефова С.А., розділи з якої ми представляємо в скороченому вигляді, але без змін.

Модель горя, запропонована доктором J. Garlock; включає в себе сім стадій:

- 1) шок і заперечення;
- 2) емоційне вивільнення;
- 3) депресія і фізичний дистрес;
- 4) паніка і вина;
- 5) гнів і ворожість;
- 6) відновлення надії і “перебудова”;
- 7) розв’язання: відновлення почуття контролю над своїм життям.

Характеристика динаміки переживання втрати відповідно до моделі Е. Кюблер-Росс:

1. Стадія шоку і заперечення. У багатьох випадках звістка про смерть близької чи коханої людини виявляється сильним ударом, який “оглушає” того, хто зазнав втрати, і вводить його у шоківий стан. Сила психологічного впливу втрати і, відповідно, глибина шоку залежить від багатьох факторів, зокрема, від ступеня несподіванки того, що сталося. Однак, навіть з огляду на всі обставини події, буває складно передбачити реакцію на неї. Це може бути крик, рухове збудження, а може бути, навпаки, заціпеніння. Іноді люди мають досить об’єктивні причини, щоб очікувати на смерть родича, і достатньо часу на те, щоб усвідомити ситуацію і підготуватися до можливого нещастя. І тим не менше, смерть члена сім’ї виявляється для них несподіванкою.

Стан психологічного шоку характеризується недоліком повноцінного контакту з навколишнім світом і з самим собою, людина діє подібно до автомата. Часом їй здається, що все, що відбувається зараз з нею, вона бачить в страшному сні. При цьому почуття, малозрозумілим чином, зникають, немов провалюються кудись углиб. Така “байдужість” може здаватися дивною для самої людини, яка переживає втрату, а оточуючих її людей нерідко коробить і розцінюється ними як егоїзм. Насправді ж, ця уявна емоційна холодність, як правило, приховує під собою глибоке потрясіння втратою і виконує адаптивну функцію, захищаючи індивіда від нестерпного душевного болю.

На даній стадії нерідко трапляються різні фізіологічні та поведінкові розлади: порушення апетиту і сну, м’язова слабкість, малорухливість або метушлива активність. Спостерігаються також застиглий вираз обличчя, невиразна і трохи запізніла мова.

Шоковий стан, до якого на перших порах призводить втрата, також має свою динаміку. Заціпеніння приголомшених втратою людей може, час від часу, порушуватися хвилями страждання. Протягом цих періодів страждання, які часто запускаються нагадуваннями про померлого, людина може відчувати себе збудженою або безсилою, ридати, займатися безцільною активністю або поглинути в думки або образи, пов’язані з померлим. Ритуали жалоби – прийом друзів, підготовка до похорону і сам похорон – часто структурують цей час для людей. Вони рідко бувають одні. Іноді відчуття заціпеніння наполегливо зберігається, через що людина відчуває, що вона ніби механічно проходить через ритуали. Тому для тих, хто переживає втрату, найбільш важкими часто виявляються дні після похорону, коли вся пов’язана з ними суєта залишилася позаду, а настала раптом порожнеча змушує гостріше відчувати втрату.

Одночасно з шоком або слідом за ним може мати місце заперечення того, що сталося, різне за своїми проявами. В ситуації втрати близької людини співвідношення між шоком і запереченням дещо інше, ніж в ситуації звістки про смертельне захворювання. Через свою більшу очевидність втрата викликає сильніший шок, і її складніше заперечувати. На думку Ф.Е. Василюка, ми на цій фазі “маємо справу не з запереченням факту, що “його (померлого) немає тут”, а з запереченням факту, що “я (той, хто переживає горе)

тут”. Трагічна подія, що не відбулася, не впускається в реальність, а сама вона не впускає реальність в минуле”.

У чистому вигляді, заперечення смерті когось з близьких, коли людина не може повірити в те, що таке нещастя могло статися, і їй здається, що “все це неправда”, характерно для випадків несподіваної втрати, особливо якщо не знайдено тіло загиблого. “Для тих, хто залишається в живих є нормальною боротьба з почуттями заперечення, що виникають у відповідь на випадкову смерть, якщо немає почуття завершеності. Ці почуття можуть тривати протягом декількох днів або тижнів і навіть можуть супроводжуватися почуттям надії”. Якщо рідні загинули в результаті катастрофи, стихійного лиха або теракту, “на ранніх стадіях горя особи, що його переживають, можуть чіплятися за віру в те, що їхні рідні будуть врятовані, навіть якщо рятувальні операції вже завершені. Або ж вони можуть вірити в те, що втрачена близька людина знаходиться десь без свідомості і не може вийти на контакт.” Якщо втрата виявляється занадто приголомшуючою, то шоківий стан і заперечення того, що сталося іноді приймають парадоксальні форми, які змушують оточуючих сумніватися в психічному здоров’ї людини. Тим не менш, це не обов’язково божевілля. Швидше за все, психіка людини просто не в змозі винести удару і прагне на якийсь час відгородитися від жахливої реальності, створивши ілюзорний світ.

У разі природної і відносно передбачуваної смерті явне заперечення на кшталт невіри в те, що таке могло статися, зустрічається не часто. Це послужило для R. Friedman і J.W. James приводом взагалі сумніватися в тому, що процес горя варто починати розглядати із заперечення. Однак тут, імовірно, вся справа в термінологічній нестиківці. З точки зору термінології психологічних захистів, говорячи про реакцію на смерть, замість слова “заперечення” в більшості випадків було б коректніше вживати термін “ізоляція”, що означає “захисний механізм, за допомогою якого суб’єкт ізолює якусь подію, таким чином перешкоджаючи тому, щоб вона стала частиною континууму значимого для нього досвіду”. Проте вираз “заперечення смерті” вже міцно вкоренилося в психологічній літературі. Тому, з одного боку, з ним доводиться миритися, з іншого – розуміти його слід не буквально, а ширше, поширюючи на випадки, коли людина розумом усвідомлює факт втрати, проте продовжує жити як раніше,

як ніби нічого не сталося. Крім того, як прояв заперечення можна розглядати неузгодженість між свідомим і несвідомим ставленням до втрати, коли людина, на свідомому рівні визнає факт смерті близького, в глибині душі не може з цим змиритися, і на несвідомому рівні продовжує чіплятися за померлого, як би заперечуючи факт його кончини. Зустрічаються різні варіанти такої неузгодженості.

- Установка на зустріч: людина ловить себе на тому, що очікує приходу померлого в звичайний час, що очима шукає його в натовпі людей або приймає за нього будь-яку іншу людину. На якусь мить у людини спалахує надія, але вже в наступні секунди жорстока реальність приносить розчарування.

- Ілюзія присутності: людині здається, що вона чує голос померлого; в деяких випадках (не обов'язково).

- Продовження спілкування: розмова з померлим, так, ніби то він поруч (або з його фотографією), “зісковзування” в минуле і повторне проживання пов'язаних з ним подій. Абсолютно нормальне явище – спілкування з померлим уві сні.

- “Забування” втрати: людина при плануванні майбутнього мимоволі розраховує на померлого, а в повсякденних побутових ситуаціях за звичкою виходить з того, що він присутній поруч (наприклад, на стіл ставиться тепер уже зайвий столовий прибор).

- Культ покійного: збереження в недоторканності кімнати і речей покійного родича, як ніби готових до повернення господаря.

Заперечення і невіра як реакція на смерть близької людини з часом долається в міру того, як той, хто переживає втрату усвідомлює реальність події і знаходить в собі душевні сили зустрітися з викликаними цією подією почуттями. Тоді настає інша стадія переживання горя.

2. Стадія гніву і образи. Після того, як факт втрати починає визнаватися, все гостріше відчувається відсутність померлого. Думки людини, яка переживає горе, все більше концентруються навколо біди, що сталася. Знову і знову в розумі прокручуються обставини смерті близького і події, що їй передували. Чим більше людина думає про те, що трапилося, тим більше у неї виникає запитань. Так, втрата сталася, але людина ще не готова змиритися з нею. Вона намагається зрозуміти те, що трапилося, відшукати причини, тому у неї виникає маса різних “чому”:

- Чому він повинен був померти? Чому саме він?

- Чому (за що) на нас звалилося таке нещастя?
- Чому Бог дозволив йому померти?
- Чому обставини склалися так невдало?
- Чому лікарі не змогли його врятувати?
- Чому мама не втримала його вдома?
- Чому друзі залишили його одного купатися?
- Чому уряд не дбає про безпеку громадян?
- Чому він не пристебнувся ременем?
- Чому я не наполягла, щоб він сховався у лікарню?
- Чому він, а не я?

Питань може бути багато, і вони спливають у свідомості багаторазово. С. Saindon висловлює думку про те, що, задаючи питання, чому йому/їй потрібно було померти, той, хто переживає горе, не очікує відповіді, але відчуває потребу запитувати знову. “Запитання само по собі є криком болю” Разом з тим, як це видно з наведеного списку, є питання, які встановлюють “винного” або, принаймні, причетного до нещастя, що сталося. Одночасно з появою таких запитань виникають образа і гнів на адресу тих, хто прямо або побічно сприяв смерті близького або не запобіг їй. При цьому обвинувачення і гнів можуть бути спрямовані на долю, на Бога, на людей: лікарів, родичів, друзів, колег померлого, на суспільство в цілому, на вбивць (або людей, безпосередньо винних у загибелі близького). Варто зазначити, що “суд”, що здійснюється тим, хто переживає горе, швидше за все є емоційним, ніж пов’язаний з розумом (а іноді він явно ірраціональний), тому приводить часом до необґрунтованих і навіть несправедливих вердиктів. Злість, звинувачення і закиди можуть адресуватися людям, не тільки не винним у трагедії, але навіть тим, хто намагався допомогти нині покійному.

Комплекс негативних переживань, що зустрічаються на цій стадії, включаючи обурення, озлобленість, роздратування, образу, заздрість і, можливо, бажання помститися, може ускладнювати спілкування особи, яка переживає горе, з іншими людьми: з рідними і знайомими, з офіційними особами та владою.

С. Mildner висловлює деякі суттєві міркування з приводу гніву, що відчуває людина, яка переживає втрату:

- реакція зазвичай має місце, коли індивід відчуває безпорадність і безсилля;

- після того, як індивід визнає свій гнів, може з'являтися вина через вираження негативних почуттів;
- ці почуття природні, і їх слід поважати, щоб горе було пережито.

Для різнобічного розуміння переживання гніву, що зустрічається у тих, хто пережив втрату, важливо мати на увазі, що однією з його причин може виступати протест проти смертності як такої, в тому числі і своєї власної. Померлий близький, не бажаючи того, змушує інших людей згадати, що їм теж колись доведеться померти. Відчуття власної смертності, що актуалізується при цьому, може викликати ірраціональне обурення існуючим порядком речей, причому психологічне коріння цього обурення часто залишаються прихованими від суб'єкта.

Як це не дивно на перший погляд, але реакція гніву може бути спрямована і на померлого: за те, що покинув і послужив причиною страждань; за те, що не написав заповіту; залишив після себе купу проблем, в тому числі матеріальних; за те, що допустив помилку і не зміг уникнути смерті. Так, за свідченням американських фахівців, деякі люди звинувачували своїх близьких, які стали жертвами теракту 11 вересня 2001 року, в тому, що вони не покинули офіс швидко. Здебільшого думки і почуття, що мають звинувачувальний характер по відношенню до покійного, носять ірраціональний характер, очевидний для стороннього погляду, а іноді він усвідомлюється і тим, хто горює. Розум того, хто переживає горе, говорить, що за смерть не можна (та й “недобре”) звинувачувати, що людина далеко не завжди має можливість контролювати обставини і запобігти біді, і, тим не менш, в душі нарікає на померлого. Іноді гнів не виражається явно (а можливо, і не цілком усвідомлюється), однак виявляється опосередковано, наприклад, у поведінці з речами покійного, які в деяких випадках просто викидаються.

Нарешті, гнів людини, яка пережила втрату, може бути спрямований на самого себе. Вона може ганьбити себе, знову-таки, за всілякі помилки (реальні та уявні), за те, що не змогла врятувати, не вберегла і т.д. Подібні переживання є досить поширеними, а то, що ми говоримо про них в кінці викладу інформації про стадії гніву, пояснюється їх перехідним змістом: вони мають під собою почуття провини, що відноситься вже до наступної стадії.

3. Стадія провини і нав'язливостей. Подібно до того, як у багатьох вмираючих настає період, коли вони намагаються бути зразковими пацієнтами і обіцяють вести правильне життя, якщо одужають, так і у тих, хто переживає горе, в душі може відбуватися щось схоже, тільки в минулому часі і на фантазійному рівні. Людина, що страждає від докорів совісті з приводу того, що вона була несправедливою до померлого або не запобігла його смерті, може переконувати сама себе, що якби тільки була можливість повернути час назад і повернути все назад, то вона вже точно вела би себе по-іншому. При цьому в уяві може неодноразово програватися, як би все тоді було. Охоплені докорами совісті, деякі з тих, хто переживає втрату, звертаються до Бога: “Господи, якщо б Ти тільки повернув його, я б ніколи більше не сварилася з ним”, у чому знову-таки звучить бажання і обіцянка все виправити.

Люди, які переживають втрату, нерідко мучать себе численними “якби”, або “що, якщо”, що набувають часом нав'язливого характеру:

- “Якби мені знати ...”
- “Якби я тільки залишився ...”
- “Якби я подзвонив раніше ...”
- “Якби я викликала “швидку” ...”
- “Що, якщо я не дозволив би їй йти на роботу в той день? ..”
- “Що, якби я подзвонив і сказав їй покинути офіс? ..”
- “Що, якби він полетів на наступному літаку? ..”

Такого роду феномени цілком природна реакція на втрату. У них також знаходить своє вираження робота горя, нехай і в компромісній формі, що пом'якшує тяжкість втрати. Можна сказати, що тут прийняття бореться з запереченням.

На відміну від нескінченних “чому”, властивих попередньому етапу, дані запитання і фантазії спрямовані переважно на себе і стосуються того, що людина могла б зробити для порятунку свого близького. Вони, як правило, – породження двох внутрішніх причин.

1. Перше внутрішнє джерело – це бажання контролювати події, що відбуваються в житті. А так як людина не в змозі повною мірою передбачити майбутнє і їй не під силу керувати всім, що відбувається навколо, то її думки про можливу зміну того, що сталося часто бувають некритичними і нереалістичними. Вони

відносяться, по своїй суті, не стільки до раціонального аналізу ситуації, скільки до переживання втрати і своєї безпорадності.

2. Іншим, ще більш потужним джерелом виникнення думок і фантазій про альтернативний розвиток подій є почуття провини.

Ймовірно, не буде великим перебільшенням сказати, що майже кожен, хто втрачав значиму для нього людину, в тому чи іншому вигляді, в більшій чи меншій мірі, явно або в глибині душі відчуває провину перед померлим. За що ж звинувачують себе люди, які пережили втрату?

- За те, що не запобігли тому, що хтось з близьких пішов із життя.

- За те, що свідомо чи мимоволі, прямо або побічно сприяли смерті близької людини.

- За випадки, коли були неправі по відношенню до померлого.

- За те, що погано ставилися до нього (ображали, гарячкували, зраджували і т.д.).

- За те, що не зробили чогось для померлого: недостатньо піклувалися, не цінували, не допомагали, не говорили про свою любов до нього, не попросили вибачення і т.д.

Всі перераховані форми самозвинувачення можуть породжувати бажання повернути все назад і фантазування, як все могло б обернутися по-іншому – в щасливу, а не в трагічну сторону. До того ж, людина, яка переживає горе, в багатьох випадках неадекватно розуміє ситуацію: переоцінює свої можливості в плані запобігання втраті і перебільшує ступінь власної причетності до настання смерті дорогої людини. Іноді тому сприяє “магічне мислення”, що чітко простежується у дітей і здатне знову з’являтися вже в дорослому віці в критичній ситуації у людини, “вбитої з сідла” смертю когось з близьких. Наприклад, якщо людина іноді шкодувала в душі, що вона пов’язала життя з конкретною людиною, своїм чоловіком/дружиною, і думала: “Хоч би він/вона куди-небудь зник (ла)!””, То потім, якщо ця людина раптом дійсно помре, може здаватися, що це “матеріалізувалися” думки і бажання, і тоді людина буде звинувачувати себе в тому, що трапилося.

А якщо ще й трапляється почути від кого-небудь докір типу “це ти загнав (ла) його/її в могилу”, то тяжкість провини зростає.

На додаток, до вже перерахованих різновидів провини з приводу смерті близької людини, які відрізняються в змістовно-

причинному плані, можна додати ще три форми цього почуття, які називає A.D. Wolfelt. Він не тільки позначає їх, але і, звертаючись до того, хто горює, допомагає прийняти свої переживання

- **Провина того, хто вижив** – почуття, що Вам слід було померти замість дорогої Вам людини.

- **Провина полегшення** – це вина, пов'язана з почуттям полегшення від того, що Ваша близька людина померла. Полегшення є природним і очікуваним, особливо якщо ця близька людина страждала перед смертю.

- **Провина радості** – це вина з приводу почуття щастя, з'являється заново після того, як кохана людина померла. Радість – це природне і здорове переживання в житті. Це знак того, що ми живемо повним життям, і ми повинні намагатися його повернути.

Серед перерахованих трьох різновидів провини перші дві виникають зазвичай невдовзі після смерті близької людини, в той час як остання – на пізніх етапах переживання втрати.

D. Myers відзначає ще один різновид провини, що з'являється по закінченні якогось часу після втрати. Він пов'язаний з тим, що в свідомості людини, яка переживає горе, спогади і образ померлого поступово стають менш ясними. “Дехто може турбуватися, що це свідчить про те, що померлий не був для них особливо любимою людиною, і може відчувати себе винуватим через те, що не в змозі завжди пам'ятати, як його близький виглядав”

До сих пір ми обговорювали почуття провини, яке є нормальною, прогнозованою і скороминущою реакцією на втрату. У той же час, нерідко виходить так, що ця реакція затягується, набуваючи тривалої або навіть хронічної форми. У деяких випадках цей варіант переживання втрати виразно свідчить про нездоров'я, однак, не варто поспішати записувати будь-яке стійке відчуття провини перед померлим в розряд патології. Справа в тому, що довгострокове почуття провини буває різним: екзистенціальним і невротичним.

- **Екзистенціальна провина** викликається реальними помилками, коли людина дійсно (умовно кажучи, об'єктивно) зробила щось “не так” по відношенню до померлого або, навпаки, не зробила щось важливого для нього. Така провина, навіть якщо вона довго зберігається, є абсолютно нормальною, здоровою і свідчить, скоріше, про моральну зрілість людини, ніж про те, що з нею не все в порядку.

• **Невротична провина** “навішується” ззовні – самим померлим, коли він був ще живий (“Ти мене в труну заженеш своєю свинською поведінкою”), або ж оточуючими (“Ну що, задоволена? Зжила його зі світу?”) – і потім інтродуціюється людиною. Підґрунтям для її формування є залежні або маніпулятивні відносини з покійним, а також хронічне відчуття провини, що сформувалося ще до смерті близької людини, а після неї лише зросло.

Збільшенню і збереженню почуття провини може сприяти ідеалізація померлого. Будь-які тісні людські взаємини не обходяться без розбіжностей, негараздів і конфліктів, оскільки всі ми люди різні, кожен зі своїми слабкостями, що неминуче проявляються в довготривалому спілкуванні. Однак, якщо померла близька людина ідеалізується, то в свідомості того, хто переживає горе, його власні недоліки гіпертрофуються, а недоліки покійного ігноруються. Відчуття своєї гидотності і “ні на що нездатності” на тлі ідеалізованого образу померлого служить джерелом почуття провини і посилює страждання того, хто переживає горе.

4. Стадія страждання і депресії. Те, що в послідовності стадій горя страждання виявилось на четвертому місці, не означає, що спочатку його немає, а потім воно раптом з’являється. Йдеться про те, що на певному етапі страждання досягає свого піку і затьмарює собою всі інші переживання.

Це період максимального душевного болю, який часом здається нестерпним. Смерть дорогої людини залишає в серці глибоку рану і заподіює найсильніші муки, що відчуваються навіть на фізичному рівні. Страждання, що відчувається людиною, яка переживає втрату, не є незмінним, а, як правило, настає хвилями. Періодично воно трохи стихає і, як би дає людині перепочинок лише для того, щоб незабаром знову нахлинати.

Страждання в процесі переживання втрати часто супроводжується плачем. Сльози можуть підходити при кожній згадці про померлого, про минуле спільного життя і обставини його смерті. Дехто стає особливо чутливим і готовим заплакати в будь-який момент. Приводом для сліз може стати також відчуття самотності, покинутості і жалість до самого себе. У той же час, туга за померлим зовсім необов’язково проявляється в плачі, страждання може бути загнане глибоко всередину і проявлятися у вигляді депресії.

Треба відзначити, що процес переживання глибокого горя майже завжди несе в собі елементи депресії, що часом складаються в чітко розпізнавану клінічну картину. Людина може відчувати себе безпорадною, втраченою, нікчемною, спустошеною. Загальний стан нерідко характеризується пригніченістю, апатією і безнадією. Особа, яка горює, при всьому тому, що живе в основному спогадами, все-таки розуміє, що минулого не повернути. Реальність представляється їй жахливою і нестерпною, а майбутнє – немислимим без померлого і як би неіснуючим. Втрачаються цілі й сенс життя, іноді аж до того, що людині, яка переживає втрату, здається, що життя тепер скінчилося.

Зарубіжні автори описують симптоми депресії, що виникає у відповідь на втрату:

- відстороненість від друзів, сім'ї, уникнення соціальної активності;
- відсутність енергії, почуття розбитості й виснаженості, нездатність концентруватися;
- несподівані напади плачу;
- зловживання алкоголем або наркотиками;
- порушення сну і апетиту, втрата або збільшення ваги;
- хронічні болі, проблеми зі здоров'ям.

Незважаючи на те, що страждання під час переживання втрати, часом стає нестерпним, людина може чіплятися за нього (як правило, несвідомо), як за можливість утримати зв'язок з померлим і засвідчити свою любов до нього. Внутрішня логіка в цьому випадку буває приблизно така: перестати сумувати – значить заспокоїтися, заспокоїтися – значить забути, забути – означає зрадити. І в результаті людина продовжує страждати, щоб тим самим зберегти вірність померлому і душевний зв'язок з ним. Любов до померлої близької людини, що розуміється таким чином, може стати серйозною перешкодою на шляху до прийняття втрати.

Крім зазначеної неконструктивної логіки, завершення роботи горя можуть ускладнювати і деякі культурні бар'єри, про що йдеться в роботах Ф.Е. Василюка. Приклад цього феномену – “уявлення про те, що тривалість скорботи є мірою нашої любові до померлого”.

Подібні перешкоди можуть виникати, ймовірно, як зсередини (будучи свого часу засвоєні), так і ззовні. Наприклад, якщо людина відчуває, що рідні чекають від неї тривалої скорботи, вона може

продовжувати сумувати, щоб підтвердити свою любов до померлого.

5. Стадія прийняття і реорганізації. Яким би не було важким і тривалим горе, в кінці кінців людина, як правило, приходиться до емоційного прийняття втрати, що супроводжується ослабленням або перетворенням душевного зв'язку з померлим. При цьому відновлюється зв'язок часів: якщо до того людина, яка горювала, жила здебільшого в минулому і не бажала (не була готовою) прийняти зміни, що відбулися в її житті, то тепер до неї поступово повертається здатність повноцінно жити в цій реальності і з надією дивитися в майбутнє.

Людина відновлює втрачені тимчасово соціальні зв'язки і заводять нові. Повертається інтерес до значимих видів діяльності, відкриваються нові точки докладання своїх сил і здібностей. Іншими словами, життя повертає втрачену цінність, причому найчастіше відкриваються ще і нові смисли. Приймавши життя без померлого, людина отримує можливість планувати власну подальшу долю вже без нього. Перебудовуються наявні плани на майбутнє, з'являються нові цілі. Тим самим відбувається реорганізація життя.

Дані зміни, звичайно ж, не означають, що померлого забули. Він просто займає певне місце в серці людини і перестає бути осередком її життя. При цьому той, хто пережив втрату, природно, продовжує згадувати померлого і навіть черпає сили, знаходить підтримку в пам'яті про нього. В душі людини замість інтенсивного горя залишається тиха печаль, на зміну чого може прийти легкий, світлий смуток. Як пише J. Garlock, “втрата все ще залишається частиною життя людей, але не диктує їх дії”. Ставлення до померлої близької людини і факту її смерті, що формується після того, як відбулося прийняття втрати, може бути умовно виражене, приблизно, такими словами від імені того, хто пережив горе:

- “У нас з ним було багато цікавого, але я збираюся добре провести залишок мого життя, тому що я знаю, що це те, що він хотів би для мене”.

- “Бабуся була такою важливою частиною мого життя. Я такий радий, що у мене був час дізнатися про неї”.

Підкреслимо ще раз, що в реальному житті горе протікає дуже індивідуально, нехай і в руслі якоїсь загальної тенденції. І так само індивідуально, кожен по-своєму, приходиться до прийняття втрати.

Безумовно, смерть когось з близьких – це дуже тяжка подія, пов'язана з багатьма стражданнями. Але, в той же час, вона включає в себе і позитивні можливості. Подібно до того, як золото загартується і очищається у вогні, так і людина, пройшовши через горе, може стати кращою. Шлях до цього, як правило, лежить через прийняття втрати. Р. Моуді і Д. Аркенджел описують безліч цінних змін, які можуть відбутися в житті людини, яка пережила втрату

- Втрати змушують нас більше цінувати померлих близьких, а також вчать цінувати близьких, які зараз живі, і життя в цілому.

- Після того, як спіткає втрата, ми розкриваємо глибини своєї душі, наші справжні цінності і виділяємо відповідні пріоритети.

- Втрата вчить співчуттю. Ті, хто пережили втрату, зазвичай тонше відчують почуття інших і часто відчують бажання допомогти іншим людям, полегшити їх стан. В цілому поліпшуються взаємини з людьми.

- Смерть нагадує нам про непостійність життя. Усвідомлюючи плинність часу, ми ще більше цінуємо кожен мить буття.

- Багато з тих, хто пережив горе, стають менш матеріалістичними і більше зосереджуються на житті і духовності. Горе вчить покорі й мудрості.

- Втрата сприяє усвідомленню, що любов більше нашого фізичного тіла, що вона пов'язує двох людей у вічності.

- Завдяки втраті може виникати або посилюватися відчуття безсмертя. Ми несемо в собі частинку кожного, кого зустріли на своєму життєвому шляху. Так само, якась частинка залишається в душах інших. Всі ми живемо один в одному і в цьому сенсі досягаємо якогось безсмертя.

Розглядаючи переживання втрати можна виокремити три варіанти розвитку цього процесу: два різновиди подолання горя – відновлення і трансценденцію, і фіксацію на горі.

Відновлення: по закінченню перехідного періоду, що настає після смерті близького, життя людини відновлюється до нормального стану, її особистість стабілізується, зберігаючи

колишній зміст (основні цінності, уявлення та ідеали, особистісна модель світу залишаються незмінними), а життя відроджується.

Трансценденція: це процес духовного відродження, що вимагає глибокого проникнення в скорботу, що не кожен може або хоче. У точці максимального переживання втрати людина відчуває, ніби її поховали з померлим. Після цього її базові особистісні особливості піддаються змінам, бачення світу збагачується, а життя отримує якісний розвиток. Людина стає більш мужньою, мудрішою, добрішою, починає більше цінувати життя. Змінюється ставлення до інших: зростають співчуття, розуміння і безкорислива любов.

Фіксація на горі: її Р. Моуді і Д. Аркенджел називають “трагедією серця, що стало жорстоким”. Стан людини в такому випадку характеризується розпачем, гнівом, гіркотою і сумом. Людина відчуває брак духовної віри, сенсу життя або вміння адаптуватися, боїться власної смерті, страждає від тривалого стресу або захворювань.

В системі Р. Моуді і Д. Аркенджел перший варіант переживання втрати можна розцінити як норму, а два інших – як відхилення від неї в ту чи іншу сторону: трансценденція – в сторону особистісного і екзистенціального зростання, фіксація – в сторону хвороби і дезадаптації.

Важливим є те, що фіксація на горі – це далеко не єдиний варіант, коли переживання втрати стає нездоровим, “патологічним” (З. Фрейд) або, за іншими версіями, “болючим” (Е. Ліндеманн), “ускладненим” (О.М. Моховіков), “дисфункціональним” (Р. Моуді) горем.

Патологічне горе

На думку З. Фрейда, “скорбота стає патологічною, коли “робота скорботи” невдала або не завершена”.

Аналогічної позиції дотримуються й інші автори. Так, О.М. Моховіков пише, що ускладнене горе виникає, якщо його переживання “сповільнюється, призупиняється, і з’являються складності з інтеграцією втрати і набуттям нового досвіду”.

Е.М. Черепанова висловлює ідею, що “нормальна” робота горя “може стати патологічним процесом, якщо людина “застряє” на одній з фаз”. Схожої позиції дотримується і Р. Моуді. Двома основними проявами дисфункціонального, руйнівного горя він вважає тривале заперечення втрати і фіксацію на сумних відчуттях.

Обидві реакції на втрату: і заперечення, і страждання є нормальними до тих пір, поки людина не “застряє”, не фіксується на них.

Одним з можливих проявів дисфункціонального заперечення Р. Моуді і Д. Аркенджел вважають фіксацію на пам'ятних предметах, пов'язаних з покійним. “Коли люди, які знаходяться в процесі горювання, вкладають занадто багато почуття в свої пам'ятні предмети, ті набувають життєво важливого значення і тоді вже не можуть приносити благо тому, хто горює. Предмети починають вважатися “життєво важливими” за трьох умов: коли вони зберігаються для покійних, які “можуть повернутися”; коли вони самі уособлюють покійних (в уяві тих, хто переживає горе); або коли емоційна складова є настільки великою, що втрата цих речей прирівнюється до справжньої людської втрати”. Варто зауважити, що той же самий “культ покійного”, вже описаний раніше як прояв етапу заперечення втрати, може розглядатися як цілком зрозуміле і нормальне явище, якщо він з часом сходить нанівець або, принаймні, повертається в прийнятні рамки.

Для того щоб переживання горя пішло по болісному, а не по здоровому руслу, зазвичай є певні підстави або причини. Такими, як пише Е.М. Черепанова, можуть бути:

- 1) конфлікти або сварки з близькою людиною перед її смертю;
- 2) невиконані по відношенню до померлого обіцянки;
- 3) певні обставини смерті близької людини (несподіванка, насильство і т.і.);
4. “непоховані мерці” – без вісті зниклі, ті, чиї тіла не були знайдені, ті, про смерть яких не повідомили близьким, і т.і.

Остання ситуація є особливо важкою, оскільки “поки подія не відбулася, робота горя в повній мірі початися не може”.

О.М. Моховіков пропонує в чомусь інше бачення причин ускладненого горя, до якого, на його думку, призводять:

- 1) раптова або несподівана втрата;
- 2) подвійні почуття з приводу втрати;
- 3) надмірна залежність від померлого;
- 4) множинні втрати протягом незначного часу;
- 5) відсутність систем підтримки особистості або життєзабезпечення.

Патологічне горе може поставати в дуже різних іпостасях. Так, З. Фрейд виділяє чотири типи патологічної:

1. “Блокування” емоцій, щоб уникнути інтенсифікації процесу скорботи.

2. Трансформація скорботи в ідентифікацію з померлою людиною. В цьому випадку відбувається відмова від будь-якої діяльності, здатної відвернути увагу від думок про померлого.

3. Розтягування процесу скорботи в часі із загостреннями, наприклад, в дні роковин смерті.

4. Надмірно гостре почуття провини, що супроводжується потребою карати себе. Іноді таке покарання реалізується за допомогою самогубства.

Е. Ліндеманн розрізняє відстрочку і спотворення реакції горя. Незначна відстрочка може пояснюватися об’єктивними обставинами, наприклад, необхідністю вирішення нагальних проблем або моральної допомоги іншим. Однак, іноді з різних суб’єктивних причин відстрочка триває роками, що, мабуть, навряд чи можна розглядати як нормальний варіант. У той же час, власне хворобливими реакціями Е. Ліндеманн вважає спотворення нормального горя, що розуміються як зміни в поведінці людини, що виражають на поверхневому рівні реакцію горя, що залишилася невирішеною. Виділяються кілька видів таких змін:

підвищена активність експансивного і авантюрного характеру без почуття втрати;

- поява симптомів останнього захворювання померлого внаслідок ідентифікації з ним;

- психосоматичні захворювання;

- зміни у відносинах з людьми (дратівливість, небажання спілкуватися), що призводять до соціальної ізоляції;

- люта ворожість проти певних осіб, наприклад, лікаря;

- картина шизофренії, що проявляється формальною поведінкою і “задерев’янілими” почуттями на ґрунті прихованої ворожості;

- втрата соціальної активності, нездатність зважитися на будь-яку діяльність;

- необдумані дії, що завдають шкоди власному економічному та соціальному положенню;

- ажитована депресія: напруга, збудження, жорсткі самозвинувачення і потреба в покаранні.

Серед перерахованих видів спотворення реакції горя зустрічаються феномени, вже знайомі нам за описом нормального

горя. Це говорить про те, що хворобливість реакції визначається не стільки її змістом, скільки ступенем вираженості, тривалістю і наслідками: призводить вона до серйозної дезадаптації і захворювань чи ні і наскільки сильно заважає людині жити.

Саме в цьому ключі необхідно вирішувати питання і з такою важливою і поширеною складовою процесу переживання втрати, як депресія. У зарубіжній літературі зазначається, що необхідно відрізнити нормальні депресивні прояви горя від клінічної депресії, що вимагає медичного втручання (до неї схильні близько 20% осіб, які пережили втрату). Як симптоми серйозної депресії, що не можна пояснити нормальним процесом горя, називають такі:

- безперервні думки про нікчемність і безнадію;
- безперервні роздуми про смерть або самогубство;
- постійна нездатність успішно виконувати повсякденні справи;
- ілюзії (переконання, що все це неправда);
- надмірний або неконтрольований плач;
- уповільнені відповіді і фізичні реакції;
- екстремальна втрата ваги.

Патологічне горе, що за формою схоже на клінічну депресію, іноді призводить до, прямо-таки, плачевного результату. Класичним прикладом тому може служити “смерть від горя”.

Горе, що залишилось не опрацьованим, загнане всередину і таке, що прийняло приховану хронічну форму, також може мати серйозні негативні наслідки. У людини, яка зазнала втрати, іноді відсутні виражені депресивні симптоми або будь-які інші тривожні ознаки. Проте, після певного часу переживання втрати, що зачаїлося, все-таки дає про себе знати, часом у руйнівній формі.

Один з можливих, в цьому випадку, і найбільш яскравих феноменів – це так званий синдром річниці. Суть його полягає в тому, що з людиною відбуваються якісь значущі події (наприклад, хвороба або смерть) в ту ж дату або в тому ж віці, що й зі значущою для неї найближчою людиною.

Так, якщо у когось помер близький родич, то в подальшому, через несвідому ідентифікацію з покійним, той, хто пережив втрату, може померти в той же самий день з різницею в рік або в кілька років, причому, можливо, від схожої причини або при подібних обставинах.

Механізм синдрому річниці поки ще недостатньо вивчений. Ймовірно, важливу роль відіграє тут самопрограмування людини на

повторення елементів долі кого-небудь з близьких їй людей. Деякі випадки синдрому річниці можна розглядати як прояв незавершеного горя, що підживлюється симбіотичними відносинами з померлим.

Ще одне особливе явище, яке, мабуть, не можна записати в розряд нормальних, – це “передбачувані реакції горя”, що описував Е. Ліндеманн. Він виявив “справжнісінькі реакції горя у пацієнтів, які перенесли не смерть близької людини, а лише розлуку з нею, пов’язану, наприклад, із призовом сина, брата або батька до армії”. При цьому люди зосереджувалися на тому, як вони будуть переживати смерть близької людини, якщо її вб’ють, і проходили всі стадії горя, що згодом заважало відновленню відносин з рідним, який повертався додому. “Нам відомо кілька випадків, – пише Е. Ліндеманн, – коли солдати, які повернулися з фронту, скаржилися, що дружини більше їх не люблять і вимагають негайного розлучення. У такій ситуації передбачувана робота горя, очевидно, виконується так ефективно, що жінка внутрішньо звільняється від чоловіка”. За своєю суттю це явище в чомусь протилежно двом вищеописаним синдромам: там втрата близької людини є остаточною, але горе не пережито до кінця; тут втрата є, можливо, тимчасовою, але горе переживається в повному обсязі, як у випадку, якщо б втрата була безповоротною.

Те, як буде проходити процес переживання втрати, наскільки інтенсивним і тривалим буде переживання горя, залежить від багатьох чинників. Чим більша кількість несприятливих чинників має місце в кожному конкретному випадку втрати і чим сильніше вони виражені, тим більша ймовірність виникнення патологічних реакцій горя.

Значущість померлого і особливості взаємин з ним – це один з найбільш суттєвих моментів, що визначають характер горя. Чим ближчою була людина, яка пішла з життя, і чим складніше, заплутаніше, більш конфліктними були відносини з ним, тим важче переживається втрата. Велика кількість і важливість будь-чого не зробленого для покійного і, як наслідок, незавершеність відносин з ним особливо посилюють душевні терзання.

Обставини смерті. Більш сильний удар завдає, як правило, несподівана, важка (болісна, тривала) і / або насильницька смерть значущої людини. Якщо особа, яка пережила втрату, була свідком

передсмертних мук, нещасного випадку, вбивства або самогубства близького, то її переживання стають більш гострими.

Вік померлого. Смерть старої людини зазвичай сприймається як більш-менш природна, закономірна подія. І навпаки, буває складніше змиритися з відходом з життя молодого людини або дитини.

Досвід втрат. Смерті близьких людей, що мали місце в минулому, пов'язані “невидимими нитками” з кожною новою втратою. Однак, характер їх впливу залежить від того, як людина справлялася з ними в минулому. Досвід успішного переживання втрат допомагає легше пережити горе і швидше прийняти втрату, в той час як тягар непережитих, неприйнятих втрат значно обтяжує нове горе.

Особистісні особливості людини, яка переживає горе. Кожний є неповторним як особистість, і його індивідуальність, безумовно, проявляється в горі. З безлічі психологічних якостей, що накладають певний відбиток на процес горювання, особливо виділимо відношення до смерті. Від того, як людина ставиться до завершення земного буття, залежить її реакція на смерть близьких. Як пише Дж. Рейнуотер, “головне, що продовжує горе, – притаманна людям дуже чіпка ілюзія гарантованої надійності існування”.

Психологічна допомога

Цілеспрямоване поетапне моделювання повернення до життя після втрати, передбачає виконання особою, яка переживає горе, чотирьох завдань:

- 1) визнати реальність втрати;
- 2) пережити біль втрати;
- 3) відрегулювати відносини з оточенням, в якому більше немає померлого;
- 4) інтегрувати минуле і йти вперед, щоб жити в сьогоденному і завтрашньому дні.

Психологу необхідно підійти до вирішення завдань, пов'язаних з переживанням горя, з позиції тих, хто переживає горе. Що корисно знати і що необхідно зробити, щоб полегшити тягар втрати і по-справжньому пережити її?

Зарубіжні фахівці пропонують людині, яка переживає горе, ряд думок, які допомагають адекватно поставитися до втрати і пов'язаних з нею переживань:

- Знайте, що Ви здатні продовжувати жити. Ви можете не думати так, але Ви здатні. Усвідомлюючи, що Ви ніколи не будете таким, як раніше, все-таки, Ви можете продовжувати жити і навіть розширити рамки колишнього життя, просто продовжуючи жити.

- Знайте, що Вас можуть переповнювати інтенсивні почуття, але всі Ваші почуття є нормальними. Кожна людина відчуває їх, коли переживає горе. Гнів, провина, страх, замішання, забудькуватість – це загальні реакції. Вони не означають, що Ви втрачаєте розум, вони означають, що Ви горюєте.

- Пам'ятайте, що цілком нормально почувати себе пригніченим. Печаль дає відчуття безпорадності, але це дуже важлива частина процесу горювання.

- Коли людина відчуває себе пригніченою, в неї нерідко з'являються думки про самогубство. Однак, дуже важливо, що Ви не вживаєте дій, пов'язаних з цими думками. Якщо Ви заступаєте за межу пасивних суїцидальних думок, будь ласка, проконсультуйтеся з фахівцем (психологом, психотерапевтом).

- Пам'ятайте, що Вам буде краще; повірте в це. В деякі дні Ви ледь тримаєтеся, але кращі дні повернуться. Ви поступово будете відкривати нові смисли і цілі.

- Готовність сміятися з іншими або всередині себе є ознакою зцілення. Життя все ще триває, і в ньому є речі, що приносять щастя.

Зрозуміло, що якщо втрата сталася нещодавно, для того, хто переживає горе, вже сама думка про те, що він буде сміятися може здатися блюзнірською. Однак, з плином часу, коли період інтенсивного горя вже пройдено і душа готова впустити в себе світлі почуття, людина може усвідомлено пригнічувати їх, відчуваючи себе “зобов'язаною” сумувати. Ось тоді думка про те, що горе і радість сумісні, може істотно полегшити людині процес відновлення після втрати. При цьому людині корисно також пам'ятати, що горе – це природний процес, його не можна підганяти або гальмувати, як і, з іншого боку, не можна змусити себе сумувати.

При всьому тому, що горе має протікати природно, можна робити певні кроки до того, щоб полегшити його, створити умови для його повноцінного протікання. Західні психологи пропонують безліч порад в допомогу тому, хто переживає втрату:

- Дозвольте собі відчувати біль і втрату. Знайдіть час для того, щоб переживати свої думки і почуття, поміркувати про себе і своїх рідних, про кращі часи, які Ви провели разом. Прийміть себе і свій біль, свої емоції (і позитивні, і негативні), свій власний шлях зцілення. Дайте собі час, щоб пройти його, і звільніть себе від будь-яких конкретних очікувань.

- Відкрито висловлюйте свої почуття. Дозвольте собі плакати, сльози приносять полегшення і зціляють. Не дозволяйте гніву розростатися, направляйте його в здорове русло: кричите у відокремленому місці, бігайте, займайтеся спортом і фізичною працею.

- Виявіть будь-які “незавершені справи” і спробуйте вирішити їх. Не бійтеся говорити з людиною, яка померла, – це здоровий шлях пробиратися через “незакінчені справи”. Напишіть листа до померлого. У ньому, наприклад, можна розповісти про свої почуття і попрощатися – це інший хороший спосіб розібратися з “незавершеними справами”.

- Знайдіть хорошого слухача, з яким можна розділити своє горе (їм може бути людина, яка також втрачала когось з близьких). Говоріть про свою втрату, свої спогади, про досвід спільного життя з коханою людиною і про її смерть.

- Приймайте допомогу і підтримку, коли вони пропонуються. Не соромтеся самі звернутися по допомогу. Ваші рідні і друзі не вміють читати Ваші думки – попросіть у інших те, що Вам потрібно.

- Якщо це важливо для Вас, можете знайти розраду в релігії і духовності. Поговоріть зі священником, сходіть до церкви, підтримуйте зв'язок з церковною громадою.

- Дбайте про себе і своє фізичне самопочуття. Ваше тіло потребує енергії, щоб відновитися. Більше відпочивайте, лягайте спати раніше, намагайтеся їсти збалансовану їжу. Дозвольте собі невеликі фізичні задоволення, такі як гаряча ванна, післяобідній сон, улюблені страви. Уникайте зловживання алкоголем. Так як алкоголь є депресантом, він буде діяти так, що в разі його вживання, Ви будете почувати себе гірше. Займайтеся гімнастикою: фізична активність сприяє зняттю напруги і фізичному вивільненню емоцій.

- Намагайтеся зберегти свій основний життєвий стиль. Уникайте прийняття кардинальних рішень і великих життєвих змін

(наприклад, переїздів, зміни роботи або значущих взаємовідносин) протягом першого року після втрати. Це допоможе Вам зберегти своє коріння і почуття безпеки.

- Прислухайтеся до себе: Ви часто будете знати, що Вам потрібно. Якщо Ви в невизначеності, прислухайтеся до довірених членів сім'ї або друзів (до кого-небудь, хто ставить Ваші інтереси на перший план), які допоможуть Вам підтримувати контакт з реальністю.

- Встановлюйте межі можливого. Не бійтеся сказати “ні” собі або іншим. Будьте поблажливі до себе, не чекайте занадто багато від себе прямо зараз.

- Усвідомлюйте біль Вашої родини або друзів, якщо вони теж були вражені втратою. Будьте терпимі до їх помилок. Вони теж відчувають стрес і можуть не знати, як впоратися з горем.

- Робіть що-небудь для інших людей. Це може дещо полегшити Ваш біль. Наприклад, зателефонуйте другу і слухайте його, поговоріть з самотньою людиною, виконуйте якусь волонтерську роботу.

- Дозвольте собі зробити паузу в процесі горювання. Хоча пройти через горе необхідно, проте, Вам не потрібно постійно фокусуватися на ньому. Можна знайти підходящі “відволікання”, такі як обід з другом, читання гарної книги, слухання музики, вихід в кіно, відвідування масажу і т.і.

- Чекайте рецидивів. Горе приходить й уходить. Якщо емоції знову набігають, як приливна хвиля, Ви можете переживати незавершену частину горя.

- Якщо процес зцілення стає занадто гнітючим, звертайтеся за професійною допомогою. Читайте книги про горе або відвідайте групи підтримки, якщо це можливо.

- Готуйтеся до свят і річниць. Вирішіть, чи хочете Ви слідувати певним традиціям або створити нові. Плануйте заздалегідь, як Ви хочете провести час і з ким.

На думку Дж. Рейнуотер, для людини, яка переживає втрату, особливо важливо “прагнути усвідомлювати всі свої думки і почуття і ділитися ними з тими, хто співчуває їй”. Інші автори відзначають також, що для того, хто горює, корисно вести щоденник.

Наприклад, американськими психологами М. Williams і В. Frangesch розроблена і впродовж багатьох років успішно

реалізується програма втручання в переживання горя для сімей, які пережили непередбачувану втрату. Ця програма включає наступні аспекти психологічної допомоги:

- вислуховування;
- кризове втручання, яке включає в себе:
 - повідомлення про смерть;
 - телефонний контакт протягом двох місяців після смерті;
 - оцінку симптомів горя;
- нормалізацію симптомів горя;
- направлення до групи, що складається з людей з подібною життєвою ситуацією.

Крім того, програмою передбачається душпастирська опіка сімей, які переживають горе, та підтримка з боку лікарів з департаменту надзвичайних ситуацій.

Кризова інтервенція – це лише один варіант професійної психологічної допомоги в горі. У багатьох випадках і давня втрата залишає за собою довгий шлейф хворобливих переживань і змушує людину звертатися до фахівців. Крім того, навіть втрата, яка, здавалося б, вже “відболіла”, іноді теж залишає після себе глибинні переживання, що несподівано спливають під час консультації. З усіма цими ситуаціями психологам і психотерапевтам доводиться мати справу в своїй практиці.

Позначимо загальні принципи і стратегії психологічної допомоги в горі, на які слід спиратися психологу в своїй практичній роботі.

Бути поруч. Переживання смерті близької людини не варто сприймати як проблему, яку можна вирішити. Той, хто зазнав втрати, страждає від порожнечі, що утворилася, і від того, що неможливо змінити. Тому для того, хто присутній поруч, чи то він професійний психолог, чи друг, перш за все, важливо бути з тим, хто переживає горе, співпереживати йому, надавати відчуття опори і слухати, слухати, слухати. Буває, що співрозмовником, навіть якщо він психолог, опановує бажання розповісти про свій (або чийсь інший) досвід переживання втрати: іноді – щоб продемонструвати своє розуміння, іноді – з метою підказати шлях відновлення, іноді – в надії, що людина відчує своє горе не таким вже унікально важким. У якихось випадках це може бути доречним за умови, що обраний підходящий момент і втрата, про яку розповідається, була безумовно не менш трагічною. Однак, частіше

одкровення про чуже горе, особливо, якщо вони не на часі, не приносять полегшення слухачеві, який страждає з приводу своєї втрати, але проходять повз нього і можуть навіть порушувати контакт. Тому краще, все-таки, саме слухати, а не говорити.

Дати дорогу почуттям. Як ми вже з'ясували, почуття – це живий двигун роботи горя. З одного боку, не можна змусити людину проявляти свої емоції, якщо вона до цього ще не готова, з іншого боку, важливо, по можливості, стимулювати вираження почуттів. Навіть якщо людина дуже стримано говорить про свою втрату, потрібно бути готовим до сплеску емоцій і підтримувати їх прояв. Акцентування уваги на емоційно значущих моментах допомагає актуалізувати наявні почуття, а чуйне знаходження поряд з людиною, яка переживає, допомагає їй прожити їх. При цьому і психологу, який бажає підтримати клієнта, інший раз напрошуються поширені слова: “Ваші почуття мені так зрозумілі”. Однак, ця начебто нешкідлива фраза (сказана з самими благими намірами) може зустріти відторгнення з боку людини, оскільки вона переживає свою втрату як унікальну і відчуває, що дані слова, як би знецінюють її горе.

Прийняття і ще раз прийняття. Мало вислухати людину, яка переживає горе, допомогти їй висловити почуття, необхідно ще і прийняти її цілком, з усіма її почуттями і досвідом. Прийняти – не означає підтримати людину стосовно її думок, почуттів, її поведінки по відношенню до померлого, виправдати помилки, можливо, реально допущені нею. Прийняти – значить відмовитися від осуду і визнати право людини на помилку і на ті почуття, які вона зараз відчуває. Необхідно уникати будь-яких оцінок, моралей, моралізаторських міркувань і порад. Прийняття з боку психолога відкриває шлях для роботи горя і полегшує людині, яка переживає горе, рухання до її власного прийняття – прийняття втрати і всього, що стало тепер непоправним.

І тут ми повинні сказати ще про один важливий момент – прийняття неминучості страждань. Іноді психологом опановує цілком зрозуміле бажання позбавити людину від важких переживань, пов'язаних із втратою. Подібне бажання може відчувати і навіть пред'являти в якості запиту і сам клієнт. Насправді, не завжди можна і потрібно рятувати(ся) від психологічних наслідків втрати близької людини. Часто буває необхідним (а іноді – єдиним виходом) прийняти їх і знайти в собі

сили жити з ними, будь то біль розставання або почуття провини перед померлим. І клієнтові, і консультанту може знадобитися смиренність: першому – щоб змиритися з неможливістю остаточно позбутися від страждань, другому – щоб змиритися зі своєю нездатністю допомогти “до кінця”.

Йти в ногу з клієнтом. У нормальному варіанті горювання – це природний процес загоєння душевної рани, завданою смертю близької людини. Він вимагає часу і є глибоко індивідуальним. У нього не можна втручатися і направляти в стандартне русло. Тому, з боку психолога, при роботі з горем, потрібно терпіння і довіра до внутрішньої мудрості клієнта. Іноді може здаватися, що він “тупцює на одному місці” або рухається по замкнутому колу, однак неодноразове переживання одних і тих же почуттів може бути проявом роботи горя і виступати важливим етапом на шляху до визнання та прийняття втрати. Необхідно також з повагою ставитися до захисних механізмів людини, але в той же час важливо не допускати, щоб її стан тривалий час був застиглим. Головна мета психолога – допомогти людині в послідовному переживанні всіх почуттів, пов’язаних із втратою, і проходженні всіх індивідуальних етапів горя, що ведуть до зцілення і реорганізації.

Перш, ніж говорити про стадіальні особливості психологічної допомоги в горі, розглянемо в загальному вигляді конкретні методичні засоби, які можуть при цьому використовуватися. Методичною основою будь-якого психологічного консультування є, так звані, “техніки” активного слухання, що умовно розділяються на дві групи:

1. “Техніки” нереклексивного слухання – група вербальних і невербальних засобів, що реалізують два завдання: зовнішнє вираження уваги до того, про що говорить клієнт, і заохочення його висловлювань.

2. “Техніки” рефлексивного слухання – група словесних прийомів (з’ясування, перефразування, відображення почуттів, резюмування), спрямованих, по-перше, на поглиблення і перевірку розуміння клієнта психологом, по-друге, на виникнення у клієнта почуття, що психолог його розуміє, по-третє, на поглиблення розуміння клієнтом самого себе.

В процесі надання психологічної допомоги особі, яка переживає горе, дані прийоми, будучи приєднані до живої людської

участі, бувають особливо доречні й ефективні, оскільки вислуховування, яке характеризується зацікавленістю і співпереживанням – це найчастіше головне, що може зробити психолог. З прийомів рефлексивного слухання особливо важлива роль при роботі з горем належить відображенню почуттів, що іноді спеціально виділяють як емпатійне слухання. З'ясування теж має чимале значення, оскільки воно дозволяє краще зрозуміти переживання людини, допомогти їй більш повно розповісти про втрату, в тому числі і про такі її сторони, які не беруться до уваги. Н. Кассем пропонує можливі формулювання запитань - з'ясувань при роботі з втратою:

1. Про людину, яку клієнт втратив:

- Розкажіть, що це була за людина. Які у неї були характерні риси?
- Як вона зазвичай висловлювала свої почуття по відношенню до Вас? Як Ви дізнавалися про її любов?
- Якими були її манери? Може бути, Ви могли б згадати щось смішне?
- Якими були її звички? Може бути, щось в її звичках дратувало Вас?
- Якими були її недоліки? Розкажіть про найнеприємніші моменти в Ваших відносинах.

2. Про смерть:

- Розкажіть, як вона помирала.
- Коли в останній раз Ви бачили її?
- Якою була Ваша перша реакція на її смерть? Ви плакали?
- Чи вдалося Вам попроситися з нею?

3. Про похорон і особисті речі:

- Розкажіть про те, як її ховали.
- Чи приходили Ви до неї на могилу? Скільки раз?
- Ви прибрали в її кімнаті?
- Що сталося з її особистими речами? Що Ви зберегли?
- Чи були у неї особливо улюблені речі? Що Ви з ними зробили?
- Чи користуєтеся Ви її речами?

Хорошим варіантом організації бесіди про втрату є також спільний перегляд альбому з фотографіями.

Якщо у відносинах з померлим залишилися невирішені конфлікти, незавершені справи, щось недомовлене, все це може бути зроблено і завершено в символічній формі, через діалог клієнта зі своїм покійним близьким. Фахівці пропонують різні

способи втілення цього діалогу: у формі листа до померлого або у формі розмови з ним (як варіант – на кладовищі або перед його фотографією).

Подібні прийоми знаходять собі місце і в пастирській практиці. Так, один з митрополитів (владика Антоній) поділився своїм досвідом і розповів про свою бесіду з вісімдесятирічним старим, який шістдесят років страждав від душевних мук через давній нещасний випадок, коли він під час громадянської війни ненавмисно вбив свою наречену. Ця людина все життя молилася, каялася перед Богом, шукала ради і допомоги у різних людей, але не могла знайти спокою. Пройнятий співчуттям і бажанням допомогти старому, владика Антоній порадив йому зробити щось, що нагадує психотерапевтичну техніку “порожнього стільця” (про неї – трохи нижче): “Ви зверталися до Христа, якого Ви не вбивали, до священників, яким Ви не завдали шкоди. Чому Ви ніколи не подумали звернутися до дівчини, яку Ви вбили?” “Він здивувався, – розповідає далі митрополит Антоній. – Хіба ж не Бог дає прощення? Адже тільки Він один і може прощати гріхи людей на землі ... Зрозуміло, це так. Але я сказав йому, що якщо дівчина, яку він убив, простить його, якщо вона заступиться за нього, то навіть Бог не може пройти повз її вибачення. Я запропонував йому сісти після вечірніх молитов і розповісти цій дівчині про шістдесят років душевних страждань, про спустошене серце, про пережиті ним страждання, попросити її вибачення, а потім попросити також заступитися за нього і випросити у Господа спокою його серцю, якщо вона простила. Він так і зробив, і спокій прийшов”. У професійно організованому варіанті розмови з померлим для його проведення добре підходить техніка “порожнього стільця”. Перш, ніж починати безпосередньо її використовувати, необхідно актуалізувати енергію почуттів, адресованих померлому. Для цього, зазвичай, буває достатньо оживити в пам’яті емоційно значимі події минулого, пов’язані з померлим. Один з щадних і ненав’язливих варіантів початку роботи – це просто попросити людину згадати і розповісти про найприємніші моменти з минулого спільного життя з померлим. У більшості випадків оповідач дуже скоро починає відчувати сильні емоційні переживання. І, якщо на той час уже позначена проблема незавершених відносин з померлим, залишається тільки, виходячи з конкретної ситуації, зробити “місток” до техніки “порожнього стільця”. Далі

консультант ставить перед клієнтом стілець і пропонує уявити, що на ньому сидить померлий, якому зараз можна сказати те, що хочеться. У певний момент (його треба відчувати) клієнту пропонується пересісти на порожній стілець, тобто встати на місце свого близького і відповісти собі від його імені. Тут є один принциповий момент: мова повинна вестися в теперішньому часі і від першої особи (як ніби в той момент дійсно говорить померлий). Після цього клієнт повертається на свій стілець і отримує можливість відповісти на “слова своєї близької людини”, що прозвучали. При необхідності (якщо залишилося щось незавершене) можна повторити переміщення зі стільця на стілець.

Основна мета даної техніки – завершити гештальт відносин між людьми. Людина, яка переживає втрату, отримує шанс сказати померлому те, що не встигла сказати йому за життя, попросити вибачення, поділитися своїми почуттями і, можливо, навіть запитати про щось.

Потужним засобом, що допомагає пережити горе, є творчість в самих різних її варіантах: малювання, музика, ліплення з глини і т.д. Маса можливостей укладається в словесній творчості. “Багато з тих, хто пережив горе, починають писати: вірші, оповідання, листи або щоденники. Їх душевний стрес виходить з тіла і через руки перетікає на папір, а чорнило на папері візуально відтворює те, що залишалося в тайниках серця”. Творча діяльність стає іноді єдиною формою зовнішнього вираження болю втрати. Інші шляхи виходу горя назовні можуть виявитися закритими, коли воно живе десь глибоко всередині і не отримує повного проживання на рівні свідомості. Трапляється і так, що появі видатного літературного або художнього твору ми буваємо зобов’язані не чому іншому, як горю автора, яке спонукає його до творчого втілення своїх переживань. Американський психоаналітик J.R. Silvio досліджував історію створення Бернардом Шоу п’єси “Тігмаліон” і прийшов до висновку, що вона з’явилася внаслідок переживання втрати, яку письменник не міг оплакати, шляхом творчості. П’єса була задумана і написана ним в період максимальної кризи і змін у взаєминах з жінками, що пов’язано з переживанням смерті матері. Зрозуміло, що якщо деякі люди самі інтуїтивно вдаються до творчості для вираження свого горя, то психолог може цілеспрямовано стимулювати творчу активність клієнта в тих же цілях.

Психологічна допомога на різних стадіях переживання втрати

Розглянемо специфіку психологічної допомоги людині, яка переживає втрату, на кожній з орієнтовних стадій.

1. Стадія шоку і заперечення. У період перших реакцій на втрату перед психологом або тим, хто знаходиться поруч з людиною, яка втратила свого близького, стоїть потрібна задача: (1) перш за все, вивести людину з шокового стану, (2) потім допомогти їй визнати факт втрати, коли вона буде до цього готова, і (3) плюс до того, постаратися пробудити почуття, а тим самим запустити роботу горя.

Щоб вивести людину з шоку, необхідно відновити її контакт з реальністю, для чого можуть вживатися такі дії:

- звернення на ім'я, прості запитання і прохання до людини, яка переживає втрату;
- використання значущих зорових вражень, що привертають увагу, наприклад, предметів, пов'язаних з покійним;
- тактильний контакт з тим, хто переживає горе.

Людина, яка втратила когось зі своїх близьких, зможе швидше прийти до визнання втрати, якщо співрозмовник всіма своїми діями і словами визнаватиме нещастя, що сталося. Їй легше буде допустити до свідомості і зовні проявити весь комплекс почуттів, пов'язаних зі смертю близької людини, якщо поряд з нею знаходитиметься людина, яка буде полегшувати і стимулювати цей процес, створювати сприятливі умови.

Що для цього можна зробити?

- Бути відкритим по відношенню до людини, яка переживає горе, і до всіх можливих її переживань, звертаючи увагу на найменші їх ознаки і прояви.
- Відкрито висловлювати свої почуття по відношенню до неї і з приводу втрати, що трапилася.
- Говорити про емоційно значущі моменти того, що сталося, торкаючись, тим самим, прихованих почуттів. Необхідно, однак, пам'ятати про те, що захисні механізми на перших порах можуть бути потрібні людині, тому що вони допомагають їй встояти на ногах після отриманого удару, не впасти під шквалом емоцій. Тому дуже важливо, щоб психолог був чуйним до стану людини, усвідомлював сенс і силу своїх дій і вмів тонко відчутти момент, коли людина, яка переживає горе психологічно готова зустріти в повному масштабі втрату і весь обсяг пов'язаних з нею почуттів.

2. Стадія гніву і образи. На цій фазі переживання втрати перед психологом можуть з'являтися різні завдання, найбільш загальні з них – два наступних:

1) допомогти людині зрозуміти, що спрямовані на інших негативні почуття, які переживаються нею, є нормальними;

2) допомогти їй виразити ці почуття в прийнятній формі, направити їх в конструктивне русло.

Розуміння того, що гнів, обурення, роздратування, образа – цілком природні і поширені емоції при переживанні втрати, саме по собі цілюще і часто приносить певне полегшення людині. Це усвідомлення має суттєве значення, оскільки виконує кілька позитивних функцій:

- Зниження занепокоєння з приводу свого стану. Серед усіх емоцій, що охоплюють людину, яка переживає втрату, саме сильні злість і роздратування найчастіше виявляються несподіваними настільки, що можуть навіть викликати сумнів щодо власного психічного здоров'я. Відповідно, знання про те, що багато з тих, хто переживає горе, відчувають подібні емоції, допомагає дещо заспокоїтися.

- Сприяння визнанню і вираженню негативних емоцій. Багато з тих, хто переживає втрату, намагаються придушити в собі гнів і образу, тому що не готові до їх появи і вважають їх осудливими. Відповідно, якщо вони дізнаються про те, що дані емоційні переживання є майже закономірними, то їм легше буває визнати їх в собі і виразити.

- Профілактика почуття провини. Іноді трапляється так, що людина, яка зазнала втрати, ледь усвідомивши свою злість (часто необґрунтовану) на інших людей, а тим більше – на померлого, починає себе картати за неї. Якщо ця злість ще і виливається на інших, то вслід за цим ще більше зростає почуття провини за неприємні переживання, що доставляються іншим людям. В такому випадку визнання нормальності гніву і образи як реакції на втрату допомагає поставитися до них з розумінням, а значить, і краще контролювати їх.

Для того щоб допомогти людині виробити адекватне сприйняття своїх емоцій, психологу, по-перше, необхідно самому ставитися до них терпимо, як до чогось природного і зрозумілого, по-друге, він може проінформувати людину про те, що подібні

почуття є цілком нормальною реакцією на втрату, що спостерігається у багатьох людей, які втратили своїх близьких.

Далі постає завдання вираження гніву і образи. “При озлобленості людини, яка пережила втрату, – зазначає І.О. Вагін, потрібно пам’ятати, що якщо злість залишається всередині людини, то вона “підживлює” депресію. Тому слід допомогти їй “вилитися” назовні”. У кабінеті психолога це може бути зроблено у відносно вільній формі, важливо тільки з прийняттям поставитися до емоційних переживань, що виливаються. В інших ситуаціях необхідно допомогти людині навчитися керувати своїм гнівом, не дозволяти йому розряджатися на всіх, хто попадається під руку, а направляти його в конструктивне русло: фізична активність (спортивна і трудова), щоденникові записи та ін.

У повсякденному спілкуванні з людьми – рідними, друзями, колегами і просто випадковими перехожими – бажано контролювати емоції, спрямовані проти них, і якщо виражати їх, то в адекватній формі, що дозволяє людям правильно сприйняти їх: як прояв горя, а не як випадок проти них.

Фахівцю важливо, також, мати на увазі, що гнів зазвичай буває наслідком слабкості, пов’язаної з неспівладністю смерті людині. Тому, ще одним напрямком допомоги людині, яка переживає втрату, може бути робота з її ставленням до смерті як до даності земного існування, що часто не піддається контролю. Доречним може виявитися і обговорення ставлення до своєї смертності, хоча тут все вирішує ступінь актуальності даних питань для людини: відгукується вона на них чи ні.

3. Стадія провини і нав’язливостей. Оскільки почуття провини є мало не загальним для всіх, хто переживає горе, і часто – досить стійким і болісним переживанням, воно стає особливо поширеним предметом психологічної допомоги в горі. Позначимо стратегічну лінію дій психолога при роботі з проблемою провини перед померлим.

Перший крок, який є сенс зробити, – просто поговорити з людиною про це почуття, дати їй можливість розповісти про свої переживання, висловити їх. Вже одного цього (за умови емпатійної приймаючої участі психолога) може виявитися досить для того, щоб в душі людини все більш-менш впорядкувалося і їй стало трохи легше. Можна також поговорити про обставини смерті близької людини і поведінку клієнта в той час з тим, щоб він міг

переконатися в тому, що він перебільшує свої реальні можливості вплинути на те, що трапилося. Якщо почуття провини є явно необґрунтованим, психолог може спробувати переконати людину, що вона, з одного боку, ніяк не сприяла смерті свого близького, з іншого – зробила все можливе, щоб запобігти їй. Що стосується теоретично можливих варіантів запобігання втрати, то тут потрібно, по-перше, усвідомлення обмеженості людських можливостей, зокрема, нездатності повністю передбачити майбутнє, по-друге, прийняття власної недосконалості, як і будь-якого іншого представника людського роду. “Ти не бог”.

Наступний, *другий крок* (якщо почуття провини виявилось стійким) полягає в тому, щоб визначитися: що ж клієнт хотів би зробити зі своєю провинною. Як показує практика, початковий запит часто звучить нехитро: позбутися почуття провини. І ось тут виникає тонкий момент. Якщо психолог відразу ж “кинеться” виконувати побажання людини, яка переживає втрату, прагнучи зняти з неї тягар провини, він може зіткнутися з несподіваною складністю: незважаючи на висловлене вголос бажання, клієнт ніби протривається його виконання або провинна, як ніби не бажає розлучатися зі своїм господарем. Пояснення цьому ми знайдемо, якщо згадаємо, що провинна буває різною і не будь-яке почуття провини потрібно прибирати, тим більше, що не завжди воно цьому піддається.

Тому *третьої крок*, який необхідно зробити, – це з’ясувати природу провини: невротична вона або екзистенціальна.

- Першим діагностичним критерієм невротичної провини є невідповідність тяжкості переживань реальній величині “проступків”. Причому, іноді ці “проступки” можуть зовсім виявитися уявними.

- Другим критерієм виступає наявність в соціальному оточенні клієнта якогось зовнішнього джерела звинувачення, по відношенню до якого він, швидше за все, відчуває які-небудь негативні емоції, наприклад, обурення або образу.

- Третім критерієм є те, що провинна не стає для людини власною, а виявляється “чужорідним тілом”, якого вона всією душею прагне позбутися. Для з’ясування цього можна використовувати наступний прийом. Психолог просить людину уявити фантастичну ситуацію: хтось нескінченно могутній пропонує моментально, прямо зараз, зовсім позбавити її почуття

провини – погодиться вона на це чи ні. Вважається, що якщо клієнт відповідає “так”, то його провина є невротичною, якщо ж він відповідає “ні”, то провина – екзистенційна.

Четвертий крок і подальші дії залежать від того, яку провину, як з’ясувалося, відчуває людина, яка переживає втрату. У разі невротичної провини, що не є справжньою і власною, завдання полягає в тому, щоб виявити її джерело, допомогти переосмислити ситуацію, виробити більш зріле ставлення і, таким чином, позбутися початкового почуття.

У разі екзистенціальної провини, що виникає внаслідок непоправних помилок, завдання полягає в тому, щоб допомогти усвідомити значимість провини (якщо людина не хоче з нею розлучитися, значить, для чогось вона їй потрібна), “витягти” з неї позитивний життєвий сенс і навчитися з нею жити.

В якості прикладів позитивних смислів, які можуть бути взяті з почуття провини, відзначимо варіанти, що зустрічалися в практиці.

➤ Провина як життєвий урок: усвідомлення, що потрібно вчасно дарувати людям добро і любов – поки вони живі, поки сам живий, поки є така можливість.

➤ Провина як плата за помилку: душевні муки, що відчуває людина, яка кається в минулих вчинках, набувають форми спокути.

➤ Провина як свідок моральності: людина сприймає почуття провини як голос совісті і приходиться до висновку, що це почуття є абсолютно нормальним, і навпаки, було б ненормально (аморально), якби вона його не відчувала.

Важливо не тільки відкрити якийсь позитивний сенс провини, важливо також реалізувати цей сенс або, щонайменше, направити провину в позитивне русло, перетворити її в стимул до діяльності. Тут можливі два варіанти, в залежності від рівня екзистенціальної провини.

➤ Те, з чим пов’язана провина, не можна виправити. Тоді її залишається тільки прийняти. Однак, в той же час, зберігається можливість робити щось корисне для інших людей, займатися благодійною діяльністю. При цьому важливо, щоб людина усвідомлювала, що її нинішня діяльність – не воздаяння померлому, а спрямована на допомогу іншим людям і, відповідно, повинна орієнтуватися на їх потреби, щоб бути адекватною і дійсно корисною. Крім того, і для самого покійного (вірніше, в пам’ять

про нього і з любові і поваги до нього) можна зробити певні вчинки (наприклад, завершити розпочату ним справу). Навіть, якщо вони ніяк не пов'язані з предметом провини, проте їх виконання може принести людині деяке полегшення.

➤ Те, що викликає почуття провини, нехай із запізненням (вже після смерті близької людини), але все ж може бути виправлено або реалізовано хоча б частково (наприклад, прохання померлого помиритися з рідними). Тоді у людини є можливість реально зробити те, що може заднім числом, в якійсь мірі, виправдати її в очах померлого (перед його пам'яттю). Причому, зусилля можуть бути спрямовані, як на виконання прижиттєвих прохань покійного, так і на виконання його заповіту.

П'ятий крок згідно з логікою викладу, опинився в кінці. Тим не менш, він може бути зроблений і раніше, оскільки попросити вибачення – завжди вчасно, якщо є за що. Кінцева мета цього завершального кроку – попроситися з померлим. Якщо людина усвідомлює, що вона дійсно винна перед ним, то буває важливим не тільки визнати провину і отримати від неї позитивний сенс, але також попросити вибачення у покійного. Зробити це можна в різній формі: у думках, письмово або ж в техніці “порожнього стільця”. В останньому варіанті для клієнта дуже важливою є можливість побачити себе і свої взаємини з померлим очима останнього. З його точки зору причина, що викликає почуття провини, може оцінюватися зовсім інакше і, можливо, навіть сприйматися малозначною. У той же час, людина може раптом чітко відчувати, що за все, в чому вона дійсно винна, померлий її “абсолютно точно прощає”. Це відчуття примиряє живого з померлим і приносить першому заспокоєння.

І все ж, іноді, якщо провина занадто неадекватна і гіпертрофована, визнання її перед померлим не призводить до душевного примирення з ним або до переоцінки проступку, а самозвинувачення іноді перетворюється на справжнє самобичування. Як правило, такому стану речей сприяє ідеалізація померлого і “очорнення” самого себе, перебільшення своїх недоліків. В цьому випадку необхідно відновити адекватне сприйняття особистості покійного і власної особистості. Зазвичай, буває особливо складно бачити і визнавати недоліки померлого. Тому, перше завдання полягає в тому, щоб допомогти людині, яка переживає горе, змиритися зі своїми слабкостями, навчитися

бачити в собі сильні сторони. Тільки потім буває можливо відтворити реалістичний образ померлого. Цьому може сприяти розмова про особу померлого у всій її складності, про переваги і недоліки, які поєднувалися в ньому.

Таким чином, почавши з прохання своєї близької померлої людини про прощення, той, хто переживає горе, приходять до того, щоб і самому пробачити її. Варто зауважити, що прощення покійного за можливі образи, нанесені їм, теж може в якійсь мірі рятувати людину, яка переживає горе, від зайвого почуття провини, тому що, якщо вона в глибині душі продовжує ображатися за щось на померлого, відчувати по відношенню до нього негативні емоції, то сама ж себе за це може і звинувачувати. Причому, образа на померлого і його ідеалізація, за логікою, суперечать одне одному, проте, в дійсності можуть співіснувати на різних рівнях свідомості. Таким чином, змирившись з власною недосконалістю і попросивши пробачення за власні помилки, а також прийнявши слабкості померлого і пробачивши їх йому, людина примиряється зі своїм близьким, який помер, і, одночасно, позбавляється від подвійного вантажу провини.

Примирення з померлим близьким є дуже важливим, оскільки воно дозволяє зробити вирішальний крок в сторону завершення земних відносин з ним. Почуття провини свідчить про те, що у відносинах з померлим залишилося щось незакінчене. Однак, за влучним зауваженням Р. Моуді, “насправді все незакінчене завершилося. Просто такий кінець вам не подобається”. Саме тому й важливо примиритися і прийняти все, як є, щоб можна було жити далі.

У загальній картині роботи з почуттям провини додамо кілька штрихів, які стосуються приватних ситуацій і окремих випадків провини, а також нав'язливих фантазій про можливий “порятунок” померлого. Багато з таких ситуацій скороминущі, тому не вимагають спеціального втручання.

Так, зовсім необов'язково боротися з повторюваними у клієнта “якби”. Іноді можна навіть включитися в його гру, і тоді він сам побачить нереалістичність своїх припущень. Разом з тим, оскільки одним із джерел провини і пов'язаних з нею нав'язливих явищ може бути переоцінка людиною своїх можливостей контролювати обставини життя і смерті, то в окремих випадках доречною буде робота зі ставленням до смерті взагалі. Що

стосується конкретно провини того, хто вижив, провини полегшення або радості, то, крім всього сказаного, в цих випадках можуть вживатися елементи ненав'язливого “сократичного діалогу” (майєвтики). Також важливо буває проінформувати людину про абсолютну нормальність цих переживань і, умовно кажучи, дати їй “дозвіл” на продовження повноцінного життя і на позитивні емоції. При роботі психолога з клієнтом можна додатково ознайомитися з методом “Діалог Сократа”.

4. Стадія страждання і депресії. На цьому етапі на перший план виходить власне страждання від втрати, від порожнечі, що утворилася. Поділ даної стадії і попередньої, як ми пам'ятаємо, є досить умовним. Як на попередній стадії поряд з провинною напевно присутні страждання і елементи депресії, так і на даній стадії на тлі домінуючих страждання і депресії може зберігатися почуття провини, особливо, якщо вона є справжньою, екзистенціальною. Проте, зупинимося на наданні психологічної допомоги безпосередньо людині, яка страждає внаслідок втрати і переживає депресію.

Основне джерело болю людини, яка переживає горе, – відсутність поруч того, кого вона любила. Втрата залишає після себе велику рану в душі, і потрібен час для того, щоб вона зажила. Чи може психолог якось вплинути на цей процес: прискорити його або полегшити? Ймовірно, лише в деякій мірі – за допомогою проходження з тим, хто переживає, якоїсь частини цього шляху, підставляючи для опори руку. Цей спільний шлях може бути таким: згадати минуле життя, коли нині покійний був поруч, оживити пов'язані з ним події, причому і важкі, і приємні, пережити почуття, що стосуються померлого як позитивні, так і негативні. Важливо також виявити і оплакати вторинні втрати, які спричинила смерть близької людини. Не менш важливо подякувати їй за все хороше, що вона зробила, за все світле, що з нею пов'язане.

Великого значення, знову ж таки, набувають співприсутність з людиною, яка переживає горе, і бесіда про її переживання (вислухати, дати можливість поплакати). У той же час, в повсякденному житті роль цих аспектів спілкування з тим, хто переживає втрату, стає на даній стадії менш активною. Як зазначає Є.М. Черепанова, “тут можна і потрібно дати людині, якщо вона того хоче, побути на самоті”. Також бажано вже долучати її до домашніх справ і суспільно-корисної діяльності. Дії психолога або

оточуючих людей в цьому напрямку повинні бути ненав'язливими, а режим життєдіяльності того, хто горює – щадним. Якщо особа, яка переживає втрату, людина віруюча, то в період страждання і депресії особливо цінною для неї може стати духовна підтримка з боку церкви.

Головна мета роботи психолога на даному етапі – допомога в прийнятті втрати. Для того, щоб це прийняття настало, буває важливо, щоб людина, яка горює, прийняла спочатку своє страждання з приводу втрати. Для неї, ймовірно, буде краще, якщо вона пройметься усвідомленням, що “біль – це ціна, яку ми платимо за те, що у нас була близька людина”. Тоді вона зможе приймати той біль, який вона відчуває, як природню реакцію на втрату, зрозуміє, що було б дивно, якби її не було.

Страждання, в тому числі викликане смертю близької людини, може бути не тільки прийнято, але і наділене важливим особистісним змістом (що само по собі має цілющу дію). У цьому переконаний всесвітньо відомий засновник логотерапії В. Франкл. І це не результат теоретичних міркувань, а вистраждані ним особисто і перевірені практикою знання. Пояснюючи свою думку, В. Франкл розповідає випадок, пов'язаний саме з горем. “Одного разу літній практикуючий лікар консультувався у мене з приводу важкої депресії. Він не міг пережити втрату своєї дружини, яка померла два роки тому, і яку він любив понад усе на світі. Але як я міг йому допомогти? Що повинен був йому сказати? Я відмовився від будь-яких розмов і замість цього поставив йому запитання: “Скажіть, доктор, що було б, якби ви померли першим, а ваша дружина пережила б вас?” “О! – сказав він, – для неї це було б жахливо; як сильно вона б страждала!” На що я сказав: “Бачите, доктор, якими стражданнями їй це б обійшлося, і саме ви були б причиною цих страждань; але тепер вам доводиться оплачувати це, залишившись в живих і оплакуючи її”. Він не сказав більше ні слова, лише потиснув мені руку і тихо залишив мій кабінет”. Страждання, якимось чином, перестає бути стражданням після того, як воно набуває сенсу, такий, наприклад, як сенс жертвності. Таким чином, ще одним завданням психолога стає допомогти людині, яка горює, виявити сенс страждання.

Ми говоримо про те, що біль втрати необхідно прийняти, але, в той же час, прийняття потребує лише той біль, який є природним, і в тій мірі, в якій він є неминучим. Якщо ж людина, яка горює,

удержує страждання на доказ своєї любові до померлого, то воно перетворюється в самокатування. У такому випадку потрібно розкрити його психологічне коріння (почуття провини, ірраціональні переконання, культуральні стереотипи, соціальні очікування і т.д.) і спробувати їх скорегувати. Крім того, важливо прийти до розуміння, що для продовження любові до померлої людини зовсім не обов'язково сильно страждати, можна це робити і по-іншому, потрібно тільки знайти способи вираження своєї любові.

Для переключення людини з нескінченного руху по колу важких переживань і перенесення центру важкості зсередини (із зацикленості на втраті) назовні (в реальність) Е.М. Черепанова рекомендує використовувати метод формування почуття реальної провини. Суть його полягає в тому, щоб дорікнути людині за її "егоїзм" – адже вона занадто зайнята своїми переживаннями і не піклується про людей навколо, які потребують її допомоги.

Передбачається, що подібні слова будуть сприяти завершенню роботи горя, а людина не тільки не образиться, але навіть буде відчувати вдячність і відчує полегшення.

Аналогічний ефект (повернення до реальності) іноді може мати апеляція до передбачуваної думки покійного про стан того, хто горює. Тут можливі два варіанти.

1) Пред'явлення цієї думки в готовому вигляді: "Йому б, напевно, не сподобалося, що ти будеш так побиватися, все закинеш". Цей варіант більше підходить для побутового спілкування з тим, хто переживає втрату.

2) Обговорення з людиною того, як би реагував померлий, що б відчував, що хотів би сказати, дивлячись на її страждання. Для посилення ефекту при цьому може використовуватися техніка "порожнього стільця". Даний варіант застосовується, перш за все, для професійної психологічної допомоги в горі.

Психологу варто пам'ятати також і про те, що, згідно з дослідженнями, рівень депресії позитивно корелює з переживаннями з приводу смертності. Тому на даній стадії, як і на інших, предметом обговорення може стати ставлення людини до своєї власної смерті.

5. Стадія прийняття і реорганізації. Коли людина зуміла більш-менш прийняти смерть близького, робота власне з переживанням втрати (за умови, що благополучно пройдені

попередні стадії) відступає вже на друге місце. Вона сприяє остаточному визнанню завершеності відносин з померлим. До такої завершеності людина приходить, коли вже спроможна попрощатися зі своїм близьким, дбайливо скласти в пам'яті все цінне, що пов'язано з ним, і знайти для нього нове місце в душі.

Основне ж завдання психологічної допомоги переміщається в іншу площину. Тепер вона переважно зводиться до того, щоб допомогти людині перебудувати своє життя, вийти на новий етап життєдіяльності. Для цього, як правило, необхідно попрацювати в різних напрямках:

- упорядкувати світ, де більше немає померлого, знайти способи пристосування до нової реальності;
- перебудувати систему взаємовідносин з людьми в тій мірі, в якій це необхідно;
- переглянути життєві пріоритети, замислюючись про самі різні сфери життєдіяльності і визначаючи найбільш важливі смисли;
- визначити довготривалі життєві цілі, побудувати плани на майбутнє.

Рух в першому напрямку може відштовхуватися від теми вторинних втрат. Можливий шлях їх виявлення – обговорення різнопланових змін, що відбулися в житті людини після смерті близького. Внутрішні емоційні зміни, а саме важкі переживання, пов'язані з втратою – очевидні. Що ще змінилося в життєдіяльності, в способах взаємодії з навколишнім світом? Як правило, легше побачити і визнати негативні зміни: щось безповоротно втрачено, чогось тепер не вистачає. Все це – привід подякувати померлому за те, що він давав. Можливо, нестача чого-небудь, що з'явилася, може бути якимось компенсована, звичайно, не таким чином, як було раніше, а якимось новим способом. Для цього повинні бути знайдені відповідні ресурси, і тоді вже буде зроблений перший крок в напрямку реорганізації життя. Як пишуть Р. Моуді і Д. Аркенджел: “Життєвий баланс зберігається при задоволенні наших фізичних, емоційних, інтелектуальних, соціальних і духовних потреб. Втрати впливають на всі п'ять аспектів нашого буття, однак більшість людей один-два з них не беруть до уваги. Одна з цілей правильної адаптації – це збереження рівноваги нашого життя”. У той же час, крім беззаперечних втрат і негативних наслідків, багато які втрати привносять і щось

позитивне в життя людей, виявляються поштовхом до народження чогось нового і важливого.

На перших стадіях переживання смерті близької людини, зазвичай, не рекомендують заводити мову про її позитивні наслідки або смисли, так як це, швидше за все, матиме опір з боку клієнта. Однак, на пізніх стадіях, коли вже з'явилися натяки на прийняття втрати і наявність відповідної готовності з боку клієнта, обговорення цих важких моментів стає вже можливим. Воно сприяє більш тонкому сприйняттю втрати і відкриттю нових життєвих смислів.

Дії психолога, який працює спільно з клієнтом в інших напрямках – над осмисленням його життя і зростанням його справжності, – по суті нагадують роботу екзистенціального аналітика і логотерапевта.

Необхідною умовою успіху виступає при цьому неквапливість, природність процесу і дбайливе ставлення до душевних рухів клієнта.

На будь-яких стадіях переживання втрати важливу підтримуючу і фасилітуючу функцію по відношенню до скорботи людини, яка втратила свого близького, виконують обряди і ритуали. Тому, психологу слід підтримувати прагнення клієнта брати участь в них або, як варіант, самому рекомендувати це, якщо дана пропозиція узгоджується з бажанням людини. Про важливість ритуалів говорять багато вітчизняних і зарубіжних авторів, про те ж свідчать наукові дослідження. Р. Кочюнас висловлюється на цю тему таким чином: “У жалобі дуже визначальними є ритуали. Вони потрібні людині, яка в скорботі, як повітря і вода. Психологічно вкрай важливо мати публічний і санкціонований спосіб вираження складних і глибоких почуттів скорботи. Ритуали необхідні живим, а не мертвим, і вони не можуть бути спрощені до втрати свого призначення”.

Сучасне суспільство дуже обділяє себе, відходячи від перевірених століттями культурних традицій, від ритуалів, пов'язаних з трауром і втішанням тих, хто в скорботі. Ф. Арьес так пише про це: “У кінці ХІХ або початку ХХ ст. ці кодекси, ці ритуали зникли. Тому почуття, що виходять за рамки звичайного, або не знаходять собі вираження і стримуються, або ж вихлюпуються назовні з нестримною і нестерпною силою, так як нічого, що могло б каналізувати ці важкі почуття, більше немає”.

Ритуали потрібні і тому, хто переживає втрату, і тому, хто знаходиться поруч з ним. Першому вони допомагають виразити свою скорботу і, тим самим, виразити свої почуття, другому – допомагають спілкуватися з людиною, яка переживає горе, знаходити адекватний підхід до неї. Позбавлені ритуалів, люди іноді просто не знають, як їм поводитися з людиною, яку спіткала смерть близького. І не знаходять нічого кращого, ніж усунутися від неї, уникати проблематичної теми. В результаті страждають всі: той, хто переживає горе – від самотності, що підсилює і без того важкий душевний стан, оточуючі – від дискомфорту і, можливо, ще від почуття провини.

Принципове значення для тих, хто переживає втрату, має основний ритуал, пов'язаний зі смертю, – похорон покійного. “Похоронний обряд надає людям можливість виразити їхнє ставлення до того, як на них вплинуло життя покійного, оплакати те, що вони втратили, усвідомити, який найдорожчий спогад залишиться з ними, і отримати підтримку. Цей ритуал – наріжний камінь подальшої жалоби”. Наскільки важливо для близьких покійного брати участь в його похороні, настільки ж несприятливими можуть бути психологічні наслідки за умови відсутності на них. З цього приводу Е.М. Черепанова зауважує: “Коли людина з різних причин не бере участі у похороні, у неї може виникнути патологічне горе, і тоді, щоб полегшити її страждання, рекомендується, так чи інакше, відтворити процедуру похорону і прощання”.

Багато ритуалів, що історично склалися в церковному середовищі та в руслі вірувань наших предків, мають релігійний зміст. У той же час, для людей атеїстичного світогляду теж доступний цей засіб зовнішнього вираження горя. Вони можуть придумати свої власні ритуали, як це пропонують зарубіжні фахівці. Причому ці “винаходи” зовсім не повинні бути публічними, головне – щоб вони мали сенс.

Втім, незважаючи на теоретичну можливість індивідуальних ритуалів у атеїстів, релігійні люди в середньому набагато легше переживають втрати. З одного боку, їм в цьому допомагають церковні ритуали, з іншого боку, величезну підтримку вони знаходять в релігійних переконаннях. Результати зарубіжного дослідження показали, “що для людей, які відвідують релігійні служби та свято вірують, переживання втрати пов'язано з меншими

труднощами, в порівнянні з тими, хто ухиляється від відвідування храмів і не дотримується духовної віри. Між цими двома категоріями знаходиться проміжна група, що складається з тих, хто відвідують церкву, не будучи переконаними в своїй істинній вірі, а також тих, хто вірують щиро, проте до церкви не ходять”.

Ритуали потрібні живим, а не мертвим. Якщо ми говоримо про тих живих, які далекі від релігії, то, без сумніву, це так. Та й релігійним людям вони теж, безумовно, потрібні. Церковні традиції відспівування і молитовного поминання покійних допомагають попроситися з померлим, прожити горе, відчутти підтримку і єдність з іншими людьми і Богом. Разом з тим, для людини, що вірить в продовження існування після земної кончини і в можливість духовного зв'язку між живими і померлими, ритуали набувають ще одного дуже суттєвого змісту – можливість зробити щось корисне і для близької людини, яка закінчила своє земне життя. Православна традиція надає людині можливість зробити для покійного те, що той сам для себе зробити вже не може, – допомогти йому очистити свої гріхи. Єпископ Гермоген називає три засоби, за допомогою яких живі можуть позитивним чином впливати на посмертне життя покійних:

➤ “По-перше, молитва про них, поєднана з вірою. ...Молитви, що здійснюються за померлих, приносять їм користь, хоча і не загладжують всіх зlodіянь.

➤ Другий засіб – допомога покійним полягає в подаванні за упокій їх милостині, різних пожертвувань для храмів Божих.

➤ Нарешті, третій, найважливіший і відчутний засіб полегшити долю покійних є здійснення за їх упокій безкровної Жертви”

Таким чином, слідуючи церковним традиціям, віруючий не тільки знаходить в них спосіб висловити свої почуття, але, що дуже важливо, також отримує можливість зробити корисне і для покійного, а в тому і для себе знайти додаткову розраду.

Тут ми знаходимо глибокий християнський сенс реорганізації життя після втрати: не починати нове життя, звільнившись від усього, що пов'язано з померлим, і не переробляти своє життя на його манер, а взяти “цінне насіння” з життя нашого близького, посіяти їх на ґрунті свого життя і по-своєму зростити їх.

Згідно з численними закордонними дослідженнями, релігійні люди менше бояться смерті, відносяться до неї з більшим

прийняттям. Тому, до перерахованих вище загальних принципів психологічної допомоги в горі можна додати принцип опори на релігійність, який закликає психолога, незалежно від свого ставлення до питань віри, підтримувати релігійні устремління клієнта (коли вони є). Віра в Бога і в продовження життя після смерті, звичайно, не усуває горе, але приносить певну розраду. Святитель Феофан Затворник почав одну з панахид за покійним словами: “Будемо плакати – від нас пішла дорога людина. Але будемо плакати як віруючі” – тобто з вірою в вічне життя, а також в те, що померлий може її наслідувати, і в те, що коли-небудь ми з ним возз’єднаємося. Саме таке (з вірою) оплакування померлих допомагає легше і швидше пережити горе, осяває його світлом надії.

Клішовані фрази, які не рекомендується використовувати фахівцю при роботі з горем.

1. “Будь сильним”.
2. “Тобі потрібно триматися”.
3. “Не варто давати волю сльозам”.
4. “Ти ще молода і знову вийдеш заміж”.
5. “Не плач - їй (йому) б це не сподобалося”.

Всі ці висловлювання є недоречними і породжені нерозумінням горя або бажанням заглушити його.

6. “Ваші почуття мені так зрозумілі”. *Це проекція свого досвіду. Насправді будь-яка втрата індивідуальна, і нікому не дано в повній мірі пізнати страждання і втрати іншого.*

7. “Тобі треба продовжувати своє життя, тобі треба частіше виходити, тобі треба закінчувати з трауром”. *Проекція своїх бажань, вираження власних потреб.*

8. “Ви повинні б вже впоратися з цим”.
9. “Вам потрібно чимось зайняти себе”.
10. “Час лікує всі рани”.

Чого не можна робити в спілкуванні з людиною, яка переживає горе.

1. Відсторонюватися від людини, позбавляючи її своєї підтримки.

2. Раціоналізувати позитивні аспекти смерті, вселяти позитивні висновки від втрати.
3. Згадувати, що смерті можна було б запобігти деяким чином.
4. Порівнювати реакції горя людини, що переживає втрату з горем інших знайомих вам людей.
5. Міркувати про своє горе, щоб показати вашу печаль.
6. Лякатися інтенсивних емоцій і “втікти” з ситуації.
7. Намагатися говорити з людиною, яка переживає горе, не зачіпаючи її почуттів.
8. Застосовувати силу (стискати в обіймах, хапати за руки).
9. Розцінювати відмову людини, яка переживає горе, від розмови або від запропонованої допомоги як особистий випадок проти вас або проти ваших взаємин з ним.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ТА РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамова Г. С. Введение в практическую психологию / Абрамова Г. С. — М. : Международная педагогическая академия, 1995. — 220 с.
2. Александрова О. Н. Психология социальной работы / Александрова О. Н., Боголюбова О. Н., Васильева Н. Л. и др. ; под общ. ред. М. А. Гулиной. — СПб. : Питер, 2002. — С. 223–231.
3. Алёхин А. Н. Методологический диагноз психологической диагностике [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. / Алёхин А. Н. — 2011. — № 2. — Режим доступа: URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_2_7/nomer/nomer01.php.
4. Арьес Ф. Человек перед лицом смерти / Общ. ред. С. В. Оболенской; Предисл. А. Я. Гуревича. — М. : Издательская группа “Прогресс”, “Прогресс-Академия”, 1992. — 532 с.
5. Бедненко Г. Психопатия (социопатия) в культуре и обыденности [Электронный ресурс] : (статья в рамках совместного с Ю. Власовой проекта, посвященного исследованию психопатии) / Бедненко Г. — Режим доступа: http://www.maap.pro/biblioteka/stati/bednenko_psihopatiya_v_kulture_i_obydennosti.html
6. Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвящённых / Берн Э. — Минск : Попурри, 2006. — 528 с.
7. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология : Руководство для врачей и клинических психологов / Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. — М. : МПСІ МОДЕК, 2008. — 624 с.
8. Болезнь и смерть : выдержки из писем. — [Феофан Затворник Вышенский, святитель]. — М. : Благовест, 1996. — 60 с.
9. Боль утраты. Психологические аспекты выживания в чрезвычайных ситуациях // Гражданская защита. — 1995. — № 8. — С. 57–61.

10. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь : теория и практика / Бондаренко А. Ф. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : Независимая фирма “Класс”, 2001. — 336 с.
11. Бурлачук Л. Ф. Психодиагностика : Учебник для вузов. — СПб. : Питер, 2006. — 351 с.
12. Вагин И. О. Психология жизни и смерти / Вагин И. О. — СПб. : Питер, 2002. — 152 с. (Сам себе психолог).
13. Василюк Ф. Е. Пережить горе // О человеческом в человеке / Под ред. И. Т. Фролова. — М. : Политиздат, 1991. — С. 230–247.
14. Василюк Ф. Е. Психология горя // Педология, новый век. — 2001. — № 8.
15. Гермоген, епископ. Утешение в смерти близких сердцу. — 2-е изд. — М. : Паломник, 2002. — 192 с.
16. Демичев А. Дискурсы смерти. Введение в философскую танатологию. — СПб. : ИНАПРЕСС, 1997. — С. 25–32.
17. Державний формуляр лікарських засобів. Випуск шостий / Розділ 5 (Психіатрія, наркологія, лікарські засоби). — 2014. — С. 311–408.
18. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації. / Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф. [та ін.] — Харків, 2014. — 79 с.
19. Доктор и душа : Логотерапия и экзистенциальный анализ / В. Франкл ; Пер. с нем. — М. : Альпина нон-фикшн, 2017. — 338 с.
20. Идея смерти в российском менталитете / Под ред. Ю. В. Хен. — СПб. : РХГИ, 1999. — 304 с.
21. Изард К. Эмоции человека. — М. : Изд-во Моск. ун-та, 1980. — С. 251–289.
22. Кабанов М. М. Реабилитация психических больных / Кабанов М. М. — 2-е изд., доп. и перераб. — Л. : Медицина, 1985. — 216 с.
23. Каплан Г. И. Клиническая психиатрия : в 2 т. / Каплан Г. И., Сэдок Б.Дж./ [пер. с англ.]. — М. : Медицина, 1998. — Т. 2. — 528 с.

24. Коханов В. П. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций / Коханов В. П., Краснов В. Н. — М. : Практическая медицина, 2008. — 448 с.
25. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. — М. : Академический проект, 1999. — С. 206–212.
26. Краснов В. Н. Расстройства аффективного спектра / Краснов В. Н. — М. : Практическая медицина, 2011. — 432 с.
27. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих : Клінічний посібник. — Харків : Арсіс, 2001. — 303 с.
28. Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків : Клінічний посібник. — Харків : Фоліо, 2001. — 271 с.
29. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. — К. : София, 2001. — 320 с.
30. Лаврин А. П. Хроники Харона. Энциклопедия смерти. — М. : Моск. рабочий, 1993. — С. 201–305.
31. Линдемманн Э. Клиника острого горя // Психология эмоций. Тексты. ; 2-е изд. / Под ред. В. К. Вилюнас, Ю. Б. Гиппенрейтер. — М. : Изд-во МГУ, 1993. — С. 224–232.
32. Литвак М. Е. Как преодолеть острое горе. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. — 320 с.
33. Лукас К. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства / Лукас К., Сейден Г. — М. : Смысл, 2000. — 255 с.
34. Лурье Ж. В. Горевание и потеря // Школа здоровья. — Т. 6, № 4, 1999. — С. 53–57.
35. Мак-Вильямс Нэнси. Психоаналитическая диагностика : Понимание структуры личности в клиническом процессе. — Москва. : Класс, 1998. — 480 с.
36. Марцинковская Т. Д. История психологии / Марцинковская Т. Д., Юревич А. В. — М. : Гардарики, 2008. — 416 с.
37. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология / Менделевич В. Д. — М. : МЕДпресс, 2010. — 592 с.

38. Меновщиков В. Ю. Психологическое консультирование : работа с кризисными и проблемными ситуациями / Меновщиков В. Ю. — М. : Смысл, 2002. — С. 14–61.
39. Митрополит Антоний Сурожский. Жизнь. Болезнь. Смерть. — К. : Клин, “Христианская жизнь”, 2008. — 95 с.
40. Моуди Р. Жизнь после утраты. Как справиться с несчастьем и обрести надежду / Моуди Р., Аркэнджел Д. К. — М. : София, 2003. — 288 с.
41. Моховиков А. Н. Телефонное консультирование \ Моховиков А. Н. — М. : Смысл, 1999. — С. 201–210.
42. Немов Р. С. Психология : (Психология образования) / Р. С. Немов. — М. : Владос, 1995. — (в 3-х кн. / Р. С. Немов ; кн. 2).
43. Обухов С. Г. Психиатрия / Под ред. Ю. А. Александровского. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 352 с.
44. Общая психопатология : курс лекций / А. В. Снежневский. — 7-е изд. — М. : МЕДпрессинформ, 2013. — 208 с.
45. Общая психопатология : Пособие для врачей / Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е. — 3-е изд., перераб. и доп. — Ростов-на-Дону: Изд-во ЛРНЦ “Феникс”, 2003. — 416 с.
46. Посттравматичні стресові розлади : діагностика, лікування, реабілітація : методичні рекомендації / уклад. : Волошин П. В., Шестопалова Л. Ф., Підкоритов В. С. та ін. — Харків, 2002. — 47 с.
47. Практика психологічної допомоги військовослужбовцям : Методичний посібник / Копаниця О. В., Пішко І. О., Хоружий С. М. — К. : НДЦ ГПЗ СУ, 2012. — 160 с.
48. Психические заболевания в практике психолога : учеб. пособие для вузов / А. Н. Алёхин. — М. : Издательство Юрайт, 2016. — 119 с. — Серия : Бакалавр. Академический курс.
49. Психіатрія особливого періоду : навч. посібник / 2-е вид., перероб і доп. — К. : “МП Леся”, 2015. — 228 с.
50. Психосоциальная помощь жертвам войны : беженцам и членам их семей / Либби Тата Арсел, Вера Фолнегович-Шмалц,

Драгица Козарич-Ковачич, Анна Марушич. — К. : Изд-во “Сфера”, 1998. — 163 с.

51. Рейнуотер Дж. Это в ваших силах. Как стать собственным психотерапевтом / Общ. ред. и послесл. Ф. Е. Василюка. ; 2-е изд. — М. : Прогресс, 1993. — С. 218–220.

52. Розлади адаптації : діагностика, лікування, реабілітація : методичні рекомендації / уклад. : Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф. та ін. — Харків, 2009. — 32 с.

53. Руководство практического психолога : психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И. В. Дубровиной. — М. : Издательский центр “Академия”, 1995. — С. 66–83.

54. Рязанцев С. Танатология – наука о смерти. — СПб. : Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1994. — 384 с.

55. Семинар с Бетти Элис Эриксон : новые уроки гипноза. — М. : Независимая фирма “Класс”, 2011. — 208 с. — (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 99).

56. Сидоров П. И. Введение в клиническую психологию : Учебник [для студентов медицинских вузов] / Сидоров П. И., Парняков А. В. — Екатеринбург : Деловая книга, 2010. — 416 с. (Библиотека психологии, психоанализа, психотерапии).

57. Сидорова В. Ю. Четыре задачи горя / В. Ю. Сидорова // Журнал практического психолога. — 2001. — № 1–2. — С. 110–118.

58. Словарь-справочник по психодиагностике / Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. — СПб. : Питер Ком, 1999. — 528 с.

59. Сметанников П. Г. Психиатрия : Руководство для врачей / Сметанников П. Г. — 4-е изд., перераб. и доп. — СПб. : СПбМАПО, 1997. — 496 с.

60. Столяренко Л. Д. Основы психологии. Практикум / Столяренко Л. Д. — Ростов-на-Дону, “Фенікс”, 2006. — 704 с.

61. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах : метод. посіб. / за ред. Пінчук І. Я., Бабова К. Д., Гоженка А. І. — К. : ТОВ Видавничий дім “Калита”, 2014. — 92 с.

62. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Тарабрина Н. В. — СПб. : Питер, 2001. — 272 с.
63. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Психология эмоций. Тексты. 2-е изд. / Под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. — М. : Изд-во МГУ, 1993. — С. 215–223.
64. Функциональный диагноз в психиатрии / Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Бурковский Г.В. [и др.]. — СПб. : СпецЛит, 2013. — 231 с.
65. Хааз Э. Ритуалы прощания / Э. Хааз // Московский психотерапевтический журнал. — 2000. — № 1 (24). — С. 5–28.
66. Харрис Н. Как помочь детям справиться с потерей близкого человека / Н. Харрис // Народное образование. — 2002. — № 6. — С. 180–183.
67. Хаэр Р. Лишенные совести. Пугающий мир психопатов / [пер. Б. Л. Глушака]. — Вильямс, 2007. — 288 с.
68. Хелл Д. Ландшафт депрессии / Хелл Д. — М. : Издательство : Алетейа, 2009. — 278 с.
69. Чабан О. Депрессия. Маленькая книжица о большой человеческой проблеме, или что же необходимо знать о болезни и уходе за пациентом / Чабан О., Хаустова Е., Жабенко Е. — Киев, 2012. — 120 с.
70. Чабан О. Пережить потрясение : помощь при стрессовых и послестрессовых расстройствах / Чабан О. [и др.]. — Х. : Изд-во “С.А.М.”, 2015. — 238 с.
71. Черепанова Е. М. Психологический стресс. Книга для школьных психологов, родителей и учителей / Черепанова Е. М. — М. : Издательский центр “Академия”, 1996. — С. 38–59.
72. Шестопалова Л. Ф. Застосування психокорекційно-психотерапевтичного комплексу при розладах адаптації / Шестопалова Л. Ф., Болотов Д. М., Кожевникова В. А. // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2006. — № 2 (10). — С. 43–44.
73. Шестопалова Л. Ф. Посттравматичні стресові розлади у осіб, що пережили екстремальні події : соціально-психологічні фактори формування та профілактика / Шестопалова Л. Ф. //

Постчорнобильський соціум : 20 років по аварії. Чорнобиль і соціум. — Київ, 2006. — Вип. 11. — С. 171–185.

74. Шестопалова Л. Ф. Профілактика посттравматичних стресових розладів у жертв надзвичайних подій : медико-психологічні аспекти / Шестопалова Л. Ф. // Гуманітарний часопис. — 2005. — № 1. — С. 103–108.

75. Шестопалова Л. Ф. Загальні принципи та підходи лікувально-реабілітаційних заходів для осіб, що пережили різні екстремальні події / Шестопалова Л. Ф., Кожевнікова В. А., Болотов Д. М. // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т.15, вип. 1 (50), додаток.

76. Шефов С. А. Психология горя / Шефов С. А. — СПб. : Речь, 2006. — 144 с.

77. Шмелев А. Г. Основы психодиагностики : Учебное пособие для студентов педвузов / Шмелев А. Г. — М. : Педагогика, Ростов-на Дону : “Феникс”, 1996. — 544 с.

78. Шнейдер Л. Б. Психология семейных отношений. Курс лекций / Шнейдер Л. Б. — М. : Апрель-Пресс, Изд-во ЕКСМО-Пресс, 2000. — 512 с.

79. Шутценбергер А. А. Синдром предков. Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциогаммы / Шутценбергер А. А. — М. : Изд-во Института Психотерапии, 2001. — 240 с.

80. Ялом И. Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы / Ялом И. — М. : Независимая фирма “Класс”, 1997. — 288 с.

81. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом ; [пер. с англ. Т. С. Дробиной]. — М. : Независимая фирма “Класс”, 1999. — 576 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).

82. Albus C., Jordan J., Herrmann-Lingen C. Screening for psychosocial risk factors in patients with coronary heart disease—recommendations for clinical practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2004; 11 (1): 75-9.

83. Bech C. What Do You Tell Children? <http://www.hospicenet.org/html/what-tell.html>.
84. Becker M. R. Last touch: Preparing for a parent's death. Oakland, CA : New Harbinger Publications, 1992.
85. Byrne C. How Can I Help Young Surviving Children? <http://www.hospicenet.org/html/survive.html>.
86. Children and Grief, <http://www.hospicenet.org/html/chilidren.html>.
87. Clark Sh., Goldney R. Grief reactions and recovery in a support group for people bereaved by suicide // Crisis, v. 16 (1), 1995, P. 27–33.
88. Clerico A., Ragni G. et al. Behaviour after cancer death in offspring : Coping attitude and replacement dynamics // New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry. Apr-Sep., v. 11 (2–3), 1995, P. 87–89.
89. Colgrove M., Bloomfield H., Mc Williams P. How to survive the loss of a love. New York: Bantam Books, 1976.
90. Coping with grief and loss / Composed by A. Reith. <http://www.csustan.edu/counseling/grieflosshandout.html>.
91. Coping with grief and loss following a traumatic event. <http://www.uscg.mil>.
92. Cornish U. Switchboard or on-the-spot helper? The educational psychologist's task in the face of sudden death in schools // Educational Psychology in Practice. Jul., v. 11 (2), 1995, P. 24–29.
93. Finkbeiner A. K. After the Death of a Child : Living With Loss Through the Years. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1998.
94. Folkman S., Chesney M. et al. Postbereavement depressive mood and its prebereavment predictors in HIV + and HIV - gay men // Journal of Personality and Social Psychology. Feb., v. 70 (2), 1996, P. 336–348.
95. Freudenberger., Gallagher K. Emotional consequences of loss for our adolescents. Special Issue : Adolescent treatment: New frontiers and new dimensions // Psychotherapy, Spr., v. 32 (1), 1995, P. 150–153.

96. Friedman R., James J. W. “Killer Cliches” About Loss. <http://www.grief.net>.
97. Friedman R., James J. W. Are There Actual Stages of Grieving? <http://www.grief-recovery.ca>.
98. Friedman R., James J. W. Conclusionary Rituals : Things you need to know about Funerals and Memorial Services. <http://www.grief-recovery.ca>.
99. Friedman R., James J. W. Good Pets, Like Good People, Are Irreplaceable. <http://www.grief.net>.
100. Friedman R., James J. W. Is It Ever to Soon to Recover? <http://www.grief-recovery.ca>.
101. Garlock J. Coping with grief and loss, <http://users2.evl.net>.
102. Gilbar O., Dagan A. Coping with loss : Differences between widows and widowers of deceased cancer patients // *Omega Journal of Death and Dying*, v. 31 (3), 1995, P. 207–220.
103. Hindmarch C Secondary losses for siblings // *Child Care, Health and Development*, Nov., v. 21 (6), 1995, P. 425–431.
104. Holland JC, Passik S., Kash KM, et al. The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psychooncology*. 1999; 8 (1): 14-26).
105. Lang A., Gottlieb L., Amsel R. Predictors of husbands’ and wives’ grief reactions following infant death : The role of marital intimacy // *Death Studies*, Jan-Feb., v. 20 (1), 1996, P. 33–57.
106. Lewis C. S. *A Grief Observed*. New York : Bantam Books, 1983.
107. Meissner W. W. In the shadow of death // *Psychoanalytic Review*, Aug., v. 82 (4), 1995, P. 535–557.
108. Mildner C. Coping with death, grief and loss. <http://www.uiowa.edu/~ucs/griefloss.html>.
109. Myers D. Helping Younger People Cope with Cancer Deaths and Funerals, <http://www.hospicenet.org/html/younger.html>.
110. Myers D. What You Can Do To Be a Supportive Caregiver. http://www.hospicenet.org/html/supportive_how.html.
111. Rando T. A. *How to Go on Living When Someone You Love Dies*. New York : Bantam, 1991.

112. Saindon C. Grief : a normal and natural response to loss.<http://depression.about.com/gi/dynamic/offsite.htm>.

113. Silvio J. George Bernard Show's Pygmalion : A creative response to loss after early childhood trauma // *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, Sum., v. 23 (2), 1995, P. 323–334.

114. Solary T., Phyllis A. et al. The Pinwheel Model of Bereavement // *IMAGE Journal of Nursing Scholarship*, Win., v. 27 (4), 1995, P. 323–326.

115. Stahl's essential psychopharmacology : the prescriber's guide. Antidepressants – 4th ed. Cambridge University Press, 2011. — 279 p.

116. Staudacher C. Beyond Grief : A Guide for Recovering from the Death of a Loved One. Oakland, CA : New Harbinger Publications, 1987.

117. When a Parent Dies : A guide for patients and their families <http://www.hospicenet.org/html/parent.html>.

118. Williams M., Frangesch B. Developing strategies to assist sudden-death families: A 10-year perspective // *Death Studies*, Sep-Oct., v. 19 (5), 1995, P. 475–487.

119. Wolfelt A, D. Helping Teenagers Cope with Grief, <http://www.hospicenet.org/html/teenager.html>.

120. Wolfelt A. D. Understanding Grief : Helping Yourself Heal. Levittown, PA : Accelerated Development, 1992. (http://www.psc.uc.edu/sh/SH_Grief.htm.)

121. Worden J. W. Talking To Children About Death. 1991. <http://www.hospicenet.org/html/talking.html>.

122. World federation of Society of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post. – Traumatic Stress Disorders. – First Revision. *The World Journal of Biological Psychiatry*. — 2008. — 9 (4). — P. 248–312.

Методичне видання

**ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗНАНЬ
ПРО ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ДЛЯ ВІЙСЬКОВОГО
ПСИХОЛОГА**

Методичний посібник

Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С.

Підписано до друку 30.04.2018 р.

Формат 60x84/16

Папір офс. Шрифт Times New Roman. Друк. офс.

Ум. друк. арк.

Наклад 300 прим.