

Л.А. Опанасенко

ПСИХОДІАГНОСТИКА ПСИХІЧНИХ
РОЗЛАДІВ ТА ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЯ

**Міністерство освіти і науки України
Миколаївський національний університет
імені В.О. Сухомлинського**

Л.А. Опанасенко

**ПСИХОДІАГНОСТИКА ПСИХІЧНИХ
РОЗЛАДІВ ТА ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЯ**

Навчальний посібник

**Миколаїв
«Ліон»
2018**

УДК 159.972 (075.8)
ББК 88.7я73
О 60

Рецензенти:

Васильєв Я.В., доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психології Чорноморського національного університету імені Петра Могили;

Кузікова С.Б., доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психології Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка.

*Рекомендовано до друку вченою радою
Миколаївського національного університету імені В.О.Сухомлинського
(протокол №22 від 21.06.2018 р.)*

Опанасенко Л.А.

Психодіагностика психічних розладів та їх реабілітація /
Л.А. Опанасенко – Миколаїв : Іліон, 2018. – 153 с.

У навчальному посібнику розглянуто природу, психологічні ознаки та рівні виразності поширених психічних розладів. Запропонований матеріал знайомить студентів із діагностичними критеріями, засобами виявлення і реабілітації психічних розладів, що вивчаються у межах навчальної дисципліни «Реабілітаційна психологія та психіатрія». Посібник буде цікавим і корисним не тільки студентам спеціальності «Психологія», а й психологам-практикам, які у роботі з клієнтами активно співпрацюють з лікарями-психіатрами.

УДК 159.972 (075.8)
ББК 88.7я73

© Опанасенко Л.А., 2018

ISBN 968-516-533-483-2

ЗМІСТ

Передмова	5
Розділ 1. Природа, психологічні ознаки та рівні виразності психічних розладів	7
1.1. Депресивний епізод (F 32) як група клінічних станів	8
1.2. Тривожно-фобічні розлади: соціальні фобії (F 40.1)	13
1.3. Гостра реакція на стрес (F 43.0)	17
1.4. Посттравматичний стресовий розлад (F 43.1) та його особливості	21
1.5. Розлади адаптації (F 43.2), що викликають проблеми соціального функціонування	26
1.6. Реакція на дистрес, що проявляється у переїданні (F 50.4)	29
1.7. Безсоння неорганічної природи (F 51.0): основні ознаки і наслідки	32
1.8. Зловживання антидепресантами (F 55.0), що спричиняють психоемоційні порушення	35
1.9. Тривожний розлад особистості (F 60.6) і його основні психологічні маркери	37
1.10. Навмисне викликання або симуляція соматичних чи психічних симптомів інвалідизації (F 68.1)	41
<i>Питання та завдання для самоконтролю</i>	44
Розділ 2. Діагностичні критерії психічних розладів та психологічні засоби їх дослідження	47
2.1. Вивчення психологічних ознак депресії	48
2.2. Діагностичний інструментарій психолога для виявлення симптомів соціальних фобій	52
2.3. Дослідження психологічних особливостей особистості при гострій реакції на стрес	57
2.4. Застосування діагностичних методик у роботі з посттравматичним стресовим розладом	62
2.5. Психологічне дослідження при розладах адаптації	67
2.6. Оцінка виразності негативних емоцій при переїданні	71
2.7. Засоби виявлення емоційної нестабільності при безсонні неорганічної природи	75
2.8. Використання тестових методик для визначення рівня особистісної успішності при зловживанні антидепресантами	78
2.9. Діагностика психологічних особливостей при тривожному розладі особистості	82
2.10. Вивчення особливостей функціонування осіб, які навмисно викликають або симулюють соматичні чи психічні симптоми інвалідизації	86
<i>Питання та завдання для самоконтролю</i>	90

Розділ 3. Методи реабілітації психічних розладів та особливості їх упровадження у психологічну практику	91
3.1. Використання когнітивної психотерапії у реабілітаційній роботі з симптомами депресії	92
3.2. Особливості застосування експозиційної психотерапії для подолання соціальних фобій	98
3.3. Гештальт-терапія як реабілітаційний метод при гострій реакції на стрес	102
3.4. Специфіка підтримуючої психотерапії при посттравматичному стресовому розладі	105
3.5. Застосування групової психотерапії, спрямованої на підвищення адаптаційних можливостей особистості	110
3.6. «Секрети» аутогенного тренування, рекомендованого при реабілітації осіб, що вдаються до переїдання	115
3.7. Логотерапія при безсонні неорганічної природи: особливості реабілітації	118
3.8. Урахування спонукальних мотивів при раціональній психотерапії осіб, які зловживають антидепресантами	122
3.9. Закріплення ефективних патернів поведінки при тривожному розладі особистості засобами поведінкової терапії	125
3.10. Реабілітація осіб, які навмисно викликають або симулюють соматичні чи психічні симптоми інвалідизації засобами сугестивної психотерапії	130
<i>Питання та завдання до самоконтролю</i>	133
Словник основних термінів	135
Список використаної літератури	141
Іменний покажчик	150
Предметний покажчик	152



ПЕРЕДМОВА



Професійна підготовка сучасних фахівців-психологів потребує формування розширеної системи компетенцій, серед яких здатність якісно вирішувати психодіагностичні завдання займає особливе місце.

Сьогодні студенти спеціальності «Психологія» не відчують браку інформації теоретичного та практичного змісту щодо методів і методик психологічної діагностики психічно здорових осіб різного віку. Проте реалії сучасності вимагають від майбутнього психолога-практика обізнаності у питаннях доцільного застосування психологічного інструментарію для виявлення та вивчення розповсюджених нині психічних розладів, серед яких особливе занепокоєння викликають депресивні епізоди, соціальні фобії, гострі реакції на стрес, посттравматичні стресові розлади, розлади адаптації, переїдання, безсоння неорганічної природи, зловживання антидепресантами, тривожні розлади особистості, а також навмисні викликання або симуляції соматичних чи психічних симптомів інвалідизації тощо.

Ще зовсім недавно теоретико-методичні питання психодіагностики зазначених вище психічних розладів вивчалися переважно у процесі фахової підготовки клінічних психологів та лікарів-психіатрів, тепер до їх детального розгляду та аналізу залучаються і майбутні практичні психологи. Зазначена ситуація пов'язана з гострою необхідністю зниження темпів поширення психічних розладів, важливістю збереження та зміцнення психічного здоров'я української нації. Хоча у даному завданні провідну роль продовжують відігравати медики і психотерапевти, виявлення та рання психологічна реабілітація осіб з указаними психічними розладами у багатьох випадках відводиться практичним психологам.

Ні для кого не секрет, що своєчасна психологічна діагностика проблем, пов'язаних з психічним здоров'ям особистості, – основа її ефективної психологічної реабілітації у подальшому. Проте, інформаційне забезпечення

професійної підготовки студентів-психологів до психодіагностики психічних розладів та реабілітаційної практики, на жаль, відзначається браком підручників і навчальних посібників, адаптованих до фаху. Особливо гостро постає питання психологічних засобів відновлення нормальної поведінки людини (її психологічної реабілітації), яке недостатньо представлено у наукових і науково-методичних виданнях, потребує систематизації та узагальнення вітчизняних і світових науково-практичних тенденцій.

Враховуючи наведене вище, автором створено навчальний посібник «Психодіагностика психічних розладів та їх реабілітація» для студентів спеціальності «Психологія» у відповідності до навчальної програми дисципліни «Реабілітаційна психологія та психіатрія», що вивчається студентами денної та заочної форми навчання Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського на 4 курсі.

Структурою навчального посібника передбачено три основні розділи:

- перший розділ присвячений природі, психологічним ознакам та рівням виразності психічних розладів;
- другий – презентує діагностичні критерії окреслених психічних розладів та психологічні засоби їх дослідження;
- у третьому розділі розкрито методи психологічної реабілітації осіб із психічними розладами.

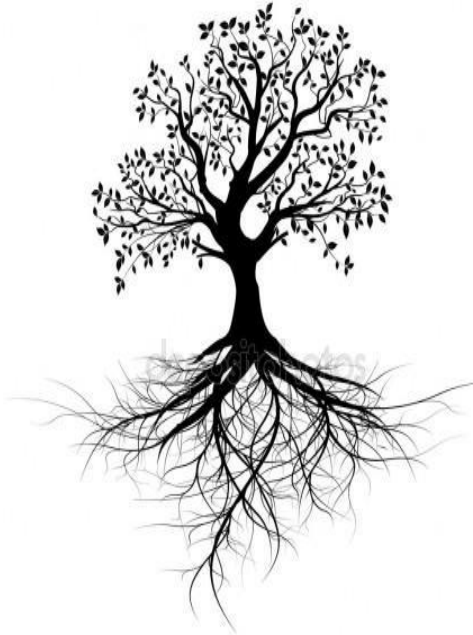
Крім зазначених елементів навчальний посібник включає: передмову, питання та завдання для самоконтролю, словник основних термінів, список використаної літератури, іменний та предметний покажчики.

Сподіваємося, що запропонований навчальний посібник буде цікавим і корисним не тільки студентам спеціальності «Психологія», а й психологам-практикам, які прагнуть глибше оволодіти психологічними знаннями з питань психодіагностики психічних розладів та їх реабілітації.



РОЗДІЛ 1

ПРИРОДА, ПСИХОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ ТА РІВНІ ВИРАЗНОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ



У повсякденній практиці сучасного психолога усе частіше зустрічаються випадки виявлення психічних розладів. Людина, яка звертається за психологічною допомогою, визначає коло специфічних симптомів, проте не сприймає і не визнає їх як прояви серйозного погіршення свого психічного здоров'я. Крім того, для більшості таких особистостей налаштуватися на дзвінок чи зустріч із практичним психологом децю морально легше, ніж записатися та прийти на прийом до лікаря-психіатра чи психотерапевта. У зв'язку з цим саме психологи іноді першими діагностують психологічні ознаки психічних розладів.

Психічні розлади є клінічно визначеною групою фізичних, когнітивних, перцептивних, емоційних симптомів та поведінкових ознак, що завдають страждань і заважають особистісному функціонуванню. Поняття «психічні розлади» не є тотожним поняттю «**психічні хвороби**», оскільки останнє використовується для позначення хвороб головного мозку, що проявляються у різноманітних розладах психічної діяльності, загальними змінами особистості. Не кожен психічний розлад є суто медичною проблемою, так як не завжди його причини пов'язані з наявністю органічної патології [21, с. 7]. Слід також відмежовувати термін «психічні розлади» і схожі ознаки соціально-обумовлених **деформацій особистості**, що позначають зміни якостей і властивостей особистості під впливом тих чи інших факторів, по закінченні впливу яких з часом зникає викривлення [11, с. 120].

Психічні розлади мають складну природу, часом прихований характер перебігу, своєрідні психологічні ознаки та різні рівні виразності, специфіку яких варто знати кожному психологу-практику для розуміння своїх професійних обмежень та надання якісної психологічної допомоги у тісній співпраці з лікарем-психіатром або психотерапевтом.

1.1. Депресивний епізод (F 32) як група клінічних станів

Одним із найбільш поширених психічних розладів у світі є депресивний епізод. В.М. Бобирьов, А.М. Скрипніков, О.С. Телюков зазначають, що питома вага депресивних розладів на початку XXI століття становить 40% загальної психічної патології. Науковці наводять наступні факти: від 3 до 6% населення нашої планети страждає на різні види депресій, при цьому ризик розвитку тяжкого депресивного епізоду складає майже 20%; близько 25% жінок та 12% чоловіків хоча б раз за своє життя перенесли депресивний епізод; у 70% випадків після першого депресивного епізоду спостерігаються рецидиви; 15% депресивних хворих завершують життя самогубством [6, с. 5].



У першому фундаментальному українському підручнику з психіатрії (автори: І.Й. Влох, О.З. Голубков, О.К. Напрєєнко) **депресія** визначається як стан, за якого людина перебуває у пригніченому настрої, характеризується зниженням фізичної активності, загальмованістю мислення, появою думок про власну неспроможність, переживає передчуття нещастя, має суїцидальні наміри та спроби тощо. Вона дуже похмуро сприймає минуле, сьогодення і майбутнє, відзначається втратою віри у власні сили [63, с. 92].

Депресивні розлади слід розглядати як групу клінічних станів, що характеризується порушенням настрою, втратою спроможності контролювати свої афекти та відзначається суб'єктивним відчуттям важких страждань. Виділяють три ступені депресивних розладів: категорія легкого, помірного і важкого депресивного епізоду [33, с. 26].

Депресивний епізод – це афективний розлад, що характеризується емоційними, когнітивними і соматичними порушеннями та проявляється у зниженні настрою, втраті інтересів, задоволення, енергійності, активності та підвищенні стомлюваності. Його специфічною особливістю є тривалий характер: депресивний епізод триває від двох тижнів до декількох місяців і може спостерігатись більше року. Протягом депресивних епізодів у людини

проявляються симптоми різного ступеню тяжкості. Між двома епізодами, якщо депресія не перейшла у хронічну стадію, людина приходить у свій нормальний психічний стан (**нормотімія** – стан афективної сфери, що розцінюється як адекватний і відповідає прийнятим у психопатології критеріям норми). З кожним разом депресія здійснює на людину більш сильний вплив: періоди нормотімії скорочуються, а депресивні епізоди стають більш сильними і відбуваються частіше. Депресивний епізод може включатися у загальний контекст різних психічних розладів у різних варіантах вираження.

Науковці виокремлюють спадкові, біохімічні та нейроендокринні *причини* депресивних епізодів. Психіатрична практика засвідчує досить поширені факти розвитку розладу у людей, які мають генетичну схильність до психічних захворювань. Депресивні епізоди також можуть провокувати психотравмуючі фактори, серед яких варто виділити: фактори травматизації, що пов'язані зі власним здоров'ям чи зі здоров'ям близького оточення, з сімейними чи особистими стосунками, з професійною діяльністю, з соціально-економічними та соціально-психологічними аспектами життя особистості.

А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Емері, зважаючи на особисті результати багаторічної дослідницької та клінічної практики, зауважують: депресивні стани можуть викликатися **депресивним мисленням**, що у своїй структурі містить три основні компоненти:

- 1) негативне ставлення до себе (людина сприймає себе як невдачу, яка не заслуговує на успіх);
- 2) негативний життєвий досвід особистості (людина акцентує свою увагу на негативних аспектах власної життєдіяльності);
- 3) песимістичний погляд на майбутнє (людина не очікує позитивних змін і негативно налаштована на майбутнє) [32].

Аналізуючи особливості суб'єктивного сприйняття свого стану хворими на депресивні розлади, Г.Ю. Каленська, Н.О. Марута, Т.В. Панько, О.Є. Семікіна, В.Ю. Федченко виокремлюють наступні *клініко-психопатологічні прояви депресивного спектру*:

- афективні прояви: пригнічений настрій, відчуття туги, відчуття напруги, тривога, дратівливість;
- мотиваційно-вольові прояви: зниження зацікавленості, зменшення активності та ініціативності, зниження продуктивності діяльності, відчуття провини, самозвинувачення, зниження самооцінки, неспроможність приймати рішення, відчуття відсутності перспективи у майбутньому, суїцидальні думки;
- когнітивні прояви: погіршення пам'яті, зниження концентрації уваги, психічна виснаженість;
- психомоторні прояви: **ретардація** (сповільнення рухів тіла, зниження експресії обличчя, звуження комунікативної сфери), **ажитація** (непосидючість, метушливість, безцільна неконтрольована гіперактивність);
- соматичні прояви: порушення базових функцій (розлади сну, порушення апетиту, втрата ваги, зниження статевого потягу); порушення вітального тону функцій (фізична стомлюваність, млявість, зниження енергії), неприємні тілесні відчуття (напруги, важкості, болю, оніміння) [50].

Легкий депресивний епізод – початок розвитку депресії, що супроводжується незначним зниженням настрою і відзначається відчуттям пригнічення, смутку, похмурості, нудьги, тривоги тощо. Він становить собою суб'єктивні порушення без яскраво виражених зовнішніх і поведінкових ознак. Афективні прояви можуть бути малодиференційованими і, частіше за все, виявляються у послабленні соціальних контактів. Людина перестає радіти і отримувати задоволення, вона млява, швидко втомлюється, проявляє невдоволення власними вчинками, втрачає здатність до творчої діяльності, відчуває самотність, характеризується песимістичною налаштованістю. З часом до зазначених проявів додаються: головний біль, безсоння, зниження апетиту, а також неприємні відчуття у всьому тілі. Особистість помічає зазначені симптоми, проте не припиняє функціонувати. Зовні легкий депресивний епізод може нагадувати прояви лінощів, слабкої волі чи безвідповідальності, а сумна посмішка та моторна заторможеність часто сприймаються навколишніми як «задумливість».

В.П. Самохвалов зазначає, що у клінічній картині легкого депресивного епізоду ознаки поганого настрою охоплюють більшу частину дня, не залежать від реактивних моментів, проте можуть у певній мірі контролюватися людиною, завдяки чому вона не втрачає свою працездатність [72, с. 182].

Помірний депресивний епізод – це поглиблення депресії, що засвідчує посилення афективних розладів і їх клінічну виразність. Зовнішній вигляд, характер висловлювань та поведінка людини зазнає суттєвих змін: обличчя стає сумним, зажуреним, погляд – похмурым і згаслим; мислення – сповільненим, бідним на асоціації; знижуються мнестичні здібності; мовлення характеризується монотонністю, стислістю, песимістичним забарвленням; з'являються ідеї про власну неповноцінність, думки про провину; сповільнюється рухливість (виражена млявість). Головною відмінністю помірного депресивного епізоду є те, що зміна афекту позначається на рівні соціальної активності і заважає реалізації особистості [6, с. 20].

Тяжкий депресивний епізод – це складні випадки розвитку депресії, характерною ознакою яких є велика туга з фізичним відчуттям тяжкості у грудях, серці, голові. Людина характеризується млявістю мислення, їй важко зосередити увагу, складно конкретизувати свої відчуття (пригнічуються смак та нюх, змінюється суб'єктивна тривалість часу і т.п.), у неї різко погіршується запам'ятовування нової інформації та відтворення минулих подій, вона вдається до самоприниження і самозвинувачення, вважає себе тяжкохворою. Суїцидальні думки і поведінка носять постійний характер. Навколишнє середовище втрачає для особистості свої барви і принади. При тяжкому депресивному епізоді людину неможливо відволікти від цього стану, її настрій залишається незмінним навіть під впливом сильних позитивних зовнішніх подразників. Усе це може призвести до **депресивного ступору** (нерухомого лежання або сидіння із зануренням у власні важкі думки зі застиглим виразом страждання чи скорботи).

Зважаючи на те, що депресивні епізоди одночасно негативно впливають на душу, розум і тіло, вони є досить небезпечними. До *основних проблем*, «породжених» розладом, слід віднести:

1) проблеми у стосунках із близькими людьми через замкненість та відчуженість особи, у якої виявлено депресивний епізод;

2) проблеми із зовнішнім виглядом, оскільки людина, яка не може подолати депресивний стан, перестає слідкувати за собою, стає байдужою до того, як виглядає;

3) проблеми, пов'язані з якістю життя продукуються втратою особистісних інтересів: людина набуває виражених ознак пасивності, млявості, відчуття нестачі сил;

4) суїцидальні проблеми, викликані думками про втрату сенсу життя і, пов'язані з ними, ризики суїцидальних вчинків;

5) проблеми зі станом здоров'я виникають на фоні постійних негативних переживань, посилюючи сприйняття людиною болю;

б) проблеми з тютюною, наркотичною, алкогольною залежністю ще більше поглиблюють перебіг депресивного епізоду, значно знижуючи функціональні особливості головного мозку.

Депресивний епізод призводить до серйозних наслідків, якісні показники яких залежать від ступеню розладу:

1) соціальні наслідки: зниження соціальної активності, погіршення стосунків з найближчим оточенням або розрив стосунків, зниження працездатності;

2) клінічні наслідки: страждає нервова система, з'являються нові захворювання або погіршується перебіг наявних хвороб, людина дуже чутливо сприймає біль;

3) фізіологічні наслідки: погіршуються функції усього тіла, виникають негативні фізіологічні зміни, значно погіршується робота гормональної системи.

Говорячи про прогноз при депресивних епізодах, В.М. Бобирьов, А.М. Скрипніков та О.С. Телюков зазначають, що він загалом сприятливий, оскільки за умови надання якісних професійних медико-психологічних послуг практично повністю відновлюються особистісні характеристики та соціальне функціонування людини, проте може викликати серйозне занепокоєння при тривалому перебігу епізодів і скороченні нормотимії між ними. Несприятливим є прогноз при високому суїцидальному ризику [6, с. 37]. У зв'язку з вищезазначеним, людина, що страждає на депресивний епізод, потребує не лише розуміння і підтримки оточення, а й кваліфікованої допомоги фахівців.

1.2. Тривожно-фобічні розлади: соціальні фобії (F 40.1)

Описуючи соціальні фобії (страхи), О.А. Сагалакова та Д.В. Труєвцев називають їх «хворобою» сучасного суспільства, особливою формою «культурної патології», яка набула рис розповсюдженого психічного розладу. Соціофобії призводять до серйозних наслідків у вигляді дезадаптації чи патологічних форм компенсації. Науковці стверджують, що соціальні страхи у сформованому культурному мотиві самопрезентації пересилують страх фізичного болю та смерті і пов'язують цей феномен з перфекціоністськими думками ірраціонального характеру [71, с. 3].



Останнім часом слово «**фобія**» усе частіше використовується як у наукових дослідженнях, так і у буденному житті на позначення страху, який не пов'язаний із реальною небезпекою (люди, які страждають фобіями, відчують страх навіть при думці про предмет або ситуації, що їх лякають). Для фобії характерні тривалість (можна визначити початок розвитку і прослідкувати певну історію розгортання), інтенсивність і неможливість самотійно подолати цей страх зусиллями волі. Сучасні дослідники у сфері соціальної, клінічної психології та психології особистості стверджують, що практично кожна друга людина з комплексом неповноцінності схильна до соціофобії.

М.Б. Коробіцина визначає **соціальні фобії** як тривожно-фобічний розлад, що характеризується страхом однієї або декількох соціально небезпечних ситуацій, у яких люди відчувають страх підвищеної уваги з боку інших людей, страх зробити щось принизливе для себе або таке, що може привести інших у здивування [9, с. 31]. Людині, яка страждає на соціальні фобії, здається, що її оточення налаштоване на неї вороже або зарозуміло. Спілкування з близькими страху не спричиняє.

Описуючи соціофобії, Дж. Біік наголошує на тому, що не кожна людина, яка страждає на даний розлад, боїться того ж, чого бояться інші люди, для яких характерна така ж проблема. Хтось може хвилюватися через те, що думає, що оточуючі люди сприймають його як потвору, а інші вважають, що в очах знайомих і друзів вони виглядають сором'язливими, нервовими, незграбними, нерозумними тощо. Спільним для усіх випадків є те, що людина з соціальними фобіями припускає негативні думки про себе з боку оточення, очікує, що інші люди помітять щось нехороше у поведінці чи у зовнішньому вигляді [14].

Найчастіше люди, які страждають на соціальні фобії, бояться публічно виступати, спілкуватися з авторитетними людьми, взаємодіяти з людиною протилежної статі, нових знайомств, перебувати у центрі уваги, відверто висловлювати свої думки або несхвалення, виконувати якісь дії у присутності інших (їсти, одягатися, розмовляти по телефону і т.п.), дивитися людям в очі.

Соціальні фобії мають найбільш ранній дебют з усіх тривожних розладів, проявляючись переважно у підлітковому чи юнацькому віці. Механізми, що лежать в основі розладу, і досі не є чітко визначеними, проте науковці і практики висувають припущення про те, що до їх формування можуть призвести наступні *фактори*:

- 1) генетичні впливи (схильність, яка передається з покоління до покоління іноді грає важливу роль у виникненні соціальних фобій);
- 2) тривожність батьків (діти схильні імітувати той спосіб життя та реагування на певні ситуації, які вони звикли бачити);

3) надмірна суворість батьків та неправильні методи виховання (негативні реакції на поведінку знижують самооцінку, створюють упередження про неповноцінність або навіть невідповідність людини соціальному середовищу);

4) негативні думки про самого себе, свою поведінку і оцінку себе іншими людьми;

5) нездатність управляти власними бажаннями, ставити цілі та досягати їх (низька мотиваційна активність і низький рівень самовладання);

6) травмуюча ситуація (публічне приниження / висміювання) або відповідальна подія (іспит, важливе знайомство, співбесіда);

7) наявність ірраціональних думок і переживань, «неправильних» установок і суджень стосовно соціальних ситуацій;

8) нестача спілкування, несформованість навичок взаємодії з іншими людьми.

Соціальні фобії можуть проявлятися тимчасово або переходити у стабільну хронічну форму, що має пряму тенденцію до розвитку більш складних психопатологічних станів (наприклад, депресії).

Дж. Батчер, Р. Крсон, С. Мінека розрізняють дві форми соціальних фобій: специфічна та генералізована соціофобія.

Специфічна соціофобія – це деструктивний страх перед однією або декількома соціальними ситуаціями, який призводить до їх уникнення або до сильного **дистресу** (частих хвороб, ослаблення імунної системи організму, больових відчуттів, підвищеної збудливості). Поширеним прикладом специфічної соціофобії є страх публічного виступу.

Генералізована соціофобія – сильний страх, що виникає у більшості соціальних ситуацій і призводить до крайньої соціальної заторможеності й інтроверсії, до обмеження соціальних стосунків і небажання вступати у соціальні інтеракції [2].

До основних *діагностичних критеріїв*, які засвідчують наявність соціальних фобій, варто віднести наступні (за О.А. Сагалаковою та Д.В. Труєвцевим):

1) яскраво виражений стійкий страх перед однією або декількома соціальними ситуаціями, в яких особистість зустрічається з незнайомими людьми або може бути оцінена з боку свого оточення;

2) людина усвідомлює, що її страх не має реальної основи і загроза сильно перебільшена;

3) соціальна ситуація лякає і викликає майже завжди реакцію сильної тривоги, що може набути рис **панічної атаки** (обмежена у часі сильна тривога, яка проявляється у відчутті наближення нещастя і супроводжується задишкою, болями у грудях, фізичним дискомфортом, страхом зійти з розуму або втратити над собою контроль);

4) соціофоби мають занижену самооцінку, схильні до нав'язливої самокритики, не знають про усі свої ресурси і можливості (вони постійно порівнюють себе з оточуючими людьми з метою довести собі ще раз, що вони гірші за інших, прагнуть знайти підтвердження своїм негативним думкам стосовно себе);

5) про соціальні фобії свідчать не тільки уникання соціальних ситуацій, а й прояв дистресу під час їх проживання;

6) унікаюча поведінка, стан тривожного очікування і погане самопочуття, що виникають у соціальних ситуаціях, значно порушують нормальний ритм життя і викликають сильні страждання;

7) сильно виражені соціальні фобії можуть призвести до повної соціальної ізоляції [71, с. 16].

У деяких випадках соціальні фобії супроводжуються **ритуалами** – нав'язливими рухами та діями, що носять для особистості «захисний» характер і потребують повторень в однотипних ситуаціях для попередження чи усунення фобій.

Важливо розмежовувати феномени «соціальна фобія» та «соціальна тривожність», оскільки остання має схожі прояви, проте призводить до значно менших дезадаптивних наслідків, хоча також перешкоджає розкриттю особистісного потенціалу та ефективному функціонуванню у суспільстві. Іноді соціальні фобії приховуються за сором'язливістю і скромністю людини, сприймаються як прояв інтроверсії (мовляв, людині добре на одинці з самою собою) або як прояв перфекціонізму, що призводить до хворобливої самокритики.

Без надання якісної професійної допомоги соціальні фобії набувають хронічного характеру, стають сприятливою основою для інших розладів (так близько 25% випадків відзначається зловживанням алкоголю). Для подолання проблеми важливо виявити причини розвитку порушення і допомогти людині усвідомити їх, а також перепрограмувати негативні установки, що завдають страждань, на позитивні.

1.3. Гостра реакція на стрес (F 43.0)

Розкриваючи зміст терміну «гостра реакція на стрес», М.В. Маркова та П.В. Козира описують цілий комплекс психічних змін, що виступають способом адаптації особистості до порушень, які виникли у результаті пережитого стресу. Гостра стресорна реакція з часом (через години) зазнає інволюції без наслідків для людини, проте наступна за нею реакція на стрес породжує діапазон гострих або хронічних психічних змін. Ризик розвитку в особи такого розладу підвищується у разі фізичного виснаження й наявності органічних факторів [49, с. 8].



Гостра реакція на стрес, за визначенням М.Б. Коробіциної, – транзиторний розлад значної важкості, що розвивається в осіб без видимого психічного розладу у відповідь на винятковий фізичний і психологічний стрес, котрий звичайно проходить протягом годин або днів [33, с. 34].

Гостра реакція на стрес виникає при сильному травматичному переживанні (екстремальна ситуація, природна катастрофа, військові дії, втрата близьких, звалтування, посягання на життя, новина про смертельну хворобу і т.п.). У момент стресу з'являється фіксація на таких механізмах захисту, як екстремальна ідентифікація та витіснення, у результаті чого відбуваються зміни у свідомості, порушення сприйняття і поведінки. Гостра реакція на стрес, як специфічний розлад, розвивається не у всіх людей, які пережили стрес. На його формування і тяжкість впливають індивідуальна вразливість і адаптивні здібності людини.

О. Іванцова та Г. Циганенко виокремлюють наступні *діагностичні критерії гострої стресової реакції*:

- 1) відчуття сорому, муки, душевного болю, тяжкості у тілі, що дуже пригнічують постраждалого;
- 2) погіршення настрою при згадці травмуючої події, уникання думок про неї;
- 3) прагнення ізоляції, дезорієнтованість людини, психомоторна і мовна заторможеність;
- 4) нав'язливі спогади, сни-кошмари про пережите;
- 5) знецінення життєвих перспектив;
- 6) відчуття відчаю, розгубленості, беспорядності та безнадії;
- 7) безконтрольна злість, агресивність, оскаженілість, збудливість, якою важко керувати;
- 8) примхливість, «дурашливість», дивні витівки, часті еротичні жарти;
- 9) лякливість, сум, тривожність, чутливість;
- 10) апатія, втрата почуттів та емоцій, зниження емоційної чутливості;
- 11) погіршення пам'яті, труднощі концентрації уваги, фрагментарне сприйняття ситуації;
- 12) втрата апетиту, надмірне вживання алкоголю [27, с. 5].

В.А. Абрамов, В.С. Бітенський, В.Л. Гавенко підкреслюють, що гостра реакція на стрес є невротичною реакцією, що у своїй основі містить інтимно-

особистісні переживання (незадоволення якихось бажань близькими, розчарування у друзях, несправедливе зауваження у присутності однолітків тощо). У своєму підручнику «Психіатрія і наркологія» науковці описують її *п'ять основних форм*:

1) **депресивна реакція** – розвивається через 1-2 доби після психічної травми і виступає найбільш типовою для слабкого типу вищої нервової діяльності; характеризується погіршенням настрою, плаксивістю, самозвинуваченням, суїцидальними думками, зосередженням людини на психічній травмі чи її наслідках, порушенням сну, стомлюваністю, незадовільним самопочуттям;

2) **неврастенічна реакція** – характеризується явищами дратівливої слабкості та вегетативних симптомів;

3) **істерична реакція** – виникає після психічної травми в осіб із художнім типом вищої нервової діяльності і супроводжується бурхливими емоціями (іноді афективним звуженням свідомості). Люди з даною формою реакції, намагаючись привернути до себе увагу чи отримати щось, здатні до шантажу і суїцидальних спроб;

4) **психастенічна реакція** – характерна для особистостей розумового типу і проявляється у тривозі, нерішучості, неможливості розв'язати найпростіші проблеми, супроводжується нав'язливістю і багаторазовими повторними міркуваннями про доцільність дій;

5) **параліч емоцій** – реакція, за якої людина розуміє трагічність подій, небезпеку для свого життя чи життя своїх близьких у ситуації, що склалася, проте не відчуває ніяких емоцій (вона проявляє байдужість, розуміючи і помічаючи те, що відбувається, але займає позицію «спостерігача») [64, с. 313].

Клінічна різноманітність реакції на стрес зумовлена різними причинами. М.В. Маркова та П.В. Козира окреслюють наступні *фактори*:

- 1) актуальність стресорного фактору і стресорної реакції;
- 2) інтенсивність, тривалість впливу з урахуванням афективного супроводу;

- 3) ступінь супровідних соматичних ушкоджень;
- 4) реальна загроза та загрозові наслідки впливу стресора;
- 5) надійна фіксація у пам'яті усіх складових стресорної реакції та обставин її виникнення;
- 6) передстресові особливості особистості;
- 7) соціальна захищеність та соціальні умови життєдіяльності особистості (благополуччя, упевненість у захисті та у наданні допомоги, надійність, підтримка, перспективи на майбутнє) [49 с. 8-9].

Вивчаючи гострі психологічні реакції людини на стресогенні дії, О.М. Макаренко та О.М. Федосєєва характеризують специфічні *стани*, у яких можуть перебувати постраждалі:

1) **психічний ступор** – стан, що характеризується загальмованістю рухів або їх відсутністю (людина не може зробити жодного руху, не зважаючи на смертельну небезпеку); у такому стані особа дезорієнтована, її свідомість звужена, а увага знижена, вона не здатна адекватно реагувати на зовнішні подразники; стає байдужою й емоційно не реагує, проте сприймання і мислення не зазнають змін; такий стан триває хвилини, іноді години і часто трансформується у інші типи реакцій;

2) **психомоторне збудження** – це своєрідний стан «рухливої бурі», що характеризується раптовим, безглуздим руховим неспокоєм (зайві, непотрібні рухи); у даному стані люди не піддаються продуктивному контакту (спроби взаємодії з потерпілими посилюють метушливість і викликають негативізм); психомоторне збудження іноді різко припиняється і переходить у інші стани;

3) **психогенний транс** – стан, якому властиве звуження свідомості, втрата чутливості, автоматизм у мові та поведінці, детерміновані пошуком рідних;

4) **реакції гострого лиха** – стан, що виникає відразу після втрати (дуже рідко буває відстрочений у часі), проявляється у втраті сил, відчутті виснаженості, нереальності, емоційній віддаленості від рідних і оточення; у людини відзначається ворожість до інших, дратівливість, втрата сенсу життя;

5) **афективно-шокові реакції** – це стан, що відзначається психомоторним збудженням, ступором і шоком як крайніми формами реагування, спровокований екстремальною ситуацією; може тривати від хвилин до декількох днів;

б) **істеричні психози** – психогенні розлади свідомості, що звужується під впливом інтенсивного афекту і супроводжується зануренням у фантастичні переживання [44, с. 46].

Наслідки гострої реакції на стрес можуть бути різними. Найбільшого поширення набувають: афективна напруженість, порушення сну, людину довго переслідують спогади про пережите; вона може стати замкнутою, впасти у глибоку депресію або перетворитися у більш запальну і агресивну; часто такі особистості страждають на алкогольну залежність або вдаються до наркоманії; іноді намагаються вчинити самогубство. У зв'язку з вищезазначеним, важливо надати потерпілому якісну психологічну допомогу ще у перші години після інциденту.

1.4. Посттравматичний стресовий розлад (F 43.1) та його особливості



У підручнику «Психіатрія і наркологія», за редакцією В.Г. Гавенка та В.С. Бітенського, зазначається, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає як відтермінована або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію виключно загрозливого або катастрофічного характеру, що здатна спричинити дистрес майже у будь-якої людини. У мирний час ПТСР виникає у 0,5% випадків у жінок і в 1,2% випадків у чоловіків. Протягом життя ПТСР діагностують у 1% населення, а у 15% можуть виникнути окремі симптоми. Найбільш уразлива група – діти, підлітки, люди похилого віку [64, с. 351].



Поняття «**посттравматичний стресовий розлад**» використовується на позначення інтенсивної, пролонгованої реакції людини на сильний стрес (природні катаклізми, лиха, що спричинені людьми, насильницькі дії, вчинені

щодо конкретної людини), що пов'язана з серйозною небезпекою або зі зневагою особистості [44, с.48]. ПТСР має хвилеподібний перебіг, часто виникає після латентного періоду, який триває від 4 тижнів до 6 місяців; його розвитку може передувати етап гострої стресової реакції.

Серед *факторів*, що провокують розвиток ПТСР вирізняють:

1) психотравми, що формуються раптово, містять потенційний ризик смерті, супроводжуються інтенсивним емоційним напруженням, виникають через соціальні війни, тероризм, пережите насилля, революції, катастрофи природного чи техногенного характеру та виходять за межі досвіду звичайної людини;

2) етнокультуральні фактори, що пов'язані з осмисленням проблеми життя та смерті, тяжкості гріха та міри вираження покарання; ці фактори відображають ідеологічність світогляду, особливості ментальності та релігійності у сприйнятті стресової ситуації;

3) психологічні фактори, що детермінуються емоційною нестійкістю людини, її підвищеною тривожністю, незрілістю особистості, а також акцентуаціями, серед яких переважають істероїдний, тривожно-недовірливий, сенситивний, гіпертимний, нестійкий, конформний типи;

4) медичні фактори, в основі яких: психічний розлад в анамнезі, наявність родичів із психічними розладами, органічні захворювання центральної нервової системи, соматичні патології, ослаблення організму;

5) демографічні фактори, що визначають найбільш уразливі групи: діти, підлітки, люди похилого віку;

6) ситуативні фактори, що виникають по завершенні психотравмуючого епізоду і пов'язані з соціальним нехтуванням та відсутністю соціальної підтримки постраждалих [64, с. 351-352].

О.М. Макаренко та І.В. Федосеева зауважують, що усі потерпілі з посттравматичним стресовим розладом проявляють специфічний комплекс скарг психологічного і психопатологічного змісту [44, с.48]. К.Д. Бабов,

А.І. Гоженко, І.Я. Пінчук розподіляють основні прояви ПТСР на 6 критеріїв: А, В, С, D, Е, F.

Критерій А (людина була під впливом екстремальної травматичної події) визначається за наступними показниками:

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

2) у момент перебування у травматичній ситуації людина відчуває інтенсивний страх, жах і почуття безпорадності.

Критерій В (травматична подія повторюється у переживаннях) притаманний постраждалому, якщо спостерігаються такі ознаки:

1) людині властиві нав'язливі і повторювані спогади про екстремальні події, відповідні образи, думки і почуття, що викликають важкі емоційні переживання;

2) вона страждає на повторювані кошмарні сновидіння про пережиту подію;

3) для неї характерні «**флешбек**»-**ефекти** (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);

4) її охоплюють інтенсивні негативні переживання, викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або символізує їх;

5) у постраждалого проявляється фізіологічна гіперактивність у ситуаціях, що зовні або внутрішньо символізують травматичну подію.

Критерій С (уникання стимулів, пов'язаних із травмою, ознаки **нумбінгу** (блокування емоційних реакцій, «заціпеніння») фіксується при трьох і більше ознаках:

1) людина додає зусиль, щоб уникати думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою.

2) постраждалий додає зусиль, щоб уникати дії, місця або людей, що провокують спогади про травму;

3) він не здатен згадати важливі аспекти травми (часткова психогенна амнезія);

4) у нього помітно знижений інтерес до раніше значущих видів діяльності;

5) для такої особистості характерні почуття відчуженості або віддаленості від інших людей;

б) у нього знижена інтенсивність вищих емоцій;

7) людині притаманне почуття відсутності перспективи у майбутньому.

Критерій D (постійні симптоми гіперактивації, що не спостерігалися до травми) характерний для осіб при двох і більше ознаках:

1) спостерігаються труднощі із засипанням або поганий сон;

2) для постраждалого характерна дратівливість або спалахи гніву;

3) людині важко зосереджувати увагу;

4) у неї підвищений рівень настороженості, стан постійного чекання загрози;

5) такий клієнт вирізняється гіпертрофованою реакцією переляку.

Критерій E (тривалість перебігу розладу) визначається за умови, якщо ознаки критеріїв B, C, D спостерігаються протягом шести місяців стресогенної дії або після стресового періоду.

Критерій F фіксується у ситуації, коли розлад викликає клінічно значущий дистрес або порушення адаптації у важливих сферах життєдіяльності людини [76, с. 18-20].

Н.А. Агаєв, О.М. Кокун, Н.С. Лозінська та І.О. Пішко звертають увагу на те, що виникнення і характер ПТСР визначається силою стресора та реактивністю організму у момент його впливу, що залежить від віку, індивідуальних психологічних особливостей, спадковості. Саме цим вони

пояснюють, чому один і той самий стресор спричиняє різні прояви і наслідки ПТСР [59, с. 33].

Відповідно до особливостей прояву і перебігу розрізняють три *підвиди* ПТСР:

- 1) **гострий ПТСР**, що розвивається у строки до 3 місяців;
- 2) **хронічний ПСТР**, що триває більше 3 місяців;
- 3) **відстрочений ПСТР**, що виникає через 6 і більше місяців після травмування [59, с. 84].

При різних видах ПТСР людина переживає *низку типових негативних почуттів*, серед яких вирізняються:

- 1) страх (травми, смерті, повторення події, втрати контролю над собою);
- 2) безпорадність і безсилля;
- 3) смуток і туга, через те, що відбулося;
- 4) жаль, сором і відчуття провини;
- 5) гнів на ситуацію і на її причини;
- 6) розчарування у собі, в інших людях, марність свого життя.

Наслідки ПТСР: фахівці зазначають, що повне видужання настає у 30% випадків, залишкові легкі порушення характерні для 40% постраждалих, порушення середнього ступеня важкості притаманне майже 20%, а погіршення стану спостерігається у 10%. ПТСР може тривати протягом багатьох років і трансформуватися у хронічну зміну особистості. Такий постражданий стає ригідним, дезадаптованим, має порушення соціального і професійного функціонування. Він набуває ознак ворожості до світу, соціального відсторонення, відчуття спустошеності, хронічного відчуття хвилювання і постійної загрози [63].

Для відновлення психічного здоров'я людини необхідна кваліфікована допомога фахівців, у тому числі психологів, діяльність яких має бути спрямована на проведення психотерапевтичних заходів із застосуванням методів психотерапії.

1.5. Розлади адаптації (F 43.2), що викликають проблеми соціального функціонування



Термін «розлади адаптації» відносно недавно набув широкого розповсюдження у психіатричній та психологічній практиці, проте серед науковців не вщухають дискусії щодо доцільності його виокремлення. Він використовується на позначення психічних розладів, у патогенезі яких емоційний стрес відіграє важливу роль (розлади адаптації припиняються незабаром після припинення дії стресу або якщо досягається адаптація до стресу, ознаки якого залишаються). Частота розладів адаптації в популяції має суттєві варіації і може складати від 1% до 21% [86, с. 2].



Розлад адаптації – це стан суб’єктивного дистресу й емоційного розладу, що перешкоджає соціальному функціонуванню і виникає у період адаптації до значної зміни у житті або породжений стресовою життєвою подією [33, с. 35].

Для виникнення і розвитку даного розладу, на точку зору О.С. Антипової, необхідна наявність емоційно-стресового впливу, за якого стресова ситуація не носить для людини надзвичайний характер, не загрожує її життю, фізичному чи психічному благополуччю. До *типових стресових подій, що спричиняють адаптаційні розлади* відносяться: зміна життєвого устрою, підвищені фізичні та емоційні навантаження, розрив значимих особистісних стосунків, розлука з близькими, зміна соціального статусу, деякі види нозогенних реакцій у соматично хворих осіб [3, с. 2].

Тривалість розладів адаптації може коливатися від декількох місяців до двох років (максимальна тривалість стану досить умовна). До даного типу розладів схильні особи, які належать до різних вікових та соціальних груп. Ризик їх виникнення збільшується у тих людей, які гостро переживають свою неспроможність або неповноцінність (нерідко уявну).

Вираженому прояву розладу адаптації передують період поступового зниження продуктивності соціального функціонування і наростання психічних порушень у п’яти сферах:

1) емоційна сфера: зниження інтересів до результатів своєї діяльності у поєднанні з появою чутливості, роздратованості, тривожності та пригніченості;

2) когнітивна сфера: послаблення когнітивного функціонування проявляється у неуважності, заторможеності мислення, помилкових діях, забудькуватості;

3) особистісна сфера: зниження терпимості і терпеливості, гнучкості і пластичності, відчуття втрати внутрішніх сил і «почуття існування на межі»;

4) соматична сфера: відчуття погіршення самопочуття, слабкості, втомлюваності, головного болю, порушення сну і апетиту, відсутність фізичного тону і бадьорості;

5) поведінкова сфера: неорганізованість, незібраність, непослідовність, прояви негативізму, непокори, протесту, відмови, порушення дисципліни, конфліктність, агресія тощо.

В Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної та третинної медичної допомоги при реакції на важкий стрес та розлади адаптації, а також при ПТСР, що затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України №121 від 23.02.2016 р., зазначено наступні *різновиди розладів адаптації*: короткочасна депресивна реакція; пролонгована депресивна реакція; змішана тривожна і депресивна реакція; з переважанням емоційних порушень; з переважанням порушень поведінки; змішаний розлад емоцій і поведінки.

У методичному посібнику «Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах» за редакцією К.Д. Бабова, А.І. Гоженка, І.Я. Пінчук представлено стислий опис різновидів розладів адаптації для їх диференціації:

1) **короткочасна депресивна реакція** – це швидкоплинний стан легкої депресії, що триває не більше місяця, з повним відновленням соціального функціонування без формування порушень особистості та поведінки;

2) **продовжена депресивна реакція** – це легкий депресивний стан, як реакція на затяжну стресову ситуацію, що триває не більше двох років;

3) **змішана тривожна і депресивна реакція** – реакція, представлена як тривожною, так і депресивною симптоматикою, і за інтенсивністю не перевищує змішаний тривожний і депресивний розлад;

4) **реакція з переважанням емоційних порушень** – реакція, за якої симптоматика має різноманітну структуру афекту, наявні тривога, депресія, відчуття неспокою, напруженість і гнів; симптоми тривоги і депресії можуть відповідати критеріям змішаного тривожного і депресивного розладу або іншим змішаним тривожним розладам, але їх вираження недостатнє для діагностики більш специфічних тривожних або депресивних розладів;

5) **реакція з переважанням порушень поведінки** – це розлад соціальної поведінки, для якого характерні агресивні або дисоціальні форми у структурі реакції горя у підлітковому віці;

б) **змішаний розлад емоцій і поведінки** – розлад, що проявляється в емоційних порушеннях і в порушеннях соціальної поведінки [76, с. 20-21].

Розлади адаптації за своїми психопатологічними проявами дуже варіабельні, що значно ускладнює процес їхньої діагностики. У клінічній практиці до фахівців за допомогою звертається лише незначна частина осіб, які страждають на даний розлад. Вагома кількість таких людей спостерігається у лікарів загальної практики з різними соматичними скаргами, за якими приховані розлади адаптації.

О.В. Шелестова звертає увагу на те, що *несприятливий прогноз* при розладах адаптації пов'язаний із затяжним характером психотравмуючої ситуації, її індивідуальною значущістю, відсутністю досвіду подолання подібних ситуацій у минулому, недостатньою сформованістю навичок поведінки щодо успішного вирішення проблем, низьким рівнем самоконтролю людини, а також обумовлюється відсутністю соціальної підтримки та соматичними захворюваннями [86, с. 76]. Розвиток розладу адаптації може сприяти його трансформації у більш тяжкі психічні розлади, такі як депресивні, тривожні, панічні, фобічні.

Сутність психологічної допомоги людині з розладом адаптації полягає у підтримці, опрацюванні травмуючої ситуації, її переоцінці, зміні світосприйняття, підвищенні ресурсних можливостей особистості, виробленні реалістичної перспективи та формуванні активної життєвої позиції.

1.6. Реакція на дистрес, що проявляється у переїданні (F 50.4)

Переїдання належить до розладів прийому їжі і проявляється у втраті людиною контролю над кількістю і якістю їжі, що нею споживається. Для осіб, які страждають на даний розлад, їжа стає більш значимою, адже з її допомогою вони задовольняють свої емоційні потреби. Проявляється розлад у виражених соматичних ускладненнях і призводить до надлишків ваги. Нині у світі близько 7 % дорослого населення страждає від ожиріння. Приблизно у 30–40% випадків у хворих з ожирінням реєструються ті чи інші харчові порушення, серед яких найчастіше спостерігається реакція на дистрес, що проявляється у переїданні [56, с. 174].



Переїдання – розлад, що призводить до тучності і є реакцією на дистрес, який поєднується з іншими психологічними порушеннями емоційно-вольової сфери [33, с. 47].

В.І. Шебанова, аналізуючи фіксацію стратегії переїдання та зростання ваги як наслідок трансформації внутрішньої картини життєдіяльності людини, наголошує на тому, що спектр психологічних проблем людей із переїданням досить різноманітний, однак типовою для них є акцентуваність на власній непотрібності, нереалізованості, страхах різноманітного характеру та залежності від ставлення інших. Хронічне незадоволення своїм тілом, вагою, життям, спонукає людину до зниження психоемоційної напруги, при цьому їжа виступає умовою досягнення комфортного самовідчуття, регулятором настрою, що сприяє фіксації харчового патерну за типом переїдання [84].

Переїдання становить собою своєрідне замкнене коло: людина понад міру споживає їжу, щоб відчувати себе більш щасливою, а від цього стає лише

нешасною. Епізоди переїдання повторюються постійно, викликаючи фізичні і психологічні страждання людини.

На точку зору Л.М. Абсалямової, переїдання – це комплексна проблема, детермінована *системою різних факторів*, серед яких:

1) генетичний фактор: існує ймовірність наслідування схильності до переїдання;

2) фізіологічний фактор: порушення обміну речовин, підвищене навантаження на організм, виснаження / ослаблення організму (спричинені нераціональним харчуванням);

3) психологічний фактор: важкі емоційні переживання, пов'язані з соціальною взаємодією та труднощами контролю поведінки;

4) соціальний фактор: функціонування суспільних норм і цінностей та їх вплив на особистість (повнота асоціюється з непривабливістю, неуспішністю, некомпетентністю, безперспективністю);

5) особистісний фактор: особливості виховання, сімейної ситуації [1].

Серед *клінічних діагностичних критеріїв* розладу варто виокремити наступні:

1) основна причина переїдання – дистрес (в його основі може бути втрата близької людини, нещасний випадок, хірургічні втручання тощо); людина намагається ніби «заїсти» свої життєві труднощі і позбутися таким чином негативних емоцій;

2) велика кількість їжі «поглинається» протягом короткого проміжку часу; їжа вживається без контролю, не зважаючи на відчуття ситості;

3) бажання приховати факт переїдання, а тому часте споживання їжі на самоті;

4) люди, які страждають на переїдання, відзначають повторюваність негативних емоційних станів;

5) для них характерні легкі афективні симптоми: дратівливість, занепокоєння, тривога, слабкість і т.п.; іноді діагностується депресія;

б) переїдання на деякий час покращує самопочуття, однак потім людина відчуває сором і огиду до себе, а також відчуття провини (чим більше вона споживає їжі, тим більше відчуває зазначені негативні емоції);

7) патологічному переїданню сприяє невпевненість у собі, відчуття самотності;

8) у таких осіб їжа асоціюється з життям.

Переїдання частково нагадує інший розлад харчової поведінки – булімію, але на відміну від неї, людина не намагається позбутися того, що було нею спожито, вона не викликає у себе блювоти і не приймає проносних засобів.

Не зважаючи на окреслені діагностичні критерії, переїдання важко діагностувати через наявність супутніх соматичних захворювань (саме вони стають основною причиною звернень до фахівців). Враховуючи особливості прояву переїдання, людина може приховувати, маскувати або заперечувати їх прояв протягом тривалого часу. Проблема людини, у якої діагностовано даний розлад, полягає не у тому, що вона харчується «неправильно», а у тому, що вона не може не їсти, оскільки вживання їжі – основна форма управління власними емоціями [73, с. 175].

К.А. Васильєва, вивчаючи базові переконання особистості з переїданням, засвідчує той факт, що переїдання – це відображення певного способу контакту людини зі світом, його маркером може слугувати стан меж психологічного простору людини. Межі з навколишнім світом у людей з переїданням більш розмиті і лабільні. Вони у значно меншій мірі здатні контролювати події, що відбуваються навколо них [18, с. 204].

Наслідки переїдання проявляються у медичних і психологічних ускладненнях:

1) медичні ускладнення: набрання зайвої ваги, захворювання внутрішніх органів (страждає серцево-судинна система, опорно-руховий апарат, шлунково-кишковий тракт, з'являється ризик розвитку цукрового діабету, виникає загроза безпліддя), ожиріння, інвалідність;

2) психологічні ускладнення: втрата соціальної активності, соціальна ізоляція, відчуття самотності, схильність до депресії і перепадів настрою, замкненість.

Переїдання, як психічний розлад, вивчено достатньо добре, проте брак розуміння його природи і сутності пересічними людьми призводить до дискримінації осіб із надлишковою вагою, до застосування неадекватних методів допомоги дієтологами, лікарями та психологами.

1.7. Безсоння неорганічної природи (F 51.0): основні ознаки і наслідки

Безсоння виступає одним із найпоширеніших розладів сну, за якого людині, не зважаючи на зусилля, не вдається заснути у бажаний час або вона постійно прокидається. Спочатку безсоння виникає як наслідок стресу, а потім воно саме стає стресом для людини. Безсоння частіше виникає у жінок і у людей похилого віку у періоди підвищення стресових впливів і за несприятливих соціокультурних умов. Розлад може носити рецидивуючий характер. На хронічне безсоння страждає 10-15 % населення нашої планети. С.І. Костюченко зазначає, що даний розлад швидко призводить до зниження працездатності та погіршення якості життя [37, с. 33].



Безсоння неорганічної природи – це стан із незадовільною тривалістю або незадовільною якістю сну протягом значного періоду часу спричинений передусім емоційними факторами [33, с. 48].

Безсоння неорганічної природи детермінується такими чинниками:

- 1) тривалою психоемоційною напругою, пригніченим станом людини;
- 2) психосоціальним гострим або хронічним стресом, пов'язаним зі значними змінами у життєвих обставинах, важкими життєвими обставинами, горем, хворобою і т.п.;
- 3) затяжним депресивним станом;
- 4) конфліктними ситуаціями;
- 5) ненормованим режимом праці та відпочинку.

До основних *ознак розладу* відносяться (за А.В. Курпатовим):

1) скарги на порушення засинання, часті переривання сну, що супроводжуються труднощами повторного засинання, погана якість сну (не має відчуття відновлення сил);

2) порушення сну виникають не менше місяця і не менше трьох разів на тиждень;

3) порушення сну призводять до значних суб'єктивних страждань, викликають стурбованість його наслідками і значно утруднюють функціонування особистості;

4) даний стан не можна пояснити соматичними захворюваннями або прийомом психоактивних речовин чи лікарських препаратів [39].

С.І. Костюченко визначає наступні *різновиди безсоння*, зважаючи на тяжкість стану людини:

1) **легке безсоння** – описує скарги на недостатню кількість сну майже кожної ночі або відсутність відчуття відпочинку після звичного сну; безсоння супроводжується незначним погіршенням соціального чи професійного функціонування; воно часто пов'язане з відчуттям занепокоєння, роздратованості, легкої тривоги, слабкості та втомленості у денний час;

2) **помірне безсоння** – описує скарги на недостатню кількість сну або відсутність відчуття відпочинку після звичного сну кожної ночі; безсоння супроводжується легким або помірним погіршенням функціонування людини у соціальній чи професійній сфері; воно завжди пов'язане з відчуттям роздратованості, тривоги, слабкості та втомленості у денний час;

3) **тяжке безсоння** – описує скарги на недостатню кількість сну або відсутність відчуття відпочинку після звичного сну кожної ночі; безсоння супроводжується тяжким погіршенням функціонування людини у соціальній чи професійній сфері; воно завжди пов'язане з відчуттям хвилювання, роздратованості, тривоги, слабкості та втомленості у денний час [37, с. 34].

Виявлення безсоння не є простим завданням, оскільки воно може бути як окремим розладом, так і симптомом при різних психічних і соматичних

розладах. Наявність інших симптомів (наприклад: тривога чи депресія), не виключає діагностику безсоння у тому випадку, якщо воно виступає первинною скаргою або його хронічний характер і тяжкість свідчать про первинність. Інші розлади повинні зазначатися у тому випадку, якщо вони достатньо виражені та постійні. Зауважимо на те, що більшість людей, які страждають на безсоння неорганічної природи, зазвичай занепокоєні лише порушеннями сну і часто заперечують існування серйозних емоційних проблем.

На думку А. Борбелі, одного із провідних світових фахівців зі сну, існує вірогідність того, що люди з розладами сну являють собою особливу групу населення з підвищеною чутливістю до власного сну. Вони можуть більш різко і негативно реагувати на будь-який брак сну, ніж інші люди. Гіпотетично в організмі таких людей функціональна активність зберігається підвищеною навіть після засинання, внаслідок чого сон, що об'єктивно настає, не сприймається ними як такий [17].

За умови розвитку безсоння неорганічної природи поступово починають проявлятися його негативні *наслідки*:

- 1) людина набуває рис втоми, підвищеної дратівливості, неуважності;
- 2) вона характеризується різкими перепадами настрою, зниженням інтересу до подій, що відбуваються навколо, зниженням мотивації до діяльності;
- 3) для неї стають характерними зменшення потреб у спілкуванні з іншими людьми, спостерігаються порушення стосунків з рідними та колегами;
- 4) їй перестають приносити задоволення справи та події, вона не радіє розвагам, що раніше викликали приємні емоції та почуття;
- 5) людині важко фокусуватися на поставлених завданнях, вона відчуває значні труднощі зосередження уваги та запам'ятовування інформації, у неї загалом дуже знижується працездатність;
- 6) з часом вона може поринути у депресивний стан;
- 7) з розвитком розладу погіршується зовнішній вигляд та загальний стан організму.

Зважаючи на серйозність наслідків безсоння і на те, що впоратися з ним власними силами не завжди можливо, людині варто звернутися за допомогою до спеціалістів і не чекати, поки «проблема зникне сама», у той час, коли вона на довгі місяці «пропишеться» в особистому житті.

1.8. Зловживання антидепресантами (F 55.0), що спричиняють психоемоційні порушення



Серед поширених нині розладів особливе місце займає зловживання речовинами, що не спричиняють залежності. Ці розлади виникають при тривалому необґрунтованому прийомі препаратів, у тому числі антидепресантів. Антидепресанти – це психотропні засоби, що усувають депресію (сьогодні вони є найпоширенішим методом лікування). Їх властивість – позитивний вплив на покращення настрою і загального психічного стану, проте М.Б. Коробіцина підкреслює, що зловживання ними викликає виражені психоемоційні порушення [33, с. 57].



Антидепресанти – це основа терапії депресії та депресивних станів. Вони не створені для допомоги здоровим людям, а тому можуть викликати побічні ефекти.

При лікуванні антидепресантами у психіатричній практиці враховуються певні принципи, дотримання яких є запорукою успіху терапевтичного процесу:

- 1) виявлення клінічних особливостей перебігу захворювання;
- 2) визначення умов лікування (амбулаторні, стаціонар, напівстаціонар);
- 3) аналіз досвіду лікарської терапії;
- 4) формулювання установки на лікування і дотримання режиму прийому;
- 5) вивчення впливів зовнішніх і внутрішніх чинників середовища;
- 6) урахування ефективності препаратів тощо [55].

Точні механізми терапевтичних ефектів антидепресантів залишаються і досі нерозгаданими, хоча вітчизняними і зарубіжними науковцями досліджено велику кількість фактів про їх вплив на нервову систему. Основним механізмом

антидепресивного ефекту вважається взаємодія препаратів із нейромедіаторними системами головного мозку. На відміну від інших лікарських препаратів, що використовуються у психіатрії, антидепресанти не призводять до беземоційності, проте у них є інші побічні ефекти, що викликають занепокоєння [8].

Останнім часом відзначається тенденція до зловживання цими медикаментами. Під **зловживанням** розуміється використання речовини з немедицинськими цілями для отримання приємних відчуттів або для відчуттів, які людина сприймає як задоволення [4, с. 4].

До основних *причин зловживання антидепресантами* слід віднести наступні:

- 1) особистий приклад вживання антидепресантів авторитетною чи близькою людиною;
- 2) реклама антидепресантів у засобах масової інформації;
- 3) міфи про те, що людина сама може вибрати для себе антидепресант і про те, що використання таких ліків без призначення психіатра не зашкодить психічному здоров'ю;
- 4) для звичайних пересічних українців антидепресанти не здаються шкідливими;
- 5) більшість людей нічого не знають про різновиди антидепресантів, про механізми їх впливу, особливості дозування і побічні дії;
- 6) при їх використанні часом не враховується індивідуальна особливість людини.

Науковці та практики засвідчують факт підвищеного ризику зловживання антидепресантами серед таких категорій населення: жінки молодого або похилого віку, особи з різними психічними розладами.

Н.А. Бізунок зауважує на те, що зловживання антидепресантами призводить до розвитку розладу, що активно виражається у наступних *проявах*:

- 1) підвищеного настрою, ейфорії, збудження;

2) розслаблення, приємних слухових та зорових галюцинацій, сплутаності свідомості;

3) тривоги, роздратованості, нервозності, агресивності;

4) втоми, безсоння, думок про самогубство [13, с. 14].

Наслідки зловживання антидепресантами можуть бути різними, проте спільним є те, що людина, яка нераціонально їх використовує, перестає керувати своїм життям, за «щасливими таблетками» (вони не дають відчутти себе щасливою насправді) вона не може адекватно оцінити позитивні зміни у своєму житті. Важливо пам'ятати і про те, що залежно від індивідуальних особливостей тих чи інших людей, які страждають на легкий депресивний епізод, призначення і вживання антидепресантів можливе, але у багатьох випадках можна обмежитися психотерапією. При прийнятті лікарем-психіатром рішення щодо призначення антидепресантів, зважаючи на їх побічні ефекти, необхідно ретельно обдумувати питання не лише корисності, а й потенційних ризиків. У випадках неадекватної відповіді на застосування антидепресантів саме лікар має оцінити ступінь дотримання режиму призначеної терапії і визначитися з подальшою стратегією надання професійної допомоги.

1.9. Тривожний розлад особистості (F 60.6) і його основні психологічні маркери

Вивчаючи психічні розлади у практиці терапевта, Ф.І. Бєлялов наводить наступні факти: поширеність тривожних розладів серед населення становить 0,05-1%; у дитинстві такі люди часто переживали приниження батьками і після цього довго відчували себе винними і неадекватними; недолік комфорту і захисту у період дитинства активно сприяє розвитку даного розладу. Основна риса людей з тривожним розладом особистості – це боязкість, сором'язливість і вразливість, їх дуже легко образити. Ряд дослідників розглядають тривожні розлади у межах соціальних фобій [10, с. 110].



І.Й. Влох, О.З. Голубков, О.К. Напрєєнко, зазначають, що **розлади особистості** – це стійкі, виражені аномалії особистості, що проявляються дисгармонією характеру і призводять до порушень поведінки, стосунків із оточуючими, утруднюючи соціальну адаптацію людини. Через патологічний склад характеру такі люди страждають самі і «мучають» тих, хто знаходиться поруч з ними [63].

Тривожний розлад особистості (за визначенням М.Б. Коробіциної) – це розлад особистості, що характеризується сором'язливістю і сильною потребою у наявності компаньйона, потребою гарантії того, що її приймуть без критики. Він проявляється у поведінковому ухиленні і чутливості до знехтування, може призводити до соціальної замкнутості [33, с. 66].

Даний розлад формується під впливом специфічних *факторів*, серед яких особливо значущими є:

- 1) особливості інтровертованого типу темпераменту;
- 2) депривація у ранньому дитячому віці із сепарацією від матері;
- 3) зростання в умовах постійної критики, приниження, присоромлення, неприйняття, відкидання;
- 4) особливості стилю сімейного виховання, за якого формується більш тісне, ніж зазвичай, злиття між батьками та дитиною при якому вона відкидається значущим дорослим і страждає від виражених амбівалентних прагнень;
- 5) несприятлива атмосфера у батьківській родині.

Тривалий вплив вищезазначених факторів сприяє формуванню характерних для розладу особливостей мислення і поведінки: людина характеризується високим рівнем потреби у близьких відносинах при зовнішньому дистанціюванні і постійному страху осуду. Тривожний розлад особистості має досить стійкі особистісні особливості, що розвиваються в юнацькому віці та зберігаються протягом життя.

До основних *діагностичних ознак* тривожного розладу особистості (за Ф.І. Біяловим) відносяться:

1) постійне відчуття напруги і тяжких передчуттів, стриманість у різних соціальних ситуаціях (звичайного спілкування, зібрання, вечірки тощо);

2) переконаність у своїй соціальній нездатності, малоцінності, непривабливості, «другосортності» (постійне перебільшення потенційних труднощів);

3) підвищене занепокоєння критикою у свою адресу або неприйняттям зі сторони інших людей;

4) відсутність близьких людей і тих, кому можна довіритись, за виключенням близьких родичів (паралельно такі люди бояться, що і для рідних вони можуть стати нецікавими);

4) небажання вступати у взаєностосунки без гарантії сподобатися і до тих пір, поки не з'явиться впевненість у можливості довгих стосунків (люди з тривожним розладом особистості можуть довго і ретельно перевіряти майбутніх партнерів);

5) обмеження життєдіяльності через потребу у фізичній безпеці;

6) ухилення від професійної і соціальної діяльності, пов'язаної з активними міжособистісними контактами, внаслідок страху критики або несхвалення; такі люди уникають і зазвичай не приймають пропозицій по роботі та підвищення по службі, якщо вони пов'язані з необхідністю розширення кола контактів із іншими людьми [10, с. 111].

В.А. Абрамов, В.С. Бітенський, В.Л. Гавенко підкреслюють той факт, що людина з даним розладом особистості характеризується постійною тривогою. Вона дуже незручно почуває себе у компанії, прагне сподобатися іншим і бути прийнятою, побоюється можливого несхвалення чи критики, її дуже сильно турбують думки про те, як не зникнути. Така особистість обачлива у контактах з іншими людьми, насторожено сприймає нове. З розвитком розладу вона починає уникати соціальних вимог і максимально обмежує коло спілкування. При цьому людина, яка страждає на тривожний розлад особистості, не є емоційно холодною, вона прагне соціальних контактів, але не спроможна їх активно підтримувати. Основними патернами розладу є: соціальна

пригніченість, скутість, скромність, невпевненість, гіперчутливість до соціальних оцінок, прислужливість [64, с. 468].

У структурі розладу розрізняють три взаємопов'язаних *симптоми*:

- 1) нестерпність до навантажень або психічна слабкість у всіх формах психічного реагування;
- 2) прагнення відмежувати себе від навантажень;
- 3) виражена вразливість, сенситивність, ранимість.

Варіантами тривожного розладу особистості є:

- 1) переважання загостреної вразливості;
- 2) підвищена роздратованість;
- 3) виражена виснажливість.

Перебіг тривожного розладу особистості може бути динамічним. Якщо у житті особистості, яка страждає на нього, з'являється близька людина, яка надає їй усесторонню підтримку, то прояв симптомів значно послаблюється, але коло спілкування мало змінюється, повної адаптації не настає. Коли припиняються значущі взаємини, людина, яка страждає на тривожний розлад особистості, починає налагоджувати нові стосунки. Така особистість швидко прив'язується до іншої людини, оскільки побоюється, що в іншому випадку не зможе сама про себе подбати (для розладу характерні саме надмірність і нереальність цих побоювань).

Тривожний розлад особистості, на точку зору Н.В. Дмитрієвої та Ц.П. Короленко не можна залишати без уваги, оскільки він викликає неадекватну поведінку людини у суспільстві, призводить до нездатності об'єктивно оцінювати ситуацію [34, с. 246]. Даний розлад часто супроводжується депресією, панічним розладом, соціальною фобією, алкоголізмом, зловживанням наркотиками. Кризи протікають зазвичай з депресивними та іпохондричними симптомами.

Часто люди, які страждають на тривожний розлад особистості, не відчують себе хворими, а тому зволікають із зверненням до лікаря. Звернувшись до фахівця для вирішення своєї проблеми, вони переживають

настороженість і недовіру до нього, бояться неприйняття, глузування, у зв'язку з чим можуть раптово перервати терапію і замкнутися у собі.

1.10. Навмисне викликання або симуляція соматичних чи психічних симптомів інвалідації (F 68.1)



П.І. Гарбузов зауважує: навмисне викликання або симуляція соматичних чи психічних симптомів інвалідації зводиться до того, що людина може отримати увагу, піклування, турботу, симпатію і психологічну підтримку, потреба у яких фрустрована. Викликання або симуляція хвороби займає центральне місце у житті людини, яка як правило, заперечує штучну природу своїх скарг навіть при наявності серйозних доказів фізичного здоров'я. Даний розлад дуже важко розпізнати, у зв'язку з чим практично неможливо точно визначити його поширення [20, с. 53].



Навмисне викликання або симуляція соматичних чи психічних симптомів інвалідації – це стан, що характеризується поведінкою хворого з представленням скарг, основна фабула яких має постійний, тривалий характер, обростаючи різними додатковими симптомами (синдром постійного відвідувача лікаря, синдром Мюнхаузена, синдром мандруючого хворого) [33, с. 77].

У людини, яка страждає на даний розлад, спостерігаються певні соматичні симптоми, однак для них не має достатнього пояснення з боку фізіології чи анатомії тіла. Вибір захворювання визначається поінформованістю особистості відносно клінічних проявів того або іншого патологічного стану.

Причини розвитку розладу глибинні і недостатньо вивчені. Як правило, він розвивається у «кинутих» дітей, які, хворіючи, отримували увагу і піклування оточуючих. Вони ще з дитинства усвідомили, що хвороба несе з собою певні переваги, у зв'язку з чим усе життя грають роль важкохворих. Зазвичай такі люди зростали у неповних або неблагополучних сім'ях,

відчуваючи гострий дефіцит батьківської любові, не відчуваючи себе необхідними і захищеними.

Іноді надмірні любов і піклування батьків можуть також призвести до негативних наслідків: людина, яка вихована у режимі гіперопіки буде намагатися будь-якими шляхами заволодіти увагою і схильністю зі сторони інших людей. За такої ситуації «хвороба» стає діючим способом привернути увагу до себе. Замість того, щоб протистояти труднощам, люди воліють «піти» у хворобу і заховатися від проблем, отримавши співчуття, потурання, а їх обов'язки беруть на себе інші люди, що повністю влаштовує уявного хворого.

Однією із діагностичних проблем, пов'язаних з розладом, є те, що рівень реальності скарг / симптомів такий, що людині вдається переконати лікаря у можливості реального захворювання, вона з часом, навіть, починає керувати медичним персоналом щодо надання їй лікарської допомоги.

Основні клінічні діагностичні критерії розладу (за Г.М. Дюковою):

- 1) навмисне довготривале викликання або симуляція фізичних (не психологічних) симптомів;
- 2) бажання пройти обстеження, тести, медичні процедури;
- 3) нанесення собі ран, щоб викликати або підтвердити симптоми;
- 4) постійні, тривалі скарги на особисте здоров'я, що «обростають» множиною додаткових симптомів;
- 5) варіабельність симптоматики захворювання, яка залежить від ситуації;
- 6) підвищена вимогливість до лікаря, дратівливе, вороже ставлення до медичного персоналу (при нормальних показниках аналізу звинувачують фахівців у некомпетентності);
- 7) у людини виражена внутрішня психологічна потреба прийняти роль хворого без економічної вигоди і не для фізичного благополуччя;
- 8) мають тенденцію до стаціонарного лікування у різних клініках / лікарнях (синдром прогресує так, що людина усе частіше і частіше перебуває на лікарняному ліжку) [24].

Патопсихологічні діагностичні критерії розладу проявляються у підвищеній напруженості, наявності явних або прихованих конфліктогенних зон у сферах мікросоціального або макросоціального функціонування.

Б.К.М. Раас *окреслив особистісні особливості* людей, які навмисно викликають або симулюють соматичні чи психічні симптоми інвалідизації:

1) демонстративна / театральна поведінка, бажання знаходитися у центрі уваги;

2) інфантильність і психічна незрілість;

3) егоїзм, неадекватна самооцінка;

4) емоційна лабільність;

5) неможливість установлення міцних емоційних зв'язків з оточенням;

6) багата фантазія, схильність до перебільшення, а іноді до відвертої брехні (часто описують драматичні ситуації зі свого життя або життя близьких, в які вони потрапляють, включаючи компоненти травматизації, втрати, агресії, що спрямовані на людину, яка страждає на розлад);

7) розуміння тонкощів захворювань, медичних термінів і призначення лікарських препаратів;

8) важливість перебування у лікарні більш значуща, ніж результат лікування (людину не хвилює питання здоров'я) [69].

Лікарі-психіатри виокремлюють два основних *типи розладу*:

1) людина викликає у себе певні фізичні симптоми і з ними поступає до лікарні;

2) людина викликає симптоми не у себе, а у іншої людини, що від неї залежить і знаходиться фактично у безпорадному стані (зазвичай це мами, які навмисно викликають симптоми у дитини або опікуни).

Особистості, які навмисно викликають або симулюють соматичні чи психічні симптоми інвалідизації, у більшості випадків категорично заперечують можливість огляду у психіатра. Через відсутність критичності людини до свого стану розлад важко піддається лікуванню та подальшій реабілітації.

Наслідки розладу: стосунки з близькими людьми (членами батьківської сім'ї, партнером, дітьми) або руйнуються, або не приносять внутрішнього задоволення; поступово набуваються ускладнення від методів терапій, що використовувалися від хвороб, які викликалися / симулювалися (іноді можуть проводитися непотрібні операції).

Питання та завдання для самоконтролю



1. Розкрийте сутність поняття «психічні розлади».
2. Зазначте, який саме психічний розлад визнано одним із найбільш поширених у світі. Поясніть чому.
3. Що таке депресивний епізод? Назвіть його специфічні особливості.
4. У чому полягає різниця між легким, помірним і тяжким депресивним епізодом?
5. До яких соціальних, клінічних, фізіологічних наслідків може призвести депресивний епізод?
6. Який психічний розлад називають особливою формою «культурної патології»? Чому?
7. Дайте визначення поняття «соціальні фобії». Перелічіть психологічні фактори, що призводять до формування і розвитку соціальних фобій.
8. Поясніть відмінності між специфічною та генералізованою соціофобією.
9. Окресліть основні критерії, що засвідчують наявність соціальних фобій.
10. Чому, на Вашу думку, соціальні фобії можуть супроводжуватися ритуалами?
11. Розкрийте сутність такого психічного розладу як гостра реакція на стрес.
12. Назвіть ситуації, що можуть призвести до гострої реакції на стрес.
13. Які основні діагностичні критерії гострої реакції на стрес?

14. Перелічіть основні форми гострої реакції на стрес. Чим саме вони різняться між собою?

15. Що таке посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)? Охарактеризуйте його основні психологічні особливості.

16. Під впливом яких факторів розвивається ПТСР?

17. Які критерії ПТСР Вам відомі? У чому полягає особливість кожного?

18. Визначте відмінності між гострим, хронічним та відстроченим ПТСР.

19. До яких наслідків може призвести ПТСР?

20. Розкрийте сутність розладу адаптації. Зазначте, чим саме він спричиняється.

21. Опишіть різновиди адаптації для їх диференціації.

22. Які прогнози можуть бути при розладах адаптації?

23. Розкрийте особливості переїдання як психічного розладу.

24. У вигляді схеми представте систему факторів, що сприяють розвитку переїдання.

25. Перелічіть основні діагностичні критерії переїдання.

26. До яких медичних та психологічних ускладнень може призвести переїдання?

27. Назвіть найпоширеніший розлад сну. У чому полягає його особливість? Чим саме він зумовлений?

28. Які основні ознаки безсоння неорганічної природи Вам відомі?

29. Охарактеризуйте легке, помірне і тяжке безсоння.

30. Складіть перелік наслідків безсоння неорганічної природи.

31. Поясніть, чому люди починають зловживати антидепресантами.

32. Окресліть основні прояви зловживання антидепресантами.

33. До яких наслідків може призвести зловживання антидепресантами?

34. Які основні психологічні маркери тривожного розладу особистості?

35. Чи може бути перебіг тривожного розладу особистості динамічним?

Поясніть свою точку зору.

36. З чим саме пов'язані труднощі надання психологічної допомоги людині з тривожним розладом особистості?

37. У чому полягає навмисне викликання або симуляція соматичних чи психічних симптомів інвалідації?

38. Назвіть основні причини навмисного викликання або симуляції соматичних чи психічних симптомів інвалідації.

39. Які основні клінічні та патопсихологічні діагностичні критерії навмисного викликання або симуляції соматичних чи психічних симптомів інвалідації?

40. Теоретично спрогнозуйте наслідки навмисного викликання або симуляції соматичних чи психічних симптомів інвалідації.



2.1. Вивчення психологічних ознак депресії



Прояви депресивних розладів характеризуються розмаїттям симптомів. Науковці та практики єдині у поглядах стосовно того, що чим раніше буде проведено психодіагностичне вивчення ознак депресії і здійснено якісну диференціацію її симптомів, тим ефективніше пройдёт процес реабілітації особистості.

Г.Ю. Каленська, Н.О. Марута, Т.В. Панько, О.Є. Семікіна, Д.І. Теренковський, В.Ю.Федченко окреслили **основні критерії діагностичної роботи з депресивними розладами:**

1) фахівець повинен спиратися на особливості клінічної картини депресивних епізодів: афективні, мотиваційні, вольові, когнітивні, психомоторні, соматичні прояви;

2) діагностику депресивних розладів слід проводити з урахуванням факторів, що впливають на їх важкість; особливої уваги потребують психологічні фактори, що позначаються на формуванні, перебігу та виходу з депресивних епізодів (наприклад: дослідження копінг-стратегії, суб'єктивного сприйняття індивідуального часу, показників самоактуалізації тощо) [51, с. 135].

Крім зазначених критеріїв, слід також звернути увагу на вік людини, яка страждає на депресивний епізод, можливу спадкову обтяженість стану, наявність психічних захворювань чи соматичних патологій, зв'язок із можливою психічною травмою.

На точку зору Г.Е. Мазо та М.Г. Незнанова, психодіагностичне вивчення психологічних ознак депресії передбачає застосування низки методів, серед яких особливою значущістю відзначається **клінічна бесіда** з людиною, яка страждає від депресивного розладу (або з її близькими). Метою такої бесіди є виявлення ключових симптомів депресивного епізоду [43, с. 21]. Основні та додаткові симптоми депресивного епізоду представлено у вигляді таблиці 2.1.

Діагностичні критерії легкого, помірного та важкого депресивного епізоду

Симптоми	Ступені розладу		
	<i>Легкий депресивний епізод</i>	<i>Помірний депресивний епізод</i>	<i>Важкий депресивний епізод</i>
<i>Основні симптоми:</i>			
1) зниження настрою;	Наявні 2 з 3 основних симптомів	Наявні 2 з 3 основних симптомів	Наявні усі основні симптоми
2) чітке зниження інтересів і задоволення;			
3) зниження енергії, підвищена втомлюваність.			
<i>Додаткові симптоми:</i>			
1) знижена здатність до зосередження уваги;	Наявні хоча б 2 з 7 додаткових симптомів	Наявні не менше 3 (бажано 4) додаткових симптомів	Наявні 4 і більше додаткових симптомів
2) знижена самооцінка і відчуття невпевненості у собі;			
3) ідеї приниження та провини;			
4) похмура і песимістичне бачення майбутнього;			
5) ідеї або дії, спрямовані на самопошкодження або суїцид;			
6) порушення сну;			
7) знижений апетит.			
<i>Примітки</i>	Жоден із симптомів не повинен досягати сильного вираження	Жоден із симптомів не повинен досягати сильного вираження	Частина додаткових симптомів має тяжку ступінь вираження
Про виявлення депресивного епізоду свідчать симптоми, які проявляються не менше 2 тижнів незалежно від ситуації.			

Серед методів діагностики депресивних епізодів провідне місце посідає «Методика оцінки депресії Гамільтона». Вона була запропонована англійським психіатром М. Гамільтоном та опублікована у 1960 р. і застосовується для оцінки тяжкості депресивних розладів у динаміці.

Методика складається з 21 діагностичного пункту і ґрунтується на клінічній бесіді, під час якої оцінюються відповіді про почуття провини, особливості сну, суїцидальні тенденції, працездатність і активність,

тривожність та інші прояви депресивного епізоду. Усі пункти стосуються стану людини протягом останніх декількох днів і засвідчують прояв групи симптомів.

Специфіка використання: методика не містить конкретних діагностичних питань, у зв'язку з чим досліднику пропонується самостійно формулювати питання, керуючись змістом пунктів. Це вносить певний елемент суб'єктивізму у процедуру діагностичного дослідження і може негативно вплинути на валідність і надійність отриманих даних.

Для усунення зазначеного вище недоліку Ж. Вільямс розробила **«Структуроване інтерв'ю для шкали депресії Гамільтона»**. Інтерв'ю складається з 16 основних питань, які відповідають пунктам шкали М. Гамільтона. Для уточнення депресивного симптому до кожного основного питання додаються додаткові. Характер обробки протоколу дослідження та оцінка отриманих результатів відповідає оригінальній шкалі депресії М. Гамільтона [5, с. 80].

Часто у роботі з депресивним епізодом використовується **«Шкала Цунга»** – тест для самооцінки депресії, розроблений психіатром В. Цунгом і опублікований у Великобританії 1965 р. Методика містить 20 факторів, що визначають стан людини: нормальний, легка депресія, помірна депресія, важка депресія. У тесті наявні 10 позитивно сформульованих і 10 негативно сформульованих питань, які необхідно оцінити за шкалою: «ніколи», «іноді», «часто», «постійно». При аналізі результатів оцінка здійснюється по групам симптомів, які відображають відчуття душевної спустошеності, розлади настрою загальні та специфічні соматичні симптоми, симптоми психомоторних порушень, суїцидальні думки, а також роздратованість і нерішучість. Процедура застосування методики досить проста: людина зазначає відповіді на спеціальному бланку, які аналізує та інтерпретує фахівець [53, с. 12].

Поширений у практичному застосуванні **«Опитувальник депресії Бека»**, розроблений американським когнітивним психотерапевтом А. Беком і оприлюднений в 1961 р. В його основу були покладені реальні скарги депресивних пацієнтів. Опитувальник містить 21 питання з фіксованими

варіантами відповідей. Особливістю методики є те, що в її основі два критерії: соматичні ознаки розладу психіки (серед яких порушення у сексуальній сфері, нічному сні і процесах прийому їжі) та афективно-когнітивні симптоми. Варто відзначити той факт, що хоча твердження тесту дуже прямі і дозволяють людині дещо приховувати свій істинний стан, проте використання опитувальника при цьому відзначається високою ефективністю при попередніх обстеженнях. У тих випадках, коли тяжкість стану людини не дозволяє їй самостійно виконати тест, дослідження проводять у вигляді стандартизованого інтерв'ю. Методику можна застосовувати повторно навіть після коротких інтервалів [47, с. 52].

М.Б. Коробіцина для діагностики депресивних епізодів рекомендує використання **«Мінесотського багатопрофільного особистісного опитувальника» (тест ММРІ)**, запропонованого американськими психологами С. Хатуйейом і Дж. Маккінлі ще у 1940 р. Для його розробки автори використовували скарги хворих та описи симптоматики психічних захворювань (у якості критерію виступає психіатричний діагноз в однорідних групах хворих). Опитувальник містить 550 тверджень, що утворюють 10 основних діагностичних шкал. Аналізуючи шкали, фахівець, який проводить тестування, робить висновки про психологічний характер досліджуваного. Так, шкала депресії свідчить про тенденції до зниженого фону настрою, невпевненості у власних силах, тривожності, підвищеного відчуття провини, послаблення вольового контролю, підвищеної чутливості та образливості. Високі показники за даною шкалою свідчать про депресивний стан людини. Особливістю тесту полягає у наявності у його структурі «контрольних шкал»: брехні, надійності та корекції, що дозволяють оцінити ступінь нерозуміння або симуляції під час виконання тесту.

Фахівці зазначають, що депресивний епізод, не зважаючи на наявність інструментарію, досить непросто діагностувати, адже його симптоматика зустрічається в описі інших станів / психічних захворювань. Виявлені

показники депресивного епізоду практичними психологами свідчать про наближене уявлення про стан клієнта.

2.2. Діагностичний інструментарій психолога для виявлення симптомів соціальних фобій



У практичній діяльності психолога соціальні фобії діагностуються не часто, оскільки люди, які страждають на даний розлад, соромляться звертатися до фахівців, максимально уникають додаткових соціальних контактів. Більшість із них переконані у тому, що їх страхи – це просто риса характеру.

Про соціальні фобії говорять специфічні скарги людини і результати спеціальних опитувальників, що співвідносяться з основними діагностичними критеріями психічного розладу, представленими у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Діагностичні критерії соціальних фобій

Різновиди соціофобій	Діагностичні критерії	
	Окреслені В.В. Домбровською, Б.В. Михайловим, О.К. Напрєнком, С.І. Табачниковим	Окреслені О.А. Сагалаковою, Д.В. Труєвцевим
<i>Специфічна соціофобія</i> – деструктивний страх перед однією або декількома соціальними ситуаціями, який призводить до їх уникнення.	1) конкретні фобії; 2) страхи концентруються на оточуючих; 3) уникнення психотравмуючих ситуацій аж до повної соціальної ізоляції;	1) стійкий страх перед однією або декількома соціальними ситуаціями, реакція сильної тривоги на соціальну ситуацію; 2) страх оцінки з боку оточення; 3) уникаюча поведінка у соціальних ситуаціях викликає страждання, спричиняє соціальну ізоляцію;
<i>Генералізована соціофобія</i> – сильний страх, що виникає у більшості соціальних ситуацій і призводить до обмеження соціальних стосунків.	4) заниження самооцінки і страх критики; 5) вегетативні прояви (почервоніння, тремор рук, нудота, позиви до сечовипускання) [38].	4) усвідомлення перебільшення загрози; 5) занижена самооцінка, схильність до самокритики [71].

Для рішення дослідницьких і практичних завдань стосовно виявлення соціальних фобій уже декілька десятків років використовується опитувальник **«Шкала соціальної тривожності Лейбовича»**. Її автор – американський психіатр М. Лейбович розробив дану методику у 1987 р.

«Шкала соціальної тривожності Лейбовича» складається із опису 24 соціальних ситуацій, у кожній з яких людині пропонується оцінити інтенсивність виникнення страху або тривоги і частоту уникнення тої чи іншої соціальної ситуації. Оцінку необхідно здійснити за чотирьохбальною шкалою: 0 – відсутність страху / уникнення, а 3 – сильний страх / повне уникнення. Соціальні ситуації розподіляються на ситуації взаємодії і ситуації, у яких людина потенційно може стати об'єктом спостереження, та містять 4 підшкали:

- 1) «Шкала страху ситуацій соціальної взаємодії»;
- 2) «Шкала страху ситуацій, у яких людина може стати об'єктом спостережень оточуючих людей»;
- 3) «Шкала уникнення ситуацій соціальної взаємодії»;
- 4) «Шкала уникнення ситуацій, у яких людина може стати об'єктом спостереження оточуючих людей».

При опрацюванні результатів діагностики окремо підраховується сума балів по підшкалам страху і підшкалам уникання, які відображають тенденцію відчувати страх і тенденцію до уникання у широкому спектрі соціальних ситуацій. Загальна сума балів за всіма шкалами визначає ступінь вираження соціальної тривожності [22, с. 32].

Досить продуктивними для вивчення соціальних фобій визнано дві методики американських психологів Д. Уотсона та Р. Фрінда: **«Шкала соціального уникання і дистресу»** і **«Шкала страху негативної оцінки»** (опитувальники вперше були надруковані у 1969 р.).

«Шкала соціального уникнення і дистресу» направлена на оцінку схильності людини уникати соціальні ситуації і відчувати у них дискомфорт. Вона складається із 28 тверджень із вибором відповідей «правильно» і

«неправильно». Умовно опитувальник можна розділити на дві субшкали по 14 питань: соціальне уникнення і соціальний дистрес.

«Шкала страху негативної оцінки» спрямована на вимір рівня тривоги у ситуації оцінювання. Дана методика розроблена як опитувальник для самооцінки, у якому пропонується 30 тверджень з варіантами «вірно» або «невірно». Питання опитувальника стосуються переживань страху у ситуаціях, у яких людину можуть оцінювати інші люди [30].

«Шкала страху негативної оцінки» виміряє центральний конструкт, що лежить в основі соціальних фобій, проте дослідники пропонують доповнювати отримані результати іншими методиками для комплексної, диференційованої оцінки структури соціальних фобій.

Обидва опитувальники володіють достатньо високою внутрішньою узгодженістю та інтекореляційною валідністю. Нормальні значення їх загальних показників дозволяють говорити про значну вірогідність відсутності соціальних фобій у людини, що бере участь у психодіагностичному дослідженні.

Набула свого поширення у психологічній практиці діагностики соціальних фобій тестова методика російського лікаря-психотерапевта, психолога В.Л. Леві «С-тест» / «**Чого ми боїмося**», представлена у його книзі «Приручення страху» у 2007 р.

Опитувальник складається із 60 тверджень (зведений огляд головних людських страхів) для самооцінки загальної кількості власних страхів і їх рівня у той чи іншій життєвій сфері. Кожне твердження пропонується оцінити за шкалою від 0 до 10 балів відповідно до того, на скільки погоджується з його змістом людина, яка проходить діагностику. Після заповнення бланку тесту необхідно підрахувати загальну суму балів і співвіднести її з ключем. Опитувальник має градацію балів, яка визначає 7 типів особистості, серед яких особливого занепокоєння при вивченні соціальних фобій викликають:

1) тета-тривожний тип /221-350 балів – говорить про схильність до страхів і про те, що рівень тривожності людини вище норми (людина потребує допомоги психолога-консультанта);

2) омега-тремтячий тип / 351-550 балів – засвідчує вірогідність наявності фобії, що має нав'язливий характер і звужує межі життєдіяльності людини (виражена потреба у якісній психотерапії);

3) позамежний гіпер-омега тип / вище 551 бала – виступає підтвердженням суцільних страхів і жахів, очікування катастрофи (людина потребує допомоги психіатра та психотерапевта).

Ця тестова методика дозволяє конкретизувати наявність у людини певних видів страхів (береться до уваги показник середнього арифметичного по кожному виду): танатофобії (страхи смерті, болі, хвороб); страхи просторів; соціофобії: соціально-оціночні страхи, страхи виступів, екзаменів, зустрічей; агресофобії (страхи перед агресією); страхи, що пов'язані з залежністю; панфобії (загальні побутові страхи); езофобії (містичні страхи); фортунофобії (страхи перед долею).

За допомогою даної методики можна оцінити динаміку психотерапевтичної роботи, застосовуючи її з певною періодичністю [40].

У 2012 р. російські психологи О.А. Сагалакова та Д.В. Труєвцев презентували авторську психодіагностичну методику **«Опитувальник соціальної тривоги і соціофобії»**, що призначена для диференціальної діагностики, визначення домінуючого типу соціальної тривоги, вираження окремих аспектів прояву страху оцінки у різних ситуаціях. Результати тесту доцільно використовувати як при індивідуальному, так і при груповому консультуванні. Тестова методика складається із 29 пунктів, що представлені у вигляді питань та 4-бальної шкали погодження-непогодження: 1 – «ні», 2 – «скоріше ні», 3 – «скоріше так», 4 – «так». Кожен із пунктів містить указівку на певний тип ситуації оцінювання:

1) соціальна тривога у ситуації бути у центрі уваги, під спостереженням;

2) постситуативна румінація і потреба долати тривогу в експертних ситуаціях;

3) стриманість у вираженні емоцій через страх відкидання і блокування ознак тривоги в експертних ситуаціях;

4) тривога при прояві ініціативи у формальних ситуаціях через страх критики у свою адресу і втрату суб'єктивного контролю;

5) уникнення безпосереднього контакту при взаємодії у суб'єктивно експертних ситуаціях.

Обробка результатів тестування здійснюється у два етапи:

1) оцінка загального вираження соціальної тривоги або соціофобії й оцінка вірогідності виникнення різних стратегій емоційно-когнітивного і поведінкового реагування у ситуаціях оцінювання, загальної схильності до дезадаптації, редукції самореалізації;

2) оцінка вираження різних проявів соціальної тривоги у ряді ситуацій оцінювання для отримання детальної діагностичної інформації.

Про клінічну соціофобію свідчать бали від 60 і більше. Дана методика досліджує особливості соціальної фобії у молодому віці і рекомендована для роботи з людьми від 16 до 35 років. Автори опитувальника зазначають, що при 70 і більше балів слід говорити про клінічну соціофобію в декомпенсації, підвищену вірогідність поведінкових ризиків [70].

Крім зазначених тестових методик у роботі з людиною, у якій спостерігаються основні критерії соціальних фобій, доцільне використання опитувальників, спрямованих на:

1) виявлення підвищеного рівня тривожності;

2) визначення типу, виразності і спрямованості акцентуацій характеру і темпераменту;

3) діагностику особливостей самооцінки і її співвіднесення з рівнем домагань;

4) визначення локус контролю тощо.

2.3. Дослідження психологічних особливостей особистості при гострій реакції на стрес



Сучасна психологічна діагностика володіє значною кількістю методів і методик, спрямованих на вивчення особливостей особистості при гострій реакції на стрес. З їх допомогою фахівці досліджують прояв основних діагностичних критеріїв розладу (представлені у вигляді таблиці 2.3), що пов'язані з наявністю конфліктогенної зони у житті людини.

Таблиця 2.3

Діагностичні критерії гострої реакції на стрес

Різновиди форм гострої реакції на стрес	Діагностичні критерії	
	<i>Окреслені В.В. Домбровською, Б.В. Михайловим, О.К. Напреєнком, С.І. Табачниковим</i>	<i>Окреслені О. Іванцовою, Г. Циганенко</i>
<p>1. <i>Депресивна реакція</i></p> <p>2. <i>Неврастенічна реакція</i></p> <p>3. <i>Істерична реакція</i></p> <p>4. <i>Психастенічна реакція</i></p> <p>5. <i>Параліч емоцій</i></p>	<p>1) наявність незвичайного емоційно-стресового фактору;</p> <p>2) швидкий початок / безпосередньо після стресової події;</p> <p>3) ініціальний стан оглушення; звужений обсяг уваги, тривога, гнів, відчай;</p> <p>4) присутність вегетативних симптомів;</p> <p>5) часткова амнезія епізоду;</p> <p>6) швидке припинення після усунення стресових обставин [38].</p>	<p>1) наявність незвичайного стресового фактору;</p> <p>2) прояв негативних емоцій при згадці травмуючої події, уникання думок про неї;</p> <p>3) погіршення дії вищих психічних функцій;</p> <p>4) прагнення ізоляції, дезорієнтованість, заторможеність;</p> <p>5) знецінення життєвих перспектив;</p> <p>6) відчуття відчаю, розгубленості, безнадії;</p> <p>7) безконтрольна злість, агресивність, оскаженілість, збудливість;</p> <p>8) апатія, втрата почуттів та емоцій, зниження емоційної чутливості;</p> <p>9) втрата апетиту, надмірне вживання алкоголю [27].</p>

У вивченні прояву діагностичних критеріїв гострої реакції на стрес вагоме місце займає **діагностичне та клінічне інтерв'ю**. Дані методи, на точку зору В.Л. Зливкова, С.О. Лукомської та О.В. Федан, спрямовані на пошук достовірної інформації про актуальний стан людини. З їх допомогою визначаються індивідуально-психологічні властивості особистості, симптоми розладу, оцінюються основні захисні механізми. На відміну від бесіди, інтерв'ю допомагає вивчити не лише суб'єктивні скарги, а й приховані мотиви поведінки, сприяє їх усвідомленню самою людиною. Основними принципами застосування методу є: однозначність, послідовність і точність; адекватність інформації; гнучкість проведення опитування, його об'єктивність. У процесі проведення діагностичного та клінічного інтерв'ю важливу роль відіграє мовлення психолога. Бажано, щоб фахівець використовував нейтральну лексику, не зловживав професійними термінами, не перебільшував і не применшував особливості проблеми, з якими до нього звернувся клієнт [66, с. 80].

У діагностичній роботі з гострою реакцією на стрес користується популярністю проєктивна методика **«Тест Люшера»**, розроблена швейцарським психологом М. Люшером у 1948 р. В основі тесту покладено експериментальне дослідження автора з 4500 кольорними тонами. Методика допомагає визначити приховану систему диспозицій людини на систему шкал.

Психологи застосовують два варіанти тесту: скорочений / восьмикольоровий (складається з однієї шкали та декількох додаткових) і повний (включає у себе 7 первісних шкал: одна – восьмиелементна, одна – п'ятиелементна, п'ять – чотирьохелементні та однієї вторинної). Усі шкали тесту пов'язані між собою.

Скорочений варіант «Тесту Люшера» є більш розповсюдженим. До комплекту стимулів входять 8 кольорових карток, які поділяються на групи: основні (червона, синя, жовта, зелена); ахроматичні (сіра, чорна); змішані (фіолетова, коричнева).

Досліджуваній особі пропонується обрати з розташованих перед нею 8 кольорових карт «найбільш приємний» колір, причому непотрібно співвідносити колір з уявленнями про одяг, інтер'єр тощо, а тільки порівнювати певний колір з іншими. Після вилучення першої кольорової карти, пропонується обрати найбільш сприятливий колір з тих, що залишились, поки всі картки не будуть відібрані.

Перший вибір картки визначає бажаний стан, другий вибір – теперішній стан. Обрані людиною позиції мають свої характеристики: 1 – відображає засоби досягнення мети; 2 – показує мету, до якої прагне людина; 3-4 – відображає відчуття людиною тієї ситуації, у якій вона знаходиться; 5-6 – характеризується байдужістю до кольору, нейтральним ставленням до нього; 7-8 – визначає негативне ставлення до кольору, прагнення «придушити» потребу.

Структурне значення кожного кольору описане М. Люшером наступним чином:

- 1) синій – спокій, задоволення, пасивність, зосередженість на внутрішніх проблемах, схильність до самопожертви;
- 2) зелений – цілеспрямованість, настирливість, самовпевненість, критичність відносно інших людей, потреба у збереженні позиції;
- 3) червоний – сила волі, активність, прагнення успіху, рішучість, лідерські тенденції, сексуальність;
- 4) жовтий – оптимістичність, емоційність, розкутість (на перших місцях), розчарування, стресові реакції (на останніх місцях);
- 5) фіолетовий – знижений контроль над емоційною сферою, перевага емоцій над інтелектом, підвищена чутливість до зовнішнього впливу;
- 6) коричневий – підвищена тривожність, втома, перенапруження, потреба у зниженні ступеня впливу негативних факторів;
- 7) чорний – протест проти навколишньої ситуації, непримиренність, суб'єктивізм, протидія впливу ситуативних чинників;
- 8) сірий – пасивність, відхід від соціальних контактів, обмеження у сфері спілкування (переміщується на перші позиції в умовах стресу).

При стресових розладах на перших місцях розміщуються такі кольори як: синій / №1 (потреба відпочити) і жовтий / №4 (очікування змін), коричневий / №6 (фізична та психологічна виснаженість). Можливі такі їхні варіації: №4 і №6 – засвідчують негативний настрій, потребу в емоційній розрядці і відпочинку; №1 і №6, №6 і №1 – почуття занепокоєння, страх самотності, прагнення уникнути конфліктів та стресу; №6 і №4 – стан емоційної напруженості, підвищена тривожність, прагнення уникнути складнощів, позбутися гнітючого відчуття відповідальності. На останніх місцях розташовуються такі кольори, як чорний / №7, фіолетовий / №5 та червоний / №3, що утворюють наступні комбінації: №7 і №5, №5 і №7 – засвідчують стрес, зумовлений обмеженням власної незалежності зовнішніми перешкодами; №5 і №3 – немає можливості реалізувати потребу у збереженні власної індивідуальності, яка б створювала відчуття розуміння і безпеки; №3 і №5 – потреба у співчутті, відчуття власного безсилля; №7 і №3, №3 і №7 – фрустрована потреба у незалежності [66].

За певних ситуацій доцільний у застосуванні **«Колірний тест відносин»** О.М. Еткінда (радянського психолога), розроблений у 1985 р. Це клініко-психодіагностична методика, призначена для вивчення емоційних компонентів відношення людини до значимих для неї людей і відображає свідомі та неусвідомлювані рівні відносин (в основі тесту концепція відносин В. М'ясищева, ідеї Б. Ананьєва про образну природу психічних структур, уявлення О. Леонтєва про чуттєвість смислових утворень особистості).

Тестування виступає кольороасоціативним експериментом, під час якого суттєві характеристики невербальних компонентів відносин до значимих людей і до себе відображаються у колірних асоціаціях. Він дозволяє виявити глибокі та часом неусвідомлювані компоненти відносин, минаючи захисні механізми свідомості.

У «Колірному тесті відношень» використовується набір колірних стимулів М. Люшера (описаний вище скорочений варіант). Під час тестування психолог із досліджуваним складає список осіб, які утворюють його

безпосереднє оточення, а також поняття, що мають істотне значення (форма списку детермінована особливостями особистості та її життєдіяльності). На білому фоні у випадковому порядку перед клієнтом розкладаються кольорові картки, які необхідно підібрати до кожної людини та поняття, відповідно до їх характеру, а не за їх зовнішнім виглядом (при цьому обрані кольори можуть повторюватися). По завершенню асоціативної процедури кольори ранжуються досліджуванним у порядку переваги, починаючи з «приємного» і закінчуючи «неприємним».

Особливості інтерпретації результатів діагностики: якщо з деякою особою або поняттям асоціюються кольори, що займають перші місця у розкладці, це означає, що до даної людини або поняття клієнт ставиться позитивно, емоційно приймає, задоволений відповідним ставленням. Навпаки, якщо з ними асоціюються кольори, що займають останні місця у розкладці, – досліджуваний відноситься негативно, емоційно відкидає [66].

Р.В. Купріянов, Ю.М. Кузьміна при психодіагностиці стресу рекомендують скористатися коротким варіантом **«Методики визначення домінуючого стану»**. Опитувальник розроблено Л.В. Куліковим і оприлюднено у 2003 р. Даний тест призначений для ситуацій з обмеженим часом для дослідження, спрямований на визначення характеристик настроїв, характеристик особистісного рівня психічних станів за допомогою суб'єктивних оцінок. Основне призначення методики полягає у діагностиці відносно стійких / домінуючих станів [65, с. 30].

Досліджуваному пропонують оцінити 42 ознаки, що описують стан, поведінку, ставлення до певних явищ, визначившись, наскільки вони для нього характерні. Для цього йому необхідно скористатись спеціальною шкалою: «повністю погоджуюсь»; «погоджуюсь у малій мірі»; «погоджуюсь майже наполовину»; «погоджуюсь наполовину»; «погоджуюсь більше, ніж наполовину»; «погоджуюсь майже повністю»; «погоджуюсь повністю».

Параметрами для оцінки результатів діагностики виступають основні шкали: 1) «Активно-пасивне ставлення до життєвої ситуації»; 2) «Тонус:

високий-низький»; 3) «Спокій-тривога»; 4) «Стійкість-нестійкість емоційного тону»; 5) «Задоволеність-незадоволеність життям у цілому»; контрольна шкала 6) «Позитивно-негативний образ самого себе».

При інтерпретації результатів діагностики психологу слід звернути особливу увагу на низькі показники за наведеними вище шкалами, оскільки вони засвідчують:

1) пасивне ставлення до життєвої ситуації, песимістичність позиції, невіру у можливість успішного подолання перешкод;

2) незібраність, втому, схильність проявляти астенічні реакції на труднощі, що виникли;

3) схильність відчувати хвилювання у широкому колі життєвих ситуацій, бачити загрозу благополуччю без реальних причин / відчуття майбутньої загрози;

4) зниження емоційної стійкості, емоційне збудження, підвищена дратівливість, перевага негативного емоційного тону;

5) незадоволеність життям, процесом самореалізації; низька оцінка особистісної успішності, ухиляння від необхідності робити вибір;

6) висока самокритичність, бажання бути щирим, негативне ставлення до себе [61].

Цінні матеріали для психолога у вивченні діагностичних критеріїв гострої реакції на стрес можуть надати й інші психологічні методики, підбір яких зумовлюється характером стресогенних дій, особистісними особливостями постраждалого.

2.4. Застосування діагностичних методик у роботі з посттравматичним стресовим розладом



Цілком очевидно, що між гострим стресовим розладом та посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) дуже багато спільного, проте

психологу під час діагностики важливо пам'ятати про строки появи і особливості перебігу діагностичних ознак розладів (описані у 1 розділі / п. 1.4).

Особливе місце у діагностиці ПТСР займає **«Опитувальник симптомів ПТСР»**, спрямований на виявлення осіб із ПТСР та попередню постановку діагнозу «ПТСР». Методика розроблена колективом науковців (Ф. Везерс, Т. Кін, Б. Літц, Б. Маркс, П. Палмієрі, П. Шнур) і представлена у 2013 р. В Україні використовується адаптована версія тесту.

Текст опитувальника складається із 2 частин. У 1 частині необхідно надати відповіді та стисло описати найгіршу подію свого життя (запитання спрямовані на визначення того, як давно трапилася подія, чи була реальною загроза життю або отримання травм, як вдалося її пережити і т.п.); 2 частина містить перелік 20 проблем і скарг, які необхідно оцінити відносно вираження у себе протягом останнього місяця (шкали для оцінки: ніколи, рідко, помірно, часто, дуже часто). Для роботи над методикою необхідно від 5 до 10 хвилин.

Для інтерпретації результатів тесту важливо визначити характер вираження симптомів шляхом підсумовування балів за відповіді на усі питання тесту. Про попереднє припущення наявності ПТСР можна говорити у ситуації, якщо клієнт на кожен пункт опитувальника ставить оцінку від 2 до 4 балів [60].

Значущою для роботи є **«Шкала для клінічної діагностики ПТСР»**, розроблена у двох варіантах (Ф. Везерс, 1992; Ф. Везерс, 1993). Перший – призначений для діагностики тяжкості поточного ПТСР як упродовж минулого місяця, так і в посттравматичному періоді у цілому. Другий – використовується для диференційованої оцінки симптоматики протягом останніх двох тижнів.

Особливості поетапної роботи з методикою:

- 1) виявлення травматичної події;
- 2) визначення переживання травматичної події, що постійно повторюється; дослідження інтенсивних важких переживань при обставинах, що символізують / нагадують травматичну подію; виявлення відчуттів, неначе травматична подія відбулася знову; вивчення снів про події, що викликають

важкі переживання і мають тенденції до повторення (їх частота та інтенсивність);

3) дослідження стійкого уникнення подразників, що асоціюються з травмою або «блокування» загальної здатності до реагування; вивчення частоти та інтенсивності зусиль, направлених на уникання думок і почуттів, пов'язаних з травмою; зусиль, спрямованих на уникнення дій або ситуацій, які викликають спогади про травму; нездатності згадати важливі аспекти травми; втрати інтересу до улюблених занять; почуття відстороненості або відчуження від оточуючих; зниження рівня афекту; відчуття відсутності перспектив на майбутнє;

4) визначення стійких симптомів підвищеної збудливості, які не спостерігалися до травми; вивчення частоти та інтенсивності труднощів, пов'язаних із засинанням і збереженням нормального сну; роздратованості та приступів гніву; труднощів концентрації уваги; підвищеної настороженості; перебільшеної реакції на раптовий стимул; фізіологічної реактивності при обставинах, що нагадують / символізують травматичну подію;

5) зазначення тривалості періоду.

За допомогою цієї методики можна визначити ступінь поліпшення стану при повторному дослідженні у порівнянні з попереднім, валідність результатів і загальну інтенсивність симптомів [35].

Цінну інформацію у процесі вивчення діагностичних ознак ПТСР може надати використання **«Опитувальника посттравматичних когніцій»**, створеного А. Елерс, Д. Кларк, С. Орсіло, Д. Толін, Е. Фoa у 1999 р. для оцінки трьох видів посттравматичних когніцій:

- 1) негативних думок про себе;
- 2) негативних думок про оточуючий світ;
- 3) самозвинувачення.

Теоретичним підґрунтям опитувальника є визначальна роль негативних і дисфункціональних когніцій в етіології та перебігу посттравматичного

стресового розладу. Окрім дорослого варіанту методики, існує його дитяча версія.

Досліджуваному пропонується 33 твердження, які необхідно оцінити за шкалами: «абсолютно не згодний», «переважно не згодний», «частково не згодний», «ставлюсь нейтрально», «більше не згодний», «переважно згодний», «абсолютно згодний». Обробка тесту полягає у співвіднесенні результатів діагностики із ключем. Далі необхідно підрахувати загальні бали за шкалами: «Негативні думки про себе», «Негативні думки стосовно світу», «Самоїдство». При співвіднесенні отриманих результатів з нормативними даними можна визначити характер травмування: травма відсутня; травма є, але це не ПТСР; травма з ПТСР [66].

В. Корольчук пропонує з діагностичною метою у роботі з ПТСР застосовувати **«Шкалу оцінки впливу травматичної події»**, що була опублікована у 1979 р. М. Горовицем у співавторстві з Н. Вілнером.

У створенні цієї методики значну роль відіграли реальні емпіричні дослідження М. Горовиця:

1) одне з них було присвячено вивченню взаємозв'язку уяви і стресових розладів (дозволило виявити нав'язливі образи, що супроводжують травматичний досвід);

2) у другому дослідженні було проаналізовано симптоми і поведінкові характеристики для пошуку стратегій індивідуального лікування залежно від різних стресорів: хвороби, нещасного випадку, втрати коханої людини.

У результаті зазначених досліджень сформувався теоретичні уявлення про існування двох найбільш специфічних категорій переживань, що виникають у відповідь на вплив травматичних подій:

1) симптоми вторгнення – це нічні кошмари, що містять нав'язливі почуття, образи або думки;

2) симптоми уникнення, що охоплюють спроби пом'якшення або уникнення переживань, пов'язаних із травматичною подією, зниження реактивності [35].

Спочатку опитувальник налічував 15 пунктів-описів переживань людей, які перенесли важкі стресові ситуації (включали субшкали «вторгнення» і «уникнення»), проте у подальшому тест був доповнений новими пунктами й у загальному вигляді став складатися із 22 описів. Метою додавання нових пунктів стало введення субшкали «фізична збудливість».

Людині під час тестування необхідно прочитати пункти-описи і оцінити кожен за відповідною шкалою: ніколи, рідко, іноді, часто. Результати тестування співвідносяться із ключем, за яким підраховуються загальні суми балів окремо за субшкалами для встановлення низьких, середніх і високих показників.

Крім зазначених методик у діагностичній практиці у роботі з ПТСР використовуються:

1) **«Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій»** – це опитувальник-самозвіт. Т. Кін зі співавторами розробили його у 1987 р. для вивчення ПТСР у військовослужбовців, які побували у зоні бойових дій; а у 1995 р. був опублікований цивільний варіант шкали, валідизований на вибірці цивільних осіб зі встановленим діагнозом ПТСР;

2) **«Симптоматичний опитувальник»** – це клінічна тестова і скринінгова методика, призначена для оцінки патернів психологічних ознак у психіатричних пацієнтів і здорових осіб, створена у 1994 р. Автор – Л. Дерогатіс;

3) **«Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків»** – тест, який рекомендований для вивчення стану людини після впливу надзвичайних факторів (знаходження в екстремальних умовах). Методика розроблена І.О. Котєневим у 1996 р.;

4) **«Перелік життєвих подій»** – це самозвіт, спрямований на визначення потенційно травматичних подій у житті респондента; розробники: Д. Блейк, Ф. Везерс, Д. Калупек, Т. Кін, Б. Маркс, П. Шнур (2013 р.).

У практиці застосовують й інші діагностичні методики, які зокрема реєструють: стресори (вид, тривалість, інтенсивність тощо), ознаки оцінки

(контрольованість, каузальна атрибуція тощо), ознаки стресових емоцій (види емоцій, інтенсивність, тривалість тощо), ознаки копіngu (типи реакцій), використання яких зумовлене конкретним випадком у практичній діяльності.

2.5. Психологічне дослідження при розладах адаптації



У ситуації припущення / спростування гіпотези щодо розвитку розладу адаптації у клієнта, психолог має оцінити наявність стресорів у його житті і визначити, наскільки вони можуть бути сильними, щоб викликати прояв діагностичних критеріїв розладу адаптації (таблиця 2.4). У діагностичній роботі важливо звернути особливу увагу на те, чи відсутні у людини ознаки ПТСР, депресії, тривожного розладу.

Таблиця 2.4

Діагностичні критерії розладу адаптації

Різновиди реакцій при розладах адаптації	Діагностичні ознаки
	1) розвиток протягом 1 місяця після стресової події або зміни в житті; 2) зв'язок симптоматики зі стресовою подією; 3) тривалість рідко більше 6 місяців.
<i>Короткочасна депресивна реакція</i>	Стан легкої депресії (не більше місяця) без порушень особистості та поведінки.
<i>Пролонгована депресивна реакція</i>	Легкий депресивний стан, як реакція на затяжну стресову ситуацію, що триває не більше 2 років.
<i>Змішана тривожна і депресивна реакція</i>	Тривожна і депресивна симптоматика, що за інтенсивністю не перевищує змішаний тривожний і депресивний розлад.
<i>Реакція з переважанням емоційних порушень</i>	Наявні тривога, депресія, відчуття неспокою, напруженість і гнів, але їх вираження недостатнє для діагностики більш специфічних тривожних або депресивних розладів.
<i>Реакція з переважанням порушень поведінки</i>	Агресивні або дисоціальні форми у структурі реакції горя.
<i>Змішаний розлад емоцій і поведінки</i>	Емоційні порушення, порушення соціальної поведінки.

Для діагностики розладу адаптації, зважаючи на специфіку його різновидів, психологами використовуються різні психологічні тестові

методики, серед яких популярністю характеризується **опитувальник «САН» (самопочуття, активність, настрій)**. Тест був розроблений у 1973 р. колективом авторів, до якого увійшли: В. Доскін, Н. Лаврентьєва, М. Мірошніков, В. Шарай. Він призначений для оперативної оцінки психоемоційного стану дорослої людини на момент обстеження.

Опитувальник створено у вигляді таблиці (карти), до якої входить 30 пар протилежних характеристик, що відображають особливості психоемоційного стану: самопочуття людини, її активність і настрої. Кожен стан у методиці представлений 10 парами слів. На бланку для діагностики між полярними характеристиками, що утворюють пари, розміщено рейтингову шкалу, за якою досліджуваному необхідно відзначити ступінь вираження тої чи іншої характеристики відносно свого стану (від 1 до 7 балів).

Для опрацювання результатів діагностики необхідно отримані бали співвіднести з ключем, підрахувати загальну суму за кожною зі шкал («Активність», «Настрій», «Самопочуття») і визначити середнє арифметичне. Про несприятливий стан людини свідчать низькі показники. Зауважимо на те, що під час аналізу функціонального стану важливі не лише окремі значення за шкалами, а й їх співвідношення [52].

Важливу інформацію для роботи надає **«Методика визначення стресостійкості і соціальної адаптації»**, розроблена американськими психіатрами Р. Раге та Т. Холмсом у 1967 р. Це опитувальник, призначення якого полягає у визначенні рівня стресового стану людини на момент обстеження, прогнозу його стресостійкості. До структури тесту входить перелік із 43 розповсюджених життєвих подій, що у тій чи іншій мірі є стресогенними для людини і можуть викликати емоційні переживання, порушення нормального ритму життя, тривожність, депресію тощо. Ці події проранжовані та розміщені по зменшенню стресогенності: на початку списку розташовані найбільш психотравмуючі ситуації, а в кінці – найменш травмуючі. Особливістю шкали є те, що стресогенність події визначається лише

інтенсивністю переживання, вона не має знака (тобто хвороба або одруження вважаються практично однаково стресогенними).

Під час опитування людині необхідно відзначити у переліку ті події, які з нею трапилися за останній рік. Якщо вони виникали частіше одного разу, то бали, що відповідають ситуаціям, необхідно помножити на кількість випадків. У подальшій роботі з тестом підраховується загальна кількість балів і визначається середнє арифметичне. З його допомогою встановлюється ступінь стресового навантаження і одночасно ступінь супротиву стресу. Про загрозову для людини стресову ситуацію свідчить велика кількість балів. Якщо за результатами опитування було отримано 300 і більше балів, то для досліджуваного характерними є низька стресостійкість і вразливість (він відчуває високий ступінь стресового навантаження, витрачає значну частину своєї енергії та ресурсів на боротьбу з негативними психологічними станами, що виникають під час стресу; людина близька до нервового виснаження) [60].

Інформативною у роботі є **«Методика експрес-діагностики стану стресу»** К. Шрайнера, оприлюднена у 1993 р. З її допомогою можна визначити особливості переживання стресу (ступінь самоконтролю та емоційної лабільності у стресових умовах). Вона призначена для роботи з особами старше 18 років і складається із 9 тверджень, з якими людина має погодитися або заперечити їх зміст. Після опрацювання тверджень досліджуваним підраховується кількість позитивних відповідей і визначається рівень саморегуляції у стресових ситуаціях. При максимальних показниках визначається слабкий рівень регуляції у стресових ситуаціях (це означає, що людина характеризується високим рівнем втоми і виснаження, не уміє володіти собою у стресовій ситуації) [52].

Ю.М. Кузьміна та Р.В. Купріянов пропонують додати до психодіагностичного інструментарію багаторівневий особистісний опитувальник **«Адаптивність»**, що був розроблений у 1993 р. російськими психологами А.Г. Маклаковим та С.В. Чермяніним. З його допомогою вивчають адаптаційні можливості індивіда на основі оцінки психофізіологічних

і соціально-психологічних характеристик особистості, що відображають інтегральні особливості психічного і соціального розвитку [65].

В основу методики покладено уявлення про адаптацію, як про безперервний процес активного пристосування людини до постійно мінливих умов соціального середовища та професійної діяльності. Опитувальник містить 165 питань і має наступні шкали: «Достовірність», «Нервово-психічна стійкість», «Комунікативні здібності», «Моральна нормативність», «Особистісний адаптивний потенціал».

Опитувальник налічує 4 структурних рівня, за допомогою яких можна отримати інформацію різного обсягу та характеру:

1) шкали 1 рівня (самостійні) відповідають шкалам ММРІ і дозволяють отримати типологічні характеристики особистості;

2) шкали 2 рівня співвідносяться зі шкалами опитувальника «Дезаптаційні порушення», з їх допомогою виявляють астенічні і психотичні реакції та стани;

3) шкали 3 рівня визначають комунікативний потенціал людини, моральну нормативність, особливості поведінкової регуляції;

4) шкали 4 рівня досліджують особистісний адаптаційний потенціал.

Обробку результатів проводять за чотирма ключами відповідно до шкал. Шкала достовірності оцінює ступінь об'єктивності відповідей (у разі, якщо загальна кількість «сирих» балів перевищує 10, то отримані дані вважають недостовірними). Підсумкову оцінку за шкалою «Особистісний адаптивний потенціал» можна отримати шляхом простого підсумовування сирих балів за трьома шкалами «Нервово-психічна стійкість», «Комунікативні здібності», «Моральна нормативність».

Психолог повинен звернути особливу увагу, якщо результати діагностики за шкалами методики мають низькі показники:

1) низький рівень нервово-психічної стійкості засвідчує низький рівень поведінкової регуляції, схильність до нервово-психічних зривів, відсутність адекватності самооцінки і реального сприйняття дійсності;

2) низький рівень комунікативних здібностей говорить про утруднення у побудові контактів з оточуючими, прояв агресивності, підвищення конфліктності;

3) низький рівень моральної нормативності означає, що людина не може адекватно оцінити своє місце і роль у колективі, не намагається дотримуватися загальноприйнятих норм поведінки;

4) низькі показники особистісного адаптивного потенціалу свідчать про те, що психічний стан можна охарактеризувати як граничний стан (можливі нервово-психічні зриви, є потреба у консультації / допомозі психіатра).

У роботі з розладом адаптації добре себе зарекомендували проєктивні методики, що спрямовані на множинну проєкцію конфліктної ситуації у проєктній продукції, а також методики, з допомогою яких можливе виявлення конфліктогенних відносин.

2.6. Оцінка виразності негативних емоцій при переїданні



Переїдання – це психічний розлад, що супроводжується емоційною нестабільністю та значною виразністю негативних емоцій (таблиця 2.5), які різко знижують життєдіяльність людського організму, його сили, виступають найвизначнішим феноменом внутрішнього життя людини.

Таблиця 2.5

Діагностичні критерії переїдання

Діагностичні ознаки	Особливості негативних емоцій, пов'язаних з ознаками
Наявність життєвих труднощів	Повторюваність негативних емоцій.
Безконтрольне споживання їжі	Дратівливість, занепокоєння, тривога, почуття неповноцінності, туга, сум, розчарування, спустошеність.
Приховання фактів переїдання	Самотність, відчуженість, безсилля, огида, сором.
Їжа асоціюється з життям, покращує самопочуття на деякий час	Відчуття провини (чим більше споживається їжі, тим значніші відчуття).

Виразність негативних емоцій при переїданні можна дослідити, застосовуючи у роботі з клієнтом **«Шкалу диференціальних емоцій»**, розроблену відомим американським психологом К. Ізардом у 1972 р. Це своєрідний самозвіт, створений для оцінки вираження індивідом фундаментальних емоцій або їх комплексів. В його основу покладено теорію диференціальних емоцій К. Ізарда, згідно з якою окремі емоції є мотиваційними процесами, що по-різному переживаються особистістю.

У **«Шкалі диференціальних емоцій»** розвиваються положення про існування 10 базових емоцій, що становлять основу усього емоційного життя людини. До них відносяться: емоції інтересу, радості, здивування, горя, гніву, презирства, відрази, страху, сорому та провини. Щоб результати обстеження були достовірними, досліджуваний у процесі діагностики має проявити активність і відвертість.

Тест складається із 49 пунктів, які відповідають різним відтінкам емоційних переживань. Їх необхідно співвіднести з власним самопочуттям на даний момент і оцінити за шкалою: 1 – «зовсім мені не підходить», 2 – «мабуть що так», 3 – «так», 4 – «абсолютно підходить мені». У цій методиці усі шкали прямі, тобто зростання оцінок по них безпосередньо відповідає збільшенню сили емоційного переживання. Для обробки результатів підраховуються суми балів за кожним рядком бланка. Самопочуття досліджуваного визначаються домінуванням емоції, що вирізняється більшою кількістю балів.

У 2003 р. здійснено адаптацію методики російськими психологами (над цим завданням працювали: О. Леонова, М. Капіца). В адаптованій версії до класичної обробки отриманих даних додано побудову профілю, індекс позитивних, індекс гостро негативних та індекс тривожно-депресивних емоцій [66].

Досить схожа на **«Шкалу диференціальних емоцій»** методика **«Самооцінка емоційних станів»** американських психологів А. Уессмана і Д. Рікса. Це досить простий опитувальник для самооцінки емоційних станів. Вимірювання у цій методиці проводиться за десятибальною системою.

Досліджуваному необхідно обрати у кожному із запропонованих наборів тверджень те, яке найточніше відображає стан на даний момент.

Методика складається із 40 тверджень, які згруповано по 10 до кожної шкали: 1) шкала «Спокійність-тривожність»; 2) шкала «Енергійність-втомленість»; 3) шкала «Піднесення-пригніченість»; 4) шкала «Впевненість у собі-безпорадність». Для обробки результатів діагностики необхідно спочатку визначити показники за кожною зі шкал, а потім обчислити інтегральний показник емоційного стану [26].

Низькі показники за шкалою «Спокій-тривожність» свідчать про закомплексованість, нервовість, невпевненість, напруженість, нерішучість, полохливість досліджуваного. Про його пасивність, інертність, млявість, апатичність, байдужість говорять мінімальні бали за шкалою «Енергійність-втома». Якщо людина під час діагностики отримала 1-4 бали за шкалою «Піднесеність-пригніченість», то можна зазначити, що їй властива сором'язливість, нерішучість, пригнобленість, пригніченість, подавленість. Низькі показники за шкалою «Впевненість у собі-почуття безпорадності» свідчать про слабкий характер, несміливість, слабку волю випробовуваного. За сумарною оцінкою стану досліджуваного можна визначити вираження його емоційного виснаження (про це свідчать мінімальні показники).

О.В. Барканова для вивчення емоційної сфери пропонує короткі **методики експрес-діагностики** психоемоційних особливостей і станів людини російського психолога В.В. Бойко, розроблені наприкінці 1990 р.:

1) **«Методика експрес-діагностики особистісної схильності до зниженого настрою»** містить 12 тверджень, які досліджуваному необхідно співвіднести з собою. За шкалою до опитувальника визначається, чи наявна тенденція до постійного зниження настрою, що визначає стиль життя;

2) **«Методика експрес-діагностики схильності до афективної поведінки»** складається із 11 ситуацій, з якими необхідно порівняти свою поведінку. Чим більше позитивних відповідей за результатами тестування, тим

яскравіше виражений дисфункціональний стереотип емоційної поведінки у досліджуваного;

3) **«Методика експрес-діагностики емоційної реакції на впливи стимулів навколишнього середовища»** містить 39 тверджень до яких необхідно підібрати найбільш близький варіант відповіді. Під час обробки результатів діагностики необхідно врахувати два параметри: тип емоційної реакції (ейфорична активність зовні, ейфорична активність всередині, дисфорична активність всередині) і характер стимулів (позитивні, амбівалентні, нейтральні); якщо виявлено домінування варіанту відповідей «В» (дисфорична реакція), психологу необхідно звернути особливу увагу на емоційну систему клієнта у цілому, оскільки така людина позитивні і негативні стимули сприймає як негативні переживання;

4) **«Методика експрес-діагностики некерованим емоційним збудженням»** передбачає ознайомлення клієнта з 12 питаннями, на які необхідно чітко визначитися з відповіддю («так» чи «ні»). Підрахунок балів здійснюється на основі врахування кожної стверджувальної відповіді. Максимальні бали за даною методикою свідчать про високий рівень імпульсивності, некерованості емоційним збудженням, що може призводити до проблем у стосунках;

5) **«Методика експрес-діагностики перешкод і встановлення емоційних контактів»** містить 25 тверджень, з якими пропонується погодитися або заперечити (до перешкод у встановленні емоційних контактів належать: невміння керувати емоціями, дозувати їх, неадекватний прояв емоцій, негнучкість, невиразність емоцій, домінування негативних емоцій, небажання зближуватися з іншими людьми на емоційній основі). Значимість кожної конкретної «перешкоди» визначається після співвіднесення відповідей з ключем при наявності вагової кількості балів [52].

Важливим доповненням до загальної діагностичної картини можуть стати результати тестування за **«Методикою оцінки психічної активності, інтересу, емоційного тону, напруги і комфорту»**, що розроблена у 1990 р.

російськими психологами Л. Курганським та Т. Немчиним. Опитувальник призначений для визначення особливостей психічного стану людини за показниками психічної активності, інтересу, емоційного тону, напруги і комфорту. Для його розробки було використано модифікований стимульний матеріал до опитувальника «САН».

Відповідно до інструкції, досліджуваному подають перелік із 20 полярних станів, які йому необхідно оцінити стосовно себе, скориставшись рейтинговою шкалою. Його відповіді у подальшому обробляються за ключами, за якими визначається конкретний психічний стан та ступінь його вираження (високий, середній, низький). Специфіка інтерпретації результатів діагностики полягає у тому, що чим гірший психічний стан випробуваного, тим більшу кількість балів він набирає за кожною характеристикою [52].

Важливо зауважити на те, що крім тестових опитувальників при дослідженні негативних емоцій клієнта з проявом діагностичних критеріїв, характерних для переїдання, цінним інструментом психолога можуть стати малюнкові проєктивні методики. Вони добираються для діагностики відповідно віку людини та спрямованості запиту про допомогу / скарг.

2.7. Засоби виявлення емоційної нестабільності при безсонні неорганічної природи



Безсоння неорганічної природи у якості первинного чинника має емоційний чинник. Емоційна нестабільність виступає основним об'єктом діагностичного дослідження у роботі з людиною, яка страждає на даний різновид психічного розладу (його діагностичні критерії представлено у таблиці 2.6).

Емоційна нестабільність, на точку зору Л.А. Мацко, Т.В. Первушиної, М.Д. Прищака, зумовлюється динамікою процесів збудження-гальмування у півкулях головного мозку (про емоційну нестабільність свідчить переважання або процесу збудження, або процесу гальмування). Якщо при емоційній

стабільності реакція за своєю силою і тривалістю відповідає фактору, що викликає дану емоційну реакцію, то при емоційній нестабільності реакція на подразник неадекватна та проявляється у надмірній чутливості, емоційності, тривожності, схильності засмучуватися через дрібниці, хворобливо переживати невдачі [58, с. 8].

Таблиця 2.6

Діагностичні критерії безсоння неорганічної природи

Діагностичні ознаки	Патопсихологічні діагностичні критерії	Різновиди безсоння
1) труднощі, пов'язані зі засинанням; 2) поверховий, чуйний, тривожний сон; 3) неякісний сон; 4) тривога перед сном; відчуття напруги; 5) порушення сну мінімум 3 рази на 1 тиждень протягом 1 місяця; 6) утруднення функціонування особистості через безсоння.	1) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного характеру; 2) наявність астеничних порушень і змін пізнавальних процесів.	<i>Легке безсоння</i> <i>Помірне безсоння</i> <i>Тяжке безсоння</i>

Для вивчення емоційної нестабільності при проявах безсоння використовується великий «арсенал» психодіагностичного інструментарію, у якому особливе місце займає тест «**Самооцінка психічних станів**» британського психолога Г. Айзенка. Даний опитувальник спрямовано на вивчення психічних станів, таких як тривожність (схильність людини до переживання тривоги / низький поріг виникнення реакції тривоги), фрустрація (психічний стан який виникає внаслідок реальної / уявної перешкоди, що заважає досягненню мети), агресивність (підвищена психологічна активність, прагнення лідерства шляхом застосування сили відносно інших людей), ригідність (труднощі у змінах, що об'єктивно потребують перебудови).

Для оцінки зазначених станів досліджуваному пропонується співвіднести 40 тверджень, що розділені на 4 групи, зі шкалами: «підходить Вам», «підходить, але не дуже», «зовсім не підходить». Для обробки результатів діагностики необхідно підрахувати кількість балів до кожної групи тверджень.

Високі показники за кожною групою означають, що людина, яка проходила тестування, дуже тривожна; у неї низька самооцінка, значна фрустрованість; вона нестримна, агресивна, має труднощі у спілкуванні з іншими людьми; характеризується сильною ригідністю, незмінністю поведінки, поглядів, переконань, навіть якщо вони не відповідають реальності [41, с. 78].

Альтернативою тесту Г. Айзенка є **«Шкала емоційного збудження»**. Автор – австралійський психолог В. Брайтвейт (1987 р.). Адаптована версія розроблена російськими психологами О.О. Рукавішніковим та М.В. Соколовою. Тест орієнтований на дослідження загальної емоціональності, гніву, боязкості та відсутності контролю над емоціями. Методика містить 15 пунктів, що діагностують ступінь вираження компонентів збудження. Досліджуваному необхідно оцінити ступінь погодження із запропонованими твердженнями, скориставшись спеціальними шкалами: «ні, це на мене зовсім не схоже»; «ні, це на мене не дуже схоже»; «важко відповісти»; «так, це дещо схоже»; «так, це на мене дуже схоже». Обробка результатів діагностики здійснюється за ключем шляхом підрахунку загальної кількості балів за окремими показниками та по опитувальнику у цілому [48, с. 78].

Різні аспекти емоційної нестабільності детально вивчаються при запровадженні у психодіагностичну роботу проєктивних методів, серед яких:

1) проєктивна методика **«Автопортрет»** в адаптації російських психологів Є.С. Романової і С.Ф. Потьомкіної (1991 р.). Даний тест розроблено для вивчення індивідуально-типологічних характеристик особистості, що ґрунтуються на уявленні людини про себе, свою зовнішність і самоставленні. За інструкцією до методики досліджуваному необхідно намалювати свій автопортрет. Завдання психолога полягає у детальному його аналізі. Особлива увага звертається на наступні аспекти: реалістичність зображення, його емоційність, рефлексивність власного стану [41, с. 500];

2) проєктивна методика **«Малюнок людини»**, розроблена американським клінічним психологом К. Махвер у 1946 р. для визначення індивідуальних особливостей особистості. Випробуваному пропонується на

аркуші паперу намалювати людину, бажано у повний зріст. Під час виконання завдання психолог протоколює процес малювання, фіксуючи коментарі, зони ускладнення, невербальні реакції тощо. По завершенню малюнка клієнту пропонується скласти історію про намальований персонаж, йому задаються уточнюючі питання про життя і діяльність намальованої людини. Задум методики полягає у тому, що через образ намальованої людини можливе вираження особливостей самосвідомості (малюнок – проекція Я). Аналіз малюнка людини здійснюється на різних рівнях: феноменологічному рівні (основне завдання – скласти загальне уявлення про малюнок і спробувати зрозуміти його зсередини); аналітичному рівні (аналізується послідовність виконання, варіанти повернення до намальованого, посилення деталей, стирання, групування, графічна презентація, якість малюнка і т.п.); змістовому рівні (усі деталі малюнка інтерпретуються з урахуванням їх функціональної значимості для досліджуваного) [19].

Цінну інформацію для психологічного дослідження при безсонні неорганічної природи можуть надати методики, спрямовані на діагностику депресивності та тривожності. Їх використання зумовлюється особливостями конкретного випадку.

2.8. Використання тестових методик для визначення рівня особистісної успішності при зловживанні антидепресантами



Зловживання антидепресантами – це специфічний розлад, що виникає при необґрунтованому та досить тривалому прийомі спеціальних медикаментів. Наслідки зловживання антидепресантами проявляються у виражених соматичних та психоемоційних порушеннях. М.Б. Коробіцина визначає провідним діагностичним критерієм розладу знижений рівень успішності особистісного та психосоціального функціонування. Цю точку зору розділяють В.В. Домбровська, Б.В. Михайлов, О.К. Напреєнко, С.І. Табачніков. Основні діагностичні критерії розладу зазначено у таблиці 2.7.

Діагностичні критерії зловживання антидепресантами

Діагностичні критерії	Патопсихологічний діагностичний критерій
1) відсутність медичних передумов для застосування антидепресантів; 2) вегетативні порушення; 3) переконаність людини у неможливості «скасування» препарату; 4) астеничні прояви; 5) тривале вживання, не зважаючи на шкоду для фізичного та соціального функціонування і усвідомлення цього [38].	Знижений рівень успішності особистісного або психосоціального функціонування [33, с. 57].

Діагностика зниженого рівня успішності особистісного або психосоціального функціонування здійснюється на основі використання різних психологічних методик, серед яких «**Шкала психологічного благополуччя**», розроблена американською дослідницею К. Ріфф (1995 р.). Цінність опитувальника у тому, що він дозволяє виміряти суб'єктивну й об'єктивну сторону психологічного благополуччя. У 2005 р. ця методика була адаптована та перекладена на російську мову Т.Д. Шевеленковою та Т.П. Фесенко.

Російськомовна версія складається із 84 пунктів стосовно яких людина визначає свою позицію: «абсолютно не погоджуюся», «не погоджуюся», «скоріше не погоджуюся», «скоріше погоджуюся», «погоджуюся», «абсолютно погоджуюся». Твердження опитувальника мають як прямий (позитивний), так і зворотний (негативний) сенс щодо характеристик психологічного благополуччя.

По опрацюванню пунктів досліджуваним психолог здійснює підрахунок сирих балів. У роботі з людиною, щодо якої виникає гіпотеза про зловживання нею антидепресантами, його основна увага повинна зосереджуватися на мінімальних показниках за основними шкалами, оскільки:

1) низькі показники за шкалою «Позитивне ставлення до інших» свідчить про обмежену кількість довірливих стосунків з оточуючими, людині важко

бути відкритою, проявляти тепло та піклування, вона ізольована та фрустрована, не бажає йти на компроміси з іншими людьми;

2) мінімальні бали за шкалою «Автономія» характеризують досліджуваного як людину, яка дуже залежить від думок і оцінки оточуючих, у прийнятті рішень вона покладається на інших;

3) низькі бали за шкалою «Управління оточенням» засвідчують труднощі досліджуваного в організації повсякденної діяльності, його нездатність змінити чи покращити свою життєву ситуацію;

4) дуже низькі бали за шкалою «Особистісне зростання» говорять про усвідомлення людиною відсутності свого розвитку, переживання відсутності покращень у напрямку самореалізації, нездатність змінити свою поведінку;

5) мінімальні бали за шкалою «Життєві цілі» свідчать про втрату сенсу життя, відсутність перспектив і переконань, що визначають життєдіяльність;

б) низькі бали за шкалою «Самоприйняття» характеризують досліджуваного як людину, яка не задоволена собою, розчарована подіями свого минулого, бажає бути не тою, якою є насправді.

Крім основних шкал у даній методиці вирізняють і додаткові: «Баланс ефекту» (високі оцінки за шкалою свідчать про негативну самооцінку, незадоволеність життєвими обставинами, відчуття власного безсилля); «Осмисленість життя» (низькі бали за шкалою вказують на неосмисленість життя); «Людина як відкрита система» (мінімальні бали за шкалою характеризують особистість як таку, яка нездатна інтегрувати окремі аспекти свого життєвого досвіду) [85].

Досить поширеною у психодіагностичній практиці є методика «**Шкала суб'єктивного благополуччя**», розроблена у 1988 р. французькими психологами під керівництвом А. Перуе-Бадю і адаптована М.В. Соколовою. Це якісний скринінговий психодіагностичний інструмент для виміру емоційного компоненту суб'єктивного благополуччя, який оцінює якість емоційних переживань людини у діапазоні від оптимізму, бадьорості та упевненості у собі до подавленості, роздратованості та відчуття самотності.

Тест складається з 17 тверджень, зміст яких пов'язаний з емоційним станом, соціальною поведінкою та деякими фізичними симптомами. Людині необхідно визначити ступінь погодження із запропонованими твердженнями за семибальною шкалою. Методика містить 6 кластерів: «Напруга і чутливість» (визначає наявність або відсутність значимих негативних емоцій у зв'язку з особливостями спілкування і діяльності); «Ознаки, що супроводжують основну психіатричну симптоматику» (наявність або відсутність симптомів психічних відхилень); «Зміни настрою» (позитивний або негативний емоційний фон психічного стану досліджуваного); «Значимість соціального оточення» (реалізація або незадоволення потреби у спілкуванні); «Самооцінка здоров'я» (позитивне або негативне самопочуття досліджуваного); «Ступінь задоволення повсякденною діяльністю» (позитивне або негативне ставлення людини до різних аспектів повсякденного життя) [48; с. 128].

Обробка результатів здійснюється шляхом підрахунку балів за кожним кластером і за тестом у цілому. Тривожними сигналами для дослідника є: високий ступінь напруження та чутливості; високе значення вираження ознак, що супроводжують основну психіатричну симптоматику; негативний емоційний фон психічного стану; неадекватність самооцінки здоров'я; незадоволеність повсякденною життєдіяльністю; виражений емоційний дискомфорт, неврівноваженість, тривога. Цінність даної методики полягає у тому, що з її допомогою можна не лише отримати актуальну для дослідження інформацію, а й визначати напрямки подальшого дослідження особистості.

Для діагностики ступеня готовності людини, що зловживає антидепресантами, взяти на себе відповідальність за те, що відбувається з нею, доцільно використати **«Опитувальник рівня суб'єктивного контролю»**, розроблений на основі шкали американського психолога Дж. Роттера і опублікований колективом російських дослідників на чолі з Є.Ф. Бажіним у 1984 р. Для роботи з тестом досліджуваному пропонують бланк із 44 запитаннями, з якими він може погодитися або не погодитися. На першому етапі обробки результатів діагностики психолог підраховує «сірі» бали за

допомогою ключа до тесту. На другому етапі обробки результатів бали необхідно перевести у стени (стандартні оцінки), а на третьому – психолог має побудувати профіль рівня суб'єктивного контролю та проаналізувати його, порівнявши з нормою.

Показниками рівня суб'єктивного контролю є шкали: «Загальної інтернальності»; «Інтернальності у сфері досягнень»; «Інтернальності у сфері невдач»; «Інтернальності у сімейних стосунках»; «Інтернальності у сфері виробничих стосунків»; «Інтернальності у сфері міжособистісних стосунків»; «Інтернальності відносно здоров'я і хвороби». Психолог повинен звернути особливу увагу на низькі показники за зазначеними шкалами, оскільки вони свідчать про низький рівень суб'єктивного контролю досліджуваного, про приписування людиною своїх успіхів / невдач зовнішнім обставинам або іншим людям, проте не собі [67].

Психодіагностичне дослідження клієнта, який зловживає антидепресантами, потребує також застосування методик, спрямованих на виявлення порушень у сфері міжособистісного функціонування, опитувальників, з допомогою яких можна визначити конфліктогенні зони у різних сферах функціонування особистості.

2.9. Діагностика психологічних особливостей при тривожному розладі особистості



Окреслюючи засоби психологічної діагностики психічних розладів, М.Б. Коробіцина зазначає, що при тривожному розладі особистості психолог, зважаючи на основні діагностичні критерії (таблиця 2.8), має використовувати методики, спрямовані на вимір локусу контролю та сугестивності; методики визначення самооцінки та рівня домагань у значущих і незначущих видах діяльності; групу методик, що об'єктивізують співвідношення рівнів тривоги і тривожності; методики визначення порогу емоційної реактивності; спеціальні показники проєктивних методик [33, с. 67].

Діагностичні критерії тривожного розладу особистості

Діагностичні критерії	Патопсихологічні діагностичні критерії
<ol style="list-style-type: none"> 1) гіперчутливість до відкидання іншими людьми; 2) постійне загальне почуття напруженості та важкі передчуття; 3) наявність уявлень про свою соціальну нездатність, особистісну непривабливість; 4) підвищена занепокоєність критикою на свою адресу; 5) небажання вступати у взаємовідносини без гарантії сподобатися; 6) обмеженість життєдіяльності через потребу у фізичній безпеці; 7) бажання уникнути соціальної чи професійної активності; 8) відсутність близьких друзів (цю функцію виконують близькі родичі); 9) побоювання потрапити у безглузде становище; 10) перебільшення потенційних труднощів, ризику [38]. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) порушення мотиваційної структури діяльності (високий рівень домагань у сполученні з заниженою самооцінкою у значущих видах діяльності та низький/адекватний у сполученні з низькою самооцінкою у незначущих видах діяльності); 2) зміни емоційно-афективної сфери (рівень особистісної тривоги вище рівня реактивної тривожності; низький поріг реактивності у значущих видах діяльності і середній – у незначущих) [38].

Найбільш поширеними діагностичними методиками, призначеними для дослідження психологічних особливостей тривожного розладу особистості є:

1) опитувальник американського психолога Ч.Д. Спілбергера «**Шкала реактивної і особистісної тривожності**», адаптований російським психологом Д.Л. Ханіним. Він включає у себе 40 суджень, 20 із яких орієнтовані на діагностику ситуативної тривожності (поточний психічний стан, що виникає як реакція людини на різні стресори у якості очікування негативної оцінки, несприятливого ставлення до себе), а 20 – на діагностику особистісної тривожності досліджуваного (схильність людини до даного стану). При діагностичному вивченні клієнта необхідно оцінити ступінь свого погодження з твердженнями опитувальника за чотирьохбальною шкалою. При опрацюванні результатів необхідно їх співвіднести з ключем до тесту і визначити рівень

ситуативної та особистісної тривожності. Перевага даної методики полягає у наявності можливості порівняти поточний психічний стан людини з її звичайними станом і здійснити диференціацію на цій основі поточного психічного стану та відповідної особистісної якості [7, с. 267];

2) методика **«Шкала прояву тривоги Дж. Тейлора»**, розроблена англійським психологом Дж. Тейлором у 1953 р. та адаптована у 1966 р. Т.А. Немчиним. Цей варіант тесту містить 50 тверджень, стосовно яких необхідно висловити погодження або непогодження. У 1975 р. В.Г. Норахідзе запропонувала свою версію опитувальника, удосконаливши і доповнивши його шкалою брехні. Опитувальник складається із 60 тверджень, з якими необхідно погодитися або заперечити. Результати діагностики визначаються за ключами, що дозволяють установити низький, середній з тенденцією до низького, середній з тенденцією до високого, високий та дуже високий рівні особистісної тривоги [48, с. 126];

3) методика **«Шкала самооцінки тривоги В. Цунга»**, розроблена лікарем-психіатром на основі опитування людей з тривожними розладами у 1980 р. Вона призначена для самооцінки ситуативної (реактивної) тривожності. Опитувальник складається з 20 питань, на які досліджуваному необхідно надати 1 з 4 запропонованих відповідей: «дуже рідко», «рідко», «часто», «більшу частину часу або постійно». Перші 5 пунктів методики діагностують афективні симптоми, наступні 15 – соматичні. Обробка результатів здійснюється шляхом підрахунку отриманих балів у відповідності з ключем до тесту. За результатами тестування визначається індекс тривоги [48, с. 154];

4) методика **«Шкала М. Гамільтона для оцінки тривоги»** входить у число найбільш розповсюджених зарубіжних методик для оцінки рівня реактивної тривоги. У 1959 році М. Гамільтон розробив першу версію рейтингової шкали тривоги. Він розрізняв тривогу як нормальну реакцію на небезпеку, тривогу як патологічний стан, не пов'язаний зі стресом, і тривогу як «тривожний невроз». Розроблений наприкінці 60-х років тест й досі успішно застосовується у клінічній практиці. Шкала складається з 14 пунктів. 13 пунктів

відносяться до проявів тривоги у повсякденному житті, а 14-ий – до прояву тривоги при огляді. Оцінюється як психічна тривога (психічна ажитація та психологічний дистрес), так і тривога соматична (фізичні складові, пов'язані з тривогою). Варіанти відповідей стандартизовані, що значно спрощує розуміння шкали та процедуру підрахунку. Для отримання загальних балів, що відображають рівень вираження тривожного розладу, необхідно підсумувати бали за усіма пунктами. Крім того, перші шість пунктів можуть бути оцінені окремо як прояви тривоги у сфері психіки, а решта вісім – як прояви тривоги у соматичній сфері. Кожен пункт опитувальника оцінюється за шкалою від 0 до 4, де 0 – симптом відсутній, 4 – симптом сильно виражений [66, с. 166];

5) **«Госпітальна шкала тривоги і депресії»**. Автори: А.С. Зігмунд і Р.П. Снейт розробили методику у 1983 р. (російськомовна адаптація здійснена А.В. Андрущенко у 2003 р.) для виявлення та оцінки важкості депресії і тривоги. Опитувальник містить 14 пунктів, кожному з яких відповідає 4 варіанти відповідей, що відображають ступінь наростання відповідної симптоматики. При формуванні шкали автори виключали симптоми тривоги та депресії, які можуть бути інтерпретовані як прояв соматичного захворювання (наприклад, запаморочення, головний біль та ін.). Пункти субшкали «Депресія» відібрані зі списку скарг, що найчастіше зустрічалися у пацієнтів і відображали переважно ангедонічний компонент депресивного розладу. Пункти субшкали «Тривога» сформовані на основі стандартизованого клінічного інтерв'ю та клінічного досвіду авторів і відображають переважно психологічні прояви тривоги. Високі бали за шкалами свідчать про помірно виражену тривогу / депресію, а максимальні – про важку форму тривоги / депресії [66, с. 157];

б) тест **«Самооцінка психічних станів»** британського психолога Г. Айзенка. У роботі з даним розладом ця методика призначена для співставлення показника особистісної тривожності з показниками схильності особистості до інших психічних станів на основі самооцінки особистісної тривожності, фрустрованості, агресивності та ригідності. Кожна зазначена шкала має по 10 тверджень, ступінь погодження з якими визначає

досліджуваний. За результатами опитування діагностується рівень тривожності (схильність до переживання хвилювання і невдачі), фрустрованості (схильність до суб'єктивного відчуття нездоланності життєвих труднощів), агресивності (схильність до агресивних реакцій на життєві труднощі) і рівень ригідності (нездатність до перебудови своєї поведінки). Показник тривожності за цією методикою відображає загальне суб'єктивне неблагополуччя особистості, показник фрустрованості – схильність до стресових факторів. За результатами тестування підраховується загальний бал – показник загальної тривожності людини [48, с. 123].

Перелік психодіагностичних засобів не обмежується лише тими, що зазначені вище. Вибір тої чи іншої методики для діагностичного вивчення детермінується характером симптомів, що активно проявляються у життєдіяльності особистості.

2.10. Вивчення особливостей функціонування осіб, які навмисно викликають або симулюють соматичні чи психічні симптоми інвалідизації



Специфічність навмисного викликання або симуляції соматичних чи психічних симптомів інвалідизації визначається проявом його основних діагностичних критеріїв, представлених у таблиці 2.9. Цей розлад характерний для осіб, у яких відсутні установлені соматичні чи психічні захворювання, проте їм властиві самопошкодження для виклику кровотечі, введення токсичних речовин для погіршення самопочуття, дуже переконлива імітація болю для переконання лікарів та оточення у значному погіршенні свого стану здоров'я. У сучасних лікарнях досить вагома кількість симулянтів (людей, які прикидаються хворими для отримання певної вигоди), а також іпохондриків (осіб, які дуже уважно ставляться до свого стану здоров'я, постійно підозрюють у себе наявність певних захворювань), проте на відміну від них для даного різновиду психічних розладів хвороба – це прояв гострої потреби в увазі та турботі.

Діагностичні критерії навмисного викликання або симуляції соматичних чи психічних симптомів інвалідизації

Діагностичні критерії	Патопсихологічні діагностичні критерії
1) навмисне викликання або симуляція фізичних (але не психологічних) симптомів; 2) внутрішня психологічна потреба прийняти роль хворого з відсутністю зовнішніх передумов для подібної поведінки (економічної вигоди, фізичного благополуччя тощо); 3) скарги постійні, тривалі, обростають множиною додаткових симптомів; 4) особа дуже вимоглива, після нормальних аналізів обвинувачує лікаря у некомпетентності; 5) такі люди раптово виписуються, якщо вважають, що їх незабаром обвинуватять у симулятивній поведінці; 6) відстужується тенденція до кількаразової госпіталізації у різні клініки; 7) дратівливе, вороже ставлення до лікаря і медичного персоналу [38].	Підвищена напруженість і наявність явних або прихованих конфліктогенних зон у сферах мікросоціального або макросоціального функціонування [38].

Для психодіагностичної роботи з особами, які проявляють ознаки навмисного викликання чи симуляції соматичних чи психічних симптомів інвалідизації рекомендовано використання «Тематичного аперцептивного тесту» (ТАТ). У 1935 р. ця методика була вперше описана у статті американських психологів К. Моргана та Г. Мюррея. Метою тесту є дослідження рушійних сил особистості (внутрішніх конфліктів, потягів, інтересів і мотивів). Він містить набір із 31 таблиці з чорно-білими фотографічними зображеннями на тонкому білому матовому картоні.

Досліджуваному пред'являється у певному порядку 20 таблиць з набору (їх вибір обумовлюється статтю та віком). Його завдання полягає у складанні сюжетних оповідань на основі зображеної на кожній таблиці ситуації. Повне обстеження за допомогою ТАТ рідко займає менше 1,5-2 годин і, як правило, розбивається на два сеанси, хоча можливі й індивідуальні варіації. При порівняно коротких оповіданнях з невеликим латентним часом усі 20 оповідань

можуть вкластися в годину (1 сеанс). Можлива і зворотна ситуація: довгі роздуми та довгі розповіді, тоді двох сеансів виявляється недостатньо і доводиться влаштовувати 3-4 зустрічі. В усіх випадках, коли число сеансів більше одного, між ними робиться інтервал у 1-2 дні. При необхідності інтервал може бути більше, але не повинен перевищувати одного тижня. Психолог має створювати атмосферу безумовного прийняття всього, що говорить обстежуваний, при цьому направляти його зусилля в певне русло.

При діагностиці за допомогою ТАТ протоколюванню підлягає наступне: повний текст всього, що говорить клієнт у тій формі, в якій він це говорить; усе, що говорить психолог; відносно довгі паузи у ході складання розповіді; латентний час (від пред'явлення картини до початку розповіді) і загальний час розповіді (від першого до останнього слова); положення картини; емоційний настрій обстежуваного, динаміка настрою й емоційних реакцій по ходу обстеження / під час розповіді; невербальні реакції і прояви обстежуваного.

Інтерпретація результатів обстеження вибудовується на припущеннях:

1) пишучи історію, оповідач зазвичай ідентифікується з однією з дійових осіб, і бажання, прагнення і конфлікти цього персонажа можуть відображати бажання, прагнення і конфлікти оповідача;

2) іноді диспозиції, прагнення і конфлікти оповідача представлені в неявній або символічній формі;

3) розповіді мають неоднакову значущість для діагностики імпульсів і конфліктів: в одних може міститися багато важливого діагностичного матеріалу, а в інших – дуже мало або він взагалі відсутній;

4) теми, що прямо впливають із стимульного матеріалу, швидше за все менш значущі, ніж теми, прямо не обумовлені стимульним матеріалом.

Важливим інструментом діагностики розладу є **«Багатомірний опитувальник по здоров'ю»**, призначений для вивчення інтернальності або екстернальності особистості у сфері здоров'я і хвороби. Методика містить три шкали: «Шкалу внутрішнього локусу контролю» (відображає ступінь інтернальності особистості відносно здоров'я і хвороби); «Шкалу контролю

«могутніми іншими» (діагностує ступінь переконаності досліджуваного у тому, що особливості його здоров'я залежать від лікарів та інших людей); «Шкалу контролю випадку» (діагностує ступінь переконаності людини у тому, що особливості її здоров'я детерміновані випадком, вдачею чи долею).

Опитувальник містить 18 тверджень (по 6 тверджень до кожної шкали) відносно яких необхідно визначити ступінь свого погодження, обравши один із запропонованих варіантів відповідей: «абсолютно не погоджуюся», «не погоджуюся», «важко відповісти», «погоджуюся», «абсолютно погоджуюся» (відповіді оцінюються у діапазоні від 1 до 5 балів). Обробка та інтерпретація результатів дослідження проводиться шляхом підрахунку суми балів за кожною шкалою [48, с. 196].

Цінну інформацію про досліджуваного надає методика **«Ієрархія потреб»** (модифікація І. Акіндінової). Вона призначена для виявлення актуальності базових потреб людини. З її допомогою можна визначити важливі потреби-мотиватори у життєдіяльності людини. До структури тесту входять 15 тверджень, які необхідно порівняти попарно між собою та зафіксувати у спеціальному бланку переваги того чи іншого твердження. Коли бланк буде заповнено повністю, психологом здійснюються загальні підрахунки за шкалами: «Потреба у матеріальному покращенні»; «Потреба у безпеці»; «Потреба у міжособистісних зв'язках»; «Потреба у повазі зі сторони»; «Потреба у самореалізації».

Завершується обробка результатів діагностики побудовою власного профілю задоволення потреб за визначеними шкалами і підготовкою відповідних висновків (повне задоволення потреби, часткове задоволення потреби, повне незадоволення потреби). Домінуюча потреба визначається за найвищими балами.

У роботі з клієнтом, що страждає на даний психічний розлад, можуть використовуватися й інші психодіагностичні методики, вибір яких залежить від специфіки окремого випадку та дослідницьких завдань, що постають перед психологом-практиком.

Питання та завдання для самоконтролю



1. У яких ситуаціях актуалізується потреба у психологічній діагностиці психічних розладів? Поясніть свою точку зору. Чому малоформалізовані методи діагностики у психологічному вивченні діагностичних критеріїв психічних розладів відіграють особливу роль?
2. Зазначте діагностичні критерії, притаманні легкому, помірному і важкому депресивному епізоду. Які методи діагностики використовуються психологами для дослідження депресивних епізодів?
3. Охарактеризуйте основні діагностичні критерії соціальних фобій та засоби їх діагностичного дослідження.
4. Опишіть психологічні особливості особистості при гострій реакції на стрес. Які методи діагностики можна використати для їх виявлення?
5. Представте основні діагностичні критерії ПТСР у вигляді схеми. Підготуйте таблицю «Психодіагностичні методики у роботі з ПТСР».
6. Зазначте, у чому полягає специфіка проявів розладу адаптації. З допомогою яких методик психолог діагностує особливості даного розладу?
7. Які негативні емоції характерні особистості при переїданні? Опишіть тестові методики для вивчення емоційної сфери людини, що страждає на переїдання.
8. Складіть перелік діагностичних і патопсихологічних критеріїв при безсонні неорганічної природи. Опишіть засоби для психодіагностики розладу.
9. Охарактеризуйте діагностичні критерії при зловживанні антидепресантами. Які тестові методики актуальні для роботи з розладом?
10. Назвіть методики для діагностики тривожного розладу особистості, зазначивши критерії, на які вони спрямовані.
11. За допомогою яких методик психолог вивчає особливості функціонування осіб, які навмисно викликають або симулюють соматичні чи психічні симптоми інвалідизації? Чим зумовлено їх вибір?



РОЗДІЛ 3

МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇХ УПРОВАДЖЕННЯ У ПСИХОЛОГІЧНУ ПРАКТИКУ



Психологічна реабілітація – це комплекс психологічних заходів, спрямований на компенсацію порушених психічних функцій і станів або відновлення психічних сил людини. Психологічна реабілітація потребує залучення людини до активної участі у процесі відновлення, у якому її особистість стає головним інструментом змін. У роботі з людьми з психічними розладами основна мета реабілітації полягає у максимальному наповненні особистісних ресурсів для оптимального рівня самостійного функціонування у суспільстві. Реабілітаційні заходи упроваджуються на будь-якому етапі психіатричної допомоги поза гострими станами.

Психологічна реабілітація осіб із психічними розладами передбачає вирішення наступних завдань:

1) зменшення вираження психопатологічних симптомів за допомогою цілеспрямованого психотерапевтичного впливу (когнітивна, експозиційна, гештальт-терапія, підтримуюча, раціональна, поведінкова, сугестивна, групова психотерапія, аутогенне тренування, логотерапія тощо);

2) формування соціальної компетентності осіб із психічними розладами шляхом розвитку навичок спілкування, розширення можливостей для соціальної взаємодії;

3) посилення відповідальності людей із психічними розладами за свою соціальну поведінку та лікування, попередження формування схильності до самоізолювання, можливих рецидивів;

4) підвищення автономності (незалежності) людей із психічними розладами, посилення їх самодостатності;

5) психологічна та інформаційна підтримка сімей, у яких хтось страждає на психічний розлад.

3.1. Використання когнітивної психотерапії у реабілітаційній роботі з симптомами депресії



Одним із найдієвіших засобів реабілітації при депресивному епізоді виступає когнітивна психотерапія, яка була розроблена А. Беком на початку 1960-х років як короткостроковий вид психотерапії, орієнтований на теперішнє.

Когнітивна психотерапія – активний, директивний, обмежений у часі, структурований підхід, в основі якого теоретична гіпотеза про те, що емоції і поведінка у значній мірі детерміновані специфікою структурування людиною світу (визначаються установками і схемами, що формуються у результаті попереднього досвіду) [32, с. 8].

Когнітивна психотерапія зосереджує увагу на конкретних симптомах. У процесі роботи визначаються, а потім піддаються логічній перевірці думки і переконання, які посилюють певні симптоми (наприклад, особистісне безсилля, невпевненість у собі, безсоння, суїцидальні вчинки тощо).

Загальні принципи когнітивної психотерапії (за Дж. Бек):

- 1) когнітивна терапія будується на формулюванні терапевтичного випадку із використанням специфічної термінології;
- 2) вона потребує створення міцного терапевтичного альянсу терапевта та людини, яка страждає на депресивний епізод;
- 3) особлива увага надається співпраці та активній участі клієнта;
- 4) даний вид психотерапії орієнтується і чітко фокусується на проблемі;
- 5) у терапевтичному процесі основна увага приділяється теперішньому, особливо на початку роботи;
- 6) когнітивна психотерапія навчає клієнта бути самому собі терапевтом, у ній велика увага приділяється профілактиці рецидиву;
- 7) вона обмежена у часі і має визначену структуру;
- 8) техніки когнітивної терапії спрямовані на зміну мислення, настрою і поведінки клієнта [9].

Провідні реабілітаційні завдання при застосуванні когнітивної психотерапії:

- 1) пом'якшення симптомів депресивного епізоду;
- 2) наочіння ідентифікації і модифікації дисфункціональних думок і поведінки;
- 3) формування умінь розпізнавати і корегувати когнітивні патерни, що призводять до дисфункціонального мислення або вчинків;
- 4) зміна у сприйнятті себе і навколишньої дійсності;
- 5) усвідомлення того, що знання про себе і навколишній світ визначають поведінку, а поведінка та її наслідки впливають на уявлення людини про себе і оточуючий світ;
- б) попередження рецидивів [42].

Основним терапевтичним засобом реабілітаційного процесу виступає опитування. Воно має свої специфічні особливості. Під час опитування важливо уникати оціночних суджень, наклеювання «ярликів», неадекватності рівня комунікативної активності психотерапевта потребам клієнта, суперечок з клієнтом та читання настанов, а також зловживання гумором.

Цілі опитування:

- 1) зібрати необхідні діагностичні та біографічні дані;
- 2) отримати уявлення про характер психологічних проблем людини;
- 3) сформуванати уявлення про актуальну життєву ситуацію, про стресогенні фактори і систему соціальних зв'язків;
- 4) «перевести» невизначені скарги «на мову» конкретних проблем;
- 5) ініціювати процес прийняття рішення шляхом обговорення альтернативних підходів до проблеми;
- б) стимулювати людину до розгляду наслідків її поведінки;
- 7) оцінити переваги і недоліки більш адаптивних форм поведінки;
- 8) вияснити, з якими саме думками, уявленнями чи ідеями асоціюються негативні емоції або дисфункціональна поведінка;

9) уточнити, яке саме значення надає сама людина тим чи іншим подіям і ситуаціям в її житті;

10) спонукати клієнта розглянути критерії його негативної самооцінки;

11) продемонструвати йому, що його висновки засновані на вибірковому сприйнятті негативних подій;

12) звернути увагу клієнта на його схильність заперечувати / знецінювати позитивний досвід;

13) розкрити та дослідити проблемні теми, про які клієнт намагається не думати, намагаючись «закрити» хвилююче його питання і т.п. [32].

Елементами терапевтичної сесії є: коротка оцінка поточного стану клієнта; встановлення зв'язку даної сесії і попередньої; визначення порядку денного; аналіз домашнього завдання; робота відповідно до порядку денного; окреслення нового домашнього завдання, підведення підсумків, зворотній зв'язок.

В основі когнітивної психотерапії покладено різні *техніки*:

1) *когнітивні техніки* – спрямовані на виконання специфічних операцій: відслідковування власних негативних автоматичних думок та уявлень; розпізнавання взаємозв'язку між власними думками, емоціями і поведінкою; аналіз фактів, що підтверджують або спростовують уявлення людини; вироблення більш реалістичних оцінок та уявлень; ідентифікація і модифікація дисфункціональних переконань, що схиляють до викривлення досвіду;

2) *вербальні техніки* – застосовуються для того, щоб зрозуміти, яка логіка ховається за тими чи іншими уявленнями або схемами людини, яка страждає на депресивний епізод; ефективно корегують неправильні умовиводи стосовно конкретних подій;

3) *поведінкові техніки* – необхідні у випадках важкого депресивного епізоду для зміни поведінки, а також для виявлення асоційованих з нею концепцій; вони більш наглядно спростовують помилкові переконання [45].

А. Бек, А. Раш, Б. Шо Б., Г. Емері, описуючи особливості когнітивної психотерапії депресії, підкреслюють, що курс має складатися з 15-25 сесій з

недільними інтервалами між ними. При помірному і тяжкому депресивному епізоді зустрічі проводяться двічі на тиждень протягом 4-5 тижнів, а потім один раз на тиждень протягом 10-15 неділь. Останні заняття, як правило, проводяться один раз на два тижні. Зазвичай такі клієнти звертаються до психотерапевта 3-4 рази на рік по офіційному завершенню курсу [32, с. 10].

У таблиці 3.1 представлено орієнтовні плани психотерапевтичних сесій.

Таблиця 3.1

Орієнтовні плани психотерапевтичних сесій
(за матеріалами А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Емері)

№ сесії	План	№ сесії	План
1	1. Розглянути симптоми депресивного епізоду. 2. Оцінити ступінь суїцидального ризику. 3. Обговорити, як впливає мислення на поведінку людини. 4. Виявити рівень активності.	2	1. Розглянути симптоми депресивного епізоду. 2. Передивитися записи, зроблені клієнтом в його щоденнику з метою виявлення можливих упущень. 3. Використання конкретних прикладів для демонстрації взаємозв'язку мислення, поведінки і афекту.
3	1. Переглянути записи клієнта. 2. Запропонувати виявити думки, пов'язані з негативними емоціями.	4	Обговорити з клієнтом, які саме думки призводять до негативного афекту.
5	Обговорити зміст думок і виявити загальні теми, які повторюються.	6-8	1. Обговорити з клієнтом його думки, а також вимоги, які він висуває відносно самого себе. 2. Продемонструвати різницю між «повинен» і «хочу».
9-11	1. Долати схильності до самозвинувачення і відпрацювати конструктивні підходи до проблем. 2. Змістити акцент з «повинен» на «хочу».	12-15	Продовжити аналіз самокритичних реакцій, щоб висвітлити їх базові установки.
16-19	Продемонструвати схожі риси та відмінності між теперішнім і минулим патерном мислення.	20-22	Закріпити досягнуті успіхи.

Важливим елементом реабілітації із застосуванням когнітивної психотерапії виступають *домашні завдання*, що спрямовані на посилення терапевтичного процесу. Кожна сесія має починатися з перевірки виконання домашнього завдання і закінчуватися визначенням нових завдань.

Домашні завдання формулюються спільно психотерапевтом і клієнтом та відображають актуальні потреби і стан людини, що страждає на депресивний епізод. Вони повинні бути конкретними і чітко сформульованими. Наприклад: «Напишіть коротку автобіографію, «Запишіть 10-20 негативних автоматичних думок», «Запишіть і підрахуйте негативні думки за день» і т.п. [9, с. 71].

На успішність реабілітації осіб із депресивними епізодами можуть впливати такі *фактори*:

- 1) мотивація психотерапевта і клієнта до співпраці;
- 2) конструктивне ставлення психотерапевта до коливань у стані людини, яка проходить реабілітацію;
- 3) систематичне спонукання клієнта до самодослідження, а психотерапевта – до професійного розвитку;
- 4) залежність наuczіння від стану клієнта та характеру співпраці з його близьким оточенням.

Загальні вимоги до психотерапевта:

1) психотерапевт, який займається реабілітацією осіб із депресивними епізодами повинен пройти якісну клінічну підготовку і добре розуміти сутність розладу, а також його основні симптоми; він має добре володіти навичками інтерв'ювання, для того щоб зібрати необхідну інформацію;

2) когнітивний психотерапевт повинен уміти установлювати контакт з клієнтом, сформувати теплі людські стосунки, що передбачають піклування, прийняття і симпатію;

3) зважаючи на те, що навіть легкий депресивний епізод може призвести до самогубства, психотерапевт повинен володіти спеціальними уміннями, що

дозволять йому розпізнати суїцидальні думки і наміри людини й адекватно оцінити ступінь суїцидального ризику.

Типові помилки когнітивних психотерапевтів:

1) зневага до терапевтичних відносин: спеціалісти часом недооцінюють важливість установлення міцних терапевтичних стосунків. Щоб уникнути такої помилки необхідно людині, яка потребує реабілітаційної допомоги, надавати можливість для вираження і обговорення її емоцій; важливо адаптувати стиль спілкування психолога до того стилю, який є звичним для клієнта, враховувати чутливість таких осіб до висловлювань та дій;

2) непослідовність, традиційність, надмірна обережність: «впадання» в одну із цих крайностей є однією із найбільш поширених помилок. Психотерапевту дуже важливо якісно оволодіти технічною стороною когнітивної психотерапії, систематично інтегрувати свої нові знання, не забувати про зворотній зв'язок з клієнтом;

3) спрощений підхід до проблеми: психотерапевту важливо розуміти, що кожен новий випадок у його реабілітаційній практиці – це специфічний патерн психопатології, саме тому не можна однаково підходити до всіх людей з певним ступенем депресивного епізоду;

4) схильність до надлишкових інтерпретацій та дидактизм: психотерапевт не повинен мати схильність читати настанови і висловлювати власні висновки відповідно до думок людини, яка звертається за допомогою. Питання – одна із основних важливих складових когнітивної психотерапії;

5) негативна реакція на депресивних людей: реабілітація осіб з депресивним епізодом – складна діяльність, під час якої фахівець не має права оцінювати їх поведінку у принизливих категоріях [32].

Загалом, результати досліджень доводять, що використання когнітивної психотерапії у реабілітаційній роботі з симптомами депресії дають стійкий ефект і знижують вірогідність рецидивів, проте іноді, за певних умов, депресивний розлад відновлюється.

3.2. Особливості застосування експозиційної психотерапії для подолання соціальних фобій



Мета психологічної реабілітації при соціальних фобіях – допомогти клієнту справитися з негативними установками, пов'язаними з неминучістю невдачі у соціальних ситуаціях. Її досягненню сприяє застосування експозиційної психотерапії.

Експозиційна психотерапія – це один із методів психологічної реабілітації, сутність якого полягає у спеціальному проходженні клієнта через ті ситуації, які викликають у нього страх. У процесі роботи клієнту (часто у супроводі психолога) пропонується навмисно опинитися у лякаючій його ситуації соціальної взаємодії. Х.І. Турецька зауважує на той факт, що для досягнення необхідного ефекту в експозиційній психотерапії можлива взаємодія як з реальним об'єктом, так і з його уявним образом [80].

Одним із ключових понять даного методу є «**експозиція**». Під цією дефініцією розуміють тренування навичок перенесення важких ситуацій і факторів, що викликають страхи. Засновані на експозиції поведінкові стратегії, зазвичай, використовуються для отримання інформації, що дозволяє спростувати помилкові судження. Так, Д. Барлоу стверджує, що *мета експозиційної терапії* – «налякати до втрати пульсу» і тим самим довести, що зі страхом можна впоратися. Науковець зазначає, що 85% клієнтів за допомогою експозиційної психотерапії позбулися фобії [12].

Особливості психотерапевтичної роботи:

1) фахівець оцінює і розподіляє страхи клієнта за шкалою від найпростіших у роботі до найскладніших, що дозволяє заспокоїти людину, яка звертається за допомогою і полегшує її завдання;

2) клієнт обирає найлегше завдання зі списку;

3) йому доведеться «зіштовхнутися» з неприємною ситуацією і залишатися в ній до тих пір, поки тривога не зникне;

4) під час сеансу експозиції клієнтам пропонують говорити від першої особи й у теперішньому часі, описуючи те, що вони бачать, чують, які запахи чи смаки відчувають;

5) клієнт повторює цю вправу до того часу, поки не опанує себе;

6) людина, яка звертається за допомогою, аналізує свої дії і виносить з них певний урок.

Для забезпечення ефективності впливу на особистість клієнта експозиційна психотерапія проводиться тривалий час, не позбавляючи людину відразу від усіх її страхів. Її *основними принципами* є:

1) поступовість – вибір завдання має бути пов'язаний із ситуацією, яка викликає деяку тривожність, проте клієнт має бути достатньо впевнений у її подоланні. В жодному разі не можна «кидати виклики» занадто складним ситуаціям відразу, щоб не викликати занадто сильний стрес;

2) повторюваність і регулярність – для досягнення результату необхідно доволі часто зустрічатися з ситуаціями, які лякають людину. Регулярність допоможе подолати соціальну фобію у той час, коли занадто рідкі випадки експозиції сприяють поверненню страхів, а іноді й посилюють їх;

3) тривалість – для залучення механізмів відчуття безпеки, які повинні замінити відчуття неконтрольованого страху необхідна тривала робота клієнта та психотерапевта (орієнтовна кількість сесій – 25; тривалість сеансу – 90 хвилин).

Експозиційна психотерапія характеризується ефективністю як в індивідуальній, так і в груповій формі, проте групова робота не рекомендується тим клієнтам, які на даний момент часу відчувають реальну небезпеку від зовнішнього оточення.

Індивідуальна та групова експозиційна психотерапія у роботі з соціальними фобіями має свої переваги та недоліки. Психотерапевти відзначають, що клієнти, які страждають на даний розлад, частіше за все надають перевагу індивідуальній психотерапії, проте групова значно прискорює реабілітаційний процес. Цей факт пов'язаний з тим, що після

проведення експозиції відбувається обговорення поведінки кожного з членів групи і ситуація обговорення сприяє взаємному навчанню учасників сесії навичкам подолання стресу [12].

У процесі експозиції дуже важливо, щоб клієнт міг конструктивно і без затримки вільно висловлювати ті емоції, які він намагається приховати або трансформувати у звичні для нього ритуали. Також він не повинен фокусувати свою увагу на «страшних думках», констатації свого поганого самопочуття, больових відчуттях, думати про використання медикаментів, що знімають відчуття тривоги. У зв'язку з цим, при проведенні сесії експозиційної психотерапії умінню керувати власним емоційним станом (зокрема контролювати рівень тривоги) приділяється велика увага. Важливо наголосити на тому факті, що у роботі з соціальними фобіями у клієнта може сформуватися звикання до заспокійливих слів, схваленень, запевнень (типу: «все буде добре»), оскільки вони також можуть стати частиною нового стійкого ритуалу.

Загальні рекомендації щодо проведення сесій експозиційної психотерапії:

1) на початку роботи з клієнтом вибудовується ієрархія ситуацій (орієнтовно 20), що викликають соціальні страхи;

2) вибір ситуації для експозиції здійснюється на основі наступних критеріїв: помірне вираження емоційного стану у відповідь на експозицію ситуації, здатність клієнта самостійно справитися зі своїм станом протягом достатньо тривалого часу;

3) для кожного клієнта, що страждає на соціальні фобії, необхідно визначити свій темп представлення експозицій;

4) кожна експозиція проводиться після згоди клієнта і за наявності стійкої мотивації до даного методу психотерапії;

5) під час експозиції необхідно виявити ключові стимули зовнішнього середовища, що запускають ритуали дій, а також стимули, що полегшують дії ключових станів;

б) у процесі роботи психотерапевт навчає клієнта навичкам детального опису свого емоційного стану та відчуттів на момент представлення експозиційної ситуації в теперішньому часі;

7) основним критерієм припинення експозиції вважається помітне зниження рівня тривоги (на 50% від початкового рівня);

8) експозиційна психотерапія передбачає виконання клієнтом домашніх завдань, спрямованих на закріплення навичок, отриманих у процесі експозиції; експозиція у домашніх умовах має проводитися щоденно (1-2 рази на день); самостійна експозиція дозволяє відчути свою незалежність і генералізувати отримані у процесі терапії навички на ситуації, у яких психолог відсутній;

9) терапевтичні сесії бажано проводити досить часто (3 сесії в тиждень, а іноді і щоденно протягом місячного курсу терапії; більш рідкі експозиції можливі у тих випадках, коли клієнти досить сильно мотивовані та регулярно виконують домашні завдання на експозицію або коли симптоматика не різко виражена);

10) між експозиціями на початковому етапі втручання необхідно скорочувати проміжки до мінімуму, оскільки занадто довгі перерви перед 2 і 3 експозицією викликають виражену тривогу очікування і спонукають клієнта відмовитися від терапії;

11) після завершення основного курсу терапії бажано зберегти терапевтичну підтримку, яка може надаватися в окремих короткострокових терапевтичних сесіях до досягнення повного контролю з боку клієнта.

С. Стоссел звертає увагу на той факт, що навіть після довготривалої роботи з соціальними фобіями у клієнта може залишатися ще одна досить вагома причина, що заважатиме його соціальній активності. Це брак практики спілкування і соціальної взаємодії. Саме тому одним із подальших завдань психотерапевта є супровід клієнта у період його адаптації до нового соціально активного способу життя [75].

Підсумовуючи, зауважимо, що експозицію слід проводити у максимально великій кількості контекстів, щоб поширити набуті навички на всі ситуації, в яких може опинитися клієнт після закінчення психотерапії.

3.3. Гештальт-терапія як реабілітаційний метод при гострій реакції на стрес



Серед психологів-практиків у роботі з клієнтами, які переживають гостру реакцію на стрес, набула особливої популярності гештальт-терапія.

Гештальт-терапія – це один із провідних напрямів психотерапії, який зорієнтований на усвідомлення клієнтом своїх подавлених почуттів. У роботі з людиною, яка переживає гостру реакцію на стрес, гештальт-терапія передбачає комплексну реабілітаційну роботу з усіма нюансами стресової ситуації [46].

Базовим у гештальт-терапії виступає поняття «гештальта». У психологічній літературі воно має десятки визначень. Загалом **гештальт** – це та ідеальна ситуація, яку хоче бачити кожна окремо взята людина. Дане ідеальне уявлення складається з думок, емоцій, внутрішніх переживань, почуттів, особливостей сприйняття тощо (як результат інтеграції багатьох чинників, присутніх у даний момент).

Феномен гештальта важливо розглядати крізь призму понять «фігура» і «фон». Фігура – найактуальніша у даний момент потреба, емоція, і те, що її може задовольнити; усе інше є фоном. Динаміку життя задає перехід фігури у фон і з фону у фігуру. Гештальт-терапевти цікавляться фігурою і фоном, а також їх взаємовідношеннями (наприклад: поведінка людини – фігура, а її контекст – фон).

Інформація, яку людина не до кінця опрацювала, є **незавершеним гештальтом**. Він викликає постійне бажання повернутися до ситуації і прожити її інакше. Найважливішою властивістю гештальта є прагнення до завершення (на рівні підсвідомості). Деякі незавершені гештальти дуже глибоко «засідають у голові» і переслідують людину тривалий час, накладаючи свій

відбиток на її поведінку. Стресові ситуації часто створюють передумови для виникнення незавершених гештальтів.

Головною метою терапевтичного процесу є: зміна ставлення до самого факту наявності в житті клієнта психотравмуючої ситуації, усвідомлення контакту з самим собою та оточенням. *Основними психотерапевтичними завданнями* виступають: зняття блокування, стимулювання процесу розвитку, реалізація можливостей та устремлінь особистості за рахунок створення внутрішнього джерела опори й оптимізації процесів саморегуляції. Завдання клієнта – рефлексія / усвідомлення і вираження своїх почуттів та пов'язаних з ними вчинків.

На точку зору О.Г. Сиропятова та Н.О. Дзеружинської, гештальт-терапія допомагає людині сфокусувати увагу на усіх тонкощах її стану. У процесі психотерапії вона починає розуміти, що позитивні зміни відбуваються не тоді, коли особистість прагне змінити свій стан, а саме тоді, коли вона приймає особливості свого самопочуття. Цей реабілітаційний засіб дозволяє клієнту зрозуміти той факт, що позитивна динаміка психологічної допомоги можлива лише за умови беззаперечного прийняття свого поточного стану. Спроби змінити щось на початку роботи нівелюються психотерапевтом [77].

Традиційно гештальт-терапія застосовується у групових формах роботи, проте при гострій реакції на стрес більш ефективною є індивідуальна психотерапія.

Реалізація методу відбувається за наступною *схемою*: психотерапевт виступає у ролі слухача, а клієнт, в свою чергу, ділиться найбільш хвилюючими переживаннями, емоціями, які він відчув у стресовій ситуації. Гештальт-терапія спонукає людину краще пізнати і прийняти себе (такою, якою вона є, зі своїм негативним досвідом і особистісними якостями, зі своїми психотравмами і витісненими конфліктами). Психотерапевт виступає у ролі провідника, який орієнтується на бажання та можливості клієнта і виступає помічником у важких ситуаціях.

І.Г. Малкіна-Пих стверджує, що у гештальт-терапії акцент ставиться не на розумінні самого клієнта, інтерпретації його висловлювань чи дій, не на спробах навчити його певним схемам поведінки, доводячи їх до автоматизму, а на переживанні і на максимальному розширенні життєвого простору та свободи вибору [46, с. 166].

Гештальт-терапія вимагає від клієнта усвідомлення актуального життєвого досвіду «тут і тепер». Вона охоплює сенсорний, афективний, інтелектуальний, соціальний і духовний аспекти. У процесі роботи психолог прагне не пояснювати причини життєвих труднощів, а спонукає клієнта до використання нових шляхів їх вирішення. Даний метод психологічної допомоги акцентує увагу не на питанні «Чому це відбувається з людиною?», а на питанні «А що з людиною відбувається зараз, що вона відчуває і як це можна змінити?». У зв'язку з цим, психологом активно використовується робота з почуттями; вправи на вираження свого стану рухами тіла; аналіз снів і спогадів; робота з вигаданими персонажами (обігрування ситуацій і почуттів) тощо.

До основних етапів сеансу гештальт-терапії у роботі з гострою реакцією на стрес належать:

- 1) усвідомлення того, що відбувається з клієнтом тут і тепер;
- 2) розширення середовища усвідомлення себе (зв'язку феномену з емоціями, відчуттями думками, діями);
- 3) розблокування усвідомлення неусвідомленої у даній ситуації потреби / усвідомлення заблокованої потреби;
- 4) усвідомлення того, яким чином клієнт себе блокує (механізми уникнення контакту);
- 5) робота з механізмами блокування (розблокування потреби, завершення незавершеної ситуації і звільнення зв'язаної енергії);
- б) переживання клієнтом нового досвіду.

У всіх гештальт-методиках головна роль відводиться емоціям, рух розуму вважається вторинним. Його враховують, якщо він не пригнічує сферу почуттів. Терапевтичні сесії зазвичай викликають бурхливі емоційні

переживання, надаючи досвід нового відчуття, проте сам терапевтичний процес – це довга і клопітка праця, хоча певні позитивні результати можна отримати і на перших заняттях.

Ознаками ефективності психотерапевтичного процесу є: усвідомлення клієнтом власних сильних особистісних рис; його позитивне самосприйняття. Результат гештальт-терапії – це виділення клієнтом серед можливих варіантів вибору тих, для здійснення яких у нього є достатня кількість ресурсів [77].

Гештальт-терапія носить достатньо живий і природній характер реабілітації. Сформовані навички (результати терапевтичної роботи) переносяться у повсякденне життя швидко і без утруднень, завдяки чому реалізується пошук оптимальних захисних алгоритмів від стресів.

3.4. Специфіка підтримуючої психотерапії при посттравматичному стресовому розладі



І.Г. Малкіна-Пих у своєму довіднику для практичного психолога «Психологічна допомога в кризових ситуаціях» зазначає, що серед науковців є різні точки зору щодо результатів роботи з клієнтами, які страждають на ПТСР: одні вважають, що цей розлад невиліковний, а інші – що його симптоми можна повністю усунути. Очевидно, що процес психологічної реабілітації при ПТСР буде довготривалим [46, с. 149].

Психологічна реабілітація осіб із ПТСР спрямована на допомогу клієнту перебороти проблеми і впоратися з симптомами, що виникають під впливом психотравмуючої ситуації. Для досягнення даної мети психолог може діяти відповідно до 4 основних стратегій психотерапії:

1) підтримка адаптивних навичок «Я» (одним із найбільш важливих аспектів у даній стратегії є створення позитивного ставлення до терапії);

2) формування позитивного ставлення до симптомів (важливо навчити клієнта сприймати особистісні зміни як нормальні для ситуації, яку він пережив, і тим самим попередити його подальшу травматизацію);

3) зниження уникнення (прагнення клієнта чогось уникати пов'язане з психічною травмою і заважає йому трансформувати її в досвід);

4) зміна атрибуції сенсу (мета стратегії – змінити сенс, який клієнт надає перенесеній психічній травмі, і таким чином створити відчуття «контролю над травмою»).

Одним із засобів реабілітації клієнтів із ПТСР виступає підтримуюча психотерапія [68, с. 4]. **Підтримуюча психотерапія** проводиться у формі періодичних зустрічей, під час яких фахівцем здійснюється психологічна підтримка клієнта у рішенні ситуативних проблем, у процесі адаптації до нових умов життєдіяльності, у розвитку певних навичок (емоційної саморегуляції, вирішення конфліктів, прийняття рішення) тощо. Саме підтримка з боку психолога виступає основним компонентом терапевтичного процесу (вона зберігає та посилює потенціал особистості для кращого і більш зрілого функціонування «я» у процесі адаптації та розвитку).

Мета психологічної реабілітації осіб з ПТСР засобами підтримуючої терапії: зниження тривоги клієнта, відновлення у нього почуття особистісної цілісності та контролю над тим, що відбувається. У підтримуючій психотерапії психолог може поставити різні завдання: від значних до досить скромних, але слід пам'ятати, що при ПТСР навіть доволі легкі завдання можуть перевищувати можливості клієнта.

О.Ф. Керберг підкреслює, що краще ставити цілі та завдання, спрямовані на покращення рівня функціонування та автономії клієнта з ПТСР. До більш «опікуючих» форм підтримуючої терапії необхідно переходити тільки у тому випадку, коли здібності клієнта до співпраці, а також його інтрапсихічні та соціальні ресурси обмежені для реалізації складного завдання. Проте у всіх випадках необхідно уважно ставитися до

присутності вторинної вигоди терапії у формі соціального паразитування [29, с. 194].

Підтримуюча психотерапія передбачає відхід психолога від технічної нейтральності. Його діяльність може зміщуватися у бік активної підтримки вимог зовнішньої реальності, а може зберігати увагу до емоційних потреб клієнта. Іноді «побічним» результатом підтримуючої терапії може виступати інсайт, проте психологу, який працює з клієнтом з ПТСР не варто піддаватися бажанню відразу вийти за рамки даного підходу.

Як зазначає Н.В. Тарабріна, *ключовим моментом психотерапії клієнта з ПТСР* виступає інтеграція чужого, неприйняттого, жахливого та незбагненого, що з ним трапилося в його уявленні про себе (образ «я») [78]. Саме тому у процесі роботи практики рекомендують підтримувати раптове бажання клієнта на початку зустрічі розповісти психологу про своє життя, проте спеціалісту необхідно задавати собі наступні питання: «Чи важливо те, про що говорить клієнт?», «Чи стосується ця інформація первинних скарг, з якими вибудовується робота в даний час?», «Яке значення мають ці слова до мети терапії?», «Чи відображаються в цій темі те, про що нещодавно обговорювалося?» і т.д.

Для клієнтів з ПТСР досить характерні труднощі, пов'язані з прийняттям ролі реципієнта психотерапевтичної допомоги. Така ситуація пов'язана з глибоким переконанням осіб у тому, що вони повинні своїми силами «викинути пережите» з власних думок і серця (на таке прагнення часто впливають очікування близького оточення, які вважають, що людина може відносно легко перестати думати про певні події). Часом клієнти переконані у тому, що є зовнішня причина травми (наприклад: злочинець), а тому психічні порушення, які є результатом травмування, лежать поза межами їхнього контролю. Доволі розповсюдженою є ситуація, за якою посттравматичні симптоми (нічні жахи, фобії) спричиняють серйозні страждання, проте людина не знає, що вони складають картину певної хвороби [46].

Фундаментальне правило терапевтичної допомоги при ПТСР полягає у прийнятті того темпу роботи і саморозкриття клієнта, який він сам пропонує. О.А. Блінов зауважує на той факт, що відносини психолога і клієнта, що страждає ПТСР, надзвичайно складні, оскільки міжособистісні компоненти травматичного досвіду мають тенденцію проявлятися як додаткова проблема взаємодії із фахівцем (мова йде про недовіру, ненависть, зрадництво, залежність тощо) [15]. Часто психотерапевтичний процес ускладнений небажанням клієнта спілкуватися з психологом; страхом того, що ніхто не зможе правильно зрозуміти травматичний досвід; труднощами у міжособистісних стосунках загалом; потужними реакціями переносу; зловживання ліками, алкоголем, наркотиками; послабленням «Я»-концепції; глибоким почуття вини і сорому; страхом втратити контроль і т.п. У зв'язку з вищезазначеним, робота із травмами викликає інтенсивні емоційні реакції у спеціаліста, а тому висуває високі вимоги до його професіоналізму.

Основні техніки підтримуючої психотерапії умовно можна розділити на дві групи: пояснюючі та директивні. До пояснюючих технік відносяться: емпатія, спонукання, підбадьорювання, схвалення, підвищення самооцінки, перевірка реальністю, навіювання надії, стримування, інтерпретація. Директивними техніками підтримуючої психотерапії є: порада, навчання, когнітивне реструктурування, моделювання.

Для клієнтів, які пережили травматичний досвід, частіше за все пропонується групова терапія, часто вона проводиться у поєднанні з різними видами індивідуальної терапії (стосовно цього в науково-методичній літературі відсутні спеціальні рекомендації). Психолог може запропонувати групи відкритого типу (орієнтовані на структурування травматичних спогадів / робота «там і тоді») або структуровані групи, спрямовані на інтерперсональну динаміку (робота «тут і тепер»).

Н.В. Тарабріна виокремлює низку цілей, важливих для психотерапевтичної групової роботи з клієнтами, які страждають на ПТСР:

- 1) поділ з терапевтом (і групою) повторного переживання травми у безпечному просторі;
- 2) зниження відчуття ізоляції і забезпечення відчуття приналежності, загальності цілей, комфорту і підтримки;
- 3) створення підтримуючої атмосфери прийняття і безпеки;
- 4) робота в одній групі з тими, хто має схожий досвід, що дає можливість відчути універсальність власного досвіду;
- 5) позбавлення від відчуттів ізолюваності, відчуження, не зважаючи на унікальність травматичного переживання кожного учасника групи;
- 6) забезпечення соціальної підтримки і можливість розділити з іншими людьми емоційне переживання;
- 7) спостереження за тим, як інші переживають спалах інтенсивних афектів / надає підтримуючий ефект;
- 8) можливість бути в ролі того, хто допомагає (клієнт сам здійснює підтримку, вселяє впевненість, здатен повернути почуття власної гідності);
- 9) розвиток «почуття ліктя» (спільні проблеми розділяються учасниками групи один з одним);
- 10) подолання власної нецінності («мені нічого запропонувати іншому»);
- 11) розвиток довіри, зменшення почуття провини і сорому, розвиток здатності розділити горе і втрату;
- 12) укріплення впевненості у тому, що можливий прогрес в терапії (важливою підставою для цього є оберігаюча атмосфера в групі, яка надає досвід нових взаємостосунків) [78, с. 97-98].

Серед поширених помилок психотерапевта у роботі з клієнтом, який страждає на ПТСР важливо виділити 2 основні: уникання травматичного матеріалу; несвоєчасне і стрімке опрацювання травматичного досвіду за умови відсутності атмосфери безпеки і довірливих терапевтичних стосунків.

Застосовуючи підтримуючу психотерапію, психолог може змінювати частоту зустрічей відповідно до потреб клієнта: від 2-3 до 1 разу на тиждень

або 1 зустріч на 2 тижня і, навіть, рідше. Проте, якщо зустрічі відбуватимуться рідко, тим більш активно необхідно встановлювати зв'язки між змістом окремих сеансів.

3.5. Застосування групової психотерапії, спрямованої на підвищення адаптаційних можливостей особистості



Р.П. Попелюшко, аналізуючи сучасні підходи психологічної допомоги, зауважує на те, що потужним засобом підвищення адаптаційних можливостей особистості виступає **групова психотерапія**. Цей психотерапевтичний метод полягає у цілеспрямованому використанні **групової динаміки** (сукупності взаємовідносин і взаємодій, що виникають між учасниками групи, включаючи психолога) для надання психологічних послуг [60]. Основним інструментом психотерапевтичного впливу виступає група (на відміну від індивідуальної психотерапії, де таким інструментом є психотерапевт).

Групова психотерапія застосовується у межах різних теоретичних орієнтацій, які й визначають її своєрідність і специфіку (конкретні цілі, змістову сторону, інтенсивність, тактику психотерапевта, вибір методичних прийомів). Вона прицільно розглядає клієнта у соціально-психологічному плані, у контексті його взаємин і взаємодії з іншими людьми, розширюючи межі психотерапевтичного процесу для здійснення ефективної психологічної реабілітації осіб із розладами адаптації [28, с. 90].

У груповій психотерапії своєрідною моделлю реального життя клієнта виступає група. Взаємовідносини, в які вступає клієнт у групі, у значній мірі відображають його типові взаємини. Групова динаміка активно сприяє створенню необхідних передумов для можливості кожного клієнта проявити себе, адекватніше і глибше зрозуміти свої прагнення та почуття, усвідомити власні неадекватні установки та поведінкові стереотипи й змінити їх в атмосфері взаємного прийняття та доброзичливості. У процесі групової роботи кожен член групи проявляє установки, поведінкові реакції та способи

емоційного реагування, які властиві йому у повсякденному житті. На відміну від будь-якої іншої, члени терапевтичної групи можуть вільно коментувати раптові почуття, які відчують відносно групи, до її членів, до терапевта. У групі має підтримуватися чесність і спонтанність. Її учасники можуть вільно взаємодіяти один з одним.

I. Ялом у своїй роботі «Групова психотерапія: теорія і практика» звертає особливу увагу на те, що терапевтичні зміни є надзвичайно важким процесом, який проходить через непросту взаємодію різних компонентів життєвого досвіду людини. Ці компоненти психотерапевт називає *«лікувальними факторами»*. До таких фундаментальних факторів групової психотерапії відносяться наступні базові категорії:

1) навіювання надії: спричиняється впливом покращення стану інших клієнтів і власних досягнень кожного члена групового процесу; успішна терапія клієнта виступає позитивною моделлю, що відкриває оптимістичні перспективи для всіх;

2) універсальність: для осіб із розладами адаптації характерні типові / універсальні страждання та переживання; у процесі роботи клієнт розуміє, що він не самотній, що інші члени групи мають такі ж проблеми та переживання; дане розуміння активно сприяє подоланню егоцентричної позиції, появи почуття спільності та солідарності з іншими, позитивно впливає на підвищення самооцінки;

3) повідомлення інформації: у процесі групової психотерапії клієнт отримує різноманітні відомості про особливості поведінки людини, її міжособистісну взаємодію; з'ясовує причини виникнення та розвитку розладу, опрацьовує інформацію про сутність терапії та хід терапевтичного процесу, а також обговорює поради щодо вирішення проблем, запропоновані як терапевтом, так і іншими клієнтами;

4) альтруїзм: в груповому процесі актуалізується можливість допомагати один одному, робити щось для іншого; надаючи допомогу іншим, сама людина

стає більш впевненою у собі, вона відчуває себе корисною, потрібною, починає вірити у власні можливості;

5) корегуючий аналіз впливу батьківської сім'ї: клієнти у групі виявляють переживання і проблеми, способи поведінки, які характерні для сімейних / батьківських відносин; їхня реконструкція надає можливість їх опрацювати, виходячи з актуальної ситуації, коли психолог виступає у ролі одного з батьків, а учасники – у ролі сиблінгів;

6) розвиток соціалізуючих технік: клієнт має можливість проаналізувати свою неадекватну міжособистісну взаємодію і за умови прийняття змінити її, виробивши та закріпивши більш конструктивні способи поведінки та комунікації;

7) імітаційна поведінка: навчання більш конструктивним способам дій за рахунок наслідування поведінки інших членів групи або психолога;

8) інтерперсональний вплив: кожен учасник під час групової психотерапії отримує нову інформацію про себе шляхом зворотнього зв'язку; дана інформація призводить до трансформації образу «Я»;

9) групова згуртованість: з часом серед учасників формується бажання залишатися в групі, розвивається почуття приналежності до групи;

10) катарсис: під час групової психотерапії клієнт може відреагувати, виразити особисті сильні почуття, емоційно розвантажується;

11) екзистенційні фактори: прийняття факту, щодо несправедливості та жорстокості життя; прийняття того, що незалежно від відкритості для інших, особистість завжди може зустрітися з самотністю; розуміння того, що лише сама людина повинна брати відповідальність за своє життя на себе [88].

Б.Д. Карвасарський визначає загальну мету групової психотерапії як розширення сфери самосвідомості клієнта і фокусує увагу на її трьох складових: саморозумінні (когнітивний аспект), ставленні до себе (емоційний аспект) і саморегуляції (поведінковий аспект).

Когнітивний аспект (пізнавальна сфера). Групова психотерапія має сприяти усвідомленню наступних аспектів клієнтом: зв'язку між психогенними

факторами та виникненням, розвитком і збереженням власного стану; ситуацій у групі та в реальному житті, що викликають негативні емоції, провокують появу, фіксацію і посилення симптоматики розладу; особливостей своєї поведінки та емоційного реагування; власних мотивів, потреб, прагнень, ставлень, а також ступінь їх адекватності, реалістичності та конструктивності; характерних захисних механізмів; внутрішніх психологічних проблем і конфліктів; особливостей міжособистісної взаємодії і т.д. Б.Д. Карвасарський зазначає, що задачі когнітивного змісту стосуються усвідомлення зв'язків: особистість – ситуація – розлад.

Емоційний аспект (емоційна сфера). Групова психотерапія повинна допомогти клієнту отримати емоційну підтримку з боку групи і психотерапевта, що сприяє формуванню власної цінності та послабленню захисних механізмів; пережити у групі ті відчуття, які він відчуває у реальному житті, відтворити ті емоційні ситуації, які були у нього у реальності та з якими раніше він не міг справитися; пережити неадекватність деяких своїх емоційних реакцій; навчитися щирості у ставленні до себе і до інших людей; стати більш вільним у вираженні власних негативних і позитивних почуттів; навчитися більш точно розуміти і вербалізувати свої емоції і т.д.

Поведінкова сфера. Групова психотерапія допомагає клієнту побачити власні неадекватні поведінкові стереотипи; набути навичок більш щирого і вільного спілкування; подолати неадекватні форми поведінки, що проявляються в униканні суб'єктивно складних ситуацій; розвивати форми поведінки, пов'язані зі співробітництвом, відповідальністю, самостійністю, закріпити нові форми поведінки, які будуть сприяти адекватній адаптації і функціонуванню у реальному житті тощо [28, с. 92].

Методи групової психотерапії умовно можна розділити на дві групи: основні (інтеракційна, біографічна та тематична дискусії) та допоміжні методи (психодрама, психогімнастика, проєктивний малюнок, музикотерапія). Опорною формою є групова дискусія, а допоміжні методи застосовуються як допоміжні прийоми у процесі дискусії або як окремі заняття. Поєднання

групової дискусії з різними вербальними і невербальними допоміжними прийомами визначається конкретною ситуацією і фазою розвитку групи.

Тривалість курсу групової психотерапії залежить від особливостей розладу. Тривалість сеансу – 1.5 год. Психотерапевтична група налічує, як правило, 8-12 осіб, які страждають на розлади адаптації, проте вона може бути гетерогенною відносно статі, віку, освіти.

Групова психотерапії має суттєві переваги:

1) можливість отримати підтримку з боку інших членів групи, які також страждають на розлади адаптації; у результаті цього людина, відчуваючи, що вона «не одна така у цьому світі», здатна швидше позбутися неприємних симптомів;

2) перебуваючи у групі, людина з розладами адаптації набуває вагомого досвіду спілкування і соціальної взаємодії, вона стає більш впевненою у собі, розвиває нові життєво важливі соціальні навички, практикує різні моделі поведінки;

3) наявність у групі людей зі схожими проблемами (симптомами розладу адаптації) надає їй членам відчуття комфорту, у той час як при індивідуальній психотерапії така можливість відсутня;

4) групова форма терапії дозволяє клієнту бути не лише активним учасником процесу, а і глядачем (спостерігати особливості взаємодії інших членів групи, «приміряти» на себе їхні ролі, ідентифікувати себе з іншими учасниками процесу, оцінювати вчинки членів групи); кожен учасник групи у процесі роботи здійснює пошук найбільш раціонального рішення ситуації, наближеної до реальної, що дозволяє ефективніше подолати життєві труднощі;

5) психотерапія у групі сприяє особистісному зростанню кожного члена: члени групи зі схожими проблемами підсвідомо стимулюють один одного до змін і розвитку («Якщо це вийшло у нього / у неї, то чому я не зможу?»);

6) групова психотерапія осіб з розладами адаптації дозволяє суттєво економити час і сили психолога: однакові симптоми клієнтів передбачають

практично однакову модель психологічної допомоги, що дозволяє об'єднати їх у групу, а не відводити час з на окрему / індивідуальну зустріч з кожним.

Як і будь-який інший метод психологічної реабілітації, групова психотерапія має певні *недоліки*, а саме: застосування методу групової психотерапії не дозволяє приділити пильну увагу кожному її члену у тій мірі, як це можливо при використанні індивідуального підходу; не завжди клієнт здатний відкрити свої переживання та думки іншим людям «безболісно» для себе.

3.6. «Секрети» аутогенного тренування, рекомендованого при реабілітації осіб, що вдаються до переїдання



Аутогенне тренування відноситься до активних методів психотерапії, направлених на відновлення системи саморегуляції людини, порушеної у результаті негативного впливу стресу. Успішне зняття емоційної напруги і тривоги з допомогою аутогенного тренування визначає її доцільність у процесі психологічної реабілітації осіб, що вдаються до переїдання. Одна із найбільш вагомих причин застосування аутогенного тренування з даною категорією клієнтів – можливість подолати тиск нервових перевантажень не за рахунок прийому їжі, а за допомогою фізіологічних методів пом'якшення емоційної напруги. Аутогенне тренування дозволяє людині допомогти самій собі: підвищити самооцінку, «налаштувати» себе на необхідні харчові обмеження і фізичну активність і, навіть, навчить отримувати від цього задоволення [83].

Основний зміст методу полягає у словесному впливі на психіку. При досягненні певної емоційної налаштованості та відповідного фізичного стану слово починає впливати на людину особливим чином: воно закладає конкретну програму, спрямовану на певний результат і передбачає тісну «співпрацю» тіла і психіки. Правильно сформульовані словесні формули допоможуть не лише донести бажану інформацію до мозку, але і викликати відповідну реакцію у підсвідомості, примушуючи розум працювати у необхідному напрямку.

Сенс текстового матеріалу є досить індивідуальним. Він залежить від персональних переваг і прагнень людини, яка має скласти текстові формули, зважаючи на наступні правила: все, що проговорюється у процесі аутогенного тренування повинно хотітися саме їй (текстові формули не мають відображати побажання родичів чи близького оточення); словесний матеріал має пронизуватися щирим бажанням індивіда; важливо щоб слова у ньому були наповнені позитивом і добром.

В.І. Шебанова глибоко переконана у тому, що не може існувати універсального тексту для усіх загалом (низька ефективність аутогенного тренування у деяких випадках може пояснюватися саме використанням готових чужих варіантів). Вчена зауважує: завдання психолога переконати, стимулювати й допомогти клієнту, який страждає на переїдання, більш точно сформулювати власні формули-наміри [83, с. 294].

Спираючись на досвід психотерапевтичної діяльності, В.І. Шебанова запропонувала *перелік рекомендацій для складання самостійних формул-намірів*:

- 1) формули-наміри необхідно конструювати у позитивній модальності (уникати частки «не»);
- 2) твердження повинні бути короткими, конкретними, чіткими, щоб основна ідея тексту була «прозорою», очевидною;
- 3) під час одного сеансу варто вибирати 1-2 конкретних завдання;
- 4) при складанні тексту аутогенного тренування рекомендується застосовувати 12-15 формул-намірів; дієслова слід використовувати у наступній послідовності: «Мрію – Хочу – Можу – Буду – Є»;
- 5) формулювання майбутнього часу слід поєднувати з формулюваннями теперішнього часу («Я прагну контролювати ЩО й СКІЛЬКИ я з'їдаю» → «Я контролюю ЩО й СКІЛЬКИ я з'їдаю»);
- 6) зміст формули-наміру повинний бути спрямований тільки на себе (застосування слів «я», «мені») [83, с. 295].

Б.Д. Карвасарський виокремлює наступні елементи методики аутогенного тренування: тренування м'язової релаксації, самонавіювання і самовиховання. У своїй книзі «Психотерапевтична енциклопедія» вчений окреслює два ступені аутогенного тренування:

1) нижчий ступінь – навчання релаксації за допомогою вправ, направлених на відчуття тяжкості, тепла, на оволодіння ритмом серцевої діяльності, дихання, приливу крові та прохолоди з фіксацією відчуттів. Він налічує 6 стандартних вправ / кроків, що виконуються клієнтами в одній із трьох поз: положення сидячи, положення лежачи, положення напівлежачи. Ці кроки пов'язані між собою, йдуть один за одним, не обриваючись, зливаючись в єдине ціле. У всіх трьох положеннях досягається повне розслаблення. Вправи виконуються по 5-6 раз;

2) вищий ступінь – аутогенна медитація – створення трансових станів різного рівня. На відміну від стороннього психотерапевтичного впливу, самотійно набагато легше відчувати, наскільки сильним і сприятливим може бути вплив на психіку та тіло. Важливо зауважити, що з трансового стану необхідно правильно виходити, щоб отриманий результат закріпився і щоб не було завдано ніякої шкоди тілу або психіці. Не варто робити різких рухів, важливо на деякий час поринути у свій внутрішній стан і відчувати прилив сил, емоційний спокій, гармонію, розмірено подихати і налаштувати себе на вихід зі стану [28, с. 42].

Засвоїти аутогенне тренування може людина, яка ясно розуміє сенс поставленого перед самою собою завдання, свідомо прагне до самовдосконалення волі та характеру у боротьбі з переїданням. Якщо ж особистість внутрішньо не впевнена у доцільності таких тренувань, якщо у неї виникають сумніви і вона обмірковує, з чого необхідно почати та як продовжити, то ці фактори будуть суттєво ускладнювати засвоєння методу, негативно позначатися на реабілітаційному процесі.

Тривалість аутогенного тренування може бути досить різною. Передусім вона залежить від здатності людини швидко розслаблюватися та від складності

здійснення впливу на психіку. Зазвичай тренування триває від 10 до 60 хвилин. Воно не повинно викликати дискомфорт, внутрішній протест, негативні відчуття та емоції. Важливо здійснювати тренування регулярно (один / два рази на добу). Поступово стан розслаблення досягатиметься усе швидше, суттєво зменшуючи симптоми розладу.

Перевагою аутогенного тренування є те, що цю техніку можна освоїти самостійно. Проте у боротьбі з психічним розладом, у тому числі з переїданням, краще щоб початок тренування здійснювався під контролем психолога.

3.7. Логотерапія при безсонні неорганічної природи: особливості реабілітації



Психологічна реабілітація осіб, які страждають на безсоння неорганічної природи, здійснюється шляхом застосування різних методів і прийомів. Зазвичай рекомендується створити сприятливі умови для сну (спокій, тиша, зручна поза, темрява, виділення достатнього часу тощо), а також здійснити розбір з психологом тих ситуацій, які призвели до безсоння, щоб або усунути проблему, яка хвилює клієнта, або пристосуватися до неї. Серед психотерапевтичних засобів у «боротьбі» з безсонням може застосовуватися логотерапія.

Логотерапія – сучасний напрямок психологічної допомоги, який протистоїть психоаналізу і поведінковій психотерапії водночас. Сутність даного методу реабілітації полягає у пошуку сенсу людського існування.

Відповідно до базових концепцій методу, прагнення до пошуку і реалізації людиною сенсу свого життя – це вроджена мотиваційна тенденція. Її втрата у певній мірі проявляється в апатії і у переживанні нудьги, що стають «близькими товаришами» для тих людей, які звільнилися від буденних справ і усвідомлюють свою внутрішню спустошеність. Часом прагнення людини до реалізації сенсу життя може бути фрустровано. Фрустрована потреба часто

проявлятися у різних симптомах, у тому числі й у тих, які притаманні безсонню неорганічної природи.

В. Франкл, розробник логотерапії, під основною метою діяльності, у межах даного напрямку, вбачає пробудження у людини прагнення вивчати саму себе, досягати інсайту і розуміння того, що у неї є багато важливих аспектів у житті. Тут не потрібні переконання, настанови і упровадження різних правил. Клієнт сам вирішує, який сенс його життя, що і допомагає йому вийти із негативного стану. Досягається знаходження сенсу життя завдяки бесіді. У ній не психотерапевт знаходить його, а сама людина, яка звернулася за допомогою. При цьому психолог лише спрямовує бесіду у необхідне русло. Клієнт не повинен звертати увагу на труднощі та проблеми, не застрягати у негативі, щоб зайнятися пошуком світлого і хорошого. Логотерапія зосереджена на майбутньому, призначена для завдань, що будуть реалізовані клієнтом найближчим часом, а тому вона менш ретроспективна і менш інтроспективна за своїм змістом [81].

Логотерапія безсоння неорганічної природи порушує питання не про сенс життя загалом, а про конкретний сенс життя клієнта у даний момент. Пошук відповіді на нього стосується загальнопсихологічних закономірностей пізнання, у тому числі, виділення фігури із фону. За будь-яких обставин людина здатна зайняти свідому позицію стосовно ситуацій, в яких перебуває, і надати своїм стражданням, що не дають їй можливості позбутися безсоння, глибокий життєвий сенс: людина готова страждати, якщо страждання має сенс. (найголовніше – ставлення до страждання).

До *основних методів логотерапії* відносяться: парадоксальна інтенція, дерефлексія, логоаналіз:

1) *парадоксальна інтенція* передбачає «введення» клієнта у замкнене коло: клієнт боїться певних ситуацій і прагне їх уникати, але сам процес уникання, у свою чергу, породжує тривогу і нові страхи. Результатом таких ситуацій стає посилення симптомів розладу, прогресування безсоння, його перехід на новий рівень. Даний метод передбачає «занурення» людини у її

проблему для зустрічі зі своїми страхами. Такий підхід розриває замкнене коло, позбавляючи клієнта проявів розладу. Людина сама змінює своє ставлення до безсоння, поступово трансформуються її поведінкові стереотипи;

2) *дереклексія* використовується у випадках, коли підвищений рівень самоконтролю та уваги не дозволяє клієнту досягти бажаної якості сну. З допомогою дереклексії людина відволікається від своєї персони і повністю переключається на сенси і цінності, які вона може втілити в оточуючому її світі. Як наслідок – зникає проблема відповідності очікуванням і посиленого самоконтролю. Дереклексія може бути досягнута лише у тій мірі, в якій свідомість клієнта направлена на позитивні зміни;

3) *логоаналіз* надає можливість вивчити ціннісну шкалу клієнта. Він стимулює творчий початок і дозволяє достатньо швидко проаналізувати життя людини, щоб визначити її індивідуальний сенс. У зв'язку з цим в особистості зникає відчуття спустошеності, зменшуються прояви симптомів безсоння неорганічної природи.

На точку зору С.В. Штукаревої, кожен метод логотерапії є досить глибоким і здійснює ефективний вплив тільки за умов налагодженої роботи психотерапевта і клієнта [87].

Логотерапія при безсонні неорганічної природи може використовуватися як в індивідуальній, так і в груповій формі й успішно поєднується з іншими підходами у психотерапії. Останнім часом групові форми у роботі з безсонням неорганічної природи набули особливої популярності в силу своєї ефективності та економічності.

Групова логотерапія дозволяє ефективно розширювати в людині її конструктивні й ресурсні можливості, фокусує увагу на системі ціннісних орієнтацій, особистісних сенсів, пов'язаних зі ставленням клієнта до самого себе, до безсоння, до перспектив подальшого життя. Терапевтичні групи зазвичай мають закритий тип і проводяться з частотою 1-2 рази на тиждень. Тривалість кожної сесії 75-90 хвилин. Загальна кількість сесій визначається симптоматикою. *Групова логотерапія безсоння включає 5 послідовних фаз:*

1) підготовка: орієнтування в часі, тривалості сесій, меті роботи групи та у програмі її дій;

2) робота над програмами: кожен член групи формулює свою особисту програму; група намагається виконати максимальну кількість програм за зустріч. Робота над складанням особистої програми передбачає: визначення спільно з психологом особистого аспекту, який людина хоче змінити; трансформацію визначеної проблеми в межах ситуації «тут і тепер»;

3) логотерапевтична робота: виконання специфічних завдань, пов'язаних з симптомами безсоння, групове обговорення особистісних можливостей (основний метод роботи – дерефлексія);

4) обговорення зустрічі: члени групи і психотерапевт обмінюються враженнями від сеансу;

5) завершення зустрічі: психолог підводить підсумки і визначає ті особистісні програми, з якими група буде працювати наступного разу.

На відміну від інших напрямків, у логотерапевтичній групі ні в якій формі не підтримуються озвучені деструктивні установки і переконання, особливо узагальнюючі. Завдання психолога у такому випадку – сказати учаснику групи «Стоп» і висловити свою життєстверджуючу позицію. Проблеми і невдачі розглядаються як запит: «Яким ти повинен стати, що необхідно зробити, щоб ситуація зі сном покращилася?». У своїй роботі психотерапевт допомагає клієнту виробити інше ставлення до самого сну і навчає технікам покращення настрою перед засинанням.

До основних правил групи належать: обговорення проблем, пов'язаних із безсонням у ключі можливих рішень; поділ позитивним досвідом; розмова про хороше, про успішні життєві стратегії і способи подолання складних життєвих ситуацій [79].

Критерії ефективності логотерапії при безсонні неорганічної природи: настали зміни в клінічній картині розладу і адаптації клієнта з урахуванням 3 аспектів терапевтичної динаміки (соматичної, психологічної, соціальної); позитивна суб'єктивна оцінка змін з позиції клієнта.

3.8. Урахування спонукальних мотивів при раціональній психотерапії осіб, які зловживають антидепресантами



Раціональна психотерапія (за визначенням Б.Д. Карвасарського) – це інтегративний метод впливу, орієнтований на нозологічний підхід до розладу. Він спирається на розум і мислення клієнта. *Основна мета методу:* формування понять і уявлень про розлад, демонстрація логічних помилок, переконань клієнта в основних тезах психотерапевта [28, с. 549].

Цей метод часто використовується для психологічної реабілітації осіб із психічними розладами. Багатьма практиками він рекомендується для роботи з людьми, які зловживають антидепресантами.

Раціональна психотерапія розглядає особистість клієнта, який зловживає антидепресантами, у широкому діапазоні, враховує динаміку особистісних характеристик у процесі реабілітації. Вона застосовується самостійно або у поєднанні з іншими методами. Так, наприклад, у процесі раціональної психотерапії упроваджуються когнітивні техніки (Сократівський діалог, метод аналогій, самоаналіз), а також техніки поведінкової психотерапії (з метою ілюстрації або перевірки обґрунтованості суджень клієнта в реальному житті).

У процесі психологічної реабілітації засобами раціональної психотерапії активно упроваджуються дидактичні прийоми та моральні принципи навчання, системно використовуються прийоми риторики. У якості *терапевтичних факторів виступають:* авторитет психолога, переконання, роз'яснення, відволікання, схвалення тощо. У реабілітаційному процесі психологами-практиками надається перевага індивідуальним формам взаємодії з клієнтом.

Основні етапи раціональної психотерапії при зловживанні антидепресантами. Попередній етап раціональної психотерапії передбачає установлення контакту з клієнтом і викладення ним сутності проблеми. Наступний крок – діагностичний. Психолог виявляє логічні помилки,

неправильні судження стосовно оцінки свого стану, анамнез розладу, клінічні та об'єктивні дані. Власне психотерапевтична діяльність передбачає визначення декількох рівнів:

- 1) формування понять: пояснення, роз'яснення, «насичення інформацією»;
- 2) корекція помилкових суджень, навчання принципам і законам формальної і діалектичної логіки;
- 3) переорієнтація: зміна ієрархії цінностей, життєвих установок;
- 4) психагогіка – переорієнтація широкого плану, яка створює позитивні перспективи для людини, що зловживає депресантами.

Працювати із застосуванням даного методу досить складно, оскільки психотерапевт, який діє в системі раціональної психотерапії, повинен мати чітке уявлення про досягнення логіки, володіти сучасною теорією аргументації. Він має звертати особливу увагу не тільки на форму ірраціональних суджень, а й класифікувати їх, розрізняючи особливості мислення клієнтів (логічне / абстрактне).

Зазвичай, заняття із використанням раціональної психотерапії у роботі з людьми, що зловживають антидепресантами, проводяться тривалістю 60 хвилин. Їх кількість зумовлюється клінічною картиною розладу. Під час роботи психолог вирішує наступні завдання:

- 1) встановлення емоційно позитивної атмосфери;
- 2) формування адекватного самосприйняття, а також розвиток уміння бачити власні позитивні та негативні якості;
- 3) формування уявлення про конструктивну побудову життєвої позиції і розширення уявлень про функції мети у процесі життєдіяльності;
- 4) формування уміння конструювати плани на майбутнє;
- 5) формування уявлення про ефективну стратегію досягнення мети.

Ю.Г. Дем'янов виокремлює *правила роботи з клієнтом в раціональній психотерапії*:

1) важливо точно запам'ятовувати факти і їх тлумачення клієнтом під час викладення своєї проблеми, своїх переживань і дій, оскільки цей матеріал буде використовуватися у подальшому психологом, але дещо в іншому логічному оформленні;

2) під час психотерапевтичного діалогу необхідно помічати і відразу вносити корективи в неточні, суперечливі або невизначені висловлювання клієнта, постійно активізуючи його здатність до логічно обґрунтованого аналізу;

3) психотерапію слід вести неквапливо, послідовно і систематично. Дуже важливо, щоб у клієнта склалося чітке враження про те, що він сам у всьому розібрався, все зрозумів і знайшов нове рішення, яке призводить до вирішення проблем з розладом;

4) у процесі психотерапевтичних сесій психологу бажано поступово переміщати себе на другий план, тоді терапевтичний ефект буде більш результативним;

5) міркування фахівця повинні вестись у доступній для клієнта, чіткій і переконливій формі;

6) під час сеансів раціональної психотерапії клієнт постійно повинен відчувати розуміння, доброзичливе ставлення до себе психолога [23].

Хоча система раціональної психотерапії осіб, що зловживають антидепресантами, спирається у першу чергу на інтелектуальний вплив, її розробники відзначають вагомість у цьому процесі емоційного фактора. Важливим завданням психолога має стати звернення, у першу чергу, до стеничних емоцій (емоції, що підвищують активність, енергію і життєдіяльність, викликають збудження, бадьорість). Не можна позбутися розладу найбільш переконливою психотерапією, не займаючись у той же час загальним моральним станом клієнта і не намагаючись його змінити; це може зробити тільки за умови впливу на почуття.

Сьогодні не виникає сумнівів, що навіть найбільш строгі, вивірені та науково обґрунтовані аргументи не здійснюють необхідний

психотерапевтичний ефект, якщо не будуть підкріплені емоційним відгуком зі сторони клієнта.

У процесі раціональної психотерапії клієнт включається у процес психологічної реабілітації, вчиться розуміти себе і бачити справжні причини своїх емоцій, розпізнає свої істинні потреби. Усі отримані навички людина у подальшому може використовувати для саморозвитку та ефективної самореалізації.

3.9. Закріплення ефективних патернів поведінки при тривожному розладі особистості засобами поведінкової терапії



Одним із провідних напрямків сучасної психотерапії, ефективним для реабілітації осіб, які страждають на тривожний розлад, виступає **поведінкова психотерапія**. Її особливість полягає у підвищеній концентрації психолога на зовнішній поведінці клієнта (традиційна психотерапія базується на виявленні внутрішніх конфліктів, особистісних мотивацій, суб'єктивному сприйнятті). Поведінкова психотерапія при тривожному розладі особистості полягає не у зміні мислення або світорозуміння, а у відпрацюванні певних навичок, які формуються за допомогою спеціально підібраних вправ і тренінгів [28].

Основною метою поведінкової психотерапії є: усунення надлишкової тривоги та надмірної чутливості шляхом відпрацювання нових патернів поведінки.

Концептуальні особливості поведінкової психотерапії:

- 1) шаблони поведінки грають вирішальну роль у розвитку тривожного розладу особистості;
- 2) у поведінковій терапії використовуються тільки ті методи, ефективність яких була підтверджена експериментальним шляхом, при цьому перевага надається технікам, що мають однозначно позитивний вплив;
- 3) вихідним пунктом терапії є проблема, яка хвилює клієнта у даний момент (правило «тут і тепер»);

4) принцип «мінімального вторгнення» говорить про те, що у поведінковій терапії необхідно втручатися у внутрішнє життя клієнта тільки у тій мірі, у якій це необхідно для рішення актуальних проблем;

5) відносність поняття «здоров'я-хвороба» і «норма-відхилення»; поведінковий психотерапевт не нав'язує клієнту свої уявлення про те, що є нормальною і здоровою поведінкою, оскільки метою терапії є відпрацювання поведінки, яка буде оптимальною і бажаною для конкретної особистості;

б) зазвичай у поведінковій терапії психолог грає активну і директивну роль; детальне обговорення проблем клієнта і його переживань у поведінковій психотерапії не вітається; клієнт відповідає на питання, які йому задають і виконує вправи, які рекомендуються; психолог зазвичай працює за спеціально розробленим планом, від якого він не відступає без необхідності;

7) однією із особливостей поведінкової терапії є те, що в ній іноді використовується допомога членів сім'ї (за згодою клієнта) для виконання домашніх завдань, для допомоги при самоспостереженні, для посилення мотивації і т.п. [23].

Схема проведення терапії:

1) функціональний аналіз поведінки – складається список патернів поведінки, які мають негативні наслідки для клієнта з тривожним розладом; кожен патерн поведінки описується за наступною схемою:

- коли і як проявляється даний тип поведінки;
- наскільки часто він проявляється;
- які його наслідки у короткостроковій і довгостроковій перспективі.

При цьому до уваги береться лише те, що можна спостерігати. За допомогою самоспостереження клієнт повинен відповісти на питання: які фактори можуть збільшити або зменшити вірогідність появи бажаного чи небажаного патерну поведінки? Також необхідно перевірити, чи не наявна у негативному патерні поведінки якась «вторинна вигода» (позитивне підкріплення даної поведінки). Потім психолог визначає для себе, які сильні сторони у характері клієнта можуть використовуватися у терапевтичному процесі. Важливо також

прояснити, які очікування клієнта стосовно того, що може дати йому психотерапія (конкретизація очікувань – конкретних форм поведінки, які він хоче набути). Іноді цей етап може займати декілька тижнів, оскільки для поведінкової психотерапії дуже важливо отримати повний і точний опис проблеми. Дані, отримані на етапі функціонального аналізу поведінки виступають «базовим рівнем» або «відправною точкою». Саме вони у подальшому будуть використовуватися для оцінки ефективності психотерапії клієнта з тривожним розладом;

2) складання плану терапії – своєрідний список проблем, які необхідно вирішити. Психолог не працює з декількома проблемами одночасно. Він планує їх поступове вирішення. Не варто переходити до наступної проблеми, доки не буде досягнуто значне покращення у роботі з попередньою. За наявності складної проблематики психотерапевт розбиває її на декілька компонентів. Часом фахівець складає діаграму проблем, яка відображає порядок роботи з клієнтом. Для визначення пріоритетності проблеми враховуються наступні критерії:

- тяжкість проблеми, наскільки вона шкодить життєдіяльності клієнта, чи є вона небезпечною для нього;
- вагомість неприємних відчуттів, пов'язаних з нею;
- центральність проблеми (наскільки рішення даної проблеми допоможе вирішити інші проблеми клієнта).

У випадку недостатньої мотивації клієнта або за умови невпевненості у власних силах терапевтичну роботу розпочинають не з самих складних проблем, а з цілей, які легко досягти людині (з тих патернів поведінки, які простіше змінити і які вона хоче змінити в першу чергу). Перехід до більш складних завдань проводиться після того, як вирішено більш прості завдання.

У процесі поведінкової психотерапії клієнта з тривожним розладом особистості постійно перевіряється ефективність методів, що застосовуються у роботі. Якщо вибрані психологом техніки виявилися недієвими, йому

необхідно змінити стратегію і застосовувати інші методики. Пріоритет у виборі мети завжди має узгоджуватися з клієнтом.

Ю.Г. Дем'янов зауважує, що у поведінковій психотерапії дуже важливим фактором успіху є те, наскільки добре клієнт розуміє зміст прийомів, які застосовує психолог. Саме тому ще на початку роботи клієнту необхідно детально пояснити особливості даного підходу, а також роз'яснити кожен конкретний метод. Доцільно перевірити, наскільки добре клієнт зрозумів пояснення шляхом продукування низки запитань [23].

До методів поведінкової психотерапії відносяться: імітаційне навчання (спостереження та імітація бажаних патернів поведінки), рольовий тренінг (наприклад, тренінг навичок спілкування), шейпінг (моделювання поведінки), метод аутоінструкцій тощо. Для поведінкової психотерапії осіб з тривожним розладом часто використовується також метод самоспостереження і метод домашніх завдань, які виконуються щоденно, а іноді декілька разів на день.

Під час застосування поведінкової психотерапії у роботі з клієнтами, що страждають на тривожний розлад, можуть виникати певні *труднощі*, а саме:

1) схильність клієнта до багатослівної вербалізації того, що він думає і що відчуває, що пережив у минулому, що думає про майбутнє. У такому випадку психологу необхідно пояснити, що поведінкова психотерапія передбачає виконання конкретних вправ і її метою є не розуміння проблеми, а усунення її наслідків. Проте, якщо терапевт бачить, що клієнту необхідно виразити свої переживання або знайти глибоку причину своїх труднощів, то фахівець поєднує даний метод з іншими методами психотерапевтичної допомоги;

2) страх клієнта, що поведінкова корекція його емоційних проявів перетворить його в «робота». У такому випадку необхідно пояснити, що поведінкова терапія не зробить людину емоційно бідною, просто на заміну негативним емоціям прийдуть приємні;

3) пасивність клієнта або страх перед активною діяльністю. За даної умови важливо нагадати людині, що страждає на тривожний розлад, до яких

наслідків може призвести відсутність дій у боротьбі з симптомами у довгостроковій перспективі. У той же час можна переглянути план терапії і почати роботу з більш простих завдань.

Певні труднощі у психотерапевтичному процесі завдають дисфункціональні установки: нереалістичні або негнучкі очікування стосовно методів і результатів терапії; переконаність у тому, що за успіх терапії відповідальність несе тільки терапевт, а клієнт не повинен докладати значних зусиль; драматизація проблеми; страх осуду тощо.

Для підвищення мотивації щодо психологічної реабілітації осіб із тривожним розладом засобами поведінкової психотерапії необхідно:

- 1) давати чіткі та ясні пояснення корисності методів і прийомів, що застосовуються;
- 2) обирати конкретні терапевтичні цілі, узгоджуючи свій вибір із бажаннями і пріоритетами клієнта;
- 3) періодично оцінювати стан клієнта, наочно демонструючи йому прогрес, який досягнуто завдяки його зусиллям (бажано це робити із застосуванням діаграм);
- 4) пояснити клієнту, що він не повинен сліпо виконувати рекомендації психолога, його заперечення будуть обговорюватися і братися до уваги;
- 5) уникати одноманітної роботи, бажано використовувати нові методи, які можуть викликати у клієнта прогрес.

Неефективність поведінкової психотерапії тривожних розладів особистості іноді пов'язана з діяльністю самого психолога. До його *типових помилок поведінкового психотерапевта* слід віднести такі:

- 1) терапевт дає клієнту домашнє завдання а потім забуває про нього або не виділяє час для обговорення отриманих результатів;
- 2) недосвідчені фахівці часом схильні відступати від того плану, який був визначений для терапії конкретного випадку (він переходить до вирішення нової проблеми у той час, як попередня залишається невирішеною);

3) часом психотерапевт проявляє схильність працювати тільки з окремими симптомами і проблемами, при цьому не аналізується цілісна картина порушень.

Завершення терапії. Поведінкова терапія не усуває раз і назавжди проблеми клієнта, вона навчає тому, як долати труднощі по мірі їх появи, тобто «як стати своїм власним психотерапевтом». Клієнт у певній мірі повинен стати дослідником власної особистості і своєї поведінки, що допоможе йому вирішувати проблеми по мірі їх появи (у поведінковій терапії цей феномен визначено як самоменеджмент). На етапі завершення терапевт запитує клієнта про те, які прийоми і методики виявилися особисто для нього найбільш корисними. Потім рекомендує застосовувати ці прийоми самостійно не тільки в ситуації виникнення проблеми, а й для її попередження.

3.10. Реабілітація осіб, які навмисно викликають чи симулюють соматичні чи психічні симптоми інвалідазації засобами сугестивної психотерапії



Реабілітація осіб, які навмисно викликають чи симулюють соматичні чи психічні симптоми інвалідазації, – завдання досить складне, навіть для досвідченого психолога. У реабілітаційній роботі з клієнтами з даним психічним розладом він може використовувати низку психотерапевтичних засобів. Серед них заслуговує на увагу сугестивна психотерапія.

Сугестивна психотерапія (за визначенням Б.Д. Карвасарського) – це група методів, в основі яких в якості провідного фактора виступає навіювання і самонавіювання. Навіювання реалізується у стані неспання (наяву), гіпнотичного сну (гіпнотерапія), наркотичного сну (наркопсихотерапія) [28, с. 622]. У реабілітаційній практиці психолога, зважаючи на специфіку методу, застосовується навіювання наяву.

Навіювання у несплячому стані (наяву) ґрунтується, перш за все, на впливі слова психотерапевта безпосередньо на другу сигнальну систему і через неї на

ті чи інші симптоми розладу. Навіювання здійснюються емоційно насиченим тоном, у вигляді різких і коротких фраз, що зазвичай декілька разів повторюються.

Сугестивний вплив ґрунтується на реалізації терапевтичного навіювання, що сприймається клієнтом некритично, мимовільно. Під його впливом у людини з'являється певне відчуття, ставлення до чогось, зокрема – до свого стану. Формули навіювання проводяться наказовим імперативним тоном, із урахуванням психологічного стану клієнта і характеру клінічних проявів розладу. Вони можуть бути направлені як на покращення загального стану, так і на ліквідацію окремих симптомів.

Супутнє навіюванню поняття – сугестивність. **Сугестивність** – це характеристика людини, під якою розуміється готовність до підпорядкування власної волі впливам навколишнього середовища. Сприйнятливі до навіювань клієнти, можуть швидко прийняти чужу ідею, точку зору, як власну. Вони легко приймають дані їм поради та діють згідно з ними, навіть тоді, коли насправді хотіли вчинити інакше. Міра сугестивності у кожної людини різна. Вона залежить від ситуативних і особистісних факторів.

Сугестивність може підвищуватися під впливом таких ситуативних чинників як: стан стресу, дефіцит часу, стомлення, груповий тиск, брак компетентності, умови невизначеності, важкі соціально-психологічні ситуації. До факторів, які підвищують сугестивність клієнта належать: тривожність, невпевненість у собі, комплекс неповноцінності, низька самооцінка, боязкість, залежність, підвищена вразливість, емоційність, неуміння раціонально мислити.

Серед засобів сугестивної психотерапії вирізняють:

- 1) текстові засоби (зміст і форма подання тексту);
- 2) вербальні засоби (фрази, слова, наголоси та інтонації);
- 3) невербальні засоби (міміка, жести, проксеміка).

Сугестивний вплив здійснюється у наступній *послідовності дій*: встановлення контакту з клієнтом; вислуховування скарги та побудова гіпотези; перевірка гіпотези та отримання яскраво вираженої емоційної негативної

реакції на неї (поспішність, впевненість, заперечення) / засвідчує, що на свідомому рівні клієнт не сприймає необхідність вчинення певних дій для вирішення його проблеми; проведення навіювання. Важливо зауважити, що підсумки психологом не проводяться, оскільки це було б виходом на свідомий план.

Навіювання у психотерапії представляє собою спонукання клієнта, який навмисно викликає чи симулює соматичні чи психічні симптоми інвалідазації, до дії. А тому виникає потреба у використанні дієслів у наказовому способі (займися, зроби, зміни тощо). Психолог повинен чітко розуміти, що саме повинен зробити клієнт і «заховати» ці дії в контекст, який буде природним для клієнта.

Розрізняють загальні і спеціальні навіювання:

1) до загального навіювання відносять впливи, що поліпшують загальне самопочуття клієнта, викликають байдужість до його хворобливих станів. На першому терапевтичному занятті клієнту вселяють надію на покращення стану, переконують у тому, що сугестивна психотерапія допоможе позбавитися симптомів, які його хвилюють. На наступних зустрічах у формулу навіювання вводять слова, що підтримують і поглиблюють успіхи, досягнуті на попередніх сеансах;

2) спеціальні навіювання більш конкретні і при цьому завжди індивідуальні. Не може бути однакових формул навіювання у клієнтів з однаковим розладом. Виробляючи нову формулу навіювання, психотерапевт виходить зі скарг клієнта, особливостей його особистості, симптомів розладу, етапів реабілітації тощо.

Упевненість клієнта у потенційних можливостях сугестивної психотерапії виступає важливим фактором при проведенні навіювання наяву. Ефективність навіювання наяву також залежить від обстановки, в якій проводиться реабілітація, від зовнішнього вигляду і авторитету психотерапевта, його майстерності. Чим вищий авторитет психолога, тим меншу критичну оцінку зустрічатимуть його «формули» навіювання.

Питання та завдання для самоконтролю



1. Що таке психологічна реабілітація? Яка її основна мета і завдання щодо осіб із психічними розладами?
2. Назвіть загальні принципи когнітивної психотерапії, важливі для роботи з симптомами депресії.
3. Охарактеризуйте когнітивні, вербальні та поведінкові техніки, що застосовуються когнітивними психотерапевтами у реабілітаційній діяльності з депресивними клієнтами.
4. Визначте фактори, які впливають на успішність психологічної реабілітації осіб, які страждають на депресію.
5. Проаналізуйте можливості експозиційної психотерапії для подолання соціальних фобій.
6. У чому полягають особливості реабілітаційної роботи при застосуванні експозиційної психотерапії в роботі з фобіями клієнтів?
7. Зазначте загальні рекомендації щодо проведення сесій експозиційної психотерапії для клієнтів із тривожно-фобічними розладами.
8. Як ви розумієте поняття «гештальт», «фігура», «фон», «незавершений гештальт» щодо клієнтів з гострою реакцією на стрес?
9. Представте загальну схему застосування гештальт-терапії у процесі психологічної реабілітації осіб із гострою реакцією на стрес.
10. Розкрийте специфіку використання підтримуючої психотерапії у процесі реабілітації клієнтів з ПТСР.
11. Опишіть основні техніки підтримуючої психотерапії при ПТСР.
12. Назвіть найпоширеніші помилки психолога у реабілітаційній роботі з клієнтом із ПТСР.
13. Визначте «лікувальні фактори» групової психотерапії та схарактеризуйте їх.
14. Підготуйте схему «Методи групової психотерапії для розвитку адаптивних можливостей клієнта».

15. Визначте переваги та недоліки групової психотерапії при розладах адаптації.
16. У чому полягає основний зміст аутогенного тренування, рекомендованого при реабілітації осіб, що вдаються до переїдання?
17. Сформулюйте рекомендації щодо складання формул-намірів, актуальних для аутогенного тренування клієнтів, що схильні до переїдання.
18. Що таке логотерапія? У чому полягає специфіка її використання у роботі з клієнтами, що страждають на безсоння неорганічної природи?
19. Розкрийте сутність основних методів логотерапії.
20. Опишіть основні фази групової логотерапії клієнтів із безсонням неорганічної природи.
21. Розкрийте основну мету раціональної психотерапії осіб, які зловживають антидепресантами.
22. Визначте етапи раціональної психотерапії при зловживанні людиною антидепресантами.
23. Окресліть основні правила роботи з клієнтом методом раціональної психотерапії.
24. Які концептуальні особливості поведінкової психотерапії Вам відомі?
25. Охарактеризуйте схему проведення поведінкової психотерапії клієнтів із тривожним розладом особистості.
26. Назвіть основні методи поведінкової психотерапії. Надайте їм характеристику.
27. У чому саме полягає специфіка сугестивної психотерапії?
28. Які особливості здійснення навіювання у несплячому стані?
29. Визначте послідовність дій психолога при реабілітації осіб, які навмисно викликають або симулюють соматичні чи психічні симптоми інвалідації засобами сугестивної психотерапії.





СЛОВНИК ОСНОВНИХ ТЕРМІНІВ

- **Ажитация** – непосидючість, метушливість, безцільна неконтрольована гіперактивність.
- **Антидепресанти** – це медична основа терапії депресії та депресивних станів. Вони не створені для допомоги здоровим людям, а тому можуть викликати побічні ефекти.
- **Аутогенне тренування** – активний метод психотерапії, направлений на відновлення системи саморегуляції людини, порушеної у результаті негативного впливу стресу. Аутогенне тренування дозволяє людині допомогти самій собі: підвищити самооцінку, «налаштувати» себе на необхідні харчові обмеження і фізичну активність і, навіть, навчить отримувати від цього задоволення.
- **Афективно-шокові реакції** – це стан, що відзначається психомоторним збудженням, ступором і шоком як крайніми формами реагування, спровокований екстремальною ситуацією; може тривати від хвилин до декількох днів.
- **Безсоння неорганічної природи** – це стан із незадовільною тривалістю або незадовільною якістю сну протягом значного періоду часу спричинений передусім емоційними факторами.
- **Відстрочений ПСТР** – ПТСР, що виникає через 6 і більше місяців після травмування.
- **Генералізована соціофобія** – сильний страх, що виникає у більшості соціальних ситуацій і призводить до крайньої соціальної заторможеності й інтроверсії, до обмеження соціальних стосунків і небажання вступати у соціальні інтеракції.
- **Гештальт** – це та ідеальна ситуація, яку хоче бачити кожна окремо взята людина. Дане ідеальне уявлення складається з думок, емоцій, внутрішніх переживань, почуттів, особливостей сприйняття тощо (як результат інтеграції багатьох чинників, присутніх у даний момент).
- **Гештальт-терапія** – це один із провідних напрямів психотерапії, який зорієнтований на усвідомлення клієнтом своїх подавлених почуттів.
- **Гостра реакція на стрес** – транзиторний розлад значної важкості, що розвивається в осіб без видимого психічного розладу у відповідь на винятковий фізичний і психологічний стрес, котрий звичайно проходить протягом годин або днів.
- **Гострий ПТСР** – ПТСР, що розвивається у строки до 3 місяців.
- **Групова психотерапія** – це психотерапевтичний метод, що полягає у цілеспрямованому використанні групової динаміки (сукупності взаємовідносин і взаємодій, що виникають між учасниками групи, включаючи

психолога) для надання психологічних послуг.

- **Депресивна реакція** – розвивається через 1-2 доби після психічної травми і виступає найбільш типовою для слабкого типу вищої нервової діяльності; характеризується погіршенням настрою, плаксивістю, самозвинуваченням, суїцидальними думками, зосередженням людини на психічній травмі чи її наслідках, порушенням сну, стомлюваністю, незадовільним самопочуттям.
- **Депресивний епізод** – це афективний розлад, що характеризується емоційними, когнітивними і соматичними порушеннями та проявляється у зниженні настрою, втраті інтересів, задоволення, енергійності, активності та підвищенні стомлюваності.
- **Депресивний ступор** – нерухоме лежання або сидіння із зануренням у власні важкі думки зі застиглим виразом страждання чи скорботи.
- **Депресивні розлади** – група клінічних станів, що характеризується порушенням настрою, втратою спроможності контролювати свої афекти та відзначається суб'єктивним відчуттям важких страждань.
- **Депресія** – стан, за якого людина перебуває у пригніченому настрої, характеризується зниженням фізичної активності, загальмованістю мислення, появою думок про власну неспроможність, переживає передчуття нещастя, має суїцидальні наміри та спроби тощо.

- **Експозиційна психотерапія** – це один із методів психологічної реабілітації, сутність якого полягає у спеціальному проходженні клієнта через ті ситуації, які викликають у нього страх.
- **Експозиція** – це тренування навичок перенесення важких ситуацій і факторів, що викликають страхи.
- **Зловживання** – використання речовини з немедичними цілями для отримання приємних відчуттів або для відчуттів, які людина сприймає як задоволення.
- **Змішана тривожна і депресивна реакція** – реакція, представлена як тривожною, так і депресивною симптоматикою, і за інтенсивністю не перевищує змішаний тривожний і депресивний розлад.
- **Змішаний розлад емоцій і поведінки** – розлад, що проявляється в емоційних порушеннях і в порушеннях соціальної поведінки
- **Істерична реакція** – виникає після психічної травми в осіб із художнім типом вищої нервової діяльності і супроводжується бурхливими емоціями (іноді афективним звуженням свідомості).
- **Істеричні психози** – психогенні розлади свідомості, що звужується під впливом інтенсивного афекту і супроводжується зануренням у фантастичні переживання.
- **Когнітивна психотерапія** – активний, директивний, обмежений у часі, структурований підхід, в основі якого теоретична гіпотеза про те, що емоції і поведінка у значній мірі детерміновані специфікою

структурування людиною світу (визначається установками і схемами, що формуються у результаті попереднього досвіду).

- **Короткочасна депресивна реакція** – це швидкоплинний стан легкої депресії, що триває не більше місяця, з повним відновленням соціального функціонування без формування порушень особистості та поведінки.
- **Легке безсоння** – описує скарги на недостатню кількість сну майже кожної ночі або відсутність відчуття відпочинку після звичного сну; безсоння супроводжується незначним погіршенням соціального чи професійного функціонування; воно часто пов'язане з відчуттям занепокоєння, роздратованості, легкої тривоги, слабкості та втомленості у денний час.
- **Легкий депресивний епізод** – початок розвитку депресії, що супроводжується незначним зниженням настрою і відзначається відчуттям пригнічення, смутку, похмурості, нудьги, тривоги тощо. Він становить собою суб'єктивні порушення без яскраво виражених зовнішніх і поведінкових ознак. Афективні прояви можуть бути малодиференційованими і, частіше за все, виявляються у послабленні соціальних контактів.
- **Логотерапія** – сучасний напрямок психологічної допомоги, який протистоїть психоаналізу і поведінковій психотерапії водночас. Сутність даного методу реабілітації полягає у пошуку сенсу людського існування.
- **Навмисне викликання або симуляція соматичних чи**

психічних симптомів інвалідизації – це стан, що характеризується поведінкою хворого з представленням скарг, основна фабула яких має постійний, тривалий характер, обростаючи різними додатковими симптомами (синдром постійного відвідувача лікаря, синдром Мюнхаузена, синдром мандруючого хворого).

- **Неврастенічна реакція** – характеризується явищами дратівливої слабкості та вегетативних симптомів;
- **Нормотімія** – це стан афективної сфери, що розцінюється як адекватний і відповідає прийнятим у психопатології критеріям норми.
- **Панічна атака** – обмежена у часі сильна тривога, яка проявляється у відчутті наближення нещастя і супроводжується задишкою, болями у грудях, фізичним дискомфортом, страхом зійти з розуму або втратити над собою контроль.
- **Параліч емоцій** – реакція, за якої людина розуміє трагічність подій, небезпеку для свого життя чи життя своїх близьких у ситуації, що склалася, проте не відчуває ніяких емоцій (вона проявляє байдужість, розуміючи і помічаючи те, що відбувається, але займає позицію «спостерігача»).
- **Переїдання** – розлад, що призводить до тучності і є реакцією на дистрес, який поєднується з іншими психологічними порушеннями емоційно-вольової сфери.
- **Підтримуюча психотерапія** – психологічна підтримка клієнта у

рішенні ситуативних проблем, у процесі адаптації до нових умов життєдіяльності, у розвитку певних навичок (емоційної саморегуляції, вирішення конфліктів, прийняття рішення) тощо.

- **Поведінкова психотерапія** – психотерапевтичний метод, що полягає у підвищеній концентрації психолога на зовнішній поведінці клієнта (традиційна психотерапія базується на виявленні внутрішніх конфліктів, особистісних мотивацій, суб'єктивному сприйнятті).
- **Помірне безсоння** – описує скарги на недостатню кількість сну або відсутність відчуття відпочинку після звичного сну кожної ночі; безсоння супроводжується легким або помірним погіршенням функціонування людини у соціальній чи професійній сфері; воно завжди пов'язане з відчуттям роздратованості, тривоги, слабкості та втомленості у денний час.
- **Помірний депресивний епізод** – це поглиблення депресії, що засвідчує посилення афективних розладів і їх клінічну виразність. Зовнішній вигляд, характер висловлювань та поведінка людини зазнає суттєвих змін: обличчя стає сумним, зажуреним, погляд – похмурым і згаслим; мислення – сповільненим, бідним на асоціації; знижуються мнестичні здібності; мовлення характеризується монотонністю, стислістю, песимістичним забарвленням; з'являються ідеї про власну неповноцінність, думки про провину; сповільнюється рухливість (виражена млявість). Головною відмінністю помірного депресивного епізоду є те, що зміна афекту

позначається на рівні соціальної активності і заважає реалізації особистості.

- **Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)** – інтенсивна, пролонгована реакція людини на сильний стрес (природні катаклізми, лиха, що спричинені людьми, насильницькі дії, вчинені щодо конкретної людини), що пов'язана з серйозною небезпекою або зі зневагою особистості.
- **Пролонгована депресивна реакція** – це легкий депресивний стан, як реакція на затяжну стресову ситуацію, що триває не більше двох років.
- **Психастенічна реакція** – характерна для особистостей розумового типу і проявляється у тривозі, нерішучості, неможливості розв'язати найпростіші проблеми, супроводжується нав'язливістю і багаторазовими повторними міркуваннями про доцільність дій;
- **Психічний ступор** – стан, що характеризується загальмованістю рухів або їх відсутністю (людина не може зробити жодного руху, не зважаючи на смертельну небезпеку); у такому стані особа дезорієнтована, її свідомість звужена, а увага знижена, вона не здатна адекватно реагувати на зовнішні подразники; стає байдужою й емоційно не реагує, проте сприймання і мислення не зазнають змін; такий стан триває хвилини, іноді години і часто трансформується у інші типи реакцій;
- **Психічні розлади** – це клінічно визначена група фізичних, когнітивних, перцептивних, емоційних симптомів та

поведінкових ознак, що завдають страждань і заважають особистісному функціонуванню.

- **Психогенний транс** – стан, якому властиве звуження свідомості, втрата чутливості, автоматизм у мові та поведінці, детерміновані пошуком рідних.

- **Психодіагностика психічних розладів** – це комплексне дослідження із застосуванням спеціальних тестових методик, які дають можливість отримати інформацію про особистість і її стан.

- **Психологічна реабілітація** – це комплекс психологічних заходів, спрямований на компенсацію порушених психічних функцій і станів або відновлення психічних сил людини.

- **Психомоторне збудження** – це своєрідний стан «рухливої бурі», що характеризується раптовим, безглузким руховим неспокоєм (зайві, непотрібні рухи); у даному стані люди не піддаються продуктивному контакту (спроби взаємодії з потерпілими посилюють метушливість і викликають негативізм); психомоторне збудження іноді різко припиняється і переходить у інші стани.

- **Раціональна психотерапія** – це інтегративний метод впливу, орієнтований на нозологічний підхід до розладу. Він спирається на розум і мислення клієнта. Основна мета методу: формування понять і уявлень про розлад, демонстрація логічних помилок, переконань клієнта в основних тезах психотерапевта.

- **Реакції гострого лиха** – стан, що виникає відразу після втрати

(дуже рідко буває відстрочений у часі), проявляється у втраті сил, відчуті виснаженості, нереальності, емоційній віддаленості від рідних і оточення; у людини відзначається ворожість до інших, дратівливість, втрата сенсу життя.

- **Реакція з переважанням емоційних порушень** – реакція, за якої симптоматика має різноманітну структуру афекту, наявні тривога, депресія, відчуття неспокою, напруженість і гнів; симптоми тривоги і депресії можуть відповідати критеріям змішаного тривожного і депресивного розладу або іншим змішаним тривожним розладам, але їх вираження недостатнє для діагностики більш специфічних тривожних або депресивних розладів.

- **Реакція з переважанням порушень поведінки** – це розлад соціальної поведінки, для якого характерні агресивні або дисоціальні форми у структурі реакції горя у підлітковому віці.

- **Ретардація** – це сповільнення рухів тіла, зниження експресії обличчя, звуження комунікативної сфери.

- **Розлад адаптації** – це стан суб'єктивного дистресу й емоційного розладу, що перешкоджає соціальному функціонуванню і виникає у період адаптації до значної зміни у житті або породжений стресовою життєвою подією.

- **Розлади особистості** – це стійкі, виражені аномалії особистості, що проявляються дисгармонією характеру і призводять до порушень поведінки, стосунків із оточуючими,

утруднюючи соціальну адаптацію людини.

- **Соціальні фобії** – це тривожно-фобічний розлад, що характеризується страхом однієї або декількох соціально небезпечних ситуацій, у яких люди відчувають страх підвищеної уваги з боку інших людей, страх зробити щось принизливе для себе або таке, що може привести інших у здивування.
- **Специфічна соціофобія** – це деструктивний страх перед однією або декількома соціальними ситуаціями, який призводить до їх уникнення або до сильного дистресу
- **Сугестивна психотерапія** – це група методів, в основі яких в якості провідного фактора виступає навіювання і самонавіювання.
- **Сугестивність** – це характеристика людини, під якою розуміється готовність до підпорядкування власної волі впливам навколишнього середовища.
- **Тривожний розлад особистості** – це розлад особистості, що характеризується сором'язливістю і сильною потребою у наявності компаньйона, потребою гарантії того, що її приймуть без критики.
- **Тяжке безсоння** – описує скарги на недостатню кількість сну або відсутність відчуття відпочинку

після звичного сну кожної ночі; безсоння супроводжується тяжким погіршенням функціонування людини у соціальній чи професійній сфері; воно завжди пов'язане з відчуттям хвилювання, роздратованості, тривоги, слабкості та втомленості у денний час.

- **Тяжкий депресивний епізод** – це складні випадки розвитку депресії, характерною ознакою яких є велика туга з фізичним відчуттям тяжкості у грудях, серці, голові. Людина характеризується млявістю мислення, їй важко зосередити увагу, складно конкретизувати свої відчуття (пригнічуються смак та нюх, змінюється суб'єктивна тривалість часу і т.п.), у неї різко погіршується запам'ятовування нової інформації та відтворення минулих подій, вона вдається до самоприниження і самозвинувачення, вважає себе тяжкохворою. Суїцидальні думки і поведінка носять постійний характер.
- **Хронічний ПСТР** – ПТСР, що триває більше 3 місяців.





СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абсалямова Л.М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості / Л.М. Абсалямова // Проблеми сучасної психології. – 2014. – Випуск 25. – С. 19-33.
2. Анормальная психология / Р. Крсон, Дж. Батчер, С. Минека. – СПб.: Питер, 2004. – 1167 с.
3. Антипова О.С. Расстройства адаптации: современные подходы к диагностике и терапии / О.С. Антипова // Эффективная фармакотерапия. Неврология и Психиатрия. – 2013. – №1. – С. 2-8.
4. Антонюк Т. Клініко-фармакологічний підхід до лікування депресії / Т. Антонюк // Нейро news: психоневрология и нейропсихиатрия. – 2017. – №1 (85). – С. 3-7.
5. Ассанович М.А. Метрическая разработка шкалы оценки депрессии Гамильтона на основе модели Раша / М.А. Ассанович // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2014. – № 3. – С. 80-83.
6. Афективні розлади: клінічний та психофармакологічний аспекти: навчально-методичний посібник для лікарів-інтернів, магістрантів, клінічних ординаторів та аспірантів за фахом «психіатрія» / В.М. Бобирьов, А.М. Скрипніков, О.С. Телюков. – Полтава: Дивосвіт, 2014. – 133с.
7. Батаршев А.В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения / А.В. Батаршев. – М.: Изд- во Института Психотерапии, 2004. – 320 с.
8. Бауэр М. Клинические рекомендации Всемирной федерации обществ биологической психиатрии по биологической терапии униполярных депрессивных расстройств / М. Бауэр, А. Пфенниг, Э. Северус, П.С. Вайбрау,

Ж. Ангст, Х.-Ю. Мюллер // Современная терапия психических расстройств. – 2015. – №4. – С. 33-39.

9. Бек Д. Когнитивна терапия: полное руководство / Пер. с англ. Е.Л. Черненко. – М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2006. – 400 с.

10. Беялов Ф.И. Психические расстройства в практике терапевта: монография; изд. 4, перераб. и доп. / Ф.И. Беялов. – Иркутск: РИО ИГИУВа, 2011. – 300 с.

11. Березка С.В. Психологічні витокі деформацій особистості / С.В. Березка // Молодий вчений. – №9. – С. 120-123.

12. Берлоу Д. Клиническое руководство по психическим расстройствам / Д. Берлоу. – СПб: Питер, 2008. – 865 с.

13. Бизунок Н.А. Антидепрессанты: учебно-методическое пособие / Н.А. Бизунок, А.В. Гайдук. – Минск : БГМУ, 2017. – 26 с.

14. Биик Дж. Тренинг преодоления социофобии. Руководство по самопомощи / Дж. Биик. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. – 240 с.

15. Блинов О.А. Психотерапия посттравматических стрессовых расстройств / О.А. Блинов // Проблемы современной науки: сборник научных трудов: выпуск 13. – Ставрополь: Логос, 2014. – С. 20–27.

16. Блінов О.А. Нормалізація сну за допомогою прийомів самонавіювання / О.А. Блінов // Український бальнеологічний журнал. Науково–практичний журнал. – №3, 4. – 2009. – С. 19–21.

17. Борбели А. Тайна сна / А. Борбели. – М. : Знание, 1989. – 192 с.

18. Васильева Е.А. Базисные убеждения личности с компульсивным перееданием / Е.А. Васильева // Научный альманах. – 2016. – №3-4 (17). – С. 203-206.

19. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство / А.Л. Венгер. – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – 160 с.

20. Гарбузов П.И. Синдром Мюнхаузена при болезни Грейвса / П.И. Гарбузов // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2012. – Т.8. – №4. – с. 53-55.

21. Горбачев А.И. Основы психиатрии: наглядные материалы к курсу лекций для студентов, обучающихся по специальности «Психология» / А.И. Горбачев. – Минск: БГУ, 2014. – 73 с.

22. Григорьева И.В. Апробация опросников «Шкала социальной тревожности Либовица» и «Шкала страха негативной оценки (краткая версия)» / И.В. Григорьева, С.Н. Ениколопов // Национальный психологический журнал. – 2016. – №1(21). – С. 31-44.

23. Демьянов Ю.Г. Основы психиатрии: учебник для вузов / Ю.Г. Демьянов. — М. : Издательство Юрайт, 2016. — 308 с.

24. Дюкова Г.М. Синдром Мюнхаузена в медицинской практике / Г.М. Дюкова // Лечение заболеваний нервной системы. – 2015. – №1 (16). – С. 27-34.

25. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці – сімейній медицині. Навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів- слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти / Б.В. Михайлов, О.І. Сердюк, В.В. Чугунов, В.О. Курило, П.Г. Андрух, Ю.І. Заседа. – 5-е вид., перероблене та доповнене / За заг. ред. Б. В. Михайлова. – Х.: ХМАПО, 2014. – 328 с.

26. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: Методичний посібник / О.М. Кокун, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська, О.В. Копаниця, О.Р. Малхазов. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. – 281 с.

27. Иванцова О. Пам'ятка бійцю: психологічна самопомога в зоні бойових дій / О. Иванцова, Г. Циганенко. – К.: Психологічна кризова служба, 2015. – 20 с.

28. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б.Д. Карвасарский. – СПб: Питер, 2002. – 752 с.

29. Керберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии / Пер. с англ. М.И. Завалова. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 464 с.

30. Клименкова Е.Н. Валидизация методик диагностики социальной тревожности на российской подростковой выборке / Е.Н. Клименкова, А.Б. Холмогорова // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Т. 25. – № 1. – С. 28-39.
31. Ковпак Д.В. Депрессия. Современные подходы к диагностике и лечению / Д.В. Ковпак, Л.Л. Третьяк. – СПб: Наука и Техника, 2013. – 384 с.
32. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. – СПб.: Питер, 2003. – 304 с.
33. Коробіцина М.Б. Психологічна діагностика психічних розладів та розладів поведінки у дорослих та відповідні реабілітаційні заходи / М.Б. Коробіцина. – Одеса: «Астропринт», 2005. – 82 с.
34. Короленко Ц.П. Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии: Монография / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. – Новосибирск: Издательство НГПУ, 2006. – 448 с.
35. Корольчук В. Діагностика впливу психотравмуючих факторів на особистість / В. Корольчук // Вісник Київського національного торговельно-економічного університету. – 2012. – № 3. – С. 94-105.
36. Коростій В.І. Психофармакотерапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стресового розладу / В.І. Коростій, В.Т. Поліщук, В.І. Заворотний // Міжнародний неврологічний журнал. – 2015. – №6 (76). – С. 88-100.
37. Костюченко С.И. Лечение хронической бессонницы у взрослых. Обзор зарубежной научной литературы / С.И. Костюченко // Здоров'я України. – 2012. – Жовтень. – С. 33-34.
38. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки / Під ред. Б.В. Михайлова, С.І. Табачнікова, О.К. Напреєнка, В.В. Домбровської // Новості харьковської психіатрії. – Харьков, 2003. – Режим доступу: <http://psychiatry.ua/books/criteria/>
39. Курпатов А.В. Средство от бессонницы: экспресс-консультация / А.В. Курпатов. – СПб.: Нева, 2003. – 74 с.

40. Леви В. Приручение страха / В. Леви. – М.: Метафора, 2007. – 182 с.
41. Лемак М.В. Психологу для работы: діагностичні методики / М.В. Лемак, Ю.В. Петрище. – Ужгород: Видавництво А. Гаркуші. – 2012. – 616 с.
42. Лопес Е.Г. Основы психотерапии: Практик.-ориентир.пособие / Е.Г. Лопес, О.А. Рудей. – Екатеринбург: Изд-во ГОУ ВПО «Рос. гос. проф.-пед. ун-т», 2006. – 103 с.
43. Мазо Г.Э. Депрессивное расстройство / Г.Э. Мазо, Н.Г. Незнанов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 365 с.
44. Макаренко О.М. Гострі психологічні реакції людини на стресогенні події / О.М. Макаренко, І.В. Федосєєва // Наукові записки НаУКМА. – 2005. – Т. 47: Педагогічні, психологічні науки та соціальна робота. – С. 45-49.
45. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии / Пер. с англ. Т. Саушкиной. – СПб.: Речь, 2001. – 560 с.
46. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
47. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М., Эксмо, 2005. – 992 с.
48. Мантрова И.Н. Методическое руководство по психофизиологической и психологической диагностике / И.Н. Мантрова. – Иваново: ООО «Нейрософт», 2007. – 216 с.
49. Маркова М.В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми / М.В. Маркова, П.В. Козира // Медична психологія. – 2015. – №1. – С. 8-13.
50. Марута Н.О. Аналіз суб'єктного сприйняття свого стану хворими на депресивні розлади / Н.О. Марута, В.Ю. Федченко, Г.Ю. Каленська, Т.В. Панько, О.Є. Семікіна // Wschodnioeuropejskie czasopismo naukowe. – Т. 11. – №1. – 2016. – С. 58-67.
51. Марута Н.О. Діагностичні критерії депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги / Н.О. Марута, Т.В. Панька, В.Ю. Федченко,

О.Є. Семікіна, Г.Ю. Каленська, Д.І. Теренковський // Український вісник психоневрології. – 2017. – №1 (90). – С. 135.

52. Методики діагностики емоціональної сфери: психологічний практикум / Сост. О.В. Барканова [серія: Бібліотека актуальної психології]. – Вып.2. – Красноярск: Литера-принт, 2009. – 237 с.

53. Мингазов А.Х. Комплексное клинко-психологическое исследование лиц с алкогольной зависимостью: учебное пособие / А.Х. Мингазов, Е.Н. Кривулин. – Челябинск: Изд-во ПИРС, 2010. – 88 с.

54. Мякотин И.С. Особенности совладающего поведения при социальной фобии / И.С. Мякотин // Universum: Психология и образование: электрон. научн. журн. – 2016. – № 10(28). – С. 189-193.

55. Нековаль І.В. Фармакологія: підручник / І.В. Нековаль, Т.В. Казанюк. – 4-е вид., виправл. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 520 с.

56. Нижник А.Є. Харчова поведінка молоді як предмет психологічного дослідження / А.Є. Нижник // Наукові записки. Серія «Психологія і педагогіка». – 2013. – Випуск 22. – С. 136-140.

57. Никоненко Ю.П. Клінічна психологія: Навчальний посібник / Ю.П. Никоненко. – К.: КНТ, 2016. – 369 с.

58. Основи психології та педагогіки. Психологія: лабораторний практикум / Л.А. Мацко, М.Д. Прищак, Т.В. Первушина. – Вінниця: DYNE 2011. – 139 с.

59. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник / О.М. Кокун, Н.А. Агаєв, І.О. Пішко, Н.С.Лозінська – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. – 170 с.

60. Попелюшко Р.П. Аналіз сучасних підходів надання психологічної допомоги комбатантам з віддаленими наслідками стресогенних впливів / Р.П. Попелюшко // Проблеми сучасної психології. – 2016. – Вип. 32. – С. 415-429.

61. Практикум по психологии состояний: Учебное пособие / Под ред. проф. А. О. Прохорова. – СПб: Речь, 2004. – 480 с.

62. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор.: Д.Д. Романовська, О.В. Ілащук. – Чернівці: Технодрук, 2014. – 133 с.

63. Психіатрія / О.К. Напрєєнко, І.Й. Влох, О.З. Голубков; За ред. проф. О.К. Напрєєнка. – К.: Здоров'я, 2001. – 584 с.

64. Психіатрія і наркологія: підручник / В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, В.А. Абрамов та ін.; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. – 2-ге вид., переробл. і допов. – К. : ВСВ «Медицина», 2015. – 512 с.

65. Психодіагностика стресса: практикум / сост. Р.В. Куприянов, Ю.М. Кузьмина; М-во образ. и науки РФ, Казан. гос. технол.ун-т. – Казань: КНИТУ, 2012. – 212 с.

66. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В.Л. Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 219 с.

67. Психологические тесты для профессионалов / авт. Сост Н.Ф. Гребень. – Минск: Современ. Шк., 2007. – 496с.

68. Психологічна робота з посттравматичними стресовими розладами у військовослужбовців Збройних Сил України. Частина 2: Групові форми психологічної допомоги військовослужбовцям у подоланні наслідків психологічної травматизації. Методичний посібник / С.М. Хоружий, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. – 84 с.

69. Раас Б.К.М. Имитируемое расстройство в клинической практике / Б.К.М. Раас // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т.20. – №2. – С. 16-18.

70. Сагалакова О.А. Опросник социальной тревоги и социофобии [Электронный ресурс] / О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 4 (15). – URL: <http://medpsy.ru>

71. Сагалакова О.А. Социальные страхи и социофобии / О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2007. – 210 с.

72. Самохвалов В.П. Психиатрия: Учебное пособие / В.П. Самохвалов. – Симферополь: 2002. – 324 с.
73. Сорокман Т.В. Розлади харчової поведінки як предикатори розвитку ожиріння у дітей / Т.В. Сорокман // Международный эндокринологический журнал. – 2015. – №5 (69). – С. 174-177.
74. Справочник по психиатрии / Н.М. Жариков, Д.Ф. Хритинин, М.А. Лебедев. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. – 440 с.
75. Стоссел С. Век тревожности. Страхи, надежды, неврозы и поиски душевного покоя / С. Стоссел. – М.: Альпина, 2016. – 464 с.
76. 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.
77. Сыропятов О.Г. Техники психотерапии при ПТСР / О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская. – К., 2014. – 320 с.
78. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. — СПб: Питер, 2001. – 272 с.
79. Титов А.В. Логотерапия в групповом формате: группы дерефлексии / А.В. Титов, Ж.Г. Титова // Человек. Искусство. Вселенная. – 2014. – Сочи: Центр развития человека, 2014. – С. 94-103.
80. Турецька Х.І. Психотерапія ПТСР в учасників бойових дій із застосуванням імагінативних технік / Х.І. Турецька // Психологія і особистість. – 2016. – №1. – С. 226–234.
81. Франкл В. Логотерапия и экзистенциальный анализ: Статьи и лекции / В. Франкл; Пер. с нем. О. Сивченко. – М.: Альпина нон-фикшн, 2016. – 344 с.
82. Харченко В.Є. Психологічна діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу особистості: методичний посібник / В.Є. Харченко, М.А. Шугай. – Острог: Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2015. – 160 с.

83. Шебанова В.І. Психокорекція екстернальної харчової поведінки методом аутогенного тренування / В.І. Шебанова // Теоретичні і прикладні проблеми психології. – 2013. – Вип. 3 (32). – С. 290-298.

84. Шебанова В.І. Фіксація стратегії переїдання та зростання ваги як наслідок трансформації внутрішньої картини життєдіяльності (Ч. 2) / В.І. Шебанова // Науковий вісник Херсонського державного університету: зб. наук. праць. Серія Психологічні науки / гол. ред. О.Є. Блинова. – Херсон: Видавничий дім Гельветика, 2015.– № 6. – С.59–68.

85. Шевеленкова Т.Д. Психологическое благополучие личности. / Т.Д. Шевеленкова, Т.П. Фесенко // Психологическая диагностика. – 2005 . – №3. – С. 95-121.

86. Шелестова О.В. Розлади адаптації як наслідок впливу стресу / О.В. Шелестова // Медична психологія. – 2016. – №4. – С. 74-77.

87. Штукарева С.В. Введение в логотерапию (психотерапию, ориентированную на смысл): Учебное пособие. Конспект / С.В. Штукарева. – М.: Московский институт психоанализа, Издатель Воробьев А.В., 2013. – 100 с.

88. Ялом И. Групповая психотерапия: теория и практика / Пер. с англ. Н. Шевчук. – 2-е изд. – М.: Апрель Пресс, Психотерапия, 2007. – 576 с.



ІМЕННИЙ ПОКАЗЧИК



1. Абрамов В.А. ...18, 39
2. Абсаямової Л.М. ...30
3. Агаєв Н.А. ...24
4. Айзенк Г....76, 77, 85
5. Акіндінова І. ... 89
6. Ананьєв Б. ... 60
7. Андрущенко А.В. ...85
8. Антипова О.С. ...26
9. Бабов К.Д. ...22
10. Бабова К.Д. ...27
11. Бажін Є.Ф. ... 81
12. Барканова О.В. ... 73
13. Барлоу Д. ... 98
14. Батчер Дж. ...15
15. Бек А. ...9, 50, 92, 94, 95
16. Бек Д. ...92
17. Белялов Ф.І. ...37, 38
18. Бізунок Н.А. ...36
19. Бік Дж. ...14
20. Бітенський В.С. ...18, 21, 39
21. Блейк Д. ... 66
22. Блінов О.А. ... 108
23. Бобирьов В.М. ...8, 13
24. Бойко В.В. ... 73
25. Борбелі А. ...34
26. Брайтвейт В. ... 77
27. Васильєва К.А. ...31
28. Везерс Ф. ... 63, 66
29. Влох І.Й. ...8, 38
30. Гавенко В.Л. ...18, 21, 39
31. Гамільтон М. ... 49, 50, 84
32. Гарбузов П.І. ...41
33. Гоженко А.І. ...23, 27
34. Голубков О.З. ...8, 38
35. Горовиць М....65
36. Дем'янов Ю.Г. ... 123, 128
37. Дерогатіс Л. ... 66
38. Дзеружинська О.Г. ... 103
39. Дмитрієва Н.В. ...40
40. Домбровська В.В. ... 52, 57, 78
41. Доскін В. ...68
42. Дюкова Г.М. ...42
43. Елерс А. ... 64
44. Емері Г. ... 9, 94, 95
45. Еткінд О.М....60
46. Зігмунд А.С. ... 85
47. Зливкова В.Л. ...58
48. Іванцова О. ...18, 57
49. Ізард К. ... 72
50. Каленська Г.Ю. ...9, 48
51. Калупек Д. ... 66
52. Капіца М. ... 72
53. Карвасарський Б.Д. ... 112, 117, 121, 130
54. Карсон Р. ...14
55. Керберг О.Ф. ... 106
56. Кін Т. ... 63, 66
57. Кларк Д. ... 64
58. Козира П.В. ...17, 19
59. Кокун О.М. ...24
60. Коробіцина М.Б. ... 14, 17, 35, 38, 51, 78, 82
61. Короленко Ц.П. ...40
62. Корольчук В. ...65
63. Костюченко С.І. ...31, 33
64. Котенєв І.О. ... 66
65. Крсон Р. ... 15
66. Кузьміна Ю.М....61, 69
67. Куліков Л.В. ...61
68. Купріянов Р.В....61, 69
69. Курганський Л. ... 75
70. Курпатов А.В. ...33
71. Лаврентєва Н. ... 68
72. Леві В.Л....54
73. Лейбович М. ... 53
74. Леонова О. ... 72
75. Леонтєв О. ...59
76. Літц Б. ... 62
77. Лозінська Н.С. ...24
78. Лукомська С.О....58
79. Люшер М. ...58, 60
80. Мазо Г.Е....48

81. Макаренко О.М. ...20, 22
82. Маккінлі Дж. ...51
83. Маклаков А.Г. ...69
84. Малкіна-Пих І.Г. ... 104, 105
85. Маркова М.В. ...17, 19
86. Маркс Б. ... 63, 66
87. Марута Н.О. ...9, 48
88. Маховер К. ... 77
89. Мацко Л.А. ... 75
90. Михайлов Б.В...52, 57, 78
91. Мінека С. ...15
92. Мірошніков М. ... 68
93. Морган К. ... 87
94. Мюррей Г. ... 87
95. Мясищев В. ... 60
96. Напреєнко О.К. ... 8, 38, 52,
57, 78
97. Незнанова М.Г. ...48
98. Немчин Т.А....75, 84
99. Норакідзе В.Г. ... 84
100. Орсіло С. ... 64
101. Палмієрі П. ... 63
102. Панько Т.В. ...9, 48
103. Первушина Т.В. ... 75
104. Перує-Баду А. ...80
105. Пінчук І.Я. ...23, 27
106. Пішко І.О. ...24
107. Попелюшко Р.П. ... 110
108. Потьомкіна С.Ф. ... 77
109. Прищак М.Д. ... 75
110. Раас Б.К.М. ...43
111. Раге Р. ... 68
112. Раш А. ...9, 94, 95
113. Рікс Д. ... 72
114. Ріф К. ...79
115. Романова Є.С. ...77
116. Роттер Дж. ... 81
117. Рукавішніков О.О. ... 77
118. Сагалакова О.А. ...13, 16, 52,
55
119. Самохвалов В.П. ...11
120. Семікіна О.Є. ...9, 48
121. Сиропятова О.Г. ... 103
122. Скрипніков А.М. ...8, 13
123. Снейт Р. ... 85
124. Соколова М.В. ... 77, 80
125. Спілберг Ч.Д. ... 83
126. Стоссел С. ...101
127. Табачніков С.І. ... 52, 57, 78
128. Тарабріна ... 107, 108
129. Тейлор Дж. ... 84
130. Телюков О.С. ...8, 13
131. Теренковський Д.І. ... 48
132. Толін Д. ... 64
133. Труєвцев Д.В. ...13, 16, 52, 55
134. Турецька Х.І. ... 98
135. Уессман А. ... 72
136. Уотсона Д. ...53
137. Федан О.В....58
138. Федосєєва О.М. ...20, 22
139. Федченко В.Ю. ...9, 48
140. Фесенко Т.П. ... 79
141. Фoa Е.Б. ...64
142. Франкл В. ... 119
143. Фрінд Р....53
144. Ханін Д.Л... 83
145. Хатуей С. ...51
146. Холмс Т. ... 68
147. Циганенко Г. ...18, 57
148. Цунг В. ...50, 84
149. Чермянін С.В. ... 69
150. Шарай В. ... 68
151. Шебанова В.І. ...29, 116
152. Шевелєнкова Т.Д. ... 79
153. Шелестова О.В. ...28
154. Шнур П. ... 63, 66
155. Шо Б. ...9, 94, 95
156. Шрайнер К. ... 69
157. Штукареєва С.В. ... 120
158. Ялом І. ... 111



ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЗЧИК



- Ажитація ...10, 135
Антидепресанти...35, 135
Аутогенне тренування ... 115, 135
Афективно-шокові реакції...21, 135
Безсоння неорганічної природи...32, 75, 118, 135
Відстрочений ПСТР...25, 135
Генералізована соціофобія...15, 135
Гештальт ... 102, 135
Гештальт-терапія ... 102, 135
Гостра реакція на стрес...17, 57, 102, 135
Гострий ПТСР...25, 135
Групова динаміка ... 110
Групова психотерапія ... 110, 135
Депресивна реакція...19, 136
Депресивне мислення...9
Депресивний епізод...8, 136
Депресивний ступор...11, 136
Депресивні розлади...8, 42, 92, 136
Депресія...8, 42, 92, 136
Деформації особистості...7
Дистрес...15
Експозиційна психотерапія...98, 136
Експозиція ... 98, 136
Зловживання антидепресантами...36, 78, 122, 136
Змішана тривожна і депресивна реакція...28, 136
Змішаний розлад емоцій і поведінки...28, 136
Істерична реакція...19, 136
Істеричні психози...21, 136
Когнітивна психотерапія ... 92, 136
Короткочасна депресивна реакція...27, 137
Легке безсоння...33, 137
Легкий депресивний епізод...10, 137
Логотерапія ... 118, 137
Навмисне викликання або симуляція симптомів чи інвалідизації, фізичних або психічних станів...41, 86, 130, 137
Неврастенічна реакція...19, 137
Незавершений Гештальт ...102
Нормотімія...9, 137
Нумбінг...23
Панічна атака...16, 137
Параліч емоцій...19, 137

Переїдання...29, 71, 115, 137
Підтримуюча психотерапія ... 106, 137
Поведінкова психотерапія ... 126, 138
Помірне безсоння...33, 138
Помірний депресивний епізод...11, 138
Посттравматичний стресовий розлад...21, 62, 105, 138
Пролонгована депресивна реакція...27, 138
Психастенічна реакція...19, 138
Психічний ступор...20, 138
Психічні розлади...7, 138
Психічні хвороби...7
Психогенний транс...20, 139
Психодіагностика психічних розладів ... 47, 139
Психологічна реабілітація... 91, 139
Психомоторне збудження...20, 139
Раціональна психотерапія ... 122, 139
Реакції гострого лиха...20, 139
Реакція з переважанням емоційних порушень...28, 139
Реакція з переважанням порушень поведінки...28, 139
Ретардація...10, 139
Ритуали...16
Розлади адаптації...26, 67, 110, 139
Розлади особистості...38, 139
Соціальні фобії...14, 52, 98, 140
Специфічна соціофобія...15, 140
Сугестивна психотерапія ... 130, 140
Сугестивність ... 131, 140
Тривожний розлад особистості...38, 82, 125, 140
Тяжке безсоння...33, 140
Тяжкий депресивний епізод...11, 140
Флешбек-ефекти...23
Фобія...13
Хронічний ПСТР...25, 140



Людмила Анатоліївна Опанасенко

**ПСИХОДІАГНОСТИКА ПСИХІЧНИХ
РОЗЛАДІВ ТА ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЯ**

Навчальний посібник

ВИДАВЕЦЬ І ВИГОТОВЛЮВАЧ
Товариство з обмеженою відповідальністю фірма «Іліон»
54038, м. Миколаїв, вул. Бузника, 5/1
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК №1506 від 25.09.2003 р.